



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
CURSO DE DOUTORADO EM ODONTOLOGIA**

**VIOLÊNCIA FÍSICA INTERPESSOAL EM ADULTOS NA REGIÃO DE CAMPINA  
GRANDE: ANÁLISE DOS TRAUMAS FACIAIS, DINÂMICA DE DISTRIBUIÇÃO  
SEMANAL, PERFIL DA AGRESSÃO E DO AGRESSOR, E CIRCUNSTÂNCIAS  
DOS EVENTOS**

**CARLUS ALBERTO OLIVEIRA DOS SANTOS**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2024**

**CARLUS ALBERTO OLIVEIRA DOS SANTOS**

**VIOLÊNCIA FÍSICA INTERPESSOAL EM ADULTOS NA REGIÃO DE CAMPINA GRANDE: ANÁLISE DOS TRAUMAS FACIAIS, DINÂMICA DE DISTRIBUIÇÃO SEMANAL, PERFIL DA AGRESSÃO E DO AGRESSOR, E CIRCUNSTÂNCIAS DOS EVENTOS**

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

**Área de Concentração:** Clínica Odontológica

**Orientador(a): Orientador:** Prof.º Dr.º. Sérgio d'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti

**Co-orientador:** Prof.º Dr.º. Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2024**

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.

S237v Santos, Carlus Alberto Oliveira dos.  
Violência física interpessoal em adultos na região de Campina Grande [manuscrito] : análise dos traumas faciais, dinâmica de distribuição semanal, perfil da agressão e do agressor, e circunstâncias dos eventos / Carlus Alberto Oliveira dos Santos. - 2024.  
114 p. : il. colorido.

Digitado.

Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.

"Orientação : Prof. Dr. Sérgio D'ávila Lins Bezerra Cavalcanti, Departamento de Odontologia - CCBS. "

"Coorientação: Prof. Dr. Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa , UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais "

1. Epidemiologia. 2. Saúde pública. 3. Violência interpessoal. 4. Trauma facial. I. Título

21. ed. CDD 617.695

**CARLUS ALBERTO OLIVEIRA DOS SANTOS**

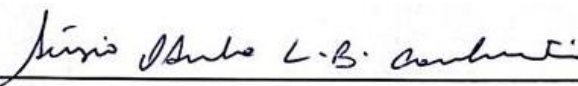
**VIOLÊNCIA FÍSICA INTERPESSOAL EM ADULTOS NA REGIÃO DE CAMPINA GRANDE: ANÁLISE DOS TRAUMAS FACIAIS, DINÂMICA DE DISTRIBUIÇÃO SEMANAL, PERFIL DA AGRESSÃO E DO AGRESSOR, E CIRCUNSTÂNCIAS DOS EVENTOS**

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

**Área de Concentração:** Clínica Odontológica

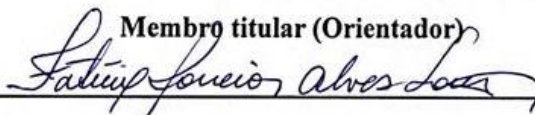
Aprovado(a) em: 31/07/2024

**BANCA EXAMINADORA**



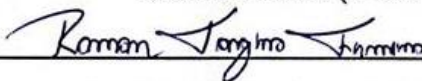
**Prof. Dr. Sérgio d'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti / UEPB**

**Membro titular (Orientador)**



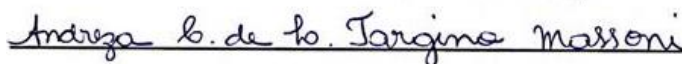
**Prof. Dra. Fátima Roneiva Alves Fonseca / UFCG**

**Membro titular (2ª examinadora)**



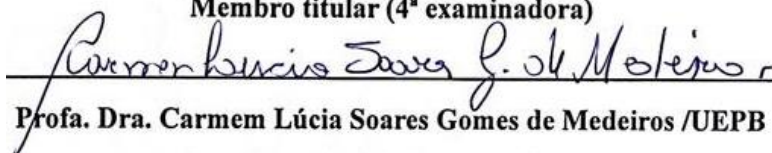
**Prof. Dr. Ramon Targino Firmino / UFCG**

**Membro titular (3º examinador)**



**Prof. Dra. Andreza Cristina de Lima Targino Massoni /UEPB**

**Membro titular (4ª examinadora)**



**Prof. Dra. Carmem Lúcia Soares Gomes de Medeiros /UEPB**

**Membro titular (5ª examinadora)**

*A Deus, por ser meu fôlego de vida, porto  
seguro e por me amar incondicionalmente.  
Sem Ele, nada disso seria possível, DEDICO.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, meu agradecimento mais profundo vai para **O autor** da minha vida e fé, Aquele que me sustentou, me tolerou e me atendeu, mesmo quando eu não merecia. Senhor, somos tão confidentes, não é? Lembro das lágrimas que derramei pensando que nada disso seria possível. Lembro das madrugadas em claro e das noites mal dormidas. Sua paz e alegria sempre surgiam com o amanhecer. Hoje, Te ofereço novidades nos lábios e um coração eternamente agradecido. Muito obrigado, *meu Deus!* “Aqueles que semeiam em lágrimas, com júbilo ceifarão...” (Salmos 126:5-6).

Ao meu orientador, *Prof. Sérgio d'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti*, minha gratidão é imensa. Sua orientação foi fundamental para o sucesso desta pesquisa. Agradeço por sua generosidade, compreensão e humanidade ao longo deste caminho. Seu apoio inabalável e conselhos sábios foram essenciais em todos os momentos. Muito obrigado por acreditar em mim, quando ninguém mais acreditou, e por ser mais que um orientador. Levarei sua generosidade para o resto da vida. Sem sua ajuda, este momento não seria possível!

Ao meu coorientador, *Prof. Dr. Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa*, por ter disponibilizado seu tempo e sua pesquisa para novas análises. Sua contribuição foi fundamental para a realização deste trabalho. Muito obrigado!

À minha mãe, *Maria da Luz*, por sua força, fé e apoio incondicional, mesmo sem muitas condições. Obrigado por estar sempre ao meu lado, por suas orações incessantes e por acreditar em mim quando mais precisei. Te amo profundamente, mãe!

Ao meu pai, *Alberto Oliveira*, por seu apoio constante, orações e pensamentos positivos. Muito obrigado por sempre estar presente no meu coração, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus avós, *vovó Socorro Oliveira* e *vovô Vicente Oliveira*. Quem me dera fossem eternos! É com imensa alegria que escrevo estes agradecimentos a vocês, que ainda estão aqui para partilhar este momento. O cuidado e zelo de Deus manifestos em vocês foram fundamentais para minha jornada. Sinto saudades de morar com vocês, do gosto da comida simples, do cheiro de flores e do olhar sincero de quem me viu crescer. Vocês são sinônimos de leveza e amizade, e sempre terão um lugar especial no meu coração. Muito obrigado por tudo!

Aos meus familiares, especialmente meu *tio Adalberto Oliveira*, que sempre me apoiaram e incentivaram ao longo de toda a minha trajetória. Vocês foram as colunas de sustentação que me trouxeram até aqui. Muito obrigado por tudo! Amo vocês!

Aos meus amigos de pós-graduação, cujo apoio inestimável e amizade tornaram essa jornada mais leve e significativa. Em especial, a ***Karina Rolim e Diego Filipe***, por estarem sempre ao meu lado, proporcionando momentos de alegria e risadas que tornaram meus dias mais brilhantes. Compartilhamos experiências inesquecíveis que ficarão gravadas para sempre na memória. Continuemos a avançar juntos, sempre em frente!

Ao meu amigo-irmão ***Anderson Marcos Vieira do Nascimento***, por sua amizade e apoio incondicional ao longo desta jornada. Sua presença fez toda a diferença, oferecendo conforto e encorajamento quando eu mais precisava. Muito obrigado por ser um verdadeiro irmão para mim!

Aos ***professores do PPGO/UEPB***, meu profundo agradecimento por todos os conhecimentos compartilhados e apoio ao longo desta jornada acadêmica. Aos que, por vezes, se esqueceram do impacto de suas palavras e ações na jornada dos estudantes de pós-graduação, deixo a reflexão sobre o poder das mentorias positivas e construtivas. Que possamos todos contribuir para um ambiente acadêmico mais empático e inspirador.

Aos ***membros da banca examinadora***, minha sincera gratidão. Suas correções, sugestões e críticas foram essenciais para aprimorar e enriquecer este trabalho. Cada comentário e orientação fornecidos por vocês representaram um passo adiante na construção deste trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** A violência interpessoal (VI) por agressão física é um fenômeno complexo que pode ser influenciada por diversos fatores, tais como o sexo, idade, região de moradia, o dia da semana, presença eventos festivos e consumo de álcool. **Objetivos:** Avaliar a dinâmica de distribuição semanal dos casos de violência física interpessoal em adultos com resultado de lesões na face, com ocorrência em Campina Grande e sua região metropolitana, dos registros de vítimas atendidas no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL-CG). **Metodologia:** Realizou-se um estudo censitário, observacional e retrospectivo envolvendo 9.522 vítimas de violência interpessoal. A coleta de dados foi dividida em dois períodos. O primeiro, abrangendo os anos de 2008 a 2011, foi realizado por uma equipe de oito pesquisadores previamente calibrados. O segundo período, referente aos anos de 2012 a 2014, por dois pesquisadores que também participaram da primeira coleta. O instrumento de coleta de dados incluiu informações sociodemográficas, relativas ao trauma e as circunstâncias da agressão. Inicialmente realizou-se uma análise descritiva dos casos e, posteriormente, os dados sociodemográficos e de trauma foram analisados utilizando regressão logística bivariada e multivariada. Adicionalmente, a análise de correlações de Cramer foi utilizada para identificar a força das associações entre variáveis relacionadas ao trauma facial. **Resultados:** A maioria das vítimas tinham entre 18-29 anos (49,1%) e residia em Campina Grande (74,6%). A prevalência de trauma facial foi maior entre jovens (18-29 anos) e desempregados (49,58%). O uso de instrumentos aumentou significativamente a chance de trauma facial (OR = 2,21,  $p < 0,001$ ) e a incidência foi maior nos fins de semana (OR = 0,89,  $p < 0,001$ ). A análise detalhada revelou que os traumas de tecido mole foram os mais comuns entre as vítimas, representando 42,3% dos casos, enquanto fraturas de osso facial e fraturas dentoalveolares foram menos frequentes, com 0,9% e 0,4% respectivamente. A maioria das agressões ocorreu na região da cabeça e face, com 20,2% dos casos registrados nesta área. Outras regiões afetadas incluíram o pescoço (1,4%), membros superiores (17,7%), membros inferiores (5,3%), tórax (3,8%) e abdômen (1,7%). Os instrumentos mais utilizados nas agressões foram a força corporal (66,1%), armas brancas (6,6%) e armas de fogo (3,9%). Outros instrumentos foram usados em 10,2% dos casos. A análise de Cramer revelou que o uso de instrumentos e o dia da semana tiveram as correlações mais fortes com a ocorrência de trauma facial, indicando associações moderadas. A análise semanal dos dados mostrou que a incidência de violência interpessoal foi significativamente maior nos fins de semana, com uma odds ratio de 0,89 ( $p < 0,001$ ), indicando um aumento nos casos de trauma facial durante esses dias. A influência de eventos festivos



também foi notável, com picos de violência observados durante festas juninas e outras celebrações locais. **Conclusão:** A idade jovem, o desemprego e o uso de instrumentos estão associados a uma maior chance de trauma facial. A violência interpessoal é mais comum nos fins de semana e durante eventos festivos. Políticas públicas e intervenções preventivas são necessárias para esses períodos de maior risco. Programas como o Paraíba Unida pela Paz tiveram um impacto inicial positivo, mas são necessárias medidas contínuas e adaptativas para enfrentar os desafios persistentes.

**Palavras-chave:** violência interpessoal; saúde pública; epidemiologia

## ABSTRACT

**Introduction:** Interpersonal violence (IPV) through physical aggression is a complex phenomenon influenced by various factors, such as sex, age, region of residence, day of the week, presence of festive events, and alcohol consumption. **Objectives:** To evaluate the weekly distribution dynamics of interpersonal physical violence cases in adults resulting in facial injuries, occurring in Campina Grande and its metropolitan area, based on records of victims treated at the Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL-CG). **Methodology:** A census-based, observational, and retrospective study was conducted involving 9522 victims of interpersonal violence. Data collection was divided into two periods. The first period, covering the years 2008 to 2011, was conducted by a team of eight previously calibrated researchers. The second period, covering the years 2012 to 2014, was conducted by two researchers who also participated in the first data collection. The data collection instrument included sociodemographic information, trauma details, and circumstances of the aggression. Initially, a descriptive analysis of the cases was performed, and subsequently, sociodemographic and trauma data were analyzed using bivariate and multivariate logistic regression. Additionally, Cramer's correlation analysis was used to identify the strength of associations between variables related to facial trauma. **Results:** The majority of victims were between 18-29 years old (49.1%) and resided in Campina Grande (74.6%). The prevalence of facial trauma was higher among young individuals (18-29 years) and the unemployed (49.58%). The use of instruments significantly increased the risk of facial trauma (OR = 2.21,  $p < 0.001$ ). The incidence was higher on weekends (OR = 0.89,  $p < 0.001$ ). Detailed analysis revealed that soft tissue traumas were the most common among victims, representing 42.3% of cases, while facial bone fractures and dentoalveolar fractures were less frequent, with 0.9% and 0.4%, respectively. Most aggressions occurred in the head and face region, with 20.2% of cases recorded in this area. Other affected regions included the neck (1.4%), upper limbs (17.7%), lower limbs (5.3%), chest (3.8%), and abdomen (1.7%). The most used instruments in the assaults were bodily force (66.1%), sharp objects (6.6%), and firearms (3.9%). Other instruments were used in 10.2% of cases. Cramer's analysis revealed that the use of instruments and the day of the week had the strongest correlations with the occurrence of facial trauma, indicating moderate associations. Weekly analysis of the data showed that the incidence of interpersonal violence was significantly higher on weekends, with an odds ratio of 0.89 ( $p < 0.001$ ), indicating an increase in facial trauma cases during these days. The influence of festive events was also notable, with peaks of violence observed during June festivals and other local celebrations. **Conclusions:**

Young age, unemployment, and the use of instruments are associated with a higher risk of facial trauma. Interpersonal violence is more common on weekends and during festive events. Public policies and preventive interventions are necessary for these high-risk periods. Programs like Paraíba Unida pela Paz had an initial positive impact, but continuous and adaptive measures are needed to address ongoing challenges.

**Keywords:** interpersonal violence; public health; epidemiology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	<b>Página</b>
Figura 1 – Mapa esquemático das áreas de abrangência dos serviços do NUMOL.....	20
Figura 2 – Fluxograma dos procedimentos de coleta de dados.....	21
Quadro 1 – Descrição e caracterização das variáveis coletadas, considerando como variável dependente principal presença ou ausência de lesão em face.....	23
<b>ARTIGO 2</b>	
Figura 1 – Heatmap das correlações de Cramer entre as variáveis.....	54
Figura 2 – Comparação das ODDS de trauma facial entre dias úteis e finais de semana.....	55
Figura 3 – Frequência de tipos de trauma por dia da semana e faixa etária.....	55
Figura 4 – Distribuição das ocorrências por mês e dia da semana.....	56
<b>ARTIGO 3</b>	
Figura 1 – Representação gráfica da tendência de ocorrências dos traumas por turno e dia da ocorrência .....	66
Figura 2 – Representação gráfica da tendência de ocorrências dos traumas por mês e dia da ocorrência.....	66
Figura 3 – Representação gráfica das tendências de ocorrência dos traumas por sexo e ano de ocorrência.....	67
Figura 4 – Representação gráfica (BoxPlot) comparativa dos casos antes e após a implementação do Programa Paraíba Pela Paz.....	67

## LISTA DE TABELAS

<b>ARTIGO 1</b>		<b>Página</b>
Tabela 1 –	Análise descritiva das características sociodemográficas das vítimas de violência interpessoal.....	37
Tabela 2 –	Análise descritiva das características da agressão e do agressor.....	37
Tabela 3 –	Análise bivariada dos fatores sociodemográficos das vítimas agredidas.....	39
Tabela 4 –	Análise bivariada dos fatores referentes ao agressor e vítimas agredidas.....	40
<b>ARTIGO 2</b>		
Tabela 1 –	Análise bivariada dos fatores sociodemográficos das vítimas agredidas.....	52
Tabela 2 –	Análise bivariada dos fatores referentes ao agressor e vítimas agredidas.....	53
Tabela 3 –	Regressão logística multivariada de dados de acordo com os fatores incluídos no modelo.....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CVLI:</b>	Crimes Violentos Letais Internacionais
<b>GEMOL:</b>	Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal
<b>IBGE:</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IPC</b>	Instituto de Polícia Científica
<b>IC:</b>	Intervalo de Confiança
<b>NUMOL:</b>	Núcleo de Medicina e Odontologia Legal
<b>OR:</b>	Do inglês <i>Odds Ratio</i> , traduzido como, razão de chances
<b>OMS:</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNS:</b>	Pesquisa Nacional de Saúde
<b>RMVS:</b>	Relatório Mundial de Violência e Saúde
<b>SESDS:</b>	Secretaria Estadual de Segurança e Defesa Social
<b>UEPB:</b>	Universidade Estadual da Paraíba
<b>UFCG:</b>	Universidade Federal de Campina Grande
<b>UFMG:</b>	Universidade Federal de Minas Gerais
<b>VI:</b>	Violência Interpessoal

## SUMÁRIO

	Página
<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b> 14
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b> 18
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b> 18
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b> 18
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b> 19
<b>3.1</b>	<b>Considerações éticas.....</b> 19
<b>3.2</b>	<b>Tipo e local do estudo.....</b> 19
<b>3.3</b>	<b>Procedimentos de coleta de dados.....</b> 21
<b>3.4</b>	<b>Critérios de elegibilidade.....</b> 22
<b>3.5</b>	<b>Variáveis da investigação.....</b> 23
<b>4</b>	<b>PLANO DE ESTUDO DE ARTIGOS QUE SERÃO SUBMETIDOS AOS PERIÓDICOS SELECIONADOS.....</b> 26
<b>4.1</b>	<b>Violência física interpessoal em adultos: perfil de vítimas, agressores e características dos eventos.....</b> 27
<b>4.2</b>	<b>Dinâmica semanal dos traumas na face por violência física interpessoal: avaliação de registros de 7 anos em campina grande e região metropolitana..</b> 41
<b>4.3</b>	<b>Eventos festivos e políticas públicas podem explicar a incidência de violência física interpessoal com traumas faciais?.....</b> 57
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b> 68
	<b>REFERÊNCIAS.....</b> 69
	<b>APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES DA SÉRIE.....</b> 73
	<b>APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES DA SÉRIE 2012-2014.....</b> 74
	<b>ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A SÉRIE 2008-2011.....</b> 75
	<b>ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A SÉRIE 2012-2014.....</b> 76
	<b>ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR-CHEFE DO NUMOL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA 2008-2011.....</b> 78
	<b>ANEXO D -TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR-CHEFE DO NUMOL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA 2012-2014.....</b> 79
	<b>ANEXO E - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DO PERIÓDICO JOURNAL OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY AND PATOLOGY.....</b> 81
	<b>ANEXO F - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DO PERIÓDICO INTERNATIONAL JOURNAL OF PUBLIC HEALTH.....</b> 89
	<b>ANEXO G - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DO PERIÓDICO ANAIS DA SAÚDE GLOBAL.....</b> 110

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A violência no Brasil não é apenas um desafio social, mas uma questão de saúde pública que exige atenção imediata e ação efetiva (Bernardino *et al.*, 2018). Estudos recentes (Walker-Descartes *et al.*, 2021; Catão *et al.*, 2024) demonstram que a violência é uma das principais causas de óbito no país, ocupando o terceiro lugar no ranking geral e liderando entre adolescentes e adultos. Para fortalecer essa afirmação, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, que foi realizada pelo IBGE em colaboração com o Ministério da Saúde, revela que aproximadamente 29,1 milhões de brasileiros adultos foram vítimas de violência, o que corresponde a cerca de 18,3% da população adulta do país (Cecílio *et al.*, 2012; IBGE, 2019; Catão *et al.*, 2024).

Campina Grande, a segunda cidade mais populosa da Paraíba, tem visto uma redução significativa nos registros de Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLI) em 2022, segundo autoridades locais, marcando um avanço na segurança pública. Essa diminuição, de 39 para 27 casos em um ano, posicionou a cidade como uma das menos violentas do Norte/Nordeste entre os municípios com mais de 200 mil habitantes. No entanto, essa conquista não obscurece a necessidade contínua de entender e enfrentar a violência em todas as suas formas (CODATA-PB, 2024).

Para abordar esse desafio de maneira abrangente, é essencial compreender não apenas os aspectos epidemiológicos da violência, mas as suas ramificações na saúde e no bem-estar da população. Atos violentos não apenas impõem custos elevados aos sistemas de saúde, podem gerar uma série de consequências negativas para a sociedade, incluindo a incidência de lesões maxilofaciais resultantes de atos violentos (Bernardino *et al.*, 2017; Walker-Descartes *et al.*, 2021). Apesar dos avanços nas políticas de redução da morbimortalidade por violências adotadas no Brasil desde 2001 e recentemente em Campina Grande, ainda há lacunas significativas na compreensão abrangente do fenômeno (Ferreira *et al.*, 2023; Catão *et al.*, 2024).

Estudos como os realizados por Bernardino *et al.* (2016) e Barbosa (2018) fornecem informações cruciais sobre a dinâmica e as características específicas da violência em Campina Grande. Bernardino *et al.* (2016) descreveram as características da violência contra mulheres ao longo das diferentes fases da vida, destacando a prevalência de agressões físicas, ameaças e agressões verbais. A proximidade entre vítima e agressor emergiu como um fator crucial na identificação dos tipos de violência sofridos, sublinhando a necessidade de políticas públicas direcionadas que considerem as características sociodemográficas das vítimas e dos agressores. Por sua vez, o trabalho de Barbosa (2018) analisou a violência física interpessoal em Campina



Grande ao longo de um período extenso, evidenciando mudanças nas taxas e padrões de violência familiar e comunitária. O estudo revelou hotspots de violência na cidade, concentrados em áreas de menor renda familiar, destacando a complexidade e a distribuição espacial desses eventos.

O estudo realizado por Costa *et al.* (2013) avaliou o traumatismo facial em mulheres causado por atos violentos e não violentos em vítimas atendidas no hospital de emergência em Campina Grande. Os resultados mostraram que os adultos representaram 48,6% da amostra. As quedas foram a causa mais frequente de trauma (38,5%), enquanto as lesões de tecidos moles foram as mais prevalentes (67,6%). A idade foi significativamente associada à etiologia das lesões, com quedas sendo a causa mais comum entre crianças/adolescentes e idosos, e atos de violência sendo mais comuns entre adultos.

A análise das tendências de violência interpessoal revela disparidades significativas entre dias úteis e finais de semana, conforme evidenciado por Cecílio *et al.* (2012) em um estudo descritivo de casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, entre 2008 e 2010. Os resultados indicam que a maioria dos atendimentos ocorreu aos finais de semana, especialmente aos domingos (16,5%), e predominantemente durante o período noturno, das 18:01 às 24:00 horas (57,8%). Este padrão temporal sugere uma dinâmica na manifestação da violência que pode estar relacionada a variações nos padrões de atividades e comportamentos sociais ao longo da semana.

A distinção na distribuição dos atos violentos entre dias úteis e finais de semana reflete uma possível interação complexa entre diferentes dinâmicas sociais e culturais. Dias úteis, caracterizados por rotinas mais estruturadas de trabalho e estudo, podem influenciar os contextos de interação social e deslocamentos urbanos de maneira distinta em comparação aos fins de semana, que são geralmente associados a maior tempo de lazer e relaxamento. Essas variações podem impactar tanto a incidência quanto a natureza dos eventos violentos registrados em diferentes contextos urbanos (Cavalcante, 2015; Barboza *et al.*, 2019).

A compreensão dessas tendências é crucial para orientar políticas públicas e estratégias de prevenção da violência. A identificação de picos de violência em determinados dias da semana permite direcionar recursos e intervenções de forma mais eficaz, adaptando estratégias de segurança pública e serviços de emergência para responder às demandas específicas de cada período temporal. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) destacam que compreender os fatores que influenciam a violência é essencial para preveni-la de maneira eficaz, pois isso possibilita a formulação de estratégias baseadas em evidências e adaptadas a fatores temporais e contextuais específicos. Além disso, ações contínuas em múltiplos níveis (individual,

relacional, comunitário e societal) são necessárias para sustentar os esforços de prevenção e alcançar um impacto mais amplo na população (Wilkins et al., 2014).

Outrossim, após análise da literatura disponível, observa-se que uma avaliação comparativa entre dias úteis e finais de semana em estudos de violência interpessoal revelará nuances importantes na dinâmica desses eventos, destacando a necessidade contínua de pesquisas e abordagens integradas para mitigar os impactos sociais e individuais dessa realidade. É importante destacar que Campina Grande se caracteriza por um contínuo desenvolvimento e investimentos em tecnologia voltados para a saúde e segurança pública (SESDS-PB, 2024). Sua infraestrutura urbana é robusta, facilitando o êxodo diário de pessoas para trabalho e estudo. A cidade é um importante ponto de passagem e parada para viajantes de outros municípios, além de ser um polo de saúde que atende a uma rede de municípios circunvizinhos. Conhecida como uma cidade universitária, Campina Grande oferece uma vibrante vida noturna com bares, boates e eventos, especialmente nos finais de semana. A tradicional festa junina, que dura 30 dias, é marcada por um aumento no consumo de álcool e na movimentação da cidade. Entretanto, Campina Grande tende a ser mais tranquila entre o fim das festas juninas e o final do ano, ou em período de recesso escolar, onde ocorre a migração dos estudantes para suas localidades e diminui consideravelmente a movimentação na cidade (Silva, 2022).

A violência interpessoal em Campina Grande apresenta características distintas e dinâmicas variadas, influenciadas por fatores temporais, espaciais e sociodemográficos. Estudos como os de Bernardino *et al.* (2016); Barbosa (2018); Souza (2015) evidenciaram a complexidade desses fenômenos e a necessidade de abordagens multidisciplinares e integradas para sua prevenção e combate eficaz. A implementação de políticas públicas que considerem esses aspectos é crucial para promover uma cultura de paz e segurança, protegendo assim a saúde e o bem-estar dos cidadãos campinenses e contribuindo para um futuro mais seguro e justo para todos.

A análise dos dados epidemiológicos revela que Campina Grande enfrenta desafios significativos em relação à violência, especialmente aquela direcionada contra mulheres e grupos vulneráveis. Estudos como o realizado por Bernardino *et al.* (2016) destacam a prevalência de diferentes tipos de violência ao longo das fases da vida das mulheres na cidade, desde agressões físicas até ameaças e violência verbal. A proximidade entre vítima e agressor emerge como um fator crítico, influenciando a frequência e a gravidade dos incidentes relatados. Essas dinâmicas não apenas refletem questões sociais e culturais complexas, mas também exigem respostas coordenadas que considerem as características específicas da população afetada.

