



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA CAMPUS VIII – PROFESSORA  
MARIA DA PENHA CENTRO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SAÚDE - CCTS  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**SUELLEN RABELO ROCHA DA COSTA**

**LESÕES MAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE  
AGRESSÃO FÍSICA**

**ARARUNA  
2019**

SUELLEN RABELO ROCHA DA COSTA

**LESÕES MAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS  
DE AGRESSÃO FÍSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alidianne Fábria Cabral Cavalcanti.

**ARARUNA  
2019**

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.

C8371 Costa, Suellen Rabelo Rocha da.  
Lesões Maxilofaciais em Crianças e Adolescentes  
[manuscrito] / Suellen Rabelo Rocha da Costa. - 2019.  
18 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2019.  
"Orientação : Prof. Dr. Alidianne Fábria Cabral Cavalcanti ,  
Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."  
1. Epidemiologia. 2. Violência Infantil. 3. Ferimentos e Lesões. 4. Traumatismos Maxilofaciais. I. Título  
21. ed. CDD 617.6

SUELLEN RABELO ROCHA DA COSTA

LESÕES MAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE  
AGRESSÃO FÍSICA

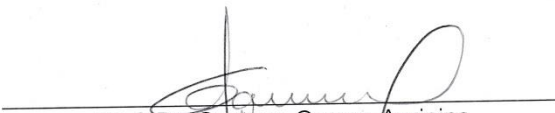
Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à obtenção  
do título de Cirurgiã-dentista.

Aprovada em: 19/11/2019.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Profa. Dra. Alidianne Fábila Cabral Cavalcanti (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Profa. Dra. Sandra Aparecida Marinho  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof. Dr. Gustavo Gomes Agripino  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

---

**Dedico este trabalho a todos  
que contribuíram direta ou  
indiretamente para minha  
formação acadêmica.**

## LISTA DE TABELAS

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Tabela 1 – | Distribuição das vítimas de acordo com o sexo, faixa etária, local e horário de ocorrência, quantidade de lesões e autor da agressão. Campina Grande, 2015 .....                                | 11 |
| Tabela 2 – | Distribuição das vítimas segundo o número de regiões acometida e de acordo com o local do corpo. Campina Grande, 2015 .....   | 12 |
| Tabela 3 – | Distribuição das vítimas segundo a classificação da lesão Campina Grande, 2015 .....  | 12 |
| Tabela 4 – | Distribuição das vítimas segundo o tipo de lesão contusa. Campina Grande, 2015 .....  | 13 |
| Tabela 5 – | Distribuição das vítimas de acordo com a presença de lesão maxilofacial, tipo de envolvimento tecidual, presença de lesão na cavidade bucal e tipo de tecido injuriado. Campina Grande, 2015 .. | 13 |
| Tabela 6 – | Associação entre a presença de lesão na cabeça e face, segundo as variáveis sexo, faixa etária, autor da agressão e quantidade de lesões. Campina Grande, 2015 .....                            | 14 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|       |   |
|-------|---|
| CID   | Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde |
| MS    | Ministério da Saúde   |
| NUMOL | Núcleo de Medicina e Odontologia Legal                                  |
| OMS   | Organização Mundial da Saúde  |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação                         |
| SPSS  | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>                      |

## SUMÁRIO

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                       | <b>9</b>  |
| <b>2</b>   | <b>METODOLOGIA.....</b>                                       | <b>10</b> |
| <b>2.1</b> | <b>Tipo de estudo e Local de Realização da Pesquisa .....</b> | <b>10</b> |
| <b>2.2</b> | <b>População e Amostra .....</b>                              | <b>10</b> |
| <b>2.3</b> | <b>Coleta de Dados.....</b>                                   | <b>10</b> |
| <b>2.4</b> | <b>Análise Estatística .....</b>                              | <b>10</b> |
| <b>2.5</b> | <b>Aspectos Éticos.....</b>                                   | <b>10</b> |
| <b>3</b>   | <b>RESULTADOS .....</b>                                       | <b>11</b> |
| <b>4</b>   | <b>DISCUSSÃO .....</b>  | <b>15</b> |
| <b>5</b>   | <b>CONCLUSÃO.....</b>   | <b>16</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                       | <b>17</b> |
|            | <b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>      | <b>19</b> |



