



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

LESÕES BUCOMAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE AGRESSÃO FÍSICA: ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE
REFERÊNCIA

JOSIMARA ANGELINA DE ARAÚJO VARELA

CAMPINA GRANDE – PB

2021

JOSIMARA ANGELINA DE ARAÚJO VARELA

**LESÕES BUCOMAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE AGRESSÃO FÍSICA: ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE
REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Odontológica

Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Promoção de Saúde em Odontologia

Orientador: Alessandro Leite Cavalcanti

Co-orientadora: Naiana Braga da Silva

CAMPINA GRANDE – PB

2021

É expressamente proibido 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 do trabalho.

V293I Varela, Josimara Angelina de Araújo.
Lesões bucomaxilofaciais em crianças e adolescentes
vítimas de agressão física [manuscrito] : análise de um serviço
de referência / Josimara Angelina de Araújo Varela. - 2021.
76 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade
Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
, 2022.
"Orientação : Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti ,
Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
"Coorientação: Profa. Dra. Naiana Braga da Silva ,
Departamento de Odontologia - CCBS."
1. Serviço hospitalar de emergência. 2. Violência infantil. 3.
Atuação profissional. 4. Lesão facial. I. Título
21. ed. CDD 617.6

JOSIMARA ANGELINA DE ARAÚJO VARELA

**LESÕES BUCOMAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE AGRESSÃO FÍSICA: ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE
REFERÊNCIA**

APROVADO EM: 09/09/2021

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Odontológica

Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Promoção de Saúde em Odontologia

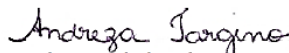
Orientador: Alessandro Leite Cavalcanti

Co-orientadora: Naiana Braga da Silva

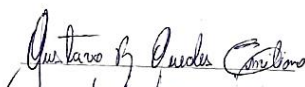
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti
Orientador e Presidente da Banca



Profa. Dra. Andreza Cristina de Lima Targino Massoni
Examinadora Interna



Prof. Dr. Gustavo Barbalho Guedes Emiliano
Examinador Externo

Para a maioria das gaivotas, o que interessa não é voar, mas sim comer. Para esta gaivota, porém, não era a comida que interessava, mas sim o voo. Mais do que qualquer outra coisa... Fernão Capelo Gaivota adorava voar.

Richard Bach.

AGRADECIMENTOS

*Antes de gratular a todos aqueles que contribuíram para que essa jornada desse certo do início ao fim, agradeço primeiramente as **Instâncias Superiores** pela força espiritual e sabedoria depositadas em mim ao longo desse percurso.*

*Ao meu grande amigo, irmão e colega de pós-graduação, **Carlus Alberto** por ter sido não apenas um anjo acolhedor e anfitrião antes mesmo da seleção do Mestrado, tal como durante minha vinda a Campina Grande e ao tempo de partilha e moradia no saudoso 104, ao qual nos rende boas risadas até hoje.*

*À minha pequena grande amiga, **Karina Rolim** pela cordialidade e pelos momentos de desabafo e parceria ao longo desses dois anos.*

*Às professoras **Édja Maria, Dani Pita e Ana Flávia** pela simpatia não apenas durante a entrevista na seleção, mas também ao longo das disciplinas ministradas sempre com muita paixão pela profissão, amor e alegria ao compartilhar seus conhecimentos com minha turma.*

*Agradeço especialmente ao meu não apenas orientador, mas também um grande amigo e, por assim dizer, mais um pai que ganhei na academia **Alessandro Cavalcanti**, pela bondade em me aceitar ser sua orientada, bem como por compartilhar tanto conhecimento e experiências incalculáveis ao longo desse período. Sentirei muita saudade das breves conversas, da compreensão e dos conselhos em paralelo aos momentos de muita ciência e sabedoria. Não quero nunca perder o vínculo que criei com o senhor!*

*À professora **Naiana**, a quem tive a oportunidade de tê-la como co-orientadora e de trabalhar com os frutos de sua saudosa pesquisa, bem como de sempre me tranquilizar e conversar sobre as experiências acadêmicas vividas. Você foi um anjo que Deus colocou no meu caminho!*

Não poderia deixar de mencionar a minha turma pela grande amizade, parceria e compartilhamento de aflições, risadas e crescimento pessoal e acadêmico. Vocês foram os melhores colegas que já tive!

*Ao **Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba** minha eterna gratidão por ter aceitado como discente da turma de Mestrado do ano de 2019, bem como a **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela contribuição financeira durante esses dois anos.*

*Em especial, a secretária da coordenação do PPGO, **Ayhanna** pela prestatividade e simpatia como sempre me tratou e ajudou.*

*Aos membros da banca, **Andreza Massoni e Gustavo Emiliano**, por contribuir e compartilhar suas experiências de vida e de academia. Sempre os terei como grandes exemplos de professores e amigos que ganhei durante a construção da minha jornada acadêmica e profissional.*

*Agradeço aos meus pais, **Dona Socorro e Seu Gilberto** e aos meus irmãos **Gilmara, Gilmar e Cecília** por todo amor e apoio dado a cada uma das minhas escolhas de vida. Vocês são minha principal força de vontade em conquistar novas batalhas.*

*Agradeço, inclusive, ao meu **Notebook**, fiel companheiro, por permitir ser meu principal instrumento de pesquisa e de compartilhamento de saber. “**Vida longa e próspera!**”*

*Agradeço a todos os amigos que permaneceram me apoiando e aos que ganhei desde minha vinda a Campina Grande por terem me acolhido e permitido participar de suas vidas, em especial **Letícia Xavier, Anderson, Edson, Larissa, Vânia, Dona Zélia e Maria Victor**.*

*Por fim, não poderia deixar de agradecer a bela cidade de **Campina Grande** e ao estado da **Paraíba** pelo acolhimento, boa vivência, receptividade e clima agradável. Hoje posso me considerar uma “potiguar paraibana”.*

RESUMO

Objetivo: Esta pesquisa objetivou identificar a ocorrência de lesões bucomaxilofaciais em crianças e adolescentes vítimas de violência física atendidas em um hospital de referência no Nordeste do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, com abordagem descritiva e analítica, no qual foram analisados 1088 prontuários referentes aos anos de 2016 e 2017, observando-se que destes, 112 (10,3%) envolviam crianças e adolescentes vítimas de agressão física. Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de análise descritiva e inferencial, abrangendo as distribuições absolutas, percentuais e média. Para as análises bivariadas foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, adotando-se nível de significância de 5%. O programa estatístico utilizado foi o IBM SPSS® versão 25.0. **Resultados:** Dentre as vítimas em idade de 0 a 19 anos, o sexo masculino revelou maior prevalência (90,9%), sendo a faixa etária de 15 e 19 anos a mais acometida (80,4%) revelando associação estatisticamente significativa entre o sexo e a idade ($p=0,04$). Com relação ao instrumento para perpetrar a violência, a arma de fogo foi a mais utilizada (68,1%). Quanto à localização das lesões, as regiões de crânio e face apresentaram respectivamente, 10,7% e 22,3% dos registros, com fraturas ósseas em 44,6% dos casos e as lesões em região única como as mais frequentes (59,8%). Dentre ossos faciais envolvidos, os nasais/paranasais (66,7%) e a mandíbula (18,5%) foram os mais atingidos. As lesões em tecido mole estiveram presentes em 64% das vítimas. Foi observada uma maior prevalência de lesões de face entre o sexo masculino (83,3%) e adolescente (96%), entretanto, sem diferença estatística ($p=0,144$). Dos atendimentos realizados pelo cirurgião bucomaxilofacial, 80% das vítimas foram atingidas por lesão de face. Considerando a lesão de face como variável dependente, a análise bivariada revelou associação estatisticamente significativa entre o tipo de agressão ($p<0,001$) e presença de fratura óssea ($p<0,001$), não havendo diferença significativa entre as variáveis internação em unidade de terapia intensiva, dias de internação e desfecho. **Conclusão:** Adolescentes do sexo masculino entre 15 e 19 anos são as principais

vítimas de agressão física. As lesões na face tiveram alta prevalência, sendo os ossos nasais/paranasais e mandíbula os mais acometidos. A ocorrência de fratura óssea mostrou-se elevada na amostra analisada. O uso de arma de fogo mostrou-se expressivo entre adolescentes do sexo masculino e o cirurgião bucomaxilofacial foi o profissional responsável por maioria dos atendimentos dos casos de lesões na face, sendo a alta hospitalar o desfecho mais observado.

Palavras-chave: Violência infantil; lesões faciais; documentação; centros de traumatologia; serviço hospitalar de emergência.

ABSTRACT

Objective: This research aimed to identify the occurrence of oral and maxillofacial injuries in children and adolescents victims of physical violence treated at a referral hospital in the Northeast of Brazil. **Methodology:** This is a documentary, retrospective study, with a descriptive and analytical approach, in which 1088 medical records for the years 2016 and 2017 were analyzed, noting that of these, 112 (10.3%) involved children and adolescents victims of physical aggression. Descriptive and inferential analysis techniques were used for data analysis, covering absolute, percentage and mean distributions. Pearson's Chi-square and Fisher's exact tests were used for bivariate analyses, adopting a significance level of 5%. The statistical program used was IBM SPSS® version 25.0. **Results:** Among victims aged between 0 and 19 years, males showed a higher prevalence (90.9%), with the age group between 15 and 19 years being the most affected (80.4%) revealing a statistically significant association between sex and age ($p=0.04$). Regarding the instrument to perpetrate violence, firearms were the most used (68.1%). As for the location of the lesions, the regions of the skull and face presented, respectively, 10.7% and 22.3% of the records, with bone fractures in 44.6% of the cases and the lesions in a single region as the most frequent (59, 8%). Among the facial bones involved, the nasal/paranasal bones (66.7%) and the mandible (18.5%) were the most affected. Soft tissue injuries were present in 64% of victims. A higher prevalence of facial lesions was observed between males (83.3%) and adolescents (96%), however, without statistical difference ($p=0.144$). Of the consultations performed by the oral and maxillofacial surgeon, 80% of the victims were affected by facial injuries. Considering facial injury as a dependent variable, the bivariate analysis revealed a statistically significant association between the type of aggression ($p<0.001$) and the presence of bone fracture ($p<0.001$), with no significant difference between the variables hospitalization in the intensive care unit, hospitalization days and outcome. **Conclusion:** Male adolescents between 15 and 19 years old are the main victims of physical aggression. Lesions on the face had a high prevalence, with the nasal/paranasal bones and mandible being the most affected. The occurrence of bone fracture was high in the analyzed sample. The use of firearms was significant among male adolescents and the oral and maxillofacial surgeon was the professional responsible for most care for cases of facial injuries, with hospital discharge being the most observed outcome.

Keywords: Child violence; facial injuries; documentation; trauma centers; emergency hospital service.

LISTA DA QUADROS

Quadro1 -	Estudos epidemiológicos brasileiros sobre lesões bucomaxilofaciais decorrentes de agressão física em crianças e adolescentes	19
Quadro 2 -	Estudos epidemiológicos internacionais sobre lesões bucomaxilofaciais decorrentes de agressão física em crianças e adolescentes.....	20
Quadro 3 -	Variáveis independentes e variáveis dependentes de interesse para o estudo.....	28

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1: Lesões Bucomaxilofaciais em Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Física Atendidas em um Serviço de Referência: Um Estudo Retrospectivo

Tabela 1 -	Distribuição das vítimas segundo as características sociodemográficas, dia da semana e período de atendimento.....	36
Tabela 2 -	Distribuição dos tipos de agressões, lesões e fraturas segundo localização, quantidade e tipos de tecidos envolvidos.....	37
Tabela 3 -	Análise bivariada entre a presença de lesão de face e as variáveis independentes.....	38

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2: Lesões Bucomaxilofaciais Provocadas por Arma de Fogo em Crianças e Adolescentes: Um Estudo Retrospectivo

Tabela 1 -	Distribuição das vítimas segundo as características sociodemográficas.....	57
Tabela 2 -	Distribuição das vítimas segundo as características das lesões.....	58
Tabela 3 -	Análise bivariada entre variáveis sociodemográficas e características das lesões segundo uso de arma de fogo.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP-	Conselho de Ética em Pesquisa
CID – 10-	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DATASUS-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ECA-	Estatuto da Criança e do Adolescente
ED-	Estatuto do Desarmamento
FAB-	Ferimento por Arma Branca
FAF-	Ferimento por Arma de Fogo
FBSP-	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IBM -	International Business Machines Corporation
IML-	Instituto Médico Legal
IPEA-	Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada
LAB-	Lesão por Arma Branca
LAF-	Lesão por Arma de Fogo
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PAF-	Perfuração por Arma de Fogo
PB-	Paraíba
PNRMAV- Violências	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e
SAME -	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SINAN -	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS -	Statistical Package for the Social Sciences
USA -	United States of America
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva
WHO -	World Health Organization

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	Conceito de violência e agressão física em crianças e adolescentes.....	15
2.2	Classificação das lesões bucomaxilofaciais, ossos mais atingidos e tipos de lesões mais prevalentes.....	16
2.3	Contexto social da violência contra crianças e adolescentes.....	17
2.4	Estudos epidemiológicos sobre violência infantil e lesões bucomaxilofaciais.....	18
2.5	Responsabilidade do cirurgião-dentista frente os sinais de violência infantil.....	21
2.6	Legislação.....	23
3	OBJETIVOS.....	24
3.1	Objetivos Gerais.....	24
3.2	Objetivos Específicos.....	24
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Local de estudo.....	25
4.2	Caracterização do estudo.....	26
4.3	Universo e amostra.....	26
4.4	Crerérios de exclusão.....	27
4.5	Instrumento da pesquisa.....	28
4.6	Variáveis.....	29
4.7	Análise estatística.....	29
4.8	Aspectos éticos.....	29
5	RESULTADOS.....	30
	Artigo 1.....	31
	Artigo 2.....	46
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICE – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	68
	ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	70

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As crianças e os adolescentes encontram-se numa posição social considerada vulnerável quanto a exposição aos fatores de riscos relacionados ao contexto da violência física interpessoal (SOUTO et al., 2018; WHO, 2020). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a agressão física infantil deve ser considerada um problema de saúde mundial preocupante sobretudo, em países subdesenvolvidos onde são percebidas maiores discrepâncias e desigualdades sociais com políticas públicas pouco atuantes no combate e controle dessa agravo na população (SOUTO et al., 2018; WHO, 2020).

