



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIENCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

MÁRIO CÉSAR FURTADO DA COSTA

**Traumas faciais em mulheres vítimas
de violência em Campina Grande-PB**

CAMPINA GRANDE – PB

2012

MÁRIO CÉSAR FURTADO DA COSTA

**Traumas faciais em mulheres vítimas
de violência em Campina Grande-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

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

CAMPINA GRANDE – PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

C837t Costa, Mário César Furtado da.
Traumas faciais em mulheres vítimas de violência em
Campina Grande-PB [manuscrito] / Mário César Furtado
da Costa. – 2012.
20 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro
de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof. Dr. Sérgio D’Ávila Lins Bezerra
Cavalcanti, Departamento de Odontologia”.

1. Violência contra a mulher. 2. Traumatismo facial.
3. Cirurgião-dentista. I. Título.


21. ed. CDD 617.522

MÁRIO CÉSAR FURTADO DA COSTA

**Traumas faciais em mulheres vítimas
de violência em Campina Grande-PB**

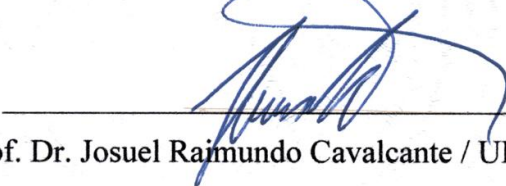
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação de Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Cirurgião-Dentista.

Aprovado em 14/06/2012.



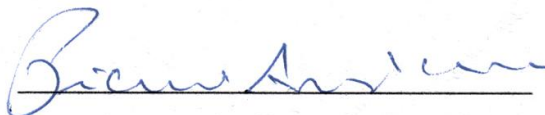
Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti / UEPB

Orientador



Prof. Dr. Josuel Raimundo Cavalcante / UEPB

Examinador



Prof. Dr. Pierre Andrade Pereira Oliveira / UEPB

Examinador

Traumas faciais em mulheres vítimas de violência em Campina Grande-PB

COSTA, Mário César Furtado¹

CAVALCANTE, Gigliana Maria Sobral²

NÓBREGA, Lorena Marques da³

OLIVEIRA, Pierre Andrade Pereira⁴

CAVALCANTE, Josuel Raimundo⁵

D'AVILA, Sérgio⁶

RESUMO

Este estudo teve como objetivo, verificar a ocorrência de traumas faciais em mulheres vítimas de violência, atendidas em um hospital de emergência de um município do Nordeste do Brasil, no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2011. Foram avaliados N=933 prontuários, destes 247 eram de mulheres. Os dados foram coletados por meio de um formulário especificamente elaborado para esse estudo, contendo: a faixa etária, o agente etiológico e a localização do trauma. Posteriormente foram submetidos a análise variada e bivariada, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Verificou-se uma maior prevalência de adultos (48,6%), que sofreram quedas da própria altura (38,5%), prevalecendo lesões de tecidos moles (67,6%). A região anatômica mais atingida foi a região da mandíbula, maxila, do arco zigomático e dos ossos nasais (43,7%). Pelo número de casos de violência envolvendo traumatismos em região bucomaxilofacial, fica evidente a necessidade de um Cirurgião-Dentista habilitado e capacitado para a realização do atendimento emergencial. Estas informações poderão ser úteis para caracterizar as principais necessidades de atendimento de urgência de pacientes vítimas de violência por fatores externos.

Descritores: Violência; Violência contra a Mulher; Saúde da Mulher; Violência Doméstica.

Descriptors: Violence; Violence Against Women; Women's Health; Domestic Violence.

