



**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO**

**INOMINÁVEL MUNDO NOVO...**

**GLOBALIZAÇÃO, VIOLÊNCIA URBANA INTERPESSOAL E  
OS TRAUMATISMOS FACIAIS EM QUESTÃO**

**CAMARAGIBE – PERNAMBUCO**

**2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**ANDRÉA SILVIA WALTER DE AGUIAR**

**INOMINÁVEL MUNDO NOVO...**

**GLOBALIZAÇÃO, VIOLÊNCIA URBANA INTERPESSOAL E  
OS TRAUMATISMOS FACIAIS EM QUESTÃO**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Pernambuco, para obtenção do título de Doutor em Odontologia. Área de concentração: Saúde Coletiva.

**Orientador: Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior**

**CAMARAGIBE – PERNAMBUCO**

**2006**

*Para fazer uma obra de arte não basta ter talento; não basta ter  
força; é preciso também viver um grande amor.*  
(Wolfgang Amadeus Mozart)

## DEDICATÓRIA

Ao supremo **DEUS**, pois todas as coisas e acontecimentos encerram uma mensagem que remete a Ti.

À **TERESA**, meu amor... Pelas trilhas da vida, muito vamos caminhar juntas. Este trabalho que você vivenciou desde o início de sua vida é só o começo.

Aos meus amados pais, **AGUIAR** e **WALDITE**, que, com muita dedicação e carinho, sempre me acompanharam, desde o início de tudo. Saibam que esta obra não tem só um criador: ela pertence tanto a mim quanto a vocês.

Aos meus irmãos amados, **RICARDO**, **FERNANDO**, **PAULO** e **ÉRIKA**, que sempre estão ao meu lado, mormente agora, quando ascendo mais um degrau em minha vida acadêmica.

Aos pacientes, vítimas da cruel sociedade atual, apesar de terem sofrido atos de violência, que lhes possa ser oferecido o conforto de estarem contribuindo para o progresso da ciência e para a minimização de futuros danos ao ser humano.

Ao meu orientador, Prof. Dr. **ARNALDO FRANÇA CALDAS JÚNIOR**, conselheiro, amigo, que com seu exemplo de dedicação, influenciou-me de maneira positiva, e que, de seu valioso tempo, pôde dedicar-se e auxiliar-me neste trabalho, sendo dele parte essencial.

À amiga e colega **CRISTINA MAIA**, pela troca de idéias e estímulos constantes recebidos, demonstrando-se sempre pronta a colaborar em todos os momentos para a realização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Esta tese representa a concretização de um esforço interdisciplinar, contando com a cooperação efetiva de profissionais, amigos e componentes familiares, aos quais sou imensamente grata e reconhecida.

A colega e amiga **IZAÍRA BRUNO**, cujo estímulo para concretização deste sonho foi imprescindível, e pela confiança que em mim depositou, desde a graduação.

A todos os professores do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, da Universidade de Pernambuco, que, com paciência, compreenderam as dificuldades que permeiam a realização de um curso e de um trabalho de magnitude consideráveis.

Ao professor **EDMILSON MAZZA**, pelas importantes e fundamentais contribuições na análise estatística.

Aos servidores da Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, que sempre me auxiliaram de forma atenciosa e prestativa.

Aos meus colegas de pós-graduação, com a lembrança de juntos termos transposto árduas etapas – Ana Cláudia, Sérgio D'Avila e Patrícia, de quem obtive imensurável apoio.

Aos dirigentes do Instituto Dr. José Frota, pela oportunidade que me proporcionaram de desenvolver o estudo empírico, abrindo-me as portas da Instituição para busca de meu objeto de estudo.

A todos os funcionários do Instituto Dr. José Frota, que contribuíram prestimosamente para este trabalho, em especial aos auxiliares de enfermagem da Emergência I.

A minha avó, Nina (*in memoriam*) que, na sabedoria de seus 100 anos, soube me incentivar; com ela partilhei, de perto, dúvidas e angústias. Saudades.

## SUMÁRIO

	<b>Pág</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	
<b>LISTA DE FIGURAS E QUADROS</b>	
<b>LISTA DE TABELAS</b>	
<b>RESUMO</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>01</b>
Contextualização do fenômeno de estudo: transformações e redefinições no circuito da contemporaneidade	01
<b>2. REVISTA DA LITERATURA</b>	<b>08</b>
2.1 Inominável mundo novo...	08
2.2 Violência – uma categoria polissêmica e plural	16
Os sentidos da violência	18
(Re)Pensando a violência na sociedade contemporânea	25
2.3 “Fortaleza, Fortaleza... Irmã do sol e do mar”	37
2.4 Descobrimo a face n(d)a violência – os traumatismos faciais em questão	46
<b>3. PROPOSIÇÕES</b>	<b>81</b>
3.1 Objetivo Geral	81
3.2 Objetivo Específico	81
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>82</b>
4.1 Delineamentos básicos no percurso da construção do objeto	82
4.2 Localização do estudo	82
Instituto Dr. José Frota: “24 horas de proteção à vida”	85
4.3 População e tamanho da amostra	87
4.4 Desenho do estudo	88
4.5 Formulário: variáveis do estudo	88
4.6 Validação do questionário	94
4.7 Estudo-piloto	95
4.8 Coleta de dados	96
4.9 Considerações éticas	97

4.10 Análise dos dados	98
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>101</b>
<b>6. DISCUSSÃO</b>	<b>149</b>
6.1 Perfil do paciente vítima de violência física interpessoal no IJF	150
6.2 Perfil do paciente portador de lesão facial por violência física interpessoal no IJF	161
6.3 Violência de gênero em mulheres atendidas no IJF	173
6.4 À guisa das (in)conclusões...	185
<b>7. CONCLUSÕES</b>	<b>188</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>189</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>209</b>
Anexo I – Mapa da Região Metropolitana de Fortaleza	210
Anexo II – Formulário de Pesquisa	211
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	214
Anexo IV – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza	215
Anexo V – Aprovação do Comitê de Pesquisa do Instituto Dr. José Frota	216



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APVP** – anos potenciais de vida perdidos
- CEPAL** – Comissão Econômica para América Latina
- CID** – Código Internacional de Doenças
- CIIP** – Centro Internacional de Investigação e Informação para a Paz
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CONEP** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CTQ** – Centro de Tratamento de Queimados
- DEAM** – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
- DF** – Distrito Federal
- DIEESE** – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- EUA** – Estados Unidos da América
- FMI** – Fundo Monetário Internacional
- IBGE** – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICH** – índice de carência habitacional
- IDH** – índices de desenvolvimento humano
- IDH-M** – índice de desenvolvimento humano municipal
- IJF** – Instituto Dr. José Frota
- INPC** – índice nacional de preços ao consumidor
- IPECE** – Fundação Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
- IPPUR** – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional
- UFRJ** – Universidade Federal do Rio de Janeiro
- LDB** – Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional
- MEC** – Ministério da Educação e Cultura
- TEM** – Ministério do Trabalho e Emprego
- NOMESCO** – *Nordic Medical Statistical Committee*
- OEA** – Organização dos Estados Americanos
- OIT** – Organização Internacional do Trabalho
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- OPN** – ossos próprios do nariz

**OR** – *odds ratio*

**PAB** – perfuração por Arma Branca

**PAF** – perfuração por Arma de Fogo

**PAHO** – *Panamerican Health Organization*

**PEA** – população economicamente ativa

**PIB** – produto interno bruto

**PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

**PNEA** – população não economicamente ativa

**PNUD** – Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento

**RE** – regionais executivas

**RM** – regiões metropolitanas

**RMF** – Região Metropolitana de Fortaleza.

**SAME** – Serviço de Assistência Médica e Estatística

**SDLR** – Secretaria de Desenvolvimento Local e Regional

**SEADE** – Sistema Estadual de Análise de Dados

**SER** – secretarias executivas regionais

**SPSS** – *Statistical Package for Social Science*

**TA** – traumatismo abdominal

**TCA** – taxa de crescimento anual

**TCE** – traumatismo crânio-encefálico

**TE** – traumatismo de extremidade

**TF** – traumatismo facial

**TRM** – traumatismo raqui-medular

**TT** – traumatismo torácico

**UNIFOR** – Universidade de Fortaleza

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

**WHO** – *World Health Organization*

## LISTA DE FIGURAS

		<b>Pág</b>
<b>Figura 1</b>	Modelo Ecológico da Violência da Organização Mundial de Saúde.....	<b>26</b>
<b>Figura 2</b>	Mapa da cidade de Fortaleza de acordo com distribuição das secretarias executivas regionais, 2003.....	<b>40</b>
<b>Figura 3</b>	Fluxograma do desenho do estudo tipo corte transversal.....	<b>96</b>
<b>Figura 4</b>	Representação da amostra de acordo com o gênero e a faixa etária – Instituto Dr. José Frota, Fortaleza – CE, 2005.....	<b>103</b>
<b>Figura 5</b>	Representação da amostra de acordo com as Secretarias Executivas Regionais (SER) – Instituto Dr. José Frota, Fortaleza – CE, 2005.....	<b>108</b>
<b>Figura 6</b>	Representação da amostra de acordo com tipo de violência por gênero – Instituto Dr. José Frota, Fortaleza – CE, 2005.....	<b>112</b>
<b>Figura 7</b>	Representação da amostra de acordo com fraturas ósseas, por gênero - Instituto Dr. José Frota, Fortaleza – CE, 2005.....	<b>126</b>

## LISTA DE QUADROS

	<b>Pág</b>
<b>Quadro 1</b> Modelo Explicativo Sociológico para violência urbana na América Latina.....	<b>29</b>
<b>Quadro 2</b> Evolução territorial da Região Metropolitana de Fortaleza.....	<b>43</b>
<b>Quadro 3</b> Sinopse da revista da literatura dos traumatismos faciais e prevalência da violência interpessoal (VI).....	<b>51</b>
<b>Quadro 4</b> Variável Dependente.....	<b>89</b>
<b>Quadro 5</b> Variáveis Independentes.....	<b>89</b>
<b>Quadro 6</b> Variáveis Independentes: Classificação da NOMESCO, Classificação de Grey e Classificação de França.....	<b>90</b>
<b>Quadro 7</b> Classificação etiológica dos traumatismos em geral.....	<b>93</b>
<b>Quadro 8</b> Conseqüências para saúde da vitimização de gênero	<b>183</b>

## LISTA DE TABELAS

	<b>Pág</b>
<b>Tabela 1</b> Distribuição do número de atendimentos na Emergência do Instituto Dr. José Frota, cujo motivo de atendimento fora agressão física, de 1998 a 2003, Fortaleza – CE. ....	<b>06</b>
<b>Tabela 2</b> Renda Familiar-média <i>per capita</i> da Região Metropolitana de Fortaleza (Valores em reais corrigidos pelo INPC de 1999).....	<b>41</b>
<b>Tabela 3</b> População e densidade demográfica de 2000 e Taxa de Crescimento 1980/1991/2000 dos municípios da Região Metropolitana de Fortaleza.....	<b>44</b>
<b>Tabela 4</b> Distribuição da amostra, de acordo com as variáveis dia e período e horário de ocorrência em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>101</b>
<b>Tabela 5</b> Distribuição da amostra, de acordo com o gênero e faixa etária (em anos), em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>102</b>
<b>Tabela 6</b> Distribuição da amostra, de acordo com as variáveis sócio-econômicas e demográficas, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>105</b>
<b>Tabela 7</b> Distribuição da amostra, de acordo com o tipo de violência interpessoal e do agente etiológico, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>109</b>
<b>Tabela 8</b> Distribuição da amostra, de acordo com tipo de violência, por gênero, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>111</b>

<b>Tabela 9</b>	Distribuição da amostra, de acordo com o tipo de arma branca (PAB), arma de fogo (PAF) e do tipo de espancamento sofrido, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>113</b>
<b>Tabela 10</b>	Distribuição da amostra, de acordo com as variáveis uso de bebida alcoólica e de entorpecentes, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>115</b>
<b>Tabela 11</b>	Distribuição da amostra, de acordo com o grau de parentesco com o agressor, número de agressores, sexo e idade dos agressores, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>116</b>
<b>Tabela 12</b>	Distribuição da amostra, de acordo com o local de ocorrência, atividade exercida quando da ocorrência e nível de consciência após o evento, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>118</b>
<b>Tabela 13</b>	Distribuição da amostra, de acordo com o local de ocorrência, por gênero, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>120</b>
<b>Tabela 14</b>	Distribuição da amostra, de acordo com os traumatismos sofridos, partes do corpo atingidas e tipo de lesão facial, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>121</b>

<b>Tabela 15</b>	Distribuição da amostra, de acordo com fraturas ósseas, lesões dentárias, regiões do complexo crânio-facial, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.	<b>124</b>
<b>Tabela 16</b>	Distribuição da amostra, de acordo com fraturas de: maxila, zigomático, OPN e associadas, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>127</b>
<b>Tabela 17</b>	Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo o dia da ocorrência e período, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE..	<b>130</b>
<b>Tabela 18</b>	Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo o sexo e faixa etária, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>131</b>
<b>Tabela 19</b>	Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo a região da cidade, status marital, grau de instrução, empregabilidade e etnia, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE. ....	<b>133</b>
<b>Tabela 20</b>	Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo da moradia e coabitação, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>134</b>

**Tabela 21** Distribuição da amostra, de acordo com ocorrência de lesão facial segundo o tipo de violência interpessoal e o agente etiológico, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE. ....



<b>Tabela 22</b>	Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo ingestão de bebida alcoólica e uso de entorpecentes, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>137</b>
<b>Tabela 23</b>	Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo as variáveis: grau de parentesco com o agressor, número de agressores e sexo dos agressores, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>139</b>
<b>Tabela 24</b>	Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo idade do agressor, local de ocorrência, atividade exercida quando do evento e nível de consciência, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>141</b>
<b>Tabela 25</b>	Distribuição da amostra, segundo as variáveis do estudo: traumatismos sofridos e partes do corpo atingidas, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE. ....	<b>142</b>
<b>Tabela 26</b>	Distribuição das mulheres vítimas de violência física interpessoal, de acordo com as variáveis sócio-econômicas e demográficas no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>143</b>
<b>Tabela 27</b>	Resultados da regressão logística para a proporção de pacientes com lesão facial no Instituto Dr. José Frota, no período de março a agosto de 2005, Fortaleza – CE.....	<b>147</b>

## RESUMO

Atualmente, o mundo vivencia um alarmante crescimento de todas formas de violência, inclusive e principalmente a violência física interpessoal, que em muitas vezes resulta em lesões faciais. Este estudo objetivou analisar 1095 vítimas de violência física interpessoal, atendidas no Instituto Dr. José Frota, na cidade de Fortaleza, Ceará, entre abril a agosto de 2005. Através de questionário estruturado, obtiveram-se dados demográficos e sócio-econômicos, bem como: dia da semana, período do dia, agente etiológico, local de ocorrência da violência, atividade exercida quando do evento, uso de bebidas alcoólicas e entorpecentes, características do agressor – sexo, número e parentesco, partes do corpo atingidas e perda da consciência. Dados pertinentes ao traumatismo facial também foram analisados – lesões de tecidos moles e/ou fraturas ósseas e/ou dentárias. O perfil do paciente vítima de traumatismos faciais por violência física interpessoal é constituído de indivíduos masculinos jovens casados, de etnia parda/preta, baixa escolaridade e de atividade econômica remunerada. A forma de violência mais prevalente foi o espancamento através de socos e murros. A maior parte dos agressores era desconhecida, do sexo masculino e jovens, até 24 anos. O local de maior ocorrência foi extradomiciliar, excetuando na violência de gênero, em que a maior parte se deu no interior do domicílio. A região facial mais acometida foi a nasal e as fraturas mais freqüentes foram nasais, seguidas das mandibulares e dos ossos zigomáticos.

## **ABSTRACT**

Nowadays, the world experiences an alarming increase of all forms of violence, including and mainly the interpersonal physical violence, which in many times results in facial lesions. This study aimed at analyzing 1095 victims of interpersonal physical violence attended at Dr. Jose Frota Institute, in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil, between April and August, 2005. By means of a structured questionnaire, demographic and socioeconomic data were assessed, as well as: the day of the week, the period of the day, the etiological agent, the local in which the violence occurred, the activity that was being carried out at the time of the event, the use of alcoholic drinks and narcotics, the aggressor's characteristics – sex, number and relationship, the affected body parts and consciousness loss. Data pertinent to the facial traumatism were also analyzed – soft tissue lesions and/or bone fractures and/or dental ones. The profile of the patient victim of facial traumatisms due to interpersonal physical violence consists of young male married subjects, of brown/black ethnicity, of low study level and of remunerated economical activity. The most prevalent form of violence was spanking by punches and blows. Most of the aggressors were unknown, male and young, up to 24 years of age. The local of greater occurrence was extra-domicile, except in gender violence, of which most happened inside the domicile. The most committed facial region was nasal and the most frequent fractures were nasal, followed by the mandibular ones and of the zygomatic bones.

## 1 INTRODUÇÃO

### **Contextualização do fenômeno de estudo: transformações e redefinições nos circuitos da contemporaneidade**

Estamos vivendo um momento ímpar na história da humanidade. No “mundo globalizado”, a competição e a competitividade assumem a condição de sobrevivência, impondo nova dinâmica nas relações sociais.

Fatos históricos marcantes ocorridos entre o final da década de 1980 e o início da de 1990 determinaram um processo de rápidas mudanças políticas e econômicas no mundo. Tem-se um fortalecimento do capitalismo no contexto de um extraordinário desenvolvimento científico e tecnológico. O cenário internacional do início dos anos 1990 foi marcado pela crescente hegemonia do ideário neoliberal como modelo de ajuste estrutural das economias e pela afirmação do domínio político e militar dos países centrais, em especial dos Estados Unidos da América. Vivemos em um mundo de transformações constantes e intensas, interferindo em quase todos os aspectos do que fazemos. Estamos sendo impelidos rumo a uma ordem global, cuja compreensão ainda se faz lentamente, mas cujos efeitos se fazem sentir sobre nós. A globalização é política, tecnológica e cultural, tanto quanto econômica, e, portanto, não pode ser compreendida como um processo singular, mas sim, um conjunto de processos complexo. (GIDDENS, 2002).

Furtado (1998) assinala que, acima de tudo, o fenômeno da globalização é financeiro com projeções significativas no sistema de produção. Desta forma, esse movimento foi acompanhado pelo (re)surgimento de novas categorias no mundo do trabalho (qualidade, produtividade, terceirização, reengenharia etc.), como resultado do desenvolvimento e da introdução de novas tecnologias na produção e na

administração empresarial, com o agravamento da exclusão social e intensificação da apropriação de riquezas do sul pelos países do norte. A deterioração social nos Estados em desenvolvimento e as políticas protecionistas e excludentes dos países de capitalismo avançado levam à instabilidade política. De fato, nas nações periféricas, tão defasados, os efeitos da globalização, têm sido desastrosos, com a desregulamentação da economia, a abertura econômica ao Exterior, a política de privatizações de empresas estatais e a ineficiência das políticas públicas sociais e básicas como a educação e a saúde.

Nos dias atuais, a concepção de um Estado com poderes de zelar por condições básicas de sobrevivência e dignidade humanas é objeto de intensos e perigosos ajustes. O Estado passa a ser mínimo no âmbito social. Internacionalização do capital, privatização desenfreada, desmonte dos Estado de Bem-Estar Social<sup>1</sup>, Estado mínimo, submissão às leis de funcionamento do livre mercado, reorganização das formas de produção, desemprego estrutural, tudo isso configura o que Gentili (1995) chama de "desordem neoliberal".

O neoliberalismo veio para socorrer essa última crise do capitalismo, para dar resposta à crise do fordismo. Isso força uma certa reestruturação do capitalismo "em um sentido global e conseqüente imposição de uma nova estrutura hegemônica político-ideológica, compatível com o ciclo que se inicia".(GENTILI, 1995: 231). Estabelecendo políticas que legitimem e dêem sustentação para suas ações e destruindo velhas concepções que se tinha a respeito de democracia e direito, o neoliberalismo ataca por dois lados – político-econômico e ideológico. Foram apontadas, entre as "funções do neoliberalismo", a de restringir o papel do Estado

---

<sup>1</sup> Após o período imediato dos pós-guerras, constituíram-se por meio da criação de mecanismos de proteção contra a selvageria do capital, os chamados *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social europeu e o *New Deal* americano.

na garantia dos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais e a de privatizar empresas públicas para favorecer o mercado. Também foi dada ênfase ao mecanismo neoliberal de transformar os cidadãos em simples consumidores, envolvidos numa cultura padronizada e submetidos a valores distantes da sua própria realidade. Estes valores impostos são difundidos, principalmente, pelos meios de comunicação, pela educação e políticas culturais oficiais. Desta forma, a luta contra o neoliberalismo é, ao mesmo tempo, uma luta contra o próprio capitalismo como sistema de exploração e dominação social (MORAES, 2001).

A globalização contemporânea favorece os países que concentram maior poder econômico e diminui a autonomia política e decisória dos Estados, que, adotando uma inserção subordinada à lógica da "Nova Ordem Mundial", passam a reduzir impostos de importação, atacar conquistas sociais, com a fragmentação das políticas públicas e sindicais e submeter suas políticas e legislações aos interesses dos países centrais.

Os países da América Latina, assim como da África e do leste europeu sofrem de forma aguda e acelerada as conseqüências dos programas de ajustamento econômico de cunho neoliberal do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial, agravando a pobreza e levando a miséria e o desespero para extensas camadas sociais (COHN, 1997).

No final do governo Sarney, com a eleição de Collor e implantação do Plano Real, o País entra para o rol dos países em que o receituário neoliberal é aplicado. Uma das repercussões importantes provocadas pelo neoliberalismo é a descentralização provocada pelo enfraquecimento dos Estados nacionais, com desmantelamento do Estado do Bem-Estar social, sob o pretexto de uma "suposta" eficiência das fórmulas substitutas (IBAÑEZ, 1997).

O conceito de descentralização teve sua aparição na cena política a partir de meados da década de 1970, como alternativa à crise do *Welfare State* keynesiano, como um instrumento de racionalizar e dar eficácia ao aparato estatal das políticas estatais, e, assim, surge como exigência para redução do papel do Estado, para chegar ao Estado mínimo, deslocando a força motriz da mudança para o mercado. Desta forma, haveria redução do gasto público e caberia ao Estado apenas o papel da gestão das políticas sociais compensatórias. (Junqueira, 1997).

No contexto da globalização e das políticas neoliberais, a violência urbana se mostra, como um produto de Pós-Modernidade, resultando em péssima qualidade de interações humanas frente às múltiplas exigências da realidade contemporânea, tais como exigências políticas, econômicas e socioculturais. A contemporaneidade da realidade é traduzida por uma elevada complexidade e o aumento da incerteza.

Em muitas partes do mundo, a violência está sendo discutida como um problema dos dias modernos e como uma das questões que não apresenta soluções. Enquanto o Estado e seus representantes asseguraram oficialmente um monopólio com o uso legítimo de força, hoje na maioria das áreas, muitos indicadores desmentem isto.

Uma das formas de violência é a física, impregnada por conflitos interpessoais e a qual pode ser traduzida por estatísticas de mortalidade e morbidade.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram o quanto houve ascensão da violência em todo o mundo, sendo fortemente traduzida pelas taxas de mortalidade por agressões físicas. Os jovens e adultos jovens são os mais acometidos, e as maiores taxas encontram-se compreendidas na faixa etária dos 15 aos 44 anos, sendo que as taxas de mortalidade para cada 100.000 habitantes nas

Américas, na faixa etária compreendida entre os 15 e 29 anos, configuram 68,5% para homens e 6,3% para mulheres (KRUG et al, 2002).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), dados mostram que o Brasil se encontra em primeiro lugar no que tange à violência endêmica que assola o País, quando analisadas as mortes por homicídios entre jovens de 15 a 24 anos.

Cesare et al (1990), citado por Gianini et al (1999), asseveram que para cada homicídio, há 100 casos de agressão física e, nesta perspectiva, os hospitais de urgência e emergência são os *locus* mais presentes em detectar tal morbidade.

Estudos da Organização Mundial de Saúde (WHO,2002) informam sobre violência não fatal revelam que, para cada homicídio juvenil, há cerca de 20 a 40 vítimas de violência juvenil não fatal, recebendo tratamento hospitalar. O gênero mais acometido é o masculino e estes índices tendem a aumentar dramaticamente no período que vai da metade da adolescência ao início da fase adulta. Comparando com a violência fatal, as lesões não fatais resultantes da violência envolvem um número menor de ataques por armas de fogo e uso correspondente maior de punhos e pés, e outras armas brancas (facas e similares) ou bastões.

No Ceará, o Instituto Dr. José Frota configura-se como o maior hospital de emergência de trauma do Estado, sendo composto de 425 leitos, distribuídos em leitos de internação, Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) e unidades de terapia intensiva (UTI). Diante do expressivo número de procedimentos médicos realizados no hospital, hoje o Instituto apresenta um quadro de funcionários das mais diversas profissões, perfazendo um total de 1.809 profissionais, distribuídos em nível superior – médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos-bioquímicos, advogados, administradores,



jornalistas, bibliotecários, e em pessoal de nível médio – técnicos e auxiliares de enfermagem, cozinheiros, maqueiros, serviços gerais, etc .

De acordo com dados estatísticos emitidos pelo SAME – Serviço de Arquivo Médico-Estatístico, no ano de 2002, o Setor de Emergência<sup>2</sup> do hospital realizou uma média mensal de 25.981 atendimentos, o que demonstra uma média de 880 atendimentos/dia.

Os tipos de atendimentos na Emergência são das mais variadas formas, sendo que a maior parte é voltada para acidentes – automobilísticos, de motocicletas, ciclísticos, esportivos, com animais; e violências auto-infligidas e interpessoais, provocadas por armas brancas, armas de fogo e outros meios – madeira, ferro, pedra e o próprio corpo.

De acordo com o SAME, nos anos compreendidos entre 1998 e 2003, houve grande quantidade de atendimentos relacionados à violência interpessoal. Como pode ser observado na tabela a seguir, o grande registro de atendimentos dispensados às vítimas pode retratar a extensão da problemática em questão.

**Tabela 1:** Distribuição do número de atendimentos na Emergência do Instituto Dr. José Frota, cujo motivo de atendimento fora agressão física, de 1998 a 2003, Fortaleza – CE<sup>3</sup>

<b>Motivo de Atendimento</b>		<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
<b>Agressão</b>	Arma Branca	1.799	1.624	1.834	1.764	1.592	1.311
	Arma de Fogo	1.615	1.403	1.336	1.330	1.120	927
	Outras	4.229	4.113	3.537	4.041	4.040	3.434
	<b>TOTAL</b>	<b>7.643</b>	<b>7.140</b>	<b>6.707</b>	<b>7.135</b>	<b>6.752</b>	<b>5.672</b>

Fonte: SAME, IJF

<sup>2</sup> O Setor de Emergência do Instituto Dr. José Frota é constituído da emergência de adulto, emergência pediátrica e emergência especializada, em que esta última é constituída pelas seguintes especialidades médicas: endoscopias digestiva e respiratória, otorrinolaringologia, oftalmologia e pela Odontologia.

<sup>3</sup> No ano de 2003 estão consolidados os dados referentes aos meses de janeiro a setembro.

Considerando o aumento da violência e a escassez de informações sobre relação entre as classes sociais, riscos sociais e “vitimização” por agressão física (visto que quase todas as pesquisas enfatizam o agressor e não a vítima) assim como o elevado custo indireto causado pela morbidade que as agressões físicas provocam (perdas de dias de trabalho e/ou menor produtividade gerada por limitações físicas ou psicológicas), realizamos o presente estudo. E, atreladas às considerações anteriores, muitas pesquisas envolvem dados de mortalidade e não de morbidade.

É mister, entretanto, traçarmos alguns comentários acerca da complexa temática que envolve a violência e suas conseqüências, sobre os temas mais relevantes como o fenômeno da globalização e o neoliberalismo; a sociedade contemporânea e o Estado moderno com suas implicações atuais; a ausência de laços de solidariedade humana, denominada de “anomia social”, atrelada ao risco social, que favorece o aparecimento das diversas formas de violência, e, em específico, a violência interpessoal urbana e suas conseqüências físicas diretas – os traumatismos faciais.

## 2. REVISTA DA LITERATURA

### 2.1 Inominável Mundo Novo...

Ao se aproximar o final do século passado, ampla crise geral abalou o mundo. A queda do muro de Berlim – símbolo de uma época em que o globo fora dividido ideologicamente – produziu um grande impacto, anunciou o desmantelamento econômico da antiga União Soviética, que ruiu consigo os demais países comunistas que gravitavam ao seu redor, como a República central.

Com a derrocada deste marco histórico, desapareceu a grande ameaça ao capitalismo. Não houve mais confronto diante da expansão política, militar e, principalmente, econômico-financeira dos Estados Unidos (EUA). Esta última expansão aqui explicitada foi estabelecida desde os acordos de Bretton Woods<sup>4</sup>, com o comando do Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e toda estrutura, que passava a regular investimentos, empréstimos, trocas de mercado internacional. O conceito de globalização nasceu: o mundo era um só. E com ele o poder também o era.

O mundo apresenta-se destroçado pela crise universal que ora estamos vivendo. Esta desordem é traduzida sob diversas formas de desequilíbrios e contradições.

Apregoa-se, pelos mais recônditos lugares, que o mundo uma aldeia, uma aldeia global, sem fronteiras. O conceito de globalização foi, em primeiro lugar, da supremacia absoluta do mercado, das normas do capitalismo. Por trás deste

---

<sup>4</sup> Com o fim da 2ª Guerra Mundial, em 1945, houve um redimensionamento do sistema financeiro internacional, marcado pelos acordos de Bretton Woods que geraram instituições financeiras, como o FMI e o Banco Mundial. O dólar passou a ser a medida de valor por toda parte. A decisão unilateral do governo Nixon de desvincular o dólar do ouro mostrou o caráter dominador da economia dos Estados Unidos. Mais adiante, o *Federal Reserv System* decidiu, também de forma unilateral, elevar a taxa de juros, e ambas as medidas afetaram profundamente a economia dos países dependentes, desvendando o cerne da estrutura em Bretton Woods.

processo complexo do fenômeno da globalização, contudo, há, ainda, uma luta ideológica entre as duas grandes potências – o capitalismo e o socialismo – com a vitória absoluta e definitiva do primeiro. A globalização, para Sodré (1999:26), é um dogma em que se apóia o neoliberalismo desenfreado, em que a ideologia, agora ocupada, é “de submissão, de desconhecimento do que existe em nós de nacional, de brasileiro, de popular”.

O neoliberalismo, porém, que sustenta e apóia as formas mais perversas da globalização, é gestado em uma instituição denominada Estado, que apresenta dentre seus símbolos, liberalismo econômico, cidadania e nacionalismo, símbolo que foram e são fortemente permeados por uma dialética de exclusão. (HARVEY, 1999). Para compreender as dimensões do Estado, se fazem necessárias considerações acerca do indivíduo e da sociedade que o compõe.

A palavra sociedade apresenta vários conceitos, partindo de uma acepção mais lata, referindo-se ao fato da associação humana; indo ao encontro da complexidade, que inclui toda trama das relações humanas, sem fronteiras ou quaisquer outros limites assinaláveis.

A fim de nos aprofundar nos meandros do termo, devemos inicialmente conceituar relação social, no que diz respeito ao padrão de interação humana. Esta se baseia no fato de que o comportamento humano está orientado de inúmeras maneiras para outras pessoas; ou seja, os homens estão unidos por valores, crenças, idéias e costumes comuns; entretanto, interagem continuamente, reagem uns aos outros e modelam seus comportamentos por meio do comportamento e das expectativas alheias. Desta forma, podemos acentuar que a interação dos indivíduos é um processo persistente de ação e reação, e que sociedade é a trama das relações sociais (CHINOY, 1999).

Não nos podemos aprofundar, porém, na temática da sociedade, sem antes nos remeter a Max Weber acerca do indivíduo. Para o autor, o ponto de partida para toda e qualquer análise sociológica é a “ação social”, diferentemente de Durkheim, ao assinalar que tem de ser analisado é o “fato social”, sendo este concebido como “coisa”, desprovido de qualquer interferência do observador (DURKHEIM, 2002). O agente weberiano não baliza seu comportamento simplesmente pelo comportamento dos demais indivíduos, mas também por construtos institucionalizados que, igualmente, desempenham um papel decisivo no desencadeamento das ações e relações sociais. O indivíduo, para o Sociólogo francês, depara-se com regras, normas de conduta, padrões estabelecidos, que culminam num produto de interações intersubjetivas (RODRIGUES, 1999).

A sociedade é um grupo dentro do qual os homens vivem em comum, constituída de indivíduos não apenas aparentados uns com os outros, mas também justapostos e interligados. Toda e qualquer sociedade, independentemente de seu grau de evolução, possui um modo de vida ou uma cultura<sup>5</sup>, que define modos apropriados ou necessários de pensar, agir ou sentir. Para Geertz (1989), a cultura configura-se como teia de significados que o homem fiou, a partir da qual ele olha o mundo, e onde se encontra preso. A cultura também define o padrão de interação social que congrega os homens em uma vida social organizada.