A OMS ainda estabelece como limite cronológico para crianças e adolescentes, as idades de 0 a 19 anos, considerada criança, indivíduos de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos (LEVANDOWSKI et al., 2021). Com isso, em relação aos atos violentos deflagados a esses indivíduos, observa-se um percurso frequente dessas atitudes durante o processo de desenvolvimento nas suas primeiras fases de vida, seja com finalidade educativa ou punitiva (GARCEZ et al., 2019). A exemplo de tais condutas, estima-se que em torno de 1 bilhão de jovens no mundo em idade de 1 a 17 anos já tenham sofrido algum tipo de agressão física.

Com relação ao Brasil, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), relata que para o ano de 2017, foram notificados 126.230 casos de agressão a crianças e adolescentes em idade de 0 a 19 anos, o que descreve uma realidade expressiva entre a população, mas que ainda é pouco abordada entre as estratégias de políticas de acolhimento a esse público (PERES et al., 2008; MARQUES et al., 2020; LEVANDOWSKI et al., 2021).

A infância vem sendo desde o século XX, abordada como objeto de estudo para a ciência sob múltiplos enfoques aos quais almejam-se compreender e interpretar suas fragilidades, promovendo melhores condições de proteção social sobretudo àquelas em situação de risco e vulnerabilidade (SOUTO et al., 2018). Diante disso, a violência infantil é considerada como um dos principais contextos que envolvem a fragilidade em meios de convívio social, seguido da pobreza e desigualdade socioeconômica (SILVA et al., 2019).

Nessa perspectiva, a agressão física consiste em um ato ou comportamento de potencial impacto frente as sequelas que podem trazer ao desenvolvimento de crianças e adolescentes (CAVALCANTI, 2009). Dentre as principais áreas do corpo atingidas durante as agressões por força física, a região bucomaxilofacial, principalmente em crânio e face além de apresentar uma localização estratégica de ataque, é uma região anatômica de grande importância funcional, estética e social na condição de vida de um indivíduo (CAVALCANTI, 2009; MASCARENHAS et al., 2010; GARCEZ et al., 2019).

Embora sejam muitas as características que podem descrever e indicar o envolvimento de algumas transgressões de caráter físico, ainda se faz necessário uma maior dedicação a ações que visem um melhor diagnóstico e preparação quanto as abordagens necessárias ao controle e combate a violência infantil (SILVA et al., 2019). A valer-se disso, é inerente a constante lapidação de condutas não apenas entre profissionais de saúde e educação, sendo fundamentais também a inclusão da interdisciplinaridade entre os setores de assistência social e de segurança para essa camada da população (SILVA et al., 2019).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceito de violência interpessoal e agressão física em crianças e adolescentes

Considerada inerente à conduta humana, a agressão física consiste num comportamento instintivo e constitucional do ser humano (KRUG et al., 2002; CAVALCANTI, 2009; MINAYO et al., 2018; GARCEZ et al., 2019). Dentre os tipos de manifestações da violência, o abuso físico pode ser descrito mediante distintas formas de energias ou agentes lesivos com capacidade de desenvolver lesões, ou comprometimentos ao organismo (PAUL; ADAMO, 2014; NAGARAJAN, 2018).

Entre outros conceitos da violência atribuída a criança e ao adolescente, o Código Penal brasileiro em seu artigo 136.º considera o crime de “maus-tratos” a exposição a perigo ou risco da vida, ou da saúde de um indivíduo sob a autoridade, guarda ou vigilância do agente, para fins de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer o privando de alimentação ou cuidados indispensáveis, ou o sujeitando a trabalho excessivo, ou inadequado bem como abusando de meios de correção, ou disciplina (BRASIL, 1990).

Além das definições anteriores, a violência infantil também é abordada no Estatuto da Criança e do Adolescente sob a Lei 8.069/90 a qual estabelece o direito da criança e do adolescentes de serem educados e cuidados sem o uso de força física, ou de tratamento cruel, ou degradante (BRASIL, 1990). Sendo considerada também as alterações recentes no Art. 18 - A ao qual considera castigo físico: ação de natureza disciplinar ou punitiva aplicada com o uso da força física sobre a criança, ou o adolescente que resulte em: sofrimento físico ou lesão (BRASIL, 1990).

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde - CID-10, fornecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo agressão física perfaz um conjunto de características codificadas quanto aos sinais, sintomas, circunstâncias e causas externas associadas a essa condição (CID-10, 2016). No que consiste a tipologia dos atos agressivos de modo físico e interpessoal, podem ser distinguidos entre os códigos Y04 (agressão através de força corporal), X93 (agressão por disparo de arma de fogo de mão), X99 (agressão por meio de objeto cortante ou penetrante) (CID-10, 2016).

A agressão física encontra-se entre os principais tipos de violência responsável por grande parcela de ferimentos e lesões craniofaciais em todo o mundo (PINTO et

al.,2017). Representando um alto poder de morbimortalidade, esse tipo de ato possui forte perpetração entre crianças e adolescentes, bem como de influência sociodemográfica e de gênero (CAVALCANTI, 2009). Dentre as lesões e ferimentos craniofaciais derivados de atos intencionais de modo interpessoal ou autoprovocado, estes podem atingir desde tecidos moles como contusão, abrasão e laceração, até tecidos duros como fraturas ósseas e dento-alveolares. Injúrias dessa natureza podem trazer sequelas e consequências físicas, funcionais e estéticas de modo temporário ou permanente ao indivíduo (BAHIA et al., 2017).

No que tange às estruturas anatômicas nas regiões de crânio e face que são mais atingidas estão: mandíbula, ossos zigomáticos e nasais/paranasais sendo o terço médio da face o mais atingido por força física intencional (GARCEZ et al., 2019). Quanto aos instrumentos utilizados para provocar as lesões e ferimentos, os cortantes e perfurocortantes correspondem aos mais relatados na literatura, sendo estes exemplificados por armas brancas e armas de fogo, podendo ainda ser relatado o uso de substâncias químicas como agentes capazes de gerar dano físico (SILVA et al., 2011; PAUL; ADAMO, 2014; NAGARAJAN, 2018; GARCEZ et al., 2019).

2.2 Classificação das lesões bucomaxilofaciais, ossos mais atingidos e tipos de lesões mais prevalentes

Um número significativo de lesões decorrentes de agressão física em crianças e adolescentes envolve a região bucomaxilofacial (MASSONI et al., 2010; GARROCHO-RANGEL et al., 2015; HOPPE et al., 2015). De acordo com Garrocho-Rangel et al (2015), cerca de 50 a 75% de todos os casos de abuso físico infantil estão associados a lesões envolvendo crânio, face e pescoço. Outros trabalhos relatam a prevalência de lesões orofaciais como regiões mais atingidas entre os casos de agressão em menores de 19 anos (OLIVEIRA et al., 2014; NAGARAJAN, 2018).

Posto isso, as lesões decorrem de naturezas diversas, sejam elas simples ou múltiplas, envolvendo áreas de tecido mole como a lacerações do lábio, escoriações da mucosa oral, mordeduras humanas, queimaduras químicas, equimoses e hematomas e em estruturas de tecido duro como fraturas de crânio, ossos próprios do nariz e traumas dento-alveolares (ORESTES-CARDOSO et al., 2016; NAGARAJAN, 2018). Podendo também atingir regiões de grande comprometimento funcional, envolvendo órgãos

internos, como hematomas subdural e traumatismo cranioencefálico sendo necessária, intervenções cirúrgicas de alto risco e acompanhamento hospitalar (MASSONI et al., 2010; HOPPE et al., 2015; ORESTES-CARDOSO et al., 2016; NAGARAJAN, 2018).

Quanto ao número de lesões provocadas durante o ato de agressão ou violência física, Oliveira et al. (2014) ratificaram que existe uma média de 1 a 5 lesões acometidas, sendo que a maioria das vítimas que sofreram algum trauma físico decorrente de um ato abusivo tem a face como região mais atingida, seguida de membros superiores e membros inferiores (OLIVEIRA et al., 2014; NAGARAJAN, 2018). No que corresponde às lesões faciais, a sua alta prevalência foi estabelecida por alguns trabalhos, em função de se constituir na área de maior visualização, contato e acesso por sua localização anatômica (SILVA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2014; GARBIN et al., 2012; NAGARAJAN, 2018;).

A alta taxa de envolvimento da região bucomaxilofacial entre os casos de agressão física, dar-se não apenas pela maior exposição dessas estruturas anatômicas, mas também pelo poder de comprometimento social frente a desfiguração da face e do seu papel no processo de interação comunicativa, o que a torna local estratégico de interesse durante o ato agressivo (VANRELL, 2009; SILVA et al., 2011).

2.3 Contexto social da violência contra crianças e adolescentes

A literatura atribui uma maior prevalência de lesões e traumas craniofaciais à adolescentes, tendo em vista estarem em idade escolar e de maior envolvimento com outros indivíduos (CAVALCANTI, 2009). Sendo nesta fase de vida, onde ocorrem conflitos entre pares, disputas entre o mais forte e o mais fraco, desacordos entre gangues, em alguns casos, abordados como atitudes naturais da faixa etária (CAVALCANTI, 2009; SOUZA et al., 2010).

Além dessas características, a adolescência consiste no período da vida em que são praticados hábitos de maior risco, englobando sensação de liberdade e impunidade, os remetendo a comportamentos inconsequentes e violentos por intermédio de golpes de instrumentos e equipamentos perigosos que podem servir de ameaça contra outros indivíduos ou ao próprio corpo com o objetivo de automutilação (SOUZA et al., 2010).

Em crianças esse número apresenta uma proporção aquém quando comparado aos adolescentes, tendo em vista uma maior atenção e cuidado pelos responsáveis. O que não quer dizer que nessa faixa etária não ocorra, mas sim, em menor quantidade de relatos, seja pela subnotificação, negligência, baixa capacidade de buscar ajuda, ou de reagir diante de situações agressivas (SOUZA et al., 2010).

Com relação à agressão física em função do sexo entre crianças e adolescentes é importante mencionar essa condição entre o sexo feminino, sendo este considerado mais suscetível a sofrer condutas abusivas pela sua maior fragilidade fisiológica e menor intenção de reação a respostas violentas quando comparadas ao masculino (SOUZA et al., 2010). Isso caracteriza uma maior vulnerabilidade não apenas pela tenra idade, mas pelo maior risco a fatores socioculturais como machismo, feminicídio e agressões físicas decorrentes de abuso doméstico e familiar, psicológico e sexual. (SOUZA et al., 2010).

2.4 Estudos epidemiológicos sobre violência infantil e lesões bucomaxilofaciais

Atualmente a condição de violação aos direitos humanos ainda configura forte participação no modo de convívio social em todo o mundo (CAVALCANTI, 2009; SILVA et al., 2011; GARBIN et al., 2012). Práticas agressivas nas suas mais variadas formas, permanecem presentes na alta morbimortalidade infantil por causas não naturais associadas ao comportamento agressivo e violento entre indivíduos que compartilham uma estreita relação familiar ou interpessoal (KRUG et al., 2002; YOUNG; WIDOM, 2014; VALENTE et al., 2015; MACEDO et al., 2019; VIDAL et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020), 1/4 de todos os adultos já sofreram algum tipo de abuso físico quando criança. Estima-se que por ano, em média são relatadas 41.000 mortes por homicídio de crianças menores de 15 anos (WHO, 2020). Além desses dados, os casos de violência nas suas diversas modalidades, correspondem a uma média de 1.3 milhões de mortes anualmente em todo o mundo (EGRY et al., 2017).

Os casos de violência no Brasil são considerados como um dos principais contextos de mortalidade por causas externas, tendo as faixas etárias de 0 a 19 anos como as mais afetadas (CAVALCANTI; MARTINS, 2009; GARBIN et al., 2012; GUIMARÃES; VILLELA, 2011; OLIVEIRA et al., 2014; SOUZA et al., 2016). Com

efeito, Rates et al (2015), constataram que para o ano de 2011, foram notificados, 17.900 casos de violência infantil em menores de 9 anos, de acordo com o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Para o ano de 2012 foram identificadas 95.000 vítimas de homicídio com idade entre 0 a 19 anos, sendo os maiores números de mortes, entre os países da América Latina (SOUTO et al., 2018). Dentre as formas de agressão, a negligência, abuso físico, sexual e psicológica correspondem as mais prevalentes (SOUTO et al., 2018). Entre os anos de 2008 e 2012, houve no Brasil uma média de 39.798 casos de abuso físico e violência contra crianças e adolescentes, sendo um total de 24.734 casos entre as idades de 15 a 19 anos (OLIVEIRA et al., 2014).