INTRODUÇÃO

Com o aumento dos índices de violência nos últimos anos, motivados por diversos fatores, fizeram com que a sociedade brasileira seja considerada uma das mais violentas do mundo, principalmente com relação a casos de agressões contra a mulher. Geralmente são traumas de abrangência multidisciplinar, uma vez que, a maioria das agressões é localizada na face, cuja região não compromete só tecidos moles, mas também os ossos da face e regiões mais importantes como olhos, nervos e cérebro.^{16,20}

A violência contra a mulher gerada na esfera familiar ou por estranhos, consiste em um problema social que não respeita fronteiras de idade, religião, escolaridade ou classe social. Na maioria das vezes, acontecem no âmbito familiar, praticadas por pessoas que mantêm relações pessoais e afetivas, cujas lesões, são notáveis por levarem as vítimas a graves consequências emocionais, com possibilidades de deformidades permanentes.^{1,5}

Expressada de várias formas, a violência conjugal alcança homens e mulheres, porém, de uma forma desequilibrada, na qual as mulheres costumam serem agredidas pelos homens com uma gravidade maior em relação aos homens quando são atingidos por elas.⁸

A violência doméstica é um problema que não acontece só na sociedade brasileira, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, ocorre em todo o mundo e representa uma prioridade urgente da saúde pública. As agressões físicas contra as mulheres, podem causar a morte ou gerar incapacidade física para o resto da vida, além de problemas psicológicos, inclusive nas vítimas de abusos sexuais,^{3,11}

As agressões físicas causadoras de traumas são mais frequentes na região da face, devido ao fato de ser uma área pouco protegida e bem exposta, sendo responsável por um significativo número de alterações anatômicas e/ou funcionais permanentes, provocando

muitas vezes traumas estéticos complexos, podendo levar até a perda de função, gerando despesas substanciais nos serviços públicos e privados para a reabilitação.^{10, 11,13.}

Geralmente as vítimas de agressões com traumas, apresentam sintomas caracterizados como dor, adormecimento nos lábios, queixo, língua, nariz, dificuldade ou impossibilidade de abertura bucal, má oclusão, afastamento visível entre as coroas dentais e lacerações profundas sobre os ossos.^{4, 5, 15}

A face apresenta um alto índice de lesões quando comparado a outras regiões do corpo, provocados por acidentes de transporte terrestre, quedas da própria altura, prática esportiva e acidentes de trabalho.¹⁵

Com o objetivo de combater à violência contra a mulher, foi promulgada em 2003 a Lei 10.778, na qual obriga os serviços de saúde, a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher, cujos dados são repassados para o Ministério da Saúde para adoção de políticas públicas no sentido de combater esse tipo de crime.¹²

Considerando a importante prevalência dos traumatismos faciais causadas por violência, este trabalho teve como objetivo, avaliar os casos de traumatismo facial em mulheres vítimas de violência atendidas em um hospital de emergência.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em um município do Nordeste do Brasil, considerado como um dos principais pólos de desenvolvimento econômico do interior do País, com a uma população de aproximadamente 385.213 habitantes e índice de desenvolvimento humano de 0,72.¹³

(Fonte IBGE)

O desenho do estudo realizado foi do tipo transversal retrospectivo. Utilizou-se uma abordagem indutiva, através da observação indireta, por meio da análise dos n=933 prontuários, de vítimas de violência, de ambos os sexos, que foram atendidos em um serviço de emergência de um hospital, durante o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, sendo a amostra composta por 247 prontuários de pacientes do sexo feminino.

Os dados foram coletados por meio de um formulário especificamente elaborado para esse estudo, contendo: dados sócio demográficos das vítimas (idade e gênero), e dados de interesse da violência: mês de ocorrência do evento, etiologia, tipo e localização anatômica do trauma.

A faixa etária das vítimas foi expressa formalmente pelos pesquisadores em três categorias: crianças e adolescentes (0 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos, acima de 60 anos.