A ponte entre sociedade e cultura é proporcionada pelos conceitos de “papel” e de *status*; em que os papéis sociais são apre(e)ndidos à medida que os homens adquirem a cultura do grupo. Não são considerados pessoais; todavia, os homens os desempenham ou os representam no palco social, preenchendo ou

---

<sup>5</sup> Termo utilizado inicialmente na Alemanha, no século XVIII, e foi empregado na Antropologia por Edward Tylor, em 1871; contudo somente foi utilizado nas dissertações e teses sociológicas no século passado (CHINOY, 1999) .

ocupando o *status*. O *status* pode ser considerado um cartão de identidade social, trazendo consigo as expectativas do comportamento dos indivíduos. Pode ser adquirido ou atribuído – derivado de atributos sem controle, como sexo, idade, raça, nacionalidade etc. O *status*, sob a óptica sociológica, é de importância inconteste, no sentido de que contribui para “um ordenamento da interação social e para a estrutura das relações sociais” (Chinoy, 1999:74), fornecendo motivação a várias espécies de comportamento social.

A sociedade pode ser amplamente distinguida entre militante e industrial (HERBERT SPENCER), de solidariedade mecânica e solidariedade orgânica (ÉMILE DURKHEIM), sagrado e secular (HOWARD BECKER), sociedade de *folk* e sociedade urbana (ROBERT REDFIELD) ou ainda de sociedade comunitária e “sociedade societária”. A seguir, teceremos alguns comentários acerca deste último *duo* da tipologia das sociedades.

A sociedade comunitária caracteriza-se pela presença de papéis sociais inclusivos, em que as relações sociais são, na maior parte das vezes, pessoais e íntimas, havendo poucos subgrupos, além da família e unidade de parentesco. Por outro lado, a “sociedade societária” é marcada por desenvolver-se em metrópoles, pela acentuada divisão do trabalho e proliferação de inúmeros papéis sociais. As relações sociais tendem a ser transitórias, superficiais e impessoais. A vida neste tipo de sociedade perde o caráter unitário coesivo. É uma sociedade complexa e diversificada, com grande quantidade de grupos e interesses competidores. Para minimizar a competição entre os indivíduos, a lei formal emergiu para regular o comportamento e governar este intercâmbio social. É, por fim, uma sociedade frouxamente articulada, conduzindo, de um lado, à libertação dos controles e da coerção e novas oportunidades para crescimento individual, e, do outro lado, à

desorganização, ao conflito, à instabilidade, à ansiedade e às tensões psicológicas. A distinção entre sociedade comunitária e “societária” proporciona, pois, a interpretação histórica da sociedade moderna e a inserção do indivíduo nesta sociedade.

É consenso, entre os autores sociais, a idéia de que, sem a sociedade, o indivíduo não sobrevive, visto que, diferentemente dos outros animais, não possui instinto de sobrevivência; e que o indivíduo isolado é ficção filosófica – como o “nobre selvagem” de Rousseau e o homem pré-social de Thomas Hobbes<sup>6</sup> empenhado numa guerra perpétua contra os outros.

A relação entre o homem e a sociedade, no entanto, não acontece de forma passiva, ou seja, ele deve ser visto como um ser ativo que se comportará de maneira mais ou menos padronizada, mas que apresenta capacidade de inovação e divergência. O indivíduo pode, mediante suas ações, influenciar significativamente e modificar a natureza de sua cultura e de sua sociedade.

A socialização do homem acontece com a mediação de vários órgãos, como a família (primeiro e principal), escola e os meios de comunicação. Estes órgãos estão, também, continuamente sujeitos de forças externas, tais como a ciência, a tecnologia e a ordem econômica, que influem na sua função socializante. Este processo é complexo, iniciando-se na infância e estendendo-se, de forma contínua, na fase adulta. Uma das características da socialização é sua capacidade de reprimir os desejos dos homens e impor-lhes modos de comportamento que contrariam os impulsos e anseios – inatos ou adquiridos; e a própria natureza do

---

<sup>6</sup> “O homem é o lobo do homem” – esta máxima fundamental de autoria de Tito Macio Plauto sintetiza, o pensamento de Hobbes, pois, para Hobbes também o gênero humano é naturalmente egoísta e violento, com um perpétuo desejo de poder. O homem busca conquistar o bem, aquilo que lhe dá prazer. Somente quando a preservação de sua vida (instinto de autopreservação) se encontra ameaçada é que ele se socializa. (HOBBS, 1983)

processo social aumenta a “tensão inevitável entre os indivíduos e a sociedade” (CHINOY, 1999:136).

Estamos diante de uma necessária, inédita e temerária racionalização da vida. É ela que possibilita a forma contemporânea do capitalismo e viabiliza a presente forma do Estado moderno.

Na civilização moderna, todo agir em associação é pelo menos regulamentado e racionalizado, ou seja, institucionalizado. Para Weber, as instituições podem ser denominadas de “Estado” quando correspondem a formas estruturais da comunidade política, ou podem ser denominadas de “igreja” quando da comunidade religiosa. Na aurora da civilização contemporânea, no que diz respeito à gênese do Estado moderno, cada Estado é visto como uma associação política em concorrência com as demais pela aquisição e acumulação do capital que lhe possibilitaria as condições necessárias à aquisição do poder. Assim, o Estado moderno é um aparato especializado, construído e constituído historicamente, e que concentra em si os meios de violência, aplicando sanções negativas e garantindo a observação dos regulamentos sem o recurso efetivo da violência física – poder coercitivo do Estado. Este monopólio da violência estatal é retratado na obrigatoriedade de pertença dos indivíduos à associação política estatal, ou seja, na institucionalização dos agentes sociais, promovendo uma relação de dominação, a qual é um tipo de vinculação de poder, que traz consigo a idéia da possibilidade de impor a própria vontade à conduta alheia.

Assim, o conceito weberiano de Estado moderno só pode

*(...)definir-se em última instância a partir de um ‘meio’específico (...): o da coação física (...), a coação não é de modo algum o meio normal e único do Estado, mas sim o seu meio específico (...). O Estado é aquela comunidade humana que no interior de*



*um determinado território reclama para si (com êxito) o monopólio da coação física legítima.* (WEBER apud RODRIGUES, 1999:266).

O Estado configura uma estrutura política, formada historicamente, visto que muda ao longo do tempo, e é subordinado às forças da sociedade. É moldado pelos princípios da Revolução Francesa, e foi fundado à medida que surgiu a sociedade de classes. O Estado não é um ente neutro, abstrato, acima das classes e dos indivíduos. As relações do Estado com a sociedade são flexíveis e justamente porque a sociedade é dividida em classes estas têm interesses contraditórios. E em razão das suas flexibilidades, para o neoliberalismo, o grande inimigo do progresso ou do desenvolvimento é o Estado (SODRÉ, 1999).

Com o advento da “Modernidade” brasileira, com o passar dos anos, observamos um sucateamento da rede hospitalar e da saúde, como um todo; a destruição do ensino público, o abandono dos transportes ferroviários e por água, um desmantelamento das estruturas ideológicas do Estado, enfim.

Nascido do ventre da globalização, o neoliberalismo traz consigo a fantasia vistosa de vanguarda, de novo, de moderno. Para Sodré (1999), o neoliberalismo recobra, sob disfarces, de forma arrasadora a dependência do país aos países detentores do mercado financeiro. A dependência, de hoje, constitui a espolia o continuada das riquezas, do mercado interno, do nacional, do homem.

A política neoliberal defende e pratica um modelo de desenvolvimento que exclui o povo e seus benefícios.   a fórmula mágica de transferência para o terceiro Mundo (e a nós que nele vivemos) os problemas do Primeiro Mundo, como desemprego, por exemplo.

A doutrina do neoliberalismo ampliou-se desenfreadamente desde o governo Reagan. Era apresentada como uma saída salvadora, uma reforma

profunda dita como modernizadora em, face dos anacronismos da estrutura econômica e política.

No estudo do Banco Mundial, em 1989, *Trade Policy in Brazil: the case for reform*, este afirmava que o país, para ter inserção internacional, deveria revalorizar a agricultura de exportação, que seria “nada mais, nada menos, que impor uma violenta volta ao passado”. (SODRÉ, 1999:39). Ora, além do mais, um dos aspectos do neoliberalismo brasileiro é a fuga das populações do campo para as cidades, derivando também de um processo complexo e secular, que é a questão do latifúndio e a impossibilidade das atividades do campo de atenderem ao crescimento demográfico. Não é, porém, objeto de nosso estudo o problema agrário brasileiro, e sim a consequência do êxodo rural, no que diz respeito aos problemas de desemprego e geração da violência, na constituição dos grandes núcleos urbanos, dentre os quais, a Região Metropolitana de Fortaleza (RMF).

Várias são as mazelas do neoliberalismo que podemos enunciar: o desemprego em massa e crescente, baixa distribuição de renda, tensão social e criminalidade, ensejando um quadro de incertezas na sociedade, prostituição em aumento acelerado, derrocada da estrutura da saúde (com o ressurgimento de algumas doenças infecto-contagiosas), o desmantelamento das redes de ensino e hospitalares.

A política neoliberal promove uma drástica redução do Estado, como instrumento da gestão política e econômica, configurando o Estado mínimo. Portanto, o Estado “ideal” seria o Estado mínimo, sem nenhuma interferência na estrutura econômica, esfera da produção e nenhuma função reguladora. Assim, lhe são conferidas funções que não geram, serviços indispensáveis à ordem pública.

O receituário neoliberal leva os países periféricos à carestia, à pobreza, ao desemprego, depressão, emissão de elevadas taxas de juros, que se torna um receituário suicida (SODRÉ, 1999). A meta dos próceres dos países dominantes é uma estabilidade, uma mobilidade em que as economias dominantes continuem no comando e as economias dependentes aceitem passivamente tal subserviência. Mesmo sendo o Estado uma entidade política e apresentando sua capacidade de procurar estabelecer condições de entendimento, estas não foram suficientes para deter as últimas conseqüências do neoliberalismo: a despolitização do homem.

## **2.2 Violência – uma categoria polissêmica e plural**

Vivemos em uma transição paradigmática, no sentido de Boaventura de Sousa Santos. A sociedade, na qual estamos inseridos, pode ser denominada de sociedade de risco, que se distingue pela presença crescente de conseqüências não esperadas, nem desejadas, da modernização e generalização da insegurança. Nos dias atuais, nos deparamos com a privação, tanto absoluta quanto relativa, fenômeno dirigido por teorias sociológicas caracterizadas como estrutural/socioeconômicas que pretendem explicar desigualdades sociais em violência entre diferentes sociedades – incidência de violência – assim como entre grupos diferentes dentro de uma sociedade – exposição para violência. As respostas institucionais para tais problemas – o Estado e a ciência – não mais se apresentam capazes de solucioná-los.

O processo de globalização e risco social podem ser analisados sob três esferas: a) econômico – escassez de transparência, equidade e eficiência; o capital torna-se volátil e os governos incapazes de impedir sua retirada; b) social – miséria do capitalismo funciona como uma máquina de exclusão e; c) emprego – que diz

respeito à precariedade dos empregos e presença de desemprego estrutural. (HESPANHA, 2002).

Ao promover o capitalismo, o Estado produziu e sancionou muitos riscos sociais (fome, desemprego, criminalidade, doenças, falta de habitação etc) e paulatinamente foi chamado [o Estado] para prevenir ou atenuar as conseqüências mais corrosivas. O clímax do controle social deu-se com o aparecimento do Estado-providência. À medida que o capitalismo nacional avançou em direção ao capitalismo global, o Estado aumentou a sua capacidade de produzir os riscos sociais, na mesma medida e velocidade que perdeu a capacidade de proteger-se contra eles.

Esta perspectiva relaciona-se com uma das “grandes teorias” do risco social – a Teoria dos regimes. Nesta teoria, os sujeitos operam em um ambiente que apresenta processos potencialmente perigosos, que podem atingi-los e conseqüentemente suas integridades e às da coletividade. Esta afirmação ecoa com o pensamento sociológico contemporâneo de Swaan e Gounsbloom. Os regimes (o Estado, agências técnicas especializadas como as polícias) transformam os perigos em riscos; isto é, transformam os eventos naturais em eventos sociais. É chamado de evento “natural” quando não há nenhuma ação de controle dos sujeitos ou do social; de outra forma, o risco, por definição, é o resultado da ação social, é inteiramente social, mesmo quando o fator de perigo tem sua origem natural. (D’ANDREA & QUARANTA, s.d)

Hayes (1992) citado por Deslandes *et al* (2002) alerta para a idéia de que o conceito de risco é um campo amplo, sem fronteiras definidas e definitivas. Inicialmente foi introduzido para designar probabilidade de um evento ocorrer, combinado à magnitude das perdas e ganhos que poderia acarretar. Atualmente, o

conceito de risco traz consigo um significado de resultados negativos. Almeida Filho (2000) toma o conceito de risco e o transpõe à epidemiologia, situando-o para além do sujeito, localizando-o [o risco] no âmbito das coletividades humanas. Assim, o risco passa a ser possibilidade, probabilidade de perigo, ameaça à saúde e à integridade dos sujeitos no tempo e no espaço.

O mundo assiste perplexo, em meio à incerteza, ao renascimento da violência, quer política, estrutural, simbólica<sup>7</sup>, quer a violência entre os homens. A população ficou mais pobre, chegando ao limite da miserabilidade, e, atrelada à miséria brasileira, assistimos à criminalidade em limites extremos, a qual pode ser objetivada por meio dos números de homicídios, tráfico de entorpecentes, prisões, motins e agressões físicas.

A violência apresenta um complexo que busca a compreensão de sua essência. Esta pluralidade perpassa várias disciplinas, como Filosofia, Sociologia, Antropologia, Biologia, Psicologia, Psiquiatria, Gnosologia, Polemologia<sup>8</sup>, entre tantas outras. (MINAYO & DESLANDES, 1998). Iremos, no entanto, abordar alguns enfoques, visto que não é objeto deste estudo o caráter epistemológico da violência.

### ***Os sentidos da violência...***

A violência é um tema sociológico recente. Embora o termo já fosse utilizado na Antiguidade<sup>9</sup>, as sociedades só despertaram para a problemática da

---

<sup>7</sup> A violência simbólica, categoria cunhada por Pierre Bourdieu, tenta desvendar o mecanismo que faz com que os indivíduos vejam como “natural” as representações ou as idéias sociais dominantes. A expressão aparece como eficaz para explicar a adesão dos dominados: dominação imposta pela aceitação das regras, das sanções, incapacidade de conhecer as regras de Direito ou morais, e outras (VASCONCELLOS, 2002).

<sup>8</sup> Disciplina fundada por Gaston Bouthol (1896-1980), ao considerar que a guerra tem como fundamento a heterofobia, a tendência que cada um tem para temer o outro, por este ser diferente.

<sup>9</sup> A violência em Aristóteles é tudo aquilo que, vindo do exterior, se opõe ao movimento interior de uma natureza. Ele se refere à coação física, em que alguém é obrigado a fazer aquilo que não deseja (imposição física de fora contra uma interioridade absoluta e vontade livre).

violência a partir dos meados do século XIX, quando foi tema de discussão em Hegel, Marx e Nietzsche, particularmente em função dos movimentos sociais das revoluções socialistas e dos levantes das massas que conturbaram o cotidiano, principalmente o europeu daquela época (MARCONDES FILHO, 2001).

Em 1993, a OMS definiu como oficial para comemoração do Dia da Mundial da Saúde o tema da violência, com o objetivo de conscientizar e debater esta problemática em todo o universo. Este debate estende-se por mais de uma década e a cada ano novas formas e taxas de atos violentos alertam as autoridades internacionais para uma efetiva mobilização intersetorial. (YUNES & RADJS, 1994)

Diante da alta incidência em escala mundial, a questão da violência é considerada uma prioridade de saúde pública, segundo resolução da 49ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde, em 1996. Em 1993, a OPAS já havia decretado que a violência era prioridade de saúde pública nas Américas (GUERREIRO, 2000).

A partir do discurso epidemiológico, a introdução da violência na área da saúde, antes apenas tratada nas Ciências Sociais, implicou uma associação entre violência e doença; haja vista a explicação das doenças no princípio da causalidade (SARIT, 2005)

Em função da perspectiva dos estudiosos que analisam o fenômeno da violência, encontram-se visões muito particulares sobre o assunto. Desta maneira, a violência pode ser definida de muitas formas, segundo quem o faça e com quê propósito.(Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2002). È preciso assinalar, contudo, que a violência não é um estado, ela é um processo de amplas e profundas repercussões. Não se deve simplificar o processo de violência (SPINELLI, 2005).

A origem etimológica da violência é *violentia* (latim) que significa caráter violento e/ou bravo. A pessoa violenta executa atos agressivos, provocando danos físicos e/ou morais em suas vítimas e tal comportamento procede com ímpeto, exerce força. É um ato tumultuoso, irascível, intenso e emprega, em muitas ocasiões, a força bruta, contrapondo-se ao direito e à justiça social (MINCHAUD, 1980).

Cabe ressaltar o fato de que, tanto no referente às intenções, assim como as repercussões individuais e sociais de todo ato violento, deve-se considerar a visão que as pessoas têm sobre o fenômeno, pois a sociedade da qual faz parte dará a importância e o tratamento necessário a tal fenômeno. Pode-se entender, desta forma, que cada sociedade define, analisa e enfrenta o problema da violência, em função de seus princípios culturais, políticos e econômico (CIIIP, 2002).

A violência pode ser praticada através por pessoas que exercem algum ato de coerção ou agressão a outras, em especial aquelas em situação de vulnerabilidade, como crianças, mulheres e idosos, visto serem pessoas mais indefesos ou com menor possibilidade de protegerem-se de tais atos, incentivando nas pessoas violentas uma sensação de maior controle sobre os outros.

É importante ressaltar que, tanto referente às intenções, como as repercussões individuais e sociais de todo ato violento, deve-se considerar a visão que todos têm sobre o fenômeno, pois a sociedade da qual faz parte dar a importância e o tratamento necessário a tal fenômeno. Assim, o ato não é violento em si, mas o é porque a coletividade à qual está referido assim o considera. Trata-se de um fenômeno relacional, no qual estão em jogo, pelo menos em princípio, sujeitos – vítimas e agressores, situados em relações sociais que lhes dão o sentido, a partir do contexto social e cultura onde se manifesta (SARIT, 2005).

Schraiber & D'Oliveira (2003) assinalam que existe uma variedade de modelos de explicação, uma terminologia diversificada que, por si, origina dificuldades para desenhos de estudos sobre esta temática.

Em razão desta diversidade, procuramos conhecer alguns referenciais teóricos. Inicialmente, recorreremos a aspectos biológicos para analisar a gênese da violência interpessoal; ou seja, alguns profissionais assinalaram que a origem da agressividade humana é herança, que pode ser inata, adquirida ou imposta. Este fato nos leva a refletir sobre a própria concepção de vida. Menezes (1999) *apud* Casique (2004) assevera que existem inúmeros trabalhos propondo explicações para os mecanismos do comportamento agressivo e violento nos seres humanos; e que a violência e a agressividade humana são conseqüências da luta entre os instintos de vida e de morte. Costa (1986) citado por Sarit (2005) diferenciou agressividade e violência, ressaltando que nem todo ato agressivo é violento. Delimita a violência a partir do fato de que a vítima reconhece no agressor o desejo de destruição.

A idéia de que a violência faz parte da natureza humana e tem raízes biológicas é atualmente contestada por estudiosos do campo das Ciências Sociais (MINAYO, 1994); contudo, optamos em assinalar a base biológica da violência. Para os autores que a defendem, a violência é um impulso inato e instintivo do homem, como animal. A agressividade humana, em várias circunstâncias, foi elemento de garantia de sobrevivência.

Quintal (2002) refere ser demonstrada a associação entre impulso violento e os déficits de serotonina. Expressa, ainda, que existem evidências de que a agressão também se concentra na disfunção de partes do sistema límbico, particularmente nas amígdalas e no hipocampo. A fonte biológica para que uma



pessoa desenvolva em comportamento violento deve-se considerar a predisposição genética, quer dizer, existe elevada concentração de informações do comportamento violento nos genes das pessoas que têm membros familiares violentos.

Outra base teórica para compreender a evidência e o ato violento é a psicológica. Bleger (1989) exprime a idéia de que toda conduta tem a finalidade de proteger o indivíduo da desorganização gerada pela tensão que se produz ao seu redor. Esta base é discutida um pouco mais amiúde na discussão dos resultados.

O terceiro alicerce teórico da violência é o aspecto social. As situações sociais e políticas que envolvem a população podem originar algum tipo de violência, ou seja, indicadores (ou fatores) como marginalidade, desemprego, falta de educação, que provocam desajustes sociais e familiares e, por consequência desajustes individuais, repercutindo em indivíduos em situação de vulnerabilidade.

Harvey (1999:47) assevera que a gênese da violência acontece no âmago do processo social, contribuindo para a produção de efeitos igualmente sociais, de forma dialética, em que a violência é uma “força que, ao mesmo tempo, articula e desarticula”, e que não se pode procurar compreender o fenômeno violento sem contextualizá-lo nas relações de poder.

O aspecto social da violência tende a compreender o desenvolvimento de condutas violentas, como estratégias de sobrevivência das camadas populares, vítimas de contradições gigantescas do capitalismo e suas consequências.

É muito importante salientar que o baixo nível socioeconômico, necessariamente, não leva à violência ou produz atos violentos. Consabido o fato de que estas condições podem potencializá-los, mas este não é o único fator que a desencadeia. Mais adiante, abordaremos alguns fatores de risco que fomentam o ato violento.

A violência é considerada uma categoria polissêmica, plural, no sentido de sua dinâmica e suas manifestações são diversas, de modo a exigirem um combate diferenciado (GONÇALVES & FERREIRA, 2002; GIRALDO & GARCÍA, 2005). Ela afeta não só o modo de viver mas também é responsável em suas manifestações específicas, por uma série de agravos à saúde, e interfere na forma de morrer da população (MINAYO & SOUSA, 1993; AMARANTE, SOUZA, COUTO, 1994)

A violência no Brasil é baseada em estudos estatísticos que dificilmente refletem toda sua complexidade (SANT'ANNA & LOPES, 2002). Segundo Breilh (1996) *apud* Sant'Anna & Lopes (2002), a violência está diretamente relacionada com iniquidades, combinada com três fatores: opressão econômica, discriminação étnica (incluindo a racial) e violência de gênero.

Violência consiste em não apenas um tipo de violência, mas como uma variedade de atos violentos. Estes são cometidos por indivíduos, e muitas de suas consequências afetam outros indivíduos. Aproximando-se da teoria weberiana, porém, a violência é eminentemente um fenômeno social. Definições de violência enfatizam, freqüentemente, aspectos diferentes da violência, quase sempre apontados para exclusão ou inclusão.

Giraldo & García (2005) enfatizam que a violência urbana não se relaciona necessariamente com a topografia onde ela ocorre, mas com a violação de vários tipos de direitos e liberdades ocorrentes durante a interação dos cidadãos, e destes com o Estado ou organizações outras.

Vários estudos nacionais alertam para o crescimento da violência, cujos autores analisaram especificamente a violência urbana, expressão que pode ser observada nas regiões metropolitanas brasileiras. Os dados de violência nas urbes podem ser, traduzindo em mortalidade, preferencialmente jovens, sexo masculino,

cor parda ou negra, baixa escolaridade e pouca qualificação profissional. (Mello-JORGE, 1981, 1990; AMARANTE, SOUZA, COUTO, 1994).

Nova configuração da violência urbana, na qual as principais vítimas são jovens, pobres e negros, do sexo masculino, entre 15 e 24 anos, trouxe outras questões para as formulações sobre gênero e raça/etnia que contribuem para evidenciar a importância de se pensar a figura da vítima, assim como a do agressor, como construções sociais e simbólicas, reafirmando a violência como um fenômeno contextual (SARIT, 2005).

Meneghel *et al* (1998) conceituam a dicção “violência de rede”, o que significa perceber a violência em suas múltiplas facetas, em que cada manifestação particular se articula com outras: violência dos indivíduos e pequenos grupos deve ser relacionada com a violência do Estado. As instituições socializadoras vistas anteriormente perpetuam os comportamentos violentos, visto que são responsáveis pela manifestação dos papéis dos atores sociais. Minayo & Souza (1993) tipificam a violência sob três formas:

a) estrutural – configurada nas desigualdades sociais de acesso ao mercado de trabalho e ao consumo de bens essenciais à vida. Esta tem caráter oculto, silencioso e é essencialmente estática (CIIP, 2002);

b) cultural – expressa em agressões entre cônjuges. É exercida por um sujeito reconhecido, caracterizado pela utilização da diferença para inferiorizar e a assimilação para desconhecer a identidade do outro. Integram-se a ela mecanismos de discriminação, inclusive o preconceito contra indivíduos ou grupos (CIIP, 2002); e

c) Violência da delinqüência – referente aos indivíduos ou grupos que desencadeiam ações contra cidadãos (crimes contra pessoa física e patrimônio). Tem origem social e se manifesta de modo interpessoal (CIIP, 2002).

Outras definições, como a do Centro de Controle de Doenças<sup>10</sup>, enfatizam, por exemplo, a intencionalidade do agente. Neste caso, não é o resultado do dano que é intencional ou não intencional, mas o ato ou evento que conduz ao dano.

O foco é estreitado à violência interpessoal, na qual pelo menos dois indivíduos são envolvidos e pode ser categorizada em muitas formas, como:

a) quanto aos resultados ou tipo de ação de violência - homicídio, agressão, atentado ao pudor, roubo;

b) quanto à relação na qual a violência está acometida - esposa agredida, violência familiar;

c) quanto à pessoa que é vitimada – abuso de mais velho, crimes de racismo contra homossexuais ou membro em particular de um grupo racial, étnico ou de deficientes;

d) quanto ao agente violento - violência na adolescência, homens contra homens ou mulheres, crime organizado; e

e) quanto ao lugar onde a violência ocorre - violência de rua ou bar, violência ao local de trabalho na escola, em casa.

Outro fator que favorece a violência é a cultura atual, que tem reforço do uso da força para resolver os problemas. Neste sentido, o agressor utiliza-se da força física para manter o poder e o controle, visto ter aprendido a idéia de que a violência é efetiva para obter este fim.

### ***(Re)Pensando a violência na sociedade contemporânea***

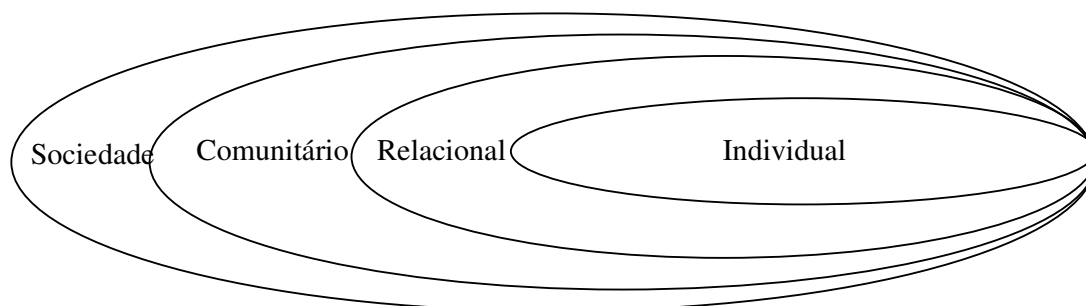
---

<sup>10</sup> Violência é um ameaça ou uso real de força física ou poder a contra outra pessoa, contra si mesmo, ou contra um grupo ou comunidade nas quais qualquer um resulta ou tem uma probabilidade alta de resultar em dano, morte ou privação.

Geralmente, as explicações de violência podem focalizar indivíduos potenciais para comportamento violento ou podem focalizar os processos sociais. Os fatores de risco podem incluir algumas influências biológicas, mas são os fatores psicossociais no nível micro – tais como comportamento, abuso de substâncias, comunicação e habilidades sociais – que são alvos na maioria dos programas preventivos. As pesquisas revelam, porém, que a violência é um resultado da interação dos processos psicossociais, biomédicos e sociais. Conceitos de desorganização social e capital social são utilizados para identificar os fatores ambientais sociais que podem afetar as taxas de criminalidade – e, conseqüentemente, os níveis de medo – e as variáveis de comunidade na saúde e bem estar.

Em 2002, foi publicado pela OMS o Primeiro Relatório Mundial sobre a violência em que tenta compreender a natureza polifacetária do evento violento, conforme modelo a seguir.

**Figura 1-** Modelo Ecológico da Violência da Organização Mundial da Saúde



Fonte: Krug et al (2002).

Esta base teórica estuda os fatores atuantes em quatro âmbitos distintos: individual, familiar, comunitário e sociocultural. O mais interessante neste modelo é que insiste na interação que se (re)produz entre os fatores dos distintos níveis; ou seja, constitui um modelo de níveis de causalidade imbricados no qual não existe um

só fator causal, mas uma conjunção de fatores que operam em níveis distintos e que podem favorecer a violência ou proteger-se contra ela.

O modelo permite analisar os fatores que influem no comportamento, classificando-os em quatro níveis, a seguir explicitados.

1º – identificam-se os fatores biológicos e a história pessoal que influem no comportamento de “indivíduos” e aumentam suas probabilidades de converterem-se em vítimas ou perpetradores<sup>11</sup> de atos violentos. Entre os dados que se podem rastrear, se encontram as características demográficas (idade, nível de instrução, renda), os transtornos psíquicos ou de personalidade, as toxicomanias e os antecedentes de comportamento agressivos ou de ter sofrido mal tratado.

2º – incluem as “relações” mais próximas, como as mantidas com familiares, amigos, os casais e companheiros, e se observa que aumentam o risco de sofrer e perpetrar atos violentos.

3º – exploram-se os “contextos” comunitários em que se desenvolvem as relações sociais, como as escolas, locais de trabalho e a vizinhança, e se tenta identificar as características destes âmbitos que aumentam o risco de atos violentos. Neste nível, o risco pode ser influenciado por fatores como mobilidade de residência, densidade populacional, aumento dos níveis de desemprego ou a existência de tráfico de drogas na zona.

4º – diz respeito aos fatores de carácter geral relativos à estrutura da “sociedade” que contribuem para criar um clima no qual se incite ou se inibe a violência, como a possibilidade de conseguir armas e as normas sociais e culturais. Neste último nível, outros fatores mais gerais são as políticas sanitárias,

---

<sup>11</sup> Perpetrador é uma pessoa que realiza ou permite ações que constituem abuso ou negligência. O termo “agressor” refere-se mais especificamente ao perpetrador que realiza a violência física (EYLER & COHEN, 1999)

econômicas, educativas e sociais que contribuem para manter as desigualdades econômicas ou sociais entre os grupos.

Para compreender a violência, Briceño-León (2005a) apresenta um modelo sociológico explicativo da violência atual na América Latina. Este situa as condições sociais e psicossociais que considera relevantes para uma compreensão sociológica, diferenciando de proposições explanatórias que são individuais, *per se*, como a teoria da agressividade de Bandura, teorias ecológicas, econômicas, do curso clássico da criminologia e a teoria do desvio.

Este modelo é composto de três dimensões, ou níveis, a saber (Quadro 1):

1. Macro-social – refere-se aos fatores que originam violência, ou fatores estruturais. Suas características têm uma impressão inevitável na sociedade como um todo. Estes fatores permitem que o comportamento violento possa ser criado.
2. Meso-social – apresenta poucas raízes estruturais e representa a área em que a cultura tem um efeito imediato no comportamento das pessoas. Os fatores deste nível encorajam o ato violento ou têm um efeito imediato no comportamento.
3. Micro-social – inclui os fatores facilitadores da violência. Tem uma natureza individual e não pode ser considerado causa da violência.

**Quadro 1:** Modelo Explicativo Sociológico para violência urbana na América Latina

<b>Nível Macro-Social</b>	<b>Nível Meso-Social</b>	<b>Nível Micro-Social</b>
Crescimento da desigualdade urbana	Segregação e pobreza urbana	Aumento das armas de fogo entre a população
Mais educação e menos emprego	Cultura da masculinidade	Consumo de álcool e drogas ilícitas
Mais aspiração e menos capacidade de alcançá-la	Impunidade e tráfico de drogas local	Inabilidade de expressar seus sentimentos verbalmente
Menos controle social pela família		
Menos força da religião		

Ramos-Jimenez (2005) assinala que deveria ser acrescido ao nível macro-social do modelo de Briceño-León o declínio da habilidade do governo em controlar a violência urbana, haja vista o aumento da população emergente, a corrupção e a falta de recursos para suprir as necessidades básicas, inclusive a saúde e segurança dos cidadãos. Para Díez-Nicolás (2005), o modelo ora proposto é provocativo e apresenta uma contribuição importante para a tomadas de ações no campo político, assim como se aproxima bastante do “fator cultural” da tradição weberiana.