## LESÕES MAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE AGRESSÃO FÍSICA

### MAXILLOFACIAL INJURIES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS VICTIMS OF PHYSICAL AGGRESSION

Suellen Rabelo Rocha da Costa\*  
Alidianne Fábila Cabral Cavalcanti\*\*

#### RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de lesões maxilofaciais decorrentes de episódios de agressão interpessoal em crianças e adolescentes, assim como caracterizar as circunstâncias de acometimento das vítimas. Foi realizado um estudo do tipo documental e retrospectivo, conduzido em um Centro de Medicina Legal e Odontologia Forense, por meio do qual foi avaliada uma amostra de 335 laudos referentes à perícia médica e odontológica conduzida em vítimas de até 19 anos de idade. Os dados foram registrados em um formulário e, posteriormente, inseridos em um banco de dados no IBM SPSS Software, versão 22. As informações foram analisadas por meio da estatística descritiva e inferencial. Os resultados mostraram que a maioria das vítimas era do sexo feminino (60,3%) e com predominância na faixa etária de 15 e 19 anos de idade (57,6%). As agressões ocorreram em diferentes espaços sociais, mas, sobretudo no ambiente domiciliar (50,6%), no turno da noite (39,5%) e em episódios que envolveram um autor conhecido da vítima (91,5%). Grande parte dos agredidos apresentou lesões múltiplas (75,8%), em até 3 regiões do corpo (93,4%). Lesões do tipo contusas foram reportadas mais frequentemente (86,2%). A prevalência de lesões maxilofaciais foi de 36,7%, com pouca repercussão na cavidade bucal (8,4%). Foi observada uma associação significativa ( $p < 0,05$ ) entre a presença de lesão na face e as variáveis “autor da agressão” e “quantidade de lesões”. Conclui-se uma elevada prevalência de lesões no complexo maxilofacial e quanto à caracterização ato violento destacou-se a ocorrência de lesões em distintas regiões corpóreas, oriundas de violência perpetrada por um sujeito conhecido da vítima, quer seja com ou sem laços de consanguinidade.

**Palavras-chave:** Epidemiologia. Violência Infantil. Ferimentos e Lesões. Traumatismos Maxilofaciais.

#### ABSTRACT

This study aimed to identify the prevalence of maxillofacial injuries resulting from episodes of interpersonal violence in children and adolescents, as well as to characterize the circumstances of the victims' involvement. A retrospective documentary study was conducted at a Center for Forensic Medicine and Forensic Dentistry, in which a sample of 335 medical reports conducted in victims up to 19 years of age. Data was recorded into a database in IBM SPSS Software, version 22, and analyzed using descriptive and inferential statistics. The most victims were female (60.3%) and in the age group of 15 and 19 years old (57.6%). The aggressions occurred in different social spaces, but especially in the home

\*Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba –Campus VIII.  
E-mail: suellenrabelo@hotmail.com.br

\*\*Professora do curso de Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba –Campus VIII.  
E-mail: alidianne.fabia@gmail.com

environment (50.6%), in the night shift (39.5%), and episodes involving a known perpetrator (91.5%). Most of the aggressors had multiple injuries (75.8%), in up to 3 body regions (93.4%). Blunt type lesions were reported more frequently (86.2%). The prevalence of maxillofacial injuries was 36.7%, with little repercussion in the oral cavity (8.4%). There was a significant association ( $p < 0.05$ ) between the presence of a facial lesion and the variables “perpetrator of aggression” and “number of lesions”. There was a high prevalence of lesions in the maxillofacial complex, and the characterization of violent act highlighted the occurrence of injuries in different body regions, resulting from violence perpetrated by a known subject of the victim, either with or without consanguinity ties.

**Keywords:** Epidemiology. Child Abuse. Wounds and Injuries. Maxillofacial Injuries.

## 1 INTRODUÇÃO

A violência corresponde a um fenômeno social, comum e generalizado, de modo que nenhuma sociedade se mostra isenta dessa prática, sobretudo contra seus membros mais jovens. Em todo o mundo, três em cada quatro crianças pequenas são regularmente sujeitas à disciplina violenta por seus cuidadores (UNICEF, 2017).

