



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

MONA LISA CORDEIRO ASSELTA DA SILVA

**LESÕES CORPORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA: CASOS PERICIADOS NO IML DE FEIRA DE
SANTANA-BAHIA**

FEIRA DE SANTANA - BA
2016

MONA LISA CORDEIRO ASSELTA DA SILVA

**LESÕES CORPORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA: CASOS PERICIADOS NO IML DE FEIRA DE
SANTANA-BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana para o Exame de Defesa do Mestrado em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Conceição Oliveira Costa.

**FEIRA DE SANTANA - BA
2016**

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

S5811 Silva, Mona Lisa Cordeiro Asselta da
Lesões corporais em crianças e adolescentes vítimas de violência :
casos periciados no IML de Feira de Santana-Bahia / Mona Lisa
Cordeiro Asselta da Silva. – Feira de Santana, 2016.
60 f. : il.

Orientadora: Maria Conceição Oliveira Costa.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Violência – Crianças e adolescentes – Feira de Santana, BA.
I. Costa, Maria Conceição Oliveira, orient. II. Universidade Estadual de
Feira de Santana. III. Título.

CDU: 301.151.56-053.2(814.22)

MONA LISA CORDEIRO ASSELTA DA SILVA

**LESÕES CORPORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA: CASOS PERICIADOS NO IML DE FEIRA DE SANTANA-BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia
Feira de Santana, 30 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Conceição Oliveira Costa
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof^a Dr^a Climene Laura de Camargo
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof^o Dr^a Jamilly de Oliveira Musse
Universidade Estadual de Feira de Santana– UEFS

DEDICATÓRIA

À DEUS por ser a luz do meu coração e dos meus olhos, por ser meu grande amigo e está ao meu lado em todos os momentos da minha vida, por ter planejado de maneira tão especial o meu mestrado na UEFS e por ser a minha força e felicidade.

À minha mãe Mirian por ser meu exemplo de força, coragem e determinação. Por ter dedicado a sua vida a mim e a minhas irmãs, precisando muitas vezes abrir mão de seus desejos e sonhos em prol dos nossos, por ter sido nossa mãe, pai e amiga e por ter nos educado de forma tão digna e admirável. Te amo minha mãe e as palavras que tenho hoje são insuficientes diante do respeito e gratidão por tudo que a senhora fez e faz por nós. Obrigada!!!

À minhas irmãs Mari e Bela, por serem as melhores irmãs do mundo, por dividirem comigo os melhores momentos da minha vida e por verdadeiramente torcerem por mim.

Ao meu marido lindo, que Deus colocou em minha vida para torna-la plena. Deco, as palavras são insuficientes para expressar o meu amor e gratidão por você. Obrigada por ter vivido mais essa conquista ao meu lado, sempre me apoiando, entendendo, protegendo e aconselhando. Você me completa, és tudo que preciso meu grande amor. Obrigada por tudo e que venham infinitos momentos maravilhosos ao seu lado! Eu te amo!!!.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Maria Conceição Oliveira Costa, que me deu oportunidade de continuar fazendo parte da história do NNEPA, que me compreendeu nos momentos que mais precisei, confiando em mim e tornando o meu sonho realidade. Obrigada Pró!!! Sem a senhora não seria possível.

À professora Jamilly de Oliveira Musse, presente de Deus em minha vida, minha conselheira e amiga. Obrigada por ter despertado em mim o desejo de sempre ser melhor do que ontem e de correr atrás dos meus sonhos. A senhora é peça fundamental em minha carreira profissional.

A minha sócia e amiga Jacque a quem carinhosamente chamo de Dó, por ter cuidado da nossa clínica de forma tão carinhosa e especial. Obrigada por todo apoio e força, nunca esquecerei!!! Te admiro muito e adoro dividir meus dias de trabalho com você. Você foi fundamental nessa conquista.

Aos meus colegas e amigos do mestrado que dividiram comigo essa experiência única de vida, com belas trocas de experiência e com ombro amigo disponível sempre que precisei. Uma turma realmente especial.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, por dividirem comigo momentos importantes de aprendizado e conquistas.

À todos os amigos da equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência, vocês são especiais e é sempre maravilhoso trabalhar ao lado de vocês. É uma honra fazer parte dessa família!!!

Ao IML de Feira de Santana em nome de Dr. Celso Danilo e de Dra. Clara, pelo acolhimento, recepção e confiança nos momentos que mais precisei. Obrigada por serem facilitadores na execução deste trabalho, vocês foram essenciais.

“Pois será como a árvore plantada junto a ribeiros de águas, a qual dá o seu fruto no seu tempo; as suas folhas não cairão, e tudo quanto fizer prosperará”.

(Salmo 1: 3)

RESUMO

Introdução: a violência tem se configurado como um problema mundial, presente em todas as sociedades ao longo da história, sendo que a ocorrência de maus-tratos infantis está estreitamente relacionada com os fatores sociais, culturais e ideológicos. **Objetivo:** analisar as características das lesões corporais decorrentes de violência física em crianças e adolescentes em Feira de Santana-Bahia, no ano de 2014. **Método:** estudo epidemiológico exploratório do tipo transversal sobre características das lesões corporais em crianças e adolescentes vítimas de violência física periciadas no Instituto Médico Legal de Feira de Santana - Bahia, utilizando dados secundários, do ano de 2014. **Resultados:** dos 411 casos de violência em crianças e adolescentes periciados no IML de Feira de Santana-Bahia, 53,0% pertenciam ao sexo masculino; 83,5% eram adolescentes; as regiões mais atingidas foram a cabeça 35,7% e os membros superiores 28,0%; a lesão contusa foi mais frequente 79,8%, enquanto que, entre as lesões contusas superficiais, a escoriação 44,0% foi mais prevalente. Não houve associação significativa entre o trauma em região de cabeça e pescoço com as características da vítima, agressor e da lesão, exceto para a variável com “instrumento contundente”, que se apresentou como fator de proteção. **Conclusão:** lesões corporais em crianças e adolescentes, decorrentes de violência, precisam ser melhores discutidas, diagnosticadas e diferenciadas de outras lesões que geram entradas em hospitais, clínicas, unidades básicas de saúde, dentre outros. A localização da lesão pode ser um importante indicador de maus-tratos e os profissionais de saúde precisam se atentar a este fator, já que são obrigados a realizar a notificação e denúncia dos casos suspeitos ou confirmados da violência.

Palavras-chave: lesão, violência, criança, adolescente.

ABSTRACT

Introduction: violence are characterized as world hum problem, present in all societies and throughout history, being one que child abuse occurred IS closely related to the social, cultural and ideological. **Objective:** to analyze how Bodily injury of the characteristics resulting from physical violence in children and adolescents in Feira de Santana, Bahia, in the year 2014. Method: Exploratory epidemiological study to cross-sectional about characteristics of body injuries in children and adolescents Physical violence victims periciadas no legal Medical Institute of Feira de Santana - Bahia, using secondary data, make year 2014. **Results:** of 411 Violence Cases in Children and adolescents periciados not IML in Feira de Santana, Bahia, 53.0% male belonged to the sex; 83.5% were teenagers; as regions most affected were head 35.7% and 28.0% higher members; one contusion injury was more frequent 79.8%, while que, among contused as superficial lesions, excoriation 44.0% was more prevalent. from: there was no significant association between trauma in region head and neck with the characteristics of the victim, offender and the injury, except paragraph Variable with "blunt instrument" which is presented as protection factor. **Conclusion:** body injuries in children and adolescents due to violence, need to be better discussed, diagnosed and differentiated other injuries que generate inputs in hospitals, clinics, basic health units, among other. The location of the lesion can be hum important indicator of ill-treatment and Health professionals need to pay attention to this factor, as they are obliged to carry out notification and Report of Suspected or actual cases of violence.

Keywords: Injury, Violence, Child, adolescent.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CT	Conselho Tutelar
DPT	Departamento de Policia Técnica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ICAP	Instituto de Criminalística Afrânio Peixoto
IIPM	Instituto de Identificação Pedro Mello
IML	Instituto Médico Legal
IMLNR	Instituto Médico Legal Nina Rodrigues
LCPT	Laboratório de Policia Técnica
MS	Ministério da Saúde
NNEPA	Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência
OMS	Organização Mundial de Saúde
SESP	Secretaria do Estado de Segurança Pública
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice 1 – Instrumento de Coleta (Questionário)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características sociodemográficas de crianças e adolescentes vítimas de violência física submetidas a exame de lesão corporal no IML de Feira de Santana-BA, 2014.....48

Tabela 2 Características das lesões em crianças e adolescentes vítimas de violência física periciadas no IML de Feira de Santana-BA, 2014..... 49

Tabela 3 Perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes vítimas de violência física submetidas a exame de lesão corporal, segundo a região do corpo afetada, periciadas no IML de Feira de Santana-BA, 2014..... 50

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO.....	14
3	OBJETIVO	15
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
4.1	PANORAMA DA VIOLÊNCIA.....	16
4.1.1	Violência como problema de saúde pública.....	16
4.1.2	Violência física.....	18
4.1.3	Lesões corporais decorrentes de violência física.....	19
4.2	POLÍTICAS PÚBLICAS/ REDE DE PROTEÇÃO E GARANTIA DE DIREITOS.....	20
4.2.1	Estatuto da criança e do adolescente – ECA.....	20
4.2.2	Conselho tutelar - CT.....	21
4.2.3	Instituto médico legal – IML.....	22
4.3	TRAUMATOLOGIA FORENSE.....	23
4.3.1	Instrumentos utilizados nos casos de violência.....	24
4.3.2	Tipos e características das lesões.....	25
5	METODOLOGIA.....	29
5.1	TIPO DO ESTUDO	29
5.2	ÁREA DO ESTUDO	29
5.3	POPULAÇÃO ALVO E PERÍODO DE ESTUDO	29
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	29
5.5	FONTE E INSTRUMENTOS	30
5.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO	30
5.7	PROCESSO DE COLETA DE DADOS	31
5.8	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	31
5.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
6	RESULTADOS	33
	RESUMO	33
	ABSTRACT	34
	INTRODUÇÃO.....	35
	MÉTODO	36
	RESULTADOS	37
	DISCUSSÃO.....	38

CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

A violência tem se configurado como um problema mundial, presente em todas as sociedades ao longo da história, sendo que a ocorrência de maus-tratos infantis está estreitamente relacionada com os fatores sociais, culturais e ideológicos. Na Grécia antiga, na Sociedade Espartana militarista, durante a Revolução Industrial e na Alemanha no período de dominação nazista, diferentes atrocidades com crianças e adolescentes já podiam ser reconhecidas (SILVA, 2010).

As crianças e os adolescentes são os grupos mais expostos e vulneráveis a sofrerem violência, muitas vezes, por sua posição de submissão perante os adultos. A violência com crianças e adolescentes pode ser praticada pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais. A verdade é que a violência, particularmente, contra crianças é uma prática socialmente aceita, desde o início da humanidade. Quanto mais volta-se na história, piores serão os níveis de cuidados prestados às crianças e maiores serão as possibilidades delas serem assassinadas, abandonadas, agredidas, aterrorizadas ou abusadas (LOPES NETO, 2002).

A violência física também pode ser denominada de maus-tratos, sevícia ou abuso físico. Acontece quando alguém causa ou tenta causar lesões internas, externas ou ambas com o uso da força física (DAY et al., 2003). O Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde a conceitua como atos violentos, com a utilização da força física seja ela intencional, não acidental, com o objetivo de lesar, ferir ou destruir, deixando ou não marcas impressas no corpo. Tapas, beliscões, chutes, socos, empurrões, mordidas, puxões de cabelo, asfixias de uma forma geral, queimaduras, e mutilações, são algumas formas de manifestações desse tipo de violência (BRASIL, 2009).

Vítimas de violência física geralmente apresentam lesões corporais. Essas são definidas pelo Código Penal Brasileiro em seu artigo 129 como ofensa a integridade física ou a saúde de outrem, tendo como pena, detenção de três meses a um ano. Divide-se em lesão grave e gravíssima tendo diferença de pena entre elas. A lesão corporal de natureza grave são aquelas que resultarem em: incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias; perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função; aceleração de parto, tendo como pena – reclusão de dois a oito anos. É considerada lesão corporal de natureza gravíssima se resultar em: incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente; aborto, tendo como pena – reclusão, de dois a oito anos.