A respeito do local de ocorrência da violência e do perfil de agressores, os pais ou responsáveis apresentam uma maior participação como agentes causadores (OLIVEIRA et al., 2014; ORESTES-CARDOSO et al., 2016; OZGUR et al., 2020). A condição social das vítimas traduz uma realidade ainda em análise crítica entre aos padrões socioeconômicos, uma vez que os grupos A e B apresentam uma maior subnotificação dos casos e maior sigilo na divulgação de informações, enquanto nas classes C, D e E há um significativo número de denúncias (VANRELL, 2009).

As crianças têm como principal local de ocorrência das agressões as suas residências, já em faixas etárias mais avançadas como os adolescentes, o local de maior frequência das ocorrências de violência é a rua, tendo como possível motivo, a maior propensão ao consumo de álcool, droga e envolvimento em conflitos externos (PAUL; ADAMO, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; OZGUR et al., 2020).

Quadro 1: Estudos epidemiológicos brasileiros sobre lesões maxilofaciais decorrentes de agressão física em crianças e adolescentes.

Autor/Ano	Município	Tipo de estudo	População	Amostra	Prevalência
Souza et al., 2010	São Paulo - SP	Estudo retrospectivo	Pacientes de 0 a 17 anos portadores de fraturas de face, tratados no Setor de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Santa Casa de São Paulo	42 pacientes	Agressão física como fator etiológico teve prevalência de 6 casos (14,29%).
Oliveira et al.,	Campina grande	Estudo	Crianças e	1356 relatórios	A prevalência

2014	- PB	transversal	adolescentes de 0 a 19 anos de idade	médicos de corpo de delito	de violência física foi de 80,6%; As lesões de face por violência física estiveram presentes em 518 casos, representando 38,2% das lesões.
Valente et al., 2015	Curitiba - PR	Estudo retrospectivo	Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, vítimas de violência física intrafamiliar registrados na Cidade de Curitiba-PR	322 casos de agressão física em 2010 e 342 em 2011	Prevalência de lesões de cabeça e pescoço em 2010 e 2011 foram de 58% e 65%, respectivamente.
Bernardino et al., 2016	Campina Grande-PB	Estudo transversal	Crianças e adolescentes vítimas de violência e agressão física	952 relatórios médico-legais, destes 788 de adolescentes (82,8%) e 164 crianças (17,2%)	As lesões de cabeça e face apresentaram um percentual de 23,4%, sendo estas as mais afetadas.
Vidal et al., 2019	Recife-PE	Estudo retrospectivo	Crianças e adolescentes de 0 a 18 anos	9783 relatórios médico-legais	As lesões de face apresentaram maior prevalências dentre as regiões analisadas (20,1%).

Quadro 2: Estudos epidemiológicos internacionais sobre lesões maxilofaciais decorrentes de agressão física em crianças e adolescentes.

Autor/ Ano	País	Tipo de estudo	População	Amostra	Prevalência
Gassner et al., 2004	Innsbruck - Austrália	Estudo retrospectivo	Pacientes de 0 a 15 anos de idade, registrados no período de 10 anos (1 de janeiro de 1991, até 31 de dezembro de 2000) no Departamento de Cirurgia Oral e Cirurgia Maxilofacial do Hospital Universitário de Innsbruck, Austrália	3.385 pacientes e 6.060 lesões maxilofaciais	Das 6.060 lesões, 133 foram por agressão (3,9%).
Kim et al., 2012	Goyang – Coréia do Sul	Estudo retrospectivo	Paciente menores de 18 anos com	741 pacientes	A causa mais comum de lesão foi violência

			fraturas faciais atendidos no Hospital Ilsan Paik		com 278 pacientes (38%).
Hoppe et al., 2015	Nova Jersey - EUA	Estudo retrospectivo	Pacientes menores de 18 anos atendidos centro de trauma nível 1 (Hospital Universitário, Newark, NJ)	285 pacientes	Haviam 124 (43,5%) pacientes identificados como tendo sofrido fratura em face resultante de violência interpessoal.
Yamamoto et al., 2019	Kashihara - Japão	Estudo retrospectivo	Prontuários e radiografias de pacientes atendidos com fratura maxilofacial decorrente de violência interpessoal	272 pacientes	202 pacientes (74,3%) tinham idade entre 10 e 29 ano.
D'Arcy et al., 2019	Houston - EUA	Estudo retrospectivo	Pacientes menores de 18 anos	1274 pacientes diagnosticados com fraturas faciais	Dos 1274 pacientes, 235 foram por violência (18%).

2.5 Responsabilidade do cirurgião-dentista frente os sinais de violência infantil

Distante de uma tarefa demandada apenas a especialistas, o diagnóstico e identificação de suspeita de maus-tratos e violência infantil deve ser inerente à atuação de qualquer profissão ou indivíduo no seu papel de cidadania (PAUL; ADAMO, 2014; MOGADAM et al., 2016; ULDUM; CHRISTENSEN; WELBURY, 2017; MACEDO et al., 2019). Contudo, o exercício profissional da odontologia tem a região de cabeça e pescoço como principal área de atuação clínica, sendo esta, uma das regiões do corpo mais acometida por lesões decorrentes de violência ou ações intencionais, como a agressão física (MASSONI et al., 2010; NAGARAJAN, 2018; ÖZGUR et al., 2020).

O processo de formação do cirurgião-dentista engloba algumas disciplinas acadêmicas que demandam o conhecimento sobre aspectos éticos-legais que norteiam o exercício da profissão, estando a Odontologia Legal como encarregada de melhor esclarecer sobre temas pautados nos compromissos, deveres e direitos que regem a atuação deste profissional e sua equipe (SILVA et al., 2011). É nessa disciplina também, onde é possível trabalhar contextos diversos de condutas frente ao paciente, a exemplo dos casos de agressão em crianças e adolescentes (MASSONI et al., 2010;

SILVA et al., 2011; ULDUM; CHRISTENSEN; WELBURY, 2017; NAGARAJAN, 2018; KURAL; ABBASOGLU; TANBOGA, 2020).

Entretanto, a preparação prática, a orientação e maior contato com as vias de elucidação e percepção dos casos de violência em seu amplo aspecto, demanda em muitos casos, de uma maior interação multidisciplinar com outras especialidades e áreas de atuação (SILVA et al., 2011). Além disso, a multiplicidade de fatores como o conhecimento sobre as condições sociodemográficas, epidemiológicas e das relações de convívio podem contribuir com a compreensão desse agravo, presentes no cotidiano desses indivíduos (SILVA et al., 2011).

De acordo com Özgür et al (2020), 67,9% dos cirurgiões-dentistas não tiveram preparação sobre como atuar em casos sugestivos de violência infantil, além desse resultado, 77,4% desses profissionais só receberam orientações a respeito desse tema, durante a pós-graduação. Ainda no mesmo trabalho, Özgür et al (2020) constatou que apenas 2,8% dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa souberam avaliar corretamente os sinais de abuso físico infantil.

Dentre as razões pelas quais os cirurgiões dentistas não possuem maior envolvimento ou comprometimento com esses problemas, estão: falta ou preparação suficiente durante a graduação, baixo conhecimento sobre o diagnóstico de lesões físicas decorrentes de maus-tratos infantis, receio de abordar assuntos de tamanha delicadeza com os responsáveis e parentes, que em grande parte dos casos, são os principais agressores, ou mesmo, negligenciar a capacidade de agressão por parte dos responsáveis no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente (MOGADAM et al., 2016; MARTINS JÚNIOR et al., 2019; KURAL; ABBASOGLU; TANBOGA, 2020; ÖZGÜR et al., 2020).

Com isso, a busca pela familiarização de alguns sinais que descrevam a participação de lesões físicas, danos teciduais e aspectos comportamentais que possam direcionar ao diagnóstico de casos de violência física, são de grande importância para a prevenção desse agravo à saúde e diminuição dos fatores de risco que permanecem em ascensão com o passar dos anos (MASSONI et al., 2010; GUIMARÃES; VILLELA, 2011; VALENTE et al., 2015; YAMAMOTO et al., 2019).

2.6 Legislação

Os maus tratos contra crianças e adolescentes vieram a ter maior atenção após a Constituição Federal de 1988 com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 13 de julho de 1990, sob a Lei nº 8.069, a qual, crianças e adolescentes no Brasil, passaram a ser tratados como sujeitos de direito e como grupo prioritário, conforme os princípios da proteção integral (BRASIL, 1990; MINAYO; DESLANDES, 2009; SILVA et al., 2011; ; NUNES; SALES, 2016; EGRY et al., 2017; MINAYO et al., 2018).

Ainda de acordo com a Lei nº 8.069, no Art. 5º do ECA, nenhuma criança ou adolescente deve ser objeto de quaisquer formas de violência, exploração, discriminação, crueldade ou negligência (BRASIL, 1990; SILVA et al., 2011). Além dessas condições, de acordo com o ECA, tornou-se obrigatória a notificação dos casos de suspeita e confirmação de violência infantil, atendidos por profissionais de saúde, professores ou qualquer profissão que tenha contato com esse público, tornando-os passivos de penalidade em caso de negligência ou não comunicação às autoridades cabíveis (SILVA et al., 2011; REVORÊDO et al., 2016).

No Brasil a inclusão da temática sobre violência e acidentes, no que concerne a área da saúde, se deu a partir da publicação da Portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001, a qual aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) firmando como objetivo, a diminuição da morbimortalidade por acidentes e violências ocorridos no Brasil, mediante a elaboração e desenvolvimento de planejamento e ações estratégicas. (BRASIL, 2001b; MINAYO; DESLANDES, 2009, MINAYO et al., 2018).

A partir da inclusão dessa política com as orientações e recomendações da OMS e em conjunto com a Portaria 1.968 MS/GM nº 1968, de 25 de outubro de 2001, têm sido criados instrumentos de preparação e abordagem dos casos de suspeita e confirmação de violência e maus tratos contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2001a; MINAYO; DESLANDES, 2009; EGRY et al., 2017; MINAYO et al., 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Apresentar o perfil clínico e identificar a prevalência e as características das lesões bucomaxilofaciais em crianças e adolescentes vítimas de agressão física e determinar as associações bivariadas entre as variáveis independentes (sociodemográficas e sua relação com a agressão física infantil) e as variáveis dependentes (lesões de face).

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência de lesões bucomaxilofaciais decorrentes de agressão física em crianças e adolescentes;
- Observar os tipos de lesões maxilofaciais, tipos de ossos bucomaxilofaciais atingidos, localização das lesões, quais tecidos envolvidos (tecido mole e tecido duro), quantidade de lesões apresentadas (únicas ou múltiplas), natureza da agressão física (interpessoal, arma branca, arma de fogo), tipo de tratamento, internação em UTI, dias de internação e desfecho (alta hospitalar, óbito e contra indicação médica);
- Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas com as variáveis dependentes (presença de agressão física e lesão buco maxilofacial).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional do tipo documental, retrospectivo com método indutivo a partir de um banco de dados sobre casos de violência em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos (MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M; 2011).

4.1 Local de estudo

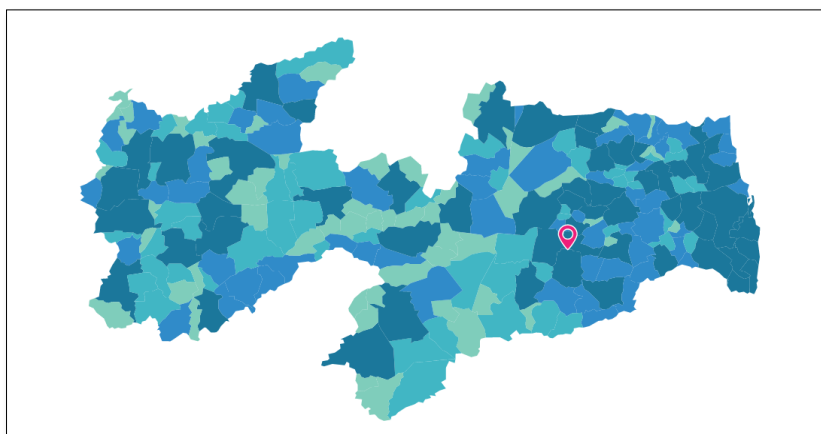
A pesquisa foi realizada no município de Campina Grande - PB, configurando um município de grande relevância econômica para o estado, sendo considerado um dos principais polos industriais de todo Nordeste brasileiro. Estima-se que no ano de 2020, a população de Campina Grande era de 411.807 habitantes com área territorial de 591.658 Km² e densidade demográfica de 648,31 hab/km² de acordo com o último censo do IBGE de 2010, representando a segunda cidade mais populosa do estado da Paraíba, tendo em sua região metropolitana um conjunto de dezenove municípios (IBGE, 2010).

Com relação ao serviço de saúde, o município conta com um total de dezenove hospitais, 100 unidades básicas de saúde, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e três centros de referência em atendimentos de urgência e emergência. O Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, centro de referência utilizado para a realização dessa pesquisa, representa um dos principais centros em atendimentos de emergência e serviços de traumatologia, tendo disponíveis um total de 298 leitos, 301 médicos, sendo um total de 64 médicos em regime de plantão presencial 24 horas, disponibilizando ainda um total de seis salas de bloco cirúrgico, compondo assim grande referência para os 203 municípios do estado da Paraíba, além deste dando suporte a outros estados como Rio Grande do Norte e Pernambuco e Ceará.

4.2 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo observacional do tipo documental, retrospectivo com método indutivo a partir de um banco de dados sobre casos de violência em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos (MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M; 2011).

Figura 1: Localização geográfica da cidade de Campina Grande.



Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>

4.3 Universo e amostra

O universo da pesquisa consiste de um banco de dados construído a partir da análise de prontuários médicos digitalizados e registrados no Serviço de Arquivamento Médico e Estatística (SAME) do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

A amostra foi composta por um banco de 112 prontuários médicos com registro de agressão física atendidos entre os anos de 2016 e 2017 pertencentes ao documentos com registros de atendimentos por causas externas oriundos de um banco de dados maior com 1088 prontuários arquivados. Para definição dos anos de registro dos prontuários, foram utilizados os documentos que se apresentavam digitalizados e disponíveis para consulta nos períodos de realização da pesquisa, tendo em vista ser uma análise dependente do setor de manuseio dos documentos pelo serviço SAME. A idade de 0 a 19 anos foi estabelecida com base na idade cronológica utilizada pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2010; LEVANDOWSKI et al., 2021).

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo:

- Prontuários que não relataram idade e causa da lesão;
- Prontuários que não permitiram uma correta interpretação das informações.

4.5 Instrumento de pesquisa

Para análise anterior dos dados, foi utilizado um formulário delineado a partir do Código Internacional de Doenças, CID-10 (ICD-10, 2016), que em seu capítulo XX categoriza as diversas exposições do homem ao adoecimento ou morte por violência ou agressão nos seguintes agrupamentos:

X72.- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão;

X74.- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada;

X78.- Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante;

X79.- Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente;

X93.- Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão;

X94.- Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre;

X95.- Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada;

X99.- Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante;

Y00.- Agressão por meio de um objeto contundente;

Y04.- Agressão por meio de força corporal.

Para identificação da intencionalidade de algumas lesões, foi feita uma adaptação para a classificação na categorização das variáveis do presente estudo, a seguir descritas:

Tendo como agressões (X85-Y09, Y20, Y22-Y24): toda lesão, intencional ou não, decorrente de evento no qual o paciente sofra ação de armas brancas, armas de fogo, ou por violência interpessoal. Para isso, foram considerados os termos FAB (Ferimento por Arma Branca) ou LAB (Lesão por Arma Branca) ou PAB (Perfuração por Arma Branca), FAF (Ferimento por Arma de Fogo) ou LAF (Lesão por Arma de Fogo) ou PAF (perfuração por Arma de Fogo), bem como expressões “soco”, “chute” ou “violência” registradas no prontuário do paciente.

4.6 Variáveis

As variáveis analisadas estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Variáveis independentes e variáveis dependentes de interesse para o estudo.

Tipo de dado	Variável	Descrição	Categoria	Classificação quanto a mensuração	Classificação quanto ao plano de análise
Informações do paciente	Sexo	Sexo de nascimento do indivíduo, sem relato de gênero	Masculino ou Feminino	Qualitativa nominal	Independente
	Idade	Meses ou anos de vida do indivíduo	Números cardinais	Quantitativa discreta	Independente
	Faixa etária	Distribuição da amostra em categorias de estudo	Menor que 1 ano, entre 1 e 4 anos, entre 5 e 9 anos, entre 10 e 14 anos, entre 15 e 19 anos	Qualitativa nominal	Independente
	Faixa etária dicotomizada	Distribuição da amostra nas categorias Criança e Adolescente	Crianças entre 0 e 9 anos Adolescentes entre 10 e 19 anos	Qualitativa nominal	Independente
Informações sobre o atendimento	Horário do atendimento	Horário em que o paciente procurou atendimento na unidade hospitalar	Manhã, Tarde, Noite ou Madrugada	Qualitativa nominal	Independente
Informações sobre as causas externas	Presença de agressão	Identificação da agressão, considerando a classificação do capítulo XX da CID 10	Sim ou Não	Qualitativa nominal	Dependente
Informações sobre as lesões	Área do corpo acometida	Região do corpo afetada por algum traumatismo de causa externa	Crânio, Face (maxilofacial)	Qualitativa nominal	Independente
	Presença de fratura óssea	Presença ou ausência de fratura óssea em alguma região do corpo	Sim ou Não	Qualitativa nominal	Independente
	Lesão maxilofacial	Presença ou ausência de áreas da face com algum comprometimento	Sim ou Não	Qualitativa nominal	Dependente
	Envolvimento ósseo de crânio e face	Ossos atingidos pelo trauma	Maxila, Mandíbula, Palato, Etmoide, Esfenoide, Zigomático, Frontal, Parietal,	Qualitativa nominal	Independente

Informações referente a condição de tratamento			Occipital, Temporal		
	Atendimento com cirurgia bucomaxilofacial	Realização de atendimento por profissional cirurgião bucomaxilofacial	Sim ou Não	Qualitativa nominal	Independente
	Dias de Internação em UTI	Dias corridos de internação em UTI	Números cardinais	Quantitativa discreta	Independente
Informações referentes aos desfecho da vítima	Desfecho	Finalização do atendimento	Alta, Transferência ou Óbito	Qualitativa nominal	Independente

4.7 Análise estatística

A análise estatística descritiva e inferencial dos dados foi realizada com o auxílio do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, version 20.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA)*. O teste Qui-Quadrado de Pearson foi usado para determinar as associações bivariadas entre as variáveis independentes (sociodemográficas e sua relação com a agressão física infantil) e as variáveis dependentes (lesões de face).

4.8 Aspectos éticos

O estudo passou pela apreciação do CEP obedecendo às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido devidamente cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com parecer n. 2.154.228.

5 RESULTADOS

ARTIGO 1

Este artigo descreve as características das lesões bucomaxilofaciais e está intitulado em: **“Lesões Bucomaxilofaciais em Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Física Atendidas em um Serviço de Referência: Um Estudo Retrospectivo”** e será submetido ao periódico *International Journal of Dentistry* (ISSN: 1687-8736; Qualis Referência Odontologia: B1), formatado de acordo com as normas do periódico: <https://www.hindawi.com/journals/ijd/guidelines/>.

ARTIGO 2

Este artigo apresenta as características das lesões bucomaxilofaciais provocadas por arma de fogo e intitula-se: **“Lesões Bucomaxilofaciais Provocadas por Arma de Fogo em Crianças e Adolescentes: Um Estudo Retrospectivo”** e será submetido ao periódico *Journal Forensic Odonto-Stomatology* (ISSN: 2219-6749; Qualis Referência Odontologia B2) formatado de acordo com as normas do periódico: http://www.iofos.eu/?page_id=255.

ARTIGO 1**LESÕES BUCOMAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE
REFERÊNCIA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO**

Josimara Angelina de Araújo Varela*, Naiana Braga da Silva**, Alessandro Leite
Cavalcanti*

Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba,
Campina Grande-PB, Brasil.*

UNIESP Centro Universitário, Cabedelo-PB, Brasil.**

Correspondência:

Alessandro Leite Cavalcanti

Universidade Estadual da Paraíba

Departamento de Odontologia – Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Rua Juvêncio Arruda, s/n – Bodocongó – Campina Grande – PB – Brasil

CEP 58429-500 Fone/ Fax: +55 83 3315-3471

e-mail: alessandrouepb@gmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar a ocorrência de lesões bucomaxilofaciais em crianças e adolescentes vítimas de violência física atendidas em um hospital de referência no Nordeste do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, com abordagem descritiva e analítica. Dos 1088 prontuários pertencentes a um centro de referência em atendimento bucomaxilofacial, analisados nos anos de 2016 e 2017, 112 (10,3%) envolviam crianças e adolescentes vítimas de agressão física. Os dados tiveram análises descritiva e inferencial. Para as análises bivariadas foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, adotando-se nível de significância de 5%, utilizando o IBM SPSS® (Statistical Package for the Sciences) versão 25.0. **Resultados:** A prevalência de violência física entre crianças e adolescentes foi de 10,3%. O sexo masculino revelou maior prevalência (90,9%), sendo a faixa etária de 15 e 19 anos a mais acometida (80,4%) ($p=0,04$). Com relação ao instrumento para perpetrar a violência, a arma de fogo foi a mais utilizada (68,1%). As regiões de crânio e face apresentaram respectivamente, 10,7% e 22,3% dos registros, com fraturas ósseas em 44,6% dos casos e as lesões em região única como as mais frequentes (59,8%). Dentre ossos faciais envolvidos, os nasais/paranasais (66,7%) e a mandíbula (18,5%) foram os mais atingidos. As lesões em tecido mole estiveram presentes em 64% das vítimas. Foi observada uma maior prevalência de lesões de face entre o sexo masculino (83,3%) e adolescente (96%), entretanto, sem diferença estatística ($p=0,144$). Dos atendimentos realizados pelo cirurgião bucomaxilofacial, 80% das vítimas foram atingidas por lesão de face. Considerando a lesão de face como variável dependente, verificou-se associação estatisticamente significativa entre o tipo de agressão ($p<0,001$) e presença de fratura óssea ($p<0,000$). **Conclusão:** Adolescentes do sexo masculino entre 15 e 19 anos são as principais vítimas de agressão física. As lesões na face tiveram alta prevalência, sendo os ossos nasais/paranasais e mandíbula os mais acometidos. A ocorrência de fratura óssea mostrou-se elevada na amostra analisada.

Palavras-chave: Violência infantil; lesões faciais; documentação; centros de traumatologia; serviço hospitalar de emergência.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência é definida como um ato ou omissão capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico. [1,2]. A violência contra crianças e adolescentes pode ser expressada de diversas maneiras, seja pela manifestação social, violência familiar ou doméstica, pelas sujeições indignas de sobrevivência, bem como pela violência criminal ou infracional, caracterizadas nas formas de agressão física, sexual, psicológica e negligência [2,3].

Nesse cenário, a violência infantojuvenil é reconhecida como uma agravo à saúde pública de caráter mundial, onde estima-se que em torno de 1 bilhão de crianças em idade de 1 a 17 anos já tenham sofrido algum tipo de ataque violento [4,5]. No Brasil, de acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), para o ano de 2017 foram notificados 126.230 casos de violência contra crianças e adolescentes entre 0 a 19 anos [3]. Esses dados descrevem uma realidade que é ainda timidamente abordada quanto aos processos de construção e adequação social frente a importância do delineamento de estratégias e ações de modo amplo à resolução desse problema de saúde [1,3,4,5,6].

Com relação à prevalência de violência física em crianças e adolescentes este tipo de agravo correspondeu a 42% dos casos notificados no DATASUS para o ano de 2017 no Brasil [3]. Em Santa Catarina, a violência interpessoal ou autoinfligida em indivíduos na faixa etária de 0 a 19 anos foi responsável por 1.851 notificações no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) no ano de 2020 [3]. Além desses dados, no Brasil, no ano de 2018, o Ministério da Saúde apontou que 80% dos casos de violência em crianças e adolescentes, tiveram os pais ou responsáveis como os principais perpetradores sendo a agressão ocorrida em ambiente doméstico em grande parte dos casos [4]. Em um estudo retrospectivo realizado no País de Gales entre os anos de 1996 e 1998 foi possível observar uma prevalência de lesões físicas decorrentes em abuso físico em 56,8/100.00 em crianças menores de 6 meses [7].

A criança e o adolescente encontram-se em uma posição social desfavorável quanto a capacidade de autodefesa e de dependência de seus responsáveis legais, tornando-os hierarquicamente inferiores ao poder de reação e de denuncia frente aos diversos tipos de abusos e comportamentos hostis deflagrados a esses indivíduos [2,8]. Diante de tamanha fragilidade e capacidade de reação frente a situações de risco, a

análise dos perfis de atendimentos hospitalares, bem como serviços de amparo social contribuem para descrever as necessidades de medidas de intervenção que possam vir a minimizar as morbidades causada pela violência infantil [8].

A grande preocupação com a agressão ou abuso físico existe devido ao alto risco de promover sequelas temporárias, ou até permanentes, capazes de comprometer o desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos ao longo da vida [6,7,9,10,11,12]. De acordo com Garcez et al. [1] no Brasil a violência física está entre as principais causas de lesões faciais.

Além disso, o conhecimento a respeito do correto diagnóstico de natureza e causa desses traumatismos pela equipe de profissionais de saúde se torna relevante à condição de vida do indivíduo pós atendimento, bem como seu processo de notificação frente a importância das informações, não apenas com finalidade terapêutica e prognóstica, como também objeto de prova documental de cunho forense e legal mediante solicitação e abordagem em esfera judicial [1,6,13,16]. Sendo importante considerar também, o processo de aprimoramento e reformulação acadêmica/pedagógica na formação profissional na Odontologia e demais áreas da saúde com relação ao desenvolvimento de uma maior acurácia e poder de percepção aos sinais de violência infantil presentes no cotidiano clínico-acadêmico [1,14-19].

Com isso, a pesquisa em questão avaliou a distribuição de características sociodemográficas e do ponto de vista clínico-hospitalar das lesões bucomaxilofaciais decorrentes de agressão física em crianças e adolescentes em idade de 0 a 19 anos atendidas em um hospital de referência em um município do Nordeste brasileiro.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho e Local do Estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo a partir da avaliação de dados secundários por meio da técnica de observação indireta [20]. O estudo foi desenvolvido no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, centro de referência em atendimentos de alta complexidade, com área de abrangência para 203 municípios na Paraíba, englobando outros estados como Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará.

Universo e Amostra

O universo compreendeu todos os prontuários envolvendo crianças e adolescentes internadas por causas externas, correspondendo a 1088 atendimentos nos anos de 2016 e 2017. A amostra foi composta por 112 prontuários (10,3%) de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade vítimas de agressão física atendidas no Serviços de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Foram excluídos os prontuários com preenchimento incompleto ou que não permitissem devida compreensão dos dados como idade e causa de internação. Os dados foram coletados no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME).

A cronologia de idade entre crianças e adolescente foi definida com base na faixa etária elaborada pela OMS, também adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil. Essa convenção entende crianças como indivíduos de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos [4,21,22]. Com relação a classificação da etiologia e conceito dos termos, foi utilizado como base o Código Internacional de Doenças (CID-10), capítulo XX sendo aplicados os termos referentes a agressões entre os códigos X91-X95, X99, Y-00, Y-04, Y-07, Y-09 [23].