Além das dinâmicas temporais e sociodemográficas, a distribuição espacial da violência em Campina Grande evidencia a trajetória dos índices de violência ao longo do tempo. Estudos

como o de Barbosa (2018) identificaram hotspots de violência concentrados em áreas de menor renda familiar, especialmente na Zona Leste da cidade. Essas áreas não apenas apresentam taxas mais elevadas de crimes violentos, mas também enfrentam desafios adicionais relacionados ao acesso a serviços públicos essenciais e oportunidades econômicas. A compreensão desses padrões geográficos é essencial para direcionar intervenções eficazes e recursos limitados de maneira estratégica, visando reduzir as disparidades existentes e promover uma distribuição mais equitativa dos benefícios do desenvolvimento urbano.

Nessa perspectiva, para enfrentar eficazmente o problema da violência em Campina Grande, é fundamental adotar uma abordagem integrada que considere as múltiplas dimensões do fenômeno. Isso inclui não apenas políticas de segurança pública e aplicação da lei, mas também iniciativas voltadas para a promoção da igualdade de gênero, educação em direitos humanos e fortalecimento da rede de apoio às vítimas. Somente através de esforços coordenados e sustentados será possível construir uma cidade mais segura e inclusiva para todos os seus residentes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- ✓ Avaliar o padrão de distribuição temporal dos casos de violência física interpessoal em adultos com resultado de lesões na região de cabeça e pescoço, com ocorrência em Campina Grande e sua região metropolitana, dos registros de vítimas atendidas no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL-CG).

### **2.2 Objetivos específicos**

#### **Plano de análise 1 – Artigo 1**

- ✓ Analisar a distribuição epidemiológica dos casos de violência física interpessoal no município de Campina Grande e região metropolitana;
- ✓ Descrever o perfil do agressor e das vítimas de violência física interpessoal no município de Campina Grande e região metropolitana;
- ✓ Investigar as características e fatores associados referentes aos traumas faciais, circunstâncias da agressão, instrumentos utilizados e a distribuição temporal (ano, mês, dia e turno) das ocorrências.

#### **Plano de análise 2 – Artigo 2**

- ✓ Investigar a dinâmica da distribuição semanal dos casos de violência física interpessoal com resultado de lesão facial;
- ✓ Mapear a distribuição geográfica dos casos de violência física interpessoal em Campina Grande e sua região metropolitana, identificando “hotspots” de alta incidência;
- ✓ Examinar a influência de fatores socioeconômicos nos índices de violência física interpessoal;
- ✓ Avaliar a evolução temporal da violência interpessoal na região entre 2008 e 2014, destacando mudanças significativas em diferentes períodos;
- ✓ Analisar a presença de trauma facial entre as vítimas de violência física interpessoal e identificar os possíveis fatores associados a esses traumas.

#### **Plano de análise 3 – Artigo 3**

- ✓ Analisar a influência de eventos festivos e políticas públicas na incidência de violência física interpessoal.

### **3 METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo que analisou a distribuição dos casos de agressão física por violência interpessoal registrados no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL), no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, além de descrever a epidemiologia das agressões interpessoais com desfecho de lesões em face. Para isso, realizou-se uma análise retrospectiva de 7 anos (84 meses) para investigar a frequência de casos de violência física ao longo do tempo em Campina Grande e região metropolitana.

Examinou-se ainda a influência de fatores socioeconômicos e culturais nos padrões de violência física interpessoal em adultos. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: inicialmente, foram obtidos dados do período de 2008 a 2011 e, posteriormente, a série dos anos de 2012 a 2014.

#### **3.1 Considerações éticas**

A pesquisa foi devidamente registrada na Plataforma Brasil (CAAE: 47207815.5.0000.5149) e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (PARECER N° 1.174.610) (ANEXOS A e B). O responsável pela NUMOL, titular dos direitos de propriedade intelectual dos pareceres médico-odontológicos, autorizou a realização do estudo na instituição (ANEXOS C e D).

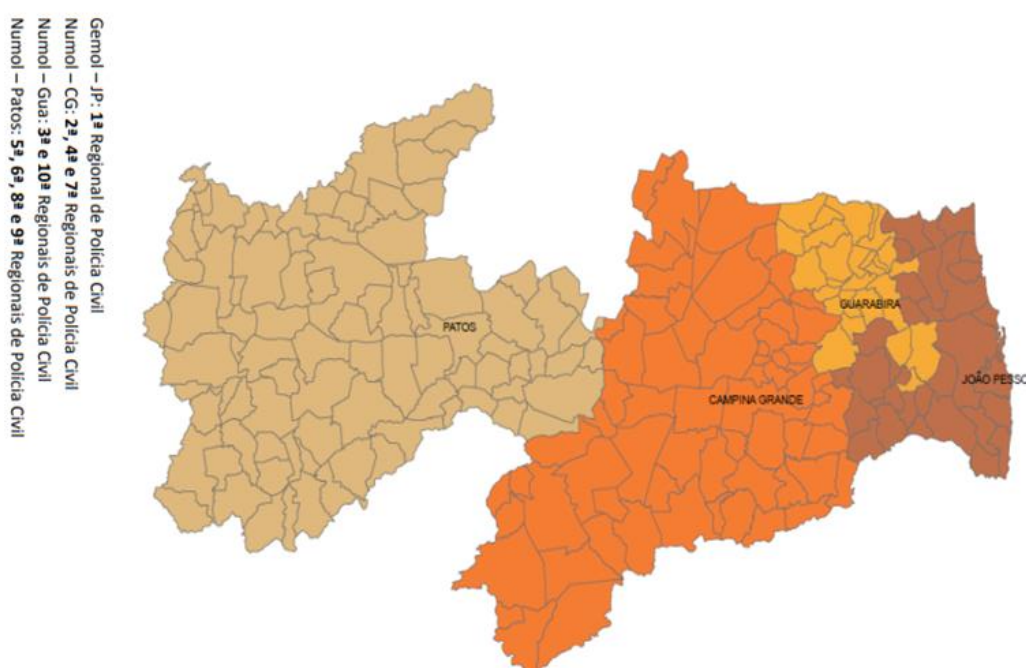
#### **3.2 Tipo e local do estudo**

Realizou-se uma análise observacional, retrospectiva e documental baseada nos laudos médico-odontológicos de vítimas de violência interpessoal. A pesquisa foi conduzida no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL), localizado em Campina Grande, no estado da Paraíba, Brasil. O NUMOL de Campina Grande faz parte do Instituto de Polícia Científica (IPC) do estado da Paraíba, que integra a Polícia Civil e está subordinado à Secretaria da Segurança e Defesa Social (SESDES) do estado da Paraíba.

O NUMOL é responsável pela realização de exames de corpo de delito no estado da Paraíba e possui essa denominação apenas neste estado. Nas demais regiões do Brasil, o órgão equivalente é normalmente chamado de Instituto Médico Legal (IML). Na Paraíba, existem quatro NUMOLs que realizam exames de corpo de delito, localizados em João Pessoa, Campina Grande, Patos e Guarabira. João Pessoa, além de sediar um dos núcleos, abriga a Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal (GEMOL), que administra as atividades dos núcleos.

Além do GEMOL, o Instituto de Polícia Científica inclui outras três gerências: a Gerência Executiva de Identificação Civil e Criminal, a Gerência Executiva de Criminalística e a Gerência Executiva de Laboratório Forense. O NUMOL de Campina Grande atende principalmente vítimas da região metropolitana de Campina Grande e, ocasionalmente, casos de regiões mais distantes (mais de 100 km), conforme observado na **figura 1**.

**Figura 1** - Mapa esquemático das áreas de abrangências dos serviços do NUMOL



Fonte: Instituto de Polícia Científica (IPC) – PB, 2012.

A região metropolitana de Campina Grande, estabelecida pela Lei Complementar Nº 92/2009, inicialmente incluía 23 municípios. Desde 2012, quatro municípios foram adicionados: Alcantil, Natuba, Santa Cecília e Umbuzeiro. Simultaneamente, seis municípios da região metropolitana original foram excluídos: Alagoa Nova, Areial, Esperança, Montadas, Pocinhos e São Sebastião de Lagoa de Roça. Atualmente, a região metropolitana de Campina Grande é composta pelos seguintes municípios: Alcantil, Aroeiras, Barra de Santana, Boa Vista, Boqueirão, Campina Grande, Caturité, Fagundes, Gado Bravo, Ingá, Itatuba, Lagoa Seca, Massaranduba, Matinhas, Natuba, Puxinanã, Queimadas, Riachão do Bacamarte, Santa Cecília, Serra Redonda e Umbuzeiro.

### 3.3 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi dividida em dois períodos. O primeiro, abrangendo os anos de 2008 a 2011, foi realizado entre 2009 e 2012 por uma equipe de oito pesquisadores, incluindo alunos de iniciação científica e mestrado. O segundo período, referente aos anos de 2012 a 2014, foi conduzido no segundo semestre de 2015 por dois pesquisadores que também participaram da primeira coleta. Utilizando a mesma ficha de coleta da fase anterior (APÊNDICES 1 e 2), esta etapa incluiu informações adicionais, como o endereço residencial da vítima, a localização do evento (dentro ou fora de casa) quando disponível, e a descrição detalhada das lesões em face.

**Figura 2** – Fluxograma dos procedimentos de coleta de dados



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Neste estudo, foram analisadas informações de vítimas que moram em um dos 23 municípios que compõem a região metropolitana de Campina Grande, de acordo com o estabelecido pela Lei Complementar Nº 92/2009, em vigor no momento da coleta de dados em 2008. A delimitação da região metropolitana de Campina Grande foi mais influenciada por questões político-administrativas do que por critérios puramente geográficos. Portanto, os 23 municípios abordados na pesquisa devem ser entendidos como áreas vizinhas a Campina Grande, com interações próximas que vão além da simples distância física entre eles.

### **3.4 Critérios de elegibilidade**

Os parâmetros de qualificação para este estudo foram estabelecidos com base no funcionamento do serviço forense em Campina Grande. Para compreender os motivos que resultaram na inclusão e exclusão de informações na pesquisa, é fundamental ter conhecimento da estrutura organizacional do serviço. No Instituto de Polícia Científica de Campina Grande, os registros referentes à violência são mantidos em categorias distintas: Lesões e Ferimentos, Violência Sexual (perícia para constatar conjunção carnal e tentativa de estupro), Perícias em Cadáveres e Perícia de Identificação Papiloscópica.

Nesta pesquisa, foi analisado, de forma censitária, exclusivamente o banco de dados de Lesões e Traumas, que inclui relatórios com detalhes sobre indivíduos que sofreram ferimentos e violência física. Realizou-se um levantamento que abrangeu o período de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2014 (84 meses) para Campina Grande e região metropolitana.

Por vários motivos, alguns relatórios foram removidos. Relatórios ilegíveis, mesmo digitados, muitas vezes apresentavam a descrição da lesão escrita à mão e ilegível, o que tornava sua compreensão difícil. Cerca de 1 em cada 100 relatórios tinha esse problema de legibilidade; nesses casos, os peritos e/ou funcionários de plantão eram solicitados a interpretar os relatórios. Caso a interpretação não fosse viável, o relatório era descartado.

Prisões em flagrante executadas pela polícia militar, cumprimento de mandados de busca pela polícia civil e/ou militar, e incidentes em penitenciárias ou locais de detenção não foram considerados para análise. Nestas situações, o indivíduo suspeito é encaminhado ao NUMOL para realização de exame de corpo de delito, mesmo que não tenha sofrido lesões físicas, sendo que tais casos não se encaixavam no objetivo da pesquisa, que tinha como foco investigar casos de violência física interpessoal em vítimas com lesões. Ademais, muitos dos laudos relacionados às prisões estavam incompletos.



Os exames de agressão sexual também foram desconsiderados, conforme já mencionado, os pesquisadores analisaram apenas os exames de agressões físicas. Contudo, eventualmente, alguns relatórios de agressão física mencionavam ocorrências de violência sexual e, por isso, foram retirados da análise.

Enfim, foram desconsiderados incidentes que não envolviam violência física, tais como mordidas de animais, cortes acidentais com objetos de vidro, quedas e queimaduras não intencionais. Esses incidentes eram pouco frequentes, acontecendo de uma a três vezes por mês.

Aprimorando os parâmetros de inclusão e exclusão, asseguramos que a pesquisa mantenha o enfoque nas agressões físicas entre indivíduos, o que resultará em informações mais precisas e significativas.

### 3.5 Variáveis da investigação

Cada variável foi selecionada considerando sua relevância e potenciais impactos nos desfechos do estudo. Esses aspectos abrangem dados tanto quantitativos quanto qualitativos, abarcando campos como estatísticas populacionais e econômicas. Uma explicação minuciosa de cada variável, incluindo sua unidade de medida, método de obtenção e fonte, está disponível para garantir a transparência e a viabilidade de replicar a pesquisa. Tais variáveis serão utilizadas para testar hipóteses, identificar padrões e obter discernimentos pertinentes sobre o tema em análise.

**Quadro 1** – Descrição e caracterização das variáveis coletadas, considerando como variável dependente principal presença ou ausência de lesão em face

<b>Nome da Variável</b>	<b>Tipo e Dependência</b>	<b>Descrição da variável</b>	<b>Categorização da variável</b>
Idade	Quantitativa, Independente	Variáveis sócio demográficas de caracterização das vítimas	
Sexo da vítima	Qualitativa, Independente	Variáveis sócio demográficas de caracterização das vítimas	
Situação conjugal	Qualitativa, Independente	Variáveis sócio demográficas de caracterização das vítimas	(solteiro, viúvo, separado, casado, união estável)

Escolaridade	Qualitativa, Independente	Variáveis sócio demográficas de caracterização das vítimas	(não alfabetizado, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior)
Ocupação	Qualitativa, Independente	Variáveis sócio demográficas de caracterização das vítimas	
Bairro e região da ocorrência	Qualitativa, Independente	Variáveis sócio demográficas de caracterização das vítimas	(cidade, região metropolitana, outras cidades)
Tipo de violência	Qualitativa, Dependente	Variáveis relacionadas ao evento da violência por agressão física	(familiar, comunitária)
Sexo do agressor	Qualitativa, Independente	Variáveis relacionadas ao evento da violência por agressão física	(masculino, feminino, ambos)
Sujeito agressor	Qualitativa, Independente	Variáveis relacionadas ao evento da violência por agressão física	(companheiro(a)/namorado(a), ex-companheiro(a)/ex-namorado(a), familiar, conhecido, estranho)
Tipo de instrumento utilizado	Qualitativa, Independente	Variáveis relacionadas ao evento da violência por agressão física	(força corporal, arma de fogo, objeto cortante, outros)
Região anatômica do corpo atingida	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	(Cabeça/Face, Pescoço, Membro superior, Membro Inferior, Tórax, Abdome)
Região e lado da face acometida	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	(direito, esquerdo, bilateral, frontal)
Tipo de trauma facial	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	(Tecido mole, Fratura simples, Fratura múltipla, Dentoalveolar, Outros)
Traumas do terço superior	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	(Injúrias de tecido mole, Fraturas ósseas, Politraumatismos)

Traumas do terço médio	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	(Injúrias de tecido mole, Fraturas ósseas, Politraumatismos)
Traumas do terço inferior	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	(Injúrias de tecido mole, Fraturas ósseas, Politraumatismos)
Injúrias de tecido mole	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	
Fraturas ósseas no terço superior	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	(seio frontal, base anterior do crânio, naso-orbito-etimoidais)
Fraturas ósseas do terço médio	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	(maxilares, orbitais, zigomáticas, nasais, lacrimal, etmoidal, palatino, esfenoidal, alvéolo dentárias)
Fraturas ósseas do terço inferior	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	(ângulo, corpo sínfise, parassínfise, processo coronóide, alvéolo dentárias)
Politraumatismo	Qualitativa, Dependente	Variáveis e classificação relativas aos traumas	(injúria de tecido mole ou fratura em mais de uma região anatômica)
Dia da ocorrência	Qualitativa, Independente	Variáveis relativas ao momento da ocorrência	
Horário da ocorrência	Quantitativa, Independente	Variáveis relativas ao momento da ocorrência	
Mês da ocorrência	Qualitativa, Independente	Variáveis relativas ao momento da ocorrência	
Ano da ocorrência	Quantitativa, Independente	Variáveis relativas ao momento da ocorrência	

Fonte: elaborado pelo autor, 2024.

#### **4 PLANO DE ESTUDO DE ARTIGOS QUE SERÃO SUBMETIDOS AOS PERIÓDICOS SELECIONADOS**

**4.1 Artigo 1** - Violência física interpessoal em adultos: perfil de vítimas, agressores, características das agressões e traumas faciais;

**4.2 Artigo 2** - Dinâmica da distribuição semanal de traumas na face por violência física interpessoal: uma avaliação de registros de 7 anos em uma cidade do nordeste brasileiro;

**4.3 Artigo 3** - Eventos festivos e políticas públicas explicam a incidência de violência física interpessoal com traumas faciais?

Os manuscritos produzidos a partir desses estudos serão submetidos aos seguintes periódicos:

- O primeiro artigo (4.1) será submetido ao Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology (Online), ISSN 2212-5558, classificado como B2 na área de Odontologia.
- O segundo artigo (4.2) será submetido ao International Journal of Public Health (Online), ISSN 1661-8564, classificado na categoria A2 na área de Odontologia e área mãe Saúde Coletiva.
- O terceiro artigo (4.3) será submetido aos Annals of Global Health (Online), ISSN 2214-9996, classificado na categoria A3 na área de Odontologia e Saúde Coletiva.

#### 4.1 Violência física interpessoal em adultos: perfil de vítimas, agressores, características das agressões e traumas faciais

Carlus Alberto Oliveira dos Santos<sup>1</sup>, Kevan Guilherme Nóbrega Cavalcanti<sup>2</sup>, Sérgio D'Avila Lins Bezerra Cavalcanti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Rua Baraúnas, 351, Universitário, Campina Grande, PB, Brasil, carlus.santos@uepb.edu.br

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil, kevan.cavalcanti@ufmg.br

<sup>3</sup> Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Rua Baraúnas, 351, Universitário, Campina Grande, PB, Brasil, Davila2407@hotmail.com

Carlus Alberto Oliveira dos Santos  
 Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba  
 Rua Baraúnas, 351, Universitário, Campina Grande, PB, Brasil  
 Telefone: +55 83 2101-1000  
 E-mail: carlus.santos@uepb.edu.br

Objetivo: analisar a prevalência e características da violência interpessoal em adultos em Campina Grande e região metropolitana, identificando os perfis das vítimas e agressores, bem como as circunstâncias das agressões. Métodos: Foram analisados registros de violência interpessoal do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) em Campina Grande, Paraíba, ao longo de 7 anos. A amostra incluiu todos os registros médico-legais de adultos, abrangendo informações sobre trauma facial, características sociodemográficas das vítimas, e circunstâncias das agressões. A análise estatística foi realizada utilizando o software SPSS, com teste qui-quadrado de Pearson ao nível de 5%. Resultados: Entre os 9522 registros válidos, a maioria das vítimas era do sexo feminino (59%). A faixa etária predominante foi de 18 a 29 anos (49,1%). A maior parte das vítimas residia em Campina Grande (74,6%) e tinha ensino fundamental (37,0%). A violência comunitária foi a mais prevalente (56,8%), com maior incidência aos domingos (21,6%). O trauma facial foi identificado em 43,9% dos casos, sendo mais comum em vítimas sem atividade remunerada (49,58%, OR=0,82; IC95%: 0,75-0,90). Conclusões: A análise revelou alta prevalência de violência interpessoal, especialmente em mulheres jovens e residentes de áreas urbanas. As variações de risco associadas à faixa etária e à atividade remunerada destacam a

necessidade de políticas de saúde direcionadas e intervenções específicas para a prevenção e tratamento do trauma facial em vítimas de violência.

## **Introdução**

A violência, em toda sua contextualização, é um grave problema de saúde pública mundial que afeta inúmeras comunidades, inclusive no Brasil. Estudos mostram que a violência não apenas causa dor e sofrimento às vítimas, mas também impõe uma carga significativa sobre os serviços de saúde, que precisam estar preparados para tratar uma ampla variedade de lesões resultantes dos atos violentos [1, 2].

Dados epidemiológicos indicam que a violência interpessoal afeta tanto homens quanto mulheres, embora os contextos e as circunstâncias dessas agressões possam variar de acordo com fatores sociodemográficos e culturais, localização, faixa etária, dia da semana e outros. Enquanto os homens, normalmente, são frequentemente vítimas de violência em contextos comunitários e relacionados à criminalidade, as mulheres estão mais sujeitas à violência doméstica e de parceiros íntimos, embora esse cenário possa variar [3, 4]. As agressões físicas ocorrem principalmente em áreas urbanas e durante a noite, com uma alta incidência de ferimentos na face e na cabeça, afetando ambos os sexos [5].

As agressões físicas são a forma mais comum de violência interpessoal, seguidas pelo uso de armas de fogo e armas brancas. Os traumas resultantes dessas agressões variam desde lesões de tecidos moles até fraturas de ossos faciais e dentoalveolares. A identificação dos fatores contextuais e situacionais que contribuem para essas agressões é essencial para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e tratamento [6]. A análise dos dados de traumas maxilofaciais é especialmente relevante para compreender a dinâmica da violência interpessoal. Estudos apontam que os traumas na face são altamente prevalentes e indicadores importantes de violência urbana. Esse tipo de análise pode subsidiar o delineamento de melhores protocolos de atendimento emergencial e estratégias de prevenção mais eficazes [2].

Evidências sugerem que a dinâmica da violência interpessoal pode variar de acordo com a localidade de residência da vítima e do agressor [2]. Entretanto, a maioria dos estudos sobre essa temática se concentra em grandes capitais, obscurecendo dados sobre a violência em cidades interioranas com significativas modificações sociais e culturais. A violência interpessoal em Campina Grande, por exemplo, apresenta características específicas que devem ser consideradas na elaboração de políticas públicas e programas de saúde. Esta cidade, importante metrópole localizada no interior da Paraíba, apresenta movimentações sociais importantes que se projetam de maneiras distintas em diferentes épocas do ano. Normalmente, meses festivos como fevereiro

e junho podem propiciar o aumento do consumo de bebidas alcoólicas, o que pode influenciar no aumento das agressões. Outrossim, a compreensão detalhada do perfil das vítimas e agressores, bem como das circunstâncias das agressões, é fundamental para a criação de intervenções direcionadas e eficazes [3, 5].

Nessa perspectiva, objetivou-se com este estudo analisar a prevalência e características da violência interpessoal em adultos em Campina Grande e região metropolitana, identificando os perfis das vítimas e agressores, bem como as circunstâncias das agressões, fornecendo base histórica para subsidiar a elaboração de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes na região.

## **Métodos**

Analisaram-se os registros de violência interpessoal registrados no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) em Campina Grande, Paraíba, Brasil, ao longo de 7 anos (84 meses). A análise incluiu a violência interpessoal, e a influência de fatores socioeconômicos e culturais nos padrões de violência. Além disso, investigou-se a presença de trauma facial entre as vítimas e os fatores associados a esses traumas. A amostra foi censitária, abrangendo todos os registros médico-legais de adultos.

## **Considerações Éticas**

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil sob o CAAE: 47207815.5.0000.5149 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, obtendo um parecer de Nº 1.174.610. A realização do estudo foi devidamente autorizada pelo responsável pelo NUMOL. Este estudo foi conduzido em conformidade com a Declaração de Helsinque, que estabelece princípios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, e seguiu rigorosamente as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no país.

## **Tipo e Local do Estudo**

Este estudo retrospectivo de série temporal baseou-se nos laudos médico-odontológicos de vítimas de violência interpessoal, conduzido no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) em Campina Grande, Paraíba. O NUMOL faz parte do Instituto de Polícia Científica (IPC) do estado da Paraíba e integra a Polícia Civil, subordinado à Secretaria da Segurança e Defesa Social (SESDES).

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada em dois períodos: de 2008 a 2011 e de 2012 a 2014. A primeira fase foi realizada entre 2009 e 2012 por uma equipe de oito pesquisadores; a segunda, no segundo semestre de 2015, por dois pesquisadores da primeira fase. Utilizou-se a mesma ficha de coleta em ambas as fases, incluindo informações adicionais sobre o endereço residencial da vítima, a localização do evento e a descrição detalhada das lesões orofaciais.

Os dados foram coletados por meio de um formulário específico contendo as informações disponíveis nos laudos médico-odontológicos. Foi realizado um estudo piloto com 30 laudos de 2007 para ajustar o instrumento de coleta; esses laudos não foram incluídos na amostra final. Três membros da equipe passaram por treinamento e calibração para a coleta de dados. A medida Kappa foi utilizada para verificar a concordância entre os examinadores, resultando em um valor de concordância substancial.

O formulário incluía informações disponíveis nos laudos médico-odontológicos e foi dividido em três partes: parte I – relacionada ao trauma facial (presente/ausente; tipo de trauma; local do trauma), parte II – características sociodemográficas da vítima (idade, sexo, situação conjugal e anos de estudo), parte III – características relacionadas à agressão física (sexo do agressor, relação com o agressor, instrumento utilizado, local da agressão, dia e turno da ocorrência).

### **Critérios de Elegibilidade**

Os critérios de inclusão foram delineados baseado na logística de funcionamento do serviço forense em Campina Grande. Analisaram-se exclusivamente os dados de Lesões e Traumas de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2014. Relatórios ilegíveis, casos de prisões em flagrante, incidentes em penitenciárias e casos que não envolviam violência física foram excluídos. A pesquisa focou nas agressões físicas entre indivíduos, garantindo a precisão e relevância dos dados analisados.

### **Análise de Dados**

A análise estatística descritiva e inferencial dos dados foi realizada com o auxílio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, versão 21.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). O Teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para determinar associações bivariadas entre os fatores independentes (sociodemográficos e relacionados à agressão física) e o fator dependente (trauma facial). Em todas as análises, considerou-se como significativas as



associações com  $p < 0,05$  (5%). A medida de associação utilizada foi o *Odds Ratio* (OR) bruto para a análise bivariada expressa com o Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%).

## Resultados

Neste estudo, realizamos uma análise descritiva abrangente dos dados sociodemográficos das vítimas de violência e das circunstâncias dos incidentes na região de Campina Grande, abrangendo um total de 9522 registros válidos.

