



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

LUZIA MICHELLE SANTOS

**VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR ARMA BRANCA E TRAUMAS ORAIS-
MAXILOFACIAIS**

CAMPINA GRANDE - PB

2017

LUZIA MICHELLE SANTOS

**VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR ARMA BRANCA E TRAUMAS ORAIS-
MAXILOFACIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

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

CAMPINA GRANDE - PB

2017

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, Luzia Michelle.
Vítimas de violência por arma branca e traumas orais-maxilofaciais [manuscrito] : / Luzia Michelle Santos. - 2017.
31 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

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

1. Traumatismos maxilofaciais. 2. Violência. 3. Epidemiologia.

21. ed. CDD 617.6

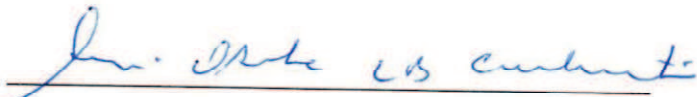
LUZIA MICHELLE SANTOS

VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR ARMA BRANCA E TRAUMAS ORAIS-
MAXILOFACIAIS

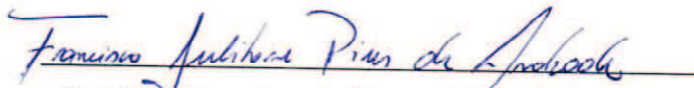
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Odontologia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título
de Cirurgiã-Dentista.

Aprovado em: 13/12/2017.

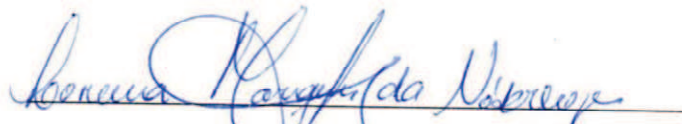
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Francisco Juliherme Pires de Andrade
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Lorena Marques da Nóbrega
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter estado comigo todos os dias durante estes cinco anos e a minha mãe, razão da minha persistência e dessa vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter tornado o impossível possível, e ter estado comigo em cada momento destes cinco anos. Agradeço por ter provido todos os meios para que eu pudesse concluir esse curso. Por todos os momentos maravilhosos que tenho tido em minha vida e por todas as pessoas incríveis que colocaste em meu caminho.

Ao meu orientador, o professor Sérgio d'Avila. Obrigada por todos os ensinamentos desde o primeiro ano do curso, por toda paciência, dedicação, confiança, atenção, e por me proporcionar essa oportunidade de crescimento acadêmico e pessoal. Ao senhor, todo meu carinho, admiração e gratidão!

À minha mãe, Fátima, que lutou e sacrificou tanto por mim e disse “vai em frente” quando eu achava que não conseguiria cursar Odontologia. Aquela que abriu mão de seus sonhos para se dedicar aos meus. Não consigo imaginar o quão forte fostes para poder ser mãe e pai ao mesmo tempo, mas de uma coisa tenho certeza, realizou estes dois papéis com maestria. Batalhaste tanto para que suas duas filhas se formassem, mas hoje você pode descansar. A minha irmã, Márcia, que me apoiou incondicionalmente em todos os momentos. Aos meus avós, em especial a minha avó que não viveu para ver a conclusão desse sonho. A vocês, dedico esta conquista e toda minha vida!

Aos professores que participaram da minha banca, Prof. Julierme e Profa. Lorena. Obrigada por terem aceitado o convite de participar deste momento tão especial para mim.

Aos meus amigos e participantes do Grupo de Pesquisa, Ítalo Macedo, Alysson, Régis, Lorena, pelo bons momentos, por todas as conquistas do nosso grupo, pelo aprendizado e por toda torcida e apoio durante a minha jornada.

À todos da minha turma, por todos os momentos maravilhosos compartilhados. Aos meus amigos do C. A. O., Pablo, Waleska, Italo, Allaho, Alysson, Johnatan, Alex, Elainy e Sheilla, que tive o prazer de fazer parte. Também as “agregas” Érika, Lidy e Rebeca que fizeram parte dessa história. Obrigado pelas alegrias, sorrisos, superações e momentos inesquecíveis compartilhados ao longo da nossa graduação. Que essa sintonia se fortaleça, mesmo com a distância física. Vou sentir imensas saudades de todos os momentos que passamos juntos. Desejo para vocês o melhor caminho sempre e espero nunca perder o contato.

Às minhas amigas Sheilla e Elainy. Minha dupla Sheilla Darielly, dona de um coração mais lindo e sincero do mundo. Obrigada por ter sido uma dupla maravilhosa, por teres me

aguentado nos momentos de estresse, por teres dividido comigo os problemas e as alegrias. À Elaine, uma pessoa que conquistou minha amizade e amor, por ser tão sincera, alegre, companheira, amorosa e simples. Obrigada teres estado sempre disponível para escutar meus desabaços quando não mais conseguia aguentar o fardo. Nunca esquecerei. Agradeço a vocês pelo companheirismo, amizade verdadeira, incentivo e ajuda. Agradeço por teres procurado comigo soluções para meus problemas, e mesmo não sabendo resolvê-los, por terem me escutado com tanta atenção. Obrigada por todos os momentos que passamos juntas durante esses anos, por todas as conversas, noites viradas estudando e conversando. Amo vocês! Que nossa amizade dure para sempre!

Aos meus amigos do JJEMDS Diego, Josi e Juan, obrigado pelos momentos vividos durante esse tempo. Por todos os momentos de “reizinho”, pelas brincadeiras, sorrisos e sonhos compartilhados. Vocês ajudaram a deixar a caminhada mais fácil.

À toda a família Santiago, especialmente Dona Carminha e Seu Ribamar, obrigado por terem me adotado como membro da família quando cheguei nessa cidade. Vocês são um exemplo de bondade, amor ao próximo, cuidado e atenção. A vocês meu amor e minha gratidão para sempre!

À minha amiga de longa data, Paloma, por ter me apoiado durante todos esses anos, desde o ensino fundamental, e sempre dizendo que eu conseguiria.

Aos professores e funcionários de Odontologia da UEPB, em especial Belinha, Alcione, Denise, Francineide e Silvio, por todo ensinamento, carinho e amizade passados. Vocês são um exemplo de ser humano e profissional, que eu desejo me tornar um dia. Obrigado por tudo.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Graças as mãos amáveis de outras pessoas, eu fui capaz de viver esse sonho. Eu quero me tornar alguém que também possa estender a mão aos outros, assim como a estenderam a mim. Se eu colocar sinceridade nessas mãos, acredito que poderei continuar a salvação que recebi.”

“Porque para Deus não haverá impossíveis em todas as Suas promessas.”