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado contemplando as variáveis: sexo, idade da vítima, dia da semana da ocorrência, período de atendimento e tipo de agressão, presença de lesão de crânio, face, óssea, número de regiões fraturadas, ossos envolvidos, presença de lesão de tecido mole, internação em UTI, dias de internação e desfecho. Os dados foram coletados por dois pesquisadores treinados, no período de maio de 2018 até maio de 2019.

Análise dos dados

Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de análise descritiva e inferencial, abrangendo as distribuições absolutas, percentuais e média. Para as análises bivariadas foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, adotando-se nível de significância de 5%. O programa estatístico utilizado foi o IBM SPSS® (Statistical Package for the Sciences) versão 25.0.

Aspectos Éticos

Este trabalho obedeceu às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, com parecer n. 2.154.228.

RESULTADOS

A maioria das vítimas era do sexo masculino (90,9%) correspondendo a uma razão entre os sexos masculino e feminino de 10:1. A faixa etária mais acometida foi a de 15 a 19 anos (80,4%), sendo a média de idade de 16,1 anos, idade mínima de 01 ano e máxima de 19 anos. Para as crianças, a razão entre sexos foi de 1:1 enquanto que para os adolescentes foi de 12:1 (Tabela 1).

A maior parte dos atendimentos ocorreu durante o final de semana (38,4%). Em relação ao horário de atendimento, o período noturno foi o mais frequente (58,3%), conforme apresentado na Tabela 1. A análise bivariada entre o sexo e a faixa etária dicotomizada (criança e adolescente) das vítimas revelou associação estatisticamente significativa ($p=0,04$).

Tabela 1: Distribuição das vítimas segundo as características sociodemográficas, dia da semana e período de atendimento.

Variável	Frequência	
	n	%
Sexo¹		
Masculino	100	90,9
Feminino	10	9,1
Idade		
1 a 4 anos	1	0,9
5 a 9 anos	4	3,5
10 a 14 anos	17	15,2
15 a 19 anos	90	80,4
Dia da semana		
Segunda-feira	17	15,2
Terça-feira	11	9,8
Quarta-feira	13	11,6
Quinta-feira	17	15,2
Sexta-feira	11	9,8
Sábado	23	20,5

Domingo	20	17,9
Período de atendimento²		
Diurno	45	41,7
Noturno	63	58,3

¹ dados não identificados (2). ² dados não identificados (4).

Com relação ao tipo de agressão, a ocorrência envolvendo arma de fogo foi o tipo mais prevalente (68,1%). Entre os casos analisados, as fraturas de crânio e face estiveram presentes em 10,7% e 22,3% da amostra, respectivamente. As fraturas ósseas corresponderam a 44,6% dentre as lesões, sendo observado grande predominância em uma única região (59,8%). Sobre os ossos atingidos na região bucomaxilofacial, houve maior predominância de fratura em ossos nasais e paranasais (66,7%) e fratura de mandíbula (18,5%). As lesões de tecidos moles estiveram presentes em 64% dos casos (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos tipos de agressões, lesões e fraturas segundo localização, quantidade e tipos de tecidos envolvidos.

Variável	Frequência	
	n	%
Tipo de agressão		
Interpessoal	17	15,5
Arma branca	18	16,4
Arma de fogo	75	68,1
Presença de lesão de crânio		
Sim	12	10,7
Não	100	89,3
Presença de lesão de face		
Sim	25	22,3
Não	87	77,7
Presença de fratura óssea		
Sim	50	44,6

Não	62	55,4
Número de regiões		
fraturadas		
Únicas	67	59,8
Múltiplas	45	40,2
Ossos envolvidos		
Mandíbula	5	18,5
Maxila	1	3,7
Palato	1	3,7
Ossos nasais e paranasais	18	66,7
Zigomático	2	7,4
Presença de lesão de tecido mole		
Sim	16	64,0
Não	9	36,0

As lesões de face foram mais prevalentes no sexo masculino (83,3%) e nos adolescentes (96%), entretanto, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,144$). Das 25 vítimas com lesão de face, 80% ($n=20$) foram atendidas pelo cirurgião bucomaxilofacial. Considerando a lesão de face como variável dependente, a análise bivariada revelou associação estatisticamente significativa com o tipo de agressão ($p<0,001$) estando a arma branca menos associada em detrimento da presença de fratura óssea ($p<0,000$). Entretanto, as variáveis internação em UTI, dias de internação e desfecho não apresentaram diferença estatisticamente significativa, conforme mostrado na Tabela 3.

Tabela 3: Análise bivariada entre a presença de lesão de face e as variáveis independentes.

Variável	Presença de lesão de face				<i>p</i> -valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	20	83,3	80	93,0	0,144

Feminino	4	16,7	6	7,0	
Faixa etária dicotomizada					
Criança	1	4,0	4	4,6	0,899
Adolescente	24	96,0	83	95,4	
Período de atendimento					
Diurno	13	52,0	32	38,6	0,232
Noturno	12	48,0	51	61,4	
Tipo de agressão					
Interpessoal	10	40,0	7	8,0	
Arma branca	2	8,0	16	18,4	0,001
Arma de fogo	12	48,0	63	72,5	
Outro	1	4,0	1	1,1	
Presença de fratura óssea					
Sim	20	80,0	30	34,5	0,000
Não	5	20,0	57	65,5	
Internação UTI					
Sim	4	16,0	18	20,7	0,603
Não	21	84,0	69	79,3	
Dias de internação					
Até 4 dias	9	36,0	47	54,0	0,112
5 dias ou mais	16	64,0	40	46,0	
Desfecho					
Alta hospitalar	21	91,4	70	90,9	0,570
Óbito	1	4,3	6	7,8	
Contra indicação	1	4,3	1	1,3	

DISCUSSÃO

O hospital de urgência e emergência Dom Luiz Gonzaga Fernandes localizado no município de Campina Grande na Paraíba, possui referência na assistência a vítimas de trauma, sendo este um serviço que colabora com atendimentos locais, bem como polo de serviços em alta complexidade para outros municípios, incluindo estados

vizinhos como Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco. Instituições desse cunho têm sido observadas ao longo do Brasil, bem como em outros países, representando grande contribuição na assistência à saúde da população [6].

No presente estudo, o sexo masculino apresentou maior frequência quando comparado ao sexo feminino, representando 90,9% dos casos, se assemelhando aos achados de Freitas et al. [12], Souto et al. [16] e Mascarenhas et al. [20]. Todavia, Garcez et al. [1] informaram ser o sexo feminino o mais acometidos (56,30%). O predomínio de vítimas masculinas nas situações de violência física pode ser justificado pela maior exposição desses indivíduos a conflitos entre pares, em muitos casos relacionados ao narcotráfico, baixa condição econômica e a um contato precoce com o álcool, tabaco e drogas ilícitas [12,16].

A Organização Mundial de Saúde delimita como limite cronológico entre crianças e adolescentes as faixas etárias de 0 a 9 anos para crianças e 10 a 19 anos para adolescentes [4,5,22]. Ao analisar a faixa de idade foi possível constatar que a maior participação foi entre 15 a 19 anos, dados esses, compatíveis com Silva et al. [24], Malta et al. [25] e Romano et al. [26]. Essas informações podem ser fundamentadas com base em uma maior participação desses indivíduos em interações sociais, além dessa faixa etária corresponder a uma fase de vida em constante processo de formação de personalidade e comportamento, o que pode influenciar em uma maior exposição a fatores de alto risco e conflitos intrafamiliares e sociais [22-24].

Quanto aos dias de maior ocorrência, observou-se grande participação no final de semana como sábado e domingo (38,4%). Esse aumento no número de agressões físicas a crianças e adolescentes no período de final de semana pode ser caracterizado pela maior permanência destes indivíduos em atividades de recreação, lazer e maior período em suas residências o que também pode representar uma condição de risco, visto que as relações intrafamiliares estão descritas na literatura vigente como dentre as principais perpetradoras da violência contra crianças e adolescentes [13]. Com relação ao período noturno como horário de maior ocorrência dos casos de violência, também foi possível constatar características em comum analisadas em estudos anteriores [15,19].

No tocante as agressões físicas, o uso de arma de fogo obteve maior prevalência entre os adolescentes de 15 a 19 anos, o que condiz com os achados de Freitas et al. [12] e Silva et al. [24]. Esta informação pode ser justificada frente a uma maior participação desses indivíduos em brigas e atos violentos. Sendo também destacado uma maior

participação do sexo masculino no que tange ao porte e posse de armas, com uma probabilidade 2,2 vezes maior em relação ao sexo feminino [25].

Nesse estudo as lesões bucomaxilofaciais mais prevalentes foram lesões envolvendo crânio, face, fraturas ósseas e regiões únicas, fraturas de mandíbula e ossos próprios do nariz, envolvendo em sua maioria, lesões de tecido mole. Características também observadas nos resultados de Garcez et al. [1] e Mascarenhas et al. [21] ao qual foi constatado que a região craniofacial constitui localização anatômica de grande importância funcional, estética e social na condição de vida de um indivíduo [9].

Além dessas informações, a realização de atendimentos, em sua maioria, por cirurgião bucomaxilofacial, sob internação em UTI e o intervalo de dias de internação tendo como desfecho principal a alta hospitalar, também podem caracterizar a morbidade da agressão física não apenas como problema de saúde, mas como condições socioeconômicas inerentes à administração pública no que diz respeito aos gastos com suporte e manutenção de serviços hospitalares e recursos humanos, políticas de prevenção e controle da violência na população [6,15,23,27].

Como limitações observadas durante a realização da pesquisa, a eliminação dos prontuários que apresentaram falhas no preenchimento quanto as informações de identificação, condição sociodemográfica e de saúde do indivíduo podem ter subnotificado o real número de registros de violência em crianças e adolescentes, sendo observada a necessidade de mudanças quanto a orientação da importância do correto preenchimento das informações a serem relatadas em prontuário pelo profissional e equipe responsável pelo atendimento.

Esse cuidado com o preenchimento correto dos registros médicos e odontológicos é importante tendo em vista que tais documentos oferecem suporte estatístico para informações epidemiológicas, bem como recurso jurídico e legal, como meio de prova mediante necessidade de intervenção jurídica [28-32]. Estando também dentro das limitações da pesquisa, o acesso aos documentos digitalizados pela alta demanda de prontuários elaborados o que acarreta sobrecarga do manuseio de documentos e na falta de padronagem durante o seu arquivamento.

CONCLUSÃO

As principais vítimas de agressão física foram adolescentes do sexo masculino entre 15 a 19 anos. As lesões de face apresentaram maior prevalência, estando os ossos nasais/paranasais e mandíbula como os mais atingidos. As fraturas ósseas apresentaram

elevada ocorrência na amostra analisada, havendo associação estatística com presença de lesão de face.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- [1] Garcez RHM, Thomaz EBAF, Marques RC, Azevedo JAP, Lopes FF. Characterization of oral maxillofacial lesions resulting from physical aggression: differences between genders. Cien Saude Colet. 2019 Mar; 24(3):1143-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.33892016>.
- [2] Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: overview, contributing factors, and mitigating measures. Cad Saude Publica. 2020 Apr 30;36(4):e00074420. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>.
- [3] Platt VB, Guedert JM, Coelho EBS. Violence against children and adolescents: notification and alert in times of pandemic. Rev Paul Pediatr. 2020 Oct 28; 39:e2020267. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020267>.
- [4] Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, Hohendorff JV, Salvador-Silva R. Impact of social distancing on reports of violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil. Cad Saúde Pública. 2021 Jan 11;37(1):e00140020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00140020>.
- [5] Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção em Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- [6] Peres AS, Silva RHAD, Lopes Júnior C, Carvalho SPM. Odontologia e o desafio da identificação de maus-tratos. Odontol. clín.-cient, 2008;7(3)185-9.

