

SERGIO RICARDO CRUZ FONSECA

**LESÕES BUCOMAXILOFACIAIS CAUSADAS POR
VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES**

Aracaju

2014

SERGIO RICARDO CRUZ FONSECA

LESÕES BUCOMAXILOFACIAIS CAUSADAS POR VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES

Monografia apresentada ao Departamento
de Odontologia como requisito parcial à
conclusão do Curso de Odontologia da
Universidade Federal de Sergipe para
obtenção do grau de cirurgião-dentista.

Área de concentração: Estágio em Clínica
Odontológica Integrada

Aracaju

2014

Cruz Fonseca, Sergio Ricardo

Lesões bucomaxilofaciais causadas por violência contra mulheres

Sergio Ricardo Cruz Fonseca

nº de páginas: 40

Universidade Federal de Sergipe.

Aracaju, 2014.

Área de concentração: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Orientador: Bernardo Ferreira Brasileiro

Unitermos: Trauma; Violência doméstica; fratura

RESUMO

Este trabalho trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e observacional com finalidade de analisar, epidemiologicamente, as mulheres atendidas no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) no período de 2007 a 2010, vítimas de traumatismos faciais por agressão física. Dentre as 58 pacientes vítimas de agressão física atendidas, foi observada uma prevalência na faixa etária dos 21 a 40 anos (66%). O principal agente agressor foi o cônjuge (45%) e o mecanismo mais utilizado por eles o soco ou chute (78%). Fraturas faciais ocorreram em 35% das pacientes, com prevalência pelas lesões nasais (69%). As lesões associadas pelo corpo foram mais prevalentes nos membros superiores (12%) das pacientes. Assim, é possível inferir que padrões de atendimento terapêutico à essas vítimas sejam criados pelas equipes de saúde, no intuito de se otimizar o tratamento e de auxiliar não só a investigação policial sobre essas ocorrências, mas também contribuir no acolhimento de mulheres vítimas de agressão pelos órgãos sociais responsáveis.

Palavras-chave: Trauma; Violência doméstica; fratura

ABSTRACT

This work is in a retrospective, cross-sectional and observational study with the purpose of analyzing, epidemiologically, women treated at Emergency Hospital of Sergipe (HUSE) in the period from 2007 to 2010, victims of facial trauma by physical aggression. Among the 58 victims of physical aggression treated, a prevalence in the age group of 21-40 years (66%) was observed, the main offender agent was the spouse (45%) and the mechanism most used by them was the punch or kick (78%). Facial fractures occurred in 35% of patients, with prevalence by nasal lesions (69%). The lesions associated with the body were more prevalent in the upper limbs (12%) of the patients. Thus, we can infer that patterns of therapeutic care to these victims are created by health teams, in order to optimize treatment and assist not only the police investigation of these occurrences, but also contribute to the host of women victims of aggression by the responsible government bodies.

Keywords : Trauma ; Domestic violence ; fracture

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição das etiologias das 845 vítimas de lesões bucomaxilofaciais.....	18
GRÁFICO 2 – Distribuição etária dos 214 pacientes vítimas de agressão física.....	19
GRÁFICO 3 - Distribuição das motivações que levaram às agressões físicas.....	22
TABELA 1 - Distribuição de fraturas faciais por gênero.....	20
TABELA 2 – Distribuição das lesões associadas pelo corpo por gênero.....	20
TABELA 3 – Distribuição dos agressores por gênero.....	21
TABELA 4 – Distribuição dos mecanismos usados nas agressões por gênero.....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3 PROPOSIÇÃO.....	14
3.1 GERAL.....	14
3.2 ESPECÍFICO.....	14
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	15
4.1 LOCAL DA PESQUISA.....	15
4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO.....	15
4.3 DESCRIÇÃO DETALHADA DOS MÉTODOS.....	15
4.3.1 Fontes do material de pesquisa.....	15
4.3.2 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	16
4.4 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	16
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	16
5 RESULTADOS.....	18
6 DISCUSSÃO.....	23
7 CONCLUSÃO.....	26
8 REFERÊNCIAS.....	27
Apêndice.....	32

1. INTRODUÇÃO

A violência doméstica (definida como a violência gerada por alguém domiciliada com a vítima) e a violência familiar (causada por alguém com vínculo de parentesco) são um problema reconhecido mundialmente, atingindo todos os tipos de cultura, raça e condições sócio-econômicas (AROSARENA et al., 2012). De acordo com Crandall e colaboradores (2004), as mulheres são de 3 a 6 vezes mais aflagidas por violência do parceiro ou alguém conhecido comparado aos homens, estimando-se que em 80% dos casos, as mulheres conhecem seus agressores.

A violência doméstica poderá ser um problema para a mulher até no seu local de trabalho. Devido aos ataques que as mulheres sofrem, elas podem acabar se atrasando ou faltando o emprego, interferir na sua performance e sua habilidade. Os agressores domésticos podem persegui-las para o trabalho, fazer ameaças por telefone ou impedi-las de sair de casa, podendo resultar na demissão pelos seus chefes ou por vontade própria (TARR, 2007).

Em 1993, o Congresso Mundial de Direitos Humanos, em Viena, reconheceu oficialmente que todas as formas de violência contra as mulheres são violações dos direitos humanos e que os Estados têm uma obrigação de prevenir esse tipo de violência, de proteger as vítimas, de punir os agressores e fornecer uma compensação para aquelas que já foram vítimas (KALANTRY; KESTENBAUM, 2011). No Brasil, a lei Maria da Penha que está em vigor desde 2006, garante a mulher a sua proteção nos casos de violência. Contudo, Cortizo e Goyeneche, em 2010, relataram que faltam ainda políticas públicas e instituições do Estado que garantam a efetividade e a eficácia da Lei. Embora não dependa de regulamentação, na prática, a efetivação da Lei tem se dado de maneira lenta e desigual. Em algumas localidades faltam casas-abrigo, centros de orientação e atendimento às vítimas, e centros de recuperação dos agressores. Observa-se ainda evidências de mulheres agredidas que são orientadas dentro da própria delegacia a não prestarem queixa contra seus agressores.

Estudos anteriores têm mostrado que as áreas de cabeça, pescoço e face são os locais mais comuns em casos de violência doméstica contra as mulheres, com prevalência de 40% a 81%. Também foi observado que mulheres atendidas em centros de emergência com lesões nessas regiões têm 7,5 vezes mais chances de terem sido vítimas de algum tipo de violência, do que mulheres que sofreram lesões isoladas em outras partes do corpo. Dessa forma, traumas relacionados à essas áreas podem ser um indício inicial de violência (SADDKI; SUHAIMI; DAUD, 2010).

A exposição à violência gera um uso mais freqüente de serviços de saúde, carretando maior número de consultas, procedimentos de diagnóstico de alto custo e tratamentos extensivos (GUČEK; ŠVAB; SELIČ, 2011). Le e colaboradores, em 2001, referem que o espectro de lesões nas pacientes é amplo, que varia desde pequenos traumas como contusões e escoriações até fraturas ósseas e mortes. A coleção contínua de dados das fraturas bucomaxilofaciais torna-se, então, muito importante para o desenvolvimento e para a avaliação de medidas preventivas (HAUG et al., 1994; HOGG et al., 2000). Isto é possível pela reunião retrospectiva e prospectiva das informações sobre os traumatismos de face, por meio de um registro detalhado e uma análise regular de dados sobre estas lesões (GASSNER et al., 2004). Esse conhecimento fornece também a base para um modelo coordenado de tratamento onde os cirurgiões possam trabalhar junto a outros especialistas para implementar um compreensivo e integrado plano de tratamento que compreende tanto as necessidades físicas, como as psicológicas do paciente traumatizado (GLYNN, 2010).