Lucas 1:37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	METODOLOGIA.....	10
2.1	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	10
2.2	ESTUDO PILOTO.....	11
2.3	VARIÁVEIS INVESTIGADAS.....	11
2.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	11
2.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	12
3	RESULTADOS.....	12
4	DISCUSSÃO.....	19
5	CONCLUSÃO.....	24
	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	30
	ANEXO B – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS.....	31

VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR ARMA BRANCA E TRAUMAS ORAIS- MAXILOFACIAIS

Luzia Michelle Santos*

RESUMO

A violência é um problema de saúde pública mundial que pode materializar-se de muitas formas, sendo mais comuns os casos de agressão física resultante de Violência Física Interpessoal (VFI). O objetivo deste estudo foi traçar o perfil das vítimas de VFI por arma branca e identificar fatores associados à ocorrência de trauma maxilofacial. Trata-se de um estudo transversal com base em uma avaliação de 569 registros médico-legais e sociais de vítimas de VFI causada por arma branca atendidas em um Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL). As variáveis investigadas relacionaram-se às características sociodemográficas das vítimas, às circunstâncias das agressões e aos padrões de trauma. Foram utilizadas estatísticas descritivas e multivariadas por meio da análise de árvore de decisão pelo algoritmo CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detector), bem como análises de regressão de Poisson univariada e multivariada. Observou-se que a ocorrência de traumatismo oral-maxilofacial foi de 19,3%. A média de idade das vítimas foi de 31,29 (DP = 13,82 anos). Com base na árvore de decisão, o perfil da violência pode ser explicado pelo sexo da vítima ($p < 0,001$), pelo sexo do agressor ($p = 0,006$), região de moradia da vítima ($p = 0,009$) e ocupação da vítima ($p = 0,049$). Com base no modelo de regressão de Poisson final, pessoas em união estável foram mais propensas a sofrer trauma maxilofacial (RP = 1,67; IC 95% = 1,01-2,77; $p = 0,046$) em comparação com aquelas que eram solteiras. Além disso, indivíduos que não trabalhavam foram mais propensos a exibir trauma maxilofacial (RP = 1,88; IC 95% = 1,19-2,95; $p = 0,007$) em comparação com aqueles que trabalhavam na condição de não assalariado. Os resultados evidenciaram que a prevalência de trauma oral-maxilofacial nesses casos é alta e os principais fatores que podem estar associados são o estado civil e a ocupação da vítima.

Palavras-Chave: Epidemiologia; Violência; Traumatismos Maxilofaciais.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno mundial, caracterizada como um problema de saúde pública, sendo considerada responsável por perdas econômicas para as próprias vítimas, suas famílias e para todo o país (WHO, 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), a cada ano, mais de 1,3 milhões de pessoas morrem e muitos mais sofrem lesões não fatais, como resultado da violência auto infligida, interpessoal ou coletiva. A violência pode

* Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: michelle.marcia@hotmail.com

materializar-se em muitas formas, sendo mais comuns os casos de agressão física resultante da violência interpessoal (SILVA et al., 2015). No que diz respeito ao instrumento perpetuador, as armas brancas vêm tomando destaque devido a sua facilidade de obtenção (SANTANA et al., 2012) e utilização, principalmente, na violência doméstica (WAISELFISZ, 2011; WAISELFISZ, 2012) ou em países onde o acesso a armas de fogo é restrito (KEMP et al., 2009; SILVA et al., 2014).

Segundo a OMS (2014), um em cada quatro homicídios é cometido com um objeto cortante, como uma faca. Estima-se que no Brasil, mais de 15,0% dos homicídios se dão por arma branca (WAISELFISZ, 2008). Essas armas são comercializadas livremente, possuem baixo custo, e são facilmente encontradas em todos os lares, podendo ser utilizadas por qualquer indivíduo na resolução de conflitos domiciliares, em brigas ou com finalidade de assaltos ou roubos (GUIMARÃES et al., 2005; SANTANA et al., 2012; SILVA et al., 2014). Embora o governo brasileiro tenha destinado esforços na fiscalização e controle da venda de arma de fogo (GUIMARÃES et al., 2005), o porte de arma branca não é considerado crime no país (WAISELFISZ, 2008). Ainda que exista uma lei que regula e categoriza as armas brancas, ela não engloba instrumentos comuns que podem ser transformados em armas brancas pelo agressor, como as facas de cozinha que são muito utilizadas em crimes devido à facilidade de acesso, compra e portabilidade (GUIMARÃES et al., 2005; SANTANA et al., 2012; SILVA et al., 2014).

No que diz respeito a essa modalidade de violência, tem sido relatado que os traumas na região do rosto representam um evento bastante comum (MASCARENHAS et al., 2015). Estudos indicam que este tipo de lesão aumentou significativamente no caso de violência interpessoal, devido principalmente ao fato de que esta é a parte mais exposta e desprotegida do corpo (MASCARENHAS et al., 2012; SILVA et al., 2015). A face é provavelmente o alvo para a maioria dos atos de agressão física, uma vez que é facilmente alcançado, devido à sua localização na mesma altura que o braço levantado do agressor. Também tem sido sugerido que o agressor, consciente ou inconscientemente, deseja afetar a autoestima da vítima (FERREIRA et al., 2014; GOULART et al., 2014).

Traumas na região da face decorrentes de agressão por arma branca merecem atenção especial pela gravidade das lesões produzidas e devido às estruturas vitais que se situam nessa região, podendo causar consequências desastrosas (EL-ALBDELLATI et al., 2011). Ademais, feridas penetrantes de cabeça e pescoço são potencialmente mais letais do que as que afetam outras partes do corpo (ALESSANDRO et al., 2006). Apesar da potencialidade desses traumas, há uma escassez de estudos sobre a ocorrência de violência por armas brancas na

literatura. Estudos a respeito desse tema são relevantes, pois podem evidenciar a extensão da violência por esse tipo de arma, chamando a atenção das autoridades para essa questão, auxiliando na identificação de grupos de risco, no planejamento de ações de saúde e segurança pública, bem como no desenvolvimento de programas de prevenção para crimes que usam esse tipo de arma.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo traçar o perfil das vítimas de Violência Física Interpessoal (VFI) causada por arma branca e identificar fatores associados à ocorrência de trauma maxilofacial.

2 METODOLOGIA

Um estudo transversal foi realizado envolvendo a análise de 569 registros médico-legais e sociais de indivíduos com trauma oral-maxilofacial ou em outras regiões do corpo resultante de Violência Física Interpessoal (VFI) causado por arma branca, que compareceram ao Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) localizado no Nordeste do Brasil, durante o período de quatro anos consecutivos (janeiro de 2008 a dezembro de 2011). A instituição em questão localiza-se na cidade de Campina Grande – PB e é um centro de referência para 19 municípios e atende vítimas de áreas urbanas, suburbanas e rurais, abrangendo uma população de aproximadamente 640.000 habitantes. A região estudada apresenta grandes disparidades sociais, econômicas e culturais, assim como elevados índices de morbidade e mortalidade resultantes de causas externas.

No Brasil, a legislação determina que as pessoas que sofrem VFI, e que desejam denunciar a violência, devem ser encaminhadas das delegacias policiais para serviços forenses a fim de realizar um exame físico denominado de Exame de Corpo de Delito, que possui o objetivo principal de avaliar e registrar os padrões das lesões. Estes exames são realizados por dois técnicos oficiais em Medicina e Odontologia Forense e servem como instrumento legal que auxiliam os juízes durante o processo de condenação ou absolvição dos sujeitos agressores (Brasil, Lei nº 8.862, de 28.03.1994)

2.1 Critérios de elegibilidade

O critério de inclusão deste estudo, foram os registros médico-legais e sociais de indivíduos com trauma maxilofacial e/ou corporal resultante de VFI causado por arma branca. O critério de exclusão foram os laudos ilegíveis ou registros de vítimas fatais de VFI.