Os agentes etiológicos foram categorizados como Acidentes de Transporte Terrestre - ATT (automóvel, motocicleta e bicicleta), agressão interpessoal e quedas. Os traumas faciais foram adaptados de Silva (2011), quanto ao tipo: trauma de partes moles; fraturas (simples e múltiplas), trauma dento alveolar e todos os outros que não se enquadravam nessas categorias, foram incluídos como outros tipos. Localização anatômica do trauma como : região intraoral, região da mandíbula/maxila/zigomático/ossos nasais, região periorbitária, supercílio e outras, que não se enquadravam nas anteriores.

Foram seguidos os preceitos internacionais e nacionais de pesquisa com seres humanos (Declaração de Helsinque e Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS). O estudo foi registrado no SISNEP, encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba através do CAAE N° 02266.0.133.000-10.

Os dados foram examinados por meio da análise uni e bivariada, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, foi adotado o nível de significância de 5%. O software utilizado foi o SPSS, versão 18.0.

RESULTADOS

Foram avaliados n=933 prontuários, desse total, 247 (26,47%), eram de vítimas do gênero feminino e 686 (73,53%), do gênero masculino.

Entre os prontuários do gênero feminino a maioria encontrava-se na faixa etária de adultos (48,6%), e o mês mais prevalente foi o de dezembro (12,1%), (Tabela 01). O número de eventos por ano, foram aproximados, sendo o ano de 2010 um percentual um pouco acima do de 2011.

Tabela 1 - Distribuição percentual de faixa etária e mês de ocorrência da violência. Campina Grande, Brasil, 2012. (n=247)

Variáveis	N	%
Faixa Etária		
Crianças e Adolescentes (0 a 19 anos)	96	38,9
Adultas (20 a 59 anos)	120	48,6
Idosas	31	12,6
Mês		
Janeiro	14	5,7
Fevereiro	17	6,9
Março	19	7,7
Abril	17	6,9
Maio	25	10,1
Junho	18	7,3
Julho	17	6,9
Agosto	23	9,3
Setembro	21	8,5
Outubro	24	9,7
Novembro	22	8,9
Dezembro	30	12,1
Ano		
2010	127	51,4
2011	120	48,6
Total	247	100

Teste Exato de Fisher : $p < 0,001$

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Os acidentes envolvendo quedas da própria altura foram às causas mais frequentes dos traumatismos faciais, com 93 casos (38,5%), o tipo de lesão mais frequente foi o trauma de partes moles (67,6%) e a localização da maioria dos traumas foi na região que envolve a mandíbula, a maxila, o arco zigomático e os ossos nasais. (Tabela 02).

Tabela 2 - Distribuição percentual de etiologia, tipo e localização da lesão.

Campina Grande, Brasil, 2012. (n=247)

Variáveis	N	%
. Etiologia		
Acidente de Transporte Terrestre-ATT	56	22,7
Agressão Física	79	32,0
Queda	95	38,5
Outros	17	6,9
. Tipo de lesão		
Trauma de partes moles	167	67,6
Fratura (múltipla ou simples)	59	23,9
Trauma Dentoalveolar	9	3,6
Não identificado	12	4,9
. Localização da lesão		
Região intraoral	57	23,1
Mandíbula, Maxila, Zigomático e Ossos nasais	108	43,7
Regiões periorbitário e supercílio	33	13,4
Outros	49	19,8
Total	247	100

Teste Exato de Fisher : $p < 0,001$

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Quanto ao estudo da relação da faixa etária e o tipo da violência, são as adultas as que são mais acometidas por acidentes de automóvel, motocicleta e bicicleta. As maiorias das agressões físicas atingiram o grupo de adultas e as quedas foram mais frequentes entre idosas, comprovando associação significativa entre a faixa etária e o tipo de violência ao nível de 1,0% ($p > 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição segundo faixa etária e tipo de violência, Campina Grande, Brasil, 2012. (n=247)

Variáveis	ATT		Agressão física		Queda		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Crianças e Adolescentes (0 a 19 anos)	19	19,8	23	24,0	50	52,1	4	4,2	96	100
Adultas (20 a 59 anos)	34	28,3	51	42,5	24	20,0	11	9,2	120	100
Idosas (acima de 59)	3	9,7	5	16,1	21	67,7	2	6,5	31	100
									247	100