O avanço tecnológico faz com que haja redução do esforço físico e crescimento exponencial do papel da máquina. Esta “nova ordem” altera o quadro de produção, interferindo na contradição histórica do processo de trabalho. A “Modernidade” apregoada pelo neoliberalismo acentua o hiato entre a máquina e o homem, sendo este substituído e subsumido pela tecnologia, pela cibernética, contribuindo para o aparecimento de amplas taxas de desemprego. Este, juntamente com a recessão, é resultado das privatizações que fazem aumentar de forma desmedida e anti-social o exército de reserva – forma de seguro de força de trabalho sempre disponível. Desta forma, o desemprego transforma a massa de



trabalhadores em uma legião de desempregados, que perambulam pelas ruas, agravando a estrutura social brasileira, com o crescimento escandaloso das taxas de criminalidade (VERMELHO & MELLO-JORGE, 1996; SODRÉ, 1999)

No processo de urbanização, variáveis como tamanho e densidade populacional, as desigualdades socioeconômicas, traduzidas numericamente no coeficiente de Gini<sup>12</sup>, pobreza, tráfico de drogas, enfrentamentos raciais e étnicos, mudanças na estrutura familiar, conflitos armados, marginalidade e desemprego constituem alguns fatores que podem estar associados ora maximamente ora minimamente ou sequer estarem associados às taxas de violência criminal ou que explicam a ocorrência dos eventos violentos. (LIMA et al 2005)

Devemos salientar que, quando analisados isoladamente, não constituem a etiologia da violência (MINAYO & SOUZA, 1993; LIMA & XIMENES, 1998; MINAYO, 1998B; HALFAP, 1999). Sant'Anna & Lopes (2002) afirmam, ainda, que também são fatores envolvidos para o desenrolar da violência, a socialização, educação e as condições de vidas. Estas são dialeticamente resultantes da ação humana, que por elas é diretamente influenciada.

As condições de vida apresentam uma gama de características conjunturais e estruturais que expressa os diferentes níveis de bem-estar existentes que podem ou não ser usufruídas pelos indivíduos. A privação de recursos é um dos fatores que conduz a uma fragilidade da organização social, refletida tanto na inabilidade das famílias em socializar seus adolescentes quanto na redução das situações de violência em potencial ou violência real.

---

<sup>12</sup> Consiste em um número entre 0 e 1, onde 0 corresponde à completa igualdade de renda (onde todos têm a mesma renda) e 1 corresponde à completa desigualdade (onde uma pessoa tem toda a renda, e as demais não têm nada). O índice de Gini é o coeficiente expresso em pontos percentuais, e é igual ao coeficiente multiplicado por 100. O coeficiente de Gini no Brasil é de 0,593.

Existe na literatura a argumentação de que a urbanização é responsável pela redução da capacidade da comunidade para um correto e efetivo controle social. Quando existem alta taxa de urbanização e elevados níveis de pobreza, o que há realmente é uma extensa desigualdade social. E, assim, o aumento da violência é atribuído ao crescimento da concentração geográfica da pobreza. A pobreza no entanto, por si só, não é a causa da violência, entretanto a maioria das pessoas, vítimas ou perpetradores, é de pobres (CIIP, 2002; BRICEÑO-LEÓN, 2005B; FANDINO-MARINO, 2005).

A pior violência não se encontra no Haiti, ou no Nordeste brasileiro, ou ainda das áreas paupérrimas da Venezuela ou México. A pior violência ocorre onde houve rápida urbanização e pobreza, coexistindo com riquezas, como em São Paulo, Rio de Janeiro, Caracas e Cidade do México (BRICEÑO-LEÓN, 2005B; MINAYO, 2005b).

Os dez primeiros municípios brasileiros com maiores taxas de homicídios, são as capitais e áreas metropolitanas, na seguinte ordem: 1) São Paulo; 2) Rio de Janeiro; 3) Recife; 4) Guarulhos, São Paulo; 5) Diadema, São Paulo; 6) Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco; 7) Olinda, Pernambuco; 8) Nova Iguaçu, Rio de Janeiro; 9) Brasília, Distrito Federal; e 10) Osasco, São Paulo, demonstrando que as maiores taxas de violência ocorrem em grandes concentrações urbanas (MINAYO, 2005b)

É mister assinalar que uma vizinhança com poucos recursos apresenta fraca organização social, além de gerar efeitos na incidência de eventos violentos, visto ser menos hábil em criar e manter estratégias de prevenção de atos violentos, tais como avaliação desta vizinhança reportando atividades suspeitas e interação social (MILES-DOAN, 1998) .

Nas comunidades sem recursos há uma alta prevalência de pessoas jovens sem trabalho ou agregação familiar, criando uma oportunidade para conflitos interpessoais, instituindo uma “massa crítica de homens jovens” em situação de risco em que vítimas potenciais e agressores coexistem no mesmo *locus*. Estudos de Miles-Doan (1998) demonstraram que pessoas que cresceram em lares violentos ou em vizinhança violenta são mais propensas a morar em áreas de concentração de pobreza, em razão das suas inabilidades de se manterem em um emprego ou permanecerem com relacionamentos estáveis. Evidências etnográficas, porém, sugerem que parte do efeito deste tipo de vizinhança é manter a concentração da pobreza que acentua o comportamento violento e suas ramificações.

Não devemos deixar de citar, sobretudo, os fatores institucionais – omissão do Estado na prevenção e repressão à violência – e de repressão – polícia, justiça e sistema penitenciário, como contribuintes para a ascensão da violência em nossa sociedade (MELLO-JORGE, 1997A; MACEDO et al, 2001). As instituições públicas para controle social também são menos hábeis, visto que respondem menos às necessidades das minorias (MILES-DOAN, 1998).

Convém assinalar que a violência adotou formas menos visíveis, porém igualmente perniciosas. A injustiça, e suas múltiplas formas parecem estar na origem do problema da violência. Grande parte da injustiça de que padecem as sociedades é do tipo social, e em períodos recentes, a violência adquiriu em muitas destas sociedades um caráter político.

As bebidas alcoólicas são usadas nas sociedades humanas desde os primórdios da história. Inicialmente, as formas fermentadas eram preparadas e consumidas em várias partes do mundo. Novas formas de bebidas alcoólicas foram introduzidas e o produto que era antes artesanal de produção familiar foi

gradualmente transformado em escalas industriais. Conjuntamente à história da bebida alcoólica, problemas sociais e de saúde causados pelo etilismo apareceram. (ROOM, BABOR & REHN, 2005)

Já foi demonstrado que o álcool está relacionado com cerca de 60 condições médicas diferentes. Vários estudos mostram a relação entre álcool e problemas relacionados com ele, tais como: taxas de alcoolismo, mortalidade por cirrose hepática, crimes violentos, lesões por acidentes de trânsito, entre outros.

O álcool altera os receptores e neurotransmissores, e, entre vários efeitos farmacológicos desta substância, provavelmente, há o aumento da probabilidade do comportamento agressivo. O álcool também afeta o funcionamento cognitivo, levando a uma situação deteriorada dos problemas em situações de conflito, respostas emocionais exacerbadas ou labilidade emocional (ROOM, BABOR & REHN, 2005)

Ele é a substância mais significativa na articulação com várias formas de violência, e seu *status* de legalidade torna-o socialmente aceito e largamente consumido, mesmo que se tente regular seu uso. Rodriguez (2001) assinala que o álcool é responsável por dois terços das violências contra parceiros/mulher; e, quando associado a outras drogas, se apresenta como um fator significativo de acometimento de várias formas de violências – física, sexual e psíquica; o que é corroborado pela elevada prevalência da violência entre pessoas dependentes de álcool (MACKENZIE, 2000; SIMÃO et al, 2002). A acessibilidade ao álcool é facilitada por vários fatores, dentre eles os baixos preços, especialmente da bebida destilada advinda da cana-de-açúcar.

Laranjeira & Hinkly (2002), em estudo acerca da relação entre álcool e eventos violentos, demonstram que a venda de bebida alcoólica aumenta

consideravelmente aos finais de semana (incluindo de sexta-feira a domingo), e adicionalmente, os finais de semana são associados a elevadas taxas de agressões físicas na área estudada. Devemos levar em consideração, no entanto, as diferenças culturais em relação ao consumo de álcool, padrão de bebida e expectativa cultural sobre comportamento enquanto bebe (ROOM, BABOR & REHN, 2005).

Nos dados disponíveis, o consumo *per capita* do álcool absoluto tem tendência para aumento em alguns países, como em 7% na Colômbia e Chile, 11% no México, 16% no Panamá e 31% no Brasil. (YUNES & RADJS, 1994)

Estudos revelam que o maior uso de drogas psicoativas ocasiona um maior envolvimento com o crime ou eventos criminosos, reforçados por dados de homicídios relacionados diretamente com o narcotráfico. Há clara relação entre a proximidade do indivíduo com o mercado de drogas ilícitas e os homicídios, roubos e assaltos. É importante, também, salientar que os vendedores de *crack* estão mais profundamente imersos no uso de drogas e participação de eventos violentos e criminosos do que os vendedores de outras substâncias entorpecentes. A delinqüência é apenas uma da constelação de desvios do comportamento humano (LOGAN & LEUKEFELD, 2000).

A consolidação do crime de organização em torno do tráfico de drogas, a consolidação dos grupos de extermínio e o aumento da população que vive e trabalha nas ruas das grandes regiões metropolitanas se relacionam sinergicamente com a violência estrutural das extremas desigualdades e com as mudanças de valores e visão das novas gerações em relação às elites, à pobreza, à riqueza, aos bens de consumo e à própria felicidade (MINAYO & SOUZA, 1993).

Fatores econômicos e sociais diversos incidem ademais na difusão do consumo de uma variedade de agentes psicoativos, especialmente entre os adolescente e jovens, cujos efeitos se somam aos já conhecidos danos resultantes da ingestão de álcool (YUNES & RADJS, 1994).

A prevalência de uso de fármacos de propriedades sedantes é medida em diversos estudos. A prevalência do consumo deste tipo de fármacos oscilou entre 7,2% em uma mostra de 20.000 estudantes no Brasil e 19,6% em uma mostra da população peruana (PERUGA, 1989).

A América Latina Se caracteriza historicamente por apresentar os piores índices de desigualdade entre as regiões do mundo, e, em decorrência disto, um dos piores índices de desenvolvimento humano em relação aO seu nível de desenvolvimento econômico (CIIP, 2002).

Em 1950, menos da metade da população (41,0%) da América Latina vivia nas cidades, mas no ano 2000 houve um acréscimo em  $\frac{3}{4}$  do total da população, ou seja, a população urbana da América Latina e Caribe passou de 39 milhões de pessoas na década de 1950 para 394 milhões de pessoas no ano 2000, sendo 279 milhões na América do Sul, 91 milhões na América Central e 24 milhões no Caribe. (BRICEÑO-LEÓN, 2005a) Existem poucos estudos acerca da relação entre violência e as condições de saúde coletiva e da população das Américas. As condições atuais socioeconômicas e políticas estão vinculadas ao processo de profundas transformações na economia capitalista mundial desde o final dos anos 1970, processo repercute em uma deterioração da qualidade vida tanto dos países centrais quanto dos países periféricos do sistema econômicos (YUNES & RADJS, 1994).

É importante salientar que a década de 1980, considerada como a “década perdida” pela CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e Caribe,

caracterizou-se por um aprofundamento do desemprego tecnológico, em razão da persistência da falta de qualificação da força de trabalho e por consequência ampliação dos grupos populacionais marginalizados do desenvolvimento e do acesso a serviços básicos de vida, saúde e educação. (OCAMPO, 2005)

YUNES & RADJS (1994) realizaram ampla análise acerca da mortalidade por causas violentas nas Américas, de 1979 a 1990, a partir de base de dados nacionais de 15 países, classificados de acordo com a OPAS: América Central (Costa Rica e Panamá), América do Norte (Canadá e EUA), Área Andina (Colômbia e Venezuela), Brasil, México, Caribe Latino (Cuba e Porto Rico), Caribe Inglês (Suriname e Trinidad Tobago) e Cone Sul (Argentina, Chile e Uruguai). Estes países representam 87% da população da Região das Américas.

Este estudo pôde afirmar que, em geral, a mortalidade por causas externas teve uma tendência a diminuir nas Américas entre 1979 e 1990, dado que em nove destas nações as tendências do indicador são decrescentes em todos os grupos de idade. Apenas em três países, este conglomerado mostram tendências francamente crescentes de sua mortalidade por causas externas em todos os grupos de idade e no grupo de 10 a 24 anos (Brasil, Colômbia e Cuba).

Estudo realizado por Briceño-León (2005a), conforme que existem grandes diferenças entre os países da América Latina no que tange às taxas de homicídios: menos de 10 homicídios por 100 mil habitantes (Argentina, Chile, Uruguai e Paraguai); de 11 a 20 homicídios por 100 mil habitantes (Peru, Nicarágua, Equador, República Dominicana, Panamá e Honduras); de 21 a 30 homicídios por 100 mil habitantes, considerado violência intensa (Brasil, Venezuela e México) e aqueles que apresentam elevadas taxas de homicídios, que por questões metodológicas

foram classificadas por mais de 31 homicídios por 100 mil habitantes (Colômbia e El Salvador).

Yunes & Radjs (1994) concluíram em seu estudo que no Brasil houve um incremento na violência, com aumento de 26% para a população geral (30% para os homens e 12% para as mulheres). Nos dados relativos à população jovem de 15 a 19 anos, porém, houve intenso aumento de 36% para a população de jovens e adolescentes (42% para homens e 14% para as mulheres).

As cidades representaram a Modernidade, com direitos e benefícios, e a possibilidade de um ordenamento normativo e oportunidades (BRICEÑO-LEÓN, 2005b). O estado de controle da violência e a constituição dos direitos individuais são ligados à história das cidades.

A dinâmica das cidades modernas é encontrada nos estudos acerca de urbanização e esta, juntamente com seu crescimento demográfico e populacional em Fortaleza, trouxe consigo as mazelas sociais de um país capitalista periférico, dentre elas a violência urbana.

### **2.3 “Fortaleza, Fortaleza... Irmã do sol e do mar”<sup>13</sup>**

*“Imperador do Brasil, pela graça de Deus e unânime proclamação dos povos, houvera por bem que a Vila de Fortaleza fique ereta em cidade e que portal seja havida e reconhecida com a denominação de Fortaleza de Nova Bragança ou Fortaleza de Pequena Bragança e haja todos os foros e privilégios de outras cidades...” (Falcão, 2005:280)*

---

<sup>13</sup> Parte do estribilho do hino oficial da cidade de Fortaleza, letra de Gustavo Barroso e música de Antônio Gondim.



Desta forma, pela Ordem Imperial de 17 de março de 1823, Fortaleza foi elevada à categoria de cidade por Dom Pedro I, sendo o segundo município criado, logo após de Aquiraz. O topônimo Fortaleza de Nova Bragança, porém pouco durou e logo a cidade reassumiu seu nome anterior – Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção. Chamou-se primitivamente de Forte Schoonenborch, erguido pelo holandês Mathias Beck, em 1649, que fora o marco da disputa do território cearense entre portugueses e holandeses. Com a vitória dos primeiros, sob o comando de Álvares Azevedo Barreto, ganhou o nome de Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção, o povoado deu lugar à vila: Vila de Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção, em 13 de abril de 1726.

A cidade de Fortaleza está localizada no litoral norte do Estado do Ceará e limita-se: ao norte e ao leste com o oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul com os Municípios de Pacatuba e Itaitinga e ao oeste com os Municípios de Caucaia e Maranguape. A área de Fortaleza é de 313,8 km<sup>2</sup> ocupada por uma população de cerca de 2 milhões de habitantes. A densidade demográfica está perto de 6.818 habitantes por km<sup>2</sup>. Fortaleza, juntamente com as cidades de Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante, formam a Região Metropolitana de Fortaleza (RMF). (Anexo I).

Devido a questões administrativas, Fortaleza foi dividida em seis secretarias executivas regionais (SER), cujos os bairros que as compõem são (Figura 2):

**SER I** – Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Floresta, Barra do Ceará, Álvaro Weyne, Cristo Redentor, Vila Ellery, Pirambu, Carlinto, Monte Castelo, Alagadiço São Gerardo, Farias Brito, Jacarecanga e Moura Brasil.

**SER II** – Centro, Praia de Iracema, Meireles, Aldeota, Joaquim Távora, Dionísio Torres, São João do Tauape, Salinas, Guararapes, Engenheiro Luciano Cavalcante, Mucuripe, Varjota, Cocó, Cais do Porto, Vicente Pizon, Papicu, Cidade 2000, Dunas, Praia do Futuro I e Praia do Futuro II.

**SER III** – Quitinho Cunha, Antônio Bezerra, Padre Andrade, Presidente Kennedy, Pici, Autran Nunes, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Bom Sucesso, Parquelândia, Amadeu Furtado, Bela Vista, Rodolfo Teófilo e Parque Araxá.

**SER IV** – Vila Pery, Parangaba, Itaoca, Dendê, Serrinha, Couto Fernandes, Demócrito Rocha, Pan-Americano, Montese, Damas, Bom Futuro, Parreão, Vila União, Jardim América, Benfica, José Bonifácio, Fátima e Aeroporto.

**SER V** – Genibaú, Conjunto Ceará I, Conjunto Ceará II, Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Siqueira, Canidezinho, Parque São José, Maraponga, Jardim Cearense, Vila Manoel Sátiro, Conjunto Esperança, Parque Santa Rosa, Presidente Vargas, Mondubim e Prefeito José Walter.

**SER VI** – Parque Dois Irmãos, Passaré, Castelão, Mata Galinha, Dias Macedo, Aerolândia, Alto da Balança, Jardim das Oliveiras, Cidade dos Funcionários, Parque Manibura, Cambeba, Parque Iracema, Cajazeiras, Barroso, Messejana, Jangurussu, Ancuri, Pedras, Paupina, Coaçu, Guapiru, Curió, Lagoa Redonda, Alagadiço Novo, Lagoa Sapiranga, Edson Queiroz e Sabiaguaba.

**Figura 2** – Mapa da cidade de Fortaleza de acordo com distribuição das secretarias executivas regionais, 2003



Fonte: PMF, 2005.

Desde os anos 1970 até os dias atuais, o Ceará apresenta elevadas taxas de crescimento econômico, e, a partir da segunda metade dos anos 1980, exibe um crescimento maior do que o da região Nordeste em seu conjunto.

Durante o período 1985-97 o PIB do Ceará cresceu em 55,9% em termos reais contra um crescimento de apenas 36,8 % para o Nordeste e 36,5% para o Brasil. Neste período, a participação do Ceará na economia nordestina cresceu de 12,2% para 15,4% (IPECE, 2005).

A indústria de transformação foi o principal setor responsável pelo crescimento do PIB, acumulando um crescimento de 49,6% no período, segundo dados do IBGE. (IPECE, 2005) Os empregos gerados, porém, são precários e de baixa remuneração.

O empobrecimento e a marginalização da população ainda são preocupantes: os índices de desenvolvimento humano do Ceará até 1996 permanecem entre os mais baixos do País, situando o Estado como o terceiro mais pobre na região Nordeste, depois do Maranhão e do Piauí. Além disso, as

desigualdades sociais se acentuaram e a ocupação do espaço urbano obedece a uma lógica segregativa.

**Tabela 2:** Renda Familiar-média *per capita* da Região Metropolitana de Fortaleza  
(Valores em reais corrigidos pelo INPC de 1999)

<b>Estratos</b>	<b>1981</b>	<b>1989</b>	<b>1995</b>	<b>1999</b>
10% + pobres	24,14	19,12	28,03	22,55
20	41,76	34,13	45,90	40,85
30	55,73	46,36	61,23	53,78
40	71,77	60,38	75,80	68,72
50	89,83	77,91	95,93	86,17
60	114,52	101,48	121,89	109,52
70	147,98	136,36	156,70	139,14
80	209,51	202,28	222,93	191,28
90	345,21	341,68	369,27	321,65
10%+ ricos	1.024,37	1.195,36	1.129,57	1.112,47
5% +ricos	1.442,25	1.760,42	1.614,54	1.632,51
1%+ ricos	2.748,46	3.664,36	3.052,80	3.381,18

Fonte dos dados: IBGE/PNADs 1981, 1989, 1995, 1999.

Desde os anos 1970 e muito mais a partir da década da 1980, a metrópole de Fortaleza sofre a intensificação de um processo migratório, durante da falta de opções econômicas das cidades de menor porte, no restante do Estado, além da ausência de uma política para o campo que altere a estrutura fundiária perversa que agrava as condições de sobrevivência da população (BERNAL, 2002)

A Região Metropolitana fortalezense foi criada em 1973 através de Lei Complementar Federal 014, em 08/06/1973 juntamente com outras regiões metropolitanas (RM) no Território nacional<sup>14</sup>. Nesta época, a RMF era composta de cinco municípios: Aquiraz, Caucaia, Fortaleza, Maranguape e Pacatuba.

<sup>14</sup> A identificação de regiões metropolitanas, no Brasil, foi iniciada na década de 1960 e institucionalizada pelo Congresso Nacional nos anos de 1973 e 1974, tendo sido definidas nove Regiões Metropolitanas: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São

Nos últimos 30 anos, houve uma evolução territorial da RMF e atualmente ela é composta de 13 municípios e 73 distritos, conforme evolução territorial da RMF disposta no quadro a seguir. (IPECE, 2004)

A RMF desponta como um pólo regional significativo na atração de investimentos industriais e turísticos, colocando-se em destaque com relação às outras capitais nordestinas.

Ela cresceu de 1991 a 2000, numa taxa de 2,44% ao ano, enquanto que sua capital acompanhou o ritmo, crescendo a 2,15% ao ano. Apenas dois municípios, dos 13 que a compõem, cresceram abaixo da média nacional, e o único caso de decréscimo, o município de Pacatuba, com -1,67% decorreu do seu desmembramento, que gerou a cidade de Itaitinga. Do restante, destacam-se pelo seu alto crescimento populacional: Horizonte (7,06%), Eusébio (4,94%), Caucaia (4,74%) e Pacajus (3,69%) (METRODATA, 2005) .

A RMF reuniu, em 2000, um total de 2.984.689 habitantes, que corresponderam a 40,17% da população total do estado, em que houve um acréscimo de 582 mil habitantes no último período intercensitário, e portanto uma população eminentemente urbana. (IBGE, 2002)

---

Paulo, Curitiba e Porto Alegre. A partir de 1988, a Constituição do Brasil facultou aos estados a instituição de regiões metropolitanas, "constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, com o objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum" (Artigo 25, parágrafo 3o). Assim, a partir de 1998, as Unidades da Federação, buscando solucionar problemas da gestão do território estadual, definiram um total de 22 regiões metropolitanas, em 2000 (IBGE, 2002) .

**Quadro 2: Evolução Territorial da Região Metropolitana de Fortaleza**

<b>Município</b>	<b>Legislação</b>	<b>Data – Lei</b>	<b>No.Distritos</b>
Aquiraz, Caucaia, Fortaleza, Maranguape, Pacatuba	Lei Complementar Federal 014	08.06.1973	32
Aquiraz, Caucaia, Fortaleza, Maranguape, Pacatuba Maracanaú	Lei Complementar Federal 052	16.04.1986	34
Aquiraz, Caucaia, Fortaleza, Maranguape, Pacatuba Maracanaú Eusébio, Guaiuba	Lei Estadual 11.845	05.08.1991	64
Aquiraz, Caucaia, Fortaleza, Maranguape, Pacatuba Maracanaú Eusébio, Guaiuba Chorozinho, Horizonte, Itaitinga, Pacajus e São Gonçalo do Amarante	Lei Complementar Estadual 018	29.12.1999	73

Fonte: Secretaria de Desenvolvimento Local e Regional (SDLR), Fundação Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

A população residente em Fortaleza, em 2006, estima-se que deverá atingir os 2,42 milhões de habitantes, representando 29,3% da população do Ceará.

A cidade erigida há 280 anos desenvolveu-se, ampliou-se e agora é considerada a 5ª maior cidade do País.

**Tabela 3** - População e densidade demográfica de 2000 e Taxa de Crescimento 1980/1991/2000 dos municípios da Região Metropolitana de Fortaleza.

<b>Município</b>	<b>Pop 2000</b>	<b>Hab/km<sup>2</sup></b>	<b>TCA 80-91</b>	<b>TCA 91-00</b>
Aquiraz	60.469	125,72	0,24	3,01
Caucaia	250.479	210,49	5,24	4,74
Chorozinho	18.707	60,93	-	2,12
Eusébio	31.500	403,85	-	4,94
Fortaleza	2.141.402	6.863,47	2,78	2,15
Guaiúba	19.884	73,64	-	1,39
Horizonte	33.790	176,91	-	7,06
Itaitinga	29.217	188,50	-	-
Maracanaú	179.732	1.834,00	-	1,50
Maranguape	88.135	135,18	-2,16	2,32
Pacajus	44.070	182,86	-3,49	3,69
Pacatuba	51.696	377,34	3,30	-1,67
São Gonçalo do Amarante	35.608	42,29	1,56	2,20
<b>Total Geral</b>	<b>2.984.689</b>	<b>821,17</b>	<b>3,46</b>	<b>2,44</b>

**Legenda:** **Pop 2000** - população residente em 2000 (Censo IBGE), **Hab/km<sup>2</sup>** - densidade demográfica 2000 (@Cidades, IBGE), **TCA** - Taxa de Crescimento Anual (calculado com base nos Censos do IBGE 1980, 1991 e 2000), **ICH** - Índice de Carência Habitacional (Metrodata, Observatório - IPPUR/UFRJ-FASE, 2003), **IDH-M** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (PNUD, ONU, 2003)

Fonte: Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal

As cidades, principalmente os grandes conglomerados urbanos, são os cenários onde se desenvolvem os principais dramas contemporâneos, mas é a própria cidade um fator básico do desencadeamento da violência. O processo urbano evoluiu com o passar dos tempos ou através de um lento processo histórico até alcançar a explosão urbana de nossos tempos. (HALFPAP, 1999)

Em nenhum outro lugar a vida está sendo um jogo tão perigoso como nas grandes cidades. É no espaço das cidades, principalmente nas grandes, que o exercício do poder se torna mais intenso. Nas metrópoles, o espaço é agressivo, no sentido de superestimulado e tensificante.

Kaminski *et al* (2001) realizaram excelente reportagem sobre as periferias das metrópoles brasileiras, abordando temas como crime, desemprego, miséria e violência. Enfatizaram o significativo crescimento destas regiões das cidades, relatando que, nos últimos vinte anos, a periferia das maiores cidades do Brasil correspondia a um terço da população, e, no ano da reportagem, equivalia a quase metade do total dos moradores.

A cidade que nasceu em torno de uma fortaleza, hoje vive mergulhada no caos urbano, social e cultural. As ilhas de prosperidade estão cercadas por casebres miseráveis e áreas de risco.

Em nossas sociedades, é necessário entender o processo da violência em todas suas facetas, distinguindo suas causalidades distintas (políticas, econômicas, culturais, religiosas, étnicas, de gênero, etárias e outras) suas diversas expressões concretas (causas externas das disfunções e das enfermidades e incapacidades físicas e psíquicas), sua distribuição segundo os grupos populacionais afetados tanto as vítimas (trabalhadores, crianças, adolescentes, jovens, mulheres, minorias, etnias), como os perpetradores; as circunstâncias distintas de ocorrência de lesões e enfermidades associadas, os agentes produtores destas (físicos, químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos e psicossociais e outros) e a natureza e a gravidade dos danos produzidos no organismo humano.



## 2.4 Descobrimos a face n(d)a violência – os traumatismos faciais em questão

Conceituar agressão é tão difícil quanto definir violência, podendo estar inserida em diversos referenciais bibliográficos ou de abordagens mais amplas como proporcionada pelo próprio sistema social. A agressividade humana acompanha os indivíduos desde dos primórdios da civilização.

É uma forma de conduta direcionada que tem por intenção ferir ou ofender o outro ser humano que está motivado a evitar tal tratamento. A agressão pode ser física ou verbal, ativa ou passiva, direta ou indireta (MENEGHEL et al, 1998; GIANINI et al, 1999).

As conseqüências da violência podem ser enquadradas no Código Internacional de Doenças, 10ª Revisão<sup>15</sup> (CID 10), nos códigos V-01 – Y-98 (OMS, 1995). Este código pode ser consultado de duas formas: para morbidade, estudam – se as lesões como diagnóstico principal e os tipos de acidente/violência que as produziram como causa associada; para mortalidade, os tipos de violência aparecem como causa básica e as lesões como motivos associados. Este código é, porém, focado apenas nos efeitos somáticos imediatos (ANDERSSON, 1996). Neste código, são consideradas as mortes violentas (suicídio, homicídio, acidentes de trânsito e de trabalho) importantes causas de óbitos tanto em países centrais como nos países periféricos (MINAYO & DESLANDES, 1998; MENEGHEL et al, 1998).

As agressões físicas resultam em uma variedade ampla de lesões em diversas partes do corpo humano. As lesões traumáticas são condições patológicas

---

<sup>15</sup> A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à saúde é a última de uma série que se iniciou em 1893 com a Classificação de Bertillon, também chamada de Lista Internacional de Causas de Morte. Esta revisão foi aprovada pela Conferência Internacional para 10ª Revisão e adotada pela 43ª Assembléia Mundial da Saúde. Nesta Assembléia, foi recomendado um novo título: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, entrando em vigor em 1º de janeiro de 1993. É composta de uma classificação alfanumérica de três dígitos, reunindo uma totalidade de lesões e morbidades que acometem o ser humano.

mais comuns encontradas em esqueletos humanos pré-históricos. As evidências perpassam de fraturas incompletas, calosidades ósseas e ossificação ocorridos diante de lesões musculares, tendões, etc.

Sabe-se que através do mundo pré-histórico, muitas pessoas morreram pelas mãos de outras, mas quase em lugar algum apresenta dados viáveis para estimar a frequência, o lugar ou o tempo. A bioarqueologia busca, através da Arqueologia e da Medicina legal, respostas para detecção de *causa mortis*.

Robb (1997) *apud* Walker (2001) assevera que, depois do Neolítico, a frequência de traumatismos cranianos em homens aumentou em relação às mulheres. Esses padrões de lesões, conclui o autor, não são resultado direto de guerras, mas ele os atribui ao desenvolvimento de papéis de gênero que prescreveram um comportamento violento nos homens e reforçaram a divisão sexual e de trabalho em que as mulheres não desenvolviam atividades consideradas pesadas ou perigosas, incluindo as guerras.

Durante os estudos arqueológicos, foram encontradas fraturas faciais, geralmente provocadas por esmagamento, podendo estar associada à violência, visto que as lesões por queda provocam lesões nasais ou zigomáticas (LESSA, 2004)

A escolha da cabeça e pescoço como regiões mais atingidas durante lutas e agressões interpessoais varia de acordo com o contexto sociocultural de onde emergiu o conflito. As razões do agressor para predileção por estas regiões são, sem dúvidas, estratégicas e simbólicas. Sob o ponto de vista estratégico, a cabeça e especialmente a face são alvos atrativos, pois os ferimentos podem ser muito dolorosos, imobilizando temporariamente a vítima. Por outro lado, os sangramentos

e hematomas aparentes atuam como um símbolo visível de dominação social do agressor. (WALKER, 2001; LESSA, 2004)

A face apresenta uma forte importância social e simbólica. Para pacientes que não podem se comunicar, a face quase sempre é o veículo de projeção de emoções e pensamentos. Sendo a aparência a parte mais pública de uma pessoa, seu “sacramento, ego visível”, a desfiguração facial é estigmatizada por várias sociedades através da História, e leva a um profundo efeito na identidade, na subjetividade e auto-imagem, mesmo que muitos concordem com o argumento de que “a beleza está nos olhos do observador” (ETCOFF, 1999: 162). O ideal do que é belo, porém, é determinado pela mente humana. Da mesma forma que a beleza se destaca na multidão, os traços da desfiguração também são evidenciados, e podem comprometer a subjetividade daquele que os possui. Etkoff (1999), analisando o papel da beleza no contexto da luta pela sobrevivência, assinala que, tanto a ausência da beleza é fator para desencadear distúrbios psicológicos, como a “ausência de resposta à beleza física é um sinal de depressão” (Ibid, ibid: 17), visto que uma das medidas-padrão para a depressão inclui uma questão sobre mudanças na percepção da própria pessoa da sua atratividade física.

Há uma diversidade de traumatismos que acometem a face em vários países, e esta encontra-se correlacionada com os fatores socioeconômicos e inserção dos indivíduos em suas classes sociais. De um lado, os relatórios dos grandes hospitais de emergência das metrópoles, que servem a grupos altamente vulneráveis, social e economicamente e com renda relativamente baixa, mostram que grande porcentagem de traumatismos faciais é causada por golpes, como socos, ou por armas de fogo. Por outro lado, os hospitais das áreas de nível socioeconômico e cultural elevados relatam maior quantidade destes traumas

resultantes de acidentes provocados por meios de transporte e da prática de recreação, chamados de acidentes esportivos.

Ao sofrer uma agressão física, o indivíduo apresentará três possibilidades distintas de encaminhamento, estando estas na dependência de o indivíduo sair sem lesão e ocorrer a sua morte ou sair ferido. No último caso, o seu destino provavelmente será um serviço de assistência médico-hospitalar, como as emergências hospitalares.

As lesões faciais são resultados comuns de um trauma, como os acidentes de quaisquer naturezas ou violência interpessoal. Assim como no resto do corpo humano, podem levar a uma incapacidade ou inaptidão. O tratamento destas lesões, bem assim a reabilitação funcional do indivíduo, são particularmente caros, envolvendo, muitas vezes, diversas especialidades médicas e não médicas, como cirurgiões–dentistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos (BISSON & SHEPHERD, 1997).