2.2 Estudo piloto

Antes do início da coleta propriamente dita, foi realizado o estudo piloto e a calibração dos membros participantes da coleta com o objetivo de treinar e padronizar a coleta de dados.

2.3 Variáveis

Para a coleta de dados, estruturou-se um formulário organizado em duas partes:

- A primeira parte correspondeu as variáveis sociodemográficas das vítimas: sexo (feminino / masculino), faixa etária categorizada em anos (0-9 anos / 10-19 anos / 20-29 anos / 30-39 anos / 40-49 anos / 50-59 anos / 60-69 anos / 70 anos ou mais), estado civil (solteiro / viúvo ou separado / casado / união estável), região de moradia (zona urbana / zona suburbana / zona rural), escolaridade (não alfabetizado / ≤ 8 anos de estudo / 9 a 11 anos de estudo / ≥ 12 anos de estudo), ocupação (não trabalha / assalariado / não assalariado);

- A segunda parte consistiu nas variáveis relacionadas às características das agressões e padrões dos traumas: tipo de violência (doméstica / comunitária), sexo do agressor (feminino / masculino), horário da ocorrência (00:00—5:59 horas / 6:00 às 11:59 horas / 12:00 às 17:59 horas / 18:00 às 23:59 horas), dia da ocorrência (segunda / terça / quarta / quinta / sexta / sábado / domingo), trauma maxilofacial (presente / ausente), região da face afetado (terço superior / terço médio / terço inferior / mais de um terço), tipo de trauma maxilofacial (lesão em tecido mole / fratura de óssea / fratura dentoalveolar) e região do corpo afetada (cabeça / pescoço / membro superior / membro inferior / tórax / abdômen / mais de uma região).

2.3 Análise dos dados

O presente estudo teve um objetivo exploratório (traçar o perfil da VFI por arma branca) e um objetivo analítico (identificar fatores associados à ocorrência de trauma maxilofacial). Inicialmente, foi realizada a análise estatística descritiva de todas as variáveis estudadas. Em seguida, para traçar o perfil da VFI por arma branca, optou-se pela técnica da Árvore de Decisão usando o algoritmo *Chi-squared Automatic Interaction Detector* (CHAID), que é uma técnica multivariada de caráter exploratório que possibilita a sistematização dos dados e a visualização dos fatores explicativos para o problema investigado de acordo com uma hierarquia de prioridades. A variável dependente foi o tipo de violência (doméstica / comunitária) e as variáveis independentes foram relacionadas a dados sociodemográficos, características dos agressores e padrões dos traumas.

Esta técnica baseia-se em regras de decisão que realizam sucessivas divisões (nós) no conjunto de dados de modo a torná-lo cada vez mais homogêneo em relação à variável desfecho. A análise gera um diagrama que se inicia a partir de um nó raiz ou 0, onde todas as observações da amostra são apresentadas. Os nós produzidos em sequência são chamados nós-filhos e quando os dados do nó não podem mais originar outros subgrupos, é então considerado como um nó terminal ou folha (HAIR et al., 2009; ROKACH; MAIMON, 2014).

O modelo foi ajustado mediante sucessivas divisões no conjunto de dados. Só permaneceram no modelo final de Árvore de Decisão as variáveis que obtiveram valor de $p \leq 0,05$ da estatística qui-quadrado usando a correção de Bonferroni. Utilizaram-se 10 (dez) subamostras para a validação dos resultados por meio do procedimento *cross-validation* e avaliou-se o ajuste do modelo final por meio da estimativa de risco geral que compara a diferença entre o valor esperado e o observado pelo modelo, refletindo em que medida a árvore corretamente prediz os resultados.

Por fim, para identificar fatores associados à ocorrência de trauma maxilofacial realizou-se análise de regressão univariada e multivariada de Poisson com variância robusta. A variável dependente foi o trauma maxilofacial (presente / ausente) e as variáveis independentes foram relacionadas a dados sociodemográficos e às características dos agressores e das agressões. Variáveis independentes que obtiveram valor de $p \leq 0,20$ na análise univariada foram incorporadas na análise multivariada, mas só permaneceram no modelo final aquelas que obtiveram $p \leq 0,05$ (BARROS; HIRAKATA, 2005; HAIR et al, 2009). A razão de prevalência (RP) não ajustada foi calculada na análise univariada e a RP ajustada foi calculada na análise multivariada. Utilizou-se o software IBM SPSS Statistics versão 20.0 para análise dos dados, considerando um intervalo de confiança de 95%.

2.4 Aspectos éticos

Este estudo foi avaliado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa independente (CAAE Nº 0652.0.133.203-11) e autorizado pelo diretor da instituição onde a pesquisa foi desenvolvida. Seguiram-se as orientações explicitadas na Declaração STROBE para delineamento e relato de estudos observacionais.

3 RESULTADOS

Durante o período avaliado (janeiro de 2008 a dezembro de 2011), 569 pessoas exibiram algum tipo de lesão resultante de agressão por arma branca. A média de idade das

vítimas foi de 31,29 (DP = 13,82 anos) e mediana de 29 (IIQ = 18 anos). A Tabela 1 apresenta a distribuição das vítimas brasileiras de agressão por arma branca de acordo com as características sociodemográficas. A maioria era do sexo masculino (68,4%), solteiro (58,0%), residente na zona urbana (51,0%), tinha até 8 anos de estudo (65,6%) e era não assalariado (50,7%).

Tabela 1. Distribuição das vítimas brasileiras de agressão por arma branca de acordo com as características sociodemográficas.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	180	31,6
Masculino	389	68,4
Faixa etária		
≤ 9 anos	11	2,1
10-19 anos	85	15,9
20-29 anos	182	34,0
30-39 anos	127	23,7
40-49 anos	78	14,6
50-59 anos	23	4,3
60-69 anos	18	3,4
≥ 70 anos	11	2,1
Estado civil		
Solteiro	304	58,0
Viúvo/separado	21	4,0
Casado	122	23,3
União estável	77	14,7
Região de moradia		
Zona urbana	284	51,0
Zona suburbana	136	24,4
Zona rural	137	24,6
Escolaridade		
Não alfabetizado	51	13,4
≤ 8 anos de estudo	250	65,6
9 a 11 anos de estudo	61	16,0
≥ 12 anos de estudo	19	5,0
Ocupação		
Não trabalha	110	23,5
Assalariado	121	25,8
Não assalariado	238	50,7

Nota. Diferenças na categoria total devido a *missing data*.

A Tabela 2 exibe a distribuição das vítimas brasileiras de agressão por arma branca de acordo com as características das agressões e padrões dos traumas. O tipo de violência mais comum correspondeu à violência comunitária (72,1%). A maioria dos agressores era do sexo masculino (81,0%). O horário compreendido entre 18:00 e 23:59 horas concentrou o maior número de casos (46,5%). Em relação ao dia da ocorrência, a maior parte dos casos foram registrados nos domingos (22,2%).

Um total de 110 (19,3%) pessoas exibiram algum tipo de trauma no complexo maxilofacial. Casos de trauma afetando mais de uma região da face prevaleceram (45,5%), afetando majoritariamente tecidos moles (92,7%). Em relação à região do corpo afetada, traumas em mais de uma região simultaneamente (38,5%), seguido por traumas isolados nos membros superiores (22,7%) corresponderam ao padrão mais comum.