Estudos sobre lesões corporais que tenha como fator etiológico a violência física são escassos na população de crianças e adolescentes. O que se observa na literatura, são profissionais da área de saúde em especial médicos e cirurgiões-dentistas bucomaxilofaciais procurando estudar as lesões de forma técnica sem dar devida importância ao fator etiológico e ao problema social escondido por trás dessas agressões. O que faz refletir sobre a perpetuação do problema que está “mascarado” em todas as instâncias e áreas sociais.

A subnotificação da violência já é conhecida por pesquisadores e pelo poder público, trabalhos vêm sendo desenvolvidos no intuito de alertar a população sobre a importância e a obrigatoriedade da notificação e denúncia dos casos suspeitos e ou confirmados da violência em crianças e adolescentes. No entanto, parece que a comunidade em geral, e mais preocupante, os profissionais de saúde não estão atentos muito menos preocupados ou talvez até preparados para se “deparar” com tal problema. Esse despreparo por parte dos profissionais de saúde deva-se talvez por um preparo deficiente durante a graduação, por não conhecer os caminhos legais a seguir diante de casos suspeitos ou confirmados, por desconhecer ou até mesmo não compreender seu papel ético, legal e social dentro da comunidade e ainda por não saber fazer o diagnóstico diferencial das lesões no momento do atendimento.

Neste contexto, surgiu a inquietação de buscar informações que mostrem não apenas o perfil sociodemográfico das crianças e adolescentes vítimas de violência física (outros estudos já vem fazendo isto), mas também e principalmente a caracterização das lesões, a região do corpo mais acometida, qual o tipo de lesão mais comum, o objeto mais utilizado no momento da agressão e onde essas crianças e adolescentes se encontravam no momento em que sofreram a violência.

A realização desse estudo contribui para proporcionar maior visibilidade às lesões corporais em vítimas de violência física crianças e adolescentes, permitindo desta forma um maior conhecimento sobre o agravo, facilitando à identificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência, com o intuito de diminuir a subnotificação.

2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Quais são as características das lesões corporais resultantes de casos de violência física em crianças e adolescentes, no município de Feira de Santana-Bahia, no ano de 2014?

3 OBJETIVO

Analisar as características das lesões corporais, decorrentes de violência física, em crianças e adolescentes em Feira de Santana-Bahia, no ano de 2014.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A magnitude da violência e a frequência de vítimas crianças, adolescentes e jovens vêm despertando o interesse de estudiosos para com esse tema. Neste contexto, foram abordados na fundamentação teórica os temas relacionados ao panorama da violência, políticas públicas/rede de proteção e garantia de direitos, e a traumatologia forense, que aborda os tipos de lesões mais frequentes periciadas pelos IMLs de todo Brasil.

4.1 PANORAMA DA VIOLÊNCIA

Foram abordados assuntos relacionados à violência como problema de Saúde Pública e os tipos de manifestações da violência tanto física como sexual.

4.1.1 Violência como problema de saúde pública

A violência vem cumprindo seu papel em nossa sociedade. Imobiliza pelo terror, emudece pela força, legitima o recurso a justiça por conta própria ou pelas próprias mãos, e deteriora Estados já deteriorados (pela corrupção ou falhas históricas e pela sobrecarga dos recursos e imposições neoliberais). Tem penetrado todos os meandros da vida cotidiana, disciplinando indivíduos, famílias, instituições e países, não deixando nem mesmo o mercado escapar dos seus ditames (AGUDELO, 1997).

É definida como a negação, usurpação e violação das condições físicas, psíquicas, intelectuais, morais e de liberdade que permitem a vida em sociedade, tanto no âmbito coletivo como interpessoal, estando presente em todas as culturas, gêneros, classes sociais, etnias e faixas etárias. Ela atinge tanto os países pobres e em desenvolvimento, como os mais desenvolvidos, embora seja mais perceptível e impactante nos países onde as condições de vida são mais precárias (MAIA; BARRETO, 2012).

Outro conceito bastante utilizado, elaborado pela Organização Mundial de Saúde, a define como o uso da força física ou do poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou grupo que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, privação ou desenvolvimento prejudicado (WHO, 1996).

A violência é antes de tudo, uma questão social e, portanto, em si, não é objeto próprio do setor saúde. Contudo, dentro da atual concepção ampliada de saúde, a violência se torna um tema desse campo pelo impacto que provoca na qualidade de vida da população (pelas

lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares) (MINAYO, 2004).

Como fenômeno que afeta a saúde individual e coletiva, exige para sua prevenção e tratamento, a formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (MINAYO, 2004). Segundo a Organização Panamericana de Saúde (1994) a violência tornou-se endêmica em muitos países, seja pelo número de vítimas ou pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz.

São diversos os motivos pelos quais a violência assumiu papel de destaque na pauta dos principais problemas no cerne da Saúde Pública. Seus efeitos contrários ao bem-estar individual e coletivo; destruição de milhares de vidas; redução da qualidade de vida para as pessoas próximas às vítimas seja afetiva, política ou socialmente; além da limitação no exercício dos diferentes direitos, e produção de alta carga de mortalidade e morbidade evitável que afeta especialmente crianças, mulheres e jovens (AGUDELO, 1997).

A OMS em 1996 adotou a resolução WHA, onde declara a violência como maior e mais crescente problema de Saúde Pública em todo o mundo, e chama atenção para as suas sérias consequências, tanto a curto quanto a longo prazo, para indivíduos, famílias, comunidades e países que pressionam os serviços de saúde com os efeitos danosos (NETO, 2008).

No cenário mundial e nos diferentes contextos socioculturais a violência tem sido apontada como uma das principais causas de morte na faixa etária de 15 a 44 anos. No Brasil, os agravos causados pelas causas externas (acidentes e violências), são a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos. Dados do Ministério da Saúde apontaram que, no período de 1980 a 2006, ocorreram um total de 2.824.093 óbitos por causas externas. Entre o início e o fim desse período, houve um aumento de 78% na frequência das causas externas, passando de 70.212 óbitos em 1980 para 125.237 óbitos em 2006 (OLIVEIRA et al., 2014; DAHLBERG; KRUG, 2007).

Os serviços de saúde têm concentrado seus esforços em atender os efeitos da violência: a reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações. A mensagem mais importante que se pode dar a partir do setor saúde é que na maioria, os eventos violentos e os traumas não são acidentes, não são fatalidades, não são falta de sorte, mas podem ser enfrentados, prevenidos e evitados (MINAYO, 1994).

Seja a partir de ações específicas do setor saúde para prevenir e para tratar as consequências da violência; seja na sua articulação interdisciplinar, interprofissional e

multisetorial, é importante ter em mente que as energias devem ser encaminhadas para construção e preservação dos direitos humanos e sociais. Atuar contra as causas da violência significa atuar também contra a pobreza e a miséria que sacrificam grande parte da população, e respeitar seus direitos consagrados (MINAYO, 2001).

4.1.2 Violência física

A violência de uma forma geral em crianças e adolescentes é conceituada como toda ação ou omissão, que tenha como resultado qualquer forma de dor, provocado por pessoa com maturidade mais adiantada (PFEIFFER et al., 2011). É um fenômeno que acontece independente de raça, classe social ou cultura (GARBIN et al., 2011).

A violência física vem circundando de forma persistente a vida de crianças e adolescentes (PINTO; ASSIS, 2013). É conceituada por atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, deixando ou não marcas evidentes em seu corpo (OMS, 2009). É a forma de agressão mais reconhecível, com quadros clínicos de traumas ou deficiência podendo chegar até a falta de desenvolvimento, quando a explicação da injúria não é consistente com o tipo e gravidade das lesões observadas (CAVALCANTI, 2000).

Pode acontecer nas formas de violência familiar também conhecida como doméstica e/ou violência comunitária. A violência familiar ocorre quando esse grupo de vítimas é agredido por pessoas do ambiente familiar (pai, mãe, madrasta, padrasto, tios, cuidadores, reesponsáveis legais, dentre outros) independente do local que ela esteja, seja no próprio domicílio, domicílio outros ou até mesmo em vias públicas. Já a violência comunitária é praticada por indivíduos sem laços de parentescos, conhecidos ou não. Apresenta-se como uma forma comum de violação dos direitos da criança e do adolescente, podendo ser acometida em qualquer ambiente e vitimizand-os de forma atuante ou seja o indivíduo participando de forma real da violência (sendo agredida) ou como espectador, quando muitas vezes são testemunhas de algum ato violento (PINTO; ASSIS, 2013). Segundo Pfeiffer e colaboradores (2011) nas crianças e adolescentes a violência física doméstica é mais comum, e acontece habitualmente em ambiente domiciliar.

Quando se trata do sexo de vítimas crianças e adolescentes que sofreram violência física estudos apontam resultados diferentes e com pouca diferença proporcional entre os sexos. Em um estudo realizado no Paraná, por exemplo, que procurou traçar o perfil das

notificações de violência física em vítimas menores de 15 anos observou que o sexo feminino foi o mais atingido 53,4% (MARTINS; MELLO JORGE, 2009); No entanto no estudo realizado por Souza et al. (2014) em Feira de Santana no Estado da Bahia observou maior número de vítimas no sexo masculino 50,2%. Essa “não diferença” ou talvez “pouca diferença” entre os sexos das vítimas demonstram que o problema não é “nelas” e sim nos agressores, como já era de se esperar, que agredem por qualquer razão.

Estudos apontam que os adolescentes são mais vitimados quando comparados às crianças na violência física. A pesquisa realizada por Guimarães e Villela (2011) no IML de Maceió- Alagoas demonstrou que 70,9% das vítimas eram adolescentes e destas 48,6% pertenciam ao sexo feminino. Souza et al. (2014) encontraram em seu trabalho também uma maior proporção de vítimas adolescentes 51,6%.

Estudos como o de Pimenta et al. (2013) e Guimarães e Villela (2011) assim como diversos outros estudos que tratam sobre a raça/cor de pele das vítimas mostram que os pardos e negros sofrem agressão com mais frequência. O que merece atenção especial por parte das políticas públicas de prevenção e saúde.

Com relação aos agressores desse tipo de violência neste grupo etário já é sabido que na maior parte dos casos os agressores se apresentam como membro da família, sendo de diversos graus de parentescos (SANTOS et al., 2015); SILVEIRA et al., 2005).

A abordagem da violência se expressa com forte ênfase na análise das tendências epidemiológicas e de prevenção à ocorrência de lesões físicas, emocionais e de morte, além de aperfeiçoar e dar qualidade à atenção prestada às vítimas (MINAYO, 1999).

4.1.3 Lesões corporais decorrentes de violência física

A localização da lesão pode ser um importante indício de ocorrência de violência física. O segmento corporal mais atingido em casos de violência é a face, justamente por ser a face, a parte do corpo mais exposta e menos protegida. Na maioria das vezes, o trauma facial está associado a fraturas dentárias, contusões, equimoses, abrasões e lacerações, acometendo principalmente as pessoas jovens, pelo fato de serem mais ativas (GODOI et al., 2013; FRANÇA, 2008).

O tecido mole é o mais atingido pela violência física, oriundos de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, “arrancamentos” (cabelos) e ferimentos por arma branca ou arma de fogo. As lesões incluem desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas. (CAVALCANTI, 2000). Lesões como edema orbitário (palpebral) unilateral, equimoses de

bossas frontais, equimoses de bochecha, labiais e subnasais, equimoses e escoriações periorais, equimoses mentonianas, mordidas humanas em bochechas, lacerações e deformidades de pavilhão auricular também são lesões comumente encontradas em casos de violência em crianças e adolescentes (VANRELL, 2009). As queimaduras de 2º e 3º graus são bastante frequentes, podendo ser observados em mãos, nádegas, pés e costas, muitas vezes essas queimaduras podem ser geradas por instrumentos esquentados em chamas ou pelo arremesso de líquidos quentes (COSTA et al., 2007).