As lesões ou deformidades que afetam a face têm não só uma alteração funcional como também uma influência no componente estético, de destacada influência sobre o psiquismo do paciente, ressaltando, assim, a importância que tais traumatismos podem adquirir.

Por conseguinte, a lesão que resulta em desfiguração da face é obviamente traumática, tanto para o paciente quanto para seus familiares e indivíduos próximos dele. Segundo Berlinguer (1998), a doença é, além da perda de poder físico ou do enfraquecimento deste, uma perda de “dignidade humana”, em que a desigualdade social é ampliada pela “prepotência dos sadios”.

Por fim, no que diz respeito à face, a frequência dos traumatismos faciais é elevada, por estar a face sempre exposta. Possuindo pouca cobertura de proteção,

ela aloja os mais importantes órgãos dos sentidos e representa, em grande escala, a beleza humana (Digman & Natvig, 1995).

Estudos realizados na Europa e nos Estados Unidos da América, a partir do término da 2ª Guerra Mundial trouxeram à baila as prevalências de traumatismos faciais. Na época, houve melhoria das condições econômicas e os acidentes automobilísticos passaram a ocupar o primeiro lugar como responsáveis pelas fraturas dos maxilares. Havia uma percentagem destes traumatismos, todavia, relacionada aos atos de agressão física, ligados aos fatores socioeconômicos; ou seja, em zonas de baixo nível socioeconômico, apresentavam uma prevalência maior de traumatismos faciais decorrentes de agressão física, enquanto que naquelas em que havia uma condição de vida melhor, os principais responsáveis pelas fraturas faciais eram os acidentes recreativos e de trânsito.

No quadro 3 é possível analisar as taxas de prevalência violência física interpessoal como etiologia dos traumatismos faciais em diversas partes do mundo.

**Quadro 3:** Sinopse da revista da literatura dos traumatismos faciais e prevalência da violência interpessoal (VI)

Autor	Ano	País	N	Sexo		Razão M/F	Faixa etária (anos)	VI%
				M (%)	F (%)			
Vasconcelos	2005	Brasil	47	87,2	12,8	6,8:1	4-59	46,8
Falcão	2005	Brasil	186	84,0	16,0	5,3:1	0-70+	22,1
Al Ahmed	2004	Emirados Árabes	230	92,0	8,0	11,1:1	7-58	8,0
Leite Segundo	2004	Brasil	233	84,1	15,8	5,3:1	2-77	20,9
Da Silva	2004	Brasil	340	76,9	23,1	3,3:1	0-80+	19,4
Chrcanovic	2004	Brasil	911	82,4	17,5	4,6:1	0-90	21,3
Silva	2004	Brasil	309	84,1	15,9	5,2:1	1-76	-
Erol	2004	Turquia	2901	77,5	22,5	3,4:1	60-99	26,1
Laski	2004	EUA	92	80,0	20,0	4,0:1	0-60	73,9
Oikarinen	2004	Kwait	596	86,5	13,5	5,0:1	-	11,6
Oikarinen	2004	Finlândia	268	72,7	27,3	2,6:1	-	36,9
Oikarinen	2004	Canadá	228	85,9	14,1	2,7:1	-	53,9
Hung	2004	EUA	85	85,0	15,0	5,6:1	0-70	80,0
Silva	2003	Brasil	778	65,8	34,2	1,9:1	0-60	19,9
Adebayo	2003	Nigéria	443	82,6	17,4	3,0:1	5-65	13,0
Fasola	2003	Nigéria	341	86,5	13,5	6,4:1	0-80	8,8
Fasola	2003	Nigéria	483	76,6	23,4	3,3:1	0-80	12,0
Gassner	2003	Áustria	9543	67,8	32,2	1,1:1	0-60	12,0
Ogundare <sup>16</sup>	2003	EUA	1267	86,0	14,0	6,1:1	0-75+	84,0
Olasoji	2002	Nigéria	306	-	-	2,1:1	1-62	48,0
Gray	2002	EUA	196	64,7	35,3	1,8:1	+55	7,7
Odhiambo <sup>17</sup>	2002	Kênia	290	64,8	35,2	1,8:1	18-66	
Santos	2002	Brasil	493	68,0	32,0	2,1:1	3-71	100,0
Schön	2001	Austrália	114	81,0	19,0	4,2:1	0-49	83,0
Iida	2001	Japão	1502	73,9	26,1	2,8:1	0-70+	15,5
Le	2001	EUA	236	-	100,0	-	15-71	-
Hollier	2001	EUA	84	82,1	17,9	4,6:1	6-64	100,0
Brown	1999	EUA	190	88,0	12,0	7,6:1	+18	90,0

<sup>16</sup> Estudo realizado com traumatismos com armas de fogo.

<sup>17</sup> Estudo objetivado para determinação de severidade dos traumatismos faciais em atentado terrorista na embaixada dos EUA no Kênia.

Continuação: **Quadro 3:** Sinopse da revista da literatura dos traumatismos faciais e prevalência da violência interpessoal (VI)

Autor	Ano	País	N	Sexo		Razão M/F	Faixa etária (anos)	VI%
				M (%)	F (%)			
Gerbmino	1999	Itália	2235	60,3	39,7	6,1:1	60+	3,6
Van Beek <sup>18</sup>	1999	Holanda	1379	75,0	25,0	3,0:1	0-61	7,6
Van Beek <sup>19</sup>	1999	Holanda	1324	74,0	26,0	2,8:1	0-61	13,4
Hutchinson	1998	Reino unido	6114	68,0	32,0	2,1:1	0-55+	24,0
Bataineh	1998	Jordânia	563	75,3	27,7	3,0:1	5-73	16,9
Ochs	1996	EUA	127	63,8	36,2	1,7:1	23-60	14,2
Bamjee	1996	Africa do sul	326	69,9	30,1	2,3:1	1-90	48,3
Goldschmidt	1995	EUA	109	53,0	47,0	2,0:1	1-99	9,2
Tanaka	1994	Japão	695	75,8	24,2	3,2:1	0-89	15,5
Oikarrinen	1993	Finlândia	317	75,3	24,7	3,0:1	4-78	45,7
Oji	1993	Nigéria	900	75,2	24,8	3,0:1	1-61+	8,4%
Silvennomen	1992	Finlândia	382	75,0	25,0	3,0:1	3-85	44%
Torgersen	1992	Noruega	169	79,0	21,0	3,7:1	7-96	48,5
Fridrich	1992	EUA	1067	78,0	22,0	3,5:1	0-89	47,5
Vetter	1991	EUA	311	74,0	26,0	3,0:1	4-82	37,0
Dimitroulis	1991	Reino unido	459	70,8	29,2	2,8:1	0-60+	55,1

Salem et al (1968) estudaram lesões bucomaxilo faciais em instalações do exército dos EUA durante um ano, com o objetivo de obter informações sobre os fatores etiológicos e os tipos de fraturas mandibulares. Concluíram, os autores, que as brigas contribuíram para a maior parte dos casos, levando a fraturas simples, ao passo que os acidentes de tráfego produziam fraturas múltiplas.

Analisando os aspectos psicológicos determinantes da violência interpessoal, Stainbrook (1970) citou a importância de se estar ciente de que um tratamento completo para o trauma não envolve somente os procedimentos técnicos,

<sup>18</sup> Série histórica de 1960-1974

<sup>19</sup> Série histórica de 1975-1987.

mas requer uma análise de como o agente produtor do trauma agiu. À época, o autor descreve que as lesões por agressão, não raramente contra crianças e ocasionadas pelos próprios pais, estão aumentando na população. Evidenciaram, ainda, que jovens entre 18 e 35 anos, do sexo masculino e de classes sociais de baixa renda, são tanto perpetradores quanto vítimas da violência. Referido autor, ainda, chamou a atenção para papel da mídia televisiva, que pode fomentar os estados emocionais insatisfeitos do telespectador, levando-o a responder às tensões evocadas nas situações da vida real.

Em estudo realizado em hospitais do leste da Escócia, Hitchin & Shuker (1973) relacionaram mais o trauma facial a fatores sociais do que traumatismos em outras partes do corpo, já que a agressão pessoal freqüentemente atingiu os maxilares. Em seu estudo, a maior incidência das lesões ocorreu no mês de setembro, haja vista o início da temporada esportiva – o futebol. Houve incidência significativamente maior em homens do que em mulheres, principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos. Mencionado trabalho também exprime que, na cidade de Dundee, três quartos das agressões estão relacionados ao consumo de bebida alcoólica.

Quatro anos depois, van Hoof, Merks & Stekelenburg (1977) compararam diferentes padrões de fraturas do complexo facial, em quatro países da Europa de então: Holanda, República Democrática Alemã, República Federal Alemã e Grã-Bretanha. Com exceção do primeiro país mencionado, as brigas foram os principais fatores etiológicos das fraturas faciais. Descreveram que as mulheres foram menos envolvidas nas brigas e que estas produzem fraturas faciais simples.

Voss (1982) comparou, em Oslo, grupos de pacientes com diagnósticos de fraturas faciais nos anos 1970 e 1980, com o intuito de elucidar as alterações no



padrão etiológico dessas injúrias. Detectou o fato de que a violência interpessoal foi a responsável pela maioria das lesões maxilofaciais, tanto em 1970 quanto em 1980, em indivíduos de 15 anos ou mais, e a bebida alcoólica foi um fator contribuinte. A maior incidência ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos, predominantemente no sexo masculino, contudo a razão masculino/feminino diminuiu de 3,7:1 em 1970 para 3,2:1 em 1980. Enfatizou, o autor, o fato de que, enquanto 39% das fraturas maxilo mandibulares foram causadas por violência em 1970, esta percentagem foi de 54% em 1980, um aumento estatisticamente significativo.

Também comparando grupos de pacientes atendidos em 1965, 1970, 1975 e 1980, na região de Grampian, Escócia, em de um estudo retrospectivo, Brook & Wood (1983) encontraram aumento da incidência de fraturas na população em foco em 270% contra um aumento populacional de apenas 7%. Excluíram do estudo as fraturas dos ossos nasais e fraturas do côndilo mandibular isoladas, encontrando os ossos zigomáticos como sendo os ossos faciais mais fraturados, cuja maioria foi causada por agressão; e mais, que os ossos zigomáticos do lado esquerdo foram mais atingidos do que os direitos, suportando a hipótese de que pessoas destras atingiriam o lado esquerdo de seu oponente. As fraturas de mandíbula foram o segundo tipo mais comum de fraturas faciais, sendo as principais causas dos golpes desferidos durante brigas, com mãos ou pés.

Thorn, Mogeltoft & Hansen (1986) fizeram uma pesquisa com o intuito de registrar a incidência e os padrões etiológicos das fraturas maxilomandibulares na Groenlândia, de 1981 e 1982. Seus dados foram extremamente elevados, pois 90% dos casos de fraturas faciais decorreram de violência física interpessoal. A maior incidência ocorreu na faixa dos 20 aos 29 anos de idade, com 57% dos casos, e o

soco foi o principal causador de fraturas faciais e maior parte ocorreu às sextas-feiras e aos sábados.

A hipótese de que ferimentos faciais são as lesões de tecidos moles mais comuns em vítimas de agressão foi testada por Shepherds et al (1987), em 225 pacientes, em Bristol, na Inglaterra. Relataram a face, como sendo de longe o local mais comum de lesões, confirmando a hipótese aventada. Lesões do terço médio da face foram as mais comuns, com 59% dos casos, seguida pelo terço superior com 25% e terço inferior com 16%. As lesões do lado esquerdo foram mais comuns do que do lado direito, sendo a região zigomática direita a área facial mais acometida. Homens jovens foram mais freqüentemente atingidos, havendo um aparente risco de maior agressão aos finais de semana entre 22 e 2 horas, principalmente entre julho e outubro.

Em 1988, Shepherd et al pesquisaram 294 vítimas de agressão em um hospital também em Bristol, durante os primeiros seis meses de 1986. Nesse hospital, encontraram seis vezes mais homens do que mulheres, a maioria entre 18 e 30 anos de idade, geralmente trabalhadores de baixa renda ou desempregados, havendo um consumo de álcool em 73% dos casos. A maioria das agressões estudadas ocorreu aos finais de semana, principalmente após o anoitecer, sendo 57% às sextas-feiras e sábados, 15% aos domingos, e somente 7% às segundas-feiras. Socos e chutes foram os mecanismos mais utilizados nas agressões (62%), seguidos de objetos rombos (17%), objetos pontiagudos (10%) e vidros (9%), havendo apenas dois ferimentos por armas de fogo. A maioria (94%) dos agressores era de homens; e considerando o organismo como um todo, 89% das fraturas, 70% dos ferimentos e 56% dos hematomas atingiram a face, em que o osso mandibular

foi o mais fraturado (38%), seguido dos ossos nasais (28%) e complexo zigomático (18%).

De 1980 a 1985, na cidade de Seattle, desenvolveu-se uma pesquisa em um hospital de referência de trauma, cuja amostra foi de 615 casos. Concluiu que a maioria dos pacientes tinha de 20 a 29 anos, os homens tiveram de 3 a 4 vezes mais lesões do que as mulheres e maioria dessas lesões decorreu de agressões físicas. Para todos os grupos etários, a lesão mais comum foi fratura fechada de mandíbula, e as agressões foram as causas de lesões faciais em todas as idade, exceto nos mais jovens (0 a 19 anos). (HAYMOND et al, 1988)

Khan (1988) estudou 311 pacientes com fraturas ósseas faciais, no Zimbábue, entre 1985 e 1986, todos eles indígenas do País e pertencentes a grupos de baixo poder socioeconômico. Em 81,6% dos casos, estes tiveram como fatores etiológicos as agressões, e os acidentes rodoviários contribuíram com 14,8%. A fratura mais comum foi a mandibular com 74,6% dos casos, geralmente unilateral de corpo, e o autor atribuiu a alta incidência destas fraturas a socos desferidos diretamente contra a face.

Na cidade de São Paulo, Crivello et al (1989) fizeram considerações estatísticas a respeito de 550 fraturas isoladas na região do complexo maxilofacial, de 1981 a 1985. As fraturas ocasionadas por brigas ocuparam a segunda posição em freqüência, com 143 casos (26%). A mandíbula, mais uma vez, foi o osso mais afetado, representando 29,2% dos casos, seguida das fraturas de malar (27,9%) e nariz (26,2%).

Baseados em relatos da literatura científica que evidenciam uma tendência de queda no número e na gravidade das fraturas de face, Beck & Blakeslee (1989) realizaram um estudo retrospectivo de 262 pacientes com traumatismos faciais,

entre 1983 e 1987, em Tacoma, Washington. Encontraram um total de 410 fraturas numa população predominantemente masculina, cuja proporção masculino/feminino foi de 7,7:1, com idade média de 25 anos. Os números indicaram que as principais causas foram as agressões físicas interpessoais (35,1%), os acidentes automobilísticos (26,3%) e os acidentes esportivos (12,2%). Relataram que as agressões raramente envolveram o uso de armas de fogo e 65,2% das vítimas tinha idade entre 20 e 30 anos. O osso mais atingido foi a mandíbula, seguida dos ossos zigomáticos e maxilares.

As circunstâncias e as seqüelas da violência urbana são bem documentadas, porém a identificação dos fatores etiológicos é mais difícil. Pelo exposto, e pelo fato do pico de atendimento das vítimas de agressão se dar entre 23 e 3 horas dos finais de semana, em pessoas com idades entre 16 e 40 anos, Shepherd, Robinson, Levers (1990) compararam pacientes com estas características atendidos em um hospital em Bristol, com grupos-controle que eram exatamente as pessoas que geralmente acompanhavam as vítimas, nestes horários. Concluíram que, o consumo médio de álcool por parte dos pacientes nas 6 horas antes do evento traumático foi maior do que nos indivíduos-controle; e pacientes relataram mais envolvimento anteriores em brigas ou agressões do que os controles; as vítimas homens tenderam a ser mais solteiros do que os controles.

Em um hospital na Austrália, Allan & Daly (1990) realizaram pesquisa retrospectiva sobre fraturas mandibulares com 1162 pacientes tratados em um período de 1951 a 1985. Concluíram que a principal causas das fraturas foi a agressão física (38,1%), seguida dos acidentes rodoviários e esportivos, com 21,5% e 19,0%, respectivamente. Os homens foram mais freqüentemente do que as mulheres em uma razão de 4,4:1. A maior ocorrência se deu em indivíduos na faixa

etária entre 20 e 29 anos (38,3%). Os autores asseveraram que, no período de 1951 a 1970, houve uma redução discreta do número de fraturas, porém, até o final do período estudado, tais casos aumentaram 356%, valores estes atribuídos, segundo os pesquisadores, ao crescimento da violência na sociedade atual.

Como o índice de violência é bem representado pelas lesões faciais, a Grécia parece ser um país relativamente pacífico, visto que, em trabalho realizado por Zachariades & Papavassiliou (1990), dos 3908 pacientes portadores de fraturas faciais em um hospital de Atenas, 9% deles tiveram como etiologia os eventos violentos.

No mesmo ano, Haug, Prather & Indresano reviram prontuários e radiografias de 402 pacientes tratados no Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial, entre março de 1984 e janeiro de 1989, no *Cleveland Metropolitan General Hospital*, em Ohio, EUA. Do total de pacientes, 76,4% sofreram fraturas de mandíbula, com uma frequência maior no corpo (29,5%), seguido de ângulo (27,3%), sínfise (21,1%), ramo (2,4%) e apófise coronóide (0,2%). As agressões físicas e os acidentes de trânsito foram os agentes etiológicos mais significativamente encontrados, e as primeiras foram 1,7 vez mais prevalentes do que os acidentes de trânsito. Ainda com relação às fraturas mandibulares, a relação masculino/feminino ocorreu na ordem de 3:1 e a maior prevalência sucedeu na faixa etária entre 21 e 35 anos. Noventa e oito pacientes sofreram fraturas de osso zigomático na faixa etária predominante retromencionada, com uma relação de homem para mulher de 3:2. As fraturas dos ossos maxilares tiveram os acidentes de trânsito como fatores etiológicos preponderantes; e as causas mais comuns de lesões associadas foram os acidentes de trânsito.

Shepherd et al (1990), baseados no consistente crescimento na incidência de crimes no Reino Unido, e no fator de ser a agressão a causa mais freqüente de fratura dos ossos faciais neste conjunto de países, examinaram e entrevistaram 539 vítimas de agressão atendidas em um hospital de Bristol, em 1986. Os homens foram os mais afetados (84%) e as idades variaram de 14 a 73 anos. Enquanto os homens sofreram mais lacerações, as mulheres sofreram mais hematomas. Em 26% da amostra estudada foi encontrada pelo menos uma fratura, e atingiram a face 83% destas fraturas. Os autores encontraram maior freqüência de fraturas dos ossos nasais (27% das vítimas), seguidas de fraturas dos ossos zigomáticos (22%), ângulo mandibular (12%) e corpo mandibular (12%). As fraturas complexas do terço médio da face, em especial as do tipo Le Fort, perfizeram um total de 1%. A maioria dos atendidos (74%) relatou ter sido ferida por socos ou chutes, 11% por vidros de garrafas quebradas e somente duas vítimas sofreram ferimentos por arma de fogo. A segunda região mais comum de lesões foram os membros superiores, seguidos do tórax enquanto o abdome foi local menos atingido. Em relação à gravidade, os autores concluíram que as lesões foram progressivamente mais graves à medida que aumentava o número de golpes, de modo que as vítimas que relataram três ou mais golpes estavam mais susceptíveis à fratura.

Com o intuito de acrescentar a experiência do Zimbábue ao cenário das lesões maxilofaciais, Chidzonga (1990) analisou os registros de 541 pacientes em Harare, entre fevereiro de 1981 e agosto de 1982, excluindo de sua amostra as fraturas alvéolo-dentárias. As agressões compuseram 89,8% das fraturas, os acidentes rodoviários 5,6% e as quedas 4,6%. As mulheres perfizeram 9,1% dos casos, e neste âmbito, a maioria delas foi agredida pelo marido/companheiro. A faixa etária dos 21 aos 25 anos teve a maior incidência de pacientes com fraturas, e as

agressões decorrentes de brigas se deram em locais de venda e consumo de bebida alcoólica, ocorrendo supostamente à noite. O corpo mandibular foi o mais freqüentemente fraturado que qualquer outra parte da mandíbula, com 42,3% dos casos, vindo a seguir ângulo e região parassinfisária, com 22,3% cada uma. As fraturas bilaterais compuseram 55,8% do total, com 0,9% dos pacientes apresentando mais do que dois traços de fraturas.

Durante o período de dois anos e meio (de junho de 1986 a maio de 1989), Zachariades, Koumoura & Konsolaki-Agouridaki (1990) avaliaram 2308 pacientes tratados em um hospital de trauma. Destes, 546 (24%) eram mulheres com idades variando de 16 a 62 anos, e, no grupo em que a violência estava diretamente relacionada a um indivíduo conhecido, a pessoa que mais perpetrava a violência era o marido, em 26 casos (51%); o namorado, em 8 (15,7%) e outro parente, em 5 casos (10%). O mecanismo utilizado para cometer o ato violento foram as mãos em 70,6% dos casos (n=36) e arma de fogo em três casos (6%). Pesquisando o tipo de lesões acarretadas nas vítimas, os autores encontraram simples contusões em 11 casos (221,6%), fratura de mandíbula em 20 casos (39%), fratura do complexo zigomático-maxilar em 5 casos (10%), fratura dos ossos nasais em 2% dos casos. Em 12% dos casos, o agressor era desconhecido, e, nestes casos, o objetivo das agressões foi roubo ou estupro, cujos agentes vulnerantes foram armas de fogo, objetos contundentes, socos e chutes.

Em 1991, Telfer, Jones, Shepherd (1991) estudaram as tendências na etiologia das fraturas do complexo maxilomandibular, por um período de 11 anos (1977 a 1987), através de um questionário enviado aos cirurgiões bucomaxilofaciais consultores do Reino Unido. Em 1987, a agressão foi a causa mais comum de fraturas, perfazendo 50% dos casos, vindo a seguir os acidentes rodoviários, com

17%, e 33%, decorrentes de outras causas, como quedas, acidentes esportivos e de trabalho. Em 1977, 661 pacientes, 31% do total, sofreram fraturas faciais em acidentes de trânsito, mas este número decresceu para 439, 17% do total de casos, em 1987. Inversamente, as agressões em 1977 causaram fraturas em 863 (40%) dos pacientes, e em 1987, o número de pacientes agredidos elevou-se para 1270, quase 50% do número total. Pacientes com fraturas conseqüentes de outras causas também aumentaram de número, de 606 (29%) em 1977 para 842 (33%) em 1987. Ressaltam, ainda, os pesquisadores que as agressões se tornaram causa muito mais freqüente de lesões ao longo da década estudada, de 863 para 1270 pacientes, com um aumento significativo para 47%.

Um total de 311 pacientes com 564 fraturas faciais foi hospitalizado entre janeiro de 1986 e dezembro de 1988, em Hartford, Connecticut, EUA, que é uma área metropolitana de médias dimensões, e seus registros foram colhidos por Vetter, Topazian, Goldberg & Smith (1991). A maioria dos pacientes era do sexo masculino (74%), com idade média de 29,7 anos, 25% hispânicos, 65% brancos e 20% negros. A proporção maxila/mandíbula foi de 1:1, e no terço médio da face as fraturas do complexo zigomático-maxilar foram mais freqüentes que as fraturas Le Fort. Na mandíbula, em ordem decrescente de freqüência foram fraturadas: sínfise/parassínfise, ângulo, côndilo, corpo e apófise coronóide. Esse estudo demonstrou que a causa de violência física interpessoal (37%) foi quase tão prevalente quanto a causa por acidentes de veículos automotores (40%).

Com o objetivo de acompanhar um estudo feito seis anos antes, em 1992, Schroder et al, analisaram as alterações na epidemiologia da violência interpessoal, na década de 1980, em uma população urbana na Dinamarca. De 1987 a 1988, foram estudados prospectivamente casos de pessoas que relataram lesões



decorrentes da violência, causando um comprometimento físico. Enquanto a população de risco cresceu 4%, o número de casos de violência cresceu 14%. A incidência global aumentou de 3,0 para 3,7 por mil para as mulheres e de 10,6 a 11,1 por mil para homens. Como no estudo anterior, feito de 1981 a 1982, parceiros e ex-parceiros foram os agressores mais comuns para as mulheres, enquanto a violência contra homens esteve geralmente associada a pessoas desconhecidas. Também, sem alterações de um estudo para outro, foi o fato de que quase três quartos da violência masculina ocorreram em bares, danceterias ou na rua, ao passo que metade da violência feminina sucedeu no interior de seu domicílio. Os casos de violência contra homens ocorreram entre 21 e 6 horas, aos finais de semana em 71% dos bares, havendo dispersão ao longo da semana nos casos das mulheres. No estudo feito seis anos antes, 16% das pessoas.

Também, na mesma região dinamarquesa, estudo comparativo semelhante ao anterior foi realizado por Eiskjaer et al (1992) com o propósito de registrar o padrão das lesões causadas por violência interpessoal. Após a análise de 1874 casos, em 1987 e 1639 casos, em 1981, os autores concluíram que o mecanismo mais comum de lesão foi soco e/ou chutes, presentes em 70% (1981) e 72,5% (1987). Algum tipo de arma foi utilizado em 12,6% (1981) e 12,7% (1987) de todos os casos. No estudo de 1987, houve maior número de lesões localizadas na cabeça e pescoço. Os tipos de lesões diferiram significativamente entre os dois estudos, havendo aumento no número de fraturas e menos ferimentos nos pacientes de 1987. As localizações das lesões tiveram as seguintes freqüências: cabeça e/ou pescoço 62% (1981) e 70 % (1987), membros superiores 22% (1981) e 19 % (1987), membros inferiores 4% (1981) e 3 % (1987), tronco 6% (1981 e 1987), locais inespecíficos 6% (1981) e 2 % (1987). Concluíram que a gravidade das lesões

ocasionadas por violência não aumentou, que socos foram, de longe, o modo mais comum de produzir lesões, em que a cabeça era o alvo preferido, que o uso de armas de fogo aumentou, assim como o número de fraturas faciais, porém a frequência das lesões de tecidos moles (contusões e ferimentos) foi superior à das fraturas.

Strom (1992), baseado no fato de a violência na sociedade sueca estar amplamente discutida no meio da sociedade e comunidade acadêmica, em que os crimes estão se tornando mais freqüentes e mais graves em Estocolmo, Gotemburg e Malmö, resolveu estudar os casos na região de Koppaberg, durante 1979, 1982 e 1985, por meio de registros policiais de agressão, tentativa de homicídios e homicídios. Relatou que 60,5% dos casos ocorreram em áreas densamente povoadas, em que as agressões entre pessoas conhecidas ocorreram em 54,3% dos casos, havendo aumento de vítimas durante o verão, com a maioria ocorrendo aos finais de semana e no início da noite. A idade média das vítimas foi de 31,3 anos, variando de 1 a 88 anos. Estavam, 48% das vítimas e 75% dos agressores, sob efeito de álcool, e o soco foi a forma mais comum de violência. As lesões mais comuns foram edemas e hematomas ao lado esquerdo da face.

Strom, Johanson & Nordenram (1992), também na Suécia, investigaram 222 vítimas de agressões atendidas em hospitais de duas cidades – Falun e Estocolmo – durante o ano de 1988. Mencionaram, os autores, que as noites de finais de semana forma os horários mais comuns das agressões, com distribuição regular ao longo do ano. Socos e chutes foram os mecanismos mais comuns e a distribuição na face não mostrou nenhuma tendência de predileção.

Os registros de todos pacientes atendidos em um hospital em Ohio, entre 1979 e 1989, com diagnósticos de fraturas mandibulares, foram revistos para

avaliação das tendências recentes no trauma facial. Nos 1067 pacientes, foram encontrados 1515 traços de fraturas mandibulares, a maioria (78%) ocorrendo em homens, e 75% em menores de 30 anos de idade. Os meses de junho a agosto foram os que mais apresentaram casos de fraturas (32%), e as principais causas foram as agressões interpessoais (47,5%), acidentes automobilísticos (27,3%) e motocicletas (4,2%), dentre outros de menores proporções. Dos pacientes envolvidos com agressão, 83,2% eram homens, 76,1% apresentavam menos de 30 anos de idade e na maioria das vezes a agressão resultou das discussões em bares. Nesse estudo de 1992, Fridrich, Pena-Velasco & Olson relataram que, nas vítimas de agressão física, o local mais atingido foi o ângulo mandibular (39,1%); fraturas condilares, sinfisárias e alveolares ocorreram menos freqüentemente com agressões do que com acidentes com carros ou motocicletas.

Holt (1992), fazendo um comentário acerca da violência, lembrou que na década de 1970 os traumas de face, cabeça e pescoço eram primariamente decorrentes de acidentes com veículo automotores, acidentes de trabalho e esportivos, e ocasionalmente por brigas. Nas duas últimas décadas, porém, registra-se uma alarmante ascensão na violência doméstica e interpessoal, que parece ter-se tornado a principal causa do trauma maxilofacial, a maior parte deles relacionadas a álcool e drogas. Referido autor debuta esta alteração de cenário à disponibilidade das drogas que aumenta a cada dia, associada às dificuldades econômicas e elevadas taxas de desemprego.

Em 1993, Brown & Civil fizeram uma análise retrospectiva de agressões na região de Auckland, Nova Zelândia, somente em pacientes internados com lesões consideradas graves, que tiveram de ser levados à sala de ressuscitação, totalizando 33 pacientes. A idade média foi de 26 anos, com variação de 17 a 55

anos, havendo apenas duas mulheres. Em 16 pacientes, algum tipo de arma (de fogo ou branca) foi utilizada, 8 deles foram agredidos com barras de ferro ou pedaços de madeira, além de terem sido esmurrados e chutados, e 16 receberam apenas socos ou chutes. Amostras séricas de etanol foram medidas, e muitas vítimas apresentavam-se extremamente intoxicadas pelo álcool. As lesões mais graves foram na cabeça e/ou na face, sendo que as primeiras foram as principais responsáveis pela admissão à unidade de terapia intensiva. Nestes pacientes admitidos, seis pacientes apresentavam fraturas faciais e sete múltiplas lacerações ou abrasões foram encontradas.

Pouca ênfase foi dada à agressão física no trabalho de Tanaka *et al* (1994) que estudaram 695 pacientes com diferentes tipos de fraturas maxiloaciais tratadas na Universidade de Tóquio, entre 1977 e 1989. Seu estudo mostrou que a principal causa destas fraturas foram os acidentes rodoviários (38,4%) e as lesões por violência interpessoal só apareceram em terceiro lugar, com 15,5% dos casos, após as quedas acidentais.

Uma análise abrangente sobre o traumatismo craniofacial foi realizada em 1994, por Hussain *et al*, em Londres, com os objetivos de se determinara sua incidência, etiologia e traumatismos ocorridos. Cerca de 950 pacientes consecutivos foram estudados prospectivamente, e a principal causa de lesões de tecidos moles foi a queda, ao passo que a de fraturas foi a agressão física interpessoal. A violência entre pessoas foi a maior responsável pelas lesões em adultos de 15 a 50 anos de idade. Houve 225 vítimas de agressão com lesões craniofaciais, com pico de incidência entre 20 e 25 anos de idade. A maioria dos agressores tinha idade aproximada à da vítima. Houve predominância do sexo masculino (78%) nas pessoas de menos de 60 anos de idade. Relatam os autores que a maioria das

vítimas do sexo masculino (68%) desconheciam seus agressores, de forma oposta, os parceiros eram a maioria dos agressores das mulheres (57%). Em 56% dos casos, houve significativo consumo de álcool por parte da vítima. Os autores desvendaram os mecanismos de ação das agressões em 166 pacientes, sendo que os socos representaram 55% dos casos, chutes com ou sem socos (17%) e objetos rombos (em 15%). A maioria das lesões em tecidos moles foram as lacerações (65%) na região da frente, nariz, lábios e mento, e o lado esquerdo foi mais freqüentemente atingido do que o lado direito. Em 45 casos houve fraturas craniofaciais, e 81% das fraturas ocorreram em pacientes entre 10 e 40 anos de idade. Todos os casos, exceto um, envolveram fratura de osso único, mais freqüentemente o nariz (60%), e as fraturas dos ossos zigomáticos ocorreram em dobro de vezes das fraturas mandibulares.

Reverendo os princípios fisiológicos e físicos envolvidos nas condutas diante das lacerações faciais, Key, Thomas e Sherperd (1995) pesquisaram prospectivamente 100 pacientes consecutivos tratados de suas lacerações pela equipe de cirurgia maxilofacial de um hospital no Reino Unido. Os dados coletados revelaram que a maioria das lesões (51%) foi causada por queda, e as agressões representaram 32% dos casos, sendo que em 6% destes, as armas estiveram presentes. As lacerações foram localizadas principalmente no terço superior da face e escalpo (58%) com 26% ocorrendo no terço inferior da face.