- [7] Berthold O, Frericks B, John T, Clemens V, Fegert JM, Moers A. Abuse as a Cause of Childhood Fractures. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Nov 16;115(46):769-75. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0769>.
- [8] Pimenta RMC, Matos FRRO, Silva MLCAD, Rodrigues AÁADO, Marques JAM, Musse JDO. Survey of oral and maxillofacial injuries in victims of violence who were subjected to forensic dental expertise at Feira de Santana's Forensic Medicine Institute, Bahia, between 2007 and 2009. *Arquivos em Odontologia*, 2013; 49(4):154-61.
- [9] Álvarez D, Torre BM, Méndez V. The radiologist's role in child abuse: imaging protocol and differential diagnosis. *Radiologia.* 2016 May; 58 Suppl 2:119-28. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2016.02.010>.
- [10] Martins MC, Pillon SC. Relationship between first-time drug use and first offense among adolescents in conflict with the law. *Cad Saude Publica.* 2008 May;24(5):1112-20. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000500018>.
- [11] Cavalcanti AL, Assis KM, Cavalcante JR, Xavier A FC, Aguiar YPC. Traumatismos maxilofaciais em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.*, 2012; 12(3): 439-45.
- [12] Freitas NA, Silva AVS, Brasil ACO, Bastos VPD, Fernandes LCBC. Perfil clínico-epidemiológico de adolescentes e jovens vítimas de ferimento por arma de fogo. *Cad. Saúde Colet.*, 2017, Rio de Janeiro, 25 (4): 429-35. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700040213>.
- [13] Soller ICDS, Poletti NAA, Beccaria L M, Squizzato RH, Almeida DBD, Matta PRA. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismos faciais atendidos em emergência hospitalar. *Rev Min Enferm.* 2016; 20:e935. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160005>.
- [14] França, G. V. D. Fundamentos de medicina legal. São Paulo: Editora Guanabara Koogan; 2005.
- [15] Vanrell, JP. Odontologia Legal e Antropologia Forense. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- [16] Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Epidemiological profile of care for violence in public urgency and emergency services in Brazilian capital, Viva 2014. *Cien Saude Colet.* 2017 Sep;22(9):2811-23. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017>.
- [17] Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst

- Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ.* 2012 Feb;16(1):e158-65. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2011.00691.x>.
- [18] Ivanoff CS, Hottel TL. Comprehensive training in suspected child abuse and neglect for dental students: a hybrid curriculum. *J Dent Educ.* 2013 Jun;77(6):695-705. <http://dx.doi.org/10.1002/j.0022-0337.2013.77.6.tb05521.x>.
- [19] Marcolino EC, Silva CRDV, Dias JA, Medeiros SPC, Cavalcanti AL, Clementino FS, et al. School violence between adolescents: prevalence and factors associated to victims and aggressors. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1214. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190062>.
- [20] Marconi MA; Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- [21] Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violence against children: revealing the characteristics of emergency treatment, Brazil, 2006 and 2007. *Cad Saude Publica.* 2010 Feb;26(2):347-57. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000200013>.
- [22] WHO. The health of young people. Library Cataloguing in Publication Data. 1993.
- [23] WHO. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
- [24] Silva RA, Jansen K, Godoy RV, Souza LDM, Horta BL, Pinheiro RT. Prevalence of weapons possession and associated factors and involvement in physical aggression among adolescents 15 to 18 years of age: a population-based study. *Cad Saude Publica.* 2009 Dec;25(12):2737-45. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009001200020>.
- [25] Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. Mortality and years of life lost by interpersonal violence and self-harm: in Brazil and Brazilian states: analysis of the estimates of the Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017 May;20Suppl 01(Suppl 01):142-56. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050012>.
- [26] Romano M, Duailibi S, Pinsky , Laranjeira R. Alcohol purchase survey by adolescents in two cities of State of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2007 Aug;41(4):495-501. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102007000400001>.
- [27] Feijó MC, Portela MC. Cost variation of hospitalization due to injuries: head trauma and fire arm accidents. *Cad Saude Publica.* May-Jun 2001;17(3):627-37. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2001000300017>.

- [28] Coeli CM. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. *Cad Saude Colet*, 2010;18(3):335-6.
- [29] Fenton SH, Low S, Abrams KJ, Butler-Henderson K. Health information management: changing with time. *Yearb Med Inform*. 2017 Aug;26(1):72-7. <https://doi.org/10.15265/iy-2017-021>.
- [30] Benedicto EN, Lages LHR, Oliveira OF, Silva RHA, Paranhos LR. A importância da correta elaboração do prontuário odontológico. *Odonto*, 2010; 18(36): 41-50.
- [31] Dudas L, Petrohoy G, Esernio-Jenssen D, Lansenderfer C, Stirparo J, Dunstan M, et al. Every child, every time: hospital-wide child abuse screening increases awareness and state reporting. *Pediatr Surg Int*. 2019 Jul;35(7):773-8. <https://doi.org/10.1007/s00383-019-04485-2>.
- [32] Singh V, Lehl G. Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: A literature review. *Dent Res J (Isfahan)*. 2020 May 23;17(3):167-73.

ARTIGO 2**LESÕES BUCOMAXILOFACIAIS PROVOCADAS POR ARMA DE FOGO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO RETROSPECTIVO**

Josimara Angelina de Araújo Varela*, Naiana Braga da Silva**, Alessandro Leite Cavalcanti*

Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil.*

UNIESP Centro Universitário, Cabedelo-PB, Brasil.**

Correspondência:

Alessandro Leite Cavalcanti

Universidade Estadual da Paraíba

Departamento de Odontologia – Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Rua Juvêncio Arruda, s/n – Bodocongó – Campina Grande – PB – Brasil

CEP 58429-500 Fone/ Fax: +55 83 3315-3471

e-mail: alessandrouepb@gmail.com

Palavras-chave: Ferimentos Penetrantes, Ferimentos e Lesões, Fraturas Ósseas, Ferimentos por Arma de Fogo, Violência com Arma de Fogo.

LESÕES BUCOMAXILOFACIAIS PROVOCADAS POR ARMA DE FOGO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

RESUMO:

Objetivo: Esta pesquisa objetiva analisar o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de arma de fogo. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, com abordagem descritiva e analítica. Para tanto foram observados 1088 prontuários analisados referentes aos anos de 2016 e 2017, verificando-se que 76 (7,0%) envolviam crianças e adolescentes vítimas de disparo de arma de fogo, internados em um centro de referência. Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de análise descritiva e inferencial, abrangendo as distribuições absolutas, percentuais e média. Para as análises bivariadas foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, adotando-se nível de significância de 5%. O programa estatístico utilizado foi o IBM SPSS® versão 25.0. **Resultados:** Dentre as vítimas, o sexo masculino revelou maior prevalência (90,9%), sendo a faixa etária de 15 e 19 anos a mais acometida (94,7%). Quanto à localização das lesões, as regiões de crânio e face apresentaram respectivamente, 10,5% e 15,8% dos registros, com fratura óssea em 48,7% dos casos e lesões em região única como as mais frequentes (52,6%). Dentre ossos faciais envolvidos, ossos frontais (42,9%) e a mandíbula (37,5%) foram os mais atingidos. As lesões em tecido mole estiveram presentes em 66,7% das vítimas. De acordo com a análise bivariada, o uso de arma de fogo mostrou-se associado ao sexo ($p < 0,001$) e ao grupo etário ($p < 0,001$). Com relação ao número de regiões afetadas, também apresentaram associação significativa em fraturas em região única ($p < 0,001$), fraturas ósseas ($p < 0,001$), fratura de crânio ($p < 0,034$) e desfecho ($p < 0,05$). **Conclusão:** Adolescentes do sexo masculino entre 15 e 19 anos são as principais vítimas por arma de fogo. Os ossos frontais e a mandíbula foram os mais acometidos. Fatores como sexo, idade e desfecho mostraram-se associados a esse tipo de trauma.

Palavras-chave: Ferimentos Penetrantes, Ferimentos e Lesões, Fraturas Ósseas, Ferimentos por Arma de Fogo, Violência com Arma de Fogo.

INTRODUÇÃO

As lesões em região bucomaxilofacial decorrentes de trauma por arma de fogo têm ampla participação entre os atendimentos de urgência e emergência em centros de traumatologia ^{1,2}. Além de possuir alto poder de comprometimento funcional e estético, as injúrias promovidas por esse tipo de agente físico representam para os dados epidemiológicos e para gestão em saúde, forte preocupação quanto a morbidade desse agravo às características sociodemográficas. Tendo em que vista os investimentos necessários para suprir os serviços de acolhimento são fundamentais para disponibilizar recursos humanos e materiais sob um contexto interdisciplinar na resolução ou minimização desse problema de saúde e suas consequências à sociedade ^{1,2}.

A violência interpessoal envolvendo o uso de arma de fogo tem aumentando em grande parte dos países no mundo, e dentro desse problema de saúde, jovens menores de 30 anos têm sido cada vez mais prevalentes entre os atendimentos em centros de urgência e emergência hospitalar ^{1,2}. Como reflexão a este cenário, a maioria dos programas de conscientização quanto a saúde da criança e do adolescente advém da preocupação com doenças relacionadas a transmissão infecciosa, condições sistêmicas e relacionadas a desnutrição, sendo observada pouca atenção dada aos problemas relacionados a morbidades decorrentes de causas externas, sobretudo violência e o uso de arma de fogo como instrumento causador ³⁻⁷.

No Brasil, de acordo com o Instituto de Economia Aplicada (IPEA) em parceria com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) houve uma diminuição no número de homicídios até o ano de 2017 ⁸. Com relação ao número de homicídios por arma de fogo, verifica-se uma diminuição após a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ^{8,9} e a sanção do Estatuto do Desarmamento (ED) ^{8,10}.

Os dados ainda mostram que o número de mortes entre jovens de 15 a 29 anos correspondeu a uma taxa de 53,3% do total de homicídios no Brasil em 2018. Estando os indivíduos entre 15 e 19 anos do sexo masculino como os mais acometidos com 55,6% quando comparados a outras idades e em relação ao sexo feminino ^{4,5,8}.

Mesmo diante das atuais políticas armamentistas, com o estímulo à maior flexibilização do porte de armas de fogo e também sob forte influência da desigualdade social ainda expressiva no país, é incerto prever expectativas otimistas quanto a diminuição do número de mortes por homicídio envolvendo arma de fogo e as possíveis consequências desse tipo de violência na entre jovens no Brasil ^{4,8,11}. Dados semelhantes são também relatados pelo Instituto Igarapé ao qual aponta como resultados para a

violência envolvendo o uso de arma de fogo, que o Brasil está entre os países da América Latina com uma das mais altas taxas por homicídio e que o perfil das vítimas está em maioria, na faixa etária de 15 a 19 anos ⁸.

De posse da relevância do tema para a atual situação da violência e do porte de armas no Brasil, o desenvolvimento de estudos que possibilitem traçar o perfil da violência infantil mediante a morbidade causada pelo uso de arma de fogo e suas consequências. Com isso, a pesquisa em questão, objetiva analisar as características das lesões bucomaxilofaciais em crianças e adolescentes acometidos por disparo de arma de fogo e descrever quais os principais atributos às condições sociodemográficas relacionadas ao perfil das lesões e das vítimas atendidas em um hospital de referência no atendimento de vítimas por causas externas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo a partir da avaliação de dados secundários por meio da técnica de observação indireta ¹². O estudo foi desenvolvido no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, centro de referência em atendimentos de alta complexidade, com área de abrangência para 203 municípios na Paraíba, englobando outros estados como Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará.

Universo e amostra

O universo compreendeu todos os prontuários envolvendo crianças e adolescentes internados por causas externas, correspondendo a 1088 atendimentos nos anos de 2016 e 2017. A amostra foi composta por 76 prontuários (7,0%) de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade vítimas de disparo por arma de fogo, atendidas no Serviços de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Foram excluídos os prontuários com preenchimento incompleto ou que não permitissem devida compreensão dos dados como idade e causa de internação. Os dados foram coletados no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME).

A cronologia de idade entre crianças e adolescente foi definida com base na faixa etária elaborada pela OMS, também adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil. Essa convenção entende crianças como indivíduos de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos ¹³.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado contemplando as variáveis: sexo, idade, dia da semana, período de atendimento, presença de lesão de crânio, face, óssea, número de regiões fraturadas, ossos envolvidos, presença de lesão de tecido mole, internação em UTI, dias de internação e desfecho. Os dados foram coletados por dois pesquisadores treinados, no período de maio de 2018 até maio de 2019.

Análise dos dados

Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de análise descritiva e inferencial, abrangendo as distribuições absolutas, percentuais e média. Para as análises bivariadas foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, adotando-se nível de significância de 5%. O programa estatístico utilizado foi o IBM SPSS® (Statistical Package for the Sciences) versão 25.0.

Aspectos Éticos

Este trabalho obedeceu às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, com parecer n. 2.154.228.

RESULTADOS

Dos 1088 prontuários analisados, 76 (7,0%) dos casos corresponderam a crianças e adolescentes vítimas de violência por arma de fogo. A maioria das vítimas era do sexo masculino (90,6%). A faixa etária mais acometida foi a de adolescentes (94,7%), sendo a maior parte dos atendimentos realizados durante o final de semana (43,2%). Com relação ao horário, o período noturno revelou maior frequência (56,7%) conforme apresentado na Tabela 1.

Com relação às características das lesões e sua localização anatômica, as regiões de crânio e face apresentaram fraturas em 7,98 (10,5%) e 12 (15,8%) dos casos, respectivamente. Quanto a fratura óssea, esteve presente em 48,7% das injúrias, havendo maior predominância em regiões únicas (52,6%). Sobre as lesões bucomaxilofaciais de maior prevalência, foram observadas: fratura em osso frontal (42,9%), seguida de mandíbula (37,5%). As lesões em tecido mole foram observadas em 66,7% dos casos (Tabela 2).

A maioria dos casos envolvendo arma de fogo acometeu o sexo masculino (90,7%) e os adolescentes (94,7%), revelando associação estatisticamente significativa ($p<0,001$ e $p<0,001$), respectivamente. Quanto ao horário de ocorrência, o período noturno foi o mais predominante (56,8%), contudo, não apresentando diferença estatisticamente significativa ($p=0,384$). O uso de arma de fogo mostrou-se associada com o número de regiões fraturadas ($p<0,001$), presença de fratura óssea ($p<0,011$) e presença de fratura de crânio ($p<0,034$). Entretanto, não foi observada associação com a presença de lesão de face ($p=0,911$), presença de fratura maxilofacial ($p=0,468$), internação em UTI ($p=0,095$) e dias de internação ($p=0,251$). Com relação ao desfecho, 89,2% dos casos receberam alta hospitalar enquanto 6 vítimas (9,3%) foram à óbito. (Tabela 3).

DISCUSSÃO

De acordo com Freitas et al.¹¹, no Brasil a probabilidade de um adolescente ou jovem ser morto por perfuração por arma de fogo (PAF) é seis vezes maior quando comparado a outras causas ou motivos do óbito. Esse dado reflete a expressividade de ocorrências em atendimentos hospitalares cada vez mais frequente entre adolescentes quando comparada a motivos como acidentes domésticos, afogamentos dentre outros tipos^{13,14}. Tais características puderam ser identificadas no presente estudo, onde um total de 76 prontuários pertenciam a adolescentes em sua maioria, do sexo masculino e na faixa de 15 a 19 anos, vítimas de agressão por arma de fogo. Divergindo apenas em relação à faixa etária, Souto et al.⁵ também reportaram um percentual dominante dos casos entre vítimas do sexo masculino, negros e com baixo grau de escolaridade, conferindo influências socioeconômicas e educacionais.