A distribuição por sexo das vítimas revelou que a maioria é do sexo feminino, representando 59,0% (5614) dos casos, enquanto os homens correspondem a 40,9% (3898). Em relação às idades das vítimas, a média foi de 32,74 anos (DP  $\pm 12,17$ ), com quase metade (49,1%, 4679) na faixa etária de 18 a 29 anos, seguida pela faixa de 30 a 39 anos com 27,2% (2588). As faixas etárias de 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, e 60 anos ou mais representam 13,9% (1319), 5,6% (532), e 4,2% (404) dos casos, respectivamente. A análise da região de moradia das vítimas indica que a grande maioria reside em Campina Grande (74,6%, 7105), com a região metropolitana e outras cidades representando 19,5% (1855) e 0,6% (61) dos casos, respectivamente. No que tange à escolaridade das vítimas, 37,0% (3522) possuem ensino fundamental, 20,0% (1907) concluíram o ensino médio, e 8,9% (843) têm ensino superior. Por fim, analisamos a situação conjugal das vítimas, encontrando que 46,7% (4449) são solteiras, 25,4% (2419) são casadas, 18,1% (1727) estão em união estável, 5,2% (492) são separadas, e 2,0% (189) são viúvas (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva das características sociodemográficas das vítimas de violência interpessoal

A análise das circunstâncias da violência revelou que a maioria dos casos está associada à violência comunitária, representando 56,8% dos casos, enquanto a violência familiar corresponde a 38,9%. Em relação ao sexo do acusado, 68,9% dos acusados são do sexo masculino. Quando analisamos o sujeito acusado, 38,0% dos casos envolvem conhecidos e 19,5% envolvem companheiros ou namorados. A análise dos dias da semana mostrou que os domingos têm a maior incidência de ocorrências, com 21,6% dos casos, seguidos pelos sábados, com 15,4%. A distribuição mensal das ocorrências revela que outubro tem a maior frequência, com 10,0% dos casos. Os dados sobre o turno das ocorrências mostram que a maioria das violências ocorre entre 18:00 e 23:59, representando 37,7% dos casos. Quanto à presença de trauma facial, 55,7% dos casos indicam ausência de trauma facial, enquanto 43,9% mostram presença. A maioria dos traumas faciais são de tecido mole, representando 42,3% dos casos. A região do corpo mais afetada é a cabeça/face, com 20,2% dos casos, enquanto os membros superiores são afetados em 17,7%

dos casos. Traumas múltiplos são registrados em 48,1% dos casos. Por fim, a análise dos instrumentos utilizados mostra que a força corporal é o mais comum, representando 66,1% dos casos (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise descritiva das características da agressão e do agressor

Na análise da presença de trauma facial (Tabela 3), observou-se que entre as vítimas do sexo feminino, 44,47% apresentaram trauma facial, enquanto entre as vítimas do sexo masculino, 43,58% apresentaram trauma facial, sem diferença estatisticamente significativa (OR=1,03; IC95%: 0,95-1,12;  $p=0,372$ ). Analisando por faixa etária, a maior proporção de trauma facial foi observada na faixa de 18 a 29 anos (45,4%), com uma redução na faixa de 30 a 39 anos (42,6%, OR=0,89; IC95%: 0,81-0,98) e uma proporção ainda menor na faixa de 60 anos ou mais (40,0%, OR=0,80; IC95%: 0,65-0,99).

Em relação à região de moradia, a prevalência de trauma facial foi similar entre residentes de Campina Grande (43,37%) e da Região Metropolitana (45,62%). No entanto, a proporção foi mais alta em outras cidades (49,18%), embora sem significância estatística (OR=1,26; IC95%: 0,70-2,25). Vítimas sem companheiro(a) apresentaram uma proporção ligeiramente maior de trauma facial (44,83%) comparado às com companheiro(a) (43,69%), mas sem diferença significativa (OR=1,04; IC95%: 0,96-1,13;  $p=0,264$ ). A análise da atividade remunerada mostrou que vítimas sem atividade remunerada apresentaram uma maior proporção de trauma facial (49,58%) comparado às com atividade remunerada (44,81%), com uma diferença estatisticamente significativa (OR=0,82; IC95%: 0,75-0,90;  $p<0,001$ ).

Esses resultados destacam a prevalência do trauma facial entre diferentes grupos sociodemográficos, com particular atenção para as variações de risco associadas à faixa etária e à atividade remunerada. Esses achados são importantes para orientar políticas de saúde e intervenções específicas para a prevenção e tratamento do trauma facial em vítimas de violência.

Tabela 3 - Análise bivariada dos fatores referentes ao agressor e vítimas agredidas

Tabela 4 – Análise bivariada dos fatores referentes ao agressor e vítimas agredidas

## **Discussão**

Neste estudo, realizamos uma análise descritiva dos dados sociodemográficos das vítimas de violência e das circunstâncias dos atos violentos em Campina Grande e região metropolitana. A distribuição por sexo das vítimas revelou que a maioria é do sexo feminino (59%), um achado

consistente com estudos globais que mostram que as mulheres são mais frequentemente vítimas de violência, especialmente em contextos domésticos e comunitários [7, 8]. A faixa etária das vítimas, predominantemente entre 18 e 29 anos (49,1%), reflete tendências observadas internacionalmente, onde jovens adultos são mais vulneráveis à violência, particularmente a violência íntima e comunitária [9, 10].

A análise da região de moradia indica que a maioria das vítimas reside em áreas urbanas, como Campina Grande (74,6%), o que pode estar associado à maior densidade populacional e aos recursos limitados para segurança e suporte em áreas metropolitanas menores. Em termos de escolaridade, 37,0% das vítimas possuem ensino fundamental, alinhado com pesquisas que associam níveis mais baixos de educação a uma maior vulnerabilidade à violência [11]. Este dado sugere que intervenções educativas podem ser uma estratégia eficaz para reduzir a violência.

A análise das circunstâncias da violência revelou que a maioria dos casos está associada à violência comunitária (56,8%), enquanto a violência familiar representa 38,9%. Estes resultados estão em concordância com a literatura que destaca a violência comunitária como uma preocupação significativa em áreas urbanas de países em desenvolvimento [11]. A predominância de agressores do sexo masculino (68,9%) reflete normas sociais e culturais que perpetuam a violência de gênero [12]. A análise dos dias da semana mostrou que os domingos têm a maior incidência de ocorrências (21,6%), seguidos pelos sábados (15,4%). Estudos indicam que a violência tende a aumentar durante os finais de semana, possivelmente devido ao aumento do consumo de álcool e interações sociais, que intensificam conflitos [13]. A prevalência de trauma facial em 43,9% das vítimas, com a maioria sendo traumas de tecido mole (42,3%), destaca a severidade dos ataques. Estudos indicam que traumas faciais estão frequentemente associados à violência física severa e têm implicações significativas para a saúde física e mental das vítimas [14, 15].

O artigo de Silva *et al.* (2023) complementa estas observações, destacando que a violência contra mulheres se manifesta em diferentes formas, sendo a psicológica a mais prevalente (80,1%), seguida pela física (39,2%) e sexual (21%) [12]. A maioria das notificações apontou para a repetição da violência, ocorrendo principalmente à noite, em domicílios e vias públicas, na forma de ameaças e uso de força corporal [12]. Esses dados reforçam a necessidade de abordagens intersetoriais e de políticas públicas que contemplem a complexidade da violência de gênero.

Além disso, o estudo de Bernadino *et al.* (2017) sobre a violência interpessoal na região metropolitana de Campina Grande também reforça a importância de entender as circunstâncias das agressões e os padrões dos traumas maxilofaciais. Eles identificaram três grupos distintos de vitimização: homens vítimas de violência comunitária resultando em fraturas faciais ou

dentoalveolares, adolescentes vítimas de violência interpessoal sem padrão específico de trauma, e mulheres adultas vítimas de violência doméstica com lesões em tecidos moles da face ou outras regiões do corpo [17]. Esses achados enfatizam a necessidade de considerar as características sociodemográficas e contextuais ao desenvolver estratégias de prevenção e intervenção.

Por fim, a análise dos instrumentos utilizados mostrou que a força corporal é o método mais comum de violência (66,1%), seguido por armas brancas (6,6%) e armas de fogo (3,9%). Esses dados são consistentes com observações que destacam a predominância do uso da força corporal em incidentes de violência doméstica [11]. O estudo de Silva *et al.* também enfatiza a importância do nível de escolaridade, com a maioria das vítimas tendo menos de 8 anos de estudo, o que está associado a uma maior vulnerabilidade à violência [12].

Esses resultados ressaltam a importância de políticas públicas que abordem a desigualdade de gênero e promovam a segurança comunitária. Intervenções eficazes devem incluir educação sobre igualdade de gênero, treinamento para profissionais de saúde e segurança pública, e serviços de apoio acessíveis e sensíveis às necessidades das vítimas [11, 14, 16]. A inclusão de violência na agenda de saúde pública é crucial para a implementação de estratégias de prevenção e intervenção que visem reduzir a incidência e o impacto da violência [17].

Avaliar a dinâmica de distribuição semanal é crucial para entender padrões e tendências em diversos campos, como saúde pública e segurança. Na saúde pública, essa análise ajuda a identificar períodos de alta demanda por serviços médicos e a implementar estratégias preventivas mais eficazes. Por exemplo, certos dias da semana apresentam maior frequência de doenças ou lesões, permitindo que os serviços de saúde se preparem melhor para esses picos [18]. No contexto de segurança pública, entender a distribuição semanal de incidentes orienta a alocação de recursos policiais e a implementação de medidas preventivas.

Dados dessa pesquisa mostram que a maioria das ocorrências de violência em Campina Grande acontece nos fins de semana, com 21,6% dos incidentes ocorrendo aos domingos e 15,4% aos sábados. Esse tipo de análise não apenas melhora a resposta imediata das forças de segurança, mas também ajuda a desenvolver políticas preventivas mais eficazes, como aumentar a presença policial durante os fins de semana e implementar programas comunitários focados nesses períodos [18, 19]. Para fins epidemiológicos e de saúde, a análise de dados semanais permite entender melhor a incidência de eventos como acidentes e doenças, facilitando a criação de estratégias direcionadas para minimizar esses incidentes e melhorar a saúde pública de maneira geral.

Este estudo apresenta algumas limitações importantes que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, a perda de dados devido a fichas de notificação mal preenchidas compromete a completude e a precisão das informações coletadas. Além disso, nem

todas as vítimas de violência procuram os serviços de saúde para realizar o exame de corpo de delito, o que leva a uma subnotificação dos casos. Esses fatores impedem uma extrapolação fidedigna dos resultados, uma vez que a real prevalência da violência interpessoal pode ser significativamente maior do que a observada neste estudo. Portanto, é essencial que futuras pesquisas adotem estratégias para minimizar essas limitações, como a padronização e a melhoria do preenchimento das fichas de notificação, além do incentivo para que todas as vítimas busquem atendimento e realização de exames periciais

## Referências

- [1] World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
- [2] Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MH, Silva CM, Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* 2011; 377:1962–75.
- [3] Garcia L, Soria C, Hurwitz EL. Homicides and intimate partner violence: A literature review. *Trauma Violence Abuse* 2013; 14:1–15.
- [4] Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, Jansen HA. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saude Publica* 2007; 41:797–807.
- [5] Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2014: Os Jovens do Brasil. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2014.
- [6] Ferreira MC, Batista AM, Ferreira FO, Ramos-Jorge ML, Marques LS. Pattern of oral-maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. *Dent Traumatol* 2014; 30:15–21.
- [7] Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368:1260–69.
- [8] Stark L, Seelinger KT, Ibala R, Mukwege D. Prevention of conflict-related sexual violence in Ukraine and globally. *Lancet* 2022; 399:335-37.
- [9] Gerstenberger E, Williams M. Intimate partner violence in humanitarian settings: an ecological framework review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18:6963.
- [10] Meinhart M, et al. Identifying the Impact of intimate partner violence in humanitarian settings: using an ecological framework to review 15 years of evidence. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18:6963.
- [11] Schwartz J. Gender Perspective of Victimization, Crime and Penal Policy. SpringerLink 2023.
- [12] Silva GCB, Melo Neto OM, Lima RKB, Andrade NM, Olinda RA, Cavalcanti AL. Psychological, physical and sexual violence against Brazilian women: a cross-section study. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2023; 45

- [13] Jewkes R, Flood M, Lang J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *Lancet* 2015; 385:1580–89.
- [14] Douglas EM, Hines DA. The helpseeking experiences of men who sustain intimate partner violence: an overlooked population and implications for practice. *J Fam Violence* 2011; 26:473–85.
- [15] Almeida I, Ramalho A, Morgado R, Ventura Baúto R. Gendered perspectives on intimate partner violence: a comparative study of general population, students and professionals' beliefs. *MDPI* 2023.
- [16] Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cien Saude Colet* 2007; 11:1259–67.
- [17] Bernadino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, d'Ávila S. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):3033-3044.
- [18] Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., et al. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*, 162, 1157–1163.
- [19] Bunce, A., Carlisle, S., & Barbosa, E. C. (2023). The Concept and Measurement of Interpersonal Violence in Specialist Services Data: Inconsistencies, Outcomes and the Challenges of Synthesising Evidence. *Social Sciences*.

Tabela 1 – Análise descritiva das características sociodemográficas das vítimas de violência interpessoal

<b>Categoria</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Sexo da Vítima</b>		
Feminino	5614	59.0
Masculino	3898	40.9
Ausentes	10	18.1
<b>Idades das Vítimas</b>		
18-29 anos	4679	49.1
30-39 anos	2588	27.2
40-49 anos	1319	13.9
50-59 anos	532	5.6
60+	404	4.2
<b>Região de Moradia</b>		
Campina Grande	7105	74.6
Região Metropolitana	1855	19.5
Outras Cidades	61	0.6
Ausentes	501	5,26
<b>Escolaridade da Vítima</b>		
Não Alfabetizado	393	4.1
Ensino Fundamental	3522	37.0
Ensino Médio	1907	20.0
Ensino Superior	843	8.9
Ausentes	2857	30,0
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteiro	4449	46.7
Viúvo	189	2.0
Separado	492	5.2
Casado	2419	25.4
União Estável	1727	18.1
Ausentes	246	2,5
<b>Total</b>	<b>9522</b>	<b>100.0</b>

Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Tabela 2 – Análise descritiva das características da agressão e do agressor

<b>Categoria</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Circunstância da Violência</b>		
Violência Familiar	3708	38.9
Violência Comunitária	5410	56.8
Ausentes	404	4.2
<b>Sexo do Acusado</b>		
Feminino	2185	22.9
Masculino	6558	68.9
Ambos	183	1.9
Ausentes	596	6.3
<b>Sujeito Acusado</b>		
Companheiro/Namorado	1856	19.5

Ex-companheiro/Namorado	1027	10.8
Familiar	1173	12.3
Conhecido	3622	38.0
Estranho	1363	14.3
Ausentes	481	5.1
<b>Dia da Semana da Ocorrência</b>		
Segunda	1254	13.2
Terça	1163	12.2
Quarta	1098	11.5
Quinta	1087	11.4
Sexta	1140	12.0
Sábado	1465	15.4
Domingo	2055	21.6
Ausentes	260	2.7
<b>Mês da Ocorrência</b>		
Janeiro	695	7.3
Fevereiro	748	7.9
Março	859	9.0
Abril	772	8.1
Maio	671	7.0
Junho	804	8.4
Julho	672	7.1
Agosto	778	8.2
Setembro	786	8.3
Outubro	956	10.0
Novembro	760	8.0
Dezembro	770	8.1
Ausentes	251	2.6
<b>Turno da Ocorrência</b>		
00:00-05:59	849	8.9
06:00-11:59	1666	17.5
12:00-17:59	2541	26.7
18:00-23:59	3587	37.7
Ausentes	879	9.2
<b>Presença de Trauma Facial</b>		
Presente	4182	43.9
Ausente	5300	55.7
Ausentes	40	0.4
<b>Tipo de Trauma Facial</b>		
Trauma de Tecido Mole	4031	42.3
Fratura de Osso Facial	90	0.9
Fratura Dentoalveolar	37	0.4
Mais de Um	29	0.3
Ausentes	41	0.4
<b>Região do Corpo Afetada</b>		
Cabeça/Face	1923	20.2
Pescoço	132	1.4
Membro Superior	1682	17.7
Membro Inferior	504	5.3
Tórax	365	3.8
Abdomen	159	1.7
Mais de um	4581	48.1



Ausentes	176	1.8
<b>Instrumento Utilizado</b>		
Força Corporal	6298	66.1
Arma de Fogo	372	3.9
Arma Branca	632	6.6
Outro	975	10.2
Mais de Um	412	4.3
Ausentes	833	8.7
<b>Total</b>	<b>9522</b>	<b>100.0</b>

Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Tabela 3 - Análise bivariada dos fatores sociodemográficos das vítimas agredidas

Variável	Trauma na face		Total	Odds Ratio (IC95%)	IC Inferior	IC Superior	p-valor
	Sim	Não					
<b>Sexo</b>							
Feminino	2490 (44.47%)	3107 (55.53%)	5597	1,03	0,95	1,12	0.372
Masculino	1688 (43.58%)	2187 (56.42%)	3875	1			
<b>Faixa Etária</b>							
18-29	2110 (45.4%)	2538 (54.6%)	4648	1			
30-39	1099 (42.6%)	1481 (57.4%)	2580	0,89	0,81	0,98	
40-49	582 (44.3%)	733 (55.7%)	1315	0,96	0,84	1,08	0.85
50-59	227 (42.9%)	302 (57.1%)	529	0,90	0,75	1,08	
60+	160 (40.0%)	240 (60.0%)	400	0,80	0,65	0,99	
<b>Região de Moradia</b>							
Campina Grande	3067(43.37%)	4007 (56.63%)	7074	1			0.152
Região Metropolitana	844 (45.62%)	1006 (54.38%)	1850	1,03	0,93	1,13	
Outras Cidades	30 (49.18%)	31 (50.82%)	61	1,26	0,70	2,25	
<b>Situação Conjugal</b>							
Sem companheiro (a)	2290 (44.83%)	2817 (55.17%)	5107	1,04	0,96	1,13	0,264
Com companheiro (a)	1804 (43.69%)	2326 (56.31%)	4130	1			
<b>Atividade Remunerada</b>							
Sem atividade remunerada	1180(49.58%)	1200(50.42%)	2380	0,82	0,75	0,90	<0.001*
Com atividade remunerada	3199 (44.81%)	3943 (55.19%)	7142	1			
<b>Nível de Escolaridade</b>							
Não Alfabetizado	160 (41.24%)	228 (58.76%)	388	1			
Ensino Fundamental	1543 (44.04%)	1959 (55.96%)	3502	1,14	0,91	1,43	0.656
Ensino Médio	841 (44.20%)	1062 (55.80%)	1903	1,13	0,89	1,45	
Ensino Superior	379 (45.06%)	462 (54.94%)	841	1,15	0,87	1,52	

Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Significativo ao nível de 5%\*

Tabela 4 – Análise bivariada dos fatores referentes ao agressor e vítimas agredidas

Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Significativo ao nível de 5%\*

Variável	Trauma na face		Total	Odds Ratio (IC95%)	IC Inferior	IC Superior	p-valor
	sim	Não					
<b>Sexo do Acusado</b>							
Feminino	942 (43.4%)	1230 (56.6%)	2172	1	1	1	
Masculino	2953 (45.1%)	3591 (54.9%)	6544	1,07	0,97	1,18	0.072
<b>Relação com Agressor</b>							
Conhecido	3465 (45.3%)	4183 (54.7%)	7648	1	1	1	
Estranho	559 (41.1%)	801 (58.9%)	1360	1,87	1,05	1,33	0.004*
<b>Utilização de Instrumento</b>							
Não	3095 (49.3%)	3179 (50.7%)	6274	1	1	1	
Sim	728 (30.5%)	1657 (69.5%)	2385	2,21	2,00	2,45	<0.001*
<b>Dia da Semana</b>							
Dia Útil	2529 (43.2%)	3324 (56.8%)	5853	0,89	0,82	0,97	< 0.001*
Final de Semana	1643 (46.0%)	1929 (54.0%)	3572	1	1	1	

## 4.2 Dinâmica semanal dos traumas na face por violência física interpessoal: avaliação de registros de 7 anos em campina grande e região metropolitana

The running title: Traumas faciais por violência interpessoal

Carlus Alberto Oliveira dos Santos<sup>1</sup>, Kevan Guilherme Nóbrega Cavalcanti<sup>2</sup>, Sérgio D'Avila Lins Bezerra Cavalcanti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Rua Baraúnas, 351, Universitário, Campina Grande, PB, Brasil, carlus.santos@uepb.edu.br

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil, kevan.cavalcanti@ufmg.br

<sup>3</sup> Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Rua Baraúnas, 351, Universitário, Campina Grande, PB, Brasil, Davila2407@ hotmail.com

Carlus Alberto Oliveira dos Santos  
 Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba  
 Rua Baraúnas, 351, Universitário, Campina Grande, PB, Brasil  
 Telefone: +55 83 2101-1000

E-mail: carlus.santos@uepb.edu.br

### Resumo

**Objetivos:** Avaliar a dinâmica da distribuição semanal dos casos de violência interpessoal com trauma facial em Campina Grande e na região metropolitana. **Métodos:** Foram avaliados registros de 9.522 vítimas de violência, das quais 59,0% eram mulheres. Dados sociodemográficos e de trauma foram analisados utilizando regressão logística bivariada e multivariada. Além disso, foi realizada a análise de correlações de Cramer para identificar a força das associações entre variáveis relacionadas ao trauma facial. **Resultados:** A maioria das vítimas tinham entre 18-29 anos (49,1%) e residia em Campina Grande (74,6%). A prevalência de trauma facial foi maior entre jovens (18-29 anos) e desempregados (49,58%). O uso de instrumentos aumentou significativamente o risco de trauma facial (OR = 2,21,  $p < 0,001$ ). A incidência foi maior nos fins de semana (OR = 0,89,  $p < 0,001$ ). A análise de Cramer revelou que o uso de instrumentos e o dia da semana tiveram as correlações mais fortes com a ocorrência de trauma facial, indicando associações moderadas.

**Conclusões:** Fatores como idade jovem, desemprego e uso de instrumentos estão associados ao aumento do risco de trauma facial. A análise semanal revelou maior incidência nos fins de semana, enquanto a análise de Cramer destacou a importância do uso de instrumentos e o dia da semana como fatores significativos. Estes achados indicam a necessidade de políticas públicas e intervenções preventivas específicas para esses períodos e populações

## **Introdução**

O comportamento da violência, em todas as suas esferas, pode ser influenciado por uma variedade de fatores que interagem de maneira complexa e dinâmica. Fatores socioeconômicos, como desemprego e desigualdade de renda, estão frequentemente associados a taxas mais altas de violência, pois criam um ambiente de tensão e desespero que pode levar a comportamentos violentos (1). Além disso, fatores culturais e sociais, como normas de gênero e expectativas sociais, podem perpetuar a violência, especialmente em grupos minoritários (2). Nesse sentido, a compreensão e a intervenção eficazes na violência requerem uma abordagem multifacetada que considere esses diversos fatores interligados, influenciando diretamente no dinamismo dos atos violentos.

Outro fator pouco estudado, mas que parece influenciar nos números de violência, é a dinâmica da distribuição semanal dos casos de violência interpessoal. Essa avaliação é crucial para a organização dos serviços de saúde e a implementação de medidas de segurança pública eficazes. Estudos anteriores demonstraram uma tendência de concentração dos atos violentos nos finais de semana. Este padrão sugere que determinados dias da semana apresentam maior risco de violência, o que pode orientar a alocação de recursos e o planejamento de intervenções específicas (3, 4).

A distinção na distribuição dos atos violentos entre dias úteis e fins de semana reflete uma possível interação complexa entre diferentes dinâmicas sociais e culturais. Dias úteis, caracterizados por rotinas mais estruturadas de trabalho e estudo, influenciam os contextos de interação social e deslocamentos urbanos de maneira distinta em comparação aos fins de semana, que são geralmente associados a maior tempo de lazer e relaxamento. Essas variações podem impactar tanto a incidência quanto a natureza dos eventos violentos registrados em diferentes contextos urbanos, destacando a necessidade de intervenções adaptadas a essas dinâmicas (5).

Epidemiologicamente, a análise da distribuição semanal permite identificar os momentos de maior demanda por serviços médicos, possibilitando uma melhor preparação das equipes de emergência e um planejamento mais eficiente dos recursos hospitalares. Ao mapear os locais e turnos com maior incidência de violência, os gestores de saúde podem otimizar a distribuição de recursos e aprimorar os protocolos de atendimento, garantindo uma resposta mais ágil e eficaz às

vítimas (6, 7). Além disso, compreender a dinâmica semanal da violência pode auxiliar na criação de campanhas educativas e preventivas direcionadas, focando em períodos e locais de maior risco.

Na segurança pública, a análise da distribuição semanal dos casos de violência interpessoal é essencial para o desenvolvimento de estratégias preventivas e reativas. Identificar os dias e horários com maior incidência de violência permite que as forças de segurança aumentem a vigilância e a presença policial em momentos críticos, reduzindo a ocorrência de crimes e melhorando a sensação de segurança da população (8).

Nessa perspectiva, objetivou-se com este estudo avaliar a dinâmica da distribuição semanal dos casos de violência interpessoal com resultado de trauma na face no município de Campina Grande e região metropolitana. Adicionalmente, foram realizadas análises da influência de políticas públicas e eventos sociais sobre os picos de violência interpessoal.

## **Métodos**

### **Amostra, Tipo e Local do Estudo**

Trata-se de um estudo retrospectivo de série temporal baseou-se nos laudos médico-odontológicos de vítimas de violência interpessoal, conduzido no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) em Campina Grande, Paraíba. Analisaram-se os registros de violência interpessoal registrados no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) em Campina Grande, Paraíba, Brasil, ao longo de 7 anos (84 meses). A análise incluiu a violência interpessoal e a influência de fatores socioeconômicos e culturais nos padrões de violência. Além disso, foi investigada a presença de trauma facial entre as vítimas e os fatores associados a esses traumas. A amostra foi censitária, abrangendo todos os registros médico-legais de adultos.

### **Instrumentos, calibração e Procedimento de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada em dois intervalos distintos: o primeiro de 2008 a 2011 e o segundo de 2012 a 2014. Durante a primeira fase, que ocorreu entre 2009 e 2012, uma equipe de oito pesquisadores foi responsável pela coleta de informações. A segunda fase aconteceu no segundo semestre de 2015, conduzida por dois dos pesquisadores que participaram da fase inicial. Em ambas as fases, foi utilizado um formulário de coleta padronizado, que incluía detalhes adicionais sobre o endereço residencial da vítima, a localização do incidente e uma descrição detalhada das lesões orofaciais. O instrumento de coleta de dados incluía informações disponíveis nos laudos médico-odontológicos e foi dividido em três partes: parte I – relacionada ao trauma facial (presente/ausente; tipo de trauma; local do trauma), parte II – características

sociodemográficas da vítima (idade, sexo, situação conjugal e anos de estudo), parte III – características relacionadas à agressão física (sexo do agressor, relação com o agressor, instrumento utilizado, local da agressão, dia e turno da ocorrência).

Realizou-se um estudo piloto com 30 laudos de 2007 para ajustar o instrumento de coleta; esses laudos não foram incluídos na amostra final. Três membros da equipe passaram por treinamento e calibração para a coleta de dados. A medida Kappa foi utilizada para verificar a concordância entre os examinadores, resultando em um valor de concordância substancial.

### **Crítérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão foram delineados com base na logística de funcionamento do serviço forense em Campina Grande. Analisaram-se exclusivamente os dados de Lesões e Traumas de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2014. Relatórios ilegíveis, casos de prisões em flagrante, incidentes em penitenciárias e casos que não envolviam violência física foram excluídos. A pesquisa focou nas agressões físicas entre indivíduos, garantindo a precisão e relevância dos dados analisados.

### **Considerações Éticas**

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil sob o CAAE: 47207815.5.0000.5149 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, obtendo o parecer N° 1.174.610. Este estudo foi conduzido em conformidade com a Declaração de Helsinque, que estabelece princípios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, e seguiu rigorosamente as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no país.

### **Análise de Dados**

Os dados foram analisados estatisticamente utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, versão 21.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). Para identificar associações bivariadas entre os fatores independentes (sociodemográficos e relacionados à agressão física) e o fator dependente (trauma facial), foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson. Fatores que apresentaram p-valor  $< 0,20$  nas análises bivariadas foram incluídos na análise de regressão logística multivariada para calcular os Odds Ratios (OR) ajustados. Em todas as análises, associações com  $p < 0,05$  foram consideradas significativas. A medida de associação utilizada foi o Odds Ratio (OR) bruto para a análise bivariada e o OR ajustado para a análise multivariada, ambos expressos com o Intervalo de Confiança de 95% (IC

95%). Gráficos e visualizações personalizadas foram criados utilizando as bibliotecas Matplotlib e Seaborn no Python.