2. REVISÃO DE LITERATURA

Dauer, em 2006, refere diversos casos de violência contra a mulher ao redor do mundo ilustrando bem o descaso das próprias autoridades. O autor cita que no Quênia as mulheres sofrem humilhações quando vão à uma delegacia fazer uma denuncia de violência. Na Rússia, a justiça requer antes de qualquer providência legal, que a mulher tente se reconciliar com o marido. Na Jordânia, o homem recebe uma redução de sentença de seis meses à um ano por ter matado a sua irmã, se ele provar que fez isso em nome da honra.

Um estudo realizado na Eslovênia durante os anos de 2005 a 2009 investigou a prevalência de casos de violência doméstica em atendimentos de urgência e determinou os fatores associados. A meta análise desse estudo mostrou que 63% das pacientes do gênero feminino num atendimento de urgência aprovou participar da pesquisa sobre violência doméstica, contudo a porcentagem é ainda maior entre aquelas que foram realmente vítimas desse tipo de violência. Entretanto, apesar das recomendações de organizações profissionais, apenas 10% dos médicos realmente perguntam aos pacientes sobre o evento ocorrido (GUČEK; ŠIVAB; SELIČ, 2011).

O entendimento da causa, severidade e distribuição temporal das lesões bucomaxilofaciais pode assistir no estabelecimento de prioridades clínicas e de pesquisa para o efetivo tratamento e prevenção destes traumatismos. Gassner et al., 2004 descrevem que os dados obtidos durante o atendimento da vítima nos centro de emergência são de suma importância para a polícia por fornecer informações mais precisas sobre o evento, como a localização, o tempo, a arma, o tipo de incidente e a relação com o agressor (SHEPHERD; SIVARAJASINGAM; RIVARA, 2000). Entre as diversas causas que podem levar a casos de violência doméstica, foi observado também que elas ocorrem devido à reações relacionadas a torcedores de esportes, que tendem a se tornarem mais violentos quando os seus times conseguem uma vitória (SIVARAJASINGAM; MOORE; SHEPHERD, 2005). Reavaliações periódicas da epidemiologia dos traumatismos faciais são de grande

importância para reafirmação de padrões pré-estabelecidos ou identificação de novas características durante a apresentação desta patologia (BRASILEIRO et al., 2010). Embora muitas associações médicas, agências governamentais e grupos de advocacia recomendem uma pesquisa rotineira para inquérito sobre violência doméstica, muitos médicos, até mesmo em países desenvolvidos, não seguem essas recomendações por algumas razões que incluem falta de conhecimento, treinamento inadequado e medo de ofender os pacientes (USTA et al., 2012).

Brasileiro e Passeri (2006) avaliaram a epidemiologia dos traumatismos faciais em Piracicaba (SP) de forma prospectiva por um período de cinco anos. As lesões por traumatismo facial ocasionadas por violência interpessoal foram a segunda principal forma etiológica dos traumas, representando 23,9% dos casos (os acidentes automobilísticos foram líder em prevalência com 45%). Apesar de outros estudos no Brasil também demonstrarem essa hierarquia de prevalência (OLIVEIRA et al., 2008; CARVALHO et al., 2010), estudos recentes tem demonstrado que as agressões interpessoais são as principais causas de traumatismos bucomaxilofaciais em centros urbanos de países desenvolvidos. Hächl e colaboradores (2002) na Áustria, Lida e colaboradores (2001) na Alemanha, e Laski e colaboradores (2004) nos Estados Unidos demonstraram que os índices de violência, tanto para homens quanto para as mulheres, têm aumentado expressivamente em relação aos acidentes de trânsito. Ao contrário do que ocorre com estes, os programas de prevenção não são tão fortes contra a violência, além do fácil acesso a armas e aumento da violência urbana.

Os estudos epidemiológicos sobre violência contra as mulheres têm identificado marcados padrões de ocorrência e gravidade. Wha-soon (1994) avaliou a severidade de traumatismo facial por agressões contra mulheres na Coreia e identificou que as formas de agressão se tornaram mais variadas e graves ao passar do tempo. As primeiras agressões começaram com tapas no rosto, progredindo gradualmente para o uso de objetos e armas.

Um estudo realizado na Nigéria em 2010 que buscou analisar os padrões de fraturas mandibulares associados com violência doméstica mostrou que as

agressões foram infligidas tanto por forças contundentes ou penetrantes ou uma combinação dos dois. O soco foi o meio de agressão favorito em 56,2% dos pacientes. Armas foram usadas em 37%. Essas armas incluem paus, canos e facões (ANYANECHI, 2010). Além disso, alguns estudos têm demonstrado que as seqüelas destas agressões são importantes em diversos aspectos. Vung e colaboradores (2009) avaliaram 883 mulheres vítimas de violência doméstica pelo parceiro e notaram que a violência sexual ocorreu em 9,2% delas, com identificação de elevada tendência à perda de memória (OR 3,7), dor e desconforto (OR 3,8), tristeza e depressão (OR 4,5) e pensamentos suicida (OR 2,8) em relação a mulheres sem história de violência.

Selic, Pesjak e Kersnik, em 2011, relataram em seu estudo na Eslovênia que 60% das mulheres vítimas de violência doméstica sofrem também de consequências indiretas, tais como distúrbios gastrointestinais, ginecológico e dores crônicas. De acordo com esta revisão literária, pode-se perceber que o trauma facial derivado da violência contra a mulher pode ser considerado uma das agressões mais sérias encontradas em centros de trauma. Devido principalmente às consequências emocionais e à possibilidade de deformidade física, estes traumatismos merecem atenção especial (LYNHAM; TUCKETT; WARNKE, 2012).

Pessoas vítimas de traumatismos orofaciais são particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de estresse pós-traumático crônico e depressão porque esses traumatismos são em alguns casos intencionais e porque qualquer desfiguração física pode servir como um lembrete daquele evento. Infelizmente, o desenvolvimento desses problemas emocionais em vítimas de agressão facial é uma área na qual a comunidade científica clínica só foi atraída recentemente (GLYNN; SHETTY; DENT, 2010). Pesquisas também comprovam que a neuropsicologia do estresse pós-traumático têm identificado vários déficits de neurocognição (TWAMLEY; HAMI; STEIN; 2004). Problemas relacionados à habilidades intelectuais, aprendizado, memória, atenção, habilidade visual, funções de execução, linguagem e rapidez psicomotoras têm sido observadas nesse tipo de patologia psicológica (YEHUDA et al., 1995; GIL et al., 1990). Poucos estudos têm focado a análise dos traumatismos faciais em mulheres por violência interpessoal

para correlacionar os mecanismos da agressão, os fatores que levaram ao incidente, o tipo do agressor e as lesões derivadas. Assim, supõe-se que diferentes eventos e padrões de ocorrência possam ser identificados, bem como o surgimento de sugestões para instituição de medidas preventivas e tratamentos.