Teste Exato de Fisher : $p < 0,001$

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

A distribuição segundo a faixa etária e tipo de lesão, mostrou que a maioria das mulheres apresentou em todas as faixas uma maior prevalência de traumas de partes moles. As adultas apresentaram mais fraturas que as outras faixas e as crianças e adolescentes foram às únicas a sofrerem com trauma dentoalveolar, essa relação foi comprovada estatisticamente significativa. (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição segundo faixa etária e tipo de lesão. Campina Grande, Brasil, 2012. (n=247)

Variável	Trauma de partes moles		Fraturas		Trauma dentoalveolar		Não identificado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Crianças e Adolescentes (0 a 19 anos)	68	70,8	16	16,7	9	9,4	3	3,1	96	100
Adultas (20 a 59 anos)	76	63,3	37	30,8	-	-	7	5,8	120	100
Idosas (acima de 59)	23	74,2	6	19,4	-	-	2	6,5	31	100
									247	100

Teste Exato de Fisher : $p = 0,002$

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Com relação à localização da lesão, as crianças e adolescentes tiveram um maior percentual na região intraoral, já na região Peri orbitária e supercílios, as idosas apresentaram uma maior frequência, a relação foi estatisticamente significativa. (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição segundo faixa etária e localização da lesão. Campina Grande, Brasil, 2012. (n=247)

Variáveis	Região intraoral		mandíbula, maxila, zigomático e ossos nasais		Regiões peri orbitário e supercílio		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Crianças e Adolescentes (0 a 19 anos)	32	33,3	39	40,6	6	6,3	19	19,8	96	100
Adultas (20 a 59 anos)	22	18,3	56	46,7	18	15,0	24	20,0	120	100
Idosas (acima de 59)	3	9,7	13	41,9	9	29,0	6	19,4	31	100
									247	100

Teste Exato de Fisher : p=0,007

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

DISCUSSÃO

O Hospital pesquisado é um das principais referências para o atendimento de pacientes vítimas de traumas na região estudada. Baseando-se em dados do serviço de arquivo médico e estatístico, é atendida por dia uma média de 1,28 pacientes com trauma facial, resultando em aproximadamente 467 atendimentos ambulatoriais por ano. Dos pacientes atendidos, cerca de 36,5%, têm indicação cirúrgica. Dessa forma, é realizada anualmente, uma média de 170 cirurgias para o trauma facial.

Analisando a prevalência dos traumas quanto ao gênero, observa-se que foi mais frequente em pacientes do gênero masculino (73,5%), um achado bastante semelhante aos existentes na literatura dos traumatismos faciais. Esses resultados se aproximam de outros estudos.^{4,6,14.}

Entretanto, no estudo de Zalar²¹, constatou-se que as mulheres foram as mais vitimadas. Dentre os diversos casos de atendimentos as mulheres portadoras de traumas, constatamos que existem dificuldades de investigar e registrar o comportamento resultante da agressão, por parte do profissional de saúde, devido ao estado emocional da paciente, que às

vezes não permite que a mesma possa relatar os fatos ocorridos, ou simplesmente por omissão ou com vergonha de expor os motivos causadores das agressões, como uso de bebidas, drogas e festas de lazer de final de semana. Essa descrição é extremamente relevante, pois se trata de condição imprescindível para possibilitar a qualificação e a quantificação das sequelas provocadas pelas lesões e avaliar a efetividade da terapia empregada.

A maior prevalência em relação à faixa etária é de adultos, corroborando com achados de outros autores.^{2,11,14} Na faixa etária correspondente aos adultos, a mulher tem sido vítima de traumas de diversas natureza, cujas ocorrências estão relacionadas à sua inclusão na força de trabalho economicamente ativa. Com o exercício de atividades antes dominada pelo homem, a mulher se tornou mais exposta a problemas de ordem psicológicas, socioeconômicos e financeiros, além da competição e a execução de trabalhos domésticos.