## Resultados

A amostra do estudo foi composta por 9.522 vítimas de violência, das quais 5.614 (59,0%) eram do sexo feminino e 3.898 (40,9%) do sexo masculino. A análise dos dados sociodemográficos revelou que a faixa etária predominante entre as vítimas foi de 18-29 anos, representando 49,1% da amostra, seguida pela faixa de 30-39 anos (27,2%), 40-49 anos (13,9%), 50-59 anos (5,6%) e 60+ anos (4,2%). A maioria das vítimas residia em Campina Grande (74,6%), enquanto 19,5% eram da Região Metropolitana e apenas 0,6% de outras cidades. Em relação ao estado civil, 46,7% das vítimas eram solteiras, 25,4% casadas, 18,1% em união estável, 5,2% separadas e 2,0% viúvas. A análise também mostrou que 37,0% das vítimas tinham ensino fundamental, 20,0% ensino médio e 8,9% ensino superior, enquanto 4,1% não eram alfabetizadas. Além disso, 44,81% das vítimas possuíam atividade remunerada, enquanto 49,58% não tinham. Esses dados fornecem um panorama abrangente das características sociodemográficas das vítimas de violência incluídas no estudo.

A análise bivariada dos fatores sociodemográficos das vítimas (Tabela 1) revelou que a prevalência de trauma na face foi similar entre mulheres (44,47%) e homens (43,58%), sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos (OR = 1.03, IC95%: 0.95-1.12,  $p = 0.372$ ). A maior prevalência de trauma na face foi observada entre indivíduos de 18-29 anos (45,4%). Indivíduos na faixa etária de 30-39 anos apresentaram menor probabilidade de sofrer trauma na face em comparação com a faixa etária de 18-29 anos (OR = 0.89, IC95%: 0.81-0.98), enquanto as outras faixas etárias também apresentaram odds ratios abaixo de 1, sugerindo menor risco de trauma na face, com variações na significância estatística.

A prevalência de trauma na face foi de 43,37% entre os residentes de Campina Grande, 45,62% entre os da Região Metropolitana (OR = 1.03, IC95%: 0.93-1.13,  $p = 0.152$ ), e 49,18% entre os de outras cidades, sem diferença estatisticamente significativa. Indivíduos sem companheiro(a) tiveram uma prevalência de 44,83% de trauma na face, comparado a 43,69% entre aqueles com companheiro(a), sem significância estatística (OR = 1.04, IC95%: 0.96-1.13,  $p = 0.264$ ). Indivíduos sem atividade remunerada apresentaram maior prevalência de trauma na face (49,58%) em comparação aos que tinham atividade remunerada (44,81%), com diferença significativa (OR = 0.82, IC95%: 0.75-0.90,  $p < 0.001$ ). A prevalência de trauma na face variou pouco entre os diferentes níveis de escolaridade, com odds ratios mostrando pouca diferença significativa entre as categorias.

A análise bivariada dos fatores referentes ao agressor e vítimas agredidas (Tabela 2) mostrou que acusados do sexo masculino tinham uma prevalência de trauma na face de 45.1%, ligeiramente superior à dos acusados do sexo feminino (43.4%), com um OR de 1.07 (IC95%: 0.97-1.18,  $p = 0.072$ ), não atingindo significância estatística. Vítimas que conheciam o agressor apresentaram maior prevalência de trauma na face (45.3%) em comparação àquelas agredidas por estranhos (41.1%), diferença significativa (OR = 1.87, IC95%: 1.05-1.33,  $p = 0.004$ ). A prevalência de trauma na face foi significativamente maior quando instrumentos foram usados (30.5%) comparado à quando não foram usados (49.3%), com um OR de 2.21 (IC95%: 2.00-2.45,  $p < 0.001$ ). Além disso, a prevalência de trauma na face foi menor durante os dias úteis (43.2%) em comparação aos fins de semana (46.0%), com um OR de 0.89 (IC95%: 0.82-0.97,  $p < 0.001$ ).

A regressão logística multivariada (Tabela 3) revelou que a residência na Região Metropolitana foi associada a uma menor probabilidade de trauma na face após ajuste (OR ajustado = 0.86, IC95%: 0.77-0.96,  $p = 0.007$ ). A diferença entre acusados masculinos e femininos não foi significativa após ajuste (OR ajustado = 1.00, IC95%: 1.00-1.00,  $p = 0.337$ ). A relação com o agressor perdeu significância após ajuste (OR ajustado = 1.11, IC95%: 0.97-1.27,  $p = 0.130$ ). A utilização de instrumento permaneceu altamente significativa após ajuste (OR ajustado = 2.11, IC95%: 1.89-2.35,  $p < 0.001$ ). A associação entre dia útil e menor probabilidade de trauma na face manteve-se significativa após ajuste (OR ajustado = 0.91, IC95%: 0.83-0.99,  $p = 0.041$ ).

Essas análises revelam que a utilização de instrumento e o dia da semana são fatores significativamente associados à prevalência de trauma na face, mesmo após ajuste para outros fatores. A relação entre região de moradia e trauma na face também foi significativa após ajuste. Estes achados destacam a importância de considerar múltiplos fatores sociodemográficos e circunstanciais na avaliação do trauma na face.

O heatmap das correlações de Cramer (Gráfico 1) mostra a força da associação entre diferentes variáveis relacionadas ao trauma na face. A correlação de Cramer varia de 0 a 1, onde valores próximos a 0 indicam uma associação fraca e valores próximos a 1 indicam uma associação forte. No gráfico, observa-se que a maior correlação foi encontrada entre a utilização de instrumento e a ocorrência de trauma na face (0.17), indicando uma associação moderada. Outras variáveis, como sexo do acusado, relação com o agressor e dia da semana, apresentaram correlações muito baixas, sugerindo associações fracas.

Figura 1: Heatmap das correlações de Cramer entre as variáveis



O gráfico de comparação das odds de trauma facial entre dias úteis e fins de semana (Gráfico 2) ilustra que a probabilidade de ocorrer trauma na face é menor durante os dias úteis em comparação aos fins de semana. As odds de trauma facial durante os dias úteis são representadas por um odds ratio de 0.89 (IC95%: 0.82-0.97), indicando uma redução significativa na probabilidade de trauma na face em comparação com os fins de semana, que têm um odds ratio de 1. Esta diferença é estatisticamente significativa, refletindo a variação na incidência de trauma na face ao longo da semana.

Figura 2: Comparação das ODDS de trauma facial entre dias úteis e finais de semana

O heatmap da frequência de tipos de trauma por dia da semana e faixa etária (Gráfico 3) mostra como a distribuição de traumas varia entre diferentes faixas etárias e dias da semana. Observa-se que a faixa etária de 50-59 anos teve a maior frequência de traumas na quarta-feira (33.1%), enquanto a faixa etária de 60+ anos apresentou a maior frequência de traumas na terça-feira (37.7%). A distribuição de traumas varia significativamente entre as faixas etárias e os dias da semana, destacando padrões específicos que podem ser importantes para direcionar intervenções preventivas.

Figura 3: Frequência de tipos de trauma por dia da semana e faixa etária

Figura 4: Distribuição das ocorrências por mês e dia da semana

O heatmap da distribuição das ocorrências por mês e dia da semana (Gráfico 4) apresenta a variação nas ocorrências de trauma ao longo dos meses e dias da semana. Observa-se uma maior concentração de ocorrências durante os finais de semana, especialmente aos domingos, nos meses de dezembro e janeiro. Essa tendência pode estar relacionada a eventos e celebrações que ocorrem

## **Discussão**

Os dados analisados evidenciam a complexidade dos fatores associados ao trauma facial decorrente da violência, destacando-se alguns pontos de maior relevância. Em primeiro lugar, observa-se uma diferença significativa na ocorrência de traumas faciais entre os dias da semana e os finais de semana. A análise dos dados revela que a probabilidade de ocorrência de traumas faciais é menor durante os dias úteis (OR: 0,89; IC95%: 0,82-0,97;  $p < 0,001$ ) em comparação aos

finais de semana. Esse padrão destaca a vulnerabilidade aumentada durante os finais de semana, sugerindo que fatores como maior interação social e consumo de álcool contribuem para a escalada de conflitos e agressões físicas nesses períodos, conforme corroborado por Barbosa et al. (9) e Silva et al. (10).

A prevalência de trauma facial foi semelhante entre os sexos, com uma Odds Ratio (OR) de 1,03 (IC95%: 0,95-1,12;  $p=0,372$ ), indicando que tanto homens quanto mulheres estão igualmente suscetíveis a este tipo de lesão. A faixa etária mais afetada foi a de 18-29 anos, com uma OR de 0,89 (IC95%: 0,81-0,98;  $p<0,001$ ) para a faixa etária de 30-39 anos, sugerindo uma maior exposição dos jovens a situações de violência, conforme corroborado por Bernardino et al. (11) e Garcia-Moreno et al. (2).

A análise bivariada revelou que a utilização de instrumentos aumenta significativamente a probabilidade de trauma facial (OR: 2,21; IC95%: 2,00-2,45;  $p<0,001$ ). Este achado está em consonância com estudos anteriores que associam o uso de armas e instrumentos contundentes a lesões mais graves, conforme descrito por Fontes et al. (12). Além disso, as vítimas residentes na região metropolitana apresentaram menor probabilidade de trauma facial comparadas às residentes em Campina Grande (OR ajustada: 0,86; IC95%: 0,77-0,96;  $p=0,007$ ), indicando a influência das condições urbanas e de segurança pública na incidência de violência (9).

Essa tendência pode ser explicada pelo aumento das atividades sociais e do consumo de álcool e outras substâncias durante os finais de semana, o que pode levar a um maior número de conflitos e, conseqüentemente, a uma maior incidência de violência física. Fontes et al. (12) sugerem que a combinação de fatores como o consumo de álcool, as festividades e a maior interação social contribuem para a escalada de conflitos nesses períodos. Esse padrão destaca a necessidade de intervenções específicas e campanhas de conscientização focadas nos finais de semana, quando a vulnerabilidade à violência aumenta.

A análise multivariada confirma a importância de múltiplos fatores sociodemográficos e circunstanciais na avaliação do trauma facial, destacando a necessidade de intervenções específicas para diferentes grupos de risco. Os heatmaps das correlações de Cramér's V fornecem uma visualização clara das associações entre variáveis, revelando que a utilização de instrumentos e a ocorrência de trauma facial possuem uma correlação moderada, enquanto outras variáveis apresentam associações mais fracas. Este tipo de análise é crucial para identificar os fatores mais impactantes e direcionar políticas públicas mais eficazes (9).

Além disso, Barboza et al. (9) reforçam a importância de considerar as características espaciais e socioeconômicas na análise da violência, destacando que áreas com maior concentração de pobreza apresentam maior incidência de violência doméstica e comunitária. Estes achados

sugerem que a violência não é apenas uma questão individual, mas também um reflexo das desigualdades sociais e econômicas, necessitando de políticas públicas que abordem essas questões estruturais para efetivamente reduzir a violência e suas consequências na saúde pública (9).

Bernardino et al. (11) também destacam a relevância das características sociodemográficas e contextuais das vítimas, evidenciando que a maioria das vítimas de violência interpessoal reside em áreas urbanas e são predominantemente jovens e solteiras. Esses achados sugerem a necessidade de políticas de prevenção e intervenção direcionadas a esses grupos específicos (11).

Este estudo possui algumas limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, trata-se de um estudo transversal, o que limita a capacidade de inferir causalidade entre as variáveis analisadas. Além disso, a dependência de dados registrados pode introduzir viés de subnotificação ou classificação incorreta dos incidentes de violência. É importante notar que nem todas as vítimas de agressão procuram serviços de emergência ou realizam exames de corpo de delito, o que pode levar a uma subestimação da verdadeira incidência de traumas faciais. A falta de informações detalhadas sobre o contexto das agressões, como o consumo de álcool e a presença de eventos festivos, também limita a compreensão completa dos fatores contribuintes para os traumas faciais.

Estudos futuros devem focar em avaliar a influência de políticas públicas e eventos festivos sobre a incidência de violência interpessoal, especialmente nos finais de semana. A inclusão de dados sobre o consumo de álcool e outras substâncias, bem como a análise do impacto de campanhas de conscientização e intervenções preventivas, pode fornecer uma compreensão mais abrangente dos fatores que contribuem para a violência. Além disso, estudos longitudinais seriam úteis para estabelecer relações causais mais claras entre as variáveis.

Em suma, os resultados deste estudo enfatizam a importância de considerar uma abordagem multifacetada na prevenção e tratamento do trauma facial decorrente da violência. A análise revelou que a incidência de traumas faciais é significativamente maior durante os finais de semana, destacando a necessidade de intervenções específicas e campanhas de conscientização focadas nesses períodos. Políticas públicas devem ser direcionadas para os grupos mais vulneráveis, considerando fatores como idade, uso de instrumentos e local de residência, para mitigar os impactos da violência na saúde pública. Estudos futuros devem continuar a explorar essas dinâmicas para desenvolver intervenções mais eficazes e específicas.

## **Referências**

- (1) World Health Organization. Violence against women. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> [Accessed July 15, 2023].
- (2) Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368:1260-9. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69523-8.
- (3) Silva EP, Ludermir AB, Araújo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2011; 45:1044-53. doi: 10.1590/S0034-89102011005000074.
- (4) Cecilio LPP, Costa MC, Freire MHS, Nunes GA. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012;21(2):293-304. doi: 10.5123/S1679-49742012000200011.
- (5) Bernardino IM, Nóbrega LM, Cavalcante GM, Ferreira EF, Granville-Garcia AF. Facial injuries and associated factors in women victims of violence in Campina Grande, Brazil. *J Interpers Violence*. 2017; 32:2258-74. doi: 10.1177/0886260515590785.
- (6) Barboza SD, Bezerra-Filho LA, Nascimento FB, Albuquerque RS. Spatial distribution of interpersonal violence in a Brazilian city. *Cad Saude Publica*. 2019;35. doi: 10.1590/0102-311X00198418.
- (7) Ribeiro HMD, Freitas OS. Economia e criminalidade: uma avaliação dos custos da violência para o município de Governador Valadares, MG. *Interações (Campo Grande)*. 2021;22(3):683-699. doi: 10.1590/1980-5497201600040005.
- (8) Nobrega LM, Cavalcante GM, Bernardino IM, Granville-Garcia AF, Ferreira EF, d'Avila S. Characteristics of violence against women in Campina Grande, north-eastern Brazil. *Tanzania Journal of Health Research*. 2016; 18:2. doi: 10.4314/thrb.v18i2.8.
- (9) Barbosa SD, Bezerra-Filho LA, Nascimento FB, Albuquerque RS. Spatial distribution of interpersonal violence in a Brazilian city. *Cad Saude Publica*. 2019;35. doi: 10.1590/0102-311X00198418.
- (10) Bernardino IM, Nóbrega LM, Cavalcante GM, Ferreira EF, Granville-Garcia AF. Facial injuries and associated factors in women victims of violence in Campina Grande, Brazil. *J Interpers Violence*. 2017; 32:2258-74. doi: 10.1177/0886260515590785.
- (11) Fontes LA, Oliveira RNG, Lima SR, Nascimento NV, Silva PCO. Analysis of facial trauma in victims of urban violence. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21. doi: 10.1590/1980-549720180006.

- (12) Bernardino IM, Cavalcante GM, Ferreira EF, Granville-Garcia AF, d'Avila S. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). *Ciencia e Saude Coletiva*. 2017;22(9):3033-3044. doi: 10.1590/1413-81232017229.11402016.
- (13) Feltran G, Ramos Silva D, Rocha da Silva D, Peres MFT. Variations in homicide rates in Brazil: An explanation centred on criminal group conflicts. *Dilemmas*. 2022; 15:311-348. doi: 10.1393/dilemmas.v15i4.11111.

Tabela 1 - Análise bivariada dos fatores sociodemográficos das vítimas de violência interpessoal

Variável	Trauma na face		Total	Odds Ratio (IC95%)	IC Inferior	IC Superior	p-valor
	Sim	Não					
<b>Sexo</b>							
Feminino	2490 (44.47%)	3107 (55.53%)	5597	1,03	0,95	1,12	0.372
Masculino	1688 (43.58%)	2187 (56.42%)	3875	1			
<b>Faixa Etária</b>							
18-29	2110 (45.4%)	2538 (54.6%)	4648	1			
30-39	1099 (42.6%)	1481 (57.4%)	2580	0,89	0,81	0,98	
40-49	582 (44.3%)	733 (55.7%)	1315	0,96	0,84	1,08	0.85
50-59	227 (42.9%)	302 (57.1%)	529	0,90	0,75	1,08	
60+	160 (40.0%)	240 (60.0%)	400	0,80	0,65	0,99	
<b>Região de Moradia</b>							
Campina Grande	3067(43.37%)	4007 (56.63%)	7074	1			<b>0.152*</b>
Região Metropolitana	844 (45.62%)	1006 (54.38%)	1850	1,03	0,93	1,13	
Outras Cidades	30 (49.18%)	31 (50.82%)	61	1,26	0,70	2,25	
<b>Situação Conjugal</b>							
Sem companheiro (a)	2290 (44.83%)	2817 (55.17%)	5107	1,04	0,96	1,13	0,264
Com companheiro (a)	1804 (43.69%)	2326 (56.31%)	4130	1			
<b>Atividade Remunerada</b>							
Sem atividade remunerada	1180(49.58%)	1200(50.42%)	2380	0,82	0,75	0,90	<b>&lt;0.001*</b>
Com atividade remunerada	3199 (44.81%)	3943 (55.19%)	7142	1			
<b>Nível de Escolaridade</b>							
Não Alfabetizado	160 (41.24%)	228 (58.76%)	388	1			
Ensino Fundamental	1543 (44.04%)	1959 (55.96%)	3502	1,14	0,91	1,43	0.656
Ensino Médio	841 (44.20%)	1062 (55.80%)	1903	1,13	0,89	1,45	
Ensino Superior	379 (45.06%)	462 (54.94%)	841	1,15	0,87	1,52	

Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Resultados maiores que 20% p < 0,20 foram ajustadas no modelo multivariado.

Tabela 2 – Análise bivariada dos fatores referentes ao agressor e vítimas agredidas

Variável	Trauma na face			Odds Ratio (IC95%)	IC Inferior	IC Superior	p-valor
	sim	Não	Total				
<b>Sexo do Acusado</b>							
Feminino	942 (43.4%)	1230 (56.6%)	2172	1	1	1	
Masculino	2953 (45.1%)	3591 (54.9%)	6544	1,07	0,97	1,18	<b>0.072*</b>
<b>Relação com Agressor</b>							
Conhecido	3465 (45.3%)	4183 (54.7%)	7648	1	1	1	
Estranho	559 (41.1%)	801 (58.9%)	1360	1,87	1,05	1,33	<b>0.004*</b>
<b>Utilização de Instrumento</b>							
Não	3095 (49.3%)	3179 (50.7%)	6274	1	1	1	
Sim	728 (30.5%)	1657 (69.5%)	2385	2,21	2,00	2,45	<b>&lt;0.001*</b>
<b>Dia da Semana</b>							
Dia Útil	2529 (43.2%)	3324 (56.8%)	5853	0,89	0,82	0,97	<b>&lt;0.001*</b>
Final de Semana	1643 (46.0%)	1929 (54.0%)	3572	1	1	1	

Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Resultados maiores que 20% p < 0,20 foram ajustadas no modelo multivariado \*

Tabela 3 – Regressão logística multivariada de dados de acordo com os fatores incluídos no modelo

Variáveis	ODDS Bruta IC (95%)	p-valor	ODDS Ajustada IC (95%)	p-valor
<b>Região de Moradia</b>				
Campina Grande	1		1	
Região Metropolitana	1,03 (0,93 – 1,13)	0.152	0,86 (0,77 – 0,96)	<b>0.007</b>
Outras Cidades	1,26 (0,70 – 2,25)		1,26 (0,70 – 2,25)	
<b>Sexo do Acusado</b>				
Feminino	1		1	-
Masculino	1,07 (0,97-1,18)	0.072	1,00 (1,00 – 1,00)	0.337
<b>Relação com Agressor</b>				
Conhecido	1		1	
Estranho	1,87 (1,05 - 1,33)	0.004	1,11 (0,97 – 1,27)	0.130
<b>Utilização de Instrumento</b>				
Não	1		1	-
Sim	2,21 (2,00 - 2,45)	<0.001	2,11 (1,89 – 2,35)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Dia da Semana</b>				
Dia Útil	0,89 (0,82 – 0,97)	<0.001	0,91 (0,83 – 0,99)	<b>0.041</b>
Final de Semana	1			

Fonte: elaborada pelo autor.

Significativo ao nível de 5%

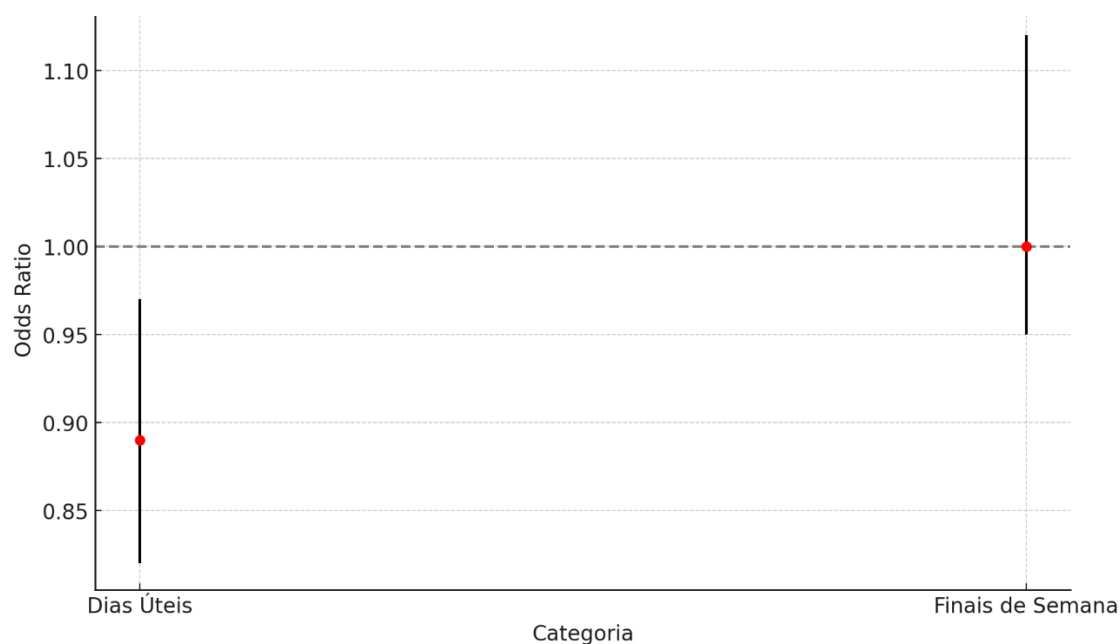
Figura 1 - Heatmap das correlações de Cramer entre variáveis



Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

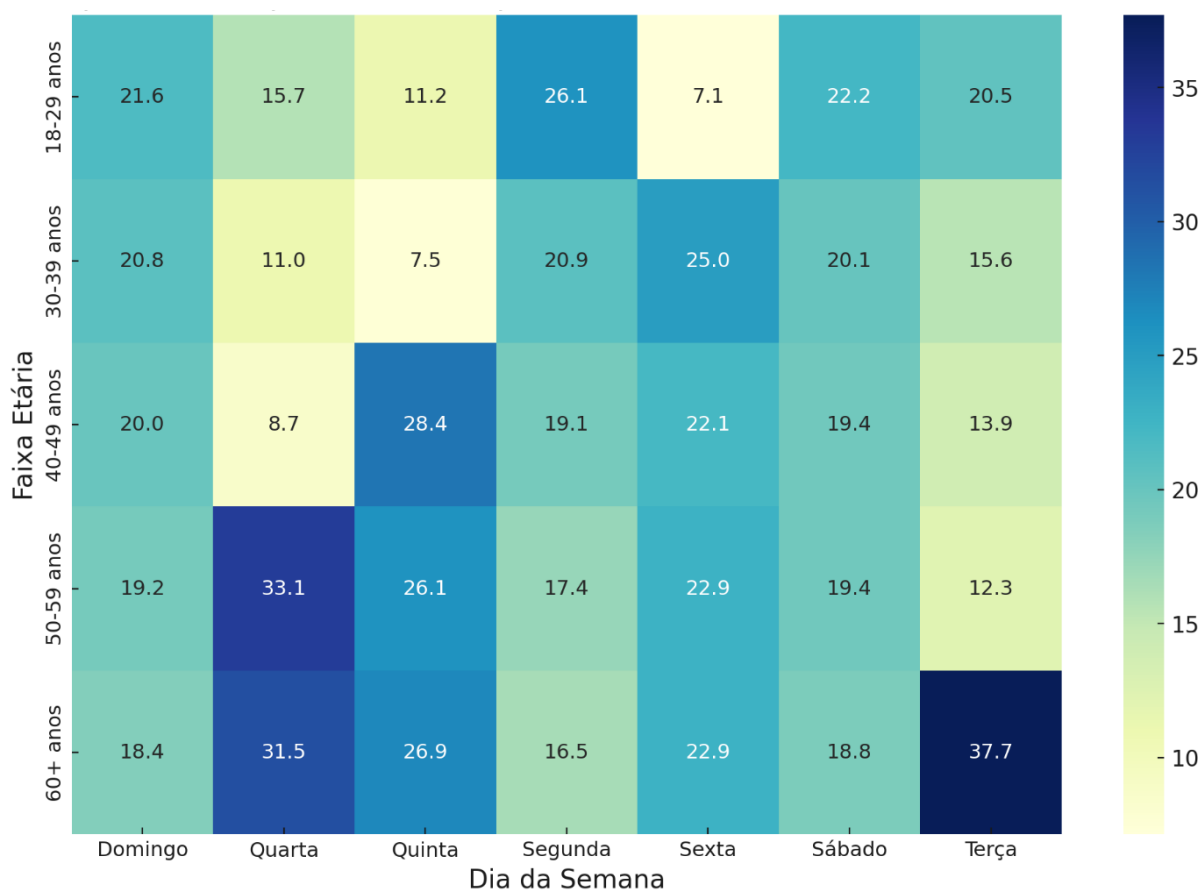


Figura 2 - Comparação das ODDS de trauma facial entre dias úteis e finais de semana



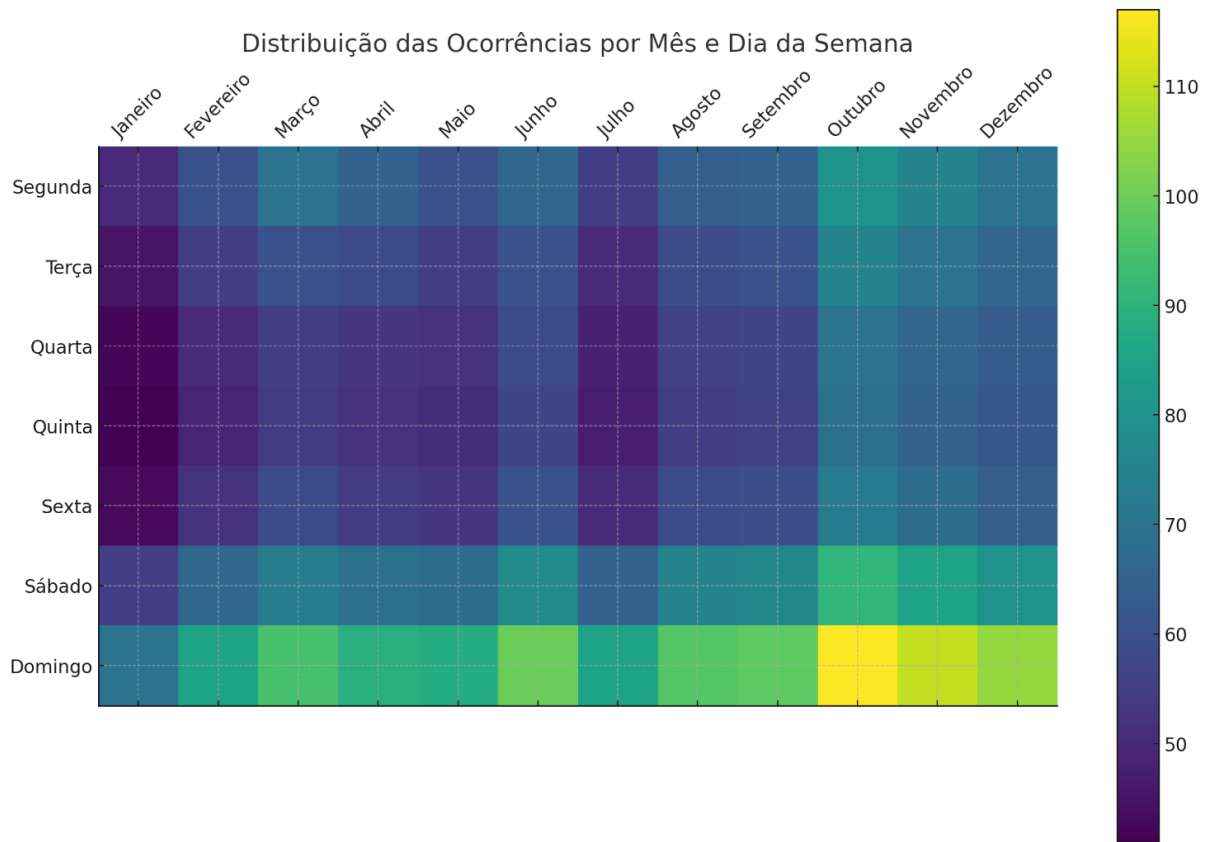
Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Figura 3: Frequência de tipos de trauma por dia da semana e faixa etária



Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Figura 4: Distribuição das ocorrências por mês e dia da semana



Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

### 4.3 Eventos festivos e políticas públicas pode explicar a incidência de violência física interpessoal com traumas faciais?