Palma, Luz & Correia (1995) fizeram um estudo epidemiológico de fraturas faciais em 296 pacientes durante um ano, de maio de 1992 a abril de 1993, em um hospital municipal na cidade de São Paulo. A proporção masculino/feminino foi de 3,6:1. A média de fraturas por paciente foi de 1,1 e a principal causa de fratura foram as quedas (100 casos) seguidas das agressões (77 casos). Os autores lembram que

a possibilidade de pacientes justificarem suas lesões relacionando-as a queda, esquivando-se das responsabilidades das agressões, deve ser considerada. O maior número de casos ocorreu entre 20 e 30 anos de idade, enquanto o osso mais fraturado foi o nasal, com 106 pacientes. A mandíbula foi fraturada em 65 pacientes e o complexo zigomático em 66.

Também na cidade de São Paulo, em 1995, Almeida, Afonso, Fogaça, Rocha & Ferreira fizeram levantamento durante 24 meses dos pacientes atendidos consecutivamente no serviço de cirurgia plástica no pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dos 106 pacientes incluídos no estudo, 78,4% eram do sexo masculino e 53% do total tinham entre 20 e 40 anos de idade. As agressões físicas também ocuparam a segunda colocação em frequência de casos (29,7%), sendo a etiologia mais comum os acidentes automobilísticos (51,5%). As agressões foram concretizadas de várias formas, através de armas brancas, armas de fogo e objetos contundentes, como porretes, por exemplo. Os autores relacionaram o tipo de agente etiológico com o tipo de fratura, e concluíram que, em casos de acidentes automobilísticos, as fraturas mais encontradas foram as do osso zigomático, maxila e mandíbula, enquanto que, nos casos de agressão física, a incidência de fraturas de mandíbula foi significativamente maior. Os autores lembram que, apesar de as fraturas nasais serem encontradas com frequência bastante elevada, são encaminhadas a outros serviços, explicando assim, o menor número de caso encontrados neste estudo.

Cohen & Pacios (1995) estudaram, por sua vez, 200 casos de traumatismos faciais e cranianos (exceto fraturas nasais e mandibulares) na província de San Miguel de Tucuman, na Argentina, entre os anos de 1983 e 1994. A média de idade foi de 31 anos, e em relação ao sexo, 165 homens e 35 mulheres

foram atendidas para tratamento. Os fatores etiológicos corresponderam, em ordem decrescente de frequência, a acidentes de trânsito (47,5%), agressões físicas (17,5%), esportes (16,5%), acidentes de trabalho (10%) e acidentes domésticos (8,5%). A maior frequência de fraturas ocorreu no osso zigomático.

Em 1996, Strom, Hulth, Norderam & Ramström fizeram levantamento de casos de fraturas maxilomandibulares atendidos em hospitais de Estocolmo, durante dois períodos, 1978 a 1980 e 1988 a 1990, com o objetivo de investigar se houve mudança na dinâmica das lesões entre estes. No primeiro período, foram investigados 795 pacientes, com 904 fraturas mandibulares e 249 maxilares, isto é, 1,45 fratura por pacientes. No segundo período, o número de pacientes foi de 579, com 716 fraturas mandibulares e 190 fraturas maxilares, ou seja, 1,57 fratura por paciente. Nos dois períodos, a maioria das fraturas foi causada por violência e por acidentes automobilísticos, seguidas das quedas. A maior parte das fraturas mandibulares causadas por violência estava localizada na região de corpo mandibular, e, nas fraturas maxilares causadas por violência, predominaram fraturas do processo alveolar anterior, seguidas por fraturas Le Fort I e II. Socos causaram 32% dos casos no primeiro período e 41% no segundo, e as lesões dentárias foram mais numerosas de 1988 a 1990 do que de 1978 a 1980.

A falta de sinais e sintomas claramente definidos de violência doméstica torna seu diagnóstico difícil, enquanto que o estigma associado a ela pode levar ao relato de menos casos do que os números reais que ocorrem. Considerando que os cirurgiões bucomaxilofaciais precisam aumentar sua consciência sobre a possibilidade da violência doméstica dentre os casos que avaliam no dia-a-dia, Ochs, Neuenschwander & Dodson (1996) avaliaram as lesões de face, cabeça e pescoço com possíveis marcadores da violência doméstica. A amostra do estudo foi

retirada da população de pacientes com 15 anos ou mais, vítimas de trauma, atendidos no Departamento de Emergência do *Grady Memorial Hospital*, em Atlanta, Geórgia, EUA, no período de dezembro de 1993 e dezembro de 1994. Foram excluídas do estudo as vítimas de acidentes de veículos automotores, com intuito de aumentar a especificidade do estudo. Dos 127 pacientes, com idade média de 37,1 anos, 81 (63,8%) eram homens. A violência doméstica foi a causa mais comum das lesões em 18 (14,2%) dos pacientes, enquanto outras causas foram responsáveis por lesões em 109 pacientes (85,8%). Vítimas de violência doméstica foram, na média, mais jovens (33,9% contra 37,6 anos) predominantemente mulheres (88,9% contra 27,5%) e tinham lesões menos graves. Dos 18 pacientes vítimas de violência doméstica, 17 apresentaram lesões na região de cabeça, pescoço e face. Relatam os autores que os pacientes que se apresentaram ao Departamento de Emergência com lesões na cabeça, pescoço e face foram 11,8 vezes mais propensos a serem vítimas de violência doméstica do que indivíduos que procuraram tratamento com lesões em outras localizações. De se notar é o fato de que 34,8% das mulheres que se apresentaram para atendimento no serviço de emergência eram vítimas de violência doméstica.

No pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Nascimento et al (1996), realizaram estudo prospectivo de 158 pacientes vítimas de traumatismos faciais, entre janeiro e março de 1994. A proporção do sexo masculino/feminino foi de 3,8:1. Os casos de agressão ocuparam a segunda colocação, em freqüência de 26 casos (16,5%), estando os acidentes de trânsito em primeiro lugar, com 79 (50%) casos. Os agentes causais das lesões faciais por agressão foram as mãos e/ou pés, armas brancas e armas de fogo, com 30,8%, 34,6% e 19,2%, respectivamente. Destacam os autores que no grupo etário



de 21 a 30 anos estão 39,2% dos acidentes de trânsito e 53,8% das vítimas de agressão.

Em 1997, Greene, Raven, Carvalho & Mass pesquisaram 802 vítimas de agressão atendidas em um hospital geral, em San Francisco, Califórnia, EUA, durante o período de 5 anos (1990 a 1995). Os autores incluíram somente os casos de lesões com golpes diretamente na face e que necessitaram de interação hospitalar, excluindo os traumas penetrantes. A média de idade encontrada foi de 34,5 anos, com variação entre 4 e 85 anos, a maioria do sexo masculino (89%) relatando que, do total, 49% estavam desempregados e 20% não possuíam residência fixa. Quanto à raça, 41% eram negros, 30% brancos e 20% hispânicos. Os autores estudaram ainda as circunstâncias em que os acidentes ocorreram, em que 36% disseram que a agressão não foi provocada, 26% participaram voluntariamente das brigas, 11% disseram que foram agredidos durante assalto, 10% estavam envolvidos em brigas de quadrilhas, 9% foram vítimas de violência doméstica e 5% foram vítimas de estupro. As lesões foram concretizadas com pés ou mãos em 50% dos casos e 85% dos pacientes portavam fraturas faciais. A fratura mais freqüente foi a mandibular (57%) e os locais mais afetados foram o ângulo (35%), parassínfise (24%) e o corpo (19%). Das fraturas mandibulares, 58% eram múltiplas. As demais fraturas faciais ocorreram nas seguintes proporções: complexo zigomático-maxilar (12%), *blow out* (9%), nasais (7%) e Le Fort (4%). Uma observação relatada pelos pesquisadores em relação ao baixo número de fraturas faciais é que estas, geralmente não levam o paciente à internação imediata. Do número total de pacientes estudados, 18% apresentaram lesões em outras partes do corpo, além da face, sendo que 9% tinham lesões na cabeça e pescoço e 9% em outras partes do corpo (5% no tórax, 3% nas extremidades e 1% no abdome)

Ambrizzi et al (1997) fizeram um estudo com o propósito de analisar a incidência dos traumas de face e sua distribuição em vários sítios anatômicos, assim como suas etiologias na região de Araraquara, São Paulo. Pelo fato de a cidade e a região estarem cercadas de rodovias de intenso tráfego, os autores justificaram a principal causa das fraturas faciais: os acidentes de trânsito (65,22%), seguidos das agressões físicas (21,80%).

Foi realizada em 1997 uma pesquisa, de base nacional de uma semana em 163 serviços de pronto-socorros na Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. A pesquisa organizada pela *British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, foi conduzida para elucidar fatores ligados às lesões faciais ocorridas entre às 9h da sexta-feira, dia 12 de dezembro de 1997, às 8h59min da sexta-feira seguinte, 19 de dezembro. Todos os pacientes que se apresentaram para tratamento de suas lesões faciais durante esta semana foram incluídos (excetuando as lesões de couro cabeludo e pescoço). Foram observadas 6114 lesões faciais, sendo as quedas as maiores causadoras destas (40%) e as agressões físicas vindo a seguir (24%). O grupo de idade entre 15 e 35 anos sofreu o maior número de lesões e 46% das lesões neste grupo decorreu das agressões físicas. A média das idades foi de 25,2 anos, variando de 4 meses a 97 anos, sendo 79% homens e 21% mulheres. As maiores proporções de agressões ocorreram nas ruas (43%), lugares públicos, como bares e clubes (21%), e nas residências (18%), com horário de pico entre 21 e 3h.. As mulheres foram agredidas mais em suas casas (137 mulheres:127 homens). Sábado e sexta-feira foram os dias quando mais casos de agressão ocorreram, 23% e 22%, respectivamente. A agressão com parte do corpo (mãos e pés) ou com instrumento rombo compôs 89% dos casos, seguidos de garrafas/vidros (8%), facas (2%) e armas de fogo (4 casos). Cerca de 55% das lesões estavam

relacionadas ao consumo de álcool. As agressões físicas também foram responsáveis por 45% de todas as fraturas faciais. (HUTCHINSON *et al*, 1998).

Bataineh (1998) realizou um estudo retrospectivo de registros e radiografias de 562 pacientes tratados de fraturas maxilofaciais, em Irbid, Jordânia. Esse estudo de cinco anos (de 1992 a 1997), demonstrou que a causa mais comum de fratura maxilo-facial foi o acidente de trânsito (52,2%), queda acidental (19,7%) e agressões físicas (16,9%). O autor observou que as quedas foram mais freqüentes em mulheres, ao passo que as brigas e acidentes esportivos foram mais comuns em homens. Na Jordânia, a baixa incidência de fraturas faciais causadas por brigas contrasta bastante com os demais estudos, e lembra o autor, que, este achado deve estar relacionado a hábitos sociais e consumo de álcool da comunidade jordaniana, visto que, em virtude de sua formação religiosa, a maioria dos cidadãos daquele País não ingere bebidas alcoólicas.

Também em 1998, Muraoka & Nakai analisaram 697 fraturas faciais em 633 pacientes em um hospital em Osaka, Japão, de janeiro de 1993 a dezembro de 1997, e compararam com os achados acumulados no mesmo hospital no período de 1978 a 1992. Concluíram que aumentou o número de pacientes, sendo que no período mais recente, foram tratados 1,8 vez mais, por ano, do que no período entre 1978 a 1992. Mais da metade dos pacientes tinha entre 10 e 29 anos de idade, e metade dos pacientes apresentou fraturas nasais e 8% tiveram fraturas faciais múltiplas. Nesse estudo, as fraturas dos ossos nasais foram causadas por brigas em 34% dos pacientes, acidentes de trânsito 28% e esportes 23%.

Argumentando que as documentações de casos de lesões intencionalmente provocadas deveriam ser bem estudadas, Houry et al (1999) realizaram estudo com o objetivo primário de analisar a documentação médica

destes últimos casos, em termos de identificação do agressor, local da agressão e agente vulnerante utilizado no ato agressivo, assim como envolvimento policial ou de serviço social. Foram revistos prontuários de 1 a 30 de novembro de 1996, de um hospital urbano de emergências. De todos, 288 (30%) foram casos de agressão, em que os pacientes tinham em média 31 anos e 198 (69%) eram homens. Em relação ao objeto usado para agressão, 37 (12,8%) não possuíam documentação que o especificasse, e, daqueles especificados, 23,6% o objeto era rombo, vindo a seguir socos (18,8%), empurrão ou puxão (11,8%), traumas múltiplos (7,6%), arma branca (6,3%), agressão sexual (5,9%), objeto desconhecido (4,9%), chutes (4,5%), arma de fogo (2,4%) e mordedura humana (1,4%).

Em um hospital no centro de Atlanta, EUA, Perciaccante, Ochs, Dodson (1999) desenvolveram uma pesquisa sobre as lesões de cabeça, pescoço e face em 100 mulheres vítimas de violência de 15 anos ou mais, entre abril de 1993 a setembro de 1996. A violência doméstica foi responsável pelas lesões em 34% dos casos, com idade média de 32,5 anos, contra 43,9 anos nas vítimas de outras causas. Das 34 vítimas de violência doméstica, 31 apresentavam lesões regiões há pouco mencionadas. Citam os autores que, uma mulher apresentando para avaliação de lesões que tenham afetado a região da cabeça, face e pescoço, é 7,5 vezes mais propensa a ser vítima de violência doméstica do que uma mulher cujas lesões esteja em outras localizações.

Frugoli (2000) citado por Santos (2002), mediante exames de laudos de lesões corporais do Instituto de Medicina Legal (IML) de São Paulo, no período de 1993 e 1998, observou o padrão dos danos faciais que acometem o complexo maxilomandibular. Ao comparar os dois anos, o autor concluiu que houve aumento destes dados, o sexo masculino foi o mais acometido, porém houve um acréscimo

de 32,5% do sexo feminino no último ano. A faixa etária mais atingida foi de 20 a 30 anos e os socos e pontapés foram os principais responsáveis pelas lesões, quer em homens quer em mulheres. Os homens, entretanto, foram vítimas mais freqüentes de ferimentos por arma de fogo do que as mulheres, em ambos os anos. O autor relata que, em 1993, 100% das fraturas ósseas foram localizadas na mandíbula e este osso foi atingindo 88,24% das vezes em 1998.

Em relação à violência de gênero, Fenton, Bouquot & Unkel (2000) teceram considerações a respeito da necessidade de profissionais da saúde atentarem para as lacerações na cabeça ou face, perda de cabelo, fraturas de dentes anteriores, fraturas ósseas, marcas de mordeduras humanas, hematomas orbitais e queimaduras com pontas de cigarros. Faz-se necessária uma atenção redobrada para a detecção de sinais e sintomas de violência doméstica, não sendo suficiente tratar as lesões físicas sem oferecer intervenção necessária e apropriada em benefício da vítima.

No Canadá, com o objetivo de promover uma descrição epidemiológica das lesões maxilofaciais em pacientes com lesões graves ou múltiplas, Hogg, Stewart, Armstrong & Girotti (2000) investigaram 2969 pacientes com estas características tratado em 12 hospitais na província de Ontário, de 1992 a 1997. As causas mais comuns de lesões nestes pacientes foram os acidentes automobilísticos (70%), e somente 8% dos pacientes foram vítimas de agressão física. As lesões penetrantes compuseram 3% de todas, e destas, 72% foram ferimentos por arma de fogo e 15% por armas brancas. Neste estudo, os autores asseveraram que a violência interpessoal não constituiu uma proporção tão grande quando em outros estudos, e nem demonstrou grande freqüência de fraturas nasais, em virtude, provavelmente, do

desenho do estudo, cujo critério de inclusão foi a restrição a pacientes com lesões graves ou múltiplas.

Em 1995, foi realizado um estudo no *Townsville General Hospital*, na Austrália, que é o maior hospital em Queensland e é destinado a uma população de 250 mil pessoas, cuja densidade populacional é baixa. Foram avaliados 114 pacientes que apresentaram 154 fraturas mandibulares. Destas fraturas, 81% ocorreram em homens e a maior parte delas (n=128, 83%) resultado de violência interpessoal, 10% decorreram de acidentes de trânsito, 3% de quedas e 2% dos acidentes esportivos. As fraturas do ângulo de mandíbula (43%) e de sínfise mentoniana (26%) foram os sítios mandibulares mais comuns, e fraturas combinadas foram detectadas em 30% dos pacientes. (SCHÖN, ROVEDA & CARTER, 2001).

Em um hospital central de Portland, EUA, Le et al (2001) investigaram retrospectivamente os registros de 236 mulheres vítimas de violência domésticas entre 1992 e 1996. A idade média encontrada foi de 31,4 anos, com variação de 15 a 71 anos. As 236 mulheres tiveram um total de 257 contusões e abrasões, 70 lacerações e 93 fraturas. Cerca de 81 destas lesões localizaram-se na face, e 30% das mulheres (70 pacientes) apresentaram 85 fraturas faciais, sendo a maioria (40%) nasal. O soco foi o modo mais freqüente de agressão (67%) e objetos contundentes como madeira, canos e garrafas foram utilizados contra 15% das pacientes. Apenas uma mulher sofreu lesão por arma de fogo.

Em 2002, Kieser et al pesquisaram em hospitais neozelandeses, entre 1979 e 1998, acerca de pacientes portadores de fraturas maxilofaciais graves. Nestes 20 anos, houve 27.732 casos de fraturas faciais que resultaram em hospitalização, sendo que 78,9% ocorreram no sexo masculino. A causa mais comum de fraturas

faciais, tanto em homens quanto em mulheres, foi a agressão. No sexo feminino, a maior parte dos atendimentos ocorreu na faixa etária entre 15 e 19 anos, e no masculino entre 20 e 24 anos. Os três locais mais freqüentes de fraturas em homens foram mandíbula, nariz e complexo maxilomalar, e nas mulheres a ordem decrescente de freqüência foi nariz, mandíbula e complexo maxilomalar.

Oikarinen *et al* (2004) realizaram um estudo multicêntrico em três países – Kuwait (de 1990 a 2000), Canadá (1995 a 2000) e Finlândia (1990 a 1999) – avaliando as causas de fraturas de mandíbula tratadas nestes Estados. Os autores verificaram que a violência e os acidentes de tráfego foram as duas principais causas para todos os tipos de fraturas faciais, asseverando que os primeiros constaram em 55,4% dos casos no Kuwait, 32,8% na Finlândia e 6,6% no Canadá e a violência se configurou em 11,6% no Kuwait, 36,9% na Finlândia e 53,9% no Canadá. Os homens foram os mais acometidos, e a razão homem/mulher foi de 6,5:1 no Kuwait, 5,0:1 Canadá e 2,7:1 na Finlândia. A idade média dos pacientes foi de 26 anos no Kuwait, 32 anos no Canadá e 31 na Finlândia. O maior risco de fraturas de mandíbula na Finlândia foi aos sábados, porém não se verificou nos demais países.

As análises epidemiológicas acerca do padrão dos traumatismos faciais também foram objeto de estudo de Al Ahmed *et al* (2004) nos Emirados Árabes. Mediante registros de prontuários e radiografias, analisaram 230 pacientes com fraturas faciais que buscaram atendimento em um hospital geral no período de 1999 a 2002. Os homens de 20 a 29 anos de idade foram os mais acometidos das fraturas faciais, e a razão masculino:feminino foi de 11:1, uma das mais elevadas. A maioria dos traumatismos faciais decorreu de acidentes de trânsito (75%), seguida das quedas (12%) e agressões físicas (8%). O osso mandibular foi o mais acometido

(51%) – sendo que a região condiliana correspondeu com 25% das ocorrências, seguidas do ângulo (23%) e corpo (20%). Os ossos maxilares e os zigomáticos foram acometidos com uma frequência de 34% e 7,4%, respectivamente. Estes dados, quando comparados com estudos similares demonstram que as causas dos traumatismos faciais variam de local para outro, e têm como função primordial ser um guia para desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento.

Em Belo Horizonte, foi realizado um estudo retrospectivo para avaliar fraturas faciais em pacientes atendidos no ano de 2000, em um hospital público. Dos 911 pacientes, os homens foram mais acometidos do que as mulheres em uma proporção de 4,69:1, e a maioria das fraturas ocorreu na faixa etária de 21 a 30 anos de idade. A maioria dos traumatismos sucedeu nos finais de semana, sendo que as quedas de bicicletas e motocicletas (23,05%) seguidas de violência interpessoal (21,40%). Os acidentes automobilísticos perfizeram 169 vítimas e as quedas 162 outros pacientes. Foram detectadas 1326 fraturas faciais, com média de 1,45 fratura por pacientes. As mais prevalentes foram as fraturas de mandíbula (39,97%), seguidas do complexo zigomático (20,97%) e fraturas nasais (15,91%). (CHRCANOVIC *et al*, 2004)

Leite Segundo et al(2004) avaliaram os prontuários de 233 pacientes portadores de fraturas faciais atendidas no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2001, em um serviço de cirurgia bucomaxilo na cidade de Caruaru, Pernambuco. Os autores encontraram um total de 261 fraturas faciais, e dos pacientes nesta pesquisa, 84,12% eram homens, a faixa etária mais acometida no grupo masculino foi de 21 a 30 anos, enquanto que nas mulheres, a faixa etária dos 22 aos 20 anos foi a de maior incidência. Os acidentes de trânsito foram os agentes etiológicos mais preponderantes (33,04%), seguidos das agressões físicas (24,89%).



Dentre as fraturas faciais, as dos ossos nasais foram as mais prevalentes, seguidas das de mandíbula, osso zigomático e maxila.

Um estudo prospectivo com 92 pacientes foi desenvolvido nos EUA, para determinar o perfil do paciente portador de traumatismos faciais, no Departamento de Emergência do Hospital Universitário em Nova Jérsei. Cerca de 80% das vítimas eram homens, com uma idade média de 30,5 anos, e o pico das lesões ocorrendo dos 20 aos 30 anos. As agressões físicas foram o fator etiológico mais freqüente (75%), seguidas dos acidentes automobilísticos (18,5%). Importante fato assinalado pelos autores é que pacientes com traumatismos faciais tem 1,5 vezes mais chances de ter sido vítima de violência interpessoal pelo menos uma vez na vida. (LASKI et al, 2004)

Erol, Tanrikulu e Gürgün (2004) investigaram a distribuição demográfica, as modalidades de tratamento e suas complicações das fraturas maxilofaciais em 2901 pacientes tratados no Departamento de Cirurgia Buco-Maxilofacial de um hospital em Anatólia, Turquia, entre 1978 e 2002. De acordo com os autores, 77,5% das fraturas ocorreram em homens, na faixa etária de 0 a 10 anos (27,6%), enquanto que dos 21 aos 30 anos os traumatismos ocorreram em 750 pacientes (25,8%). O fator etiológico mais comum foi os acidentes de trânsito (38%), seguidos das quedas (36,7%) e os acidentes esportivos foram os menos comuns (1,1%). As agressões físicas perfizeram um total de 26, 1% das vítimas. Em relação ao envolvimento dos ossos faciais, 72,8% ocorreram na mandíbula, seguida dos ossos maxilares (9,2%) e zigomáticos (7,9%). Dentre as fraturas combinadas as mais comuns foram as maxilomandibulares (3,9%), seguidas das maxilozigomáticomandibulares (3%) e as zigomáticomandibulares e zigomáticomaxilares com 1,6% cada uma.

Uma pesquisa realizada por Hung, Montazem & Costello (2004) analisou a relação da perda de consciência e as fraturas de mandíbula em um hospital de emergência em Nova Iorque. Foram analisados 225 prontuários do período de 1997 a 2001, e observou-se que a perda de consciência se deu em 17,6% dos pacientes que apresentavam fraturas mandibulares. A relação masculino/feminino foi de 5,6:1, e mais de 70% das fraturas de mandíbula sucedeu em razão da violência interpessoal. A localização das fraturas ocorreu no corpo, em 26% dos pacientes que não tiveram perda da consciência e em 42% daqueles que ficaram inconscientes; e, no ângulo mandibular, em 31% do grupo que não perdeu a consciência e em 26% do outro grupo. Os autores assinalaram que de 1 a cada 5 fraturas de mandíbula estava associada a perda de consciência, o que pode ser justificado pela mecânica da transmissão da energia cinética pelas linhas de resistência da mandíbula e dissipação desta energia.

Com a finalidade de realizar um estudo retrospectivo das fraturas faciais tratadas no Hospital da Restauração, no Recife, Falcão, Leite Segundo e Silveira (2005) examinaram 1486 prontuários do período de 1988 a 1998. Dos dados coletados, 84% eram sexo masculino, e a faixa etária que concentrou maior número de fraturas foi a de 21 a 30 anos de idade (36,51%). No universo feminino, porém, estas tiveram um envolvimento mais precoce, a sugerir que as mulheres estão mais sujeitas a fatores de risco aos traumatismos faciais do que os homens. Das principais causas de traumatismos faciais, 31,88% referiram-se aos acidentes automotivos, seguidos de agressões físicas (22,21%), agressões por armas de fogo (18,71%), quedas (11,04%), acidentes de trabalho (1,68%), e agressão por arma branca (1,55%). A mandíbula foi o osso facial mais acometido (55%), e a região mais fraturada deste osso foi, em ordem decrescente, corpo (54%), ramo (19%), mento

(12%), côndilo (11%) e região alveolar (4%). Os ossos zigomáticos, ossos nasais e rebordo infra-orbitário configuraram as demais regiões, com 17%, 16%, 7% e 4%, respectivamente.

Outros autores realizaram na mesma unidade nosocomial um estudo epidemiológico prospectivo, de julho a dezembro de 2002, com pacientes portadores de fraturas mandibulares, atendidos nos plantões diurnos e noturnos. A amostra compreendeu 47 pacientes, sendo que 87,2% eram do sexo masculino com idade variando de 4 a 59 anos e média de 25,3 anos. Dentre as regiões da mandíbula, 38,3% das fraturas acometeram o corpo mandibular, seguido de ângulo (27,7%), côndilo (17,0%), parassínfise (14,9%), e região dento-alveolar (6,4%). Dentre os fatores etiológicos das fraturas mandibulares atendidas, a agressão física (espancamento e por arma de fogo) constituiu 46,8%, seguida dos acidentes de trânsito (23,4%), queda de bicicleta (21,3%), quedas da própria altura (6,4%) e acidentes de trabalho (2,1%) (VASCONCELOS *et al*, 2005)

Diante desta explanação, buscaremos compreender as repercussões físicas da violência interpessoal urbana, numa sociedade complexa, permeada de profundas mudanças estruturais advindas do processo de globalização e sustentadas pela política neoliberal, estabelecendo relação com os riscos sociais.

### **3 PROPOSIÇÕES**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Identificar o padrão social e epidemiológico das lesões faciais provocadas por violência interpessoal em indivíduos atendidos no Instituto Dr. José Frota – Fortaleza, Ceará, em 2005.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Estabelecer a prevalência das lesões faciais e não faciais.

Testar a associação entre as lesões faciais e as variáveis demográficas, socioeconômicas e geográficas.

Compreender a relação entre o Estado e o acometimento dos eventos violentos e suas conseqüências físicas.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamentos básicos no percurso da construção do objeto**

Em virtude da complexidade, natureza multidimensional da análise proposta, adotamos uma metodologia capaz de contemplar as perspectivas que permitirão compreender a temática em foco.

Quase todas as pesquisas acerca da violência enfatizam o agressor e não a vítima, e muitos estudos envolvem dados de mortalidade em vez de morbidade. Considerando o aumento da violência no mundo atual, optamos por um estudo de prevalência da repercussão física da violência interpessoal em um hospital público de atendimento de urgência e emergência, em Fortaleza; e como constitui uma tarefa complexa, fazem-se necessárias demarcações de limites e parâmetros.

### **4.2 Localização do estudo**

Com base em Minayo (1998a), o campo de pesquisa é um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação. O campo de pesquisa é um lugar ocupado por pessoas ou grupos convivendo numa dinâmica de interação social. Estas pessoas são sujeitos de uma determinada história a ser investigada, sendo necessária uma formulação teórica para transformá-los em objeto de estudo.

Partindo da elaboração teórica deste objeto de estudo, o campo porta-se como um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador com os grupos estudados, propiciando a criação de mais conhecimentos (O.C.NETO, 1994).

Sob esta perspectiva, o referido autor relata o trabalho de campo como uma possibilidade de conseguir aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo. As observações individuais, restritas ao momento da pesquisa de campo, permitem a coleta de dados concernentes às atitudes do indivíduo entrevistado, em que as reações perante aos mais diferenciados estímulos provocados pelo pesquisador serão anotadas em um diário de campo, e estes dados foram, por fim, concebidos para fins de análise.

As estimativas iniciais de violência e acidentes, de mortalidade e morbidade, são baseadas primariamente em estatísticas derivadas de relatórios policiais e de emergências hospitalares. Estes dados, contudo, são subestimados, visto que as taxas de agressão e de outros crimes nunca são reportadas a outras autoridades. (RESNICK et al, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, dados obtidos a partir de emergência podem fornecer informações sobre a natureza da lesão, a maneira como a vítima foi assistida, o local e o momento em que o incidente ocorreu (KRUG et al, 2002). Pesquisas e estudos especiais podem fornecer informações detalhadas sobre a vítima ou perpetrador, seus antecedentes, atitudes, comportamentos e possíveis envolvimento anteriores com violência. Além do mais, estas fontes também podem ajudar a revelar a violência não relatada para a polícia e outras agências.

Optamos por não utilizar registros médicos prévios, pois estes podem conter informações de diagnóstico sobre a lesão e o tratamento, mas não conter as circunstâncias relacionadas à lesão.

Sem dúvida, as áreas de urgências hospitalares constituem a via de entrada para estes tipos de evento aos serviços de saúde. É pela porta das

emergências que entram corpos feridos por atos violentos para serem tratados e assistidos por profissionais da saúde. A especificidade da emergência ou urgência, pelo risco iminente de vida em que se encontram os pacientes, acentua a exigência de habilidades técnicas com base no conhecimento biomédico.

É importante salientar, porém, que a demanda dos serviços de saúde se apresentam míopes em oportunidade da percepção da gravidade das lesões ocasionadas, limitando-se à saúde física. (HIJAR-MEDINA et al 2003).

Bell et al (1994) realizaram uma pesquisa para observar como os hospitais da região de Cook County, Illinois, EUA lidam com suas pacientes vítimas de violência. Participaram da pesquisa 48 hospitais que responderam questionário para se determinar se o setor de emergência possuía procedimentos-padrão para lidar com as vítimas de violência, e quais serviços, se existentes, eram ofertados a elas. Os autores chamam a atenção para o fato de que maioria dos hospitais carece de procedimentos-padrão para encaminhar adequadamente as vítimas de violência interpessoal, estando mais bem preparados para casos de abuso infantil e violência sexual.

O presente estudo teve como objetivo principal descrever e analisar as características da demanda de indivíduos vítimas de violência física interpessoal no principal hospital de emergência em trauma na cidade de Fortaleza. A fim de dar melhor assistência aos cearenses acidentados e vítimas de violência, existe na Capital do Estado um hospital-modelo no atendimento do paciente traumatizado, o mencionado Instituto Dr. José Frota – IJF.

### ***Instituto Dr. José Frota: “24 horas de proteção à vida”***

Inicialmente, teve a sua origem a partir de uma idéia do médico Amilcar Barca Perlón, acolhida pelo interventor Carneiro de Mendonça, constituindo-se no primeiro Serviço de Pronto-Socorro de Fortaleza, inaugurado em 22 de agosto de 1932. O Pronto-Socorro de Fortaleza funcionou em convênio com a Santa Casa de Misericórdia, e possuía apenas uma ambulância, adaptada de um velho automóvel.

Em 1936, foi rescindido o Contrato com a Santa Casa, e foi fundada a Assistência Pública de Fortaleza, pela Lei Nº 57, de 13 de dezembro de 1936, de autoria do prefeito municipal Raimundo de Alencar Araripe.

A Assistência Municipal de Fortaleza funcionava, inicialmente, nas dependências do Hospital Central da Polícia Militar, e, sete anos após, transfere-se em definitivo para a sua, à rua Senador Pompeu, em virtude do ao crescimento demográfico e urbano de Fortaleza, decorrente da instalação das primeiras indústrias, e o aumento do número de veículos. A elevação das estatísticas de acidentados justificou a construção da sede definitiva da Assistência Pública de Fortaleza, em 1940, na rua Senador Pompeu, 1757, na Praça da Bandeira. (GONÇALVES, 1999). Em 1970, a Assistência Municipal de Fortaleza transforma-se em autarquia, com a denominação de Instituto Dr. José Frota, em homenagem ao ex-diretor da Instituição Dr. José Ribeiro da Frota.

Durante vários anos seguintes, novas intervenções no IJF se caracterizaram por acréscimos emergenciais, carentes de um planejamento que permitisse as indispensáveis adequação e integração interfuncionais. Esses fatores, porém, não impediram que este hospital conquistasse o respeito e o reconhecimento da população de todo o Estado do Ceará, como unidade de referência de urgência e emergência, em particular às vítimas de traumas, queimados e intoxicações agudas.



Em outubro de 1993, o novo prédio do IJF foi inaugurado e seis anos mais tarde, nova unidade de quatro andares entra em funcionamento em anexo, contemplando a população e aumentando a capacidade de leitos do nosocômio. Estas ampliações físicas têm como meta sua transformação num complexo hospitalar de referência terciária em Medicina de urgência e emergência.