Desse modo, várias são as características que contribuem para o incremento das estatísticas de violência contra crianças e adolescentes, como por exemplo, pode ser citada a inadequação de políticas sociais, econômicas, de saúde e educação, as quais levam a padrões de vida pautados na instabilidade ou desigualdade socioeconômica (WHO, 2019).

Especificamente no território brasileiro, um estudo recente evidenciou que as iniquidades sociais, representadas pela desigualdade na distribuição de renda, constituem um fator que agrava a ocorrência de violência entre os adolescentes (SILVA et al., 2019).

No período de 2011 a 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, do Ministério da Saúde (SINAN/MS) 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovoçada. Desse total, foram registradas 219.717 (15,0%) notificações contra crianças e 372.014 (25,5%) contra adolescentes, o que representam 40,5% dos casos computados pelo sistema, no intervalo de tempo considerado (BRASIL, 2018).

Crianças e adolescentes vítimas de violência com repercussão na região maxilofacial, muito provavelmente, não esquecerão esse episódio durante toda a vida. Isso pode gerar intenso sofrimento e estigmatização, bem como sentimentos de medo, intimidação, abandono, comportamento invasivo, isolamento e desvantagem social (BENARDINO et al., 2019).

A literatura tem mostrado que a prevalência de traumatismo maxilofacial, decorrente de situações que envolvem violência interpessoal, é elevada (BARBOSA et al., 2018) e que essas ocorrências constituem um dos principais fatores etiológicos de lesões e fraturas na região facial (TENT et al., 2018; VIEIRA et al., 2013).

A cabeça e a face são sítios comumente envolvidas nos casos de lesão traumática, podendo estar associadas ou não a lesões em outras regiões do corpo, pois o autor do ataque busca intimidar e desqualificar a identidade da vítima (SILVA et al., 2014).

Nesse contexto, compreende-se que a região maxilofacial é uma área bastante representativa, posto que além da sua relevância do ponto de vista fisiológico, a sua projeção anterior que, normalmente, está evidenciada sem proteções externas, a torna exposta às agressões. O comprometimento, portanto, alcança diferentes níveis de severidade, incluindo desde os danos estéticos, funcionais e psicossociais até deformidades permanentes e morte do indivíduo (BREGAGNOLO et al., 2013; MOURA; BLASCO; TORRIANI, 2018; SCANNAVINO et al., 2013; VIEIRA et al., 2013). De acordo com o exposto e considerando a relevância do tema no âmbito da saúde pública, o objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência de lesões maxilofaciais decorrentes de episódios de agressão interpessoal em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos. Além disso, buscou-se caracterizar as circunstâncias de acometimento das vítimas.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de estudo e Local de Realização da Pesquisa**

Estudo do tipo documental e retrospectivo, com abordagem indutiva e procedimento descritivo, por meio da observação indireta utilizando fonte de dados secundários. A pesquisa foi conduzida no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do município de Campina Grande/PB, o qual constitui um componente do Instituto de Polícia Científica do estado da Paraíba (PARAÍBA, 2019).

### **2.2 População e Amostra**

Do total de 3.854 laudos de lesão corporal registrados no ano de 2015, no NUMOL de Campina Grande/PB, compuseram a população 797 registros referentes a crianças e adolescentes compreendidos na faixa etária de 0 a 19 anos de idade. Estabeleceu-se como critério de inclusão as situações de morbidade referentes a agressões físicas, conforme definido pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10 - códigoS X85-Y09) (OMS, 1996). Assim sendo, após exclusão dos laudos que envolveram outras causas de morbidade, a amostra foi composta por 335 laudos.

### **2.3 Coleta de Dados**

Os dados foram coletados por um único examinador, no período de junho de 2018 a junho de 2019, sendo feito o registro em formulário adaptado de um estudo prévio (OLIVEIRA et al., 2014). O instrumento de coleta das informações foi composto por questões objetivas (dicotômicas e de múltipla escolha) e testado em 10% da amostra para eventuais ajustes. As variáveis incluídas na pesquisa estiveram relacionadas ao perfil da vítima (Sexo e Faixa etária), ao autor da agressão (Conhecido ou Desconhecido), ocorrência do evento (Local e Horário), caracterização das lesões (Quantidade, Número/regiões acometidas e Classificação), presença de lesão maxilofacial, tipo de envolvimento tecidual e episódios com repercussão na cavidade bucal.