Em um outro trabalho desenvolvido por Swendiman et al.¹⁵ ao analisar as características epidemiológicas das lesões decorrentes de projéteis de arma de fogo também puderam constatar que o sexo masculino na faixa etária de 15 a 19 anos apresentou expressiva participação (89,2%) em relação ao feminino (10,2%). O que esclarece as condições de vulnerabilidade social, atenuantes nas primeiras décadas de vida as quais podem ser identificadas a partir do envolvimento cada vez mais jovens de indivíduos do sexo masculino a ambientes que envolvam o uso de armas de fogo decorrentes de agressão ou conflitos entre pares.

Com relação ao local de ocorrência, é importante mencionar o aumento da violência por arma de fogo na região Nordeste do Brasil com base no último censo

populacional do ano de 2010, tendo como uma das regiões com maiores taxas de homicídios na adolescência ^{4,8,11}. Nesse contexto, este estudo pode traçar essa informação corroborando com os dados descritos anteriormente.

Em relação ao dia e período de ocorrência observados no presente estudo, reporta-se que os dias de final de semana como sábado e domingo quando somados, perfazem os dias de maior frequência entre os atendimentos de vítimas de arma de fogo, sendo o período noturno como o mais prevalente. Essa informação se assemelha aos dados relatados por Souto et al. ⁵, onde pode ser considerado como possível justificativa, como período de maiores interações sociais envolvendo o consumo de álcool e drogas ilícitas, bem como período de práticas litigiosas a exemplo de confrontos interpessoais e acertos de contas ^{4,5}.

Dentre as regiões anatômicas mais acometidas as que apresentaram maior gravidade, cabeça e pescoço esteve entre as mais relatadas (39,2%) ^{11,16,17}. O que condiz com as informações encontradas na presente pesquisa com relação à presença de fratura de crânio, em sua maioria, envolvendo uma única região, presença de fratura óssea, lesões em face e região maxilofacial entre os casos oriundos de disparo de arma de fogo.

Com relação às internações hospitalares, Freitas et al. ¹¹ relataram que o tempo mais prevalente foi entre 16 a 30 dias internação, o que corrobora com os dados apresentados nessa pesquisa tendo como intervalo em dias de internação mais frequente, acima de 5 dias. Além desses resultados, Fagundes et al. ¹⁸ relataram uma média de 4,5 dias de internação.

De acordo Swendiman et al. ¹⁵, a violência armada é responsável pela segunda causa de mortalidade entre crianças e adolescentes, perdendo apenas para os acidentes de trânsito. Ainda em relação a esses dados, outros autores ^{12,15,18,19} identificaram que têm sido observado um crescimento nos últimos anos no quadro de ferimentos e lesões decorrentes de disparos por arma de fogo, apresentando desfechos de maior gravidade quando comparados a outros tipos de lesões.

A realização de pesquisas de cunho observacional avaliando o perfil de indivíduos atendidos em centros de referência pode evidenciar a importância que os centros de urgência e emergência têm para o suporte em saúde de determinadas regiões, devendo considerar a necessidade crescente de propostas de implementação de serviços cada vez mais eficazes no acolhimento e controle desses agravos ²¹⁻²⁴. A luz desse conhecimento, têm-se os investimentos em suporte técnico-administrativo voltados às causas externas e sobretudo, as causas de danos provocados pela violência por arma de

fogo como problema de saúde cada vez mais presente nos centros de atendimento de urgência e emergência hospitalar²⁵⁻²⁷.

CONCLUSÃO

Adolescentes do sexo masculino entre 15 e 19 anos são as principais vítimas por arma de fogo. Fatores como sexo, idade e desfecho mostraram-se associados a esse tipo de trauma.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Olding J, Olding C, Bew D, Fan K. Penetrating head & neck trauma - Epidemiology and injury characteristics in terror-related violence, interpersonal violence and deliberate self-harm at a level 1 trauma centre. *Surgeon*. 2019 Jun;17(3):133-8. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2019.01.001>.
2. Silva RA, Jansen K, Godoy RV, Souza LDM, Horta BL, Pinheiro RT. Prevalence of weapons possession and associated factors and involvement in physical aggression among adolescents 15 to 18 years of age: a population-based study. *Cad Saude Publica*. 2009 Dec;25(12):2737-45. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009001200020>.
3. Olatunja OS, Isinkaye AO, Oluwadiya KS. Profile of non-accidental childhood injury at a tertiary hospital in south-west Nigeria. *J Trop Pediatr*. 2015 Jun;61(3):174-81. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmv009>.
4. Violência, I. A. (2020). Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Acesso em, 14 de julho de 2021.
5. Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(9):2811-23. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017>.
6. Tseng J, Nuño M, Lewis AV, Srour M, Margulies DR, Alban RF. Firearm legislation, gun violence, and mortality in children and young adults: a retrospective cohort study of 27,566 children in the USA. *Int J Surg*. 2018 Sep;57:30-4. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2018.07.010>.
7. Wamser-Nanney R, Nanney JT, Conrad E, Constans JI. Childhood trauma exposure and gun violence risk factors among victims of gun violence. *Psychol Trauma*. 2019 Jan;11(1):99-106. <https://doi.org/10.1037/tra0000410>.
8. Instituto Igarapé [homepage na internet]. Observatório de homicídios. [acesso em 14/07/2021]. Disponível em: <https://igarape.org.br/apps/observatorio-de-homicidios/>.
9. Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União;1990.
10. Brasil. [Estatuto do desarmamento (2003)]. Estatuto do desarmamento. – 4. ed. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2013.
11. Freitas NA, Silva AVS, Brasil ACO, Bastos VPD, Fernandes LCBC. Perfil clínico-epidemiológico de adolescentes e jovens vítimas de ferimento por arma de

fogo. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2017; 25(4): 429-35. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700040213>.

12. Marconi MA; Lakatos EM. *Fundamentos de metodologia científica*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

13. WHO. *The health of young people*. Library Cataloguing in Publication Data. 1993.

14. Fowler KA, Dahlberg LL, Haileyesus T, Gutierrez C, Bacon S. Childhood firearm injuries in the United States. *Pediatrics*. 2017 Jul;140(1):e20163486. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3486>.

15. Swendiman RA, Hatchimonji JS, Allukian M, Blinman TA, Nance ML, Nace GW. Pediatric firearm injuries: anatomy of an epidemic. *Surgery*. 2020 Sep;168(3):381-4. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.02.023>.

16. Parikh K, Silver A, Patel SJ, Iqbal SF, Goyal M. Pediatric firearm-related injuries in the United States. *Hosp Pediatr*. 2017 Jun;7(6):303-12. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0146>.

17. Blumberg TJ, DeFrancesco CJ, Miller DJ, Pandya NK, Flynn JM, Baldwin KD. Firearm-associated fractures in children and adolescents: trends in the United States 2003-2012. *J Pediatr Orthop*. 2018 Aug;38(7):387-92. <https://doi.org/10.1097/bpo.0000000000001193>.

18. Fagundes MAV, Seidel AC, Schiavon AC, Santos BF, Kanamaru F. (2007). Estudo retrospectivo de janeiro de 1998 a maio de 2005, no Hospital Universitário de Maringá, sobre ferimentos por arma branca e arma de fogo. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 2007; 29(2), 133-7.

19. Phebo L, Moura AT. Violência urbana: um desafio para o pediatra. *J Pediatr (Rio J)*. 2005 Nov;81(5 Suppl):S189-96. <https://doi.org/10.2223/jped.1407>.

20. Phillips R, Shahi N, Bensard D, Meier M, Shirek G, Goldsmith A, et al. Guns, scalpels, and sutures: The cost of gunshot wounds in children and adolescents. *J Trauma Acute Care Surg*. 2020 Sep;89(3):558-64. <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000002766>.

21. Nygaard RM, Marek AP, Daly SR, Van Camp JM. Violent trauma recidivism: Does all violence escalate?. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2018 Dec;44(6):851-8. <https://doi.org/10.1007/s00068-017-0787-5>.

22. Choi PM, Dekonenko C, Aguayo P, Juang D. Pediatric firearm injuries: a Midwest experience. *J Pediatr Surg*. 2020 Oct;55(10):2140-3. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2020.06.027>.

23. Zamboni RA, Wagner JCB, Volkweis MR, Gerhardt EL, Buchmann EM, Bavaresco CS. Levantamento epidemiológico das fraturas de face do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre-RS. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2017 Set; 44(5), 491-7. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017005011>.
24. Olufajo OA, Zeineddin A, Nonez H, Okorie NC, De La Cruz E, Cornwell III EE, et al. Trends in firearm injuries among children and teenagers in the United States. J Surg Res. 2020 Jan;245:529-36. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.07.056>.
25. Ribeiro AP, Souza ERD, Sousa CAMD. Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros. Cien Saude Colet. 2017 Sep;22(9):2851-60. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.16492017>.
26. Maia ABP, Assis SG, Ribeiro FML, Pinto LW. As marcas da violência por arma de fogo em face. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 2021 Mar; 87(2):145-51.
27. Brett MT, Randi NS, Krista M, Eric C, Kathryn B, Carrol G. Community distress predicts youth gun violence. J Pediatr Surg. 2019 Nov;54(11):2375-81. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.03.021>.

Tabela 1: Distribuição das vítimas segundo as características sociodemográficas.

Variável	Frequência	
	n	%
Sexo¹		
Masculino	68	90,6
Feminino	7	9,4
Faixa etária dicotomizada		
Criança	4	5,3
Adolescente	72	94,7
Dia da semana		
Segunda-feira	9	11,8
Terça-feira	8	10,5
Quarta-feira	10	13,5
Quinta-feira	9	11,8
Sexta-feira	7	9,2
Sábado	18	23,6
Domingo	15	19,6
Período de atendimento²		
Diurno	32	43,3
Noturno	42	56,7

¹ dados não identificados (1). ² dados não identificados (2).

Tabela 2: Distribuição das vítimas segundo as características das lesões.

Variável	Frequência	
	n	%
Presença de lesão de crânio		
Sim	8	10,5
Não	68	89,5
Presença de lesão de face		
Sim	12	15,8
Não	64	84,2
Presença de fratura óssea		
Sim	37	48,7
Não	39	51,3
Número de regiões fraturadas		
Únicas	40	52,6
Múltiplas	36	47,4
Presença de fratura de mandíbula		
Sim	3	37,5
Não	5	62,5
Presença de fratura de maxila		
Sim	1	12,5
Não	7	87,5
Presença de lesão em tecido mole		
Sim	8	66,7
Não	4	33,3

Tabela 3: Análise bivariada entre variáveis sociodemográficas e características das lesões segundo uso de arma de fogo.

Variável	Uso de arma de fogo				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	68	90,7	741	73,8	0,001
Feminino	7	9,3	263	26,2	
Faixa etária dicotomizada					
Criança	4	5,3	360	35,6	0,000
Adolescente	72	94,7	652	64,4	
Período de atendimento					
Diurno	32	43,2	479	48,5	0,384
Noturno	42	56,8	509	51,5	
Número de regiões fraturadas					
Únicas	40	52,6	696	73,5	0,000
Múltiplas	36	47,4	251	26,5	
Presença de fratura óssea					
Sim	37	48,7	569	63,4	0,011
Não	39	51,3	328	36,6	
Presença de fratura de crânio					
Sim	8	10,5	195	20,6	0,034
Não	68	89,5	752	79,4	
Presença de lesão de face					
Sim	12	15,8	145	15,3	0,911
Não	64	84,2	802	84,7	
Presença de					

fratura					
maxilofacial					
Sim	8	66,7	81	55,9	0,468
Não	4	33,3	64	44,1	
Internação UTI					
Sim	19	25,0	176	17,4	0,095
Não	57	75,0	836	82,6	
Dias de internação					
Até 4 dias	35	46,1	535	52,9	0,251
5 dias ou mais	41	53,9	477	47,1	
Desfecho					
Alta hospitalar	58	89,2	880	97,0	0,005
Óbito	6	9,3	20	2,2	
Contra indicação	1	1,5	7	0,8	

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário da violência infantil tem deixado marcas ao longo dos anos que repercutem até os dias atuais. Considerada um problema social e de saúde pública em todo o mundo, a agressão à crianças e adolescentes dispõe de desfechos como consequências físicas, psicológicas e sociais de grande impacto no desenvolvimento e comportamento da população. Com isso, medidas de combate a esse agravo têm sido um desafio para a administração pública em seus diversos campos de atuação como saúde, educação, segurança e assistencial social.

A realização de mais pesquisas que tracem o perfil clínico-epidemiológico da agressão física em crianças e adolescentes através de estudos observacionais, podem descrever a realidade da situação de saúde e sociodemográfica desses e de outros grupos populacionais em situação de risco.

Além disso, a utilização de dados e documentos de cunho clínico-hospitalar podem instituir demandas de investimentos em saúde e recursos humanos que propiciem estratégias de enfrentamento desse problema de saúde. Adicionalmente, pode contribuir com a construção e adequação pedagógica na formação de professores e profissionais como cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, entre outros, que atuem diretamente com essa temática.