Lesões em diferentes estágios de evolução (coloração e aspecto) ou presentes concomitantemente em diversas partes do corpo são sugestivas de lesões provocadas por violência em diferentes momentos. Quando algum instrumento é utilizado para a agressão pode-se reconhecer sua forma “impressa” na pele das vítimas (cintos, fios, garfos, cigarros, dentes) podendo até chegar a identificação do agressor no caso de mordidas. É importante que a avaliação das lesões encontradas seja feita com detalhe, considerando tamanho, bordas, localização e cor das mesmas (CAVALCANTI, 2000).

4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS/ REDE DE PROTEÇÃO E GARANTIA DE DIREITOS

As Políticas Públicas foram criadas com o intuito de assegurar determinados direitos. Neste tópico foram abordados as Políticas Públicas Brasileiras focalizadas em crianças, adolescentes e jovens.

4.2.1 Estatuto da criança e do adolescente – ECA

Com a implementação do ECA, a concepção de atendimento à criança e ao adolescente mudou, pois essa lei exige prioridade absoluta, por parte da família, da sociedade e do Estado. Desta forma esse grupo é portador de direitos especiais, ou seja, ao mesmo tempo em que deve ser respeitado, precisa ser protegido, por conta da sua condição de pessoa humana em franco desenvolvimento físico, moral e psicológico (BRASIL, 1993).

Considera-se criança, para o ECA, a pessoa até doze anos incompletos de idade, e adolescentes aquele entre doze e dezoito anos de idade. O artigo 5º traz que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1993).

De acordo com Artigo 227 da Constituição Federal, é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade, entre outros, o direito à saúde, à alimentação, à cultura, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1993).

O ECA, tem uma formulação muito clara sobre o papel do setor saúde e do setor educacional, tratando-os como esferas públicas privilegiadas de proteção que recebem incumbências específicas: a de identificar, notificar a situação de maus-tratos e buscar formas (parceiros) para proteger a vítima e dar apoio à família. Nele, os artigos do Capítulo I, que tratam dos direitos fundamentais garantidos às crianças e aos adolescentes, abordam a proteção à vida e à saúde, desde a sua concepção, determinando as ações que devem garantir o atendimento à gestante e o acesso irrestrito das crianças e adolescentes aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde através do Sistema Único de Saúde - SUS (Art. 11) (BRASIL, 1993).

Ainda sobre o setor saúde, o art. 13 do capítulo I traz que os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1993).

4.2.2 Conselho tutelar - CT

O Conselho Tutelar se constitui em um espaço político, por excelência, de abrangência municipal, formado por um colegiado de cinco munícipes eleitos pela comunidade, que atende diretamente a criança e o adolescente na garantia e efetivação dos seus direitos. Trata-se de um órgão autônomo e portanto, deve servir como mediador entre a comunidade e Poder Judiciário, na defesa e promoção dos direitos da criança e do adolescente. É um instrumento de proteção à criança que com ações abrangentes atua no contexto da violência procurando minimizá-la (SANTOS et al., 2009).

Art. 136 do ECA traz que, são atribuições do Conselho Tutelar, atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts.98 e 105, aplicando as medidas previstas no art.101, I a VII; atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art.129, I a VII; promover a execução de suas decisões, podendo para tanto requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, bem como representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações. (BRASIL, 1993)

São ainda suas atribuições, encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança e do adolescente; encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência; providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art.101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional; expedir notificações; requisitar certidões de nascimento e de óbito de crianças ou adolescentes quando necessário; assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art.220, inciso II, da Constituição Federal; e representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto a família natural (BRASIL, 1993).

De acordo com Digiácomo (2010, p.148)

O legislador reservou ao Conselho Tutelar um importante papel no enfrentamento dos casos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, devendo o órgão atuar em diversas frentes [...] a efetiva solução do problema irá demandar uma ação articulada de inúmeros órgãos e setores governamentais e não governamentais, bem como a atuação de profissionais altamente capacitados, como parte integrante de uma política pública especificamente destinada a tal finalidade.

O CT recebe denúncias de diferentes fontes, sendo que algumas estão previstas em lei; como é o caso dos dirigentes de estabelecimento escolar e também os estabelecimento de saúde que devem obrigatoriamente comunicar o CT local os casos de suspeitas ou confirmação de maus tratos (DIGIÁCOMO, 2010).

4.2.3 Instituto médico legal - IML

O Sistema de Garantia de Direitos - SGDCA busca garantir os serviços públicos básicos, tendo como objetivo o cumprimento dos deveres da família, da comunidade e da sociedade para com as crianças e adolescentes. O SGDCA é composto pelo *Sistema Judiciário*, com as Delegacias especializadas, Instituto Médico Legal, Ministério Público, Defensoria Pública, Vara da Infância e Juventude; O *Sistema Administrativo* que é representado pelos Conselhos de Direitos e Tutelar e o *Sistema de Políticas Setoriais* que abrange a saúde, Assistência Social, dentre outros (BRASIL, 2005).

Integrante do SGDCA, o IML é um órgão público subordinado à Secretaria do Estado de Segurança Pública - SESP que presta serviços de Polícia Científica na área de Medicina Legal. Quando requisitados por autoridades policiais e judiciárias, o IML realiza perícias em cadáveres e em pessoas vivas, além de exames complementares (laboratoriais) nas áreas de anatomia patológica, toxicologia, química legal e sexologia forense, emitindo laudos sigilosos que representam peças fundamentais ao esclarecimento dos processos policiais, judiciários e administrativos (BRASIL, 2008).

O Departamento de Polícia Técnica - DPT do Estado da Bahia tem por finalidade planejar, coordenar, dirigir, controlar, fiscalizar e executar os serviços no campo da polícia técnico científica, realizando perícias, exames, pesquisas e estudos, visando à prova pericial. Criado em 1938, durante a reorganização estrutural da Secretaria da Segurança Pública. No início, agrupava somente o Instituto Médico Legal Nina Rodrigues - IMLNR, criado em 1905, e o Instituto de Identificação Pedro Mello - IIPM, em 1910. Atualmente fazem parte também do DPT o Instituto de Criminalística Afrânio Peixoto - ICAP de 1944, o Laboratório Central de Polícia Técnica - LCPT de 1973 e a Diretoria do Interior, criada em 2004.

A violência física que resultar em lesões corporais, de acordo com o artigo 158 do Código de Processo Penal será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado. Neste contexto, se faz necessário, o encaminhamento dessas vítimas para o IML.

O exame de corpo de delito é diferente do exame de lesão corporal, no entanto o exame de lesão corporal faz parte do exame de corpo de delito e só quem está permitido habitualmente a fazer esse tipo de exame são os peritos médicos e odontólogos oficiais, ou seja, aqueles concursados. Já uma parte do exame de corpo de delito pode ser feita pelo perito criminal com outra formação acadêmica profissional, e vai desde a perícia no local de crime até a perícia em objetos presentes no crime, dentre outros. Lembrando que na Bahia todos os peritos oficiais são concursados e policiais civis.

4.3 TRAUMATOLOGIA FORENSE

A traumatologia forense pesquisa as lesões e os estados patológicos, imediatos ou tardios, produzido por violência sobre o corpo humano, nos seus múltiplos aspectos, tratando ainda das diversas modalidades causadoras desse dano (FRANÇA, 2004). É também conceituada por Couto (2011) como o estudo dos aspectos médicos-jurídicos das lesões,

incluindo a extensão do dano, seu prognóstico, suas repercussões socioeconômicas, bem como suas limitações profissionais.

Uma força ao entrar em contato com um corpo ou do contrario um corpo entrar em contato com uma forma, no ponto onde ocorre essa transferência de energia, produzem-se alterações das estruturas corporais. As alterações morfológicas ou funcionais do corpo, no local que ocorreu a transferência de energia denominam-se lesões (VANRELL, 2009).

A Traumatologia Forense ainda é dividida em instrumentos e meios. Os meios são qualquer situação que tenha capacidade de causar um dano mediante a transferência de energia não mecânica e pode ainda ser subdividido em meio físico, químico, físico-químico, mecânico, bioquímico e misto (SILVA, 1997; COUTO, 2011). Os instrumentos serão conceituados e classificados abaixo.

4.3.1 Instrumentos utilizados nos casos de violencia

Conceituados como objeto ou estruturas que transferem energia mecânica os instrumentos, classificam-se em perfurante, cortante, contundente, perfurocortante, perfurocontudente, cortocontudente e lacerante. Nos instrumentos perfurantes, a energia é aplicada sobre “um ponto” com mecanismo de pressão/penetração, provocando uma lesão punctória. Exemplos desses tipos de instrumentos são: alfinete; agulha; sovela; prego e estilete. A aplicação da energia sobre forma de linha com o mecanismo de deslizamento são características dos instrumentos cortantes. A lesão que esse tipo de instrumento provoca é chamada lesão incisa e não incisão, como muitos costumam verbalizar, pois a incisão é entendida como um ato cirúrgico. Navalhas e giletes são exemplos desse tipo de instrumento. Um mesmo instrumento pode provocar diferentes tipos de lesões (COUTO, 2011).

Esse talvez seja o tipo de instrumento mais utilizado no momento das agressões. O instrumento contundente tem aplicação da energia sobre a forma de área mais massa, atua em um mecanismo de pressão/esmagamento e/ou pressão/esgarçamento, causando ferimentos contuso ou lacerocontuso. Temos como exemplos os cassetetes, chão, muro, pára-choque, pau, braço, perna, dentre outros. A superfície desse tipo de instrumento é em sua grande maioria, plana, podendo variar entre lisa, irregular e áspera (VANRELL, 2009).

Um estudo realizado por Pimenta e colaboradores, em 2013, sobre lesões na região bucomaxilofacial em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2009, observou que em 96,5% dos casos, o instrumento

contundente foi o mais utilizado nas agressões, sendo a maior parte das lesões resultantes de socos, tapas e empurrões (PIMENTA et al., 2013).

O perfurocortante tem mecanismo de ação de pressão e deslizamento, a aplicação da energia se dá sobre a forma de ponto mais linha e causam ferimentos perfuroincisos. Exemplos: peixeira, faca e bisturi. Produzindo lesões perfurocontusas o instrumento perfurocontundente, tem como mecanismo pressão mais penetração e aplica energia sobre a forma de ponto mais massa. Exemplos de instrumentos perfurocontudente são os projétil de arma de fogo e a chave de fenda. Causador das lesões cortocontusas, o instrumento cortocontudente tem aplicação da energia sobre a forma de linha mais massa e tem como mecanismo de ação pressão e esmagamento. Exemplos: machado, dente, foice, unha e facão (VANRELL, 2009).

4.3.2 Tipos e características das lesões

As lesões são produzidas por energias de ordem mecânica, por serem estas capazes de alterar o estado de repouso ou de movimento de um corpo, podendo ter suas repercussões internas ou externas (FRANÇA, 2004). São oriundas de um rompimento ou da modificação de um estado inercial. Essas modificações podem produzir lesões em todo ou em parte do corpo, além de provocar danos ativos (quando um instrumento em movimento atinge um corpo parado), passivos (quando o instrumento encontra-se parado e o corpo em movimento) ou mistos (quando tanto o corpo como o instrumento estão em movimento) (COUTO, 2011). Classificam-se em punctória, incisa, contusa, perfuroincisa, perfurocontusa e cortocontusa (FRANÇA, 2004; COUTO, 2011).

Designam-se lesões contusas aquelas provocadas por instrumento contundente. Estes instrumentos animados de energia são capazes de provocar soluções de continuidade e lacerações, mais ou menos extensas, dos tecidos moles, dos vasos, vísceras e das estruturas osteoarticulares (VANRELL, 2009). Constituem os danos mais comumente encontrados em laudos médico e odontológicos. Em geral, são provocadas por pressão, compressão, descompressão, distensão, torção, arrasto ou de maneira mista e sofrem uma incrível variação (FRANÇA, 2009; COUTO, 2011).

As lesões contusas são classificadas por Vanrell (2009) como tendo localizações superficiais (rubefações, edema traumático, bossas linfáticas e sanguíneas, hematoma e equimose) e profundas (entorses e luxações, fratura, rotura visceral e esmagamento).

As rubefações não chegam a ser lesões do ponto de vista anatomopatológico, talvez por não apresentarem significativas e duradouras ou permanentes modificações de ordem estrutural, no entanto são consideradas sob a visão da Medicina Legal. A rubefação caracteriza-se pela congestão repentina e momentânea de uma região do corpo atingida pelo trauma, evidenciada por uma mancha avermelhada, efêmera e fugaz, necessitando averiguação rápida, pois tem durabilidade pouca. Os tapas na face ou em qualquer outro local do corpo que normalmente deixam as impressões os dedos do agressor, configuram-se exemplo de tipificação lesional (FRANÇA, 2004).