### **2.4 Análise Estatística**

Os dados foram inseridos no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22, sendo apresentados por meio da estatística descritiva (distribuições absolutas e percentuais, média e desvio-padrão) e inferencial. Por meio dessa última, empregou-se o teste Qui-quadrado a fim de se verificar a associação entre a presença de “lesão na cabeça e face” e as variáveis sexo, faixa etária, autor da agressão e quantidade de lesões. O nível de significância adotado foi de 5%.

### **2.5 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob CAAE número 0443.0133.000-11. Os

pesquisadores seguiram as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre pesquisas com seres humanos.

### 3 RESULTADOS

As vítimas, em sua maioria, pertenciam ao sexo feminino (60,3%). A idade variou de 0 a 19 anos, cuja média foi 14,06 anos ( $\pm$  4,7 anos). No que se refere à distribuição por faixa etária, observou-se, com o aumento da idade, um incremento do número de casos de agressão, sendo a faixa etária de 15 a 19 anos aquela com o percentual mais elevado de ocorrências (57,6%). Os episódios de violência ocorreram, principalmente, em ambiente domiciliar (50,6%), no turno da noite (39,5%), ocasionando múltiplas lesões (75,8%), que foram originadas por um autor conhecido da vítima (91,5%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição das vítimas de acordo com o sexo, faixa etária, local e horário de ocorrência, quantidade de lesões e autor da agressão. Campina Grande, 2015.

| Variável                               | n   | %    |
|--|-----|------|
| <b>Sexo</b>                            |     |      |
| Maculino                               | 133 | 39,7 |
| Feminino                               | 202 | 60,3 |
| <b>Faixa etária</b>                    |     |      |
| 0 – 4 anos                             | 18  | 5,4  |
| 5 – 9 anos                             | 35  | 10,4 |
| 10 – 14 anos                           | 89  | 26,6 |
| 15 – 19 anos                           | 193 | 57,6 |
| <b>Local de ocorrência<sup>Y</sup></b> |     |      |
| Residência                             | 136 | 50,6 |
| Escola                                 | 31  | 11,5 |
| Área de esporte/lazer                  | 16  | 5,9  |
| Via pública                            | 82  | 30,5 |
| Local de trabalho                      | 4   | 1,5  |
| <b>Horário<sup>Y</sup></b>             |     |      |
| Manhã                                  | 61  | 19,6 |
| Tarde                                  | 117 | 37,6 |
| Noite                                  | 123 | 39,5 |
| Madrugada                              | 10  | 3,2  |
| <b>Quantidade de lesões</b>            |     |      |
| Única                                  | 83  | 24,8 |
| Múltipla                               | 252 | 75,8 |
| <b>Autor da agressão<sup>Y</sup></b>   |     |      |
| Conhecido                              | 300 | 91,5 |
| Desconhecido                           | 28  | 8,5  |

<sup>Y</sup> Em alguns laudos a informação não foi registrada.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Em relação à quantidade de lesões, a maior parcela dos agredidos apresentou até três regiões do corpo acometidas (93,4%), sendo os membros superiores, frequentemente, envolvidos (51,3%), seguidos pela face (43,0%), membros inferiores (23,6%), tórax (18,8%) e cabeça (13,1%) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição das vítimas segundo o número de regiões acometida e de acordo com o local do corpo. Campina Grande, 2015.

| <b>Variável</b>                     | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------|----------|----------|
| <b>Número de regiões acometidas</b> |          |          |
| Até 3 regiões                       | 313      | 93,4     |
| > 3 regiões                         | 22       | 6,6      |
| <b>Cabeça</b>                       |          |          |
| Sim                                 | 44       | 13,1     |
| Não                                 | 291      | 86,9     |
| <b>Face</b>                         |          |          |
| Sim                                 | 144      | 43,0     |
| Não                                 | 191      | 57,0     |
| <b>Tórax</b>                        |          |          |
| Sim                                 | 63       | 18,8     |
| Não                                 | 272      | 81,2     |
| <b>Membros superiores</b>           |          |          |
| Sim                                 | 172      | 51,3     |
| Não                                 | 163      | 48,7     |
| <b>Membros inferiores</b>           |          |          |
| Sim                                 | 79       | 23,6     |
| Não                                 | 256      | 76,4     |