Desta forma, a investigação epidemiológica destes traumatismos pode possibilitar o delineamento das circunstâncias de risco, bem como as características dos indivíduos mais susceptíveis ao trauma de face, considerando-se a sua diferença etiológica (THÓREN et al., 2010). Além disto, a avaliação das lesões permite direcionar o conhecimento real das necessidades dos serviços assistenciais de saúde das mulheres, o que é de fundamental importância para a elaboração de programas de prevenção específicos, como a regulamentação de estratégias de programas de controle da violência, identificação dos agressores e prestação de um serviço com melhor atendimento de socorro e tratamento (BRASILEIRO, 2005). Na maioria dos casos, as vítimas conseguem se separar dos seus parceiros abusivos, não pelas leis que criminalizam esse tipo de violência, mas com a ajuda de programas sociais que ajudam elas a se tornarem independentes. (MISNER-POLLARD, 2009). De acordo com a importância da prevalência dos traumatismos faciais de etiologia por agressão física, e seu padrão de apresentação singular para as mulheres, o presente estudo tem por finalidade analisar os casos de traumatismos bucomaxilofaciais que envolvam violência contra a mulher, no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), delineando-se os padrões de ocorrência, a severidade destas lesões e suas principais diferenças.

3. PROPOSIÇÃO

3.1 GERAL:

Avaliar epidemiologicamente as mulheres atendidas no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) no período de 2007 a 2010, vítimas de traumatismos faciais por agressão física.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil das vítimas de violência interpessoal (idade, grau de instrução, grau de relacionamento com o agente agressor);
- Estabelecer os fatores etiológicos das agressões (motivo e agente causador do traumatismo);
- Caracterizar anatomicamente as principais regiões-alvo dos acidentes, sejam elas faciais e as corporais associadas às mulheres agredidas;
- Estimular o interesse para estudos científicos epidemiológicos na área da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, além de motivar o desenvolvimento de trabalhos literários bem delimitados e com finalidade objetiva.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 LOCAL DA PESQUISA

Todas as etapas da pesquisa foram conduzidas no Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe (DOD/UFS), de acordo com o ofício de liberação da unidade para a pesquisa (Anexo 1). O armazenamento dos prontuários eletrônicos das vítimas de traumatismos faciais atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe foi feito pelo Ambulatório de Diagnóstico Oral do DOD/UFS (Ambulatório II), localizado no Campus da Saúde, Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO

Foram investigados e comparados os prontuários de pacientes do gênero feminino e masculino, vítimas de agressão física com comprometimento facial, que procuraram atendimento no Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE, no período de 2007 a 2010. As informações foram resgatadas de um banco de dados obtido prospectivamente de acordo com projetos PIBIC anteriores elaborados por esta Área (Anexos 2, 3 e 4). Não houve discriminação quanto à raça, à idade e nem de condição socioeconômicas dos pacientes estudados.

4.3 DESCRIÇÃO DETALHADA DOS MÉTODOS

4.3.1 Fontes do material de pesquisa

Este estudo fundamentou-se em uma pesquisa prospectiva, transversal e observacional sobre as características dos traumatismos bucomaxilofaciais por agressões envolvendo os pacientes atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) no período de agosto de 2007 a julho de 2010. De acordo com a ficha individual preenchida para cada paciente (Anexo 5), dados relativos à caracterização pessoal (idade, gênero, grau de instrução, histórico de envolvimento em outros

traumatismos por violência interpessoal), período de atendimento, etiologia do acidente, hábitos nocivos à saúde da vítima, regiões faciais e corporais acometidas, e sinais e sintomas após a agressão foram sistematicamente analisados. Os prontuários eletrônicos foram revisados quanto ao preenchimento completo dos dados relativos ao perfil da vítima e padrão da injúria facial e sistêmica. Todos os dados foram transferidos e armazenados em uma planilha do Microsoft Office Excel (Microsoft Corporation, EUA, 2010).

4.3.2 Aspectos Éticos da Pesquisa

Os prontuários foram avaliados resguardando-se a confidencialidade dos dados e a identificação dos sujeitos da análise por números de ordem em seu prontuário, preservando-se os princípios da resolução CNS 196/96, sob análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição (Anexos 2, 3 e 4). Ressalta-se que durante a coleta inicial das informações, os pacientes foram orientados sobre o estudo e, de acordo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 6). A execução deste trabalho também respeitou o **EDITAL Nº. 14/2012- POSGRAP/UFS**, por ter sido desenvolvido de acordo com o Programa de Bolsas de Iniciação Científica.

4.4 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Em nenhum momento durante a realização desta pesquisa houve risco, prejuízo terapêutico ou malefício físico e psicológico ao paciente avaliado, haja vista este trabalho utilizou somente dados previamente coletados (prontuários) e mantidos em confidencialidade em formato eletrônico pelo DOD/UFS. Assim, as vantagens da análise dos dados mantidos em arquivo contemplou o conhecimento sobre as características das lesões faciais decorrentes agressões físicas e o perfil de seus agressores.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Office Excel (Microsoft Corporation, EUA, 2010) para investigação estatística descritiva e

comparativa (Teste do Qui-quadrado e Teste Exato de Fischer, com níveis de significância de 95% - BioStat 5.8, Belém Pará, Brasil, 2009), buscando-se a demonstração das características epidemiológicas relevantes da população. Os testes estatísticos buscaram evidenciar em que aspectos existe correlação entre o perfil da mulher agredida e o perfil do agente agressor. Finalmente, foi realizada a comparação entre o padrão das lesões bucomaxilofaciais (fraturas das vítimas) e os mecanismos de agressão (arma branca, arma de fogo e soco ou chute).

5. RESULTADOS

Entre o período de 2007 e 2010, foram atendidos 845 pacientes vítimas de algum tipo de lesão bucomaxilofacial no Hospital de Urgência do Estado de Sergipe – HUSE. Desse total, 160 pacientes (19%) eram do gênero feminino e 685 (81%) eram do gênero masculino.

Os acidentes automobilísticos representaram o maior fator etiológico dos traumatismos na região da face, (458 casos, 54%) seguidos das agressões físicas (214 casos, 25%), dos acidentes ciclísticos (87 casos, 10%), das quedas (53 casos, 6%), acidentes esportivos (21 casos, 3%), acidentes de trabalho (4 casos e aproximadamente 1%) e outros tipos de trauma (8 casos, 1%) (Gráfico 1). Dentre essas vítimas, algumas obtiveram fraturas e lesões associadas pelo corpo. Foram observados 305 casos (36%) de fraturas faciais e 470 casos (56%) de lesões associadas pelo corpo. O perfil dos pacientes na sua maioria era da raça parda (53%), com o primeiro grau de escolaridade (59%) e atendida no período noturno (76%).