O trauma facial pode ser considerado um dos tipos mais grave que acomete homens e mulheres de todas as idades e classes sociais. Às sequelas poderão deixar nos indivíduos consequências emocionais e deformidades permanentes. A incidência de trauma facial vem aumentando de forma significativa, principalmente junto a população mais jovem, provocadas principalmente por acidentes e por agressões físicas.^{1,10}

Verificou-se que a queda da própria altura constituiu-se na primeira causa de trauma faciais com 38,5% da amostra, corroborando com os estudos realizados por Cavalcante⁵, Lopes⁹, Reis¹⁴, Silva¹⁸. A segunda causa destaca-se as agressões físicas (32%), como um dos fatores mais frequentes dos traumas faciais. A região da face por está mais exposta, apresenta maior predominância de fraturas, deixando nos indivíduos sequelas físicas, funcionais, estéticas e psicológicas. O uso de bebidas alcoólicas, imprudência no trânsito e agressões, tem sido as principais causas, conforme podemos observar nos estudos sobre traumatismo faciais.^{2,3.}

O tipo de lesão facial encontrada neste estudo destaca-se um predomínio de trauma em partes moles (67,6%), que corroboram com dados de Silva.¹⁹

A região anatômica mais atingida foram as regiões da mandíbula, maxilas, zigomáticos e os ossos nasais (43,7%). Por ser a parte do corpo mais exposta, a face apresenta uma grande prevalência de traumas provocados por acidentes e agressões físicas, que na maioria das vezes acometem esta região, atingindo o seio nasal, olhos, dentição e crânio.¹⁰

Existe uma tendência ao aumento da incidência de mulheres que estão cada vez mais expostas aos fatores de riscos, que não buscam atendimento, cujos casos não notificados poderão se constituir na dificuldade da criação de políticas públicas voltadas para a prevenção e proteção da mulher. Limitando os hospitais simplesmente ao atendimento inicial, procedimento cirúrgico e internação hospitalar.

A Organização das Nações Unidas - ONU em Julho de 2010 votou por unanimidade, a criação de uma nova entidade para acelerar o progresso e o atendimento das demandas das mulheres e meninas em todo o mundo. A ONU Mulheres está em funcionamento desde Janeiro de 2011, tendo como compromisso: apoiar atividades inovadoras que beneficiam as mulheres conforme as prioridades nacionais e regionais. (Cartilha-Lei Maria da penha & Direitos da Mulher – Pag. 31, item 28).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011, estabelece a notificação compulsória no território nacional, de violência de qualquer natureza praticada contra a mulher, que for atendida nos serviços de saúde pública ou privada. O atendimento médico/hospitalar deve ser integral em todos os seus problemas e necessidades, sem discriminação de faixa etária, raça, gênero ou religião. Trata-se de uma atenção particular do

Ministério da Saúde a essa questão, pois promove e estimula o respeito aos direitos da mulher, representando uma reafirmação de apoio através de políticas públicas.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, pode-se afirmar que os traumas bucomaxilofaciais no gênero feminino vítimas de agressão, obteve um percentual significativo, predominando na faixa etária de adultos. Os fatores etiológicos mais frequentes que determinaram o trauma no gênero feminino foram a queda da própria altura e agressão física e o tipo de lesão facial mais frequente é em partes moles, sendo a região intraoral e os ossos nasais as mais prevalentes. Sendo necessária a implementação de políticas públicas coletivas para o atendimento deste tipo de violência.