Carlus Alberto Oliveira dos Santos<sup>1</sup>, Kevan Guilherme Nóbrega Cavalcanti<sup>2</sup>, Sérgio D'Avila Lins Bezerra Cavalcanti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Doutorando em Odontologia, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Rua Baraúnas, 351, Universitário, Campina Grande, PB, Brasil, carlus.santos@uepb.edu.br

<sup>2</sup> Doutor em Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil, kevan.cavalcanti@ufmg.br

<sup>3</sup>Doutor em Odontologia, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Rua Baraúnas, 351, Universitário, Campina Grande, PB, Brasil, Davila2407@ hotmail.com

Carlus Alberto Oliveira dos Santos

Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba

Rua Baraúnas, 351, Universitário, Campina Grande, PB, Brasil

Telefone: +55 83 2101-1000

E-mail: carlus.santos@uepb.edu.br

#### Resumo

**Antecedentes:** A violência interpessoal (VI) é um grave problema de saúde pública, impactando a segurança e o bem-estar global. Eventos festivos podem aumentar a violência devido ao consumo de álcool. **Objetivo:** Avaliar descritivamente a provável influência de eventos festivos e políticas públicas sobre a violência interpessoal com traumas faciais em Campina Grande. **Métodos:** Realizou-se por meio de um estudo observacional retrospectivo a análise de laudos de exames de corpo de delito realizados após violência interpessoal por agressão física. Os registros foram feitos no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL). Foram incluídos dados dos anos 2008 a 2014, onde realizou-se uma análise descritiva sobre o provável impacto de eventos festivos e políticas públicas vigentes sobre os índices de VI com desfecho de lesão na face. **Achados:** Foram analisados 9522 registros. Trauma facial foi observado em 43,9% dos casos. A violência aumentou durante eventos festivos e aos finais de semana. Políticas públicas como o Programa Paraíba Unida pela Paz mostraram impacto inicial na redução da violência, mas os índices continuam desafiadores. **Conclusões:** Eventos festivos e políticas públicas influenciam a incidência de

violência física interpessoal com traumas faciais. Estratégias preventivas direcionadas para períodos de maior risco e políticas adaptativas são essenciais para mitigar essa violência.

## **Introdução**

A violência interpessoal (VI) é um grave problema de saúde pública que preocupa autoridades de diversas regiões do mundo, impactando significativamente a segurança e o bem-estar das populações. Anualmente, milhões de pessoas sofrem ferimentos não fatais ou perdem a vida devido a atos de violência, incluindo violência doméstica e comunitária, que são prevalentes tanto em ambientes urbanos quanto rurais. Este fenômeno é uma das principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos, podendo ser prevenido por meio da modificação de fatores contextuais e situacionais (1).

No Brasil, por exemplo, os índices de violência são alarmantes, e a violência em todas as suas esferas, tem sido amplamente discutida devido ao seu impacto negativo nos indicadores de segurança pública e nos serviços de saúde. A intensificação do tráfico de drogas ilícitas e de armas de fogo são alguns dos fatores que contribuem para o aumento desses índices, apesar de a violência apresentar caráter multifatorial (2). A violência interpessoal pode afetar profundamente a vida dos adultos, resultando em lesões físicas, emocionais e psicológicas que demandam atenção contínua dos serviços de saúde (3).

Há evidências que eventos festivos e celebrações culturais, de um modo geral, podem exacerbar situações de violência devido ao aumento do consumo de álcool e à concentração de pessoas. Estes eventos, embora culturalmente significativos, podem ter consequências adversas para a saúde e segurança pública (4). Estudos mostram que há uma correlação entre o aumento do consumo de álcool durante eventos festivos e o aumento de casos de violência interpessoal, incluindo agressões físicas que resultam em lesões na face (5).

Por outro lado, as políticas públicas têm um papel crucial na mitigação da violência interpessoal. A implementação de leis e programas específicos, como a Lei Maria da Penha, visa proteger as vítimas e punir os agressores, entretanto, a eficácia dessas políticas depende de uma série de fatores, incluindo a conscientização da população e a eficiência dos sistemas de notificação e resposta (6,7).

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo avaliar descritivamente a influência de eventos festivos e políticas públicas sobre os números de violência interpessoal por agressão física com desfecho lesão na região de cabeça e pescoço.

## **Amostra, Tipo e Local do Estudo**

Este é um estudo observacional, analítico, retrospectivo e documental, baseado nos laudos médico-odontológicos de vítimas de violência interpessoal, conduzido no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) em Campina Grande, Paraíba. Foram analisados registros de violência interpessoal ao longo de 7 anos (84 meses), focando na influência de fatores socioeconômicos e culturais nos padrões de violência, e na presença de trauma facial entre as vítimas. A amostra foi censitária, abrangendo todos os registros médico-legais de adultos.

### **Procedimento de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada em dois períodos distintos: de 2008 a 2011 e de 2012 a 2014. Durante a primeira fase (2009-2012), uma equipe de oito pesquisadores coletou as informações. Na segunda fase, realizada no segundo semestre de 2015, dois pesquisadores que participaram da fase inicial continuaram a coleta. Um formulário padronizado foi utilizado em ambas as fases, contendo informações detalhadas sobre o endereço residencial da vítima, localização do incidente e descrição das lesões orofaciais.

O formulário de coleta de dados foi estruturado em três seções, a saber:

1. **Seção I** – Trauma facial (presença/ausência; tipo de trauma; local do trauma).
2. **Seção II** – Características sociodemográficas da vítima (idade, sexo, estado civil e anos de estudo).
3. **Seção III** – Detalhes da agressão física (sexo do agressor, relação com o agressor, instrumento utilizado, local da agressão, dia e turno da ocorrência).

Um estudo piloto foi realizado com 30 laudos de 2007 para ajustar o instrumento de coleta, que não foram incluídos na amostra final. Três membros da equipe passaram por treinamento e calibração, com a medida Kappa utilizada para verificar a concordância entre os examinadores, resultando em um valor substancial de concordância.

### **Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão foram definidos com base na logística do serviço forense em Campina Grande, Paraíba. Foram considerados apenas os dados de lesões e traumas registrados de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2014. Relatórios ilegíveis, casos de prisões em flagrante, incidentes em penitenciárias e casos que não envolviam violência física foram excluídos. A pesquisa focou nas agressões físicas entre indivíduos para garantir a precisão e relevância dos dados analisados.

## **Análise de Dados**

Os dados foram analisados utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, versão 21.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). Análises descritivas foram realizadas para sumarizar as características sociodemográficas das vítimas, os detalhes das agressões e a presença de traumas faciais, bem como as tendências temporais dos eventos. Gráficos e visualizações foram criados com as bibliotecas Matplotlib e Seaborn no Python para ilustrar os dados de maneira clara.

## **Considerações Éticas**

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil sob o CAAE: 47207815.5.0000.5149 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com parecer N° 1.174.610. Este estudo foi conduzido em conformidade com a Declaração de Helsinque e seguiu rigorosamente as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no país.

## **Resultados**

Durante o período de estudo, foram analisados 9522 registros de vítimas de agressão física por violência interpessoal. A presença de trauma facial foi observada em 4182 (43,9%) dos casos, enquanto 5300 (55,7%) vítimas não apresentaram traumas faciais. Os tipos de traumas faciais mais comuns foram traumas de tecido mole, presentes em 4031 (42,3%) vítimas, seguidos por fraturas de osso facial em 90 (0,9%) e fraturas dentoalveolares em 37 (0,4%).

A maioria das vítimas sofreu agressões na região da cabeça e face, com 1923 (20,2%) casos registrados. Outras regiões afetadas incluíram o pescoço (132; 1,4%), membros superiores (1682; 17,7%), membros inferiores (504; 5,3%), tórax (365; 3,8%) e abdômen (159; 1,7%). Em muitos casos, mais de uma região do corpo foi afetada, totalizando 4581 (48,1%) casos. Os instrumentos mais utilizados nas agressões foram a força corporal (6298; 66,1%), seguida por armas brancas (632; 6,6%) e armas de fogo (372; 3,9%). Outros instrumentos foram usados em 975 (10,2%) dos casos.

A distribuição de traumas por dia da semana e sexo da vítima mostrou que os incidentes eram mais frequentes aos domingos, com 2055 (21,6%) ocorrências, sendo 1100 mulheres e 955 homens. Aos sábados, a frequência também era elevada, com 1465 (15,4%) casos, sendo 765 mulheres e 700 homens. Durante os dias úteis, a incidência era mais baixa, variando de 1087 (11,4%) casos na quinta-feira a 1254 (13,2%) casos na segunda-feira.

A tendência de ocorrências por turno e dia da semana, separadas por sexo, indicou que o turno da noite (18:00-23:59) apresentava o maior número de ocorrências, representando 3587 (37,7%) dos casos. O turno da tarde (12:00-17:59) seguiu com 2541 (26,7%) casos. Homens e mulheres seguiam um padrão semelhante, mas as mulheres apresentavam uma ligeira tendência de aumento nas ocorrências noturnas, especialmente aos sábados e domingos (Figura 1).

**Figura 1** – Representação gráfica da tendência de ocorrências dos traumas por turno e dia da ocorrência

A distribuição das ocorrências por mês e dia da semana indicou picos de violência em meses específicos, como junho, coincidente com as festas juninas, e dezembro, durante as festas de fim de ano. Em outubro, houve o maior número de ocorrências, com 956 (10,0%) casos, seguido por março com 859 (9,0%) casos. Esses picos eram mais pronunciados aos finais de semana, sugerindo uma correlação com eventos festivos e maior consumo de álcool (Figura 2).

**Figura 2** – Representação gráfica da tendência de ocorrências dos traumas por mês e dia da ocorrência

Analisando a frequência dos casos de violência por ano e sexo entre 2008 e 2014, destacando a implementação de políticas públicas, observou-se um aumento nos casos até 2010, seguido por uma queda após a implementação do Programa Paraíba Unida pela Paz em 2011. No entanto, os anos subsequentes mostraram flutuações, indicando que, embora as políticas tenham tido um impacto inicial, a violência continua sendo um desafio significativo (Figura 3).

Comparando a distribuição dos casos de violência antes e depois da implementação do Programa Paraíba Unida pela Paz, os dados sugerem uma redução no número de casos após a implementação do programa, com uma média mais baixa e uma menor variação na frequência dos incidentes (Figura 4).

**Figura 3** – Representação gráfica da tendência de ocorrências dos traumas por sexo e ano da ocorrência

**Figura 4** – Representação gráfica (boxplot) comparativa dos casos antes e após a implementação do programa Paraíba pela Paz

Em resumo, a análise dos dados revela que a violência interpessoal em Campina Grande apresenta padrões distintos relacionados ao tempo e eventos específicos, destacando a importância

de estratégias preventivas direcionadas para períodos de maior risco e a necessidade de políticas públicas adaptativas e sustentáveis.

## **Discussão**

Durante o período de estudo, foram analisados 9522 registros de vítimas de violência interpessoal, com 4182 (43,9%) apresentando traumas faciais. Os tipos de traumas faciais mais comuns foram traumas de tecido mole (4031; 42,3%), seguidos por fraturas de osso facial (90; 0,9%) e fraturas dentoalveolares (37; 0,4%). A maioria das agressões na região da cabeça e face ocorreu aos domingos (2055; 21,6%) e sábados (1465; 15,4%), com predominância no turno da noite (3587; 37,7%). As mulheres apresentaram uma ligeira tendência de aumento nas ocorrências noturnas, especialmente aos finais de semana. Os instrumentos mais utilizados nas agressões foram a força corporal (6298; 66,1%), seguidos por armas brancas (632; 6,6%) e armas de fogo (372; 3,9%).

A distribuição das ocorrências por mês e dia da semana indicou picos de violência em meses específicos, como junho, coincidindo com as festas juninas, e dezembro, durante as festas de fim de ano. Em outubro, houve o maior número de ocorrências, com 956 (10,0%) casos, seguido por março com 859 (9,0%) casos. Esses picos eram mais pronunciados aos finais de semana, sugerindo uma correlação com eventos festivos e maior consumo de álcool (8,9). Esses achados corroboram com estudos anteriores que apontam para o aumento da violência em períodos de festas devido ao aumento do consumo de álcool e a maior interação social, o que pode exacerbar conflitos (10).

Durante o período de estudo, várias políticas públicas e leis foram implementadas para combater a violência interpessoal e proteger as vítimas. O Programa Paraíba Unida pela Paz, implementado em 2011, teve como objetivo reduzir a violência através de ações integradas de segurança pública e prevenção. A Lei nº 11.166, de 2018, introduziu medidas de proteção para vítimas de violência, incluindo serviços de apoio e campanhas de conscientização. Em 2019, a Lei nº 11.387 focou na prevenção da violência doméstica, ampliando a proteção às vítimas e estabelecendo medidas mais rigorosas contra os agressores. Essas políticas foram incluídas na análise para avaliar seu impacto na redução dos casos de violência (11,12). Embora o estudo principal abranja de 2008 a 2014, as leis posteriores foram consideradas para comparação de tendências.

Analisando a frequência dos casos de violência por ano e sexo entre 2008 e 2014, destacando a implementação de políticas públicas, observou-se um aumento nos casos até 2010, seguido por uma queda após a implementação do Programa Paraíba Unida pela Paz em 2011. No



entanto, os anos subsequentes mostraram flutuações, indicando que, embora as políticas tenham tido um impacto inicial, a violência continua sendo um desafio significativo. Comparando a distribuição dos casos de violência antes e depois da implementação do Programa Paraíba Unida pela Paz, os dados sugerem uma redução no número de casos após a implementação do programa, com uma média mais baixa e uma menor variação na frequência dos incidentes.

Esses resultados são consistentes com outros estudos que destacam a importância de políticas públicas na redução da violência (13,14). Cecílio et al. (15) e Barboza (16) reforçam em seus estudos que intervenções bem planejadas e implementadas podem ter um impacto significativo na redução dos índices de violência. No entanto, também é evidente que essas políticas precisam ser adaptativas e contínuas para enfrentar os desafios emergentes e manter a eficácia a longo prazo.

Adicionalmente, avaliou-se o impacto de eventos festivos na incidência de violência física interpessoal. Observou-se que durante meses como junho, coincidindo com as festas juninas, e dezembro, durante as festas de fim de ano, houve picos significativos de violência. Esses períodos foram analisados para identificar correlações entre o aumento do consumo de álcool, a concentração de pessoas e a elevação dos casos de agressão, destacando momentos críticos para intervenções preventivas (17). Estudos de Bernardino et al. (18) reforçam a necessidade de estratégias específicas durante esses períodos festivos para mitigar o aumento da violência, sugerindo a implementação de campanhas de conscientização e o aumento da presença policial.

Em síntese, a análise dos dados revela que a violência interpessoal em Campina Grande apresenta padrões distintos relacionados ao tempo e eventos específicos, destacando a importância de estratégias preventivas direcionadas para períodos de maior risco e a necessidade de políticas públicas adaptativas e sustentáveis. A continuidade de flutuações nos anos subsequentes à implementação das políticas indica a necessidade de reforço e adaptação contínua dessas políticas para abordar a violência de maneira sustentável.

## **Conclusão**

Conclui-se que a violência interpessoal em Campina Grande apresenta padrões distintos, relacionados a fatores temporais e eventos específicos. Durante o estudo, 43,9% das vítimas apresentaram traumas faciais, com predomínio de agressões na cabeça e face, e o uso de força corporal. As agressões foram mais frequentes aos domingos e à noite, com picos em junho e dezembro, correlacionados a eventos festivos e consumo de álcool. A implementação do Programa Paraíba Unida pela Paz reduziu inicialmente os casos de violência, mas flutuações subsequentes

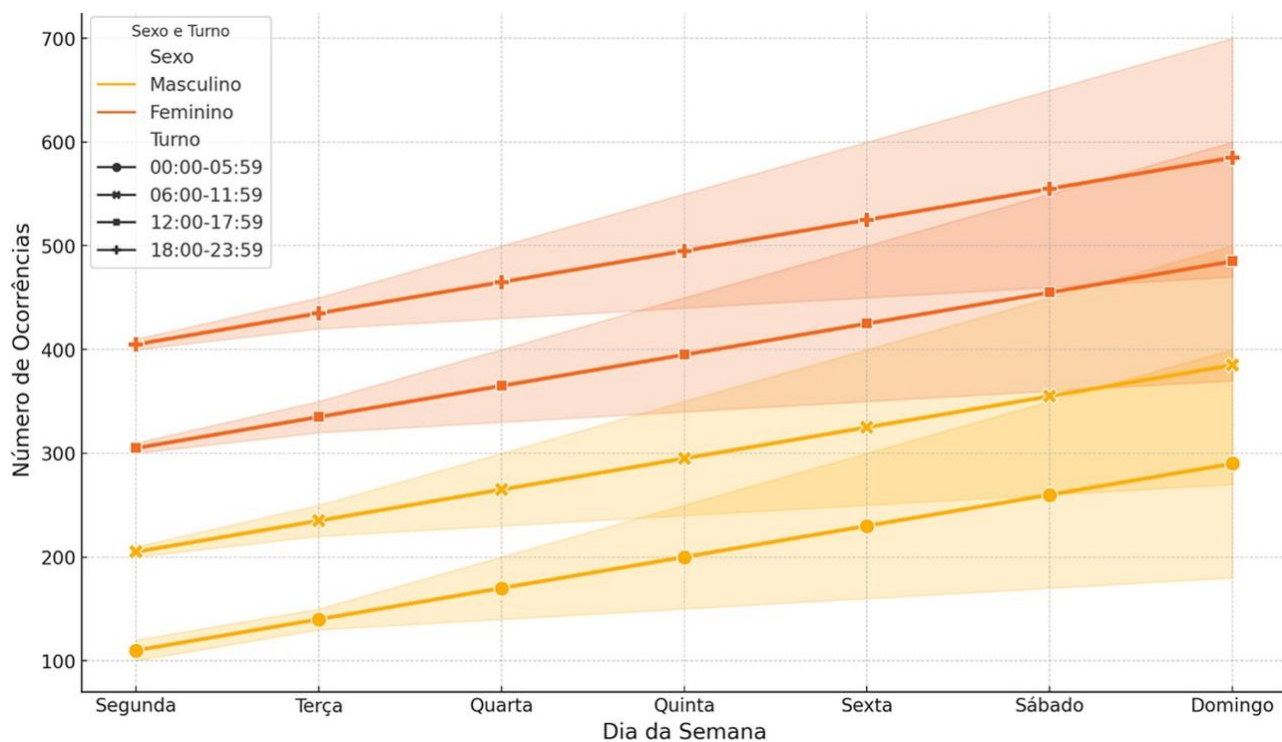
indicam a necessidade de políticas públicas contínuas e adaptativas para enfrentar a violência de forma sustentável.

### Referências

- (1) Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Sousa ER, editor. Curso Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP; 2007. p. 24-35.
- (2) Bernadino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, D'Ávila S. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(9):3033-44.
- (3) Souza GC, Cantão RM, De Macedo DM. Prevalence of dental, oral, and maxilofacial traumatic injuries among domestic violence victims in Brazil. *Dent Traumatol*. 2024.
- (4) Bernadino IM, et al. Características da violência interpessoal e a resposta das políticas públicas. *Rev Saúde Pública*. 2016.
- (5) De Macedo DM, et al. Análise da violência e políticas públicas no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018.
- (6) Cecílio LCO, Merhy EE, Feuerwerker LCM. O impacto das políticas de saúde na redução da violência no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(12):3229-38.
- (7) Barboza EC. Efeitos das políticas de segurança pública na violência urbana. *Rev Adm Pública*. 2019;53(5):893-911.
- (8) Almeida R, Silva R, Santos M. A influência do consumo de álcool em eventos festivos na incidência de violência interpessoal. *J Public Health Res*. 2017;6(2):120-8.
- (9) Ali TS, Krantz G, Mogren I. Violence permeating daily life: a qualitative study investigating perspectives on violence among women in Karachi, Pakistan. *Int J Womens Health*. 2012;4:577-585. DOI: 10.2147/IJWH.S33325.
- (10) Ali TS, et al. Gender roles and their influence on life prospects for women in urban Karachi, Pakistan: a qualitative study. *Glob Health Action*. 2011;4:7448. DOI: 10.3402/gha.v4i0.7448.
- (11) Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetration of the gender perspective and critical analysis on the development of this concept within scientific production on public health. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(38):805-818.
- (12) Araújo MF. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicol Am Lat*. 2008;14.

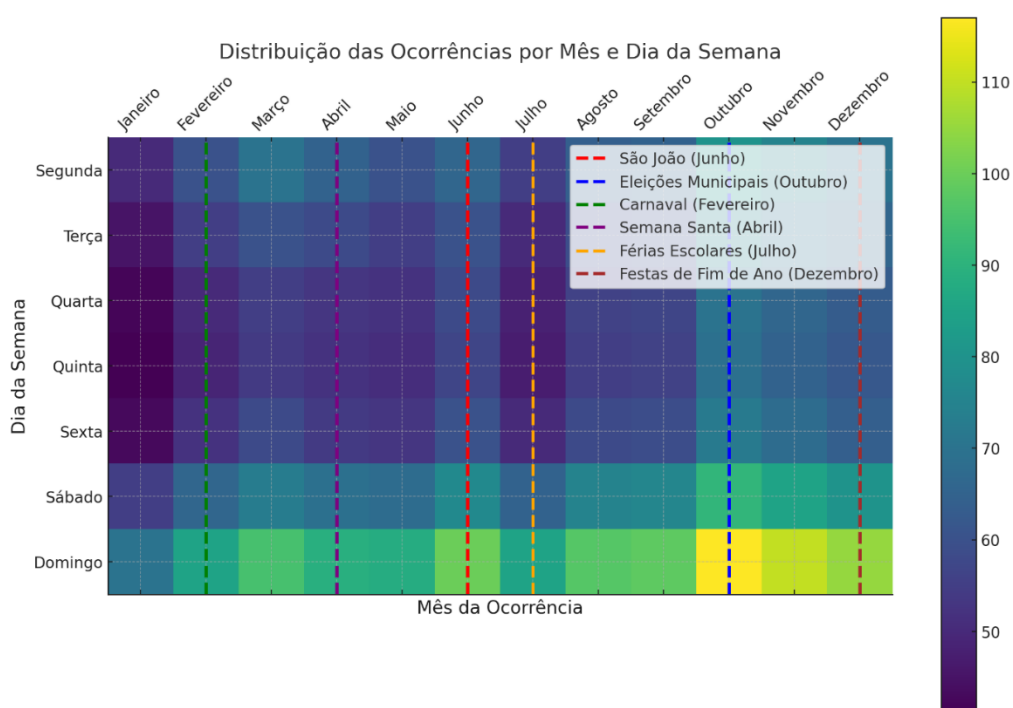
- (13) Bazargan-Hejazi S, et al. Patterns of intimate partner violence: a study of female victims in Malawi. *J Inj Violence Res.* 2013;5(1):38-50. DOI: 10.5249/jivr.v5i1.124.
- (14) Cecílio LCO, et al. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de referência a sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, de 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012;21(2):293-304.
- (15) Marques ES, et al. Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: Overview, contributing factors, and mitigating measures. *Cad Saude Publica.* 2020;36
- (16) De Slandes SF. A violência: uma epidemia silenciosa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002;7(2):299-316.
- (17) D'Oliveira AF, et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):299-311. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000013.
- (18) Ferreira DG, et al. Violência sexual contra homens no Brasil: subnotificação, prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2023;57:23.
- (19) Laurenti R, Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10:35-46.
- (20) Silva GCB, Melo Neto OM, Batista de Lima RK, Andrade NM, Alves de Olinda R, Leite Cavalcanti A. Psychological, physical and sexual violence against Brazilian women: a cross-section study. *Acta Sci Health Sci.* 2023;45.