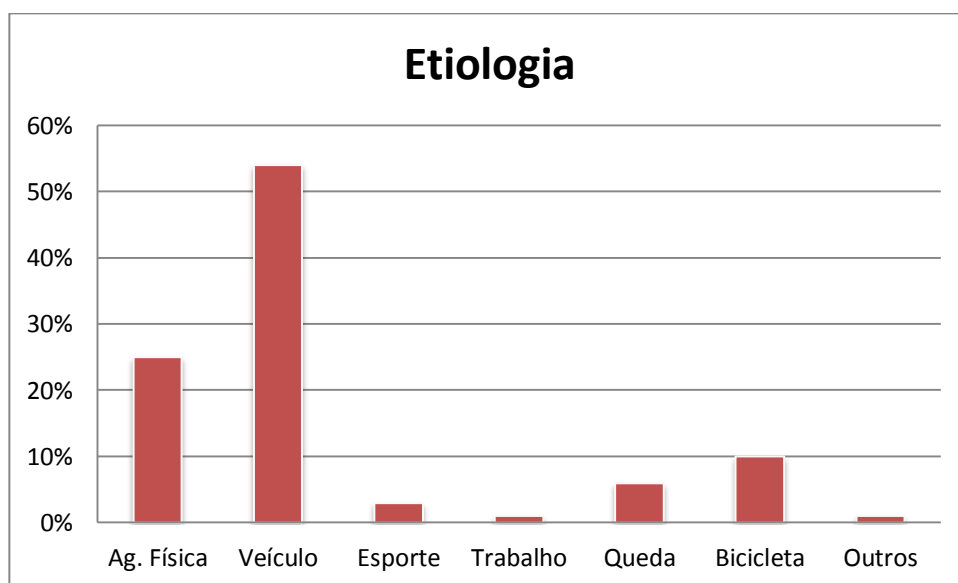


Gráfico 1 – Distribuição das etiologias das 845 vítimas de lesões bucomaxilofaciais.

Nos casos das agressões físicas, especificamente, foi encontrado um total de 214 casos (58 mulheres e 156 homens) com uma média de idade de 30,3

anos $\pm 12,6$, variando de 5 a 60 anos. A faixa etária de maior incidência foi de 21-30 anos, totalizando 38% das vítimas em questão. Isolando as vítimas de acordo com o gênero, os homens apresentaram uma maior prevalência na faixa etária de 21 a 30 anos (40%) com média de 29,4, enquanto que as mulheres obtiveram uma prevalência na faixa etária mais ampla de 21 a 40 anos (66%) com média de 28,6 anos. O perfil das vítimas de agressão física em ambos os gêneros estiveram de acordo com o perfil da etiologia geral, as mulheres eram na maioria pardas (46%) e com o primeiro grau de instrução (57%) e no caso dos homens, os pardos também foram mais prevalentes (56%) e com o primeiro grau de instrução (55%).

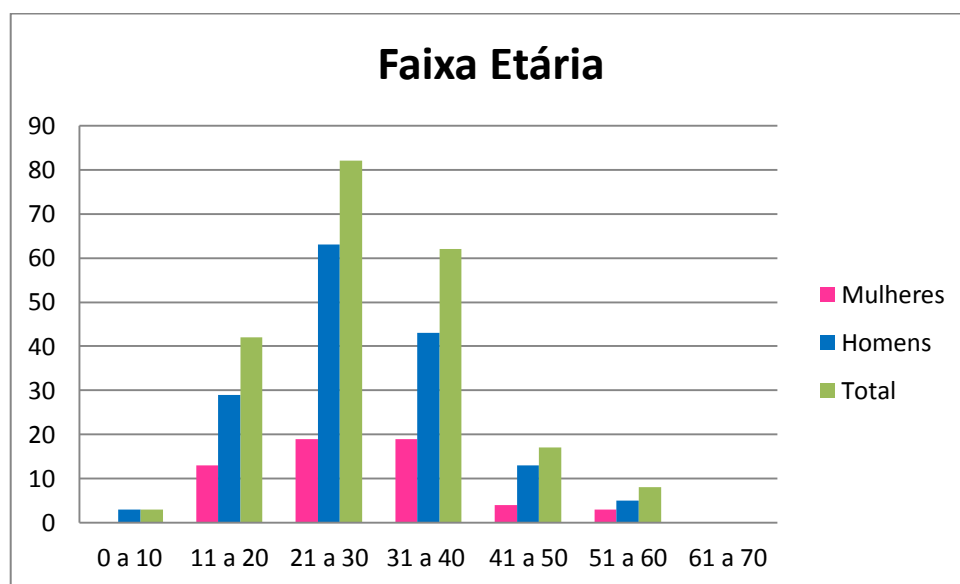


Gráfico 2 – Distribuição das idades dos 214 pacientes vítimas de agressão física.

Noventa e dois pacientes (43%) sofreram algum tipo de fratura facial, dentre elas a mais incidente foi a fratura de nariz (43%). Estratificando-se por gênero, encontrou-se que sessenta pacientes (65%) foram do gênero masculino e estes foram mais acometidos na mandíbula (34%). As mulheres representaram trinta e dois pacientes (35%) e estas foram acometidas prevalentemente com fratura de nariz (69%). (Tabela 1). A análise estatística com a aplicação do teste do Qui-Quadrado revelou que as mulheres possuem uma tendência maior a sofrerem fraturas ($\chi^2 = 4,817$; $p = 0,04$).

Tabela 1 - Distribuição de fraturas faciais por gênero

		Mulheres	Homens	Total
Fraturas	Mandíbula	6	28	34
	Maxila	0	4	4
	Nariz	25	26	51
	Complexo Zigomático	5	25	30

Foram observadas também as lesões associadas pelo corpo, as quais estiveram presente em 59 pacientes (28%), com 52 vítimas masculinas (88%) e 7 vítimas femininas (12%). A lesão nos membros superiores foi a mais prevalente em ambos os gêneros, correspondendo a 36% nos homens e 40% nas mulheres.

Tabela 2 – Distribuição das lesões associadas pelo corpo por gênero

		Mulheres	Homens	Total
Lesões associadas	Crânio	1	15	16
	Tórax	3	17	20
	Pescoço	2	9	11
	Abdome	0	6	6
	Membro Superior	4	33	37
	Membro Inferior	0	13	13

Quanto à etiologia das agressões físicas foram evidenciadas as variáveis: agressor e mecanismo utilizado. Sobre o agressor, as mulheres foram mais freqüentemente agredidas pelo cônjuge (45%). Entretanto, os homens foram mais vítimas de alguma pessoa conhecida que não o cônjuge (38%), seguido por uma pessoa desconhecida. A análise estatística revelou que há uma relação significativa entre gênero e tipo de agressor ($\chi^2 = 26,87; p=0,0001$) onde os homens são mais agredidos por agentes desconhecidos e as mulheres por agentes conhecidos. Foi comprovado também que não existe relação entre a presença de fratura óssea e o tipo de agressor ($\chi^2 = 0,519; p=0,56$), assim como a idade e o tipo de agressor, tanto para homens ($\chi^2 = 1,09; p=0,29$) como para mulheres ($\chi^2 = 0,34; p=0,5591$).

Tabela 3 – Distribuição dos agressores por gênero

		Mulheres	Homens	Total
Agressor	Bandido	2	21	23
	Parente	8	9	17
	Conhecido	15	60	75
	Desconhecido	7	58	65
	Cônjuge	26	1	27
	Policial	0	7	7

No que se diz respeito ao mecanismo utilizado, tanto as mulheres como os homens foram mais atingidos por soco ou chute (72% e 44% respectivamente). A análise estatística comprovou que não existe relação significativa entre o mecanismo utilizado com a ocorrência de fraturas faciais ($\chi^2 = 1,76$; $p = 0,41$). Entretanto, foi observado que há uma relação entre o mecanismo utilizado e o tipo de agressor ($\chi^2 = 11,82$; $p = 0,0027$). Assim sendo, o soco ou chute e arma branca foi o mecanismo mais utilizado por agente conhecidos e a arma de fogo foi o mecanismo mais utilizado por agentes desconhecidos.