Tabela 2. Distribuição das vítimas brasileiras de agressão por arma branca de acordo com as características das agressões e padrões dos traumas.

Variáveis	n	%
Tipo de violência		
Doméstica	144	27,9
Comunitária	372	72,1
Sexo do agressor		
Feminino	99	19,0
Masculino	421	81,0
Horário da ocorrência		
00:00-05:59	53	11,0
06:00-11:59	75	15,6
12:00-17:59	129	26,9
18:00-23:59	223	46,5
Dia da ocorrência		
Segunda	79	14,4
Terça	72	13,1
Quarta	58	10,6
Quinta	62	11,3
Sexta	63	11,5
Sábado	93	16,9
Domingo	122	22,2
Trauma maxilofacial		
Sim	110	19,3
Não	459	80,7
Região da face afetada		
Terço superior	22	20,0

Terço médio	25	22,7
Terço inferior	13	11,8
Mais de um terço	50	45,5
Tipo de trauma maxilofacial		
Tecido mole	102	92,7
Fratura óssea	7	6,4
Fratura Dentoalveolar	1	0,9
Região do corpo afetada		
Cabeça	77	13,5
Pescoço	9	1,6
Membro superior	129	22,7
Membro inferior	24	4,2
Tórax	55	9,7
Abdomen	56	9,8
Mais de uma região	219	38,5

Nota. Diferenças na categoria total devido a *missing data*.

A Figura 1 mostra os resultados da análise multivariada por meio da Árvore de Decisão (CHAID) para o tipo de violência (doméstica / comunitária), ajustada pelos fatores investigados. O modelo final da Árvore de Decisão foi formado por três níveis de profundidade e por 9 nós, dos quais 5 foram nós folhas ou terminais. Verificou-se que o perfil da violência por arma branca pode ser explicado pelo sexo da vítima ($p < 0,001$), pelo sexo do agressor ($p = 0,006$), região de moradia da vítima ($p = 0,009$) e ocupação da vítima ($p = 0,049$). A árvore classificou corretamente 73,8% dos casos (Estimativa de risco = $0,262 \pm 0,019$). O ajuste obtido por meio do procedimento *cross-validation* apontou resultado muito próximo (Estimativa de risco = $0,271 \pm 0,020$).

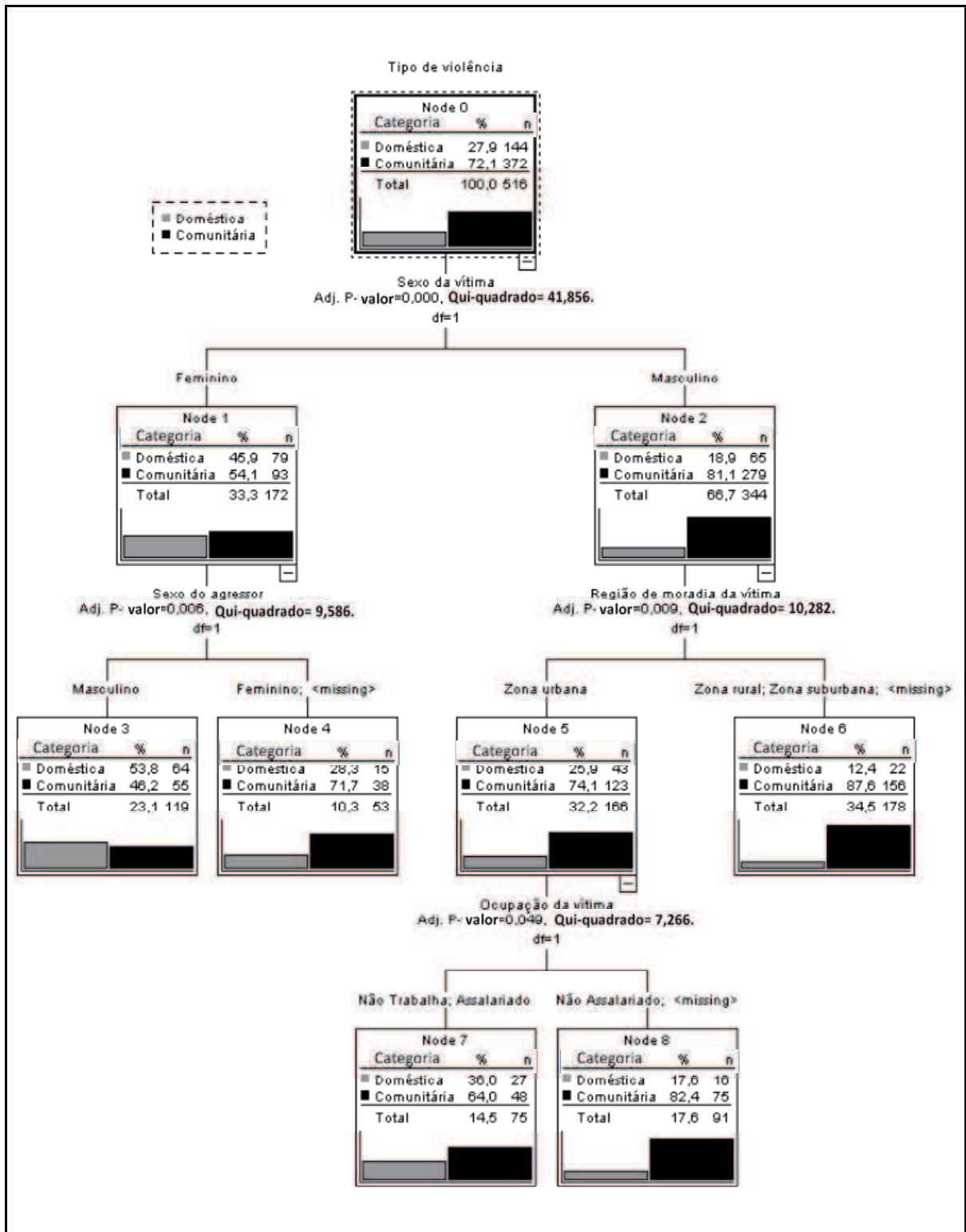


Figura 1. Análise multivariada por meio da Árvore de Decisão (CHAID) para o tipo de violência (doméstica / comunitária), ajustada pelos fatores investigados.

A Tabela 3 mostra a distribuição da ocorrência de trauma maxilofacial de acordo com as variáveis independentes, assim como os resultados da análise de regressão univariada e multivariada de Poisson. Baseando-se nos resultados da análise multivariada, o estado civil e a ocupação da vítima foram os fatores associados à ocorrência de trauma maxilofacial. Pessoas em união estável foram mais propensas a sofrer trauma maxilofacial (RP = 1,67; IC 95% = 1,01-2,77; p = 0,046) em comparação com aquelas que eram solteiras. Além disso, indivíduos que não trabalhavam foram mais propensos a exibir trauma maxilofacial (RP = 1,88; IC 95% = 1,19-2,95; p = 0,007) em comparação com aqueles que trabalhavam na condição de não assalariado.

Tabela 3. Resultados da regressão univariada e multivariada de Poisson para o trauma maxilofacial de acordo com as variáveis independentes.