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

A observação dos laudos, no que se refere à classificação das lesões, evidenciou que em vítimas de agressão física as lesões são produzidas por agentes mecânicos, sendo o subtipo “contusa” aquela de maior ocorrência (86,2%) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição das vítimas segundo a classificação da lesão. Campina Grande, 2015.

| <b>Classificação da lesão</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------|----------|----------|
| <b>Incisa</b>                 |          |          |
| Sim                           | 9        | 2,7      |
| Não                           | 325      | 97,3     |
| <b>Contusa</b>                |          |          |
| Sim                           | 288      | 86,2     |

|                          |     |      |
|--------------------------|-----|------|
| Não                      | 46  | 13,8 |
| <b>Pérfuro-incisa</b>    |     |      |
| Sim                      | 3   | 0,9  |
| Não                      | 331 | 99,1 |
| <b>Pérfuro-contusa</b>   |     |      |
| Sim                      | 18  | 5,4  |
| Não                      | 316 | 94,6 |
| <b>Corto-contundente</b> |     |      |
| Sim                      | 31  | 9,3  |
| Não                      | 302 | 90,7 |

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Quanto ao tipo de lesão contusa, verificou-se que as crianças e adolescentes agredidos apresentaram maior prevalência de escoriações (57,1%) e equimoses (40,5%) (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição das vítimas segundo o tipo de lesão contusa. Campina Grande, 2015.

| <b>Tipo de lesão contusa</b> | n   | %    |
|------------------------------|-----|------|
| <b>Equimose</b>              |     |      |
| Sim                          | 135 | 40,5 |
| Não                          | 198 | 59,5 |
| <b>Escoriação</b>            |     |      |
| Sim                          | 190 | 57,1 |
| Não                          | 143 | 42,9 |
| <b>Edema</b>                 |     |      |
| Sim                          | 60  | 18,0 |
| Não                          | 273 | 82,0 |
| <b>Hematoma</b>              |     |      |
| Sim                          | 19  | 5,7  |
| Não                          | 314 | 94,3 |
| <b>Fratura</b>               |     |      |
| Sim                          | 8   | 2,4  |
| Não                          | 326 | 97,6 |

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Analisando as lesões envolvendo a região maxilofacial (36,7%), constatou-se que no momento da agressão houve predomínio de envolvimento de tecido mole (97,6%). A respeito do acometimento na cavidade bucal, apenas 8,4% das vítimas mostrou lesão nessa região (Tabela 5).

**Tabela 5** – Distribuição das vítimas de acordo com a presença de lesão maxilofacial, tipo de envolvimento tecidual, presença de lesão na cavidade bucal e tipo de tecido injuriado. Campina Grande, 2015.

| <b>Variável</b> | n | % |
|-----------------|---|---|
|-----------------|---|---|

|                                      |     |      |
|--------------------------------------|-----|------|
| <b>Lesão maxilofacial</b>            |     |      |
| Sim                                  | 123 | 36,7 |
| Não                                  | 212 | 63,3 |
| <b>Tipo de envolvimento tecidual</b> |     |      |
| Tecido mole                          | 120 | 97,6 |
| Tecido mole e duro                   | 3   | 2,4  |
| <b>Lesão na cavidade bucal</b>       |     |      |
| Sim                                  | 28  | 8,4  |
| Não                                  | 307 | 91,6 |

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Na Tabela 6, observa-se associação significativa ( $p < 0,05$ ) entre a presença de lesão na face e as variáveis “autor da agressão” e “quantidade de lesões”. Verifica-se ainda que as injúrias na região de cabeça e face estiveram presentes em ambos os sexos, sobretudo, na faixa etária de 15 a 19 anos. Poucos eventos, reportados nesses sítios, envolveram um agressor conhecido da vítima e é elevada a ocorrência de lesões múltiplas na região da face.