Tabela 4 – Distribuição dos mecanismos usados nas agressões por gênero

		Mulheres	Homens	Total
Mecanismo	Soco ou chute	42	68	110
	Arma de fogo	1	12	13
	Arma branca	11	46	57
	Arma branca + soco	2	25	27
	Arma branca + arma de fogo	0	2	2
	Agressão desconhecida	2	3	5

Com relação à motivação que levaram a essas agressões, ambos os gêneros foram mais agredidos por motivo de discussão (78% para as mulheres e 57% para os homens). A segunda maior motivação para as mulheres, no entanto, foi a traição, representando 15%, já para os homens foi o crime com 27%.

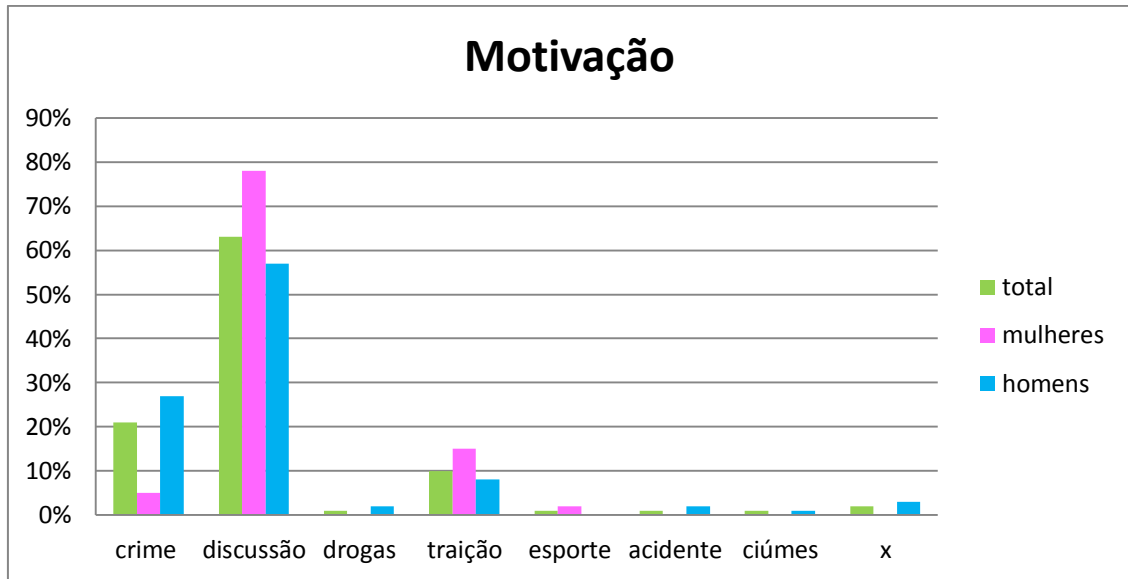


Gráfico 3 – Distribuição das motivações que levaram às agressões físicas.

6. DISCUSSÃO

Os dados obtidos revelaram uma predominância dos pacientes vítimas de algum tipo de lesão bucomaxilofacial atendidos no Hospital de Urgência do Estado de Sergipe (HUSE) serem do gênero masculino. Os homens representaram a maior parcela da população economicamente ativa na maior parte das comunidades estudadas, estando, dessa forma, expostos a mais riscos de envolvimento em eventos de violência interpessoal (HAUG et al., 1994; HOGG et al., 2000; IIDA et al., 2001; HÄCHL et al., 2002; GASSNER et al., 2004; LASKI et al., 2004; BRASILEIRO; PASSERI, 2006; OLIVEIRA et al., 2008; CARVALHO et al., 2010; GLYNN, 2010). Porém, pode-se observar também que o número de mulheres foi relevante. Acredita-se que além de terem uma participação mais ativa na sociedade atual, necessitando muitas vezes trabalhar fora das suas residências, elas ainda enfrentam a violência doméstica (CRANDALL et al., 2004; TARR, 2007; SADDKI; SUHAIMI; DAUD, 2010; KALANTRY; KESTENBAUM, 2011; AROSARENA et al., 2012).

As agressões por violência interpessoal foram a segunda principal causa de lesões bucomaxilofaciais neste estudo. A primeira causa foi os acidentes automobilísticos, corroborando com diversas pesquisas (HAUG et al., 1994; HOGG et al., 2000; IIDA et al., 2001; BRASILEIRO; PASSERI, 2006; OLIVEIRA et al., 2008; BRASILEIRO; VIEIRA; SILVEIRA, 2010). Outros estudos mostraram a violência interpessoal como o fator causal mais prevalente (LASKI et al., 2004; CARVALHO et al., 2010; THÓREN et al., 2010). Os casos de violência têm se tornado mais incidentes porque tem se atribuído como causa o uso de álcool e outras drogas (LASKI et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2008) e facilidade de acesso a armas (OLIVEIRA et al., 2008).

Pode-se observar neste estudo também que os homens são as maiores vítimas, numa proporção de 4,1:1, corroborando com a literatura pesquisada (HAUG et al., 1994; BRASILEIRO; PASSERI, 2006; OLIVEIRA et al., 2008). Pode-se notar ainda que a proporção de gênero entre os pacientes somente vítimas de agressão (2,68:1) foi menor do que na etiologia geral, isso pode ser explicado pelo fato de que

as mulheres estarem cada vez mais presentes na sociedade ativa e serem as maiores vítimas da violência dentro das suas próprias casas (CRANDALL et al., 2004; TARR, 2007; SADDKI; SUHAIMI; DAUD, 2010; KALANTRY; KESTENBAUM, 2011; AROSARENA et al., 2012).

A faixa etária dos pacientes vítimas de agressão física mais prevalente em nosso estudo esteve entre 21 e 30 anos (Gráfico 2), como encontrado em outros estudos (HAUG et al., 1994; HOGG et al., 2000; BRASILEIRO; VIEIRA; SILVEIRA, 2010; GLYNN, 2010). Uma possível explicação deve-se ao fato de que nessa idade as pessoas começam a viver de forma independente, estão presentes em mais eventos sociais e consomem álcool e outros tipos de drogas, o que acaba expondo-os à maiores riscos (OLIVEIRA et al., 2008). Contudo, ao examinarmos somente o gênero feminino, essa faixa etária se estende até os 40 anos, o que também foi observado por autores (CRANDALL et al., 2004; ANYANECHI, 2010). Entretanto, outros afirmam ainda que essa faixa etária pode se estender ainda mais (HOGG et al., 2000; VUNG; OSTERGREN; KRANTZ, 2009; GUČEK; ŠVAB; SELIČ, 2011; USTA et al., 2012). Isso pode ser comprovado pelo fato das mulheres, depois de casadas ou em algum relacionamento, ficarem mais vulneráveis a sofrer abusos pelo cônjuge, situação essa que pode se perdurar durante os anos de convívio. Os estudos feitos em países da Ásia e da África, como Índia, Bangladesh, Camboja e Nigéria, mostram resultados significantes também para as faixa etárias abaixo dos 21 anos (ANYANECHI, 2010; KALANTRY; KESTENBAUM, 2011).