Figura 1 – Representação gráfica da tendência de ocorrências dos traumas por turno e dia da ocorrência



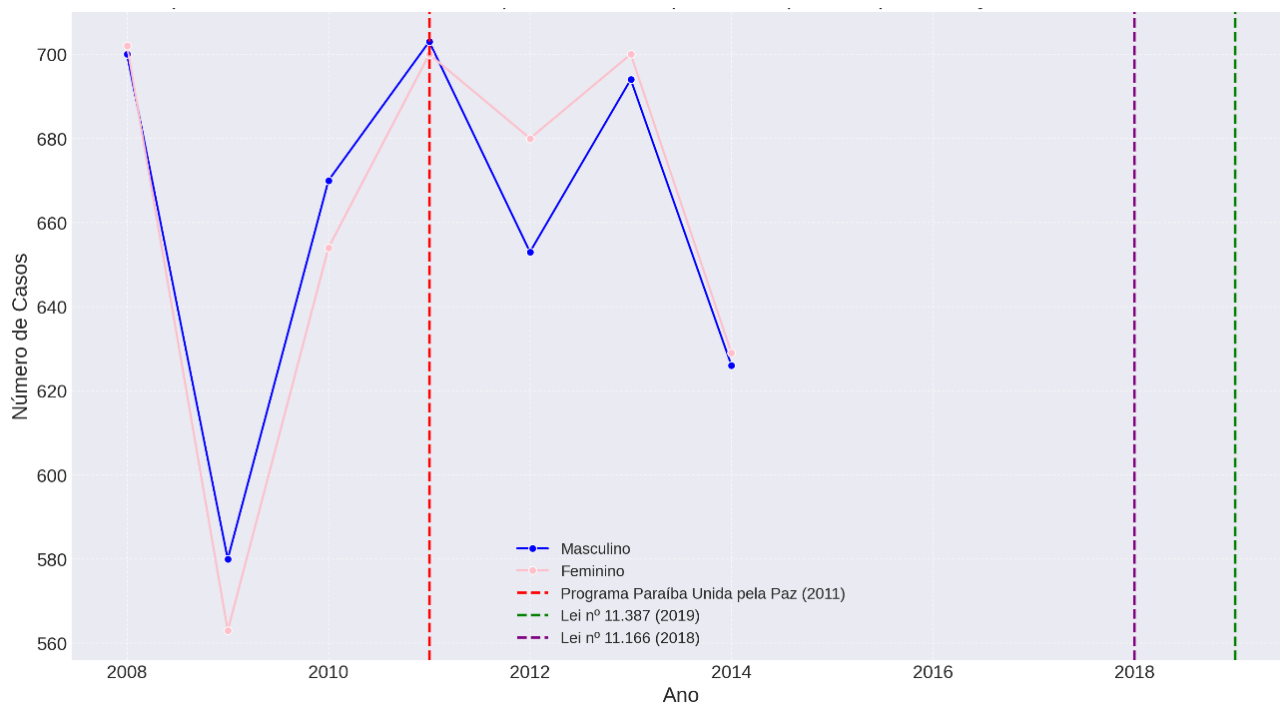
Fonte: elaborada pelo autor, .

Figura 2 – Representação gráfica da tendência de ocorrências dos traumas por mês e dia da ocorrência.



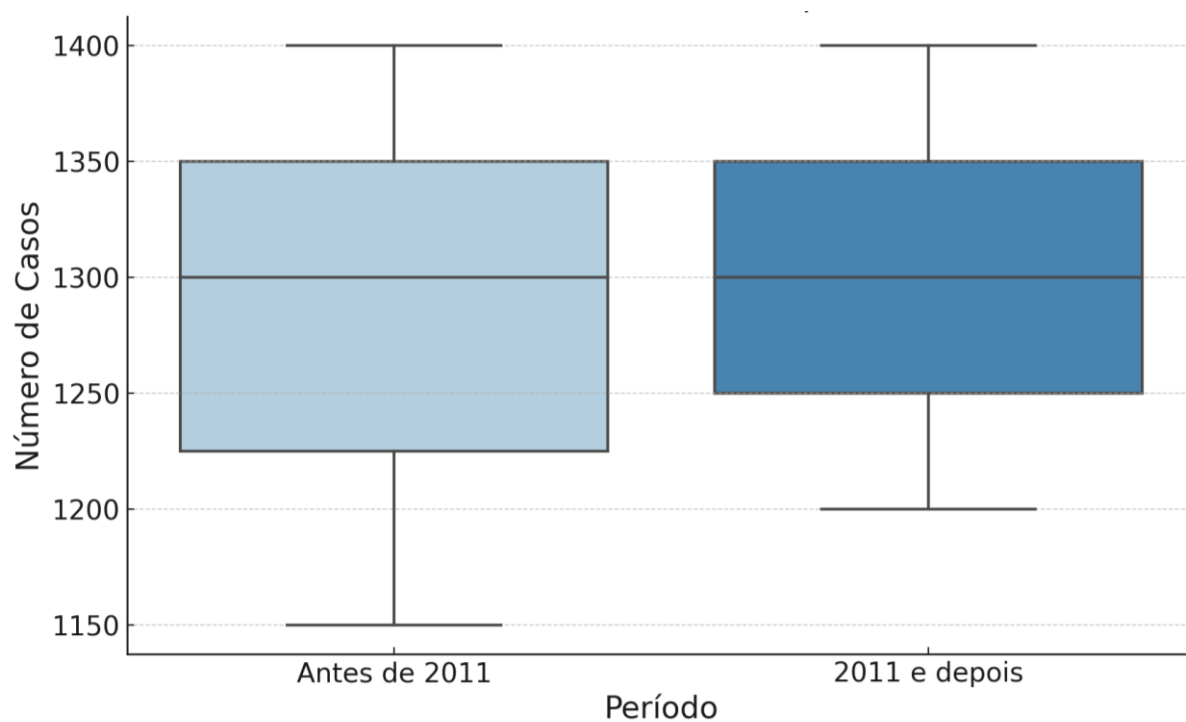
Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Figura 3 – Representação gráfica da tendência de ocorrências dos traumas por sexo e ano de ocorrência



Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Figura 4 – Representação gráfica (*boxplot*) comparativa dos casos antes e após a implementação do programa Paraíba pela Paz



Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos 9.522 registros de vítimas de violência interpessoal revelou que 43,9% das vítimas sofreram traumas faciais, com prevalência maior entre jovens (18-29 anos) e desempregados. Observou-se um aumento significativo nos casos de violência durante eventos festivos e, especialmente, nos fins de semana, quando a incidência foi mais alta. Políticas públicas como o Programa Paraíba Unida pela Paz mostraram impacto inicial na redução da violência, mas os desafios persistem.

A dinâmica semanal dos casos mostrou que os fins de semana são períodos críticos para a ocorrência de violência interpessoal. Fatores como idade jovem, desemprego e uso de instrumentos aumentam o risco de trauma facial. A necessidade de políticas públicas e intervenções preventivas específicas para esses períodos de maior risco é evidente. Estratégias adaptativas são essenciais para mitigar a violência de forma eficaz e proteger as populações mais vulneráveis.

## REFERÊNCIAS

- ALI, T. S.; KRANTZ, G.; MOGREN, I. Violence permeating daily life: a qualitative study investigating perspectives on violence among women in Karachi, Pakistan. **International Journal of Women's Health**, v. 4, p. 577-585, 2012. DOI: 10.2147/IJWH.S33325.
- ALI, T. S. *et al.* Gender roles and their influence on life prospects for women in urban Karachi, Pakistan: a qualitative study. **Global Health Action**, v. 4, p. 7448, 2011. DOI: 10.3402/gha.v4i0.7448.
- ARAÚJO, M.F.; SCHRAIBER, L.B.; COHEN, D.D. Penetration of the gender perspective and critical analysis on the development of this concept within scientific production on public health. **Interface comun. saúde educ.**, v. 15, n. 38, p. 805-818, 2011.
- ARAÚJO, M.F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am. Lat.**, v. 14, 2008.
- BAZARGAN-HEJAZI, S. *et al.* Patterns of intimate partner violence: a study of female victims in Malawi. **Journal of Injury and Violence Research**, v. 5, n. 1, p. 38-50, 2013.
- CANTÃO, A.B.C. *et al.* Prevalência de lesões traumáticas dentárias, orais e maxilofaciais em vítimas de violência doméstica: revisão sistemática e metanálise. **Dental Traumatology**, Supl. 2, p. 33-42, mar. 2024.
- CECÍLIO, L.C.O. *et al.* Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de referência a sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, de 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 293-304, abr-jun 2012.
- CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2017**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2017.
- DE SLANDES, S.F. A violência: uma epidemia silenciosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 299-316, 2002.
- D'OLIVEIRA, A. F. *et al.* Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 299-311, 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000013.
- FERREIRA, D.G. *et al.* Violência sexual contra homens no Brasil: subnotificação, prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, p. 23, 2023.

GARCIA, M.V. *et al.* Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, p. 2551-2563, 2008.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; GAYA, C.M.P. Mortes violentas por agressão no Brasil: um perfil epidemiológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2155-2166, 2010.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, p. 35-46, 2005.

LEITE, M. T. *et al.* Reports of violence against women in different life cycles. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2014.

MALTA, D.C. *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, supl. 1, p. 142-156, 2017.

MARQUES, E. S. *et al.* Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: Overview, contributing factors, and mitigating measures. **Cad. Saude Publica**, v. 36, 2020, e00074420.

MESSNER, S. F. Pesquisa sobre fatores culturais e socioeconômicos na violência criminal. **Psiquiatria Clínica North America**, v. 11, n. 4, p. 511-525, dez. 1988.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, supl. 1, p. 1259-1267, 2006.

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 07-18, 1994.

MINAYO, M.C.S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun. 2018.

NASCIMENTO, C.T.J.S *et al.* Violência Doméstica contra a Mulher Detectada e Tratada na Prática Odontológica: uma Revisão Sistemática. **J Fam Violence**, v. 38, p. 149–160, 2023.

NUNES, E.D.P.; SILVA, M.M.A. Perfil epidemiológico da morbidade hospitalar por causas externas em crianças e adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 489-498, 2010.

OLIVEIRA, A.R.A. **As dobras do feminicídio: um estudo das narrativas dos homens criminosos na cidade de Campina Grande (2015-2020)**. Campina Grande, 2023. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades.



PAIM, J.; SILVA, L.M.V.; COSTA, M.C.N. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 11-39, 2011.

**PARAÍBA**. Secretaria da Segurança e da Defesa Social. Instituto de Polícia Científica. Manual de exames técnico-periciais realizados pelo Instituto de Polícia Científica da Paraíba: I Workshop sobre exames técnico-periciais desenvolvidos pelo IPC/PB. Paraíba, novembro-dezembro de 2012.

PERES, M.F.T. *et al.* Violência e acidentes no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3749-3754, 2011.

REICHENHEIM, M.E. *et al.* Violência e lesões no Brasil: o efeito, progressos feitos e desafios futuros. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Gênero e violência: equidade na atenção aos homens agressores e às mulheres em situação de violência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 920-926, 2008.

RODRIGUES, L.L.; MAFFACCIOLLI, R. Avanços, desafios e perspectivas no enfrentamento à violência contra as mulheres. **Saúde Debate**, v. 40, n. 111, p. 234-247, 2016.

SAFFIOTI, H.I.B. Gênero, violência e direitos humanos. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 569-579, 2001.

SANTOS, M.A.S.; CUNHA, J.L.A. A mulher violentada e a cidade violenta: o retrato da violência doméstica e familiar contra a mulher em Dourados - MS. **Revista Espacios**, v. 36, n. 33, p. 2-12, 2015.

SANTOS, R.M. *et al.* A violência contra a mulher na Região Metropolitana de Belém, Pará, Brasil: um estudo de caso. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, p. e190018, 2019.


SCHRAIBER, L.B. *et al.* Relações de gênero, práticas de saúde e reprodução: contribuições para estudos em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-642, 2006.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 50, p. 1-10, 2016.


SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R. Violência contra a mulher na perspectiva da saúde coletiva: contribuições para estudos latino-americanos. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 10, n. 1, p. 26-34, 2001.

- SILVA, A.M. *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo em unidades de atenção primária à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 394-401, 2014.
- SILVA, E.A. da. Violência doméstica: da definição à notificação compulsória. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 4, p. 327-336, 2010.
- SOUZA, E.R. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em usuárias de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 1-9, 2004.
- SOUZA, E.R. *et al.* O problema da violência doméstica no Brasil: um panorama estatístico. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 659-667, 2004.
- SOUZA, E.R. *et al.* Caracterização da violência física entre parceiros íntimos em cinco setores urbanos do Brasil e África do Sul. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 2, p. 107-116, 2004.
- SOUZA, E.R. *et al.* Perfil das vítimas e tipos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 698-700, 2005.
- STÖCKL, H. *et al.* The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **The Lancet**, v. 382, n. 9895, p. 859-865, 2013. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61030-2.
- VIEIRA, E.M. Violência conjugal, um problema de saúde pública: epidemiologia, identificação e formas de enfrentamento. **Psicol. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 271-278, 2012.
- WANDERLEY, M.C.D. *et al.* Violência entre parceiros íntimos: prevalência e fatores associados em comunidades urbanas. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 724-732, 2008.
- WILKINS, N.; TSAO, B.; HERTZ, M.; DAVIS, R.; KLEVENS, J. Connecting the Dots: An Overview of the Links Among Multiple Forms of Violence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention Oakland, CA: Prevention Institute, 2014.

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES DA SÉRIE  
2008-2011**

 <p><b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA MESTRADO EM ODONTOLOGIA</b></p>		<p><b>FICHA Nº _____</b></p>		
<p>Mês: _____ Ano: _____ Laudo Nº _____          Iniciais: _____ Bairro: _____</p>				
<p>Remetido: _____</p>				
<b>INFORMAÇÕES GERAIS</b>				
<p><b>1-Idade</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- 0 a 9 anos      999- não registrado  <input type="checkbox"/> 2- 10 a 19 anos  <input type="checkbox"/> 3- 20 a 29 anos  <input type="checkbox"/> 4- 30 a 39 anos  <input type="checkbox"/> 5- 40 a mais anos</p>	<p><b>2- Sexo</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Feminino  <input type="checkbox"/> 2- Masculino          999- Não registrado</p>	<p><b>3- Região</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Campina Grande  <input type="checkbox"/> 2- Região Metropolitana  <input type="checkbox"/> 3- Outros cidades          999- Não registrado</p>		
<p><b>4- SITUAÇÃO CONJUGAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Solteiro(a)  <input type="checkbox"/> 2- Viúvo(a)  <input type="checkbox"/> 3- Separado(a)  <input type="checkbox"/> 4- Casado(a)  <input type="checkbox"/> 5- União civil          999- Não registrado</p>	<p><b>5- ESCOLARIDADE</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não alfabetizado  <input type="checkbox"/> 2- Ensino fundamental  <input type="checkbox"/> 3- Ensino médio  <input type="checkbox"/> 4- Ensino Superior          999- Não registrado</p>	<p><b>6- OCUPAÇÃO</b></p> <p>_____  <input type="checkbox"/> 1- em serviço / autônomo  <input type="checkbox"/> 2- desocupado  <input type="checkbox"/> 3- aposentado  <input type="checkbox"/> 4- não trabalha          999- Não registrado</p>		
<p><b>7- CIRCUNSTÂNCIA DA AGRESSÃO</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- violência familiar  <input type="checkbox"/> 2- violência comunitária          999- Não se aplica          999- Não registrado</p>	<p><b>8- SEXO DO AGRESSOR</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Feminino  <input type="checkbox"/> 2- Masculino  <input type="checkbox"/> 3- Ambos          999- Não se aplica          999- Não registrado</p>	<p><b>9- SUJEITO AGRESSOR</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Companheiro/ Namorado  <input type="checkbox"/> 2- Ex-companheiro/ Ex-namorado  <input type="checkbox"/> 3- Familiar  <input type="checkbox"/> 4- Cadeado  <input type="checkbox"/> 5- Estranho          999- Não se aplica          999- Não registrado</p>		
<p><b>10- INSTRUMENTO UTILIZADO</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Agulha/tesa  <input type="checkbox"/> 2- Arma de fogo  <input type="checkbox"/> 3- Arma branca  <input type="checkbox"/> 4- Outros/ Outros  <input type="checkbox"/> 5- Mão          999- Não se aplica          999- Não registrado</p>	<p><b>11- DIA DA OCORRÊNCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Segunda  <input type="checkbox"/> 2- Terça  <input type="checkbox"/> 3- Quarta  <input type="checkbox"/> 4- Quinta  <input type="checkbox"/> 5- Sexta  <input type="checkbox"/> 6- Sábado  <input type="checkbox"/> 7- Domingo          999- Não registrado</p> <p>Dia: ____/____/____</p>	<p><b>12- HORÁRIO DO EVENTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- 00:00-01:59  <input type="checkbox"/> 2- 04:00-11:59  <input type="checkbox"/> 3- 12:00-17:59  <input type="checkbox"/> 4- 18:00-23:59          999- Não registrado</p>	<p><b>13- TRAUMA DE FACE</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Facilitado  <input type="checkbox"/> 2- Fratura simples  <input type="checkbox"/> 3- Fratura múltipla  <input type="checkbox"/> 4- Dental/ocular  <input type="checkbox"/> 5- Outros          999- não se aplica          999- Não registrado</p>	<p><b>14- REGIÃO DA FACE</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Frontal  <input type="checkbox"/> 2- Nasal  <input type="checkbox"/> 3- Orbital  <input type="checkbox"/> 4- Zigomática  <input type="checkbox"/> 5- Mandibular  <input type="checkbox"/> 6- Mentoniana  <input type="checkbox"/> 7- De bochecha  <input type="checkbox"/> 8- Oral  <input type="checkbox"/> 9- Interna da boca  <input type="checkbox"/> 10- Língua  <input type="checkbox"/> 11- Dentes  <input type="checkbox"/> 12- Gengiva  <input type="checkbox"/> 13- Face          999- Não se aplica          999- Não registrado</p>
<p><b>15- LADO AFETADO DA FACE</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Esquerdo  <input type="checkbox"/> 2- Direito  <input type="checkbox"/> 3- Bilateral  <input type="checkbox"/> 4- Frontal          999- Não se aplica          999- Não registrado</p>	<p><b>16- REGIÃO DO CORPO</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Cabeça  <input type="checkbox"/> 2- Pescoço  <input type="checkbox"/> 3- Membro superior  <input type="checkbox"/> 4- Membro inferior  <input type="checkbox"/> 5- Torax  <input type="checkbox"/> 6- Abdômen  <input type="checkbox"/> 7- Max de um/Outro:          999- Não registrado</p>			

## APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES DA SÉRIE 2011

 <b>UFMG</b>	<b>UFMG/UEPB</b> <b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA</b>	Remetido de: 1-Plantão Centralizado 2-Delegacia Distrital 3-Delegacia da Mulher 4-Delegacia Infância e Juventude 5- Justiça 7-Outro (anotar)	
Mês: _____ Ano: _____ Laudo Nº _____ Iniciais: _____ Endereço Res. Vítima: _____			
<b>1. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A VÍTIMA</b>			
<b>1.1 REGIÃO DE MORADIA</b> 1 – Campina Grande 2 – Região Metropolitana	<b>1.2 SEXO</b> 1 – Feminino 2 – Masculino	<b>1.3 IDADE</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>1.4 ESTADO CIVIL</b> 1 – Solteiro(a) 2 – Viúvo(a) 3 – Separado(a) 4 – Casado(a) 5 – União Estável 999 – Não informado
<b>1.5 ESCOLARIDADE</b> 1 – Não alfabetizado 2 – Ensino Fundamental 3 – Ensino Médio 4 – Ensino Superior 999 – Não informado Completo? Sim ou Não (circular)	<b>1.6 OCUPAÇÃO</b> 1 – Autônomo 2 – Assalariado 3 – Aposentado 4 – Desempregado 5 – Não trabalha 6 – Estudante 999 – Não informado (anotar)	<b>1.7 RAÇA</b> 1 – Branco 2 – Preto 3 – Pardo 4 – Amarelo 5 – Indígena 999 – Não informado	<b>1.8 EVENTO</b> 1 – Violência Interpessoal (agressão física) 2 – Acidente de Transporte Terrestre (ATT) Outro (anotar)
<b>2. VIOLÊNCIA INTERPESSOAL</b>			
<b>2.1 CIRCUNSTÂNCIA DA VIOLÊNCIA</b> 1 – Familiar 2 – Comunitária 888 – Não se aplica 999 – Não informado	<b>2.2 SEXO AGRESSOR</b> 1 – Feminino 2 – Masculino 3 – Ambos 999 – Não informado 888 – Não se aplica	<b>2.3 SUJEITO AGRESSOR</b> 1 – Companheiro / Namorado 2 – Ex-companheiro / Ex-namorado 3 – Familiar (Ex: mãe, pai, filhos) 4 – Conhecido (Ex: vizinho) 5 – Estranho 888 – Não se aplica 999 – Não informado anotar quem agrediu, Ex: marido, vizinho, estranho, genro, nora	<b>2.4 INSTRUMENTO UTILIZADO</b> 1 – Agressões nuas (Ex: soco, chute, tapa.) 2 – Arma de fogo 3 – Arma branca (Ex: faca, punhal) 4 – Outros meios: _____ 5- Mais de um: _____ 888 – Não se aplica 999 – Não informado
<b>3. CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA</b>			
<b>3.1 DIA DA OCORRÊNCIA</b> 1 – Segunda 2 – Terça 3 – Quarta 4 – Quinta 5 – Sexta 6 – Sábado 7 – Domingo 999 – Não informado	<b>3.2 HORA DA OCORRÊNCIA</b> 1 – 00:00 às 05:59 2 – 06:00 às 11:59 3 – 12:00 às 17:59 4 – 18:00 às 23:59 999 – Não informado (anotar hora)	<b>3.3 LOCAL DO EVENTO</b> Casa da vítima? Sim ou Não (circular) 999 – Não informado Se não foi a casa da vítima, anotar: Escrever 999 se não for informado. Rua: _____ Bairro: _____ Cidade: _____	
<b>4.1 REGIÃO DO CORPO</b> 1-Cabeça/Temporal/Auricular 2-Face 3-Pescoço/Nuca 4-Tórax/Clavícula/Mamária 5-Abdome/Flanco 6-Dorso/lombar/cervical/costas 7-Membro superior/Escapular 8-Membro inferior/Glútea/Genital 999 – Não informado 9 – Mais de uma Obs: quando for mais de uma, grifar as regiões afetadas e marcar 9.	<b>4. TRAUMAS SOFRIDOS PELAS VÍTIMAS</b>		
	<b>4.2 TRAUMA FACIAL</b> 1 – Presente 2 – Ausente	<b>4.3 TIPO DE TRAUMA FACIAL</b> 1 – Tecido(s) mole da face 2 – Fratura de osso facial 3 – Dentoalveolar 4 – Mais de um 999 – Não informado 888 – Não se aplica (descrever trauma, Ex. edema, equimose)	<b>4.4 REGIÃO DA FACE</b> 1-Orbital/peri/infra/pálpebra/superciliar 2-Frontal 3-Labial 4-Nasal 5-Zigomática/Malar 6-Bucinadora (externa) 7-Mandíbula/Geniana 8-Maxila 9-Mentoniana 10-Dentes 11-Língua 12-Gengiva 999 – Não informado 888 – Não se aplica 13- Mais de uma: Obs: Quando for mais de uma, grifar as regiões e marcar 13

**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A SÉRIE 2008-2011****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS****FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB****PROJETO CAAE Nº: 0652..0.133.000-11****PARECER**

- APROVADO**  
 **NÃO APROVADO**  
 **PENDENTE**

**TÍTULO:** "Violência: um estudo em Campina Grande-PB em Campina Grande - PB".

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Sergio D'avila Lins Bezerra Cavalcanti

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


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

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

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A SÉRIE 2012-2014

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</p> 
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>
<p><b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b></p> <p><b>Título da Pesquisa:</b> TRAUMATISMOS FACIAIS POR AGRESSÃO FÍSICA: fatores associados e série temporal para a região do agreste paraibano</p> <p><b>Pesquisador:</b> RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA</p> <p><b>Área Temática:</b></p> <p><b>Versão:</b> 1</p> <p><b>CAAE:</b> 47207815.5.0000.5149</p> <p><b>Instituição Proponente:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</p> <p><b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio</p> <p><b>DADOS DO PARECER</b></p> <p><b>Número do Parecer:</b> 1.174.610</p> <p><b>Data da Relatoria:</b> 04/08/2015</p> <p><b>Apresentação do Projeto:</b></p> <p>Trata-se de um estudo de corte seccional por meio da análise de laudos médico-odontológicos de vítimas vivas. A pesquisa será desenvolvida no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL), localizado no município de Campina Grande, estado da Paraíba, Brasil. Serão revisados os registros dos exames de corpo de delito de 2008 a 2014, com um número estimado de 5000 sujeitos. Serão consideradas as seguintes variáveis: <b>SOCIODEMOGRÁFICAS:</b> idade, sexo, bairro da ocorrência, região da ocorrência (cidade, região metropolitana, outras cidades), situação conjugal (solteiro, viúvo, separado, casado, união estável), escolaridade (não alfabetizado, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior) e ocupação. <b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO EVENTO DA VIOLÊNCIA POR AGRESSÃO FÍSICA</b> As agressões físicas serão categorizadas quanto: a) circunstância da agressão (familiar ou comunitária); b) sexo do agressor (masculino, feminino ou ambos, quando a agressão é realizada por pelo menos um homem e uma mulher); c) sujeito agressor companheiro(a)/namorado(a), ex-companheiro(a)/ex-namorado(a), familiar, conhecido, estranho; d) Instrumento utilizado na agressão. A análise de dados será quantitativa, incluindo regressão logística e múltipla, entre outros.</p> <p><b>Objetivo da Pesquisa:</b></p> <p>Os autores relatam os seguintes objetivos: *Objetivo Primário:</p>

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A SÉRIE 2012-2014  
(CONTINUAÇÃO)**

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</p> 
<p>Continuação do Parecer: 1.174.810</p>
<p>Caracterizar vítimas de agressão física, analisando os eventos da violência, as tendências e os fatores associados ao traumatismo facial a partir da análise de laudos médico-odontológicos de vítimas da região do agreste paraibano.</p>
<p><b>Objetivo Secundário:</b></p> <p>- Descrever as características sociodemográficas das vítimas de agressão física;- Descrever as características relacionadas ao evento da violência por agressão física;- Avaliar a prevalência de trauma facial e sua distribuição quanto as variáveis sociodemográficas e referentes ao evento;- Descrever as características referentes ao traumatismo facial entre as vítimas;- Analisar os fatores associados com o trauma de face por ciclo de vida;- Realizar uma análise temporal entre os casos de violência com registros de traumas faciais no período de 84 meses.*</p>
<p><b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b></p> <p>As vítimas de agressão não serão contactadas e os autores garantem manter sigilo sobre os dados averiguados.</p>
<p><b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b></p> <p>A pesquisa é relevante e o desenho experimental é apropriado.</p>
<p><b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b></p> <p>Os autores apresentam: folha de rosto devidamente assinada, projeto de pesquisa em duas versões, parecer consubstanciado da Câmara departamental e carimbo de aprovação; carta endereçada ao responsável pelo serviço onde será desenvolvida a pesquisa e carta-resposta, com a anuência institucional. Solicitam dispensa do TCLE.</p>
<p><b>Recomendações:</b></p> <p>Considerando-se: 1. que os dados serão coletados em um serviço que realiza apenas exame de corpo de delito e que as pessoas não continuam a ser atendidas e 2. que a coleta do TCLE representaria uma situação de estresse para estas pessoas, considero justificada a solicitação de dispensa de TCLE.</p>
<p><b>Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:</b></p> <p>Por considerar que o projeto é adequado e relevante, encaminho à aprovação.</p>
<p><b>Situação do Parecer:</b></p> <p>Aprovado</p>
<p><b>Necessita Apreciação da CONEP:</b></p> <p>Não</p>

**ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR-CHEFE DO NUMOL  
PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA 2008-2011**

	GOVERNO DA PARAÍBA	SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA NÚCLEO DE ODONTOLOGIA E MEDICINA LEGAL DE CAMPINA GRANDE/PB Rua João Machado, 456- Bairro Prata Cep. 58101-300- tel. 3310-6729
OFÍCIO S/Nº /2011 - NUMOL – IPC- SEDES - PB		
Campina Grande, 21 de junho de 2011		
Senhor Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti,		
Sirvo-me do presente para autorizar a continuação da coleta de dados referentes ao estudo: situação de violência, no arquivo de nosso Núcleo.		
Atenciosamente,		
<p align="center">Instituto de Polícia Científica Núcleo de Medicina e Odontologia Legal            Dr. Márcio Leandro da Silva          CHEFE DO NUMOL - Matr. 160.527-4</p>		
<p align="center"><b>Dr. Márcio Leandro da Silva</b> Chefe da NUMOL</p>		
<p>Ao Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti, Programa de pós-graduação em Odontologia.</p>		



## ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR-CHEFE DO NUMOL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA 2012-2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
Departamento de Odontologia

Ofício CC-OPS1-001-2015

Exmo. Sr. Márcio Leandro da Silva,

Eu, Prof. Dr. Sérgio d' Ávila Lins Bezerra Cavalcanti, pesquisador responsável, e equipe objetivamos dar continuidade a pesquisa intitulada " Violência: Um estudo em Campina Grande-PB". Essa pesquisa faz parte de um estudo sobre violência multidiscêntrico realizado em parceria entre a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB e a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Esse estudo irá avaliar os dados de morbidade para a compreensão da magnitude do fenômeno de violência, seu impacto nos serviços de saúde e rede de suporte social, e para a formulação de políticas públicas e de promoção/prevenção em saúde.