O aumento do líquido extracelular e extravascular, provocando distensão com limites nítidos, por vezes com a forma do instrumento é característico do edema traumático (VANRELL, 2009). Neste caso as alterações circulatórias são mais extensas do que nas rubefações. Contrariamente ao edema provocado por doenças, o traumático apresenta bordas bem-definidas ou um pouco maiores do que o instrumento que o causou (COUTO, 2011). O estudo realizado por Pimenta e colabores em 2013 observou o edema como o tipo de lesão mais prevalente em vítimas de violência periciadas no IML de Feira de Santana-Bahia (PIMENTA et al., 2013).

As bossas linfáticas e sanguínea são produzidas pelo acúmulo de linfa ou sangue, quando há um plano subjacente resistente e impermeável (VANRELL, 2009). Diferencia-se do hematoma por apresentar-se sempre sob um plano ósseo e pela sua saliência bem pronunciada na superfície cutânea. É muito comum nos traumatismos que atingem o couro cabeludo e é conhecido popularmente como “galo” (FRANCA, 2004).

O hematoma distingue-se da bossa sanguínea por apresentar rotura dos vasos sanguíneos com extravasamento de sangue (COUTO, 2011). É caracterizado por um lago sanguíneo localizado, podendo apresentar-se de forma superficial ou profunda (VANRELL, 2009).

A Sufusão hemorrágica difusa (equimoses) se infiltra na espessura dos tecidos, ocasionado pelo rompimento dos vasos em face da ação do instrumento contundente. As equimoses tem coloração variada, de acordo com sua evolução, sendo que, para a mudança de cor é dado o nome de aspecto equimótico, o qual acontece respectivamente nas cores avermelhada (1º dia), violácea-azulada (2º ao 6º dia), esverdeada (7º ao 10º dia) e amarelada (13º ao 17º dia) (VANRELL, 2009; COUTO, 2011).

As escoriações são resultantes da ação tangencial dos instrumentos contundentes que retiram a epiderme deixando a derme descoberta, podendo ser encontradas isoladas ou associadas a outros tipos de lesões contusas mais graves (FRANÇA, 2004). Apresenta um

extravasamento seroprotéico (exsudato) que, depois de ressecado, forma uma crosta branca-amarelada ou, algumas vezes, também sanguinolenta, determinando desse modo uma crosta hemática. Não geram cicatriz, por não atingirem a camada profunda da derme, as vezes geram apenas uma mancha hipocrômica por período limitado de tempo (COUTO, 2011).

O rompimento ligamentar, total ou parcial, conseqüente ao afastamento ósseo da articulação além dos limites fisiológicos, porém sem luxação, é chamada de entorse (COUTO, 2011). Quando as superfícies articulares perdem o contato, mesmo que temporariamente, fala-se em luxação. A fratura é a solução de continuidade do osso, podendo ser classificada de diversas maneiras, dentre as quais, fechada ou exposta, completa ou incompleta, única, múltipla ou cominutiva, em “galho verde”, transversa, oblíqua, longitudinal, espiral ou em mapa-múndi (VANRELL, 2009).

Resultante de um impacto violento sobre o corpo humano a ruptura visceral em geral é conseqüência de um aumento de pressão, mais ou menos localizado, que faz explodir vísceras ocas com conteúdo líquido ou dilacera vísceras maciças por tracionamento ou por penetração (FRANÇA, 2004). Outro tipo de lesão contusa é o esmagamento que segundo Vanrell (2009) é provocado por compressões violentas de grandes massas ou por ondas de pressão/descompressão alternadas.

As lesões punctórias também chamadas de punctifomes, pela sua exteriorização em forma de ponto, tem aspecto pontiagudo, alongado e fino, e o diâmetro transversal reduzido, apresentam-se com graves repercussões na profundidade do corpo da vítima. Trazem como características aberturas estreitas, raro sangramento, de pouca nocividade na superfície e, como foi falado acima tem grande gravidade por conta da sua profundidade, em face desse ou daquele órgão atingido e é sempre de menor diâmetro que o do instrumento causador, graças a elasticidade dos tecidos cutâneos (FRANÇA, 2004). Embora circulares, podem ser deformadas pelas linhas de forças das fibras elásticas e musculares subcutânea, seguindo as leis de Hooke e Langer, que só acontece no vivo (VANRELL, 2009).

Lesões cortantes são aquelas provocadas pelo deslizamento do instrumento cortante e por leve pressão. Na maioria das vezes apresentam-se com vertentes regulares que se coaptam quando aproximadas, tem profundidade maior na porção central, grande sangramento e presença de cauda de escoriação, fundo limpo sem trabéculas e margens sem escoriações ou outras lesões contusas. São encontradas com mais freqüência em casos de acidentes e homicídios, podendo também ser observada no suicídio. Entre elas destacam-se o esquartejamento, o esgorjamento, degolamento e a decapitação, nos quais, além da ação por

deslizamento, poderemos observar a presença de outras formas de energia concomitantes (COUTO, 2011).

Provocadas por instrumentos de mecanismo misto as lesões perfuroincisas são normalmente mais profundas do que largas ou compridas e apresentam margens, bordas, vertentes e hemorragia semelhantes às feridas incisas simples (COUTO, 2011). Se a lesão ocorrer em vida deve-se encontrar impregnação hemática, formação de coágulos e retração de tecidos, quando pós-mortem é caracterizada pela ausência de impregnação hemática e ausência de retração tecidual (SILVA, 1997). Podem ser classificadas como penetrantes (perfurando cavidades), transfixantes (atravessando total ou parcial órgãos e estruturas) ou em fundo de saco (limitam-se ao comprimento ou encontram alguma resistência (COUTO, 2011)

As lesões cortocontusas são consequência da ação do instrumento cortocontudente onde o peso do instrumento e a força de quem o maneja, sobrepõe a ação cortante ou seja esses instrumentos agem mais por pressão do que por deslizamento (SILVA, 1997). As feridas podem apresentar bordas nítidas e regulares quando os instrumentos estão bem afiados, no entanto, quando isso não ocorre podemos observar nesse tipo de lesão bordas irregulares com equimoses e trabéculas (COUTO, 2011).

Apresentando extremidades mais ou menos romba ou que logo assume esse caráter as lesões perfurocontusas tem como instrumento típico os projétil de arma de fogo, que perfura pela força com que atinge a superfície cutânea e contunde pela sua conformação (SILVA, 1997). O ferimento provocado por esse tipo de instrumento pode variar de acordo com a distância do disparo e conforme o projétil seja único ou múltiplo. Podemos encontrar ainda elementos que são único independente da distância entre a arma e a vítima chamados de efeitos primários do tiro e elementos que só observamos em tiros a curta distância ou a queima-roupa denominado efeitos secundários do tiro (VANRELL, 2009).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo epidemiológico exploratório do tipo transversal sobre características das lesões corporais em crianças e adolescentes vítimas de violência física periciadas no Instituto Médico Legal de Feira de Santana - Bahia, utilizando dados secundários, do ano de 2014.

Este modelo de estudo baseia-se em investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde da população, em que fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico, utilizando amostras representativas, com base na avaliação individual de cada um dos membros do grupo. Permite estabelecer relações de associação entre exposição e efeito (prevalência), através da detecção de grupos vulneráveis para agravos frequentes. Possui um baixo custo, sendo, portanto, adequado aos objetivos desta pesquisa (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

5.2 ÁREA DE ESTUDO

Estudo realizado no IML de Feira de Santana-Bahia, localizado dentro do Departamento de Polícia Técnica na rua A, Conjunto Jomafa, Complexo Policial.

5.3 POPULAÇÃO ALVO E PERÍODO DE ESTUDO

Crianças (≤ 11 anos) e adolescentes (12-18 anos) vítimas de violência, submetidas ao exame de lesão corporal no IML de Feira de Santana, no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014. Os exames foram realizados por peritos oficiais, sendo eles, médicos ou dentistas.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Crianças e adolescentes vítimas da violência física que foram submetidas a exame de lesão corporal periciadas nos IML de Feira de Santana-Bahia.

5.5 FONTES E INSTRUMENTOS

Na pesquisa foi utilizada fonte de dados secundários coletados através dos laudos periciais arquivados nos IML de Feira de Santana-Bahia. O instrumento de coleta de dados foi construído de acordo com o conhecimento específico sobre o tema e ainda tendo como base os laudos de exames de lesões corporais presentes no IML de estudo. Posteriormente, foram compilados em um formulário específico elaborado de acordo com o objetivo da pesquisa e integralizados em banco de dados para análise e divulgação.

5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis independentes foram organizadas em blocos, de modo a permitir melhor visualização das mesmas com a variável dependente (desfecho) representada pela lesão em região de cabeça e pescoço.

BLOCO I - VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

- Sexo: 0-masculino 1-feminino
- Religião: 0- católica; 1- evangélica; 2-protestante; 3- adventista; e 4- outras.
- Faixa-etária: 0-crianças e 1-adolescentes.
- Estado civil: 0-solteiro; 1- casado; e 2-outros.
- Cor de pele: 0-faioderma; 1-melanoderma; 2-leucoderma; e 3-outros.
- Nível de escolaridade: 0-ensino fundamental incompleto; 1-ensino fundamental completo; 2- ensino médio incompleto; 3-ensino médio completo; e 4-ensino superior incompleto.
- Naturalidade:
- Bairro que reside:
- Profissão:

BLOCO II – AGRESSOR E LOCAL DA AGRESSÃO

- Vínculo do suposto agressor com a vítima: 0-familiar e 1-não familiar.
- Local da violência: 0-domiciliar e 1-extra-domiciliar.

BLOCO III – EXAME DE LESÃO CORPORAL

- Tipo de Instrumento utilizado: contundente 0- sim 1-não; cortocontudente 0-sim 1- não; perfurocontudente 0-sim 1-não; cortante 0-sim 1- não; perfurante 0-sim 1-não; e perfurocortante 0-sim 1-não.
- Número de lesões: 0-uma lesão e 1-maior ou igual a duas lesões
- Lesões contusas superficiais: rubefação 0-sim 1-não; edema traumático 0-sim 1-não; bossas linfáticas e sanguíneas 0-sim 1-não; hematomas 0-sim 1-não; equimose 0-sim 1-não; e escoriação 0-sim 1-não.
- Região do corpo afetada: cabeça (crânio e face) 0-sim 1-não; pescoço 0- sim 1- não; tronco (tórax, abdome e pelve) 0-sim 1-não; membros Superiores (ombro, braço, antebraço e mão) 0-sim 1-não;e membro Inferiores (quadril, coxa, perna e pé) 0-sim 1-não.

5.7 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Etapa I: foi elaborado um formulário dividido em três partes, que consta das variáveis sócio-demográficas, do tipo de exame requisitado e das características do exame de lesão corporal;

Etapa II: treinamento do pesquisador responsável pela coleta;

Etapa III: o instrumento utilizado para coleta foi pré-testado no intuito de melhor adequação do formulário bem como de levantar as possíveis dúvidas referentes à coleta;

Etapa IV: coleta de dados no IML de acordo com o horário disponibilizado pelo setor.

5.8 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados eletronicamente através do programa estatístico Social Package for the Social Sciences – SPSS for Windows, versão 17.0.

A análise foi realizada nas seguintes etapas:

Etapa I: criação da máscara no Programa SPSS for Windows 17.0;

Etapa II: sumarização e digitação dos dados e elaboração sistematizada do Banco de dados no Programa SPSS for Windows 17.0;

Etapa III: revisão do banco;

Etapa IV – Cálculo de frequência simples e descrição das variáveis sociodemográficas da vítima e as características das lesões.

Etapa V – Análises bivariada e estratificada, buscando possíveis associações entre o trauma na região de cabeça e pescoço com características da vítima, da agressão e da lesão. Para as associações foi utilizado o cálculo do Qui-quadrado (χ^2) de Pearson com p valor \leq 0,05.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS (CAAE 46251015.2.0000.0053), atendendo as normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013, no Diário Oficial da União, que revoga a Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 2013).