**Tabela 6** – Associação entre a presença de lesão na cabeça e face, segundo as variáveis sexo, faixa etária, autor da agressão e quantidade de lesões. Campina Grande, 2015.

| Variável                    | Cabeça     |            | p-valor | Face       |            | p-valor       |
|-----------------------------|------------|------------|---------|------------|------------|---------------|
|                             | Sim<br>N % | Não<br>N % |         | Sim<br>N % | Não<br>N % |               |
| <b>Sexo</b>                 |            |            |         |            |            |               |
| Masculino                   | 20 (15,0)  | 113 (85,0) | 0,403   | 58 (43,6)  | 75 (56,4)  | 0,852         |
| Feminino                    | 24 (11,9)  | 178 (88,1) |         | 86 (42,6)  | 116 (57,4) |               |
| <b>Faixa etária</b>         |            |            |         |            |            |               |
| 0 – 4 anos                  | 2 (11,1)   | 16 (88,9)  | 0,768   | 8 (44,5)   | 10 (65,7)  | 0,624         |
| 5 – 9 anos                  | 5 (14,3)   | 30 (85,7)  |         | 12 (34,3)  | 23 (65,7)  |               |
| 10 – 14 anos                | 9 (10,1)   | 80 (89,9)  |         | 42 (47,2)  | 47 (52,8)  |               |
| 15 – 19 anos                | 28 (14,5)  | 165 (85,5) |         | 82 (42,5)  | 111 (57,5) |               |
| <b>Autor da agressão</b>    |            |            |         |            |            |               |
| Conhecido                   | 5 (17,9)   | 23 (82,1)  | 0,471   | 6 (21,4)   | 22 (78,6)  | <b>0,015*</b> |
| Desconhecido                | 39 (13,0)  | 261 (87,0) |         | 136 (45,4) | 164 (54,6) |               |
| <b>Quantidade de lesões</b> |            |            |         |            |            |               |
| Única                       | 9 (10,9)   | 74 (89,1)  | 0,476   | 25 (30,1)  | 58 (69,9)  | <b>0,006*</b> |
| Múltipla                    | 35 (13,9)  | 217 (86,1) |         | 115 (46,4) | 133 (53,6) |               |

\*Estatisticamente significante.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.



## 4 DISCUSSÃO

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) , as violências são caracterizadas pelo “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação” (WHO, 1996).

A dimensão total desse fenômeno, bem como seus modos de produção e suas consequências são difíceis de ser mensuradas, tendo em vista a natureza diversa dos dados epidemiológicos produzidos, mas a busca por informações precisas e atualizadas são fundamentais para compreensão do agravo e identificação dos grupos de maior vulnerabilidade.

Nesse sentido, tem destaque os estudos que trouxeram informações relevantes do perfil de vitimização de crianças e adolescentes, vítimas de violência com repercussão na região maxilofacial (BERNARDINO et al., 2019; BREGAGNOLO et al., 2013; LAUREANO et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2014; SILVA et al., 2011; SILVA et al., 2019).

Na presente pesquisa, foi possível verificar uma predominância de vítimas do sexo feminino, apresentando uma proporção entre os sexos de 1,5:1. Tal achado se assemelha aos resultados obtidos em um estudo anterior (OLIVEIRA et al., 2014). Aventa-se como possível fator que justifica essa ocorrência, o incremento da participação feminina em diferentes contextos sociais, o que possivelmente, diante de uma realidade brasileira que situa a mulher em posição subalterna em relação à figura masculina, tem favorecido a exposição de indivíduos do sexo feminino a situações de risco para episódios de traumatismos, principalmente envolvendo a região maxilofacial. Isso inclui esportes que envolvem contato físico, fatores tradicionalmente associados à atividade masculina (MONTOVANI et al., 2006; SCANNAVINO et al., 2013)

No que se refere à idade, verificou-se que crianças são menos afetadas pela violência quando comparadas aos adolescentes, houve, portanto, um aumento gradativo de casos, de modo que a faixa etária de 15 a 19 anos foi aquela que reuniu um maior número de vítimas. Silva et al. (2011) também descreveram um padrão mais frequente de lesões no grupo de adolescentes. Bregagnolo et al. (2013) relataram que na literatura existe uma divergência na padronização das idades limite para faixas etárias, o que dificulta a comparação entre os estudos epidemiológicos.

Quanto ao local de ocorrência dos episódios de violência, foi verificado que o ambiente domiciliar se mostrou prevalente. Em um estudo foi reportada uma associação significativa entre local de ocorrência e idade da vítima (OLIVEIRA et al., 2014). Nessa referida investigação, o lar foi o local mais comum para população de 0 a 4 anos e de 5 a 9 anos, ao passo que para população de 15 a 19 anos as vias públicas tiveram um maior destaque.