Atualmente, o complexo hospitalar do IJF é formado por três prédios distintos: o hospital propriamente dito – apresentando um total de 518 leitos, a administração e o Serviço de Assistência Médica e Estatística – SAME, e constitui pois, o único hospital de emergência do Estado, dispendo de equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, farmacêutico-bioquímicos, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos) completa durante 24 horas.

O atendimento de emergência é organizado por plantões, divididos em 09 equipes diferentes, com 32 profissionais em cada uma delas. O turno de cada equipe corresponde a um plantão diurno e outro noturno, de doze horas, em dias diferentes. Há uma definição de prioridades de atendimento e a escolha é baseada na pessoa que deve receber os cuidados imediatos, aqueles que estão em risco de vida<sup>20</sup>. O presente estudo foi realizado no período que compreendeu de abril a agosto de 2005.

---

<sup>20</sup> Os médicos seguem um protocolo elaborado por um colegiado norte-americano de cirurgiões, o ATLS – *Advanced Trauma Life Support* – para triagem dos pacientes.

### 4.3 População e tamanho da amostra

A população estudada constituiu de indivíduos, vítimas de agressão física interpessoal, que procuraram atendimento no Instituto Dr. José Frota.

De acordo com a Tabela 1, uma média de 6.841 pessoas é atendida nesta unidade nosocomial, vítimas de agressões físicas por arma de fogo, arma branca ou por outros métodos, por ano.

O tamanho da amostra de uma pesquisa depende dos objetivos e da natureza do estudo. Para este ensaio, a amostra foi calculada no programa estatístico EPINFO, com um erro-padrão menor do que 3,0%, intervalo de confiança de 95% e a prevalência de 50% (FLEISS, 1981).

$$\begin{array}{l} \text{Fórmula :} \\ \text{Tamanho simples} = n / (1 - (n / \text{população})) \\ N = Z^2 [p (1-p)] / D^2 \end{array}$$

Em geral, estudos dessa natureza utilizam amostras representativas da população, fundamentando-se na teoria estatística, valorizando o caráter aleatório da pesquisa (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 2003).

Para o cálculo do tamanho da amostra levamos em conta a demanda gerada, por lesões, ao serviço de urgência do Instituto Dr. José Frota, considerando a demanda devida a lesões como consequência do ato violento. Assim, o tamanho mínimo final requerido para a amostra foi de 1.066 participantes.

Desta forma, foram selecionados para a pesquisa os indivíduos adolescentes, adultos e idosos, quer fosse homens ou mulheres, que buscaram atendimento na Emergência I do Instituto Dr. José Frota, em Fortaleza, Ceará, Brasil. Esta seleção foi feita por amostragem sistemática dos dias da semana e turnos diários de plantão de doze horas, em que o primeiro turno do primeiro dia da

semana foi tomado aleatoriamente. Desta forma, houve garantia da presença de determinados segmentos da população (PEREIRA, 2002).

#### **4.4. Desenho do estudo**

Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional, individuado, analítico, transversal baseado em investigações que observarão causa e efeito, simultaneamente. Tem como uma de suas características a representação simples da pesquisa populacional, apresentando como vantagens a sua rapidez e objetividade, sendo uma boa opção para descrever e analisar as características dos eventos de uma determinada população (PEREIRA, 2002).

Conforme Gil (1989), a pesquisa descritiva (transversal) busca, primordialmente, descrever as características de determinada população e estabelecer possíveis relações entre variáveis, incluindo-se também neste grupo as que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população a respeito de determinada situação.

#### **4.5 Formulário: variáveis do estudo**

No formulário, é necessário que cada questão seja perfeitamente clara, sem nenhuma ambigüidade e que o inquirido saiba exatamente o que se espera dele. Um princípio básico na formulação de perguntas é de evitar o uso de expressões lingüísticas que não sejam familiares ao inquirido.

A elaboração do formulário e a formulação de questões constituem uma fase crucial do desenvolvimento da investigação. O formulário desenvolvido foi baseado em extensa e profunda revisão bibliográfica, ou seja, foi desenvolvido dentro de um claro referencial teórico acerca da violência. Constitui-se de variáveis dependentes e independentes, conforme quadros a seguir.

**Quadro 4: Variável Dependente**

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
<b>Agressão física</b>	Mudança da integridade física	1 = Sim 2 = Não

**Quadro 5: Variável Independentes**

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas que distinguem o macho da fêmea	1 = Masculino 2 = Feminino
<b>Idade</b>	Anos completos em 2004	Será estratificado após a coleta
<b>Empregabilidade</b>	Forma de inserção no mercado de trabalho	Classificação Organização Internacional do Trabalho (OIT)
<b>Instrução/Educação</b>	Nível de instrução do entrevistado	Lei de Diretrizes e Bases (Ministério da Educação e Cultura)
<b>Local de residência</b>	Bairro e rua onde reside	Bairros
<b>Ocupação</b>	Atividade laboral que desempenha no momento do exame	Classificação da ocupação segundo o MTE – categorização após coleta
<b>Moradia</b>	Tipificação da moradia	Classificação NOMESCO (1997)
<b>Coabitação</b>	Formas de coabitação	Classificação NOMESCO (1997)
<b>Local de ocorrência do evento violento</b>	Onde ocorreu a violência	1 = Intradomiciliar 2 = Extradomiciliar
<b>Álcool</b>	Uso de bebida no momento	Classificação NOMESCO (1997)
<b>Entorpecentes</b>	Uso de entorpecentes no momento	Classificação NOMESCO (1997)
<b>Grau de parentesco do agente agressor</b>	Familiaridade	Classificação NOMESCO (1997)
<b>Número de Agressores</b>	Quantos agressores	Classificação NOMESCO (1997)
<b>Sexo do(s) agressor(es)</b>	Características fenotípicas que distinguem o macho da fêmea	1 = Masculino 2 = Feminino 3 = Ambos
<b>Idade do(s) agressor(es)</b>	Faixa etária	Classificação NOMESCO (1997)
<b>Atividade exercida antes do evento</b>	Que fazia no momento imediatamente prévio ao evento	Classificação NOMESCO (1997)
<b>Etiologia do agente vulnerante</b>	Tipo de agente etiológico	Classificação Valente (1999)

<b>Tipo de lesão produzida</b>	Alteração morfológica ou funcional do complexo crânio-facial	Classificação França (1988) adaptada (Arbenz, 1988)
<b>Local da lesão no corpo humano</b>	Região morfológica no corpo humano	Classificação Grey
<b>Local da lesão na face</b>	Região morfológica no complexo crânio-facial	Classificação de França (1998)
<b>Localização da fratura na face</b>	Tipologia das fraturas dos ossos faciais	Mandíbula – Classificação de Kelly e Harrigan (1975) Maxila – Classificação de Le Fort (1901) <i>apud</i> Meadrs & Sullivan (1998) Zigoma – Classificação de Knight e North (1961) Ossos nasais – Classificação de Zide <i>apud</i> Meaders & Sullivan (1998)

As demais variáveis foram operacionalizadas durante a pesquisa estão assim categorizadas.

**Quadro 6:** Variáveis Independentes: Classificação da NOMESCO, Classificação de Grey, Classificação de França

<b>CLASSIFICAÇÃO DA NOMESCO</b>	
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b>
<b>Empregabilidade</b>	1 = Desempregado 2 = Empregado formalmente 3 = Empregado informalmente 4 = Pensionista 5 = Estudante 6 = Dona(o) de casa 7= Serviço militar 9= Outro/Não especificado
<b>Moradia</b>	1 = Aluguel 2 = Próprio 3 = Emprestado 9 = Outro/Não especificado
	1= Mora sozinho 2= Sozinho com crianças

<b>Coabitação</b>	<p>3= Somente com companheiro(a)  4= Com companheiro(a) e filhos  5= Com os pais  6= Com parentes/amigos  7= Em instituição  9= Outro/Não especificado</p>
<b>Álcool</b>	<p>1 = Não  2 = Cerveja  3 = Pinga  4 = Uísque  5 = Vodka  9 = Outro/Não especificado</p>
<b>Entorpecentes</b>	<p>1 = Não  2 = Maconha  3 = Cocaína  4 = Crack  5 = Psicotrópicos  6 = Heroína  9 = Outro/Não especificado</p>
<b>Número de agressores</b>	<p>1= Uma pessoa  2= Duas pessoas  3= De três a cinco pessoas  4= Seis ou mais pessoas  9=Desconhecido/Outro/Não- especificado</p>
<b>Sexo do(s) agressor(es)</b>	<p>1= Masculino  2 = Feminino  3= Ambos  9 = Não especificado</p>
<b>Idade do(s) agressor(es)</b>	<p>1 = Criança (de 1 a 12 anos)  2 = Adolescente (de 12 a 24 anos)  3= Adulto (25 a 64 anos)  4= Idoso (65 anos ou +)  5 = Não especificado</p>
<b>Grau de parentesco do agente agressor</b>	<p>1 = Desconhecido  2 = Marido/Mulher  3 = Companheiro/companheira  4 = Pais/avós  5 = Filhos/ netos  6 = Outro membro familiar  7 = Amigo</p>

	8 = Vizinho/colega 9 = Pessoa em dependência 10 = Outro/Não especificado
<b>Local da ocorrência</b>	1 = Extra-domiciliar 2 = Intra-domiciliar
<b>Atividade exercida antes do evento</b>	1 = Trabalho 2 = Exercício esportivo 3 = Jogos, <i>hobbies</i> 4 = Trabalho doméstico 5 = Atividade vital (comer, dormir) 6 = Lazer 9 = Outra/Não especificada
<b>CLASSIFICAÇÃO DE GREY</b>	
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b>
<b>Local da lesão no corpo humano</b>	1 = Face 2 = Crânio 3 = Tórax 4 = Abdômen 5 = Membro superior 6 = Membro inferior 7 = Combinada 9 = Outro/Não especificado
<b>CLASSIFICAÇÃO DE FRANÇA</b>	
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b>
<b>Tipo de lesão</b>	1 = <u>Rubefação</u> 2 = Edema Traumático 3 = Equimoses 4 = Hematoma 5 = Escoriação 6 = Bossa 7 = Entorse 8 = Luxação 9 = Laceração 10 = Fratura 11 = Outro/Não especificado

O *Nordic Medical Statistical Committee* desenvolveu uma classificação de estrutura diferente da OMS, para ser utilizada em vários níveis de detalhes, e é dada

a partir das causas externas dos traumatismos e não das conseqüências. A *Classification of External Causes of Injuries* apresenta algumas prerrogativas como: separa as lesões das doenças; responde às seguintes questões: onde ocorreu, como ocorreu, qual a atividade que a vítima estava executando quando do acidente/violência e qual(is) produto(s) envolvido(s) no processo; e dá provimento a uma descrição mais aproximada das injúrias ocasionadas por causas externas, ou seja promove mais informações acerca do local e mecanismo de injúria. Dados sobre a saúde mental do paciente no momento do evento traumático também foram contemplados nesta classificação. O objetivo maior desta taxonomia é descrever a seqüência de eventos que produzem a injúria física e/ou psíquica e em nenhum momento objetiva a codificação da lesão propriamente dita (NOMESCO, 1997)

Os agentes traumáticos que podem atuar sobre a face são múltiplos, não diferenciando dos demais que acometem o restante do corpo humano. Podemos classificá-los de forma sucinta, como no quadro a seguir. (VALENTE, 1999)

**Quadro 7:** Classificação etiológica dos traumatismos em geral

<b>Agentes</b>	<b>Tipos</b>	<b>Exemplos</b>
Agentes mecânicos	Perfurantes	Espinho, agulha, prego, estilete etc.
	Perfurocortantes	Punhal, sabre etc.
	Cortantes	Faca, navalha, cacos de vidro etc.
	Contundentes	Barras de ferro, madeira, pedra etc.
	Perfurocontundentes	Projéteis de arma de fogo, estilhaços
	Cortocontundente	Unha, mordedura etc.
Agentes físicos	Calor	
	Frio	
	Eletricidade	
	Radioatividade	
Agentes químicos	Coagulantes	Ácido clorídrico, fênico, sulfúrico etc.
	Liquefáticos	Soda cáustica, ácido arsênico etc.
Agentes biológicos	Picadas de animais	Cobras, escorpiões etc.
	Mordidas e arranhões	Cão, gato, homem
	Vegetais	Urtiga, castanha-de-caju etc.



De todos os grupos, os de maior vigência são os de etiologia mecânica, já que são mais numerosos e apresentam complicados problemas no tratamento e reparação. As lesões faciais decorrentes de traumatismos diretos podem ocorrer em diversas regiões do complexo craniofacial. França (1998) citado por Inojosa & Celestino (2001) divide este complexo em 18 (dezoito) áreas distintas, a saber: frontal, parietal, occipital, temporal, nasal, oral, mentoniana, orbital, infra-orbital, bucal, zigomática, parotidomassetérica, anterior do pescoço, esternocleidomastóidea, supraclavicular menor, lateral do pescoço, supraclavicular maior e posterior do pescoço.

A duração aceitável de um formulário depende muito do interesse que o indivíduo tem pelo tema, da forma como ele é elaborado e das condições de sua aplicação. Segundo especialistas, um questionário composto, na sua maioria por questões fechadas, não deverá ultrapassar 45 minutos, quando sua aplicação é feita em condições boas, ou seja, em um ambiente tranquilo (MARCONI & LAKATOS, 2003).

#### **4.6. Validação do formulário**

Considera-se que um instrumento é válido quando mede o que se propõe a medir e é passível de repetições da mesma medida em diferentes ocasiões. Quando se constrói um instrumento para medir algum fenômeno, é necessário realizar testes de compreensão de conteúdo para verificar a clareza de cada uma das questões contempladas neste instrumento (POLIT & HUNGLER, 1995).

O instrumento de coleta foi submetido à validação de conteúdo, durante a realização do estudo-piloto, quando foram testadas clareza, objetividade, validade, fidedignidade e coerência das questões contidas no roteiro das entrevistas.

#### **4.7 Estudo-piloto**

O instrumento de coleta de dados (Anexo II), no seu processo de elaboração foi submetido a um estudo-piloto com um grupo de 10% (dez por cento) da amostra (100 indivíduos), que procuraram o atendimento do setor de Emergência I, do Instituto Dr. José Frota, em Fortaleza, vitimados por agressão física interpessoal, a fim de facilitar a familiarização do investigador com o instrumento e de se verificar a compreensão das perguntas por parte da população a ser investigada.

Os dados foram coletados a partir da observação direta intensiva, mediante formulário pessoal, cujo objetivo principal foi obter informações dos pacientes sobre o tema estabelecido na pesquisa. A entrevista foi estruturada, com perguntas fechadas, em que a autora foi a entrevistadora, utilizando um formulário onde está contidos:

**Fase 1** - a identificação geral do entrevistado, com dados correspondentes a sua questão demográfica, social e econômica (moradia, coabitação, empregabilidade e educação) (BERNAL, 2002).

**Fase 2** - dados a respeito do evento violento, como local, hora, agressor (número, gênero e familiaridade), tipo de instrumento utilizado, tipo de lesão produzida, uso de entorpecentes e/ou álcool, atividade exercida quando da ocorrência do evento, perda da consciência e parte do copo atingida.

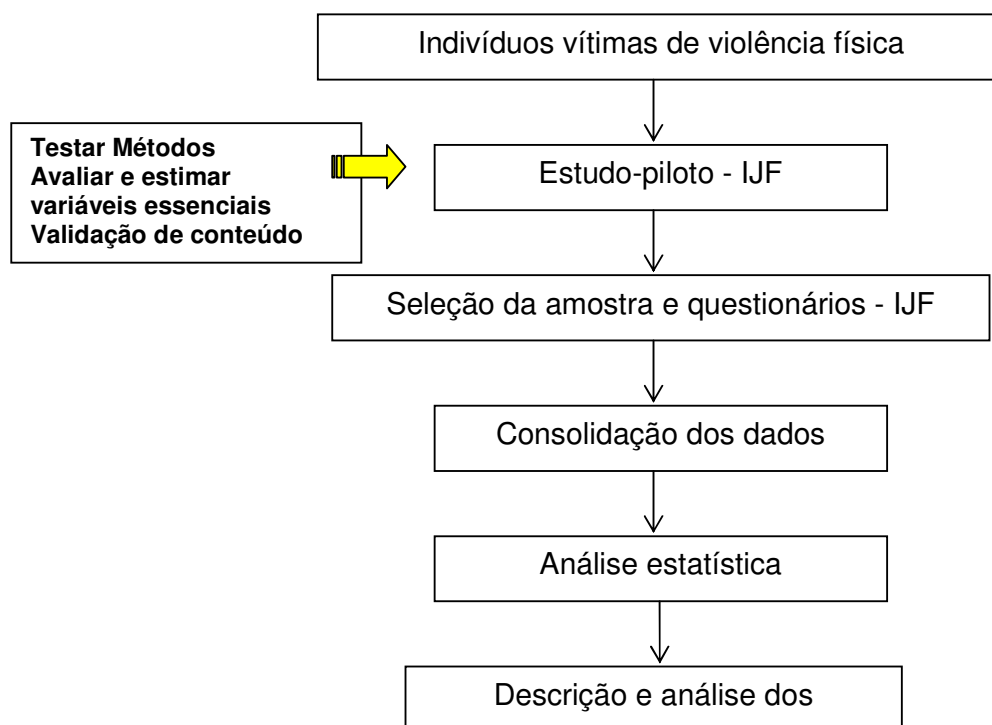
**Fase 3** - dados referentes aos traumatismos faciais, tipo de lesão produzida, região facial acometida.

Os dias de coleta de material foram tomados aleatoriamente e de forma sistemática (PEREIRA, 2002), de acordo com a numeração previamente estabelecida. Foi sorteado, inicialmente, o dia da semana e a seguir tirada sorte do

turno de 12 (doze) horas, ou seja, se diurno (das 7 às 19 horas) ou noturno (das 19 às 7 horas). Desta forma, foi possível testar os métodos, avaliar e estimar variáveis essenciais, para o planejamento experimental.

Após o estudo-piloto, não houve alterações e/ou adaptações, assim como a ordem das perguntas foi mantida.

**Figura 3:** Fluxograma do desenho de estudo tipo corte transversal



#### 4.8 Coleta de dados

Durante a entrevista, foi entregue para o participante que o quisesse, um exemplar do formulário, com o propósito de que eles acompanhassem a leitura da pesquisadora.

O referido formulário somente foi aplicado após o primeiro atendimento ao paciente, no Setor de Recepção da Emergência I, quando seu quadro clínico já se encontrava estável, sem qualquer risco de vida, de acordo com parecer do médico assistente.

Para realização do estudo, utilizamos um dos espaços reservados no Setor de Emergência I, destinado a pequenas cirurgias de urgência e emergência, que facilitou um espaço privado para coleta dos dados individualmente, evitando-se qualquer tipo de interferência. Isto permitiu maior aproximação nossa com os sujeitos de estudo, propiciando um relacionamento interpessoal facilitador e acolhedor. Solicitamos que os acompanhantes dos pacientes aguardassem à porta da referida sala, excetuando aqueles menores de idade legal.

Decidimos entrevistar cada um dos pacientes, sendo nós responsável pela leitura das questões e registro das respostas de cada um dos itens do instrumento. Este procedimento, face a face, teve o intuito de evitar questões sem respostas. A duração média da aplicação do questionário foi de 20 minutos, visto que em várias ocasiões se fez necessário retroceder às perguntas e suas opções de resposta. Todos os entrevistados ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

#### **4.10 Considerações éticas**

O presente estudo respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.(CNS, 1996).

Cabe esclarecer que o presente estudo é considerado uma investigação sem riscos, já que não se realizou nenhuma intervenção que possa afetar fisiológica, psicológica ou socialmente os pacientes vítimas de violência física interpessoal.

Em virtude de implicações legais, e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos foram mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. Os indivíduos foram informados verbalmente dos

objetivos e receberam o Consentimento Livre e Informado em duas vias. (Anexo III) A utilização de seus depoimentos, conforme acordado, só seria feita em trabalhos de caráter exclusivamente científico (livros, artigos para publicação em periódicos e relatórios de pesquisa) elaborados somente pela pesquisadora e orientador.

O projeto de investigação foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e aprovado sob parecer no. 084/2005 (Anexo IV); assim como ao Comitê de Pesquisa do Instituto Dr. José Frota com aprovação deste. (Anexo V).

#### **4.11 Análise dos dados**

Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas e medidas estatísticas: valor mínimo, valor máximo, média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variação, ou seja, as técnicas de estatística descritiva, e utilizado o Qui-quadrado de independência. Valores de *odds ratio* (OR) foram obtidos e intervalos de confiança para estes parâmetros foram estabelecidos no estudo da associação entre as variáveis independentes com a variável dependente no estudo bivariado, considerando-se sempre a primeira ou a última categoria como valor de referência. Para determinar a influência das variáveis independentes sobre a variável dependente (lesão facial), foi ajustado um modelo de regressão logística com as variáveis, considerando-se as variáveis que foram significantes com a variável dependente ao nível de 20,0% ( $p < 20$ ) no estudo bivariado.

Inicialmente, foram selecionadas as variáveis que se mostraram significantes com a variável resposta ao nível de 20,0% para compor o modelo inicial e, a partir destas, foi ajustado um modelo de regressão logística por meio do procedimento de seleção das variáveis passo a passo para trás (*Bakward*),

mantendo-se no modelo variáveis com significância até o nível fixado (20,0% ou  $p < 0,20$ ).

Por este procedimento, ajusta-se um modelo inicial envolvendo as variáveis selecionadas na etapa inicial e, a cada passo, uma variável não significativa é removida e um novo modelo é ajustado até o ponto em que todas as variáveis restantes no modelo tenham contribuição significativa a determinado nível de significância escolhido previamente para explicar a probabilidade de um paciente apresentar lesão facial.

O processo utiliza sempre o mesmo critério para determinar a significância (mesmo valor de  $p$ ), e, a cada passo, a variável com a menor contribuição para o modelo (ou a variável com maior valor de  $p$ ) é removida e um novo modelo é ajustado com as variáveis que restaram no modelo. Este procedimento é repetido até que não haja variável que possa ser removida. Pelo modelo, foram obtidos a significância dos parâmetros em relação a base, o OR ajustado (pelo modelo) e intervalo de confiança para esta medida.

Os dados foram digitados e processados no SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 11.0. A margem de erro ou nível de significância utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%.

Primeiramente, avaliamos a descrição dos dados de identificação dos sujeitos da pesquisa, para estabelecer o perfil da população investigada. Posteriormente, os dados relativos à tipologia do ato violento foram delimitados – agente etiológico, agressor (sexo, número, familiaridade, idade), uso de substâncias psicoativas, local e atividade exercida quando do evento traumático. A seguir, os dados relacionados aos traumatismos físicos ocorridos, e, em especial, a presença de lesão facial foram explicitados.

Garcia-Moreno (2000) menciona que, para o estudo da violência, recentemente se propuseram modelos mais complexos para sua análise, e que entre eles as análises estatísticas multivariadas se encontram para determinar a associação entre algumas variáveis com a violência.

Os resultados descritivos da violência física interpessoal serão apresentados por meio de percentagens e estarão representados em tabelas e gráficos correspondentes às variáveis.

Todos os dados obtidos neste estudo foram objeto de análise reflexiva sobre a questão focalizada, tendo suporte da literatura sobre o tema para apresentarmos as conclusões.

## 5. RESULTADOS

Na Tabela 4 apresentamos os resultados da apuração do dia e do local horário da ocorrência onde é possível destacar que: o maior percentual das ocorrências foi registrado no dia de domingo, correspondendo a 30,0% dos casos, seguido do dia de sábado com 19,8%. Em relação ao horário, o maior percentual correspondeu ao turno de 18h01min a 00h00min (33,7%) e os demais turnos tiveram percentuais variando de 19,5% a 24,4%.

**Tabela 4** – Distribuição da amostra, de acordo com as variáveis dia e período e horário da ocorrência, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	n	%
<b>• Dia da ocorrência</b>		
Domingo	329	30,0
Segunda-feira	132	12,1
Terça-feira	72	6,6
Quarta-feira	116	10,6
Quinta-feira	90	8,2
Sexta-feira	138	12,6
Sábado	218	19,8
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Horário da ocorrência</b>		
De 0h01min às 6h00min	267	24,4
De 6h01min às 12h00min	214	19,5
De 12h01min às 18h:00min	245	22,4
De 18h:01min às 0h00min	369	33,7
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>



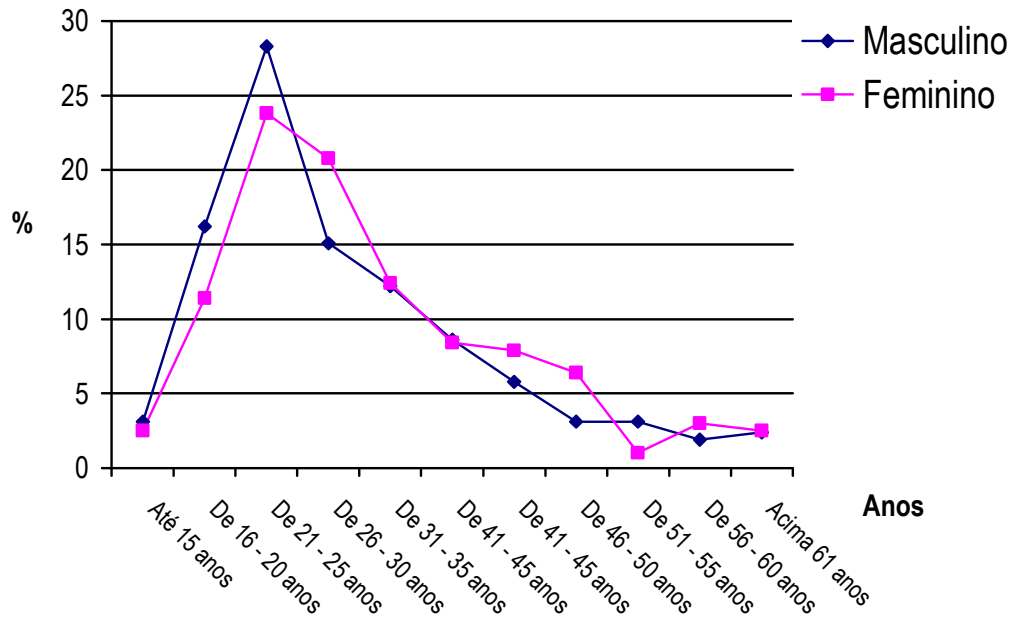
A idade dos pesquisados variou de 13 a 80 anos, teve média de 30,00 anos, desvio-padrão de 11,71 anos e coeficiente de variação de 39,03%. A idade de mediana foi de 27,00 anos.

A Tabela 5 mostra que a faixa etária de 21 a 30 foi a mais prevalente, representando 43,7% da amostra, seguida das faixas: 31 a 40 anos (20,8%) e de 16 a 20 anos (15,3%); a maioria (81,6%) dos pesquisados era do sexo masculino. O Gráfico 1 estabelece a relação entre as duas variáveis, em que o pico de “vitimização” ocorreu na faixa etária de 21 a 25 anos de idade.

**Tabela 5** – Distribuição da amostra, de acordo com o gênero e faixa etária (em anos), em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	n	%
<b>• Faixa etária (em anos)</b>		
Até 15	33	3,0
De 16 a 20	168	15,3
De 21 a 30	478	43,7
De 31 a 40	228	20,8
De 41 a 50	109	10,0
De 51 a 60	53	4,8
Acima de 61	26	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Sexo</b>		
Masculino	893	81,6
Feminino	202	18,4
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

**Figura 4** – Representação da amostra, de acordo com o gênero e a faixa etária – Instituto Dr. José Frota, Fortaleza – CE, 2005



A Tabela 4 mostra que: o percentual do número de pesquisados por secretaria executiva regional variou de 8,9% (SER III) a 17,1% (SER IV), representados graficamente na Figura 2. A maioria (87,5%) da amostra era composta de pacientes provenientes de Fortaleza e o restante (12,5%) dos outros municípios da RMF; um pouco mais da metade (52,1%) era composta de casados/coabitados e 45,1% eram solteiros; o maior percentual (44,3%) tinha escolaridade com fundamental incompleto e menos de 1,0% tinham curso superior incompleto ou incompleto. Em relação à empregabilidade, destacamos que, os dois maiores percentuais corresponderam aos que eram empregados informalmente (39,7%) ou desempregados (30,7%) e apenas 16,0% eram empregados formalmente. A etnia mais freqüente correspondeu aos classificados como pardos, correspondendo a mais da metade (59,2%) seguidos de brancos (23,3%) e pretos (14,2%); a moradia era própria para um pouco mais da metade dos participantes da pesquisa (51,6%) e 43,6% moravam em imóveis alugados. Os dois maiores percentuais corresponderam aos que moravam com o(a)companheiro(a) e filho(a) (38,1%) e os que moravam com os filhos (35,5%). Os resultados das características analisadas indicam que a população da qual a amostra foi extraída na maioria tem baixo poder aquisitivo com baixo nível de escolaridade e baixa renda.

**Tabela 6** – Distribuição da amostra de acordo, com as variáveis socioeconômicas e demográficas, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	n	%
<b>• Secretaria executiva regional</b>		
SER I	168	15,3
SER II	176	16,1
SER III	98	8,9
SER IV	152	13,9
SER V	187	17,1
SER VI	179	16,3
Não se aplica	135	12,3
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Região da residência</b>		
Fortaleza	958	87,5
Outros municípios da RMF	137	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Status marital</b>		
Solteiro	497	45,4
Casado/coabitado	570	52,1
Viúvo	12	1,1
Divorciado	15	1,4
Não informado	1	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

## Continuação

**Tabela 6** – Distribuição da amostra ,de acordo com as variáveis socioeconômicas e demográficas, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

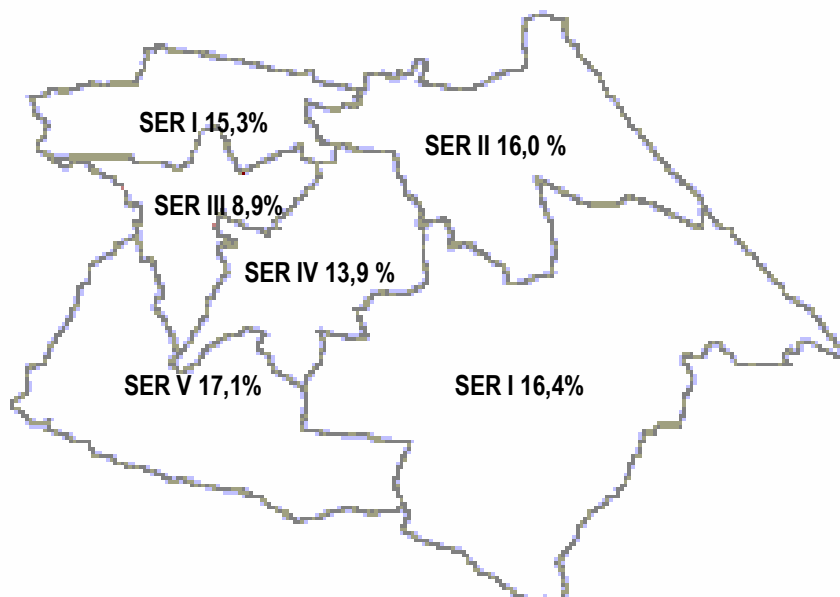
Variável de estudo	n	%
<b>• Grau de instrução</b>		
Analfabeto	158	14,4
Fundamental incompleto	485	44,3
Fundamental completo	184	16,8
Médio incompleto	131	12,0
Médio completo	119	10,9
Superior incompleto	5	0,5
Superior completo	4	0,4
Não informado	9	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Empregabilidade</b>		
Desempregado	336	30,7
Empregado formalmente	175	16,0
Empregado informalmente	435	39,7
Pensionista	18	1,6
Estudantes	57	5,2
Dono(a) de casa	52	4,7
Serviço militar	8	0,7
Outros/Não especificado	14	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

## Continuação

**Tabela 6** – Distribuição da amostra, de acordo com as variáveis socioeconômicas e demográficas, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	n	%
<b>• Etnia</b>		
Branca	255	23,3
Parda	648	59,2
Preta	156	14,2
Amarela	3	0,3
Indígena	3	0,3
Não informado	30	2,7
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Moradia</b>		
Aluguel	475	43,4
Próprio	565	51,6
Emprestado	33	3,0
Outro/não especificado	6	0,5
Não informado	16	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Coabitação</b>		
Mora sozinho	76	6,9
Sozinho com crianças	11	1,0
Somente com companheiro(a)	155	14,2
Com companheiro(a) e filhos	417	38,1
Com os pais	389	35,5
Com parentes/amigos	25	2,3
Em instituição	10	0,9
Outros/não especificado	12	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

**Figura 5** – Representação da amostra de acordo com as secretarias executivas regionais (SER) – Instituto Dr. José Frota, Fortaleza – CE, 2005



A Tabela 7 mostra os resultados do tipo de violência interpessoal e do agente etiológico utilizado na agressão. Desta tabela destaca-se o espancamento com mais da metade da amostra (57,3%), seguido de agressão por arma branca (22,6%) e agressão por arma de fogo (18,7%). Quando analisamos por gênero, os homens foram mais agredidos por arma branca (24,4%) e de fogo (19,9%) do que as mulheres, 14,4% e 13,4% (Tabela 8 e Figura 6). Mais da metade da amostra teve agente etiológico contundente (52,1%), seguido dos tipos: perfurocontundente (18,9%) e perfurocortante (14,6%).