Após aprovação do CEP, o projeto foi encaminhado para a Diretoria do Interior do IML junto com um documento solicitando a autorização de execução da coleta de dados, sendo também aprovada e liberada a coleta.

6 RESULTADOS

LESÕES CORPORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA: CASOS PERICIADOS NO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

INJURIES BODY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS PHYSICS OF VIOLENCE VICTIMS: PERICIADOS CASES IN LEGAL MEDICAL INSTITUTE

Mona Lisa Cordeiro Asselta da Silva¹

Maria Conceição Oliveira Costa²

Jamilly de Oliveira Musse^{3,4}

André Henrique do Vale de Almeida¹

Celso Danilo Fonseca Vilas Boas⁴

¹ Mestre em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Feira de Santana.

² Professora Doutora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Feira de Santana.

³ Professora Doutora da Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁴ Perito (a) do Instituto Médico Legal de Feira de Santana-Bahia, Brasil.

RESUMO

Lesões corporais consequentes de queda, acidentes e violência estão entre as principais causas de morbimortalidade em crianças e adolescentes. O presente trabalho teve como objetivo caracterizar lesões corporais, segundo o tipo e a localização, em crianças e adolescentes vítimas de violência física periciadas no Instituto Médico Legal de Feira de Santana-Ba. Estudo epidemiológico exploratório e seccional em crianças e adolescentes vítimas de violência física, submetidas a exame de lesão corporal, no IML de Feira de Santana-Ba, no período 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2014. Foi realizada análise bivariada e estratificada, buscando possíveis associações entre o trauma na região de cabeça e pescoço com características da vítima, da agressão e da lesão. Para as associações foi utilizado o cálculo do Qui-quadrado (χ^2) de Pearson com p valor $\leq 0,05$, e intervalo de confiança de 95%. Das 411 vítimas periciadas no IML, 53,0% eram do sexo masculino e 83,5%

adolescentes; mais atingidas na cabeça (35,7%) e membros superiores (28,0%); a lesão contusa foi mais frequente (79,8%), como escoriação (44,0%). Não houve associação significativa entre trauma em cabeça e pescoço e as características da vítima, agressor e lesão, exceto para a variável “instrumento contundente”, que se mostrou fator de proteção.

Palavras-chave: lesão, traumatismo, violência, criança, adolescente.

ABSTRACT

Resulting injury loss, accidents and violence are among the main causes of morbidity and mortality in children and adolescents. This study aimed to characterize injury, according to the type and location in children and adolescent victims of physical violence periciadas the Legal Medical Institute of Santana-Ba Fair. exploratory and sectional epidemiological study in children and adolescent victims of physical violence, subjected to personal injury examination, the IML in Santana-Ba Fair in the period from January 1 to 31 December 2014. bivariate analysis was performed and stratified, seeking possible associations between trauma to the head and neck with victim characteristics, aggression and injury. For associations was used to calculate the chi-square (χ^2) of Pearson p value ≤ 0.05 , and 95% confidence interval. Of the 411 victims periciadas in IML, 53.0% were male and 83.5% adolescents; hardest hit in the head (35.7%) and upper limbs (28.0%); contusion injury was the most common (79.8%) as galling (44.0%). There was no significant association between trauma in head and neck and the characteristics of the victim, offender and injury, except for the variable "blunt instrument", which showed.

Keywords: injury, trauma, violence, child, adolescent

INTRODUÇÃO

Na atualidade, as lesões corporais consequentes de queda, acidentes de trânsito e as diversas formas de violência física estão entre as principais causas de morbimortalidade, onde os traumas de cabeça e pescoço apresentam as maiores prevalências¹. A causa do traumatismo facial é heterogênea e o predomínio de um fator etiológico depende de características da vítima, como sexo, idade, classe social, local de ocorrência, entre outros².

Diferentes estudos apontam que a maior parte dos ferimentos que tenham como fator etiológico a violência física contra crianças e adolescentes envolvem as regiões de cabeça, face, boca e pescoço, áreas essas menos protegidas^{1,3}. Outro fator de maior agravo está associado à posição do agressor em relação a vítima, uma vez que, geralmente, esses são mais altos e mais fortes. Entretanto, outras partes do corpo são suscetíveis a lesões acidentais, como as regiões de coxas, genitais, dorso costal, dentre outras. Vale salientar que a localização das lesões pode também ser um importante indício da ocorrência ou não da violência física⁴.

A violência tem expressão diversa, no entanto a violência física é a mais fácil de ser diagnosticada, pois, as marcas no corpo da vítima são facilmente visualizadas. O abuso físico pode ser caracterizado por uma ação única ou repetida, intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas, que provocam, pelo ato, uma extensa variabilidade de lesões, com diferentes consequências⁵.

Diferentes consequências da violência vêm sendo acumuladas por crianças e adolescentes vítimas, potencializando a experiência negativa e o aumento da perpetuação desse fenômeno⁶. A agressão, independente da origem, terá impacto por toda vida da criança apresentando características específicas em seu comportamento e também no aspecto físico corporal⁷.

Vítimas de violência física, geralmente, apresentam lesões corporais, que são definidas pelo Código Penal Brasileiro⁸ em seu artigo 129 como “ofensa a integridade física ou a saúde

de outrem”, tendo como pena a detenção, de três meses a um ano, podendo variar de acordo com a gravidade da lesão. Os peritos médicos e dentistas presentes nos IMLs são os profissionais responsáveis pela execução do exame de lesão corporal e seu respectivo laudo, sendo que para isto é necessário que sejam solicitados por algum órgão competente (como por exemplo, autoridade judiciária ou policial). Após a produção do laudo pelos peritos, estes serão encaminhados para a instância solicitante e as mesmas se encarregarão de anexar aos processos. O Juiz não estará restrito ao laudo, podendo rejeitá-lo em sua totalidade ou em partes.

Ainda no que concerne às características das lesões, o tecido mole é o mais atingido e as lesões cutâneo-mucosas provocadas por maus-tratos podem decorrer de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, “arrancamentos”, mordidas, ferimentos por arma branca e/ou arma de fogo. Estas lesões podem apresentar aspecto de hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau, onde os hematomas são as lesões de pele mais frequentes em maus-tratos físicos, seguidos por lacerações e arranhões⁹.

Em relação ao instrumento utilizado para causar a lesão, a identificação pode ser verificada pela forma “impressa” na pele (cintos, fios, garfos, cigarros, dentes), sendo fundamental que a avaliação dessas lesões seja realizada com detalhes técnicos, considerando o tamanho, as bordas, a localização e a cor das mesmas⁹.

O objetivo desse estudo foi caracterizar lesões corporais, segundo o tipo e a localização, em crianças e adolescentes vitimizadas pela violência física, periciadas no IML de Feira de Santana- BA.

MÉTODO

Estudo de casuística sobre características das lesões corporais sofridas em crianças (\leq 11 anos) e adolescentes (12-18 anos) vítimas de violência física, submetidas ao exame de

lesão corporal, executado por peritos médico-legal e/ ou odonto-legal no IML de Feira de Santana- Ba, no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014.

A análise foi feita através do cálculo de frequência simples e descrição das variáveis sociodemográficas da vítima e características da lesão. Para as associações foi utilizado o cálculo do Qui-quadrado (χ^2) de Pearson com p valor $\leq 0,05$, e intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS (CAAE 46251015.2.0000.0053).

RESULTADOS

Em 2014, 411 crianças (≤ 11 anos) e adolescentes (12-18 anos) vítimas de violência foram examinadas pelos peritos médicos e dentistas no IML de Feira de Santana.

No tocante às características sociodemográficas, observou-se que (53,0%) pertenciam ao sexo masculino; (48,9%) na faixa-etária entre 16-18 anos; (69,4%) encontravam-se cursando o ensino fundamental incompleto; (70,3%) eram natural de Feira de Santana; e (91,3%) foram classificados de cor de pele faioderma e (7,2%) melanoderma. A procedência das vítimas mostrou proporções dispersas entre os bairros de Feira de Santana, onde (25,8%) do total eram procedentes dos bairros do Tomba, Mangabeira, Gabriela, Conceição, George Américo, Queimadinha, Distrito de Humildes e Jardim Cruzeiro (Tabela 1).

Os resultados da Tabela 2 apontaram que, em relação ao número, as proporções de uma ou mais lesões foram semelhantes; as regiões mais atingidas foram a cabeça (35,7%) e os membros superiores (28,0%); a lesão contusa foi o tipo mais frequente (79,8%), sendo a escoriação com representatividade de (44,0%), seguida da equimose (25,3%) e edema traumático (21,4%).

A relação entre o trauma na região de cabeça e pescoço com as características da vítima, da agressão e da lesão são apresentados na Tabela 3. Foi observada prevalência similar do trauma em cabeça e pescoço, nas faixas etárias da infância e adolescência (52,7%) e (52,3%), respectivamente, com discreto predomínio do sexo masculino (54,3%). A prevalência de agressor familiar foi discretamente superior (56,1%); assim como o local da agressão no domicílio (54,1%) e a prevalência de lesão única (55,9%). Nesta análise, as variáveis não mostraram associação significativa, exceto para a variável lesão por “instrumento contundente” ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados do presente estudo, a vitimização ocorreu em ambos os sexos, com leve predomínio do sexo masculino, corroborando com outras pesquisas que encontraram maior prevalência de vítimas da violência física entre os rapazes, (55,6% e 51,1%)^{10,11}. No entanto, os resultados acima citados discordam do estudos realizados por Silva¹² et al. (2013), Brito¹³ et al. (2005) e Vieira¹⁴ et al. (2004) onde foram observados frequência no sexo feminino entre 60,0% e 70,0%, embora esses estudos também não tenham verificado diferença significativa desse tipo de violência, entre os sexos. A violência física com crianças e jovens não sugere “preferências”, quanto aos sexos dos vitimizados, muito embora, quando se muda o grupo-etário estudado, essa diferença pode ser observada, como é o caso da faixa-etária > 18 anos, onde existe uma maior prevalência de vítimas do sexo masculino.

No que concerne à faixa etária, vale salientar que a maioria absoluta das vítimas registradas encontrava-se na faixa da adolescência (12-18 anos), 83,4%, entretanto as proporções de lesões em cabeça e pescoço foram similares, em torno de 52%. Esses achados corroboram com os resultados de Souza¹⁰ et al. (2014) e de Guimarães e Vilella¹⁵ (2011) os quais mostraram maior prevalência de vítimas adolescentes, 55,6% e 62,7%. Vale salientar

que a fase da adolescência é de muita exposição e vulnerabilidade aos agravos externos, onde esta população sofre interferências ambientais, sociais e comportamentais que as expõe a esse risco.

Ainda com relação às características sociodemográficas das vítimas, foi observada a cor mais frequência faioderma (parda) 91,3%, concordando com outros estudiosos, como Silva¹² et al. (2013) que encontraram 51,6% de vítimas pardas, assim como Pimenta¹⁶ et al. (2013) e Guimarães e Vilella¹⁵ (2011), estudos esses realizados nos IMLs de Feira de Santana, 64,2% e Maceió, 71,6%, respectivamente. Na literatura, quando se discute a cor da pele das vítimas de violência física, é consenso que a maior prevalência de vitimização ocorre entre pardos e pretos, independente do sexo, e da região em que elas vivem.

No que diz respeito à escolaridade no presente estudo, a maior parte das crianças e adolescentes vítimas tinha o ensino fundamental incompleto, no momento do registro no IML (69,4%). Estudo realizado em Recife, em 2012, sobre caracterização dos casos de violência, observou em ambos os sexos uma alta prevalência do ensino fundamental incompleto, 24,0% no sexo feminino e 13,3% no masculino¹². Os achados do presente estudo, concordando com Silva¹² e colaboradores (2013), observaram que as vítimas se encontravam-se em série escolar preconizada pelo MEC, sugerindo que a escolaridade das vítimas parece não ter relação com o episódio violento.