Variáveis independentes	Trauma Maxilofacial		Análise Univariada		Análise Multivariada	
	Presente n(%)	Ausente n(%)	RP _{Não ajustada} (IC 95%)**	p-valor	RP _{Ajustada} (IC 95%)**	p-valor
Sexo da vítima						
Feminino	38 (21,1)	142 (78,9)	1,14 (0,80-1,62)	0,463	-	-
Masculino	72 (18,5)	317 (81,5)	1		-	-
Faixa etária da vítima						
≤ 9 anos	4 (36,4)	7 (63,6)	1,33 (0,39-4,62)	0,650	-	-
10-19 anos	19 (22,4)	66 (77,6)	0,82 (0,29-2,33)	0,709	-	-
20-29 anos	26 (14,3)	156 (85,7)	0,52 (0,19-1,47)	0,218	-	-
30-39 anos	25 (19,7)	102 (80,3)	0,72 (0,26-2,02)	0,534	-	-
40-49 anos	15 (19,2)	63 (80,8)	0,71 (0,24-2,05)	0,521	-	-
50-59 anos	4 (17,4)	19 (82,6)	0,64 (0,17-2,37)	0,502	-	-
60-69 anos	5 (27,8)	13 (72,2)	1,02 (0,30-3,45)	0,976	-	-
≥ 70 anos	3	8	1		-	-

	(27,3)	(72,7)				
Estado civil da vítima						
Solteiro	55 (18,1)	249 (81,9)	1		1	
Viúvo/separado	5 (23,8)	16 (76,2)	1,32 (0,59-2,93)	0,502	1,46 (0,59-3,62)	0,419
Casado	23 (18,9)	99 (81,1)	1,04 (0,67-1,62)	0,854	1,41 (0,88-2,27)	0,158
União estável	20 (26,0)	57 (74,0)	1,44 (0,92-2,24)	0,112	1,67 (1,01-2,77)	0,046*
Região de moradia da vítima						
Zona urbana	61 (21,5)	223 (78,5)	1,23 (0,80-1,88)	0,348	-	-
Zona suburbana	22 (16,2)	114 (83,8)	0,92 (0,54-1,57)	0,767	-	-
Zona rural	24 (17,5)	113 (82,5)	1		-	-
Escolaridade da vítima						
Não alfabetizado	10 (19,6)	41 (80,4)	0,75 (0,29-1,90)	0,538	-	-
≤ 8 anos de estudo	56 (22,4)	194 (77,6)	0,85 (0,39-1,87)	0,688	-	-
9 a 11 anos de estudo	11 (18,0)	50 (82,0)	0,69 (0,27-1,73)	0,422	-	-
≥ 12 anos de estudo	5 (26,3)	14 (73,7)	1		-	-
Ocupação da vítima						
Não trabalha	30 (27,3)	80 (72,7)	1,55 (1,03-2,33)	0,038*	1,88 (1,19-2,95)	0,007*
Assalariado	25 (20,7)	96 (79,3)	1,17 (0,75-1,83)	0,486	1,22 (0,75-2,00)	0,423
Não assalariado	42 (17,6)	196 (82,4)	1		1	
Tipo de violência						
Doméstica	33 (22,9)	111 (77,1)	1,25 (0,87-1,81)	0,229	1,06 (0,70-1,59)	0,794
Comunitária	68 (18,3)	304 (81,7)	1		1	
Sexo do agressor						
Feminino	24	75	1,26	0,257	-	-

	(24,2)	(75,8)	(0,85-1,88)			
Masculino	81	340	1		-	-
	(19,2)	(80,8)				
Horário da ocorrência						
00:00-05:59	12	41	1,20	0,525	-	-
	(22,6)	(77,4)	(0,68-2,12)			
06:00-11:59	17	58	1,20	0,467	-	-
	(22,7)	(77,3)	(0,73-1,98)			
12:00-17:59	26	103	1,07	0,762	-	-
	(20,2)	(79,8)	(0,69-1,66)			
18:00-23:59	42	181	1		-	-
	(18,8)	(81,2)				
Dia da ocorrência						
Segunda	14	65	0,90	0,731	0,66	0,270
	(17,7)	(82,3)	(0,50-1,63)		(0,31-1,38)	
Terça	11	61	0,78	0,447	0,76	0,425
	(15,3)	(84,7)	(0,40-1,49)		(0,39-1,48)	
Quarta	19	39	1,67	0,052	1,41	0,243
	(32,8)	(67,2)	(1,00-2,79)		(0,79-2,53)	
Quinta	12	50	0,98	0,959	0,90	0,767
	(19,4)	(80,6)	(0,53-1,83)		(0,46-1,76)	
Sexta	11	52	0,89	0,717	0,79	0,507
	(17,5)	(82,5)	(0,47-1,69)		(0,39-1,60)	
Sábado	14	79	0,77	0,383	0,66	0,205
	(15,1)	(84,9)	(0,42-1,40)		(0,34-1,26)	
Domingo	24	98	1		1	
	(19,7)	(80,3)				

Nota. Variáveis incorporadas na análise multivariada ($p < 0,20$): estado civil da vítima, ocupação da vítima, tipo de violência e dia da semana; RP = razão de prevalência; IC = intervalo de confiança.

* $p < 0,05$.

4 DISCUSSÃO

Estudos em departamentos de medicina forense são raros, uma vez que a maioria dos estudos lidam com dados de mortalidade e morbidade obtidos em hospitais (D'AVILA et al., 2016). As informações adquiridas a partir dos relatos médico-legais e sociais dos episódios de agressão são úteis e podem contribuir para o direcionamento e o desenvolvimento de estratégias voltadas para a prevenção da violência e o apoio às vítimas (BERNARDINO et al.,

2016). Há a necessidade de conhecer a extensão dos atos de violência por armas brancas e os principais grupos de risco de forma a contribuir para o desenvolvimento de medidas de segurança e prevenção, visando a diminuição da violência e seus impactos na sociedade. Em adição, o conhecimento dos padrões dos traumas maxilofaciais resultantes por de VFI por armas brancas é mandatório para que possam ser delineados protocolos clínicos na área de cirurgia bucomaxilofacial.

Os traumas de ferimentos por arma branca são pouco descritos quando comparados com ferimentos por projétil de arma de fogo, porém, não menos importantes (FAGUNDES et al., 2007; ZANDOMENIGHI et al., 2011). Tem-se observado um aumento na sua utilização devido ao crescimento populacional, à violência civil e aos crimes passionais, associados ao maior controle e dificuldade em se adquirir arma de fogo (FAGUNDES et al., 2007; ZANDOMENIGHI et al., 2011). Assim, potencializam o fenômeno uma vez que, os mais simples utensílios de uso comum podem ser transformados em armas brancas pelo agressor estando a mão em todos os lares (SANTANA et al., 2012).

O uso da análise de Árvore de Decisão tem demonstrado ser uma técnica promissora para estudos em diversas áreas do conhecimento, como saúde pública, medicina, ciências forenses e cirurgia oral. Este método é capaz de mapear o desfecho, identificar os fatores associados e destacar subgrupos de indivíduos com perfis específicos que poderão ser alvo de estratégias de prevenção, promoção e assistência à saúde.

No presente, baseando-se nos resultados da Árvore de Decisão, observou-se que as mulheres eram mais propensas a serem vítimas de violência doméstica, sendo o sexo masculino o principal agressor. Este achado remete à ocorrência de violência dentro de relações íntimas e familiares. Em muitos casos, tal violência não deixa evidências visíveis e as vítimas sofrem em silêncio. Quando as lesões se tornam aparentes, é um sinal de advertência. Os profissionais de saúde que entram em contato com elas devem ter conhecimento para avaliar a situação e encaminhar as vítimas para serviços especializados de atendimento as vítimas de agressão (NÓBREGA et al., 2016).