**Tabela 7** – Distribuição da amostra, de acordo com o tipo de violência interpessoal e do agente etiológico, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	N	%
<b>• Tipo de violência interpessoal</b>		
Agressão por arma branca (PAB)	247	22,6
Agressão por arma de fogo (PAF)	205	18,7
Espancamento	627	57,3
Violência sexual	1	0,1
Associada	15	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>



## Continuação

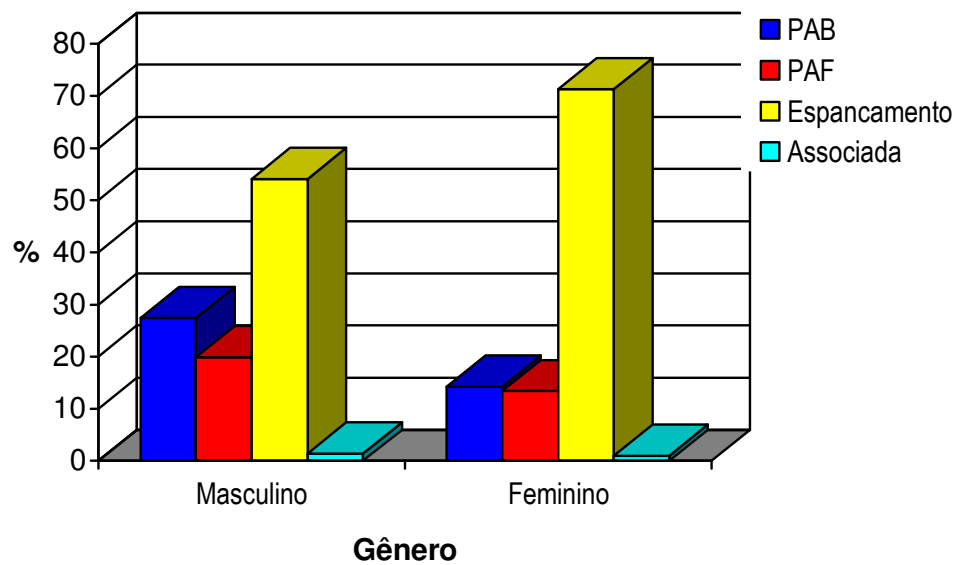
**Tabela 7** – Distribuição da amostra, de acordo com o tipo de violência interpessoal e do agente etiológico, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE

Variável de estudo	N	%
<b>• Agente etiológico</b>		
Perfurante	36	3,3
Cortante	15	1,4
Contudente	570	52,1
Perfurocortante	160	14,6
Perfurocontudente	207	18,9
Cortocontudente	84	7,7
Lacerante	8	0,7
Associada	15	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 8** – Distribuição da amostra, de acordo com tipo de violência, por gênero, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	n	%
<b>• Tipo de violência</b>		
<b>• Masculino</b>		
Agressão por arma branca (PAB)	218	27,4
Agressão por arma de fogo (PAF)	178	19,9
Espancamento	483	54,1
Violência sexual	1	0,1
Associada	13	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>893</b>	<b>100,0</b>
<b>• Tipo de violência</b>		
<b>• Feminino</b>		
Agressão por arma branca (PAB)	29	14,3
Agressão por arma de fogo (PAF)	27	13,4
Espancamento	144	71,3
Associada	2	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100,0</b>

**Figura 6** – Representação da amostra, de acordo com tipo de violência por gênero – Instituto Dr. José Frota, Fortaleza – CE, 2005.



Na relação dos agredidos por arma branca, destaca-se a faca, registrada para 13,5% da amostra; entre os agredidos por projétil de arma de fogo, destaca-se o revólver, citado por 19,0% da amostra. Entre os casos de espancamento, registra-se o manual, citados por 41,6% dos pesquisados, seguido de objetos contundente (10,4%) e cortocontundente (6,2%), conforme resultados apresentados na Tabela 9. Da tabela, é também possível calcular a ocorrência de 641 (58,5%) casos de espancamento, 254 (23,2%) de agressões por arma branca e 216 (19,7%) de agressões por arma de fogo.

**Tabela 9** – Distribuição da amostra, de acordo com o tipo de arma branca (PAB), arma de fogo (PAF) e do tipo de espancamento sofrido, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	n	%
<b>• Tipo de arma branca(PAB)</b>		
Faca	148	13,5
Facão	14	1,3
Punhal	26	2,4
Navalha	13	1,2
Outros	53	4,8
Não se aplica	841	76,8
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

## Continuação

**Tabela 9** – Distribuição da amostra, de acordo com o tipo de arma branca (PAB), arma de fogo (PAF) e do tipo de espancamento sofrido, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	n	%
<b>• Tipo de arma de fogo (PAF)</b>		
Revólver	208	19,0
Espingarda	5	0,5
Fabricação caseira	1	0,1
Outros	2	0,2
Não se aplica	879	80,3
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Tipo de espancamento</b>		
Manual	456	41,6
Objeto contundente	114	10,4
Objeto corto-contundente	68	6,2
Outros	2	0,2
Não informado	1	0,1
Não se aplica	454	41,5
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

Um percentual elevado (54,2%) de pacientes tinha ingerido bebida alcoólica e 11,6% havia consumido entorpecentes (Tabela 10).

**Tabela 10** – Distribuição da amostra, de acordo com as variáveis uso de bebida alcoólica e de entorpecentes, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	n	%
<b>• Uso de bebida alcoólica</b>		
Não	487	44,5
Sim	594	54,2
Não informado	14	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Uso de entorpecentes</b>		
Não	943	86,1
Sim	127	11,6
Não informado	25	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 11 avaliamos o grau de parentesco do agredido com o agressor, o número de agressores o sexo e idade dos agressores. Desta tabela, destaca-se que: próximo da metade (48,6%) da amostra foi agredida por desconhecidos e 27,2% foi agredida por conhecidos/colegas. A maioria (67,0%) dos pesquisados foi agredida por uma pessoa, 23,5% por dois agressores e 8,2% por três a cinco agressores. A maioria (97,0%) foi agredida por pessoa(s) do sexo masculino. A idade dos agressores foi de 12 a 24 anos para 61,6% da amostra e 34,2% para os agressores com idade de 25 a 64 anos.

**Tabela 11** – Distribuição da amostra, de acordo com o grau de parentesco com o agressor, número de agressores, sexo e idade dos agressores, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	n	%
<b>• Grau de parentesco com agressor</b>		
Desconhecido	532	48,6
Marido/mulher	56	5,1
Companheiro(a)	65	5,9
Pais/avós	4	0,4
Filhos/netos	10	0,9
Outros membros familiares	73	6,7
Amigos	47	4,3
Conhecidos/colegas	298	27,2
Pessoa em dependência	1	0,1
Outro/não especificado	9	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

## Continuação

**Tabela 11** – Distribuição da amostra, de acordo com o grau de parentesco com o agressor, número de agressores, sexo e idade dos agressores, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

---

Variável de estudo	n	%
Uma pessoa	734	67,0
Duas pessoas	257	23,5
De três a cinco pessoas	90	8,2
Seis ou mais pessoas	7	0,6
Desconhecido/outro/não especificado	7	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Sexo dos agressores</b>		
Masculino	1062	97,0
Feminino	25	2,3
Ambos	7	0,6
Não especificado	1	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Idade dos agressores</b>		
Adolescentes (de 12 a 24 anos)	675	61,6
Adulto (de 25 a 64 anos)	375	34,2
Idosos (de 65 anos ou mais)	1	0,1
Desconhecido	7	0,6
Não especificado	37	3,4
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

---



Ocorrências extradomiciliar foram as mais freqüentes, representando 87,0% da amostra (Tabela 12), contudo as mulheres foram mais agredidas no interior de suas casas (59,9%) (Tabela 13). Destacamos o fato de que no momento da agressão a maioria (59,3%) estava em lazer, seguido de 22,7% que estavam em atividade de trabalho; a maioria (93,0%) dos agredidos se encontrava consciente após o evento (Tabela 12).

**Tabela 12**– Distribuição da amostra, de acordo com o local de ocorrência, atividade exercida quando da ocorrência e nível de consciência após o evento, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	n	%
<b>• Local da ocorrência</b>		
Extradomiciliar	953	87,0
Intradomiciliar	140	12,8
Não informado	2	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Atividade exercida quando do evento</b>		
Trabalho	249	22,7
Exercício esportivo	24	2,2
Jogos, <i>hobbies</i>	21	1,9
Trabalho doméstico	60	5,5
Atividade vital (comer,dormir)	47	4,3
Lazer	649	59,3
Outro/não especificado	45	4,1
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

## Continuação

**Tabela 12** – Distribuição da amostra, de acordo com o local de ocorrência, atividade exercida quando da ocorrência e nível de consciência após o evento, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	n	%
<b>• Nível de consciência após o evento</b>		
Consciente	1018	93,0
Inconsciente	72	6,6
Não informado	5	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 13** – Distribuição da amostra, de acordo com o local de ocorrência, por gênero, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE

Variável	n	%
<b>• Local de ocorrência</b>		
<b>• Masculino</b>		
Extradomiciliar	872	97,6
Intradomiciliar	19	2,1
Não Informado	2	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>893</b>	<b>100,0</b>
<b>• Feminino</b>		
Extradomiciliar	81	40,1
Intradomiciliar	121	59,9
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 14, avaliamos o traumatismo sofrido, as partes do corpo atingidas e tipos de lesão facial. Da Tabela destacam-se os tipos TF com 30,5% dos casos, TE (19,5%) e TCE (18,4%). Quanto às partes do corpo atingidas, destacam-se: a face com 37,9% dos casos, cabeça (16,9%) e abdome (13,0%). Os dois tipos de lesão facial mais freqüentes foram: laceração (14,3%), hematoma (11,1%) e edema traumático (7,5%). Fraturas ósseas foram registradas em 14,5% dos pesquisadas, sendo OPN (7,9%) a mais freqüente.

**Tabela 14** – Distribuição da amostra, de acordo com os traumatismos sofridos, partes do corpo atingidas e tipo de lesão facial, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE

Variável de estudo	n	%
<b>• Traumatismo sofrido</b>		
TCE	201	18,4
TRM	2	0,2
TT	103	9,4
TA	97	8,9
TE	214	19,5
TF	334	30,5
Politraumatismo	143	13,1
Outros	1	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

## Continuação

**Tabela 14** – Distribuição da amostra, de acordo com os traumatismos sofridos, partes do corpo atingidas e tipo de lesão facial, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE

Variável de estudo	n	%
<b>• Partes do corpo atingidas</b>		
Cabeça	185	16,9
Pescoço	20	1,8
Face	415	37,9
Tórax	96	8,8
Abdome	142	13,0
MSD	97	8,9
MSE	64	5,8
MID	29	2,6
MIE	33	3,0
Pés	11	1,0
Mãos	1	0,1
Bacia	1	0,1
Genitália	1	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Lesão facial</b>		
Não	678	61,9
Ruberfação	2	0,2
Edema traumático	82	7,5
Bossas linfáticas	6	0,5
Hematoma	121	11,1
Equimose	24	2,2
Escoriação	22	2,0
Laceração	157	14,3
Luxação	1	0,1
Outro/não especificado	2	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

## Continuação

**Tabela 14** – Distribuição da amostra, de acordo com os traumatismos sofridos, partes do corpo atingidas e tipo de lesão facial, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	n	%
<b>• Fraturas ósseas</b>		
Não	925	84,5
Mandíbula	35	3,2
Maxila	6	0,5
Zigomático	28	2,6
OPN	86	7,9
Associada	15	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 15 mostra que as lesões dentárias ocorreram em 4,8% dos pacientes e o tipo mais freqüente foi luxação (1,9%). Destacam-se as 4 regiões do complexo craniofacial mais freqüentes: nasal (12,4%), infra-orbital (7,8%), orbital (5,0%) e bucal (4,5%). Fraturas de mandíbula ocorreram em 3,9% dos pacientes, sendo corpo unilateral o tipo mais freqüente (1,8%).

**Tabela 15** – Distribuição da amostra de acordo com fraturas ósseas, lesões dentárias, regiões do complexo craniofacial, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	N	%
<b>• Lesões dentárias</b>		
Não	1042	95,2
Luxação	21	1,9
Intrusão	1	0,1
Extrusão	3	0,3
Avulsão	14	1,3
Fratura	14	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Regiões do complexo craniofacial</b>		
Frontal	5	0,5
Nasal	136	12,4
Oral	27	2,5
Mentoniana	23	2,1
Orbital	55	5,0
Infra-orbital	85	7,8
Bucal	49	4,5
Zigomática	23	2,1
Parotidomassetérica	13	1,2
Não se aplica	679	62,0
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

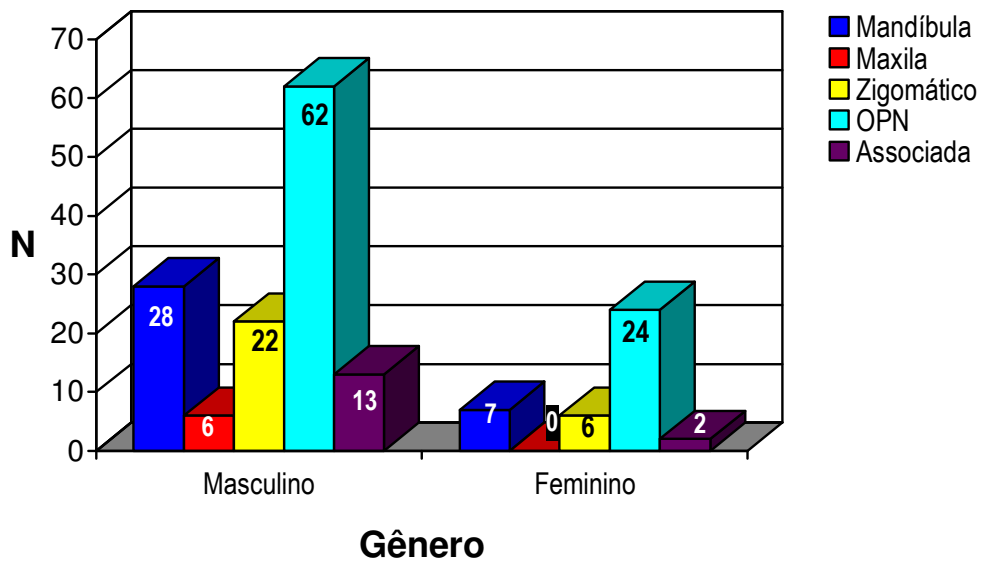
## Continuação

**Tabela 15** – Distribuição da amostra, de acordo com fraturas ósseas, lesões dentárias, regiões do complexo craniofacial, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	N	%
<b>• Fratura mandíbula</b>		
Corpo unilateral	20	1,8
Corpo bilateral	9	0,8
Parassinfisária unilateral	7	0,6
Parassinfisária bilateral	1	0,1
Ângulo	1	0,1
Côndilo unilateral	1	0,1
Associado	2	0,2
Cominutiva	2	0,2
Não se aplica	1052	96,1
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>



**Figura 7** – Representação da amostra, de acordo com fraturas ósseas, por gênero - Instituto Dr. José Frota, Fortaleza – CE, 2005.



Fraturas de maxila foram registradas em apenas 8 pacientes, conforme resultados na Tabela 16. As fraturas zigomáticas ocorreram em 3,8% pacientes distribuídas em 6 tipos distintos com freqüências que variam de 1 a 18 casos. Fraturas de OPN ocorreram em 97 casos, sendo que 95 casos foram do tipo OPN pp dito. As fraturas associadas ocorreram em 17 pacientes.

**Tabela 16** – Distribuição da amostra, de acordo com fraturas de: maxila, zigomático, OPN e associadas, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	N	%
<b>• Fraturas maxila</b>		
Le Fort II	4	0,4
Parede látero-externa seio maxilar	1	0,1
Associada	2	0,2
Cominutiva	1	0,1
Não se aplica	1087	99,3
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Fratura zigomático</b>		
Front-malar	9	0,8
Infra-orbitária	6	0,5
Arco zigomática	3	0,3
Corpo zigomático	18	1,6
Associada	5	0,5
Cominutiva	1	0,1
Não se aplica	1053	96,2
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

## Continuação

**Tabela 16** – Distribuição da amostra, de acordo com fraturas de maxila, zigomático, OPN e associadas, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	N	%
<b>• Fratura OPN</b>		
OPN pp dito	95	8,7
Cominutiva	2	0,2
Não se aplica	998	91,1
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>
<b>• Fratura associadas</b>		
Mandíbula-maxila	3	0,3
Mandíbula-zigomático	2	0,2
Mandíbula-OPN	3	0,3
Maxila-OPN	3	0,3
Zigomático-OPN	6	0,5
Não se aplica	1078	98,4
<b>TOTAL</b>	<b>1095</b>	<b>100,0</b>

Nas Tabelas 17 a 24 são apresentados os resultados do estudo bivariado entre a ocorrência de lesão facial com cada uma das variáveis do estudo sendo que para viabilizar o estudo da associação, algumas categorias das variáveis independentes foram reagrupadas.

Da Tabela 17, destacamos que o percentual de pacientes com lesão facial variou de 29,2% a 52,6% e os dias que apresentaram com maiores freqüências ocorreram nas quartas e quintas feiras enquanto as menores ocorreram nas terças e sextas feiras; em relação aos períodos da ocorrência, variou de 33,1% a 44,4%, sendo que as maiores freqüências ocorreram nos horários de 6h01min às 12h00min e de 18h01min às 00h00min e foi aproximado entre os outros dois intervalos relacionados na tabela. Mediante o teste estatístico, comprovamos associação significativa entre cada uma das variáveis com a ocorrência de lesão facial, entretanto apenas um dos intervalos em cada uma das variáveis para o *odds ratio* (OR) não inclui o valor 1,00.

**Tabela 17** – Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo o dia da ocorrência e período, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	Lesão facial				TOTAL		Valor de p	OR (IC e 95,0%)
	Presente		Ausente					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Dia da ocorrência</b>								
Domingo	120	36,6	208	63,4	328	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,004*	1,00
Segunda-feira	45	34,1	87	65,9	132	100,0		0,90 (0,59 a 1,37)
Terça-feira	21	29,2	51	70,8	72	100,0		0,71 (0,41 a 1,24)
Quarta-feira	61	52,6	55	47,4	116	100,0		1,92 (1,25 a 2,95)
Quinta-feira	40	44,4	50	55,6	90	100,0		1,39 (0,86 a 2,22)
Sexta-feira	42	30,4	96	69,6	138	100,0		0,76 (0,49 a 1,16)
Sábado	87	39,9	131	60,1	218	100,0		1,15 (0,81 a 1,64)
Grupo total	416	38,0	678	62,0	1094	100,0		
<b>• Período</b>								
De 0h01min às 6h00min	92	34,5	175	65,5	267	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,039*	1,00
De 6h01min às 12h00min	95	44,4	119	55,6	214	100,0		1,52 (1,04 a 2,20)
De 12h01min às 18h:00min	81	33,1	164	66,9	245	100,0		0,94 (0,65 a 1,36)
De 18h:01min às 0h00min	148	40,1	221	59,9	369	100,0		1,27 (0,92 a 1,77)
Grupo total	416	38,0	679	62,0	1095	100,0		

(\*) – Associação significativa ao nível de 5.0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Em relação ao sexo e à faixa etária destacamos que o percentual com lesão facial foi mais elevado entre os pacientes do sexo feminino do que os do sexo masculino (49,5% *versus* 35,4%) e a associação se mostra significativa ( $p < 0,05$ , OR igual a 1,79 e intervalo para a referida medida que exclui o valor 1,00). No estudo da relação da faixa etária com a ocorrência de lesão facial, verifica-se que os dois maiores percentuais ocorreram entre os que tinham de 31 a 50 anos (41,5%) e de 19 a 30 anos (37,9%) e o menor percentual entre os que tinham de 51 a 80 anos (30,4%), entretanto a associação não se mostra significativa ao nível de significância considerado ( $p > 0,05$ ), conforme resultados apresentados na Tabela 18.

**Tabela 18** – Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo o sexo e faixa etária, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	Lesão facial				TOTAL		Valor de p	OR (IC de 95,0%)
	Presente		Ausente					
	N	%	n	%	n	%		
<b>• Sexo</b>								
Masculino	316	35,4	577	64,6	893	100,0	$p^{(1)} < 0,001^*$	1,00
Feminino	100	49,5	102	50,5	202	100,0		1,79 (1,32 a 2,44)
Grupo total	416	38,0	679	62,0	1095	100,0		
<b>• Faixa etária (em anos)</b>								
De 13 a 18	41	33,3	82	66,7	123	100,0	$p^{(1)} = 0,181$	1,14 (0,62 a 2,11)
De 19 a 30	211	37,9	345	62,1	556	100,0		1,40 (0,84 a 2,33)
De 31 a 50	140	41,5	197	58,5	337	100,0		1,63 (0,96 a 2,76)
De 51 a 80	24	30,4	55	69,6	79	100,0		1,00
Grupo total	416	38,0	679	62,0	1095	100,0		

(\*) – Associação significativa ao nível de 5.0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Da Tabela 19 observamos que o percentual de pacientes com lesão facial: foi 10,0% mais elevada entre os residentes em Fortaleza do que entre os residentes em outros municípios da RMF (39,2% *versus* 29,2%) e a associação se mostra significativa ao nível de 5,0% ( $p < 0,05$  e intervalo para OR que exclui o valor 1,00); foi 9,6% mais elevado entre os casados do que entre os solteiros/viúvos/divorciado (42,6% *versus* 33,0%) e a associação se mostra significativa ( $p < 0,05$  e intervalo para OR não inclui o valor 1,00); em relação ao grau de instrução foi 51,6% entre os que tinham segundo grau ou mais e foi aproximado entre as outras três categorias (32,9% a 36,8%) e a associação é significativa, entretanto, apenas um dos intervalos não inclui o valor 1,00; foi mais elevado entre os que tinham atividade não remunerada (dona de casa, estudante e outros), com valor de 43,9% e foi aproximado entre as outras duas categorias da empregabilidade (38,4% entre os desempregados e 36,6% entre os pesquisados que tinham atividade econômica remunerada) e a associação não se mostra significativa ( $p > 0,05$ ); foi aproximado entre os brancos/amarelos/índios ou entre os pretos e pardos e não se comprova associação significativa.

**Tabela 19** – Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo a região da cidade, *status* marital, grau de instrução, empregabilidade e etnia, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	Lesão facial				TOTAL		Valor de p	OR (IC de 95,0%)
	Presente		Ausente					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Região</b>								
Fortaleza	376	39,2	582	60,8	958	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,023*	1,57 (1,06 a 2,31)
Outros municípios da RMF	40	29,2	97	70,8	137	100,0		1,00
Grupo total	416	38,0	679	62,0	1095	100,0		
<b>• Status marital</b>								
Casado	243	42,6	327	57,4	570	100,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	1,51 (1,18 a 1,93)
Solteiro, viúvo, divorciado	173	33,0	351	67,0	524	100,0		1,00
Grupo total	416	38,0	678	62,0	1094	100,0		
<b>• Grau de instrução</b>								
Analfabeto	52	32,9	106	67,1	158	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,006*	1,00
1º grau incompleto	177	36,5	308	63,5	485	100,0		1,17 (0,80 a 1,71)
1º grau completo/2º incompleto	116	36,8	199	63,2	315	100,0		1,18 (0,79 a 1,78)
2º grau completo ou mais	66	51,6	62	48,4	128	100,0		2,17 (1,34 a 3,51)
Grupo total	411	37,8	675	62,2	1086	100,0		
<b>• Empregabilidade</b>								
Desempregado	129	38,4	207	61,6	336	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,310	1,00
Atividade econômica remunerada	233	36,6	403	63,4	636	100,0		0,93 (0,71 a 1,22)
Atividade não remunerada (dona de casa, estudante, outros)	54	43,9	69	56,1	123	100,0		1,26 (0,83 a 1,91)
Grupo total	416	38,0	679	62,0	1095	100,0		
<b>• Etnia</b>								
Brancos, amarelos e índios	102	39,1	159	60,9	261	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,687	1,06 (0,80 a 1,41)
Pretos e pardos	303	37,7	501	62,3	804	100,0		1,00
Grupo total	405	38,0	660	62,0	1065	100,0		

(\*) – Associação significativa ao nível de 5.0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.



O percentual de ocorrência de lesão facial foi aproximada, entre os que residiam em casa própria ou não própria (38,4% *versus* 37,0%); foi menos elevado entre os que coabitavam com os pais (30,8%) e variou de 36,8% (entre os que residiam sozinhos) a 42,5% (entre os que residiam em instituições, com parentes ou outras situações) e a associação é significativa ( $p < 0,05$ ), entretanto, nenhum dos intervalos para o *odds ratio* (OR) excluiu o valor 1,00 (Tabela 20).

**Tabela 20** – Distribuição da amostra de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo a moradia e coabitação, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	Lesão facial				TOTAL		Valor de p	OR (IC de 95,0%)
	Presente		Ausente					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Moradia</b>								
Própria	217	38,4	348	61,6	565	100,0	$p^{(1)} = 0,472$	1,06 (0,83 a 1,36)
Não própria	190	37,0	324	63,0	514	100,0		1,00
Grupo total	407	37,7	672	62,3	1079	100,0		
<b>• Coabitação</b>								
Sozinho	28	36,8	48	63,2	76	100,0	$p^{(1)} = 0,003^*$	1,00
Com companheiro e /ou filhos	248	42,5	335	57,5	583	100,0		1,20 (0,73 a 1,97)
Com os pais	120	30,8	269	69,2	389	100,0		0,76 (0,46 a 1,28)
Instituição, parentes e outros	15	42,9	20	57,1	35	100,0		1,29 (0,57 a 2,91)
Grupo total	411	38,0	672	62,0	1083	100,0		

(\*) – Associação significativa ao nível de 5.0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 21 mostra que os maiores percentuais de pacientes com lesão facial ocorreram quando houve espancamento (56,8%) ou foi violência interpessoal associada (60,0%) e foi bem menos elevada quando a agressão ocorreu por arma branca (10,1%) ou agressão por arma de fogo (12,7%) e associação entre o tipo de violência interpessoal e a ocorrência de lesão facial é significativa. Em relação ao agente etiológico os maiores percentuais de pacientes com lesão ocorreram entre os que foram atingidos com agente etiológico associado (60,0%), contudente (56,8%) ou cortocontudente, lacerante (42,4%), e foi bem menos elevado nas outras duas categorias e a associação entre as duas variáveis se mostra significativa ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 21** – Distribuição da amostra, de acordo com ocorrência de lesão facial segundo o tipo de violência interpessoal e o agente etiológico, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	Lesão facial				TOTAL		Valor de p	OR (IC de 95,0%)
	Presente		Ausente					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Tipo de violência interpessoal</b>								
Agressão por arma branca (PAB)	25	10,1	222	89,9	247	100,0	$p^{(1)} < 0,001^*$	1,00
Agressão por arma de fogo (PAF)	26	12,7	179	87,3	205	100,0		**
Espancamento	356	56,8	271	43,2	627	100,0		**
Associada	9	60,0	6	40,0	15	100,0		**
Grupo total	416	38,0	678	62,0	1094	100,0		
<b>• Agente etiológico</b>								
Contudente	324	56,8	246	43,2	570	100,0	$p^{(1)} < 0,001^*$	**
Perfuro, cortante e perfurocortante	16	7,6	195	92,4	211	100,0		**
Perfurocontudente	28	13,5	179	86,5	207	100,0		**
Corto-contudente, lacerante	39	42,4	53	57,6	92	100,0		**
Associada	9	60,0	6	40,0	15	100,0		**
Grupo total	416	38,0	679	62,0	1095	100,0		

(\*) – Associação significativa ao nível de 5.0%.

(\*\*) – Não foi determinado em virtude da ocorrência de freqüências muito baixas em uma das categorias.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Da Tabela 22 constatamos que os percentuais de pacientes com lesão facial foram aproximados entre os que tinham feito ingestão ou não de bebida alcoólica (37,2% x 38,8%) e não se comprova associação significativa entre as duas variáveis. Em relação ao uso de entorpecentes verifica-se que o percentual de pacientes com lesão facial foi 7,9% mais elevada entre os que tinham feito uso de entorpecentes em relação aos que não tinham utilizado o referido produto (44,9% x 37,0%) e ao nível de 5,0% a associação não é significativa ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 22** – Distribuição da amostra de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo a ingestão de bebida alcoólica e de uso entorpecentes, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	Lesão facial				TOTAL		Valor de p	OR (IC de 95,0%)
	Presente		Ausente					
	n	%	N	%	N	%		
<b>• Ingesta de bebida alcoólica</b>								
Não	189	38,8	298	61,2	487	100,0	$p^{(1)} = 0,589$	1,07 (0,84 a 1,37)
Sim	221	37,2	373	62,8	594	100,0		
Grupo total	410	37,9	671	62,1	1081	100,0		
<b>• Uso de entorpecentes</b>								
Não	349	37,0	594	63,0	943	100,0	$p^{(1)} = 0,086$	1,00
Sim	57	44,9	70	55,1	127	100,0		
Grupo total	406	37,9	664	62,1	1070	100,0		

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

No estudo da relação com a ocorrência de lesão facial com o grau de parentesco, número de agressores e sexo dos agressores (Tabela 23) verificamos que o percentual de pesquisados com lesão facial foi mais elevado entre os agredidos por companheiro marital (marido/mulher, companheiro(a)), seguido dos casos em que a agressão foi realizada por desconhecidos e foi aproximado entre as outras duas categorias do grau de parentesco; aumentou à medida que cresceu o número de agressores, sendo 35,6% no caso de um agressor, 39,7% no caso de dois agressores e 50,5% quando em de três ou mais agressores; foi mais elevado entre os casos de pessoas agredidas por mulheres do que as pessoas agredidas por homens (52,5% x 37,5%). Associações significantes foram reveladas para as duas primeiras variáveis, entretanto apenas um intervalo para o OR em cada uma das referidas variáveis excluem o valor 1,00.

**Tabela 23** – Distribuição da amostra, de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo as variáveis: grau de parentesco com o agressor, número de agressores e sexo dos agressores, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	Lesão facial				TOTAL		Valor de p	OR (IC de 95,0%)
	Presente		Ausente					
	n	%	n	%	N	%		
<b>• Grau de parentesco com o agressor</b>								
Desconhecido	202	38,0	330	62,0	532	100,0	P <sup>(1)</sup> = 0,010*	1,48 (0,86 a 1,52)
Companheiro marital (marido/mulher, companheiro(a))	62	51,2	59	48,8	121	100,0		1,97 (1,29 a 3,00)
Membro familiar	29	33,3	58	66,7	87	100,0		0,94 (0,57 a 1,54)
Amigo/colega	120	34,8	225	65,2	345	100,0		1,00
Grupo total	413	38,1	672	61,9	1085	100,0		
<b>• Número de agressores</b>								
Uma pessoa	261	35,6	473	64,4	734	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,013*	1,00
Duas pessoas	102	39,7	155	60,3	257	100,0		1,19 (0,89 a 1,60)
Três ou mais	49	50,5	48	49,5	97	100,0		1,85 (1,21 a 2,83)
Grupo total	412	37,9	676	62,1	1088	100,0		
<b>• Sexo do agressores</b>								
Masculino	398	37,5	664	62,5	1062	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,193	1,00
Feminino	13	52,0	12	48,0	25	100,0		1,81 (0,82 a 4,00)
Ambos	4	57,1	3	42,9	7	100,0		2,22 (0,49 a 9,99)
Grupo total	415	37,9	679	62,1	1094	100,0		

(\*) – Associação significativa ao nível de 5.0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 24 mostra que o percentual de pesquisados com lesão facial não se diferenciou de acordo com a faixa de idade dos agressores (37,5% x 38,0%); foi 9,0% mais elevado entre os casos de agressão intradomiciliar do que entre os casos de lesão extradomiciliar (45,7% x 36,7%); variou de 36,5% (lazer) a 44,9% (atividade doméstica) nas outras duas categorias da atividade exercida quando do evento; foi aproximado entre os agredidos que se encontravam conscientes ou inconscientes no momento da agressão. Local de ocorrência foi a única variável que apresenta associação significativa com a ocorrência de lesão facial ( $p < 0,05$  e intervalo de confiança para OR que exclui o valor 1,00).