Quanto à procedência das vítimas, Feira de Santana foi o Município com maior número de registros, 70,3%. Vale ressaltar que Feira de Santana é referência para demais municípios da Região do semiárido do Estado da Bahia, com alto fluxo de migração das populações dos outros municípios, considerada portal do semiárido da Bahia. Este município é reconhecido pelos altos índices de violência contra crianças e adolescentes, especialmente pela localização geográfica, situada em um dos maiores entroncamentos rodoviários do país,

com rodovias Federais e Estaduais, onde o fluxo migratório, de veículos e de pessoas é muito intenso, distando apenas 100 Km de Salvador, importante polo industrial e turístico nacional.

Em Feira de Santana, verificou-se maior número de vitimizados no bairro do Tomba 6,1%, situado na zona sul da cidade, a 2 km do centro, próximo à Avenida de Contorno, forma um elo com a cidade de São Gonçalo dos Campos. Esse bairro apresenta amplo comércio, atividade de policlínica e unidades de saúde da família, contando com um dos três transbordos da cidade, o que melhora seu transporte público, comparado com outros bairros da cidade. Esse resultado não concorda com estudo anterior, realizado no mesmo município, onde foi observado maior prevalência de vítimas no bairro da Queimadinha (9,1%) e da Rua Nova (7,4%), bairros esses com graves problemas de infraestrutura precária e maioria da população de baixa renda¹⁷. Uma possível explicação para essa mudança dos episódios violentos entre bairros é a possibilidade de implementação de políticas públicas voltadas para a comunidade, diminuindo o índice da violência, nos bairros mais carentes onde houve diminuição do número de casos, ou mesmo maior conscientização da importância da notificação, denúncia de casos suspeitos e confirmados nos bairros onde a violência é mais frequente. Vale ressaltar que, independente da mudança de proporções dos bairros entre os dois estudos, ambos estão localizados em zonas periféricas de Feira de Santana, considerada cidade de médio porte do estado da Bahia, entroncamento rodoviário interestadual e zona de intenso fluxo migratório, o que favorece situações de violência frequentes e recorrentes.

Com relação às lesões detectadas, no momento da perícia, não houve diferença proporcional, quanto ao número de lesões, onde 55,7% das vítimas apresentaram ≥ 2 lesões. Estudo de Cavalcanti¹⁸ (2008) observou que 66,7% das vítimas apresentavam uma lesão e 21,4% duas lesões. Como possível explicação sabe-se que, em geral, os agressores de crianças e adolescentes usam a força física, com o objetivo de punir ou corrigir algum ato de “indisciplina” e não com intuito de provocar injúrias mais graves, assim, o número de lesões

pode resultar de fatores relacionados às atitudes dos agressores, a interferência de terceiros, impedindo a execução de mais golpes e até mesmo pela reação da vítima, na tentativa de se proteger.

Quanto ao segmento corporal, a cabeça foi a mais atingida 35,7%, além dos membros superiores 28,0%, resultados esses que corroboram com os estudos de Martins e Andrade¹⁹ (2005) e de Garbin²⁰ et al. (2006), onde foi observado que 34,9% e 30,0% das vítimas foram atingidas em região de cabeça e pescoço, seguido dos membros superiores, 24,3% e 24,4%, nos respectivos estudos. As agressões em região de cabeça e pescoço são mais frequentes, possivelmente, por serem áreas anatômicas de maior proeminência ou pela posição do agressor em relação à vítima. Nos membros superiores, geralmente, ocorrem às chamadas “lesões de defesa” que são aquelas produzidas no momento de movimentação da vítima, para se defender do agressor.

No presente trabalho, a lesão contusa foi a mais prevalente, 79,8%, corroborando com o estudo de Garbin²⁰ et al. (2006) que encontraram 60,0% dos vitimados sofrendo de lesões provocadas por instrumentos contundentes. Da mesma forma, o estudo realizado por Pimenta¹⁶ et al. (2013) no IML de Feira de Santana observou que 96,5% dos instrumentos utilizados para provocar as lesões foram também contundentes. As feridas provocadas por instrumentos contundentes, em sua maioria, são chamadas de lesões contusas, o que vem a confirmar achados com a presente pesquisa. Outros tipos de instrumentos, a depender de sua ação ou forma e força com que são utilizados também podem provocar lesões contusas.

No presente estudo, as escoriações foram às lesões contusas mais prevalentes 44,0%, concordando com os achados de Cavalcanti¹⁸ (2008) que encontrou maior prevalência das escoriações, 62,0%, e discordando dos resultados de Pimenta¹⁶ et al. (2013) que verificaram maior frequência de edema (43,8%) e equimose (19,7%). Essa divergência entre os achados do presente estudo e o de Pimenta¹⁶ pode ser explicada, possivelmente, pela utilização de

laudos feitos por peritos odonto no estudo de Pimenta, diferente do presente estudo que coletou laudos elaborados por peritos de odontologia e medicina. As escoriações são provocadas mais facilmente, quando comparadas a outros tipos de lesões contusas, pois não necessita de uma força ou impacto muito grande, um simples toque, a depender do instrumento que seja utilizado para agredir a vítima, pode provocar esse tipo de lesão.

Os resultados da pesquisa atual mostraram que a maior parte dos adolescentes apresentaram lesões corporais decorrentes da violência física, 83,2%, no entanto, não houve diferença entre os grupos etários, quando estudada a região de cabeça e pescoço. Esses resultados discordam do estudo de Cavalcanti²¹ et al. (2012) que, ao pesquisarem o traumatismo facial observaram que 63,2% das vítimas eram crianças. No geral, a literatura aponta que crianças são mais vitimadas na região de cabeça e pescoço, pela maior dimensão corporal do agressor, no entanto, a região de cabeça é a mais proeminente do corpo humano, o que facilita que o golpe, independente da altura do agressor, atinja com mais facilidade esse local, por esse motivo talvez não tenha sido encontrada diferença entre as faixas-etárias no presente estudo.

Nessa pesquisa, ambos os sexos apresentaram lesões corporais em proporções semelhantes, com a frequência dos meninos discretamente superior na região de cabeça e pescoço, 54,3%. Esses achados concordam com os resultados das pesquisas de Pimenta¹⁶ et al. (2013) e Cavalcanti²¹ et al. (2012) que observaram maiores proporções de meninos agredidos em região de cabeça e pescoço, 52,5% e 67,2%, respectivamente.

Os agressores que provocaram lesões corporais em crianças e adolescentes registradas no IML de Feira de Santana, em sua maior parte, não eram membros da família da vítima 72,8%, onde 50,9% atingiram a vítima na região de cabeça e pescoço. As lesões provocadas por agressores membros da família atingiram a região cabeça e pescoço da vítima em 56,1% dos casos. Esses achados concordam com as pesquisas de Guimarães e Villela¹⁵, (2011) e

Gomes²² et al. (2006) que apontam os agressores, em sua maioria, como não membros da família, 82,7% e 83,4%, respectivamente, no entanto, os achados de Pascolat²³ et al. (2001) mostraram 83,0% dos agressores como membros da família. No presente estudo o maior número de agressores não familiar pode estar relacionada com a localização da vítima, no momento da agressão, uma vez que a vitimização ocorreu em ambientes extradomiciliares. Isso também pode explicar quanto à região de cabeça e pescoço ser local de preferência dos agressores familiares. No domicílio, a violência acontece de forma mais sigilosa e menos controlada, não estando os agressores preocupados com o local do corpo que eles atingiram as vítimas, pois muitos imaginam que não serão denunciados e ainda estarem munidos de razão, no momento de agredir seus familiares.

A agressão em ambiente extradomiciliar apresentou prevalência alta, 64,5%, contudo 54,1% das agressões que ocorrem em ambientes domiciliares atingiram a região de cabeça e pescoço. O estudo de Guimarães e Villela¹⁵ (2011) mostrou que 51,1% das agressões ocorreram em região extradomiciliar, corroborando com os resultados da presente pesquisa, enquanto que estudos realizados por Costa²⁴ et al. (2007) e Souza¹⁰ et al. (2014) demonstraram que as agressões sofridas por crianças e adolescentes em ambiente domiciliar foram mais prevalentes, 78,1% e 75,1%, respectivamente.

Entre as vítimas que sofreram apenas uma lesão, 55,6% acometeu a região de cabeça e pescoço. Uma provável explicação para esse achado é que, quando uma criança ou adolescente é atingido nessa região, dificilmente os agressores continuam deferindo golpes, com receio de aumentar a gravidade da injúria, podendo levar a consequências maiores.

Com relação ao tipo de instrumento utilizado na agressão, o instrumento contundente foi o mais prevalente, 83,5%. Quando observado o tipo de instrumento que mais atingiu a região de cabeça e pescoço, observou-se que outros tipos, como instrumento cortante, perfurante, perfurocortante, perfurocontudente e cortocontudente apresentaram prevalência

maior, 84,9%, com diferenças estatisticamente significantes. Os instrumentos contundentes são mais fáceis de serem utilizados, como é o caso do uso das mãos, caracterizando murros e socos, assim como dos pés, caracterizando chutes e pontapés, o que explica uma maior prevalência desses tipos de instrumentos no presente estudo. No entanto, em se tratando da região de cabeça e pescoço, especificamente, outros tipos de instrumentos atingiram mais as vítimas. Possivelmente, este resultado ocorreu pela necessidade do uso das mãos para manipular outros tipos de instrumentos, em virtude de ser mais fácil o uso dessa via para o agressor.

CONCLUSÃO

A maior parte das vítimas apresentou duas ou mais lesões, sendo que a cabeça foi a região do corpo mais atingida, seguida dos membros superiores. A lesão, a contusa foi a mais prevalente, tendo a escoriação, equimose e edema traumático como seus tipos mais frequentes.

Na associação entre características da vítima, agressor e da lesão com a região de cabeça e pescoço, foi observado que os adolescentes apresentaram maior prevalência de trauma; o sexo masculino foi mais atingido; o agressor membro da família deferiu golpes em maior proporção; e as vítimas que foram agredidas nessa região estavam no domicílio no momento da agressão. Foi observado também que as vítimas com uma lesão tiveram a maior prevalência na cabeça e pescoço atingida sendo os instrumentos cortantes, perfurantes, cortocontudentes, perfurocontudentes e perfurocortantes, os mais utilizados na lesões nessa região.

Este estudo espera contribuir para uma melhor compreensão e visualização das lesões corporais decorrentes da violência em crianças e adolescentes, de modo que, instituições, escolas, sociedade civil, além da própria família, possam encontrar estratégias para modificar

esta realidade. Nesse sentido possíveis alternativas como investir na educação e políticas voltadas à inserção social, combate à exclusão, e melhorias no sistema de notificação e denúncia.

REFERÊNCIAS

- 1 CARVALHO , T. B. O.; CANCIAN , L. R. L.; MARQUES , C. G.; PIATTO, V. B.; MANIGLIA , J. V.; MOLINA, F.D. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. **Braz J Otorhinolaryngol**, p.565-74, set/out. 2010.
- 2 MONTOVANI, J. C.; CAMPOS, L. M. P; GOMES, M. A.; MORAES, V. R. S.; FERREIRA, F. D.; NOGUEIRA, E. A. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. **Rev Bras Otorrinolaringol**, p. 235-41, mar/abr. 2006.
- 3 MASSONI, A. C. L. T.; FERREIRA, A. M. B.; ARAGÃO, A. K. R.; MENEZES, V.P.; COLARES, V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica, **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 n.2 Jan/Mar, 2010.
- 4 FRANÇA, G. V. Medicina legal. 8ª. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2008.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 96, 2001.
- 6 SILVA, C. J.P.; FERREIRA, E. F.; PAULA, L. P. P.; NAVES, M.D.; VARGAS, A. M. D.; ZARZAR, P. M. P. A. A violência urbana contra crianças adolescentes em Belo Horizonte: uma história contada através dos traumas maxilofaciais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 1103-1120, 2011.
- 7 PIRES, G. E.; GOMES, E. M.; DUARTE, A. D.; MACEDO, A. F. Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares. **Oral Sciences**, v. 4, n.1, p.10-17, jan/jun, 2012.
- 8 BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.
- 9 CAVALCANTI, A. L.; VALENÇA, A. M. G.; DUARTE, R. C. O. Odontopediatra diante de maus tratos infantis: diagnóstico e conduta. **J Bras Odontoped Odont Bebê**, Curitiba, v.3, n. 16, p.451-455, nov/dez, 2000.
- 10 SOUZA, C. S.; COSTA, M. C. O.; ASSIS, S. G.; MUSSE, J. O.; SOBRINHO, C. N.; AMARAL, M. T. R. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 19, v.3, p. 773-784, 2014.