O tipo de agressor mais prevalente entre as mulheres foi alguém conhecido (84%), enquanto que entre os homens, foi algum indivíduo desconhecido (54%) o que confirma a existência da violência doméstica. Outros autores relatam o mesmo resultado (CRANDALL et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2008; AROSARENA et al., 2012). Ainda ressalta-se que muitos dados são subestimados, haja vista um considerável número de casos são omitidos por vítimas constrangidas pelo evento ou com medo da retaliação pelos agressores (TARR, 2007; OLIVEIRA et al., 2008; MISNER-POLLARD, 2009; SADDKI; SUHAIMI; DAUD, 2010; KALANTRY; KESTENBAUM, 2011; AROSARENA et al., 2012; USTA et al., 2012).

Sobre os mecanismos utilizados nas agressões físicas, os homens foram mais atingidos por golpes associados com arma branca (46%), enquanto que as mulheres foram mais atingidas por golpes de soco ou chute (71%). De acordo com a literatura pesquisada, as mulheres possuem realmente uma maior tendência a serem agredidas somente com golpes corporais (GIL et al., 1990; OLIVEIRA et al., 2008; ANYANECHI, 2010; AROSARENA et al., 2012), o que demonstra que os agressores são na maioria conhecidos, geralmente não tem a intenção de agredir fatalmente a mulher, mas sim de colocar a mulher num estado de submissão. Foi observado ainda, que a maior parte das vítimas foi agredida no período da noite (76%). Neste período, espera-se que haja um maior consumo de álcool e outros tipos de drogas, o que aumenta as chances de ocorrer um evento de violência interpessoal. Além disso, muitos maridos que abusam violentamente de suas mulheres costumam estar sob efeito de algum entorpecente (GIL et al., 1990; WHA-SOON, 1994; YEHUDA, 1995; SIVARAJASINGAM; MOORE; SHEPHERD, 2005; OLIVEIRA et al., 2008; MISNER-POLLARD, 2009; KALANTRY; KESTENBAUM, 2011; SELIC; PESJAK; KERSNIK, 2011).

Os resultados mostraram que a maioria (57%) das ocorrências de agressão não resultou em nenhuma fratura óssea facial, porém nos casos em que houve fratura, o osso nasal foi o mais acometido (43%). Resultados semelhantes também foram encontrados em outros estudos (GIL et al., 1990; CARVALHO et al., 2010; LYNHAM; TUCKETT; WARNKE, 2012). Em contra partida, autores mostraram que outras regiões como a mandíbula, complexo zigomático e região periorbital, foram as que tiveram mais destaque (IIDA et al., 2001; LASKI et al., 2004; BRASILEIRO; PASSERI, 2006; THÓREN et al., 2010; AROSARENA et al., 2012). Com relação às lesões associadas, esteve presente em 28% dos pacientes agredidos, sendo os membros superiores os mais atingidos, o que corresponde com os estudos sobre traumatismos faciais (BRASILEIRO; PASSERI, 2006; BRASILEIRO; VIEIRA; SILVEIRA, 2010), o que demonstra a tendência que as vítimas possuem em levantar os braços como reflexo de proteção (GIL et al., 1990; OLIVEIRA et al., 2008).

7. CONCLUSÃO

- As lesões bucomaxilofaciais causadas por violência contra mulheres geraram vítimas com idade entre 21 e 40 anos prevalentemente em mulheres pardas com somente o primeiro grau de escolaridade.
- O agressor foi na sua maioria um agente conhecido pela vítima, confirmado pela análise estatística, sendo o cônjuge o mais prevalente entre esses. A motivação maior foi a discussão e o mecanismo mais utilizado foi o soco ou chute.
- As estatísticas também comprovaram que as mulheres possuem uma tendência maior a sofrerem fraturas, e a região mais acometida foi o nariz. A lesão associada pelo corpo mais presente foi nos membros superiores.
- Esse conjunto de dados pode levar a padrões que podem ser identificados pela equipe de saúde que atende essas vítimas, fazendo com que haja um tratamento mais específico e eficaz, além de poder cooperar com a polícia e os órgãos responsáveis ao acolhimento das mulheres agredidas.

8. REFERÊNCIAS

ANYANECHI, CE. Mandibular fractures associated with domestic violence in Calabar, Nigeria. **Ghana Med J**, v.44, n.4, p.155-8, 2010.

AROSARENA, OA; FRITSCH, TA; HSUEH, Y; AYNEHCHI, B; HAUG, R. Maxillofacial injuries and violence against women. **Arch Facial Plast Surg**, v.11, n.1, p.48-52, 2012.

BATISTA, AM; MARQUES, LS; BATISTA, AE; FALCI, SG; RAMOS-JORGE, ML. Urban-rural differences in oral and maxillofacial trauma. **Braz Oral Res**, v.26, p.132-8, 2012.

BRASILEIRO, BF; PASSERI, LA. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil: a 5-year prospective study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.102, n.1, p.28-34, 2006.

BRASILEIRO, BF; VIEIRA, JM; SILVEIRA, CES. Avaliação de traumatismos faciais por acidentes motociclísticos em Aracaju/SE. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac**, v.10, n.2, p.97-104, 2010.

BRESSAN, RA; QUARANTINI, LC; ANDREOLI, SB; ARAÚJO, C; BREEN, G; GUINDALINI, C; HOEXTER, M; JACKOWISKI, AP; JORGE, MR; LACERDA, ALT; LARA, DR; MALTA, S; MORIYAMA, TS; QUINTANA, MI; RIBEIRO, WS; RUIZ, J; SCHOEDL, AF; SHIH, MC; FIGUEIRA, I; KOENEN, KC; MELLO, MF; MARI, JJ. The posttraumatic stress disorder Project in Brazil: neuropsychological, structural and molecular neuroimaging studies in victims of urban violence. **BMC Psychiatry**, v.9, p.30-42, 2009.

BRASILEIRO, BF. **Prevalência, tratamento e complicações dos casos de trauma facial atendidos pela FOP – Unicamp de abril de 1999 a março de 2004**. 2005.

Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2005.

CARVALHO, T.B.O.; CANCIAN, L.R.L.; MARQUES, C.G.; PIATTO, V.B.; MANIGLIA, JV; MOLINA FD. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. **Braz J Otorhinolaryngol**, v.76, n.5, p.565-74, 2010.

CORTIZO, MDC; GOYENECHE, PLG. Judicialização do privado e violência contra a mulher. **Rev Katál. Florianópolis**, v.13, n.1, p.102-9, 2010.

CRANDALL, ML; NATHENS, AB; RIVARA, FP. Injury patterns among female trauma patients: recognizing intentional injury. **J Trauma**, v.57, p.42-5, 2004.

DAUER, S. Violence against women: an obstacle to equality. **U. Md. L.j. Race, Religion, Gender & Class**, v.6, p.281-90, 2006.

GASSNER, R; TULI, T; HÄCHL, O; MOREIRA, R; ULMER, H. Craniomaxillofacial trauma in children: a review of 3,385 cases with 6,600 injuries in 10 years. **J Oral Maxillofac Surg**, v.62, p.399-407, 2004.