Um estudo prévio (MEER et al., 2010) observou que entre os indivíduos agredidos por armas brancas houve diferença de sexo nas relações entre perpetradores / vítimas, havendo uma proporção considerável de vítimas do sexo feminino que sofreram ferimentos infligidos por um parceiro do sexo masculino passado ou presente (cônjuge, coabitante ou namorado). Muitas dessas agressões são impulsivas, desencadeadas por álcool ou uso indevido de outras drogas, e por vezes, as armas brancas podem ser empregadas nos conflitos domiciliares, uma

vez que os mais simples utensílios de uso comum podem ser transformados em armas brancas pelo agressor (GUIMARÃES et al., 2005).

Além disso, houve uma predominância de homens vítimas de violência comunitária. Este achado indica que os homens são mais propensos à violência em situações de roubos e assaltos em locais extradomiciliares (NAIR et al., 2011; GOULART et al., 2014; KRISTOFFERSEN et al., 2016). Segundo Schreyer et al (2010), o local de agressão difere significativamente entre os sexos, sendo que a maioria das agressões cujo os homens são as vítimas ocorrem nas ruas ou em outros locais públicos como bares, pubs ou restaurantes, em contrapartida, as mulheres são feridas em um contexto privado, residencial.

Outro fato que merece destaque foi que a ocupação e região de moradia foram variáveis importantes para caracterizar o perfil dos homens vítimas de violência comunitária. Os dados mostraram que muitas vítimas residiam na zona urbana. Isso pode ser explicado, pela facilidade de aquisição de armas, principalmente as armas brancas, associado a comportamentos cada vez mais agressivos, que levaram a um aumento no predomínio de assaltos e roubos nos centros urbanos. Quanto a ocupação, um número significativo da amostra se encontrava na condição de não assalariado. Isso tem como consequência o aumento da pobreza e violência.

Estudos prévios sugerem que o fenômeno da violência possui relação direta com a marginalidade e a exclusão social (CASSIDY et al, 2014; D'AVILA et al., 2015). A associação entre a urbanização e a violência pode operar especificamente através de um crescimento rápido e acelerado das cidades (THE WORLD BANK, 2011; CASSIDY et al, 2014), onde indivíduos marginalizados, tornam-se presos em ciclos viciosos de pobreza e violência (THE WORLD BANK, 2011), aumentando a violência urbana em comparação com a rural.

No presente estudo, as vítimas de agressão por arma branca foram principalmente jovens. Esse fato também foi relatado por outros autores (FAGUNDES et al., 2007; NAIR et al, 2011; ZANDOMENIGHI et al., 2011). O maior envolvimento de jovens pode ser entendido pelo fato dessa faixa etária ser caracterizada por intensa atividade social e exposição à violência, onde os jovens frequentam lugares de risco como festas, bares ou pubs, à noite. Outros fatores também associados às agressões por arma branca contra jovens, incluem o aumento do consumo de álcool, o uso de drogas, e a exposição a jogos e programas onde a violência é mostrada de forma explícita e que, muitas vezes, ajudam no desenvolvimento de comportamentos agressivos e violentos (NAIR et al., 2011; SILVA et al., 2014).

Os homens foram as principais vítimas de ferimentos por armas brancas, coincidindo aos achados de outros estudos (MEER et al., 2010; ZANDOMENIGHI et al., 2011; SANTANA et al, 2012). Nossos resultados refletem padrões de violência estabelecida, com os homens mais susceptíveis de serem vítimas de violência interpessoal do que as mulheres. Isto pode acontecer pela maior participação dos homens em atividades sociais, e assim maior exposição a fatores de risco, como lutas de rua, criminalidade de gangues, ou discutindo com estranhos em locais públicos, muitas vezes sob a influência de drogas e/ou etanol, mais frequentemente do que as mulheres (KRISTOFFERSEN et al., 2016).

Um estudo prévio (SILVA et al., 2015) avaliou comparativamente as diferenças de vitimização entre os sexos a partir dos traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana. Os autores observaram que os homens são mais propensos a serem vítimas de agressão por arma branca em comparação com as mulheres, sinalizando que o sexo é um importante fator na vitimização por traumatismo maxilofacial e violência urbana, sendo que os homens são as principais vítimas.

Em relação ao dia de ocorrência e horário, a maior parte dos casos foram registrados no fim de semana (NAIR et al., 2011; ZANDOMENIGHI et al., 2011; SANTANA et al., 2012), principalmente no domingo e à noite, o que é consistente com os resultados observados por outros autores (SCHREYER et al, 2010; EL-ABDELLATI et al, 2011; NAIR et al., 2011). Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo desenvolvido em um Hospital Universitário do Brasil, que demonstrou que 31,1% das ocorrências com arma branca se deram no período da noite/madrugada e 66,6% finais de semana (ZANDOMENIGHI et al., 2011). Essa situação acontece provavelmente devido a uma maior ocorrência de assaltos e violência nos domingos à noite. Além disso, nos finais de semana ocorre uma maior procura por locais de lazer e diversão, com grande aglomeração de pessoas onde frequentemente estão expostos ao uso de bebida alcoólica e drogas, principalmente para os mais jovens (SILVA et al., 2015).

A ocorrência de trauma maxilofacial foi consideravelmente alta, ocorrendo predominantemente em mais de um terço da face. A seleção desta parte do corpo como o foco da agressão poderia ser motivada pelo papel da face em interações entre indivíduos e transporte de emoções. Esta área do corpo é uma das características mais exclusivas de um indivíduo e a que representa mais a identidade de uma pessoa. Nesse sentido, agressões nesta região objetivam a desqualificação da identidade da vítima, atuando como fator de intimidação (SILVA et al., 2015). Outra explicação, seria o fato desta ser uma região

vulnerável, exposta e facilmente alcançável pelo agressor (MASCARENHAS et al., 2012; SILVA, 2015).

Desta forma, os traumas faciais podem causar desfiguração ou deformidades na fisionomia do rosto, tem efeitos funcionais, estéticos e psicológicos sobre as vítimas (MASCARENHAS et al., 2012; D'AVILA et al., 2016), e também possuem um impacto negativo na qualidade de vida e bem-estar das pessoas. Além disso, essas vítimas são mais propensas a sofrer de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (FERREIRA et al., 2014). Portanto, faz-se necessário implementar um sistema de vigilância epidemiológica de traumas maxilofaciais por armas brancas integrando dados de todos os hospitais, centros médicos e de ciências forenses.

Os materiais penetrantes utilizados em ataques violentos são duros o bastante para penetrar diferentes estruturas anatômicas. A remoção desse objeto da região maxilofacial é potencialmente fatal e requer uma avaliação cuidadosa e abordagem multidisciplinar (MEER et al., 2010; TABARIAI et al., 2010; NOGUEIRA NETO et al., 2015).