11 RATES, S. M. M.; MELO, E. M.; MASCARENHAS, M. D. M.; MALTA, D. C. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil, 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p.655-665, 2015.

12 SILVA, M.C.M.; BRITO, A. M.; ARAÚJO, A. L.; ABATH, M. B. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-412, jul/set, 2013.

13 BRITO, A. M. M.; ZANETTA, D. M. T.; MENDONÇA, R. C. V.; BARISON, S. Z. P.; ANDRADE, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p. 143-149, 2005.

14 VIEIRA, D.; MARTINS, C. S.; FERRIANI, M. G. C.; NASCIMENTO, L. C. Caracterização da violência física contra crianças e adolescentes. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 306-311, 2004.

15 GUIMARÃES, J. A. T. L.; VILELLA, WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n.8, p. 1617-1647, 2011.

16 PIMENTA, R. M. C.; MATOS, F. R. R. O.; SILVA, M. L. C. A., RODRIGUES, A. A. A. O.; MARQUES, J. A. M.; MUSSE, J. O. Levantamento de lesões na região bucomaxilofacial em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal (IML) de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2009. **Arquivos em Odontologia**, Minas Gerais, v.49, n.4, p.154-161, 2013.

17 PAIXÃO, F.; SANTANA, G.; SÁ, J.; REIS, S.; CONCEIÇÃO, E. Análise espacial da violência urbana no município de Feira de Santana – Bahia. Disponível em: <www.nipes.feiradesantana.ba.gov.br/download/pesqmandioca.doc>. Acesso em: 06 de março de 2016.

18 CAVALCANTI, A. L. Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 5, p. 1835-1842, 2008.

19 MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto socorro, internações e óbitos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.

20 GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P.; DOSSI, M. O. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.12, p.2567-2573, dez, 2006.

21 CAVALCANTI, A. L.; ASSIS, K. M.; CAVALCANTE, J. R.; XAVIER, A. F. C.; AGUIAR, Y. P. C. Traumatismos Maxilofaciais em Crianças e Adolescentes em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada**, n. 12, v. 3, p. 439-445, 2012.

22 GOMES, M. L. M.; NETO, G. H. F.; VIANA, C. H.; SILVA, M.A. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas

em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 6, n. 1, p. 27-34, maio, 2006.

23 PASCOLAT, G.; SANTOS, C. F. L.; CAMPOS, E. C. R.; VALDEZ, L. C. O.; BUSATO, D.; MARINHO, D. H. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n.1, p. 35- 40,2001.

24 COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; SANTA BÁRBARA, J. F. R.; SANTOS, C. A. S. T.; GOMES, W. A.; SOUSA, H. L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.5, p. 1129-1141, 2007.

Tabela 1- Características sociodemográficas de crianças e adolescentes vítimas de violência física submetidas a exame de lesão corporal no IML de Feira de Santana-BA, 2014

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DA VÍTIMA	n	%
SEXO (N= 411)		
Masculino	218	53,0
Feminino	193	47,0
FAIXA-ETÁRIA (N= 411)		
0-6	24	5,8
7-11	44	10,7
12-15	142	34,5
16-18	201	48,9
COR DA PELE (N= 401)		
Melanoderma	29	7,2
Faioderma	366	91,3
Leucoderma	6	1,5
ESCOLARIDADE (N= 314)		
Não alfabetizado	9	2,9
Alfabetizado	12	3,8
Ensino Fundamental Incompleto	218	69,4
Ensino Fundamental Completo	17	5,4
Ensino Médio Incompleto	51	16,2
Ensino Médio Completo	7	2,3
NATURALIDADE (N= 404)		
Feira de Santana	284	70,3
*Outros	120	29,7
BAIRRO QUE RESIDE (N= 374)		
Tomba	23	6,1
Mangabeira	12	3,2
Gabriela	12	3,2
Conceição	11	2,9
George Américo	11	2,9
Queimadinha	10	2,7
Distrito de Humildes	9	2,4
Jardim Cruzeiro	9	2,4
Outros	277	74,2

*Outros: Alagoinhas (1); Antônio Cardoso (1); Araraquara (1); Barreiras (1); Camaçari (1); Catu (1); Delmira Golveia (1); Dias Davila (1); Guarulhos (1); Iaçú (3); Ibipera (1); Ilhéus (1); Ipirá (13); Irará (2); Itaberaba (4); Jacobina (1); Jaguaquara (1); Juazeiro (1); Lauro de Freitas (2); Milagres (1); Novo Souro (1); Ouricangas (2); Paraná (1); Pé de Serra (2); Praia Grande (1); Rafael Jambeiro (2); Ribeirão Pires (1); Riachão (1); Rio de Janeiro (1); Santa Barbara (1); Santa Luz (2); Santo Amaro (1); Santo Antônio de Jesus (4); Santo Estevão (2); São Felix (1); São Francisco do Conde (2); São Gonçalo (12); São Paulo (9); Saubara (1); Serra Preta (1); Salvador (16); Tanquinho (4); Titauna (1); Tucano (1); Tutum (1); Uauá (1); Valente (1); Vitória da Conquista (1); e Wanceslau Guimarães (1).

Tabela 2- Características das lesões em crianças e adolescentes vítimas de violência física periciadas no IML de Feira de Santana-BA, 2014

CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES	n	%
Número de lesões (N= 332)		
1	147	44,3
≥ 2	185	55,7
REGIÃO DO CORPO AFETADO (N= 479)		
Cabeça	171	35,7
Pescoço	19	4,0
Tronco	74	15,4
Membros superiores	134	28,0
Membros inferiores	81	16,9
TIPO DE LESÃO (N= 347)		
Contusa	277	79,8
Cortocontusa	26	7,5
Perfurocontusa	18	5,2
Incisa	9	2,6
Perfuroincisa	9	2,6
*Outras	8	2,3
TIPO DE LESÕES CONTUSAS (N= 384)		
Escoriação	169	44,0
Equimose	97	25,3
Edema traumático	82	21,4
Hematoma	30	7,8
**Outros	6	1,5

*Outros: queimadura (3); cicatriz (4); e punctória (1).

**Outros: bossas linfáticas e sanguíneas (4); e rubefação (2).

Tabela 3- Perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes vítimas de violência física submetidas a exame de lesão corporal, segundo a região do corpo afetada, periciadas no IML de Feira de Santana-BA, 2014

CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA	P	%	TRAUMA EM		p
			CABEÇA E PESCOÇO		
			N	%	
FAIXA-ETÁRIA (N=327)					
0-11	55	16,8	29	52,7	0,9
12-18	272	83,2	142	52,2	
SEXO (N=327)					
Masculino	162	49,5	88	54,3	0,5
Feminino	165	50,5	83	44,9	
CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO					
AGRESSOR (N=151)					
Familiar	41	27,2	23	56,1	0,6
Não familiar	110	72,8	56	50,9	
LOCAL DA AGRESSÃO (N=172)					
Domicílio	61	35,5	33	54,1	0,3
Extra Domicílio	111	64,5	51	45,9	
CARACTERÍSTICAS DA LESÃO					
NÚMERO DE LESÕES (N=323)					
1	144	44,6	80	55,6	0,3
≥2	179	55,4	89	49,7	
INSTRUMENTO UTILIZADO (N=321)					
Contundente	268	83,5	124	46,3	< 0,001
Outros	53	16,5	45	84,9	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lesões corporais em crianças e adolescentes, decorrentes de violência, precisam ser melhor discutidas, diagnosticadas e diferenciadas de outras lesões que geram entradas em hospitais, clínicas, unidades básicas de saúde, dentre outros. A localização da lesão pode ser um importante indicador de maus-tratos e os profissionais de saúde precisam se atentar a este fator, já que são obrigados a realizar a notificação e denúncia dos casos suspeitos ou confirmados da violência.

A violência é um fenômeno histórico e que sobrevive na contemporaneidade, parece estar direcionada para determinado segmento mais excluído socialmente, evidenciando um caráter desigual do problema. Em uma cidade como Feira de Santana, importante centro comercial e rodoviário do estado da Bahia, carente de políticas públicas para prevenção e efetivo combate à violência, as crianças e adolescentes se tornam vulneráveis deste que é pelas características peculiares a infância e juventude, somada as carências socioeconômicas e culturais das camadas mais desfavorecidas da população um dos principais problemas de saúde pública.

A falta de uma educação de qualidade, bem como de um sistema de garantia de direito mais eficaz, no que diz respeito a assegurar a equidade de todos, somado à desigualdade social e econômica contribuem para o agravamento do quadro. A erradicação da violência deve ser pauta prioritária nas agendas dos debates em saúde, segurança pública e assistência social, de modo a possibilitar novos e eficientes mecanismos de prevenção, controle e enfrentamento. Investir na educação, em políticas voltadas à inserção social e combate à exclusão, e melhorar o sistema de notificação e denúncia, são possíveis alternativas.

Este estudo visa contribuir para uma melhor compreensão e visualização das lesões corporais decorrentes de violência em crianças e adolescentes, de modo que os órgãos, instituições, escolas, sociedade civil, além da própria família, possam encontrar estratégias para modificar esta realidade. Investir na educação, em políticas voltadas à inserção social e combate à exclusão, e melhorar o sistema de notificação e denúncia, são possíveis alternativas.

REFERÊNCIAS

- AGUDELO, S. F. Violência, Cidadania e Saúde Pública. In: Barata R. B.; Barreto M. L.; ALMEIDA-FILHO, N.; VERAS, R. **Equidade e Saúde - Contribuições da Epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ABRASCO, p. 39-60, 1997.
- BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8069 de 1990. **Proposta preliminar de prevenção da violência doméstica**. Brasil: Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 96, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Violência Faz Mal a Saúde**, Brasília, Ministério da Saúde, ed.1, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Impacto da violência na Saúde dos Brasileiros**. Secretária de Vigilância em Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de Preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**, 2009.
- BRITO, A. M. M.; ZANETTA, D. M. T.; MENDONÇA, R. C. V.; BARISON, S. Z. P.; ANDRADE, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p. 143-149, 2005.
- CARVALHO, T. B. O.; CANCIAN, L. R. L.; MARQUES, C. G.; PIATTO, V. B.; MANIGLIA, J. V.; MOLINA, F.D. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. **Braz J Otorhinolaryngol**, p.565-74, set/out. 2010.
- CAVALCANTI, A. L.; VALENÇA, A. M. G.; DUARTE, R. C. O. Odontopediatra diante de maus tratos infantis: diagnóstico e conduta. **J Bras Odontoped Odont Bebê**, Curitiba, v.3, n. 16, p.451-455, nov/dez, 2000.
- CAVALCANTI, A. L. Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 4, n. 5, p. 1835-1842, 2008.
- CAVALCANTI, A. L.; ASSIS, K. M.; CAVALCANTE, J. R.; XAVIER, A. F. C.; AGUIAR, Y. P. C. Traumatismos Maxilofaciais em Crianças e Adolescentes em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada**, n. 12, v. 3, p. 439-445, 2012.
- COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; SANTA BÁRBARA, J. F. R.; SANTOS, C. A. S. T.; GOMES, W. A.; SOUSA, H. L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.5, p. 1129-1141, 2007.

COUTO, R. C. **Perícias em Medicina e Odontologia Legal**. Rio de Janeiro: MedBook, 2011.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 1163-1178, 2007.

DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H.; AZAMBUJA, M. R. F.; MACHADO, D. A.; SILVEIRA, M. B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M. G.; CARDOSO, R. G.; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 25, n.1, p. 9-21, abril, 2003.

DIGIÁCOMO, M. J. Limites e obstáculos para o cumprimento do papel dos Conselhos Tutelares na garantia de direitos de crianças e de adolescentes em situação de violência sexual, 2010.

FRANÇA, G. V. **Medicina legal**, 8ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

FRANÇA, G.V. **Medicina Legal**. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P.; DOSSI, M. O. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.12, p.2567-2573, dez, 2006.

GARBIN, C. A. S.; ROVIDA, T. A. S.; JOAQUIM, R. C.; PAULA, A. P.; QUEIROZ, A. P. D. G. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. **Revista Brasileira Enfermagem, Brasília**, v. 64, n. 4, p. 665-670, jul/ago, 2011.