De acordo com o horário que as injúrias ocorreram, houve maior frequência no turno da noite. Esse dado concorda com a análise de Silva et al. (2014), diferentemente do dado encontrado no estudo de Cavalcanti (2009), no qual a maioria dos casos ocorreu no turno da manhã.

As lesões múltiplas provocadas às vítimas corresponderam a 75,8% do total de casos, as quais estiveram distribuídas em diferentes superfícies corporais, como cabeça, face, tórax e membros superiores e inferiores. É um achado comum que,

quando um indivíduo é agredido por qualquer razão, às áreas da cabeça e face, frequentemente, estão envolvidas. Portanto, não se constitui uma surpresa o fato de que em crianças abusadas fisicamente essas regiões sejam atingidas (CAVALCANTI, 2009). Na pesquisa conduzida por esse autor, lesões nas regiões da cabeça e face estavam presentes na maioria da sua amostra.

A face, portanto, no presente estudo, foi o *locus* corporal que apresentou associação com o quantitativo de lesões e com o autor da agressão. Golpes desferidos nessa área são comumente reportados por pesquisas que avaliaram laudos de institutos forenses (OLIVEIRA et al., 2014), bem como por investigações conduzidas em serviços de emergência (LAUREANO et al., 2019).

No que se refere à caracterização do agressor, verificou-se que uma porcentagem bastante significativa era representada por pessoas que faziam parte do convívio social da criança e dos adolescentes. Ou seja, eram conhecidos das vítimas. Contudo, não se sabe precisamente o quantitativo daqueles que guardavam uma relação de parentesco com os indivíduos agredidos, pois não havia essa menção nos laudos avaliados.

Todas as lesões observadas nos laudos das vítimas de agressão física foram provocadas por agentes mecânicos. A classificação da lesão como “contusa” demonstrou maior frequência dentre as injúrias causadas aos agredidos. Ainda, dentro dessa classificação, foi evidenciada que escoriação foi o subtipo mais prevalente, de modo semelhante ao que foi reportado em um estudo prévio (BREGAGNOLO et al., 2013).

A prevalência de lesões na região maxilofacial mostrou-se elevada, sendo que grande parte dos eventos acometeu apenas os tecidos moles, semelhante a dados relatados anteriormente (BREGAGNOLO et al., 2013; CAVALCANTI, 2009; SILVA et al. 2011). O reflexo na cavidade bucal alcançou um pequeno número de indivíduos, dado que corrobora constatações epidemiológicas anteriores (CAVALCANTI, 2009).

As limitações do presente estudo estiveram relacionadas aos dados inexistentes, como a especificação do grau de parentesco entre agressor e vítima, verificados em parte dos laudos avaliados, o que se verifica com frequência em estudos que avaliam dados secundários. Por outro lado, foi possível analisar diferentes variáveis que estiveram relacionadas ao contexto de produção das lesões.

Independentemente da gravidade dos eventos de violência sofridos, deve ser ressaltado o impacto na experiência de vida e no desenvolvimento emocional das vítimas, como por exemplo serem adultos introspectivos, e pior, muitas situações dificilmente se transformam em números, que podem permanecer ocultos (SILVA et al., 2010).