Quanto à localização anatômica do trauma, prevaleceram os casos de trauma em mais de uma região do corpo simultaneamente, sendo os membros superiores o local mais acometido, seguido pela cabeça. Achados na literatura confirmam os membros superiores como sendo os sítios mais comuns associados a lesões por arma branca (SCHREYER et al, 2010; EL-ABDELLATI et al, 2011; NAIR et al, 2011). Um estudo realizado por Santana et al. (2012), objetivou determinar as características epidemiológicas das vítimas de agressões por arma branca, e evidenciou a predominância de lesões nas regiões de membros e tórax em 41,9% das vítimas, e lesões em cabeça e pescoço em 40,9% das vítimas.

A utilização da arma branca proporciona uma exposição do agressor, visto que, necessita de certa proximidade com a vítima, o que possibilita que esta se defenda (ZANDOMENIGHI et al., 2011). Tendo isso em conta, a ocorrência de lesão nos membros superiores, acontece provavelmente em função da tentativa de autodefesa empenhada por parte do agredido, ou intenção de proteger estruturas importantes como a face.

Baseando-se nos resultados da análise de regressão de Poisson, observou-se que pessoas em união estável estavam mais propensas a sofrerem trauma maxilofacial. Esse fato sugere a ocorrência de violência por parceiro íntimo, onde o agressor tem essa parte do corpo como o foco da agressão, devido à sua localização na mesma altura que o braço levantado do agressor, e em uma tentativa de afetar a autoestima do parceiro.

As armas brancas constituem-se em um instrumento causador de violência e injúrias, sendo de fácil acesso, e, portanto, nos leva a refletir sobre o papel que exercem no cenário da

violência. Há esforços do governo em reduzir a violência, porém, não há programas com atenção especial a esse mecanismo de trauma, como ocorre com as armas de fogo, sendo de grande valia no combate à violência, visto que as armas brancas foram apresentadas como um importante instrumento causador de violência (ZANDOMENIGHI et al., 2011).

O presente estudo apresenta algumas limitações. O desenho metodológico transversal não permite estabelecer relações de causa-efeito. Outra limitação consiste na possível subnotificação dos casos, uma vez que nem todas as vítimas de VFI por arma branca relatam a ocorrência às autoridades policiais e procuram assistência. Também não foi possível avaliar os impactos dos traumas na qualidade de vida das vítimas, constituindo uma área potencial para investigações futuras.

Por outro lado, os achados do presente estudo destacam a importância da conscientização pública sobre a ocorrência de VFI por armas brancas e a necessidade de desenvolver estratégias para prevenir as lesões maxilofaciais. Este estudo contribuiu com o avanço do conhecimento científico por dois motivos principais. Primeiro, permitiu caracterizar o perfil de homens e mulheres vítimas de VFI por armas brancas, baseando-se em dados médico-legais e forenses. Segundo, evidenciou os principais padrões de traumas exibidos pelas vítimas, bem como os fatores associados à ocorrência de traumas maxilofaciais.

5 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que a violência por arma branca afeta predominantemente indivíduos jovens e homens, residentes em zona urbana e não-assalariados. Observou-se uma diferença referente ao local de agressão, dependendo do sexo da vítima, estando as mulheres mais propensas a serem vítimas de violência doméstica tendo como principais agressores os homens, e os homens mais propensos a serem vítimas de violência comunitária. Em adição, evidenciou-se que fatores como o estado civil e a ocupação da vítima podem exercer influência na ocorrência de traumas maxilofaciais resultantes de VFI por armas brancas.

VICTIMS OF KNIFE VIOLENCE AND ORAL-MAXILLOFACIAL TRAUMA

Luzia Michelle Santos

ABSTRACT

Violence is a worldwide public health problem that can materialize in many ways, with cases of physical aggression resulting from Interpersonal Physical Violence (IPV) being more common. The aim of this study was to characterize the profile of victims of interpersonal physical violence (IPV) caused by a knife and to identify factors associated with the occurrence of maxillofacial trauma. A cross-sectional study was carried out based on an evaluation of 569 medical-legal and social records of IPV victims per knife treated at a Forensic Medicine and Dentistry Center in Brazil. The variables investigated were related to the sociodemographic characteristics of the victims, the circumstances of the aggressions and the patterns of trauma. Descriptive and multivariate statistics were used through decision tree analysis using the Chi-squared Automatic Interaction Detector (CHAID) algorithm as well as multivariate and univariate Poisson regression analyzes. The prevalence of oral-maxillofacial trauma was 19.3%. The mean age of the victims was 31.29 (SD = 13.82 years). Based on the decision tree, the profile of violence can be explained by the victim's gender ($p < 0.001$) and aggressor ($p = 0.006$), victim's region of origin ($p = 0.009$) and victim's employment status ($p = 0.049$). Based on the final Poisson regression model, stable union people were more likely to suffer maxillofacial trauma (PR = 1.67, 95% CI = 1.01-2.77, $p = 0.046$) compared to those who were singles. In addition, individuals who did not work were more likely to exhibit maxillofacial trauma (PR = 1.88, 95% CI = 1.19-2.95, $p = 0.007$) compared to those working in non-salaried conditions. The results suggest that the prevalence of oral-maxillofacial trauma was high and the main factors associated were the victim's marital status and employment status. Future studies will focus on assessing the impact of maxillofacial trauma on the quality of life and well-being of victims of violence.

Keywords: Epidemiology; Violence; Maxillofacial Injuries.

REFERÊNCIAS

ALESSANDRO, A. et al. Complex-type penetrating injuries of craniomaxillofacial region. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 17, n. 3, p. 442-446, 2006.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC medical research methodology**, v. 3, n. 1, p. 21, 2003.

BERNARDINO, Í. M. et al. Profile of Men Who Are Victims of Physical Violence by an Intimate Partner. **Journal of Family Violence**, p. 1-8, 2016.

BRASIL. **Lei nº 3.689**, Código do processo penal: o exame corporativo delicado e a experiência em geral. Brasília, Brasil; 1941.

CASSIDY, T. et al. A systematic review of the effects of poverty deconcentration and urban upgrading on youth violence. **Health & place**, v. 26, p. 78-87, 2014.

D'AVILA, S. et al. Characterization of victims of aggression and transportation accidents treated at the Forensic Medicine and Dentistry Institute - Campina Grande, Paraíba, Brazil - 2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 887-894, 2015.

D'AVILA, S. et al. Facial trauma among victims of terrestrial transport accidents. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 82, n. 3, p. 314-320, 2016.

EL-ABDELLATI, E.; MESSAOUDI, N.; VAN HEE, R. Assault induced stab injuries: epidemiology and actual treatment strategy. **Acta chirurgica Belgica**, v. 111, n. 3, p. 146, 2011.

FAGUNDES, M. A. V. et al. Estudo retrospectivo de janeiro de 1998 a maio de 2005, no Hospital Universitário de Maringá, sobre ferimentos por arma branca e arma de fogo. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 29, n. 2, p. 133-137, 2007.

FERREIRA, M. C. et al. Pattern of oral-maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. **Dental Traumatology**, v. 30, n. 1, p. 15-21, 2014.

GOULART, D. R. et al. What is expected from a facial trauma caused by violence?. **Journal of Oral & Maxillofacial Research**, v. 5, n. 4, p. 1-4, 2014.

GUIMARÃES, J. M. X. et al. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 441-451, 2005.

HAIR, J. F. et al. **Multivariate data analysis**. Upper Saddle River, NJ: Prentice hall, p. 1- 30, 2009.