GIL, T; CALEV, A; GREENBERG, D; KUGELMASS, S; LERER, B. Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder. **J Traum Stress**, v.14, p.29-45, 1990.

GLYNN, SM. The psychosocial characteristics and needs of patients presenting with orofacial injury. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am**, v.22, n.2, p.209-15, 2010.

GUCEK , NK; SIVAB, I; SELIC, P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five years period (2005-2009). **Croat Med J**, v.52, n.6, p.728-34, 2011.

HÄCHL, O; TULI, T; SCHWABEGGER, A; GASSNER, R. Maxillofacial trauma due to work- related accidents. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v.31, n.1, p.90-3, 2002.

HAUG, RH; ADAMS, JM; CONFORTI, PJ; LIKAVEC, MJ. Cranial fractures associated with facial fractures: a review of mechanism, type and severity of injury. **J Oral Maxillofac Surg**, v.52, p.729-33, 1994.

HOGG, NJ; STEWART, TC; ARMSTRONG, JE; GIROTTI, MJ. Epidemiology of maxillofacial injuries at trauma hospitals in Ontario, Canada, between 1992 and 1997. **J Trauma**, v.49, p.425-32, 2000.

IIDA, S; KOGO, M; SUGIURA, T; MIMA, T; MATSUYA, T. Retrospective analysis of 1502 patients with facial trauma. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v.30, n.4, p.286-90, 2001.

KALANTRY, S; KESTENBAUM, JG. Combating acid violence in Bangladesh, India, and Cambodia. **Cornel Law Library**, v.1, n.1, 2011.

LASKI, R; ZICCARDI, VB; BRODER, H; JANAL, M. Facial trauma: a recurrent disease? The potencial role of disease prevention. **J Oral Maxillofac Surg**, v.62, n.6, p.685-8, 2004.

LE, B; DIERKS, EJ; UEECK, BA; HOMER, LD; POTTER, BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. **J Oral Maxillofac Surg**, v.59, n.11, p.1277-83, 2001.

LYNHAM, A; TUCKETT, J; WARNKE, P. Maxillofacial trauma. **Aust Fam Physician**, v.41, n., p.172-80, 2012.

MISNER-POLLARD, C. Domestic violence in Russia: Is current law meeting the needs of victims and the obligations of human rights instruments? **Oklahoma City University School of Law, Oklahoma**, v.3, n.1, p.146-207, 2009.

OLIVEIRA, CMCS; SANTOS, JS; BRASILEIRO, BF; SANTOS, TS. Epidemiologia dos traumatismos faciais por agressões em Aracaju/SE. **Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac**, v.8, p.57-68, 2008.

SADDKI, N; SUHAIMI, AA; DAUD, R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. **BMC Public Health**, v.10, n.268, p.1-6, 2010.

SELIC, P; PESJAK, K; KERSNIK, J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. **BMC Public Health**, v.11, p.621-30, 2011.

SHEPHERD, JP; SIVARAJASINGAM, V; RIVARA, FP. Using injury data for violence prevention - Government proposal is an important step towards safer communities. **BMJ**, v.321, p.1481-2, 2000.

SIVARAJASINGAM, V; MOORE, S; SHEPHERD, JP. Winning, losing, and violence. **Inj Prev**, v.11, n.2, p.69-70, 2005.

TARR, NW. Employment and economic security for victims of domestic abuse. **Employment and Economic Security local**, v.16, n.2, p.371-427, 2007.

THÓREN, H; NUMMINEN, L; SNALL, J; KORMI, E; LINDQVIST, C; IIZUKA, T; TÖRNWALL, J. Occurrence and types of dental injuries among patients with maxillofacial fractures. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v.39, n.8, p.774-8, 2010.

TWAMLEY, EW; HAMI, S; STEIN, MB. Neuropsychological function in college students with and without posttraumatic stress disorder. **Psychiatry Res**, v.126, n.3, p.265-74, 2004.

USTA, J; ANTOUN, J; AMBUEL, B; KHAWAJA, M. Involving the health care system in domestic violence: what women want. **Ann Fam Med**, Cleveland, v.10, n.3, p.213-20, 2012.

VUNG, ND; OSTERGREN, P; KRANTZ, G. Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. **Eur J Public Health**, v.19, n.2, p.178-82, 2009.

WHA-SOON, B. A study on the prevention of and countermeasures against domestic violence. **Womens Stud Forum**, v.10, n., p.48-71, 1994.

YEHUDA, R; KEEFE, RS; HARVEY, PD; LEVENGOOD, RA; GERBER, DK; GENI, J. Learning and memory in combat veterans with post-traumatic stress disorder. **Am J Psychiatry**, v.152, n., p.137-9, 1995.

APÊNDICE

1 - OFÍCIO DE LIBERAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Aracaju, 10 de abril de 2012.

À Chefia do Departamento de Odontologia

Universidade Federal de Sergipe – Campus da Saúde – Hospital Universitário

Ilma. Profa. Dra. Rosa Bragança

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Venho respeitosamente solicitar, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa encaminhado ao PIBIC 2012, intitulado “Lesões bucomaxilofaciais causadas por violência contra mulheres”, sob a responsabilidade do pesquisador Bernardo Ferreira Brasileiro, conforme Resolução CNS 196/96, que o Ambulatório de Diagnóstico Oral do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe disponibilize o acesso aos prontuários eletrônicos dos pacientes com traumatismos faciais decorrentes de acidentes com veículos motorizados e atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe no período de 2007 a 2010, de acordo como os objetivos deste trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Bernardo Ferreira Brasileiro

Pesquisador principal e Coordenador do Projeto
Universidade Federal de Sergipe (UFS) - Hospital Universitário
Departamento de Odontologia - Disciplina de Diagnóstico Oral
Endereço: Avenida Claudio Batista, Bairro Santo Antônio. Aracaju, Sergipe
Tel: 2105-1827

2 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – ANO 2007/2008.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
Rua Cláudio Batista s/n – prédio do CCBS/HU - Bairro Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone/Fax: (79) 2105-1805
E-mail: cephu@ufs.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa “**EPIDEMIOLOGIA DOS TRAUMATISMOS BUCO-MAXILO-FACIAIS POR AGRESSÃO NO HOSPITAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO DE 2007 A 2008**”, Nº CAAE – 1089.0.000.107-07, sob a orientação do **Prof. Ms. Bernardo Ferreira Brasileiro**, tratando-se do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/UFS, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe - CEP/UFS, em reunião realizada dia **01/06/2007**.

Aracaju, 12 de junho de 2007.


Prof. Dr. Manuel Herminio de Aguiar Oliveira
Coordenador do CEP/UFS

3 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – ANO 2008/2009.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
Rua Cláudio Batista s/n – prédio do CCBS/HU - Bairro Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone/Fax: (79) 2105-1805
E-mail: ccplus@ufs.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa “**EPIDEMIOLOGIA DOS TRAUMATISMOS BUCO-MAXILO-FACIAIS POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HU/SE) DE 2008 A 2009**”, Nº CAAE – 1456.0.000.107-08, sob a orientação do **Prof. Dr. Bernardo Ferreira Brasileiro**, tratando-se do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/UFS, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe - CEP/UFS.