## 5 CONCLUSÃO

A prevalência de lesões maxilofaciais, decorrentes de episódios de agressão interpessoal, mostrou-se elevada em crianças e adolescentes. Na produção das lesões destacou-se a ocorrência de lesões em distintas regiões corpóreas, oriundas de violência perpetrada por um sujeito conhecido da vítima e em seu próprio domicílio.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA, K. G. N. et al. Patterns of Oral-Maxillofacial Trauma and Determinant Factors among Brazilian Victims of Physical Aggression: A 4-Year Study. **Oral Health Prev Dent**, Berlin, v. 16, n. 6, p. 483-489, 2018.
- BERNARDINO, I. M. et al. Social determinants of health and maxillofacial injuries in children and adolescents victims of violence: A novel GIS-based modelling application. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 29, n. 3, p. 375-383, May. 2019.
- BRASIL. Boletim Epidemiológico número 27. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2018, 17p.
- BREGAGNOLO, L. A. et al. Oral and Maxillofacial Trauma in Brazilian Children and Adolescents. **Braz Dent J**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 4, p.397-401, Jul. 2013.
- CAVALCANTI, A. L. Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p.1835-1842, 2009.
- LAUREANO, I. C. C. Injuries in the maxillofacial complex and associated factors in brazilian victims of violence: A crossectional study. **Cum Dent J**, Turquia, v. 22, n. 1, 2019.
- MONTOVANI, J. C. et al. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. **Rev Bras Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 72, n. 2, p.235-241, 2006.
- MOURA, L. B.; BLASCO, M. A. P.; TORRIANI, M. A. Análise retrospectiva dos traumatismos buco-maxilofaciais em Pelotas, RS, em um período de 10 anos. **Rev cir traumatol buco-maxilo-fac**, Recife, v. 18, n. 1, p. 6-11, 2018.
- OLIVEIRA, T. B. S. et al. Characterization of Morbidity from Interpersonal Violence in Brazilian Children and Adolescents. **Iran J Public Health**, Tihrán, v. 43, p. 11841191, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão**. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
- PARAÍBA. Secretaria de Segurança e Defesa Social. Instituto de Polícia Científica do Estado da Paraíba. **Núcleo de Medicina e Odontologia Legal**. Disponível em: <<http://www.ipcpb.com.br/sites/contatos>>. Acesso em: 09 out. 2019.
- SCANNAVINO, F. L. F. et al. Análise epidemiológica dos traumas bucomaxilofaciais de um serviço de emergência. **Rev cir traumatol buco-maxilo-fac**, Recife, v. 13, p. 95-100, 2013.

SILVA, A. N. et al. Wealth Inequalities in Different Types of Violence Among Brazilian Adolescents: National Survey of School Health 2015. **J Interpers Violence**, Beverly Hills, Nov. 2019.

SILVA, C. J. P. et al. A violência urbana contra crianças e adolescentes em Belo Horizonte: uma história contada através dos traumas maxilofaciais. **Physis (Rio J)**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.1103-1120, 2011.

SILVA, C. J. P. et al. Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.127-136, 2014.

TENT, P. A. et al. Midfacial fractures: A retrospective etiological study over a 10-year period in Western Romanian population. **Niger J Clin Pract**, Mumbai, v. 21, n. 12, p. 1570-1575, Dec. 2018.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). A familiar face – violence in the lives of children and adolescents 2017. Disponível em: <[https://data.unicef.org/wpcontent/uploads/2017/10/EVAC-Booklet-FINAL-10\\_31\\_17-high-res.pdf](https://data.unicef.org/wpcontent/uploads/2017/10/EVAC-Booklet-FINAL-10_31_17-high-res.pdf)> Acesso em 10 de Novembro 2019.

VIEIRA, C. L. et al. Lesão de tecido mole em pacientes vítimas de trauma bucomaxilo-facial. **Rev cir traumatol buco-maxilo-fac**, Recife, v. 13, p. 89-96, Jan/Mar, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child maltreatment 2016**. Disponível em:<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>> Acesso em 10 de Novembro 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global consultation on violence and health. **Violence: a public health priority**. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).



## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por se fazer tão presente em minha vida. Desde a minha preparação para o início dessa jornada até aqui ele ajudou, dando-me força e coragem para vencer todos os obstáculos.

À minha família, especialmente aos meus pais e minha irmã, que nunca duvidaram da minha capacidade, foram minha fortaleza nos momentos que fraquejei e estiveram comigo a todo tempo, fazendo com que a distância física entre nós fosse diminuída.

À minha professora e orientadora Alidiane Cavalcanti, por ter acreditado na possibilidade da realização deste trabalho. Pela dedicação, companheirismo, disponibilidade e sugestões que foram extremamente enriquecedoras.

Aos meus amigos, de fora e dentro da universidade, que me apoiaram e me auxiliaram nesse caminho. Em especial à Aretha, Priscila e Adriano, que dividiram estudos e fizeram com que esses anos de curso fossem mais leves.

Aos professores e a todos dessa instituição (UEPB) pelo trabalho e empenho que brilhantemente fizeram. Além dos conhecimentos acadêmicos, ensinaram para a vida.