KEMP, S. E. et al. Forensic evidence in apparel fabrics due to stab events. **Forensic science international**, v. 191, n. 1, p. 86-96, 2009.

KRISTOFFERSEN, S. et al. The hazard of sharp force injuries: Factors influencing outcome. **Journal of forensic and legal medicine**, v. 37, p. 71-77, 2016.

MASCARENHAS, M. D., et al. Epidemiological profile of emergency care for dental and oral injuries in Brazil, 2006-2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 124-32, 2012.

MASCARENHAS, M. D. et al. Emergency room visits for work-related injuries: characteristics and associated factors—capitals and the Federal District, Brazil, 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 667–678, 2015.

MEER, M. et al. Knife inflicted penetrating injuries of the maxillofacial region: A descriptive, record-based study. **Injury**, v. 41, n. 1, p. 77-81, 2010.

NAIR, M. S. et al. Changing trends in the pattern and outcome of stab injuries at a North London hospital. **Journal of Emergencies, Trauma and Shock**, v. 4, n. 4, p. 455, 2011.

NÓBREGA, L. M. et al. Characteristics of violence against women in Campina Grande, north-eastern Brazil. **Tanzania Journal of Health Research**, v. 18, n. 2, 2016.

NOGUEIRA NETO, J. N. et al. Ferimento provocado por arma branca impactada em região maxilofacial: Relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 15, n. 1, p. 41-44, 2015.

ROKACH, L.; MAIMON, O. Data mining with decision trees: theory and applications. **World scientific**, p. 1-14, 2014.

SANTANA, J. C. B. et al. Vítimas de Agressões Por Arma Branca: O Que Retrata a Demanda de um Serviço de Urgência. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, 2012.

SCHREYER, N. et al. Stab wounds in a Swiss emergency department: a series of 80 consecutive cases. **Swiss Med Wkly**, v. 140, p. w130582, 2010.

SILVA, C. J. et al. Maxillofacial injuries as markers of urban violence: a comparative analysis between the genders. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 127-36, 2014.

SILVA, C. J. et al. Maxillofacial injuries as markers of interpersonal violence in Belo Horizonte-Brazil: analysis of the sócio-spatial vulnerability of the location of victim's residences. **PLoS One**, v. 10, n. 8, p. 1-16, 2015.

TABARIAI, E. et al. Management of facial penetrating injury: A case report. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 68, n. 1, p. 182-187, 2010.

THE WORLD BANK (TWB), 2011. **Violence in the city: Understanding and supporting community responses to urban violence**. The World Bank Conflict, Social Development Department Conflict, Crime and Violence Team. Disponível em: http://www.unicef.org/protection/Violence_in_the_City.pdf. Acesso em: 15 de outubro de 2016.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência dos municípios brasileiros. Brasília: Ritla; 2008. Disponível em: <http://bibjuventude.ibict.br/jspui/handle/192/84#openModal>. Acesso em: 15 de outubro de 2016.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência: Os Jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>. Acesso em: 18 de maio de 2017.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2012: Atualização: Homicídios de mulheres no Brasil. 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>. Acesso em: 18 de maio de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Injuries and violence: the facts. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44288>. Acesso em: 25 de dezembro de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Global status report on violence prevention, 2014. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/. Acesso em: 24 de abril de 2017.

ZANDOMENIGHI, R. C.; MOURO, D. L.; MARTINS, E. A. P.. Stab wounds: epidemiological profile of emergency room treatment. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, n. 4, 2012.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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

Andamento do projeto - CAAE - 0652.0.133.203-11

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


Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	28/09/2011 22:11:38	Folha de Rosto	FR466976	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	21/10/2011 10:57:33	Folha de Rosto	0652.0.133.203-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	31/10/2011 13:12:30	Folha de Rosto	0652.0.133.203-11	CEP

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



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

ANEXO B – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA	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 N° _____ Iniciais: _____ Endereço Res. Vítima: _____			
1. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A VÍTIMA			
1.1 REGIÃO DE MORADIA 1 – Campina Grande 2 – Região Metropolitana	1.2 SEXO 1 – Feminino 2 – Masculino	1.3 IDADE <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1.4 ESTADO CIVIL 1 – Solteiro(a) 4 – Casado(a) 2 – Viúvo(a) 5 – União Estável 3 – Separado(a) 999 – Não informado
1.5 ESCOLARIDADE 1 – Não alfabetizado 2 – Ensino Fundamental 3 – Ensino Médio 4 – Ensino Superior 999 – Não informado Completo? Sim ou Não (circular)	1.6 OCUPAÇÃO 1 – Autônomo 4 – Desempregado 2 – Assalariado 5 – Não trabalha 3 – Aposentado 6 – Estudante 999 – Não informado (anotar)	1.7 RAÇA 1 – Branco 2 – Preto 3 – Pardo 4 – Amarelo 5 – Indígena 999 – Não informado	1.8 EVENTO 1 – Violência Interpessoal (agressão física) 2 – Acidente de Transporte Terrestre (ATT) Outro (anotar)
2. VIOLÊNCIA INTERPESSOAL			
2.1 CIRCUNSTÂNCIA DA VIOLÊNCIA 1 – Familiar 888 – Não se aplica 2 – Comunitária 999 – Não informado	2.4 INSTRUMENTO UTILIZADO 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		
2.2 SEXO AGRESSOR 1 – Feminino 2 – Masculino 3- Ambos 999 – Não informado 888 – Não se aplica	2.3 SUJEITO AGRESSOR 1 – Companheiro / Namorado 2 – Ex-companheiro / Ex-namorado 888 – Não se aplica 3 – Familiar (Ex: mãe, pai, filhos) 999- Não informado 4 – Conhecido (Ex: vizinho) 5 – Estranho anotar quem agrediu, Ex: marido,vizinho,estranho,genro,nora		
3. ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE			
3.1 TIPO DE ATT 1 – Automobilístico; 2 – Motociclístico; 3 – Atropelamento; 4 – Bicicleta; 999-Não informado 888 – Não se aplica. Descrever o acidente (Ex: atropelado por carro)			
4. CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA			
4.1 DIA DA OCORRÊNCIA 1 – Segunda 6 – Sábado 2 – Terça 7 – Domingo 3 – Quarta 999 – Não informado 4 – Quinta 5 – Sexta / /	4.2 HORA DA OCORRÊNCIA 1 – 00:00 às 05:59 4 – 18:00 às 23:59 2 – 06:00 às 11:59 999 – Não informado 3 – 12:00 às 17:59 (anotar hora)	4.3 LOCAL DO EVENTO 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: _____	
5.1 REGIÃO DO CORPO 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.	5. TRAUMAS SOFRIDOS PELAS VÍTIMAS	5.4 REGIÃO DA FACE 1-Orbital/perí/infra/pálpebra/superciliar 2-Frontal 11-Língua 3-Labial 12-Gengiva 4-Nasal 999 – Não informado 5-Zigomática/Malar 888 – Não se aplica 6-Bucinadora (externa) 13- Mais de uma: 7-Mandíbula/Geniana 8-Maxila 9-Mentoniana 10-Dentes Obs: Quando for mais de uma, grifar as regiões e marcar 13	
5.2 TRAUMA FACIAL 1 – Presente 2 – Ausente			
5.3 TIPO DE TRAUMA FACIAL 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)			