Aracaju, 13 de junho de 2008.


Prof. Dr. Manuel Herminio de Aguiar Oliveira
Coordenador do CEP/UFS

4 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – ANO 2009/2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Rua Cláudio Batista S/N-Didática V - Bairro Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone:(79) 2105-1805
E-mail: cephu@ufs.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa **“EPIDEMIOLOGIA DOS TRAUMATISMOS BUCO-MAXILO-FACIAIS POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE) DE 2009 A 2010”** - Nº CAAE – **0083.0.107.000-09**, sob orientação do **Prof. Dr. Bernardo Ferreira Brasileiro**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe- CEP/UFS em reunião realizada dia **07/08/2009**.

Aracaju, 17 de agosto de 2009.

A handwritten signature in blue ink, belonging to Prof. Dra. Rosana Cipolotti, is positioned above her name and title.

Prof. Dra. Rosana Cipolotti
Vice-Coordenadora do CEP/UFS

5 – MODELO DE PRONTUÁRIO PARA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

DISCIPLINA DE DIAGNÓSTICO ORAL

FICHA INDIVIDUAL DE TRAUMA DE FACE

IDENTIFICAÇÃO

Nome:		Ficha:
Tel.:	Profissão	Nascimento: / /
Raça: Branca / Parda / Amarela / Negra / Indígena		Gênero: Masculino / Feminino
Instrução: 0 / 1 / 2 / 3	Atendimento: Manhã / Tarde / Noite	

ETIOLOGIA

1) AGRESSÃO FÍSICA	
Mecanismo: Arma Branca / Arma de fogo / Soco ou Chute / Mordida	
Agressor: Cônjuge / Policial / Bandido Desconhecido / Conhecido / Parente	
Outros:	
Motivo: Discussão / Crime / Traição / Esporte / Acidente / Drogas	
Ocorrência: 1a vez / 2a vez / > 2 vezes	Frequência: < 1 ano / >1 ano
2) ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO –	
Impacto: Guidão / Chão / Pára-brisa / Painel / Outro	
Dispositivo de Segurança: Capacete aberto/ Capacete fechado / Viseira / Nenhum	
Freio ABS / Bolsas de ar (AIRBAG) / Cinto de segurança	

VÍCIOS

Substância: Álcool (A) / Droga Não-Injetável (DN) / Droga Injetável (DI)

Uso: Durante a agressão / Durante atendimento / Rotineiramente / Dificilmente

LESÕES DE TECIDO MOLE

Região Anatômica	Tipo
Couro cabeludo	
Fronte	
Supercílios	
Pálpebras	
Olho	
Nariz	
Região infra-orbital	
Orelhas	
Lábio superior	
Lábio inferior	
Mento	
Bochechas	
Região parotídea/massetérica	

LESÕES DE TECIDO DURO

Traumatismo Dento-Alveolar		Dentes
	Concussão	
	Subluxação	
	Luxação intrusiva	
	Luxação extrusiva	
	Luxação lateral	
	Avulsão	
	Fratura coronária	
	Fratura radicular	
	Fratura alveolar	

Fraturas	Região
Mandíbula	Sínfise / Corpo / Ângulo / Ramo / Côndilo / Coronóide
Maxila	Le Fort I / Le Fort II / Le Fort III
Nariz	
Complexo Zigomático	Osso Zigomático / Arco Zigomático
Frontal	Parede Anterior / Parede Posterior
NOE	Unilateral / Bilateral

SINAIS E SINTOMAS

	DOR		AMAUROSE
	HEMORRAGIA		DIPLOPIA
	ASSIMETRIA		DISTOPIA
	HEMATOMA		EXOFTALMIA
	EQUIMOSE		ENOFTALMIA
	TRISMO		HIPOSFAGMA
	ANODINIA		TELECANTO
	DISPNÉIA		HIFEMA
			PARESTESIA
			PARALISIA

LESÕES ASSOCIADAS

Região Anatômica		Interconsulta / Tipo de lesão
	Crânio	
	Pescoço	
	Membro superior	
	Membro inferior	
	Tórax	
	Abdome	

6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

As informações contidas neste prontuário foram fornecidas pelo Prof. Dr. Bernardo Ferreira Brasileiro (orientador do trabalho), para que o Sr(a) tenha pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos que se submeterá enquanto for paciente, e participará com capacidade de livre escolha e sem qualquer coação.

I Título do Trabalho Experimental

Epidemiologia dos traumatismos bucomaxilofaciais no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE).

II Objetivos e justificativa

Avaliar epidemiologicamente os pacientes vítimas de traumatismos faciais que serão atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). A justificativa deste estudo é que existem poucos estudos que relatem informações reais sobre os traumatismos bucomaxilofaciais causados por diferentes maneiras.

III Procedimentos do experimento

O Sr(a) será submetido inicialmente a uma série de perguntas sobre o acidente, coletando-se informações pessoais e do que causou o acidente. Se o Sr(a) estiver impossibilitado de responder aos questionamentos, as perguntas serão feitas para o seu acompanhante. Logo após, os pesquisadores irão realizar um exame clínico por meio de palpação e exame radiográfico da face.

IV Desconforto e riscos esperados

Os desconfortos e riscos são inerentes ao exame clínico, ou seja, decorrente do procedimento de palpação da face e da boca. Esses inconvenientes são de grau mínimo de risco e são próprios do tratamento convencional, e seriam realizados independentes da pesquisa.

V Benefícios do experimento

O benefício direto esperado para o paciente voluntário é o diagnóstico das lesões faciais, assim como oportunidade do mesmo de tratamento completo nesta Unidade de Saúde. O Sr(a) será informado verbalmente sobre as condições da sua saúde.

VI Critérios para suspender e encerrar a pesquisa:

Caso o Sr(a) não concorde com a sua participação, sua contribuição termina automaticamente, sem nenhum prejuízo para seu tratamento subsequente. Como não há riscos previsíveis, essa pesquisa deverá ser encerrada após a obtenção das informações pretendidas.

VII Garantia de esclarecimentos

O Sr(a) tem a garantia de que receberá respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa.

VIII Retirada do Consentimento

O Sr(a) tem a liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde, sem qualquer penalização ou prejuízo do seu tratamento.

IX Garantia de Sigilo

Os pesquisadores garantem o sigilo das informações obtidas neste experimento. Não será divulgada a identidade dos pacientes examinados.

X Indicação de forma de ressarcimento das despesas decorrentes da participação da pesquisa

Não há previsão de ressarcimento aos voluntários da pesquisa, uma vez que não haverá gasto adicional pela participação da mesma.

XI Consentimento Pós-Informações

Eu _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado pelo pesquisador – Bernardo Ferreira Brasileiro – e seus colaboradores dos procedimentos que serão utilizados, possíveis desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

LOCAL E DATA:

Aracaju, _____ de _____, do ano _____.

(Nome por extenso)

(Assinatura do paciente ou responsável)

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Prof. Dr. Bernardo Ferreira Brasileiro

Pesquisador principal e Coordenador do Projeto

Universidade Federal de Sergipe (UFS) - Hospital Universitário

Departamento de Odontologia - Disciplina de Diagnóstico Oral

Endereço: Avenida Claudio Batista, Bairro Santo Antônio. Aracaju, Sergipe

Tel: 2105-1827