GOMES, M. L. M.; NETO, G. H. F.; VIANA, C. H.; SILVA, M.A. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 6, n. 1, p. 27-34, maio, 2006.

GODOI, M. S.; BASUALDO, A.; OLIVEIRA, K. C. Índice de fraturas faciais no Hospital São Vicente de Paulo em Passo Fundo RS: estudo retrospectivo de dez anos. **J Oral Invest**, v.2, n.2, p. 14-19, 2013.

GUIMARÃES, J. A. T. L.; VILELLA, W. V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n.8, p. 1617-1647, 2011.

LOPES NETO, A. A. **Violência contra Crianças e Adolescentes**. Acervo, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 59-78, jan/jun, 2002.

MAIA, A. C. BARRETO, M. Violência contra crianças e adolescentes no Amazonas: análise dos registros. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 195-204, 2012.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto socorro, internações e óbitos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.

MARTINS, C. B. G.; MELLO JORGE, M. H. P. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 325-337, 2009.

MASSONI, A. C. L. T.; FERREIRA, A. M. B.; ARAGÃO, A. K. R.; MENEZES, V.P.; COLARES, V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica, **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 n.2 Jan/Mar, 2010.

MONTOVANI, J. C.; CAMPOS, L. M. P; GOMES, M. A.; MORAES, V. R. S.; FERREIRA, F. D.; NOGUEIRA, E. A. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. **Rev Bras Otorrinolaringol**, p. 235-41, mar/abr. 2006.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública, **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n1, p.7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira Materno Infantil**, Recife, v.1, n.2, 2001.

MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 646-647, mai/jun, 2004.

NETO, A. A. L. Um antigo problema, uma nova visão. **Revista de Pediatria**, 2008.
OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Protocolo para el Estudio del Maltrato Físico Interpersonal de los Niños, 1994.

OLIVEIRA, J. R.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T.R.; SANTOS, C. A.; ASSIS, NASCIMENTO, O. C. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década, **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n3, p.759-769, 2014.

PAIXÃO, F.; SANTANA, G.; SÁ, J.; REIS, S.; CONCEIÇÃO, E. Análise espacial da violência urbana no município de Feira de Santana – Bahia. Disponível em: <www.nipes.feiradesantana.ba.gov.br/download/pesqmandioca.doc>. Acesso em: 06 de março de 2016.

PASCOLAT, G.; SANTOS, C. F. L.; CAMPOS, E. C. R.; VALDEZ, L. C. O.; BUSATO, D.; MARINHO, D. H. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n.1, p. 35- 40,2001.

PFEIFFER, L.; ROSÁRIO, N. A.; CAT, M. N. L. Violência contra crianças e adolescentes – proposta de classificação dos níveis de gravidade. **Revista Paulista Pediatria**, São Paulo, v.29, n.4, p. 477-482, 2011.

PIMENTA, R. M. C.; MATOS, F. R. R. O.; SILVA, M. L. C. A., RODRIGUES, A. A. A. O.; MARQUES, J. A. M.; MUSSE, J. O. Levantamento de lesões na região bucomaxilofacial em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal (IML) de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2009. **Arquivos em Odontologia**, Minas Gerais, v.49, n.4, p.154-161, 2013.

PINTO, L.W.; ASSIS, S.G. Violência familiar e comunitária em escolares do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, **Brasil. Rev Bras Epidemiol**, v.16, n.2, p. 288-300, 2013.

PIRES, G. E.; GOMES, E. M.; DUARTE, A. D.; MACEDO, A. F. Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares. **Oral Sciences**, v. 4, n.1, p.10-17, jan/jun, 2012.

RATES, S. M. M.; MELO, E. M.; MASCARENHAS, M. D. M.; MALTA, D. C. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil, 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p.655-665, 2015.

SANTOS, B. R. dos et al. Desenvolvimento de paradigmas de proteção para crianças e adolescentes brasileiros. In: ASSIS, S. G. et al. (Orgs.). **Teoria e Prática dos Conselhos Tutelares e dos Direitos da Criança e da Adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SANTOS, A. V.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; SOBRINHO, C. L. N.; MUSSE, J. O.; COSTA, A. M. Agressor sexual de crianças e adolescentes: análise de situações relacionadas a violação e vítimas, Rio de Janeiro, **Adolescência e saúde**, v.12, n. 3, p.7-20, jul/set, 2015.

SILVA, C. J.P.; FERREIRA, E. F.; PAULA, L. P. P.; NAVES, M.D.; VARGAS, A. M. D.; ZARZAR, P. M. P. A. A violência urbana contra crianças adolescentes em Belo Horizonte: uma história contada através dos traumas maxilofaciais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 1103-1120, 2011.

SILVA, R. H. A. **Orientação Profissional para o Cirurgião-Dentista: Ética e Legislação**. São Paulo: Santos, 2010.

SILVA, M.C.M.; BRITO, A. M.; ARAÚJO, A. L.; ABATH, M. B. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-412, jul/set, 2013.

SILVA, M. **Compêndio de Odontologia Legal**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

SILVEIRA, J.L.G.C.; MAYRINK, S.; NETTO, O.B.S. “ Maus-tratos na infância e adolescência: Casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau- SC.” **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 5, n. 2, p. 119-126, 2005.

SOUZA, C. S.; COSTA, M. C. O.; ASSIS, S. G.; MUSSE, J. O.; SOBRINHO, C. N.; AMARAL, M. T. R. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 19, v.3, p. 773-784, 2014.

VANRELL, J.P. Odontologia Legal e Antropologia Forense. 2^o. Ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2009.

VIEIRA, D.; MARTINS, C. S.; FERRIANI, M. G. C.; NASCIMENTO, L. C. Caracterização da violência física contra crianças e adolescentes. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 306-311, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. **Geneva**: WHO; 1996.

APÊNDICE

Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Núcleo de Estudo e Pesquisa na Infância e Adolescência

Formulário Nº _____ ano _____

PARTE I - VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Sexo:0-()Masculino 1- () Feminino	
2. Religião: _____ () ignorado.	3. Idade: _____anos
4. Estado civil: 0- ()Solteiro 1-()Casado 2- ()Outros () ignorado.	5. Cor: 0- () faioderma 1- () melanoderma 2-() leucoderma () ignorado.
6. Nível de escolaridade: 0- () ensino fundamental incompleto 1-() ensino fundamental completo 2- () ensino médio incompleto 3- () ensino médio completo 4- () ensino superior incompleto () ignorado.	
7. Naturalidade: _____ () ignorado.	8. Bairro que reside: _____ () ignorado.
9. Profissão: _____ () ignorado.	
10. Vínculo do suposto agressor com a vítima: 0 – () familiar especifique _____ 1- () não familiar especifique _____ () ignorado.	

11. Local da violência: 0- () Domiciliar especifique _____ 1- () extra-domiciliar especifique _____ () ignorado.	
12. Data do exame pericial: ___/___/_____. () não se aplica () ignorado.	13. Dias decorrido da agressão: _____ () não se aplica () ignorado.

PARTE II- TIPO DE EXAME REQUISITADO

14- Tipo de exame: 0- () lesão corporal decorrente de violência (caso marque essa opção resposta a parte III desse questionário). 1- () conjunção carnal/ato libidinoso (caso marque essa opção resposta a parte IV desse questionário). 2- () lesão corporal e conjunção carnal/ato libidinoso (caso marque essa opção resposta as partes III e IV desse questionário).
--

Parte III- EXAME DE LESÃO CORPORAL DECORRENTE DE VIOLÊNCIA

<p>Tipo de Instrumento utilizado:</p> <p>15- contundente 0- () sim 1- () não</p> <p>16- cortocontudente 0- () sim 1- () não</p> <p>17- perfurocontudente 0- () sim 1- () não</p> <p>18- cortante 0- () sim 1- () não</p> <p>19- perfurante 0- () sim 1- () não</p> <p>20- perfurocortante 0- () sim 1- () não</p> <p>() não se aplica</p>	<p>Tipo de lesão:</p> <p>21- contusa 0- () sim 1- () não</p> <p>22- cortocontusa 0- () sim 1- () não</p> <p>23- perfurocontusa 0- () sim 1- () não</p> <p>24- incisa 0- () sim 1- () não</p> <p>25- punctória 0- () sim 1- () não</p> <p>26- perfuroincisa 0- () sim 1- () não</p> <p>() não se aplica</p>
27. Exemplo do instrumento utilizado _____ () não se aplica. () ignorado.	
<p>Lesões em tecidos:</p> <p>28- tecido mole 0- () sim 1- () não</p> <p>29- tecido ósseo 0- () sim 1- () não</p> <p>30- tecido dentário 0- () sim 1- () não</p> <p>() não se aplica.</p>	
<p>Localização da lesão contusa:</p> <p>31- superficial 0- () sim 1- () não</p> <p>32- profunda 0- () sim 1- () não</p> <p>() não se aplica.</p>	

Lesões contusas superficiais:

- 33- rubefação 0- () sim 1- () não
34- edema traumático 0- () sim 1- () não
35- bossas linfáticas e sanguíneas 0- () sim 1- () não
36- hematomas 0- () sim 1- () não
37- equimose 0- () sim 1- () não
39- escoriação 0- () sim 1- () não
() não se aplica.

Lesões contusas profundas:

- 40- entorses e luxações 0- () sim 1- () não
41- fratura 0- () sim 1- () não
42- rotura visceral 0- () sim 1- () não
43- esmagamento 0- () sim 1- () não
() não se aplica.

Lesões por arma de fogo:

- 44- disparos (tiros) apoiado ou encostado 0- () sim 1- () não () não se aplica.
45- disparos (tiros) próximos, á curta distância ou á “queima-roupa” 0- () sim 1- () não () não se aplica.
46- disparos (tiros) a distância 0- () sim 1- () não () não se aplica.

Lesões perfuroincisas

- 47- penetrante 0- () sim 1- () não
48- perfurantes 0- () sim 1- () não
49- transfixantes 0- () sim 1- () não
50- fundo-de-saco 0- () sim 1- () não
51- acordeão ou sanfona 0- () sim 1- () não
() não se aplica.

52. Número de lesões:

- 0- uma lesão ()
1- maior ou igual a 2 lesões ()
() não se aplica.

Região do corpo afetada:

53- cabeça (crânio e face) 0- () sim 1- () não _____.

54- pescoço 0- () sim 1- () não _____.

55- tronco (tórax, abdome e pelve) 0- () sim 1- () não _____.

56- Membros Superiores (Ombro, braço, antebraço e mão) 0- () sim 1- () não _____.

57- Membro Inferiores (Quadril, coxa, perna e pé) 0- () sim 1- () não _____.

() não se aplica.

Quesitos e respostas:

55- resultou ofensa à integridade corporal, ou à saúde do examinado? 0- () sim 1- () não 2- () prejudicado 4- () não se aplica.

56- qual o instrumento ou meio empregado na produção da lesão? 0- () contusa 1- () cortocontusa 2- () perfurocontusa 3- () incisa 4- () punctória 5- () perfuroincisa 6- () prejudicado 7- () não se aplica.

57- trata-se de lesão que determine incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? 0- () sim 1- () não 2- () prejudicado 4- () não se aplica

58- resultou perigo de vida? No caso afirmativo caracterizá-lo. 0- () sim 1- () não 2- () prejudicado 4- () não se aplica.

_____.

59- resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função ou aceleração do parto? 0- () sim 1- () não 2- () prejudicado 4- () não se aplica.

60- resultou incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente ou aborto? 0- () sim 1- () não 2- () prejudicado 4- () não se aplica.

PARTE IV- EXAME DE CONJUNÇÃO CARNAL/ATO LIBIDINOSO

61- Há sinal de conjunção carnal recente e/ou prática de outro ato libidinoso? 0- () sim 1- () não 2- () prejudicado 4- () não se aplica.

62- Há sinal de violência da qual tivesse resultado lesão corporal? 0- () sim 1- () não 2- () prejudicado 4- () não se aplica.

63- Trata-se de Pericianda que, por enfermidade ou deficiência mental não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que por outra causa, não pôde oferecer resistência? (em caso afirmativo, especificar). 0- () sim

_____ 1- () não 2- () prejudicado 4- () não se aplica.