7 REFERÊNCIAS

- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v.17, n.4, p.229-232, 2007.
- BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p. 2841-2850, 2017.
- BERNARDINO, Í. M et al. Physical violence against Brazilian children and adolescents: a 4-year study. *Journal of Public Health*, Oxford, v. 24, n. 2, p. 135-140, 2016.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 135, 16 julho de 1990. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso: em 12 de junho de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, n.206, Seção 1, p.86, 2001a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html. Acesso em: 12 de junho de 2020.
- BRASIL. Portaria Nº. 737 de 16 de maio, 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 maio de 2001b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 12 de junho de 2020.
- BRASIL. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf.
- CAVALCANTI, A. L. Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.5, p. 1835-1842, 2009.
- CAVALCANTI, A. L.; MARTINS, V. M. Perfil epidemiológico da criança e adolescente vítimas de violência física: estudo no departamento de Medicina Legal de Campina Grande/PB. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 38, n. 4, p. 341-352, 2009.

COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n.5, p. 1129-1141, 2007.

D'ARCY, J. W. et al. The trends of pediatric facial fractures due to violence in a level one trauma population. *Journal of Craniofacial Surgery*, Boston, v. 30, n. 7, p. 1970-1973, 2019.

EGRY, E. Y. et al. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 70, n. 1, p. 119-125, 2017.

FRANCISCHINI, R. As faces da infância em contextos de violência física intrafamiliar. *Revista de Psicologia da Unesp*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 16, 2018.

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

GARBIN, C. A. S. et al. A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 107-118, 2012.

GARROCHO-RANGEL, A. et al. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *Journal of clinical and experimental dentistry*, [S.l.], v. 7, n. 3, p. e428, 2015.

GARCEZ, R. H. M. et al. Caracterização de lesões bucomaxilofaciais decorrentes de agressão física: diferenças entre gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1143-1152, 2019.

GASSNER, R. et al. Craniomaxillofacial trauma in children: a review of 3,385 cases with 6,060 injuries in 10 years. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, Philadelphia, v. 62, n. 4, p. 399-407, 2004.

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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n.8, p. 1647-1653, 2011.

HOPPE, I. C. et al. Pediatric facial fractures: interpersonal violence as a mechanism of injury. *Journal of Craniofacial Surgery*, Boston, v. 26, n. 5, p. 1446-1449, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Informações Estatísticas. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>, acesso em 14/04/2020.

ICD-10 VERSION 2016. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>, acesso em 26/08/2020.

KIM, S. H.; LEE, S. H.; CHO, P. D. Analysis of 809 facial bone fractures in a pediatric and adolescent population. Archives of plastic surgery, [S.l.], v. 39, n. 6, p. 606, 2012.

KURAL, D.; ABBASOGLU, Z.; TANBOGA, İ. Awareness and experience regarding child abuse and neglect among dentists in Turkey. Journal of clinical pediatric dentistry, Birmingham, v. 44, n. 2, p. 100-106, 2020.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. The lancet, [S.l.], v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.

LANCON, J. A.; HAINES, D. E.; PARENT, A. D. Anatomy of the shaken baby syndrome. The Anatomical record, [S.l.], v. 253, n. 1, p. 13-18, 1998.

LEVANDOWSKI, M. L. et al. Impact of social distancing on reports of violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 1, p. e00140020, 2021.

MACEDO, D. M. et al. Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 487-496, 2019.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M.; Técnicas de Pesquisa. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS JÚNIOR, P. A. et al. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam?. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n.7, p. 2609-2616, 2019.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Cadernos de Saúde Pública, Goiânia, v. 26, n. 2, p. 347-357, 2010.

- MASSONI, A. C. L. T. et al. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 403-410, 2010.
- MEADOW, R. Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of disease in childhood*, London, v. 78, n. 3, p. 210-216, 1998.
- MINAYO, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 2007-2016, 2018.
- MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.5 p. 1641-1649, 2009.
- MOGADDAM, M. et al. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child abuse & neglect*, Oxford, v. 54, p. 43-56, 2016.
- NAGARAJAN, S. K. Craniofacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon's guide. *Journal of forensic dental sciences*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 5, 2018.
- NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 21, p.871-880, 2016.
- ORESTES-CARDOSO, S. et al. Levantamento epidemiológico de traumatismo maxilar em um hospital público do recife. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, Pernambuco, v. 15, n. 2, p. 97-102, 2016.
- OLIVEIRA, T. B. S. et al. Characterization of morbidity from interpersonal violence in Brazilian children and adolescents. *Iranian journal of public health*, Teharan, v. 43, n. 9, p. 1184–1191, 2014.
- ÖZGÜR, N. et al. Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. *International Dental Journal*, London, v. 70, n. 2, p. 145-151, 2020.
- PAUL, A. R.; ADAMO, M. A. Non-accidental trauma in pediatric patients: a review of epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Translational pediatrics*, Hong Kong, v. 3, n. 3, p. 195-207, 2014.

PENAL, Código. Decreto-Lei, nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/Del2848.htm, 1940.

PINTO, L. L. T. et al. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 66, n. 4, p. 203-210, 2017.

RATES, S. M. M. et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 655-665, 2015.

REVORÊDO, L.S. et al. Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 205-217, 2016.

SILVA, C. J. P. et al. Perfil dos traumas maxilofaciais em vítimas de violência interpessoal: uma análise retrospectiva dos casos registrados em um hospital público de Belo Horizonte (MG). *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 33-44, 2011.

SILVA, G. C. O. et al. Características da produção científica sobre o trabalho infantil na América Latina. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p.1-18, 2019.

SOUTO, D. F. et al. Violencia contra niños y adolescentes: perfil y tendencias derivadas de la Ley nº 13.010. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.71, n.3, p.1237-1246. 2018.

SOUZA, C. E. et al. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista–revisão de literatura. *RBOL-Revista Brasileira de Odontologia Legal*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 53-63, 2016.

SOUZA, D. F. M. et al. Epidemiology of childrens facial fractures in the emergency room of a tropical metropolis. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 335-338, 2010.

SOUSA FILHO, D. de et al. Síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 15, n. 4, p.516-521, 2017.

ULDUM, B.; CHRISTENSEN, H. R.; WELBURY, R. How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. *Acta Odontologica Scandinavica*, Oslo, v. 75, n. 5, p. 332-337, 2017.

VIDAL, H. G. et al. Physical violence against children and adolescents in Recife: a 5-year retrospective study. *The Journal of forensic odonto-stomatology*, Austrália, v. 37, n. 1, p. 20-25, 2019.

VALENTE, L. A. et al. Domestic violence against children and adolescents: prevalence of physical injuries in a southern Brazilian metropolis. *Brazilian dental journal*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 55-60, 2015.

VANRELL, J. P. *Odontologia Legal E Antropologia Forense*. 2 ed. São Paulo: Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2009. 440 p.

YAMAMOTO, K. et al. Maxillofacial fractures associated with interpersonal violence. *Journal of Craniofacial Surgery*, United States, v. 30, n. 4, p. 312-315, 2019.

YOUNG, J. C.; WIDOM, C. S. Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child abuse & neglect*, Oxford, v. 38, n. 8, p. 1369-1381, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Child maltreatment. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> >, acesso em: 17/06/2020.

APÊNDICE – INSTRUMENTO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Variável	Categoria
Prontuário N°:	_____
Ano	[1] 2016 [2] 2017
Mês	[1] Janeiro [2] Fevereiro [3] Março [4] Abril [5] Maio [6] Junho [7] Julho [8] Agosto [9] Setembro [10] Outubro [11] Novembro [12] Dezembro
Cidade de origem	[1] CG [2] Outro município [3] Outro estado [4] NR
Dia da semana	[1] Segunda [2] Terça [3] Quarta [4] Quinta [5] Sexta [6] Sábado [7] Domingo
Horário do atendimento	[1] Manhã (06:00 às 11:59h) [2] Tarde (12:00 às 17:59h) [3] Noite (18:00 às 23:59h) [4] Madrugada (00:00 às 05:59h) [5] NR
Sexo	[1] Masculino [2] Feminino
Idade	Em anos: _____ Para bebês menores de 1 ano em meses: _____ NR ()
Uso de álcool	[1] Sim [2] Não [3] NR
Causa da lesão	[1] Agressão [2] Queimadura [3] Afogamento [4] Envenenamento [5] Outros _____ [6] NR
Agressões	[1] Interpessoal [2] Arma branca [3] Arma de fogo [4] NR
Regiões com presença de trauma	[1] Crânio [2] Face [3] NR
Fratura óssea	[1] Sim [2] Não
N° de regiões com fratura	[1] Única [2] Múltiplas
Fratura Maxilofacial	[1] Sim [2] Não
Região da face envolvida	[1] Terço superior [2] Terço médio [3] Terço inferior [4] órbita
Ossos Crânio/Face envolvidos	[1] Mandíbula [2] Maxila [3] Palatino [4] Vômer [5] Zigomático [6] Nasal [7] Concha

	nasal [8] Lacrimal [9] Etmoide [10] Esfenoide [11] Frontal [12] Temporal [13] Occipital [14] Parietal [15] NR
Região afetada	[1] Maxilar [2] Mandibular
Fratura Mandibular	[1] Corpo [2] Ramo [3] Ângulo [4] Côndilo [5] Sínfise/Parasínfise [6] NR
Lesão em Tecido Mole	[1] Sim [2] Não
Características das lesões de tecido mole	[1] Laceração [2] Petéquias [3] Úlcera [4] Hematoma/Equimose [5] Edema [6] Outro _____ [7] NR
Localização da lesão em Tecido Mole	[1] Orofacial Pele/Lábios [2] Mucosa Jugal [3] Mucosa Palato [4] Mucosa gengival [5] Língua [6] NR
Envolvimento de dentes	[1] Sim [2] Não
Nº de dentes envolvidos	[1] 1 dente [2] 2 dentes [3] 3 dentes [4] 4 dentes [5] 5 dentes ou mais
Atendido por TBMF	[1] Sim [2] Não
Internação	[1] Sim [2] Não
Nº de dias de internação	Entrada ____/____/____ Saída ____/____/____ Dias de Internação: _____
Internação em UTI	[1] Sim [2] Não
Nº de dias em UTI	Entrada: ____/____/____ Saída ____/____/____ Dias em UTI: _____
Desfecho	[1] Alta [2] Transferência [3] Óbito [4] NR

ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR E FATORES ASSOCIADOS EM VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Pesquisador: Tatiana Farias Teóduo Paitot

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66123217.3.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.154.228

Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado "PREVALÊNCIA DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR E FATORES ASSOCIADOS EM VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO", encaminhado em sua versão física para análise, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com fins à obtenção de parecer favorável ao início das atividades propostas pelo Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado em Odontologia, da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a prevalência de traumatismo raquimedular e fatores associados, em vítimas de acidentes de trânsito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme a RESOLUÇÃO 466/12, do CNS/MS, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. Segundo o pesquisador responsável, no protocolo enviado para o CEP/UEPB, Riscos e Benefícios: "A presente pesquisa apresenta risco mínimo para o participante, com possibilidade mínima de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do mesmo, uma vez que não há realização de intervenção ou modificação intencional

Endereço: Av. das Beatinhas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongo **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.154.228

nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos e são utilizados os prontuários clínicos para a coleta de dados, com garantia pelos pesquisadores de preservação da privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados, com utilização das informações, única e exclusivamente, para execução do projeto em questão e divulgação das informações coletadas durante a pesquisa apenas de forma anônima, não sendo utilizadas quaisquer outras indicações que possam identificar os sujeitos da pesquisa. A pesquisa terá como benefício a utilização dos resultados para fim de conhecimento epidemiológico a cerca dos acidentes de trânsito e dos casos de traumatismo raquimedular decorrentes e consequente definição de ações estratégicas específicas, para fins de melhoria nas condições de saúde da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa transversal, com abordagem descritiva e caráter quantitativo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ao analisar os documentos necessários para a integração do protocolo científico, encontraram-se todos os documentos necessários e obrigatórios, não havendo pendência documental.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Pelo exposto, estando em conformidade com o Protocolo do CEP UEPB, bem como em consonância com os critérios da Resolução 466/2012 do CNS, eu, relator 07, sou pela APROVAÇÃO do Projeto de. Salvo melhor juízo.

Campina Grande, 05 de abril de 2017

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_887734.pdf	24/03/2017 09:54:14		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	24/03/2017 09:52:27	Tatiana Farias Teódulo Palliot	Aceito
Orçamento	Orçamento_do_Projeto_de_Pesquisa.docx	23/03/2017 11:16:59	Tatiana Farias Teódulo Palliot	Aceito
Cronograma	Cronograma_do_Projeto_de_Pesquisa	23/03/2017	Tatiana Farias	Aceito

Endereço: Av. das Beatinhas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.154.228

Cronograma	.docx	11:13:59	Teódulo Pallot	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_DE_PESQUISA_PARA_ENI AR_PARA_O_CEP.docx	23/03/2017 11:05:39	Tatiana Farias Teódulo Pallot	Aceito
Declaração de Pesquisadores	digitalizar0008.jpg	23/03/2017 11:01:42	Tatiana Farias Teódulo Pallot	Aceito
Declaração de Pesquisadores	digitalizar0007.jpg	23/03/2017 11:01:10	Tatiana Farias Teódulo Pallot	Aceito
Declaração de Pesquisadores	digitalizar0005.jpg	23/03/2017 10:59:57	Tatiana Farias Teódulo Pallot	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	digitalizar0003.jpg	23/03/2017 10:59:27	Tatiana Farias Teódulo Pallot	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	digitalizar0002.jpg	23/03/2017 10:58:58	Tatiana Farias Teódulo Pallot	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 04 de Julho de 2017

Assinado por:
Marconi do O Catão
(Coordenador)

Endereço: Av. das Bananeiras, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodoquengo CEP: 58.100-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