ABSTRACT

This study aimed to verify the occurrence of facial trauma in women victims of violence treated at an emergency hospital in a city of northeastern Brazil, from January 2010 to December 2011. N = 933 were evaluated medical records of these 247 were women. Data were collected using a form specifically designed for this study, including: age, the etiologic agent and the location of the trauma. Subsequently underwent varied and bivariate analysis using chi-square test and Fisher exact tests with significance level of 5%. There was a higher prevalence of adults (48.6%) who suffered from simple falls (38.5%), prevailing soft tissue injuries (67.6%). The anatomic region most affected was the region of the mandible, maxilla, zygomatic arch and the nasal bones (43.7%). By the number of cases of violence involving injuries in maxillofacial region, there is an evident need for a Dental Surgeon able and willing to perform the emergency room. This information may be useful to characterize the main needs of emergency care for victims of violence by external factors.

Descriptors: Violence; Violence Against Women; Women's Health; Domestic Violence.

REFERÊNCIAS

1. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Quality of life and depression in women abused by their partners. *Rev. saúde pública.* 2009; 39(1):108-13.
2. Brasil, Conferência Nacional de Saúde, - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1997.
3. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev. saúde pública.* 2006; 40(2):256-64.
4. Cavalcante JR, Guimarães KB, Vasconcelos BCE, Vasconcelos RJH. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos com trauma de face no Hospital Antônio Targino - Campina Grande/Paraíba. *Braz. J. otorhinolaryngol.* 2009; 75(5):628-33.
5. Cavalcanti AV, Cavalcante JR, Cavalcanti AL. Fraturas faciais em pacientes atendidos no Hospital Antonio Targino - PB. *RFO UPF.* 2004; 9(1):52-6.
6. Freitas DA, Caldeira LV, Silva AM, Freitas VA, Antunes SLNO. Estudo epidemiológico das fraturas faciais ocorridas na cidade de Montes Claros/MG. *Rev. bras. cir. cabeça pescoço.* 2009; 38(2):113-5.
7. IBGE. Censo demográfico 2009. [online] Disponível na internet: <http://www.ibge.org.br> [Citado em 08 de fevereiro de 2012]
8. Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009; 14(2):594-604.
9. Lopes ALC, Rangel CLG, Paiva KG, Camara THQ, Ferreira MAF. Prevalência dos Traumas Buco-faciais em Pacientes Atendidos no Hospital Walfredo Gurgel (Natal-Rio Grande do Norte). *Rev. Bras. Cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2011; 11(2):123-30.

10. Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF, Rosa SC. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2008; 35(1):9-13.
11. Makenzie EJ. Epidemiology of injuries: current trends and future challenges. *Epidemiol rev.* 2000; 22(1):112-9.
12. Morgado R. Mulheres em situação de violência doméstica: limites e possibilidades de enfrentamento. In: Signorini H, Brandão E, organizadores. *Psicologia jurídica no Brasil*. Rio de Janeiro: Nau; 2004
13. Oliveira CMCS, Santos JS, Brasileiro BF, Santos TS. Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE. *Rev. Bras. Cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2008; 8(3):57-68.
14. Reis LF, Marzola C, Toledo FJL. Prevalência de fraturas faciais, na região de Bauru, no período de janeiro de 1991 a dezembro de 1995. *Rev. odonto ciênc.* 2001; 16(34): 231-41.
15. Rodrigues FHOC, Miranda ES, Souza VEM, Castro VM, Oliveira DRF, Leão CGE. Avaliação do trauma bucomaxilofacial no Hospital Maria Amélia Lins da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást., (1997)*. 2006; 21(4):211-6
16. Roselino LMR, Bregagnolo LA, Pardinho MABS, Chiaperini A, Bérغامo AL, Sinti LN, et al. Danos buco-maxilo-faciais em homens da região de Ribeirão Preto (SP) entre 1998 e 2002. *Odontologia, Ciência e Saúde – Revista do CROMG*. 2009; 10(2): 71-7.
17. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. saúde pública.* 2007; 41(3):472-7.