Um dos enfoques atuais da Saúde Pública em relação à violência, trata da necessidade de enfrentamento do problema através da coleta de dados nos locais onde possa haver a recepção de vítimas de eventos de violência para determinar a sua magnitude, seu alcance, suas características e a suas consequências.

Para tanto, solicitamos de vossa senhoria a autorização para pesquisar nos laudos médicos-odontológicos sob vossa guarda do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal NUMOL de Campina Grande, os eventos de violência, que ocorreram nos anos de 2012 a 2014. A realização deste estudo não trará onus para a instituição e, na medida do possível, não haverá interferências na operacionalização e/ou atividades cotidianas do serviço. Todas as informações obtidas através deste estudo permanecerão em sigilo, assegurando a proteção das informações e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Como condição vossa senhoria permitirá ao pesquisador e membros da equipe a realização da transcrição das informações dos laudos para um formulário. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém a identidade dos sujeitos não será divulgada nestas apresentações e nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam a sua identificação.

**ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR-CHEFE DO NUMOL  
PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA 2012-2014 (CONTINUAÇÃO)**

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição para o encaminhamento do estudo para o Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB para avaliação de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e da Declaração de Helsinque.  
Atenciosamente,



*Sérgio d'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti*

Dr. Sérgio d'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti

Instituto de Polícia Científica  
Núcleo de Medicina e Odontologia Legal  
**Autorização**  
Dr. Márcio Leandro da Silva  
CHEFE DO NÚCLEO - N.º 165.827-4

Dr. Márcio Leandro da Silva

Diretor do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal NUMOL - CG

OBS! A PESQUISA ESTA AUTORIZADA APÓS A  
INALGURAÇÃO DO NÚCLEO SITUADO A BR-230.

Instituto de Polícia Científica  
Núcleo de Medicina e Odontologia Legal  
*[Signature]*  
Dr. Márcio Leandro da Silva  
CHEFE DO NÚCLEO - N.º 165.827-4

23/03/2015

## **ANEXO E - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DO PERIÓDICO JOURNAL OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY, MEDICINE, AND PATHOLOGY**

### **Article structure**

This section describes the article structure for this journal.

### **Sections**

Divide your article into clearly defined and numbered sections. Subsections should be numbered 1.1 (then 1.1.1, 1.1.2, ...), 1.2, etc. (the abstract is not included in section numbering). Use this numbering also for internal cross-referencing: do not just refer to 'the text'. Any subsection may be given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line.

### **Introduction**

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

### **Methods**

Provide sufficient detail to allow the work to be reproduced. Methods already published should be indicated by a reference: only relevant modifications should be described.

### **Results**

Results should be clear and concise.

### **Discussion**

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

### **Conclusions**

The main conclusions of the study should be presented in a short Conclusions section.

### **Appendices**

If there is more than one appendix, they should be identified as A, B, etc. Formulae and equations in appendices should be given separate numbering: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.; in a subsequent appendix, Eq. (B.1) and so on. Similarly for tables and figures: Table A.1; Fig. A.1, etc. For case reports, divide your article into the following sections: Introduction, Case report, and Discussion.

### **Essential title-page information**

- Titles. Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulas where possible.
- Author names and affiliations. List all author names without professional degrees (M.D., Ph.D., etc.). Where the family name may be ambiguous (e.g., a double name), please indicate

this clearly. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lowercase superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of every author.

- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also during postpublication. Ensure that telephone and fax numbers (with country and area codes) are provided in addition to the e-mail address and the complete postal address. Contact details must be kept up-to-date by the corresponding author.
- **Present/Permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or if the author was visiting at that time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes. Save the title page file separately from the manuscript file. The manuscript file should start from the abstract section and should contain no author-identifiable parts.

**Abstract:** A concise and factual abstract is required (no more than 250 words). It should state briefly the purpose of the research, the principal results, and the major conclusions in either a structured format (for original research papers, clinical observations, review articles, and technical notes), or a nonstructured format (for case reports). A structured abstract should consist of four sections: Objective, Methods, Results, and Conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if they are essential, cite the author(s) and year(s). Also, avoid nonstandard and uncommon abbreviations. Essential abbreviations, however, must be defined at their first mention in the abstract.

**Keywords:** Immediately after the abstract, provide a maximum of 5 keywords, using British spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, “and”, “of”). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes. Viewpoints, commentaries, book reviews and letters to the editor do not require keywords.

**Abbreviations:** Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

**Acknowledgements:** Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the

title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proofreading the article, etc.).

**Nomenclature and units:** Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other quantities are mentioned, give their equivalent in SI. You are urged to consult IUB: Biochemical Nomenclature and Related Documents for further information.

**Footnotes:** Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many word processors can build footnotes into the text, and this feature may be used. Otherwise, please indicate the position of footnotes in the text and list the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

**Image manipulation:** Whilst it is accepted that authors sometimes need to manipulate images for clarity, manipulation for purposes of deception or fraud will be seen as scientific ethical abuse and will be dealt with accordingly. For graphical images, this journal is applying the following policy: no specific feature within an image may be enhanced, obscured, moved, removed, or introduced. Adjustments of brightness, contrast, or color balance are acceptable if and as long as they do not obscure or eliminate any information present in the original. Nonlinear adjustments (e.g. changes to gamma settings) must be disclosed in the figure legend.

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Save text in illustrations as 'graphics' or enclose the font.
- Use only the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times, Symbol.
- For labeling in a multipanel figure, use an uppercase letter (A, B, C, etc.) of sans-serif bold font in the upper left corner of each panel.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Produce images near to the desired size of the printed version.
- Submit each figure as a separate file.
- Provide a scale bar in the figure, if any. Please do NOT indicate a scale bar outside of the figure.

A detailed guide on electronic artwork is available on our website:

<https://www.elsevier.com/artworkinstructions>

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

## Formats

Regardless of the application used, when your electronic artwork is finalised, please 'save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS: Vector drawings. Embed the font or save the text as 'graphics'.

TIFF (or JPG): Color or grayscale photographs (halftones): always use a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPG): Bitmapped line drawings: use a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale): a minimum of 500 dpi is required.

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is'.

**Please do not:** Supply files that are optimised for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); the resolution is too low; Supply files that are too low in resolution; Submit graphics that are disproportionately large for the content.

**Color artwork:** Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article. Please indicate your preference for color: in print or online only. Further information on the preparation of electronic artwork.

**Figure captions:** Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (not on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

**Tables:** Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

**References:** This section describes the references for this journal.

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either "Unpublished results" or "Personal communication". Citation of a reference as "in press" implies that the item has been accepted for publication.

**Web references:** As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

**Data references:** This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

**Preprint references:** Where a preprint has subsequently become available as a peer-reviewed publication, the formal publication should be used as the reference. If there are preprints that are central to your work or that cover crucial developments in the topic, but are not yet formally published, these may be referenced. Preprints should be clearly marked as such, for example by including the word preprint, or the name of the preprint server, as part of the reference. The preprint DOI should also be provided.

**Reference management software:** Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support Citation Style Language styles, such as Mendeley. Using citation plugins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. More information on how to remove field codes from different reference management software.

**Reference style:** Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given.

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

**Examples:** Reference to a journal publication:

[1] Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun* 2000;163:51–9.

[dataset] [2] Oguro M, Imahiro S, Saito S, Nakashizuka T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015. <http://dx.doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Reference to a book:

[3] Strunk Jr W, White EB. *The elements of style*. 3rd ed. New York: Macmillan; 1979.

Reference to a chapter in an edited book:

[4] Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, editors. *Introduction to the electronic age*. New York: E-Publishing Inc; 1999. p. 281–304.

Note shortened form for last page number. e.g., 51–9, and that for more than 6 authors the first 6 should be listed followed by "et al." For further details you are referred to "Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals" (*J Am Med Assoc* 1997;277:927–934) (see also [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

**Journal abbreviations:** Journal names should be abbreviated according to the List of Title Word Abbreviations.

**Supplementary material:** Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

**Research data:** This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that



validate research findings, which may also include software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the research data page.

### **Data linking**

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the database linking page.

For supported data repositories a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

### **Data statement**

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the Data Statement page.

### **After acceptance**

#### **Availability of Accepted Article**

This journal makes articles available online as soon as possible after acceptance. This concerns the accepted article (both in HTML and PDF format), which has not yet been copyedited, typeset or proofread. A Digital Object Identifier (DOI) is allocated, thereby making it fully citable and searchable by title, author name(s) and the full text. The article's PDF also carries a

disclaimer stating that it is an unedited article. Subsequent production stages will simply replace this version.

## **ANEXO F - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DO PERIÓDICO INTERNATIONAL JOURNAL OF PUBLIC HEALTH**

### **INSTRUCTIONS FOR AUTHORS**

#### **2 ARTICLE TYPES**

Manuscripts should be written with a view to submit as a specific article type. All IJPH format requirements detailed in this section and in section 5 should be fully adopted. We encourage authors to refer to the reporting guidelines for health research hosted by the EQUATOR network when preparing their manuscript. Checklists are available for a number of study designs here: EQUATOR network.

##### **2.1 Peer Reviewed**

###### **Original Articles**

Original Articles report on original quantitative or qualitative research.

Original Articles have the following format:

- Abstract: 180 words max. Structure: Objectives, Methods, Results, Conclusions
- Main text: 4000 words max (abstract, reference list, figure and table captions excluded)
- Structure: Introduction, Methods, Results and Discussion (including limitations and conclusions)

Reviews should reference all included studies

- Figures and tables: up to 6 (total)

###### **Reviews**

Reviews should concentrate on the most recent developments in the field. Authors should confirm during submission in the “Contribution to the Field” section (appearing during the online submission) that the topic was not covered recently by a Review in IJPH or in another journal. Literature searches for all Reviews should be systematic and comprehensive. Reviews may or may not include a meta-analysis or statistical summary of the individual study results. Please provide the registration site and number of the Review protocol.

Reviews have the following format:

- Abstract: 180 words max. Structure: Objectives, Methods, Results, Conclusion
- Main text: 4500 words max (abstract, reference list, figure and table captions excluded)
- Structure: Introduction, Methods, Results (referencing all included studies and discussion).

The Introduction should put the area into context and define the aim. The Method section should explicitly describe how the studies were identified and selected for inclusion in the review. Search terms, Prisma flow-chart and eligibility criteria should be provided

- Figures and tables: up to 6 (total)

### **Theory and Concept**

Theory and Concept are articles that provide a critical analysis or a novel perspective of theories, models and key concepts that support the practice of different areas of public health. They analyze previous knowledge with a novel approach and could present original research. The editors encourage authors to concentrate on what is new or different rather than writing general revisions. The articles should be short to facilitate concise and relevant texts that scientists can widely use for discussion and teaching.

- Abstract: 150 words
- Text body: the maximum length is 3000 words (reference list and abstract excluded), 15 references.

Authors are free to structure the text as they like

- Figures and tables: up to 2 (total)

### **Hints and Kinks**

Hints and Kinks are short methodological reports. They report on experience with techniques in a variety of areas and topics, such as writing questions, questionnaire design, survey implementation, or new and original ways to analyze data and show results. Authors are free to structure the text as they like. They

include:

- Abstract: No abstract required
- Main text: 1000 words max (without reference list, tables and figures)

### **2.2 Not Peer Reviewed**

#### **Editorial**

Editorials express the author's viewpoint, or they explain journal policies. Editorials are usually invited by the editors. These should have:

- 800 words max (reference list excluded), up to 10 references
- A short and attractive title

Commentary: Commentary articles are short and focused opinion pieces covering a recent IJPH article or a relevant timely public health issue. Commentaries are usually invited by the editors.

These should be:

- 1200 words max (reference list excluded), up to 10 references
- Figures: up to 2 (total)

Letter to the Editor

Letters to the Editor are reactions relating to recently published articles in IJPH. Letters should be submitted no later than 3 months after the publication of the article. Usually, the authors of the published article are invited to respond to the Letter.

### **Young Researcher Editorial (YRE)**

YRE is a capacity-building project for PhD students, offered by the Swiss School of Public Health+ (SSPH+). YREs are unsolicited editorials (800 words max, up to 10 references) on topical discussions in public health written by advanced PhD students and first year post-docs from across the world. YREs convey one single, clear message and have a short and catchy title. The YRE editorial team, the doctoral students of SSPH+, review all YREs. In addition, YREs receive thorough professional content editing after acceptance. The content editing is funded by the SSPH+.

YREs are eligible for peer review if they comply with one or more of the following criteria:

- Raise novel issues in public health
- Discuss recent publications or themes addressed in IJPH or elsewhere
- Debate public health science and related policies
- Promote discussions about science careers in public health and related challenges
- Place public health challenges in a broader context
- Address matters of global or multi-regional relevance

Please study the YRE author guidelines before writing a Young Researcher Editorial. Find more information about the YRE project [here](#).

#### ○ 2.3 Others

### **Corrigendum**

Should authors notice errors that affect the scholarly record or the integrity of the paper, they should submit the correction online. The correction must detail the reason(s) for the error(s) and include only the elements (e.g. sections, sentence, figure) of the manuscript being revised or corrected. All authors of the original paper need to agree to the request for changes. The contribution to the field statement should be used to clearly state the reason for the correction. Depending on the extent of the correction required, corrections may require peer review. Authors are informed that requests for changes beyond that described here may not be accepted for publication. The title of the submitted correction should read: “Corrigendum: Title of original publication”. Erratum

Should authors notice differences between their approved galley proofs and the final published article, thus leading to errors that affect the scholarly record or the integrity of the paper, they should contact the Production Office ([production@ssph-journal.org](mailto:production@ssph-journal.org)), clearly specifying the error and the correct information.

They should submit the correction online and the title should read: “Erratum: Title of original publication”.

### **3 SECTIONS**

#### **3.1 Knowledge Synthesis, Translation and Exchange**

This section welcomes all article types. Di Ruggiero (2018) specifies the contents for narrative reviews within this section. Reporting and format requirements for IJPH Reviews and other article types apply (please see above under Article Types).

#### **3.2 Central and Eastern Europe**

IJPH encourages authors from Central and Eastern Europe to submit their work. IJPH has been dedicated since 2006 to making available the increasing Public Health knowledge from Central and Eastern Europe to the scientific community and promoting the transfer of knowledge in survey, surveillance and health promotion research between East and West. The journal adopts the WHO definition of Eastern Europe

which comprises 13 countries that formerly belonged to the USSR and the countries of Central and Oriental Europe that used to belong to the influence zone of the USSR without being part of it and/or had planned economies.

### **4 SUBMISSION - GENERAL INFORMATION**

Due to the amount of interest, the IJPH editors cannot advise interested authors on the suitability of a manuscript before submission. When considering submission to IJPH, make sure your article fits the scope of the journal and the available article types (please see above section 2 “Article Types”). You may also look into the IJPH archive for related articles to find out more about the suitability of your article for IJPH. Articles published until December 2020 are available on the IJPH website of Springer Nature, the previous publisher of IJPH and on the current IJPH website. Please pay special attention to the title and abstract of your manuscript (please see 5.2. and 5.3.). The Editors-in-Chief may base their prescreen decisions mainly on the title and abstract of a submission.

#### **4.1 Implications of manuscript submission**

Submission of a manuscript implies that the work or parts of it have not been published before, it is not under peer review or consideration for publication anywhere else, and its publication has been approved by all co-authors (if any), as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher, IJPH, or the owner, SSPH+, will not be held legally responsible should there be any claims for compensation. We check all new submissions and revised versions for plagiarism. For details on ethical author

behavior please see section 7.4.

#### 4.2 Permissions

Authors wishing to include figures, tables, or text passages that have already been published elsewhere, are required to obtain permission from the copyright owner(s) for both the print and online format and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors. Please be aware that some publishers do not grant electronic rights for free and that Frontiers or SSPH+ will not be able to refund any costs that may have occurred to receive these permissions. In such cases, material from other sources should be used.

#### 4.3 Authors and affiliations

Authorship should be clarified thoroughly before submission. The authors, co-authors and the order of authors should not be altered once the manuscript was submitted. Please follow the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/>) and include all authors qualifying for authorship, and acknowledge other contributors provided they have agreed. International Journal of Public Health

Provide exact and correct author names separated by commas, as these will be indexed in official archives. Affiliations should be keyed to the author's name with superscript numbers and be listed as follows: Laboratory, Institute, Department, Organization, City, State abbreviation (only for United States, Canada, and Australia), and Country (without detailed address information such as city zip codes or street names).

Example: Maxine Meyer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Excellence, International University of Science, New York, NY, United States.

##### 4.3.1 Correspondence

The Corresponding Author(s) should be marked with an asterisk in the author list. Provide the exact contact email address of the corresponding author(s) in a separate section.

Example: Max Maximus

maximus@iuscience.edu

If any authors wish to include a change of address, list the present address(es) below the correspondence details using a unique superscript symbol keyed to the author(s) in the author list.

##### 4.3.2 Equal contributions

The authors who have contributed equally should be marked with a symbol (†) in the author list of the doc/latex and pdf files of the manuscript uploaded at submission.

Standard statements to include in the author list:

#### 4.3.3 Consortium/Group and Collaborative Authors

Consortium/group authorship should be listed in the manuscript with the other author(s). In cases where authorship is retained by the consortium/group, the consortium/group should be listed as an author separated by “;” or “and;”. The consortium/group name will appear in the author list, in the citation, and in the copyright. If provided, the consortium/group members will be listed in a separate section at the end of the article. For the collaborators of the consortium/group to be indexed in PubMed, they do not have to be inserted in the submission system individually. However, in the manuscript itself, provide a section with the name of the consortium/group as the heading followed by the list of collaborators, so they can be tagged accordingly and indexed properly. Example: John Smith, Barbara Smith and The Collaborative Working Group.

In cases where work is presented by the author(s) on behalf of a consortium/group, it should be included in the author list separated with the wording “for” or “on behalf of.” The consortium/group will not retain authorship and will only appear in the author list.

Example: John Smith and Barbara Smith on behalf of The Collaborative Working Group.

## 5 SUBMISSION - FILES

### 5.1 Text body

The anonymized manuscript version should be free from any information that allows the reviewers to International Journal of Public Health identify the authors. Such information may include funding information, self-identifying references or citations, and conflict of interest (COI) statements. The manuscript text file should include the article type and the and the title of the article. For the text body of Original Articles and Reviews, please use the following main headings: Introduction/Methods/Results/Discussion/References. Please do not modify the names of these headings and emphasize them using large bold fonts. All other headings should be formatted as subheadings of these main headings. For example, Limitations or Conclusions should appear as sub-headings of the Discussion. Please do not use more than three levels of displayed headings and do not number headings. After the References, provide the tables in consecutive numbers along with their captions. After the tables, insert captions of the figures (if any). Authors of Hints & Kinks articles, Editorials, Commentaries and Letters to the Editor can structure the text freely, except for the mandatory heading References.

### 5.2 Article title



The manuscript title should be concise (20 words max, no abbreviations) avoiding redundant use of terms and, where possible, should be a statement of the main result or conclusion presented in the manuscript. Please consider the reporting guidelines for manuscript titles.

Creative titles are welcome but carefully consider if a title might be misinterpreted.

Authors should try to avoid, if possible:

- Titles that are a mere question without giving the answer
- Unambitious titles, for example starting with "Towards", "A description of", "A characterization of", "Preliminary study on"
- Vague titles, for example starting with "Role of...", "Link between...", "Effect of..." that do not specify the role, link, or effect
- Include terms that are out of place, for example the taxonomic affiliation apart from species name

The running title should be a maximum of 5 words in length.

### 5.3 Abstract

In the manuscript file, after the title, and in the online submission field, please provide an Abstract for Original articles and Reviews (180 words max.). Abstracts should be structured into:

- Objectives (stating the context and the purpose of the study - why was it done?)
- Methods (describing how the study was performed and the statistical tests used, sample size, data source, etc.)
- Results (main findings)
- Conclusions (potential implications, international relevance – what do the results mean?)
- Key words (5 to 8 keywords which can be used for indexing purposes. The same keywords have to also be provided during the online submission)

Abbreviations should be explained at first appearance in the Abstract.

Hints & Kinks, Editorials and Commentaries do not require an Abstract.

### 5.4 Text format details

- Use a regular plain font (e.g., 10-point Arial) for text
- Use the automatic line numbering functions to include continuous line numbers
- Use the automatic page numbering function to number pages
- Do not use field functions
- Use tab stops or other commands for indents, not the spacebar

- Use the table function, not spreadsheets, to make tables
- Use the equation editor or MathType for equations
- Apart from the first word of the article title, headings, captions of figures and tables and text sentences, all words begin with lowercase letters. Exceptions are names and fixed expressions
- No bold or underlined characters may be used throughout the text (except bold type for headings)
- Do not use footnotes and endnotes throughout the text. Footnotes are permitted only for tables
- Please do not add any appendices to the text body but submit additional material: Supplementary

### 5.5 Abbreviations

Abbreviations should be defined at first mention in the text body and used consistently thereafter. Abbreviations should not be used in the title and in captions of figures and tables.

### 5.6 Footnotes

Footnotes and endnotes are not allowed in the text body. However, footnotes (not endnotes) can be used for tables and figures. Footnotes to tables and figures should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data).

### 5.7 References

Please use the Vancouver format. All citations in the text, figures or tables must be in the reference list and vice-versa. The names of the first six authors followed by et al. and the DOI (when available) should be provided. The reference list should only include articles that are published or accepted. For accepted but unpublished works use "in press" instead of page numbers. Data sets that have been deposited to an online repository should be included in the reference list. Include the version and unique identifier when available. Website URLs should be included in the reference list. Any inclusion of verbatim text must be contained in quotation marks and clearly reference the original source. Preprints can be cited as long as a DOI or archive URL is available, and the citation clearly mentions that the contribution is a preprint. If a peer-reviewed journal publication for the same preprint exists, the official journal publication is the preferred source. Datasets that are assigned digital object identifiers (DOIs) by a data repository may be cited in the reference list. Data citations should include the minimum information recommended by DataCite: authors, title, publisher (repository name), identifier.o DataCite

#### 5.7.1 In-text Citations

Please apply the Vancouver style also for in-text citations. In-text citations should be numbered consecutively in order of appearance in the text—identified by Arabic numerals in parenthesis.

#### 5.7.2 References - format examples

##### **ARTICLE IN A PRINT JOURNAL**

Sondheimer N, Lindquist S. Rnq1: an epigenetic modifier of protein function in yeast. *Mol Cell* (2000) 5:163-2.

##### **ARTICLE IN AN ONLINE JOURNAL**

Tahimic CGT, Wang Y, Bikle DD. Anabolic effects of IGF-1 signaling on the skeleton. *Front Endocrinol* (2013) 4:6. doi: 10.3389/fendo.2013.00006

##### **ARTICLE OR CHAPTER IN A BOOK**

Sorenson PW, Caprio JC. "Chemoreception,". In: Evans DH, editor. *The Physiology of Fishes*. Boca Raton, FL: CRC Press (1998). p. 375-405.

BOOK Cowan WM, Jessell TM, Zipursky SL. *Molecular and Cellular Approaches to Neural Development*. New York: Oxford University Press (1997). 345 p.

##### **ABSTRACT**

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, editor. *Genetic Programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3– 5; Kinsdale, Ireland*. Berlin: Springer (2002). p. 182–9

##### **WEBSITE**

World Health Organization. *E. coli* (2018). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/e-coli> [Accessed March 15, 2018]. *International Journal of Public Health*

##### **PATENT**

Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible Endoscopic Grasping and Cutting Device and Positioning Tool Assembly. United States patent US 20020103498 (2002).

##### **DATA**

Perdiguero P, Venturas M, Cervera MT, Gil L, Collada C. Data from: massive sequencing of *Ulms minor*'s transcriptome provides new molecular tools for a genus under the constant threat of Dutch elm disease.

Dryad Digital Repository. (2015) <http://dx.doi.org/10.5061/dryad.ps837>

##### **THESES AND DISSERTATIONS**

Smith, J. (2008) Post-structuralist discourse relative to phenomenological pursuits in

the deconstructivist arena. [dissertation/master's thesis]. [Chicago (IL)]: University of Chicago

## **PREPRINT**

Smith, J. Title of the document. Preprint repository name [Preprint] (2008). Available at: <https://persistenturl> (Accessed March 15, 2018).

### 5.8 Figures

Publication of color illustrations is included in the Article Processing Charges.

Figures should be cited in the text consecutively in numerical order. Figures should not be part of the manuscript file. Instead, a placeholder should be added to the text body in an appropriate location, e.g. “insert figure 1 here”. The figure captions should be presented in editable format at the very end of the manuscript file (after the tables if any).

Figures should be submitted without captions as individual files as directed in the submission platform, in the same order as they are referred to in the manuscript; the figures will then be automatically embedded at the end of the submitted manuscript. Please do not provide author names to make sure the material is anonymized for reviewers. For figures with more than one panel, panels should be clearly indicated using labels (A), (B), (C), (D), etc. However, do not embed the part labels over any part of the image. These labels will be replaced during typesetting according to IJPH's journal style. For graphs, there must be a self-explanatory label (including units) along each axis. For LaTeX files, figures should be included in the provided PDF. In case of acceptance, the production team might require high-resolution files of the figures included in the manuscript JPEG or TIF/TIFF format.

In order to be able to upload more than one figure at a time, save the figures (labeled in order of appearance in the manuscript) in a zip file and upload them as ‘Supplementary Material Presentation’. Levels of significance should be provided with all digits (e.g.  $p < 0.001$ , not  $p < .001$ ). All abbreviations in figures should be explained in a legend or footnote to the figure. Please note that figures not in accordance with the guidelines will cause a substantial delay during the production process.