18. Silva CJP, Ferreira EF, Pacheco LPP, Drummond MN, Gomes VE. Perfil dos traumas maxilofaciais em vítimas de violência interpessoal: uma análise retrospectiva dos casos registrados em um hospital público de Belo Horizonte (MG). *Cad. saúde colet., (Rio J.)*. 2011; 19(1):33-40.
19. Silva JL, Lima AAAS, Melo IFS, Maia CL, Filho TRCP. Trauma facial: análise de 194 casos. *Rev. bras. cir. plást.* 2011; 26(1):37-41.
20. Wulkan M, Parreira JRJG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* 2005; 51(5):290-5.
21. Zaluar, A. Agressão física e gênero na cidade do Rio de Janeiro. *Rev. bras. ciênc. soc.* 2009; 24:(71):9-24.
22. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. [acesso em 15 de junho]. Disponível em:
<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha%20Lei%20Maria%20da%20Penha.pdf>
23. Assembléia Legislativa do Ceará. Projeto de Lei nº 16/04, do Deputado Chico Lopes Líder do PCdoB. Estabelece a Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher – NCVCM, atendida em serviços de urgência e emergência de unidades de saúde públicas e privadas do Estado do Ceará [projeto de lei na internet]. [acesso em 15 jun 2012]. Disponível em:
http://www.al.ce.gov.br/legislativo/tramitando/body/pl16_04.htm
24. Presidência da República do Brasil. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei Federal n. 10.788, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [lei na internet]. [acesso em 15 jun 2012]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/violenciacontramulher.htm>

ANEXO

Traumas bucomaxilofaciais em mulheres vítimas de agressão em Campina Grande



A) Faixa Etária:

- 1- 0 a 9 anos
- 2- 10 a 19 anos
- 3- 20 a 29 anos
- 4- 30 a 39 anos
- 5- 40 a 49 anos
- 6- 50 a 59 anos
- 7- 60 ou mais anos
- 8- Não identificado

D) Tipo de lesão facial

- 1- Trauma de partes moles;
- 2- Fratura múltipla;
- 3- Fratura simples
- 4- Trauma dentoalveolar;
- 5- Não identificado

Idade:

B) Gênero:

- 1- Feminino
- 2- Masculino

C) Etiologia:

- 1- Automóvel
- 2- Moto
- 3- Bicicleta
- 4- Agressão física
- 5- Arma de fogo
- 6- Arma branca
- 7- Queda
- 8- Esportes
- 9- Acidente de trabalho
- 10- Coice de animal
- 11- Não identificada

E) Localização Anatômica

- 1- Região intraoral
- 2- Mento
- 3- Mandíbula
- 4- Maxila
- 5- Zigomático
- 6- Ossos nasais
- 7- Região periorbitária e supercílio
- 8- Frontal
- 9- Não especificado
- 10- ATM.

F) Dia da semana

____/____/____

Normas para a publicação na Revista de Saúde Pública

INSTRUÇÕES AOS AUTORES



ISSN 0034-8910 versão impressa
ISSN 1518-8787 versão on-line

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados

STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica

MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise

QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas

STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas. As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas. Os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras. A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional:

Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomenclatura das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves - São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares: Devem ter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) uma tabela ou figura e até 5 referências. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até 100 palavras.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações

complementares:

Sua extensão é de até 4.000 palavras. O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras. Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares: Sua extensão é de até 2.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências. O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras. As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25. Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria: O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de links para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos: Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação. Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada.

Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos: Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma: Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em inglês.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral. Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15} A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do

trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.rsp.fsp.usp.br), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

Aguardando documentação: Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.

Em avaliação na pré-análise: A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.

Em avaliação com relatores: O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.

Em avaliação com Editoria: O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor. }

Manuscrito com o autor: O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.

Reformulação: O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.

Aprovado

Reprovado

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda. Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento. Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP. O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários. Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP. Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores. Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo. Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este