- Figures should be prepared with the PDF layout in mind. Individual figures should not be longer than one page and with a width that corresponds to 1 column (85 mm) or 2 columns (180 mm)
- All images must have a resolution of 300 dpi at final size. Check the resolution of your figure by enlarging it to 150%. If the image appears blurry, jagged or has a stair-stepped effect, the resolution is too low
- The text should be legible and of high quality. The smallest visible text should be no less than points in height when viewed at actual size

- Solid lines should not be broken up. Any lines in the graphic should be no smaller than 2 points wide
- Please note that saving a figure directly as an image file (JPEG, TIF) can greatly affect the resolution of your image. To avoid this, one option is to export the file as PDF, then convert it into TIFF or EPS using graphics software
- Format and Color Image Mode: The following formats are accepted: TIF/TIFF (.tif/.tiff), JPEG (.jpg), and EPS (.eps) (upon acceptance)
- Images must be submitted in the color mode RGB
- Figures in the Supplementary Material should be numbered separately, e.g. Figure S1, and should be provided consecutively in numerical order with captions in the same way as in the main text
- Figure Captions should make the figures fully self-explanatory. They should not contain any abbreviations. At the end of each caption, the name of the study (if any, not abbreviated), the country or region, and the years of the study should be presented
- Figure panels are referred to by bold capital letters in brackets: (A), (B), (C), (D), etc.
- All figure captions should be placed at the end of the manuscript file (after the tables)

#### 5.9 Tables

- Tables should be inserted at the end of the manuscript file (after references) in an editable format. If you use a Word processor, build your table in Word. If you use a LaTeX processor, build your table in LaTeX. An empty line should be left before and after the table
- The submission system does not accept tables as separate files
- Kindly ensure that each table is mentioned in the text in Arabic numerical order
- Please ensure that the number of tables matches the captions in the text body
- A placeholder should be added to the text body in an appropriate location, e.g. “insert table 1 here”

- Use a regular font with size 8.5-10 pt

- Limit the number of columns to 10-12 max. depending on their width. Please do not submit lengthy tables as part of the text body. Long tables and raw data tables can be submitted as

#### **Supplementary Material**

- Abbreviations in tables should be explained in footnotes to the table. Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body
- Levels of significance should be provided with all digits (e.g.  $p < 0.001$ , not  $p < .001$ ), and the same number of digits should be used for all p-values

- Tables in the Supplementary Material should be numbered separately, e.g. Table S1, and should be provided consecutively in numerical order with captions in the same way as in the main text
- Please note that tables which are not according to the guidelines will cause substantial delays during the production process
- Table captions must be placed immediately before the table. Captions should be preceded by the appropriate label, for example "Table 1." Please use only a single paragraph for the caption
- Table captions should make the tables fully self-explanatory. The name of the study (if any, not abbreviated), the country and years of the study should be mentioned at the end of each caption (e.g. Health Behaviour of School Aged Children, Slovakia, 2018-2020)
- In captions, please do not use any abbreviations, even if they have already been explained in the manuscript text body or elsewhere
- All words of the caption apart from the first one in a sentence should begin with lower case letters. Exceptions are names and fixed expressions
- For previously published material provide the original source in the form of a reference at the end of the table caption

#### 5.10 Accessibility

IJPH encourages authors to make the figures and visual elements of their articles accessible for the visually impaired. An effective use of color can help people with low visual acuity, or color blindness, understand all the content of an article.

These guidelines are easy to implement and are in accordance with the W3C Web Content Accessibility

Guidelines (WCAG 2.1), the standard for web accessibility best practices:

A. Ensure sufficient contrast between text and its background People who have low visual acuity or color blindness could find it difficult to read text with low contrast background color. Try using colors that provide maximum contrast. WC3 recommends the following contrast ratio levels:

- Level AA, contrast ratio of at least 4.5:1
- Level AAA, contrast ratio of at least 7:1

You can verify the contrast ratio of your palette with these online ratio checkers: [WebAIM](#) and [Color Safe](#).

B. Avoid using red or green indicators

More than 99% of color-blind people have a red-green color vision deficiency.

C. Avoid using only color to communicate information

Elements with complex information like charts and graphs can be hard to read when only color is used to distinguish the data. Try to use other visual aspects to communicate information, such as shape, labels, and size. Incorporating patterns into the shape fills also makes differences clearer.

### 5.11 Supplementary material

Data that are not of primary importance to the text, or which cannot be included in the article because they are too large or the current format does not permit it (such as videos, raw data traces, PowerPoint

presentations, etc.), can be uploaded as Supplementary Material during the submission procedure and will be displayed along with the published article. All supplementary files are deposited to Figshare for permanent storage and receive a DOI. Please ensure all supplementary files are author anonymized. Supplementary Material is not peer reviewed and not typeset, the material will be published as received without any correction, conversion, editing or reformatting, so please ensure that all information is correct

and clearly presented without tracked changes/highlighted text/line numbers, and the appropriate caption is included in the file. Please make sure that figures and tables and their captions are in IJPH style, and please check each time when submitting a revised version, that the journal name and correct article title is provided on top of the Supplementary file.

#### 5.11.1 Format

- If possible, supply supplementary material in a single file (author anonymized). In case it is necessary to submit multiple files, please name them consecutively, e.g. “SM\_3.mpg”, “SM\_4.pdf”
- Please do not provide author names in additional files to make sure the material is anonymized for reviewers
- If supplying supplementary material, the main text of the article must make specific mention of the material as a citation, similar to that of figures and tables
- Refer to the supplementary files as “Supplementary File”, e.g. “Supplementary File 1”
- The Supplementary Material can be uploaded as Data Sheet (Word, Excel, CSV, CDX, FASTA, PDF or Zip files), Presentation (PowerPoint, PDF or Zip files), Image (CDX, EPS, JPEG, PDF, PNG or TIF/TIFF), Table (Word, Excel, CSV or PDF), Audio (MP3, WAV or WMA) or Video (AVI, DIVX, FLV, MOV, MP4, MPEG, MPG or WMV)
- Supplementary Text, figures, tables, and references are formatted in IJPH format style
- All tables and figures and other parts of the supplementary material have a concise caption describing the content and mentioning at the end the study name (if applicable, not abbreviated),

the country or region, and year of the study

- Spreadsheets should be converted to PDF if no interaction with the data is intended.
- If the readers should be encouraged to make their own calculations, spreadsheets should be submitted as .xls files (MS Excel)
- Audio, video, and animations should comply with
  - Aspect ratio: 16:9 or 4:3
  - Maximum file size: 25 GB
  - Minimum video duration: 1 sec
  - Supported file formats: avi, wmv, mp4, mov, m2p, mp2, mpg, mpeg, flv, mxf, mts, m4v, 3gp
- Specialized formats such as .pdb (chemical), .vrl (VRML), .nb (Mathematica notebook), and .tex can also be supplied
- Multiple files can be collected in a .zip or .gz file

#### 5.11.2 Accessibility

In order to give people of all abilities and disabilities access to the content of your supplementary files, please make sure that:

- The manuscript contains a descriptive caption for each supplementary material
- Video files do not contain anything that flashes more than three times per second (so that users prone to seizures caused by such effects are not put at risk)

International Journal of Public Health

## 6 ARTIFICIAL INTELLIGENCE

These guidelines cover acceptable uses of generative AI technologies such as Large Language Models (ChatGPT, Jasper) and text-to-image generators (DALL-E 2, Midjourney, Stable Diffusion) in the writing or editing of manuscripts submitted to IJPH.

### o 6.1 AI use by authors

Authors should not list a generative AI technology as a co-author or author of any submitted manuscript. Generative AI technologies cannot be held accountable for all aspects of a manuscript and consequently do not meet the criteria required for authorship.

If the author of a submitted manuscript has used written or visual content produced by or edited using a generative AI technology, this use must follow all IJPH guidelines and policies. Specifically, the author is responsible for checking the factual accuracy of any content created by the generative AI technology. This includes, but is not limited to, any quotes, citations or references. Figures produced by or edited using a generative AI technology must



be checked to ensure they accurately reflect the data presented in the manuscript. Authors must also check that any written or visual content produced by or edited using a generative AI technology is free from plagiarism. If the author of a submitted manuscript has used written or visual content produced by or edited using a generative AI technology, such use must be acknowledged in the acknowledgements section of the manuscript and the methods section if applicable. This explanation must list the name, version, model, and source of the generative AI technology. We encourage authors to upload all input prompts provided to a generative AI technology and outputs received from a generative AI technology in the supplementary files for the manuscript.

## **7 ETHICAL STANDARDS**

To ensure objectivity and transparency in research and to ensure that accepted principles of ethical and professional conduct have been followed, authors must provide information regarding sources of funding, potential conflicts of interest (financial or non-financial), informed consent if the research involved human participants and a statement on welfare of animals if the research involved animals. During submission, the submitting author will be required to answer questions regarding the manuscript and research, as well as provide information and consent for all authors. Below is a checklist detailing the information that will be required (if applicable to the study):

- Conflict of interest (mandatory for all article types)
- Funding (if applicable)
- Ethical approval (including name of the ethics committee and record number)
- Informed consent
- Research involving Human Participants and/or Animals

The corresponding author should be prepared to collect documentation of compliance with ethical standards and send if requested during peer review or after publication. The Editors reserve the right to reject manuscripts that do not comply with the above-mentioned guidelines. The author will be held responsible for false statements or failure to fulfill the above-mentioned guidelines.

### **7.1 Conflict of interest**

Authors must disclose all relationships or interests that could influence or bias the work. Although an author may not feel there are conflicts, disclosure of relationships and interests affords a more transparent process, leading to an accurate and objective assessment of the work. Awareness of real or perceived conflicts of interests is a perspective to which the readers are

entitled and is not meant to imply that a International Journal of Public Health financial relationship with an organization that sponsored the research or compensation for consultancy work is inappropriate. Examples of potential conflicts of interests that are directly or indirectly related to the research may include but are not limited to the following:

- Research grants from funding agencies (please give the research funder and the grant number)
- Honoraria for speaking at symposia
- Financial support for attending symposia
- Financial support for educational programs
- Employment or consultation
- Support from a project sponsor
- Position on advisory board or board of directors or other type of management relationships
- Multiple affiliations
- Financial relationships, for example equity ownership or investment interest
- Intellectual property rights (e.g. patents, copyrights and royalties from such rights)
- Holdings of spouse and/or children that may have financial interest in the work

In addition, interests that go beyond financial interests and compensation (non-financial interests) that may be important to readers should be disclosed. These may include but are not limited to personal relationships or competing interests directly or indirectly tied to this research, or professional interests or personal beliefs that may influence your research. The corresponding author has to include a statement in the submission system that discloses any potential conflict of interest and specify funding information. Please do not add such information to the manuscript files as this may disclose your identity to the reviewers.

#### 7.1.1 Examples for funding and conflict of interest statements

Funding: “This study was funded by X (grant number X).” For commercial funding, the role of the funder must be declared. We recommend the following statements for any commercially-funded manuscript:

- “The authors declare that this study received funding from X (grant number). The funder had the following involvement with the study: Y.”
- “The authors declare that this study received funding from X (grant number). The funder was not involved in the study design, collection, analysis, interpretation of data, the writing of this article or the decision to submit it for publication.”

Conflict of interest:

“Author A has received research grants from Company W. Author B has received a speaker honorarium from Company X and owns stock in Company Y. Author C is a member of committee Z. If no conflict exists, the authors will be able to select online the following: “The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.”

## 7.2 Research involving human participants

### 7.2.1 Statement of human rights

When reporting studies that involve human participants, authors should include a statement that the studies have been approved by the appropriate institutional and/or national research ethics committee and have been performed in accordance with the ethical standards as laid down in the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments or comparable ethical standards.

If doubt exists whether the research was conducted in accordance with the 1964 Helsinki Declaration or comparable standards, the authors must explain the reasons for their approach, and demonstrate that the independent ethics committee or institutional review board explicitly approved the doubtful aspects of the

study. If a study was granted exemption from requiring ethics approval, this should also be detailed in the International Journal of Public Health

manuscript (including the name of the ethics committee that granted the exemption and the reasons for the exemption). Authors must - in all situations as described above - include the name of the ethics committee and the reference number where appropriate.

See below examples: Ethical approval: “All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee (include name of committee + reference number) and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.”

### 7.2.2 Ethical approval of studies using pre-existing data

Data should be anonymized and irreversibly de-identified to protect patient, health care professional and/or hospital privacy. For studies using pre-existing and de-identified data, formal approval from the ethics committee is not required.

## 7.3 Informed consent

All individuals have individual rights that are not to be infringed. Individual participants in studies have, for example, the right to decide what happens to the (identifiable) personal data gathered, to what they have said during a study or an interview, as well as to any photograph that was taken. Hence it is important that all participants gave their informed consent in writing prior to inclusion in the study. Identifying details

(names, dates of birth, identity numbers and other information) of the participants that were studied should not be published in written descriptions, photographs, and genetic profiles unless the information is essential for scientific purposes and the participant (or parent or guardian if the participant is incapable) gave written informed consent for publication. Complete anonymity is difficult to achieve in some cases, and informed consent should be obtained if there is any doubt. For example, masking the eye region in photographs of participants is inadequate protection of anonymity. If identifying characteristics are altered to protect anonymity, such as in genetic profiles, authors should provide assurance that alterations do not distort scientific meaning. The following statement should be included: Informed consent: “Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.” If identifying information about participants is available in the article, the following statement should be included: “Additional informed consent was obtained from all individual participants for whom identifying information is included in this article.”

An ethics questionnaire is a mandatory feature of the submission system. Please ensure that the relevant ethical approval and consent details were received and are available on request by the editor or editorial office. You will be requested to declare involvement of any human or animal subjects, and inclusion of identifiable human data for the research during the submission process; declaration statements will be generated and automatically added to your manuscript.

#### 7.4 Ethical responsibilities of authors

Please read carefully the following sections about the ethical responsibilities of authors. Submissions that do not meet all of the ethical requirements are returned to the author shortly after submission or rejected immediately. Co-authorship should fully comply with the four criteria defined by the ICMJE guidelines. This journal is committed to upholding the integrity of the scientific record. The journal will follow the guidelines of the Committee of Publication Ethics (COPE) on how to deal with potential acts of misconduct. Authors should refrain from misrepresenting research results which could damage trust in the journal, the professionalism of scientific authorship, and ultimately, the entire scientific endeavor. Maintaining integrity of the research and its presentation is helped by following the rules of good scientific practice, which include:

- The manuscript should not be submitted to more than one journal for simultaneous consideration
- The submitted work should be original and should not have been published elsewhere in any form or language (partially or in full), unless the new work concerns an expansion of previous

work. (Please provide transparency on the re- use of material to avoid the concerns about text-recycling ('self-plagiarism')

- A single study should not be split up into several parts to increase the quantity of submissions and International Journal of Public Health submitted to various journals or to one journal over time
- Concurrent or secondary publication is sometimes justifiable, provided certain conditions are met. Examples include translations or a manuscript that is intended for a different group of readers
- Results should be presented clearly, honestly, and without fabrication, falsification or inappropriate data manipulation (including image-based manipulation). Authors should adhere to rules for acquiring, selecting and processing public health data
- No data, text, or theories by others are presented as if they were the author's own ('plagiarism'). Proper acknowledgements to other works must be given (this includes material that is closely copied (near verbatim), summarized and/or paraphrased), quotation marks (to indicate words taken from another source) are used for verbatim copying of material, and permissions secured for material that is copyrighted
- The journal uses software to screen all submissions and revised versions for plagiarism.
- Authors should make sure they have permissions for the use of software, questionnaires, (web) surveys and scales in their studies (if appropriate)
- Authors should avoid untrue statements about an entity (who can be an individual person or a company) or descriptions of their behavior or actions that could potentially be seen as personal attacks or allegations about that person
- Research that may be misapplied to pose a threat to public health or national security should be clearly identified in the manuscript (e.g. dual use of research). Examples include the creation of harmful consequences of biological agents or toxins, disruption of immunity of vaccines, unusual hazards in the use of chemicals, weaponization of research/technology (amongst others)
- Authors are strongly advised to ensure the author group, the Corresponding Author, and the order of authors are all correct at submission. Adding and/or deleting authors during the revision stages is generally not permitted, but in some cases may be warranted. Reasons for changes in authorship should be explained in detail. Please note that changes to authorship cannot be made after acceptance of a manuscript
- Upon request, authors should be prepared to send relevant documentation or data in order to

verify the validity of the results presented. This could be in the form of raw data, samples, records, etc. Sensitive information in the form of confidential or proprietary data is excluded

If there is suspicion of misbehavior or alleged fraud, the Journal and/or Publisher will carry out an investigation following COPE guidelines. If, after investigation, there are valid concerns, the author(s) concerned will be contacted under their given e-mail address and given an opportunity to address the issue. Depending on the situation, this may result in the Journal's and/or Publisher's implementation of the following measures, including, but not limited to:

- If the manuscript is still under consideration, it may be rejected and returned to the author
- If the article has already been published online, depending on the nature and severity of the infraction:
  - A Correction may be placed with the article
  - An expression of concern may be placed with the article
  - In severe cases retraction of the article may occur. The reason will be given in the published erratum, expression of concern or retraction note, which will accompany the original article. Please note that retraction means that the article is maintained on the platform, watermarked "retracted" and the explanation for the retraction is provided in a note linked to the watermarked article
- The author's institution may be informed
- A notice of suspected transgression of ethical standards in the peer review system may be included as part of the author's and article's bibliographic record

#### 7.5 Fundamental errors

Authors have an obligation to correct mistakes once they discover a significant error or inaccuracy in their published article. The author(s) is/are requested to contact the journal and explain in what sense the error is impacting the article. A decision on how to correct the literature will depend on the nature of the error. This may be a correction or a retraction.

International Journal of Public Health

### **8 SUBMISSION CHECKLIST**

Please prepare your submission files following the advice. Please note that you must upload all required submission items (author anonymized) for the first submission and replace these with the revised files (also author anonymized) from the first revision onward. Failing to submit the most recent and mandatory files and information will cause unnecessary delays in the peer review and production process. Editors and reviewers are obliged to handle your manuscript confidentially. Ensure that the manuscript title is the same in the online data and within the submission files. Due to the double-anonymized peer review, author information

should not be included in any submitted files but provided only in the online data during the submission process.

## **9 ENGLISH LANGUAGE EDITING**

For editors and reviewers to accurately assess the work presented in your manuscript you need to ensure the English language is of sufficient quality to be understood. If you need help with writing in English, you should consider:

- Asking a colleague who is a native English speaker to review your manuscript for clarity and grammar
- Using a professional language editing service where editors will improve the English to ensure that your meaning is clear and identify problems that require your review

Please note that the use of a language editing service is not a requirement for publication in this journal and does not imply or guarantee that the article will be selected for peer review or will be accepted for publication. If your manuscript is accepted, it will be checked by copy editors for spelling and formal style before publication.

## **10 PROOF READING**

The purpose of the proof is to check for typesetting or conversion errors and the completeness and accuracy of the text, tables and figures. Substantial changes in content, e.g., new results, corrected values, title and authorship, are not allowed without the approval of the Editor.

After online publication, further changes can only be made in the form of a Correction, which will be hyperlinked to the article.

To avoid a Correction connected to your article, please correct the proofs very thoroughly. Please take a look at all numbers and data in text, tables and figures. Double check the author names and affiliations, references. Please note, not even small changes are possible after online publicatio

## ANEXO G – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DO PERIÓDICO ANAIS DA SAÚDE GLOBAL

### *Diretrizes para autores*

Embora haja um limite de palavras designado para cada tipo de submissão ao AGH, os autores podem ser solicitados a encurtar seu texto. Os editores da AGH preferem artigos bem escritos. Não há limite de tabela ou figura designada, mas inclua apenas os dados e imagens necessários para ilustrar o manuscrito. Além disso, é preferível ter títulos médios ou curtos e concisos. Os editores da AGH preferem títulos de artigos não complicados.

As submissões devem ser feitas eletronicamente através deste site. Certifique-se de que os arquivos manuscritos estejam no formato Word ou OpenOffice.

Todos os colaboradores (incluindo tradutores) devem ser incluídos nos metadados do formulário de submissão no momento da submissão. Os nomes dos autores nos metadados de submissão devem corresponder a quaisquer listas de colaboradores incluídas no manuscrito. Os autores não poderão acessar diretamente os metadados após a submissão.

O processo de revisão leva de 12 a 16 semanas em geral, mas pode variar muito dependendo da rapidez com que encontramos revisores adequados. Pode ser mais rápido ou mais longo do que isso, dependendo da resposta dos revisores convidados.

Uma vez que um artigo foi aceito e enviado para a Produção, nosso objetivo é um tempo de resposta de pouco menos de 5 semanas úteis.

Sugerimos fortemente fornecer 2-3 Revisores Recomendados e você pode fazer isso em sua Carta de Apresentação ou no espaço fornecido durante o processo de submissão. Isso pode ajudar a acelerar o progresso do seu manuscrito.

### Referências

de dados Este periódico encoraja você a citar conjuntos de dados subjacentes ou relevantes em seu manuscrito, citando-os em seu texto e incluindo uma referência de dados em sua Lista de Referências. As referências de dados devem incluir os seguintes elementos: nome(s) do(s) autor(es), título do conjunto de dados, repositório de dados, versão (quando disponível), ano e identificador persistente global. Adicione [conjunto de dados] imediatamente antes da referência para que possamos identificá-lo corretamente como uma referência de dados. Esse identificador não aparecerá no artigo publicado.

### Exemplo:

[dataset] [1] Oguro M, Imahiro S, Saito S, Nakashizuka T. Dados de mortalidade para a doença da marcha do carvalho japonês e composições florestais circundantes, Mendeley Data, v1; 2015. <http://dx.doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

### Pesquisa Original

#### Resumo

Resumo estruturado necessário. Isso deve incluir as seções: antecedentes, objetivo(s), métodos, achados e conclusões.

A contagem máxima de palavras para resumos estruturados é de 300 palavras. Por favor, certifique-se de que seu resumo explique de forma concisa seu manuscrito. Indique o tipo de manuscrito, o título e os autores. Confirme que o manuscrito é pesquisa original que não foi publicada e não está sendo considerada em outro lugar. Confirmar que todos os autores participaram da elaboração do manuscrito. Confirme se você tem permissão para reimprimir quaisquer figuras ou tabelas que foram inicialmente impressas em outro lugar.



de título A página de título é a primeira página do arquivo de texto do manuscrito. A folha de rosto deve incluir: o título do manuscrito; uma lista completa de autores, seus graus e suas afiliações acadêmicas; informações completas de contato do autor para correspondência; fonte(s) de financiamento; declaração de conflito de interesses para todos os autores; verificação de que todos os autores tiveram acesso aos dados e papel na redação do manuscrito; tipo de artigo; palavras-chave; e cabeça de corrida.

#### Fotos/Ilustrações

Arquivos tiff de 300 dpi (ou superiores) são necessários para publicação. Se imagens em alta resolução não estiverem disponíveis, seu manuscrito poderá ser rejeitado por esse motivo. Não utilize o formato Word, Power Point ou PDF para fotografias ou ilustrações.

#### Tabelas/Figuras

Sem limite de tabela ou figura (dentro do razoável). Os editores reservam-se o direito de exigir a eliminação de tabelas ou figuras que sejam consideradas desnecessárias.

#### Ética e Consentimento (se aplicável)

A pesquisa envolvendo seres humanos, material humano ou dados humanos deve ter sido realizada de acordo com a Declaração de Helsinque. Quando aplicável, os estudos devem ter sido aprovados por um comitê de ética apropriado e os autores devem incluir uma declaração no texto do artigo detalhando essa aprovação, incluindo o nome do comitê de ética e o número de referência da aprovação. A identidade do(s) sujeito(s) da pesquisa deve ser anonimizada sempre que possível. Para pesquisas envolvendo seres humanos, o consentimento informado para participar do estudo deve ser obtido dos participantes (ou de seu responsável legal) e adicionado a esta declaração. Se um estudo envolvendo seres humanos/tecidos/dados estiver isento de exigir aprovação ética, uma declaração de confirmação do órgão relevante deve ser incluída na submissão.

#### Outro

- Os títulos dos manuscritos devem ter entre 10 e 12 palavras ou menos.
- Evite o uso excessivo de siglas no texto. Use apenas siglas conhecidas (ou seja, HIV, STD, CT, MRI, DNA, etc.) Manuscritos com excesso de siglas serão devolvidos ao autor para correção.
- Use o guia de estilo da Associação Médica Americana como referência.
- Espaçamento duplo de todo o texto.
- Sobrescrever todas as referências no texto.
- Certifique-se de que todas as referências sejam usadas no texto.
- Se o inglês não for sua língua nativa, os editores da AGH recomendam fortemente que você edite seu texto por um tradutor profissional ou falante nativo de inglês antes da submissão. (Isso provavelmente eliminará uma etapa de revisão extra.)

#### Permissões

O autor é responsável por obter todas as permissões necessárias antes da submissão do manuscrito. Permissão e detalhes do proprietário devem ser mencionados para todo o conteúdo de terceiros incluído na submissão ou usado na pesquisa.

Se um método ou ferramenta for introduzido no estudo, incluindo software, questionários e escalas, a licença sob a qual está disponível e qualquer requisito de permissão para uso deve ser declarado. Caso seja utilizado um método ou ferramenta existente na pesquisa, é de responsabilidade do autor verificar a licença e obter as permissões necessárias. As declarações que confirmam que a permissão foi concedida devem ser incluídas na seção Materiais e Métodos.

#### Lista de verificação de preparação para submissão

1. O(s) autor(es) concorda(m) com as condições de pagamento detalhadas no site da revista, que serão aplicadas caso esta submissão seja aceita para publicação pela revista. Qualquer pedido de renúncia deve ser feito no momento da submissão através dos Comentários ao Editor (abaixo). A menos que uma renúncia seja concedida pela revista, por escrito, o(s) autor(es) aceita(m) que uma Taxa de Processamento de Artigo (APC) possa ser faturada após a aceitação.
2. A submissão não foi publicada previamente, em parte ou no todo, nem está diante de outra revista para consideração (ou uma explicação foi fornecida em Comentários ao Editor).
3. Quaisquer materiais de propriedade de terceiros usados foram identificados com linhas de crédito apropriadas e permissão obtida do detentor dos direitos autorais para todos os formatos da revista.
4. As tabelas são todas citadas no texto principal e incluídas no documento de texto.
5. Se sua submissão estiver relacionada ao COVID-19, carregue-a em um servidor de pré-impressão (de sua escolha) e inclua um link para ela em sua submissão, para cumprir os requisitos de uma lista rápida de revisores que a revista está usando para este tópico.
6. O texto segue os requisitos estilísticos, bibliográficos e éticos descritos nas Diretrizes para Autores, que se encontram em Sobre a Revista.
7. Todos os autores se qualificam como autores, de acordo com as Diretrizes para Autores, e deram permissão para serem listados no artigo submetido.
8. As figuras são todas citadas no texto principal e são carregadas como arquivos suplementares. As figuras/imagens têm uma resolução de pelo menos 150dpi (300dpi ou superior preferido). Os arquivos estão em um dos seguintes formatos: JPG, TIFF, GIF, PNG, EPS (para maximizar a qualidade, o arquivo de origem original é preferido).
9. Todos os autores entendem que o processo de revisão pode levar de 12 a 16 semanas em geral, e que pode variar muito dependendo da rapidez com que a revista encontra revisores adequados.
10. Todos os colaboradores (incluindo tradutores) serão listados nos metadados autorais no formulário de submissão. Os nomes dos autores nos metadados de submissão DEVEM corresponder a quaisquer listas de colaboradores incluídas no manuscrito.
11. Todos os autores entendem que não poderão editar diretamente os metadados no sistema após a submissão.