**Tabela 24** – Distribuição da amostra de acordo com a ocorrência de lesão facial segundo idade do agressor, local de ocorrência, atividade exercida quando do evento e nível de consciência, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	Lesão facial				TOTAL		Valor de p	OR (IC de 95,0%)
	Presente		Ausente					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Idade dos agressores (em anos)</b>								
12 a 24	253	37,5	422	62,5	675	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,860	1,00
25 ou mais	143	38,0	233	62,0	376	100,0		1,02 (0,79 a 1,33)
Grupo total	396	37,7	655	62,3	1051	100,0		
<b>• Local da ocorrência</b>								
Extradomiciliar	346	36,7	596	63,3	942	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,035*	1,00
Intradomiciliar	69	45,7	82	54,3	151	100,0		1,45 (1,02 a 2,05)
Grupo total	415	38,0	678	62,0	1093	100,0		
<b>• Atividade exercida quando do evento</b>								
Trabalho	97	39,0	152	61,0	249	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,230	1,00
Lazer (exercícios esportivos, jogos, hobbies e lazer)	253	36,5	441	63,5	694	100,0		0,90 (0,67 a 1,21)
Atividade doméstica	48	44,9	59	55,1	107	100,0		1,27 (0,81 a 2,01)
Grupo total	398	37,9	652	62,1	1050	100,0		
<b>• Nível de consciência após o evento</b>								
Consciente	385	37,8	633	62,2	1018	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,857	1,00
Inconsciente	28	38,9	44	61,1	72	100,0		1,05 (0,64 a 1,71)
Grupo total	413	37,9	677	62,1	1090	100,0		

(\*) – Associação significativa ao nível de 5.0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.



A Tabela 25 mostra que, com exceção de 6 traumatismos faciais sofridos, todos os demais tiveram lesão facial e apenas 5 entre os casos que atingiram a face não apresentaram lesão facial, diferenças estas que indicam associação significativa entre as variáveis ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 25** – Distribuição da amostra, segundo as variáveis do estudo: traumatismos sofridos e partes do corpo atingidas, em pacientes vítimas de violência física interpessoal, no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	Lesão facial				TOTAL		Valor de p	OR (IC de 95,0%)
	Presente		Ausente					
	n	%	N	%	n	%		
<b>• Traumatismo sofridos</b>								
Facial	328	98,2	6	1,8	334	100,0	$p^{(1)} < 0,001^*$	**
Não facial	88	11,6	673	88,4	761	100,0		
Grupo total	416	38,0	679	62,0	1095	100,0		
<b>• Partes do corpo atingidas</b>								
Facial	410	98,8	5	1,2	415	100,0	$p^{(1)} < 0,001^*$	**
Não facial	6	0,9	674	99,1	680	100,0		
Grupo total	416	38,0	679	62,0	1095	100,0		

(\*) – Associação significativa ao nível de 5.0%.

(\*\*) – Não foi determinado em razão de ocorrência de frequência muito baixa em uma das categorias.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 26 mostra o perfil sociodemográfico da mulher vítima de violência interpessoal, caracterizado por uma mulher jovem, na faixa etária de 20 a 40 anos de idade (68,3%), cujo *status* marital era de casada ou coabitada com marido ou companheiro (59,4%), cor parda (55%), de baixa escolaridade em que 47% tinham o ensino fundamental incompleto, empregadas informalmente (36,1%) ou dona de casa (24,3%) e que coabitava com companheiro/marido e com filhos (43,6).

**Tabela 26** – Distribuição das mulheres vítimas de violência física interpessoal, de acordo com as variáveis sócio-econômicas e demográficas no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável de estudo	n	%
<b>• Faixa Etária</b>		
Até 14 anos	2	1,0
De 15 a 19 anos	20	9,9
De 20 a 40 anos	138	68,3
De 41 a 60 anos	37	18,3
Acima de 61 anos	5	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100</b>
<b>• Status Marital</b>		
Solteiro	77	38,1
Casado/Cohabitado	120	59,4
Viúvo	3	1,5
Separado/Divorciado	2	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

## Continuação

**Tabela 26** – Distribuição das mulheres vítimas de violência física interpessoal, de acordo com as variáveis socioeconômicas e demográficas no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	n	%
<b>• Etnia</b>		
Branco	56	27,7
Pardo	111	55,0
Preto	26	12,9
Outros/NI	9	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100</b>
<b>• Instrução</b>		
Sem escolaridade	26	12,9
Fundamental incompleto	95	47,0
Fundamental completo	27	13,4
Médio incompleto	29	14,4
Médio completo	19	9,4
Superior incompleto	2	1,0
Superior completo	2	1,0
NI	2	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100</b>
<b>• Empregabilidade</b>		
Desempregado	35	17,3
Empregado formalmente	27	13,4
Empregado informalmente	73	36,1
Pensionista	5	2,5
Estudante	13	6,4
Dona de casa	49	24,3
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

## Continuação

**Tabela 26** – Distribuição das mulheres vítimas de violência física interpessoal, de acordo com as variáveis socioeconômicas e demográficas no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável	N	%
<b>• Moradia</b>		
Aluguel	92	45,5
Próprio	95	47,0
Outros/NI	15	7,5
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100</b>
<b>• Coabitação</b>		
Sozinho	12	5,9
Somente com crianças	4	2,0
Somente com companheiro	37	18,3
Com companheiro e filhos	88	43,6
Com os pais	51	25,2
Outros / NI	10	5,0
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Na Tabela 27 analisamos os resultados da regressão logística para a proporção de pacientes com lesão facial.

Destacamos que entre as variáveis significantes no estudo bivariado 4 não foram incluídas no modelo: o período da ocorrência, o tipo de violência, agente etiológico e o sexo do agressor. A variável período de ocorrência não foi incluída porque apresentava associação significativa com o dia da ocorrência e interação significativa com o dia da ocorrência sobre a variável resposta. As variáveis tipo de violência e agente etiológico também não foram incluídas porque não foi possível determinar os valores do OR no estudo bivariado e resultariam em elevados intervalos para o OR na regressão logística e o sexo do agressor apenas 25 pacientes foram agredidos por pessoas do sexo feminino e 7 foram agredidos por pessoas de ambos os sexos.

Da Tabela destacamos que das 11 variáveis colocadas no modelo inicial as variáveis: faixa etária, status marital, grau de parentesco do agressor, uso de entorpecente e local de ocorrência foram excluídas do modelo por não se mostrarem significantes para o nível de 20,0% ( $p > 0,20$ ); as variáveis dia da ocorrência, sexo do paciente, grau de instrução e coabitação foram significantes ao nível de 5,0%. Dos valores do OR é possível verificar que um paciente agredido aumenta mais chance de apresentar lesão facial se: for agredido nos dias de quartas, quintas e sábados, se for do sexo feminino, se for da capital, quando tem maior grau de instrução, quando não coabita sozinho ou com os pais e quando o número de agressores aumenta.

De outros resultados obtidos pelo programa para o modelo proposto verificou que o mesmo foi aceito ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 27** – Resultados da regressão logística para a proporção de pacientes com lesão facial no Instituto Dr. José Frota, no período de abril a agosto de 2005, Fortaleza – CE.

Variável mantida no modelo <sup>(1)</sup>	OR e IC de 95,0%		Valor de p
	Observada (Do estudo bivariado)	Ajustada (Da regressão logística)	
• Constante			p < 0,001 *
<b>• Dia da ocorrência</b>			p = 0,007*
Domingo	1,00	1,00	
Segunda-feira	0,90 (0,59 a 1,37)	0,93 (0,59 a 1,46)	0,745
Terça-feira	0,71 (0,41 a 1,24)	0,76 (0,42 a 1,36)	0,352
Quarta-feira	1,92 (1,25 a 2,95)	2,08 (1,33 a 3,27)	0,001*
Quinta-feira	1,39 (0,86 a 2,22)	1,34 (0,82 a 2,20)	0,244
Sexta-feira	0,76 (0,49 a 1,16)	0,78 (0,50 a 1,22)	0,279
Sábado	1,15 (0,81 a 1,64)	1,11 (0,76 a 1,62)	0,584
<b>• Sexo do paciente</b>			p = 0,001*
Masculino	1,00	1,00	
Feminino	1,79 (1,32 a 2,44)	1,80 (1,29 a 2,53)	
<b>• Região</b>			p = 0,141
Fortaleza	1,57 (1,06 a 2,31)	1,38 (0,90 a 2,09)	
Outros municípios da RMF	1,00	1,00	
<b>• Grau de instrução</b>			p = 0,026*
Analfabeto	1,00	1,00	
1º grau incompleto	1,17 (0,80 a 1,71)	1,13 (0,76 a 1,70)	
1º grau completo/2º incompleto	1,18 (0,79 a 1,78)	1,16 (0,76 a 1,78)	
2º grau completo ou mais	2,17 (1,34 a 3,51)	2,04 (1,22 a 3,39)	
<b>• Coabitação</b>			p = 0,014*
Sozinho	1,00	1,00	
Com companheiro e /ou filhos	1,20 (0,73 a 1,97)	1,38 (0,82 a 2,35)	p = 0,229
Com os pais	0,76 (0,46 a 1,28)	0,89 (0,52 a 1,55)	p = 0,688
Instituição, parentes e outros	1,29 (0,57 a 2,91)	1,79 (0,73 a 4,39)	p = 0,201
<b>• Número de agressores</b>			p = 0,113
Uma pessoa	1,00	1,00	
Duas pessoas	1,19 (0,89 a 1,60)	1,18 (0,86 a 1,63)	
Três ou mais	1,85 (1,21 a 2,83)	1,59 (1,01 a 2,53)	

(\*)- Significância do parâmetro ao nível de 5,0%.

**(1) – As variáveis: faixa etária, status marital, grau de parentesco do agressor, uso de entorpecente e local de ocorrência foram excluídas do modelo para o nível de 20,0%.**

## 6 DISCUSSÃO

Convém afirmar que os resultados do presente ensaio no contexto de um estudo que explora os diversos tipos de violência interpessoal como causa das lesões intencionais, e destas provocam as demandas aos serviços de urgência e emergência hospitalares, inclui em somente a população que demanda atenção ao Instituto Dr. José Frota, que, portanto é voltado a um padrão de violência que afeta determinados grupos da população que se destacam àquela unidade nosocomial.

Outrossim, ressaltamos alguns problemas de caráter metodológico por nós observados. Acostumado a trabalhar com a demanda espontânea, em que os indivíduos só buscam os serviços a partir dos sintomas, o sistema de saúde ainda vigente não garante o atendimento ambulatorial para a população. Esta encontra nas emergências o único “porto seguro” para tentar sanar suas dores, resultando numa situação de risco para o usuário, que tem seu problema agravado pela precariedade do serviço que é prestado.

Constituindo-se em uma unidade de referência em todo o Estado do Ceará para casos de urgência e emergência, a Instituição conserva o drama da superlotação dos hospitais públicos no País, uma vez que a maior parte dos problemas de saúde que atinge a população acaba para lá convergindo.

Esta situação ocasionou uma certa desorganização no atendimento, dificultando, algumas vezes, a localização de usuários, concorrendo para as perdas. A condição de alguns pacientes que se achavam em sofrimento agudo também dificultou sua participação. Por outro lado, nem sempre contávamos com um local mais apropriado que garantisse privacidade da entrevista e uma escuta.

Outro fator que dificultou a localização dos usuários refere-se à falha no sistema de comunicação ocorrida no momento da admissão, quando não informado



o motivo para o atendimento. Muitos casos registrados como clínicos ou como acidentes eram absorvidos no setor de sutura e depois dispensados. Outros se tratavam de lesões decorrentes de violência física, mas os usuários, em especial as mulheres, afirmavam ter sido acidentes domésticos. Noutras circunstâncias o atendimento era preferencial por parte de algum profissional, situação que escapava do nosso controle.

É importante, ainda, assinalar que os dados não podem ser generalizados visto que o padrão de violência poderia ser diferente do apresentado se a pesquisa tivesse se estendido aos hospitais privados e às demais unidades hospitalares distritais do Município de Fortaleza. Outrossim, o presente estudo apresenta um desenho metodológico transversal, e, portanto, a causalidade não pode ser estabelecida.

### **6.1 Perfil do paciente vítima de violência física interpessoal do IJF**

A utilização de informações socioeconômicas e demográficas na pesquisa epidemiológica é de importância capital. Sua necessidade sucede das substanciais evidências de conexões entre o estrato social, emprego, educação e renda e eventos ligados à saúde. O interesse neste tipo de informação é dado aos estudos que exploram o papel dos fatores socioeconômicos na determinação do adoecer. Mesmo nos estudos que não focalizam tais relações, é praticamente inevitável que algumas destas variáveis cumpram os requisitos básicos para serem consideradas fatores de confusão ou de confundimento e devem, portanto, ser incluídas na análise dos dados.

Diferenciais nas características de saúde entre os sexos são bem conhecidos, em que a questão dos determinantes biológicos e daqueles ligados ao gênero foi amplamente discutido para os países da região das Américas. Durante

algum tempo, sexo e gênero foram utilizados indiscriminadamente, contudo, na literatura mais recente, o termo sexo reserva-se preferencialmente às características biológicas, enquanto gênero é utilizado para assinalar características socialmente construídas. (TAQUETTE et al, 2003)

A performance do “homem” no processo de violência em que este fenômeno se desenrola é um tanto instigante, em que eles se encontram como o principal grupo de exposição, quer como vítimas (MINAYO et al 1993), quer como infratores (ASSIS, 1999) nos dados de morbi-mortalidade por acidentes (MINAYO & SOUSA, 2003), óbitos por homicídios, vulnerabilidade para uso de drogas (MINAYO & DESLANDES, 1998) e em casos de suicídio, eles estão na frente de sua própria destruição. (MINAYO & SOUZA, 2003)

Na pesquisa realizada no Instituto Dr. José Frota, 81,6% das vítimas de violência interpessoal eram do sexo masculino, ao passo que 202 pacientes (18,4%) pertenciam ao universo feminino. A respeito da temática da violência contra a mulher, teceremos comentários específicos sobre esta população investigada no IJF. Os dados do gênero das principais vítimas de violência são semelhantes aos encontrados em vários trabalhos que têm como fulcro as taxas de homicídios, como visto na revista de literatura.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1991) considera criança, para efeitos legais, a pessoa até 12 anos de idade incompletos e, adolescentes aquela entre 12 e 18 anos. Já a OMS preconiza que seja considerada adolescência o período que vai dos 10 aos 19 anos, juventude aquele que transcorre dos 15 aos 24 anos<sup>21</sup> (OMS, 1993). O conceito de juventude é em função da época,

---

<sup>21</sup> Adolescência denomina processo primariamente biológico, que transcende a área psicossocial e que constitui período durante a aceleração do desenvolvimento cognitivo e da estruturação da personalidade. Juventude é uma categoria fundamentalmente sociológica e se refere ao processo de

do modo de inserção do indivíduo de um determinado contexto social e do seu processo de aprendizagem. Ainda com relação às bases conceituais sobre idade, são consideradas pessoas idosas aquelas com 60 anos ou mais, conforme a legislação brasileira (BRASIL, 1996) e a Organização das Nações Unidas (ONU) também considera como idosas para países em desenvolvimento pessoas acima de 60 anos. (PASCHOAI, 1996)

Os adolescentes têm maior tendência a desencadear seus impulsos agressivos e sexuais diretamente, buscando a satisfação imediata dos desejos. Portadores de egos instáveis, que buscam a auto-afirmação, eles são extremamente vulneráveis às pressões pulsionais e às influências externas. O adolescente pobre é constantemente desafiado a sobreviver no enfrentamento diário das múltiplas ameaças cotidianas, tanto de comportamento quanto de hábitos individuais, como beber, fumar, drogar-se, armar-se, assim como pelos contextos de miséria e violência a que estes jovens estão submetidos. (VERMELHO & MELLO-JORGE, 1996; LEVISNKY, 1997; TAQUETTE et al, 2003; GAWRYSZEWSKI, KOIZUMI & MELLO-JORGE, 2004)

No Instituto Dr. José Frota, a idade dos indivíduos vítimas de violência física interpessoal variou de 13 a 80 anos, com média de 30,09 anos no geral (29,7 para homens e 31,4 para as mulheres), com maiores picos de “vitimização” de faixa etária de 21 a 25 anos, sendo 28,3% homens e 23,8% mulheres, seguida da faixa etária compreendida entre 16 e 20 anos para homens (16,2%) e de 21 a 25 anos para as mulheres (20,8%), demonstrando que os homens jovens tendem a maiores incidências de violência interpessoal. O estudo em vigor assinalou que 2,4% das vítimas de violência física interpessoal configuravam acima dos 60 anos de idade

A elevada frequência de adolescentes e adultos jovens como sendo aqueles que mais sofrem “vitimização” foram semelhantes aos estudos de Laurenti et al (2005), Dowd et al (1996), por exemplo.

Na década de 1990, o controle da inflação torna-se a grande prioridade nacional, trazendo como consequência mais grave o aumento do desemprego. A questão social perde espaço na nova ordem mundial. A distância que separa grupos sociais expande-se. Grande parte da massa trabalhadora vai ligar-se a atividades não-formais de inserção no mercado de trabalho, como ambulantes, biscateiros, guardadores de carro e prostitutas. A violência é presença cotidiana. Os excluídos do modelo econômico vigente, ou os incluídos com salários, não mínimos, mas insuficientes e indignos, muitas vezes encontram atividades nos territórios do banditismo urbano, que se alimenta de drogas ou atividades ilegais outras.

Os indicadores demográficos e econômicos da Região Metropolitana de Fortaleza são pertinentes a apresentá-la como uma região de urbanização intensa e crescente, visto que em 2002, sua densidade demográfica fora igual a 638 habitantes por km<sup>2</sup>, com taxa de urbanização igual a 96,6%, PIB *per capita* de R\$4.355,42 e percentual de trabalhadores do emprego formal que recebem mais de 2 salários mínimos igual a 57,3% (IPECE, 2004).

Dos 1095 pacientes avaliados, 87,4% (n=957) eram provenientes de Fortaleza e 12,6% (n=138) dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Fortaleza, em que os municípios de Maracanaú e Caucaia foram responsáveis por 23,2% e 17,4%, respectivamente, das vítimas atendidas no IJF. A distribuição geográfica dos casos de violência interpessoal entre as seis regionais executivas (RE) que compõem a Capital cearense, observamos uma certa uniformidade, excetuando à RE III, com 8,9% dos casos. As demais RE, em ordem decrescente,

assinalaram as seguintes freqüências de vítimas: RE V (17,1%), RE VI (16,4%), RE II (16,3%), RE I (15,3%) e RE IV (13,9%). Este fato remete à reflexão da ineficiência dos setores de saúde para o atendimento destes pacientes próximos às suas residências. Urge informar que, em cada uma das regionais executivas existe um hospital de atendimento terciário, excetuando a RE VI, onde há dois hospitais para atendimento da demanda daquela população.

A população brasileira é constituída por uma grande multiplicidade de raças e etnias, infinidade esta que torna o Brasil um dos países do globo terrestre dotado de uma das maiores diversidades culturais existentes na circunscrição de um Estado nacional. A presença dos povos indígenas no Território brasileiro, a violenta introdução dos povos negros oriundos da África para a prática de trabalho escravo, a colonização portuguesa, as influências da cultura francesa e holandesa nas cidades litorâneas brasileiras, além da marcante presença de imigrantes dos mais diversos países, concederam ao Brasil, no decorrer, um caráter polimorfo na sua formação cultural.

Ao longo das últimas décadas, vários estudos revelam diferenças raciais marcantes na morbi-mortalidade, no comportamento em face da doença e da saúde, no acesso e uso dos serviços de saúde, bem como em outras questões de interesse para os pesquisadores em saúde (LILLIE-BLANTON *et al.*, 1996). Mesmo entre os profissionais familiarizados com a discussão crítica sobre os efeitos da desigualdade na saúde das populações, ainda há questionamentos acerca da pertinência do uso da “raça” nas pesquisas em saúde, por não saberem o que ela realmente mede, como coletar esse dado e quais as categorias raciais mais adequadas para a classificação.

Há autores que consideram que os indivíduos que se autotclassificados como pretos ou pardos compartilham de uma situação socioeconômica semelhante, tendo como base os indicadores relativos a rendimentos, educação, inserção na força de trabalho, mobilidade social, dentre outros, o que justificaria sua agregação na categoria negro (LAGUARDIA, 2004).

Na investigação proposta neste trabalho, a etnia mais freqüente correspondeu aos classificados como pardos, correspondendo a mais da metade dos casos (59,2%), seguido dos brancos (23,3%) e daqueles que se consideraram pretos (14,2%).

Para Dowd *et al* (1996), o meio ambiente social se refere tanto aos fatores socioeconômicos individuais (emprego, educação) quanto às condições de trabalho e moradia, às relações sociais dentro da comunidade ou no trabalho e aos arranjos de poder (fortalecimento político, influência e controle individual e comunitário) que, isoladamente ou em combinação com fatores relativos à pessoa, são determinantes potenciais do *status* de saúde.

Os pacientes vítimas de violência interpessoal que foram atendidos no IJF no período da coleta de dados apresentavam, em sua maioria, o ensino fundamental incompleto (44,3%), seguido do fundamental completo (16,8%), médio incompleto (12%) e médio completo (10,9%), demonstrando claramente que os indivíduos abandonaram a escola ou interromperam seus estudos para ingressar no mercado de trabalho.

Na população economicamente ativa (PEA), ou seja, aquela em que o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo é formado pela população ocupada [empregados – com ou sem carteira de trabalho assinada (conta própria, empregadores), inclusive aquelas que prestam serviço militar obrigatório e

clérigos, trabalhadores domésticos] e população desocupada – aquela que não tem trabalho, mas está disposta a trabalhar mas para isto, toma alguma providência efetiva, como consulta de pessoas, jornais etc. As pessoas não classificadas como ocupadas ou desocupadas são inseridas na terminologia de população não-economicamente ativa (PNEA)

Desta forma, a maior parte da amostra investigada participa da PEA, sendo que 56,4% são considerados ocupados, porém a maioria (39,7%) está inserida no mercado de trabalho na informalidade, ou seja, sem registro de carteira assinada; enquanto isso, os indivíduos que eram trabalhadores formais perfizeram um total de 16% e os militares 0,7%. É muito preocupante a situação de 336 vítimas (30,7%), visto estarem em uma situação de população desocupada, ou seja, desempregadas. De toda a amostra estudada, 7,6% estavam classificadas na PNEA, ou seja, os estudantes, aposentados e pensionistas, aqueles que vivem de renda, os doentes ou inválidos, os detentos, os que exercem afazeres domésticos e as pessoas sem ocupação.

A dinâmica de fatores ambientais na distribuição de crimes em espaços urbanos é cada vez mais utilizada para discussão dos componentes racionais da atividade criminosa, assim como para o desenvolvimento de estratégias de prevenção situacional.

Em locais de fraca organização social, desencadeada pela privação de recursos, há uma inabilidade de criação e manutenção de estratégias de prevenção de atos violentos, além da geração de efeitos na incidência de eventos violentos. (MILES-DOAN, 1998)

Dentre os indicadores relacionados com privação de recurso, podem ser enumerados escolaridade, empregabilidade, moradia e a coabitação, em que a

moradia era própria para um pouco mais da metade dos participantes (51,6%), enquanto que 475 vítimas (43,6%) de violência moravam em imóveis alugados.

Convém dizer que a estabilidade na moradia é um dos fatores centrais na minimização da violência. A sensação de pertença ao local onde se habita promove nos moradores maior compromisso com sua comunidade na constituição de propostas e ações de desenvolvimento local.

Outrossim, 52,1% dos entrevistados consideravam-se maritalmente casados, sendo que 38,1% moravam com companheiro(a) e filho(s), enquanto 45,4% eram solteiros e 35,5% moravam com os pais. Por fim, resultados indicam que a população da qual a amostra foi extraída, a maioria apresenta baixos poder aquisitivo, escolaridade e renda.

Os dias da semana que apresentaram maior proporção dessas ocorrências correspondem aos finais de semana. Verificamos que 30% do total de casos ocorreram no domingo (329 vítimas), sábado, com 19,8% (218), e sexta-feira, com 12,6% (138), e que a terça-feira é o dia com menor número de vítimas (72). É durante a noite e a madrugada que a maior parte da violência ocorreu, entre 18h01min e 0h00min foram registrados 33,7% dos eventos, e outros 24,4% entre 0h01min e 6h00min. As menores frequências de violência interpessoal se deram no período da manhã – das 06h01min às 12h00min (19,5%) em 214 casos. Estes dados convergiram um pouco daqueles investigados por Gawryszewski, Kahn, & Mello Jorge, (2005), que analisaram os óbitos por homicídios nas cidades de São Paulo e Recife.

Para o desenvolvimento da violência física interpessoal, o perpetrador pode utilizar-se de qualquer tipo de arma de que dispõe para deferir golpes em sua vítima. Arma, em sentido genérico, é todo objeto ou utensílio capaz de lesionar ou matar,



qualquer que seja sua forma ou destinação, e o que caracteriza a arma é a sua potencialidade ofensiva, é a circunstância de haver sido especialmente fabricada para o fim de servir de instrumento de ataque ou defesa (próprias e impróprias).

No Instituto Dr. José Frota, durante o período da pesquisa, a maneira mais comum de violência física interpessoal foi o espancamento, com (57,3%) em que a agressão manual a socos esteve presente em 456 vítimas (41,6% do total), seguida das armas brancas - 22,6% - (facas, facões, estiletes, punhais e foices) e armas de fogo. Neste item, os revólveres foram as armas mais utilizadas – em 208 casos. Proporcionalmente, todavia as mulheres sofreram mais agressão física sob a forma de espancamento (71,3%), enquanto os homens obtiveram um percentual de 54,1% com o mesmo agente vulnerante.

A inexistência de licença para o porte de arma branca e a falta de legislação específica, pois não existe obrigatoriedade de requerer licença da autoridade administrativa para o comércio, compra e posse de "arma branca", ou guia de tráfego para seu transporte, podem ser traduzidas pelo elevado percentual de lesões corporais.

O ferimento por arma de fogo é um problema de saúde pública em escala mundial. Os índices estatísticos demonstram que as armas são utilizadas nas diversas formas de violência – assaltos, assassinatos, seqüestros, suicídios e mutilizações (OGATA, ONO & LEANDRO, 2003; GRASSEL et al, 2003).

Nos pacientes atendidos no IJF, os homens foram vítimas de arma branca e de fogo em 24,4% e 19,9%, enquanto as mulheres foram em 14,4% e 13,4% respectivamente. As lesões relacionadas com armas de fogo foram significativamente maiores em homens do que em mulheres, e as vítimas negras apresentaram riscos maiores, segundo Dowd (2003).

Estudos experimentais sugerem que álcool causa agressividade sob certas circunstâncias, e metanálises sugerem um pequeno a moderado efeito sob a relação consumo de álcool e agressão (ROOM, BABOR & REHN, 2005; OMS, 1995). Há, ainda, uma relação entre drogas ilícitas e violência, e muitos estudos são direcionados para organizar o conhecimento para desenvolvimento de um modelo teórico. É importante analisar os contextos sociais, pois pode criar condições para o comportamento violento acontecer. (PARKER & AUERHAHN, 1998)

Um pouco mais da metade dos indivíduos vitimados por agressão física (54,2%) afirmaram ter ingerido bebidas alcoólicas, porém, quando inquiridos acerca do uso de entorpecentes, a maioria, 86,1%, negaram o seu uso.

Os fatores que influenciam o risco de “vitimização” aos indivíduos são a exposição, proximidade da vítima com o agressor – frequência dos contatos sociais entre ambos, capacidade de proteção, atrativos da vítima, além da natureza dos delitos. A exposição é definida pela quantidade de tempo que os indivíduos frequentam os locais públicos, estabelecendo contatos e interações sociais. O estilo de vida de cada indivíduo determina em que intensidade os demais fatores estão presentes em sua vida, bem como em que medida os indivíduos se expõem em lugares públicos e a proximidade com o seu agressor.

Na presente investigação, destacamos o fato de que quase a metade (48,6%) das vítimas foi agredida por desconhecidos enquanto 31,5% (n=315) da amostra foi agredida por amigos, conhecidos ou colegas. A maioria dos pacientes pesquisados foi agredida por uma só pessoa (67%), 23,5% por dois agressores e 8,8% por três ou mais pessoas; e os principais agressores eram homens (97%) e jovens (61,6%).

Há evidências, nos estudos epidemiológicos sobre "vitimização", que violência interpessoal de adolescentes quase sempre é realizada por outros adolescentes. (DAANE, 2003), visto que eles costumam freqüentar os mesmos ambientes nas atividades de lazer. No contexto social para violência entre civis, há uma diferença entre o sexo. Em 57% dos ataques às mulheres, o agressor é um membro familiar ou companheiro, enquanto, para os homens, 17% dos agressores são membros familiares ou companheiras. (RAUD & STROM, 1997)

Considerando que domicílio é o lugar onde a pessoa estabelece sua residência com intenção definitiva, enquanto a residência é transitória (apenas morada ou habitação), as ocorrências da violência interpessoal, *grosso modo*, deuse em ambientes extradomiciliares em 87% dos casos, contra 12,8% das agressões dentro do domicílio. Quando analisado o gênero das vítimas, no entanto observamos que 59,9% das mulheres sofreram agressão física na intimidade de seus lares, ao passo que 2,1% dos homens foram violentados neste espaço físico.

As informações contidas são consonantes com a literatura científica vigente que demonstra serem os homens vítimas da violência nas ruas e tendem a ser atacados por estranhos ou em brigas ocasionais (HEISE, 1994), e dados do IBGE constataam que 63% das vítimas de agressões físicas ocorridas no espaço doméstico eram mulheres, na década de 1980.

As partes do corpo atingidas pelas ações violentas são bastante diversificadas e considerando ainda que o mesmo ato pode traumatizar mais que uma parte do corpo. Verifica-se que a face foi a região mais atingida (38,1%), seguida da cabeça e do abdome, 16,9% e 13,0%, respectivamente.

As áreas do corpo humano mais atingidas na violência contra mulher foram face, em 100 mulheres (49,5%), seguida da cabeça (16,8%) e membro superior

direito (10,4%). As demais partes do corpo foram tórax, abdômen, e demais membros. É interessante confrontar os dados com aqueles do estudo de Schraiber et al (2002), em que as regiões do corpo feminino mais atingidas foram face (28%), cabeça/pescoço (26,6%), membros superiores (25,2%), membros inferiores (16,8%), costas (16,8%), abdômen (14%), tórax (8,4%), seios (8,4%), nádegas (6,3%) e outras regiões (9,8%).

Os dados referentes à pesquisa em questão foram bastante concisos com os casos de violência doméstica na Cidade do México, que revelaram que há uma predileção pela face e crânio, concentrando 60% das lesões em mulheres violentadas (HIJAR-MEDINA et al, 2003). As regiões atingidas, especialmente face, cabeça e braços são compatíveis com estudos de Deslandes, Gomes & Silva (2000) e podem indicar, além de um comportamento de defesa com os braços, o caráter simbólico de humilhação de agressão à dignidade dos seres humana de que se revestem os atos de agressão à face.

## **6.2 Perfil do paciente portador de lesão facial por violência interpessoal do IJF**

As causas das fraturas maxilomandibulares variam significativamente de um país para outro em razão de fatores sociais, culturais e ambientais; tais causas têm se alterado nas últimas três décadas, e continuam se modificando. (Silva, LEBRÃO, 2003; OGATA, ONO & LEANDRO, 2003; HOGG et al, 2000; MACKENZIE, 2000; Maccallun et al, 2000; BATAINEH, 1998; COHEN, PACIOS, 1995; TANAKA, 1994; HOLT, 1992; FRIDRICH, PENA-VELASCO, OLSON, 1992; TELFER, JONES, SHEPHERD, 1991; HAUG, PRATER, INDRESANDO, 1990; BECK, BLAKESLEE, 1989)

Dentre os mais importantes fatores etiológicos, encontram-se os acidentes com veículos automotores e as agressões. Nos países desenvolvidos, preponderam as agressões e nos países em desenvolvimento os acidentes de trânsito. (VASCONCELOS et al, 2005; FALCÃO, LEITE SEGUNDO, SILVEIRA, 2005; SILVA, CAUÁS, 2004; OIKARINEN et al, 2004; LEITE SEGUNDO et al 2004; LASKI et al, 2004; AL AHMED et al, 2004; ADEBAYO, AJIKE, ADEKEYE, 2003; DONGAS, MAY 2002; LE et al 2001; lida et al 2001; SHEPHERD, SIVARAJASINGAN, RIVARA, 2000; MANUS et al 2000; BATAINEH, 1998; BAMJEE et al, 1996; VETTER et al, 1991; TELFER, JONES, SHEPHERD 1991; CHIDZONGA, 1990). Alguns autores asseveram que a violência interpessoal é a principal causa de traumatismos faciais em determinados centros urbanos (RIBEIRO et al, 2004; ANSARI, 2004; BEAUMONT, LOWRIE, CLEATON-JONES, 1995, BROOK, WOOD, 1983).

Este estudo totalizou 1095 pacientes vítimas de violência interpessoal, e 38,1% (n=417) pessoas tiveram a face como parte(s) do corpo(s) atingida. O critério de inclusão da população estudada baseou-se em informações verbais fornecidas pelos pacientes, visto que as agressões não exibem sinais e sintomas patognomônicos que as diferenciem de outros tipos de traumatismos.

A maior incidência da agressão, que resultou em traumatismos faciais, quer de tecidos moles e/ou duros (ósseos e/ou dentários), se deu no sexo masculino, numa população tipicamente jovem, o que encontra respaldo em grande parte da literatura científica vigente. Das 417 lesões faciais presentes, 316 deram-se em homens, e a proporção entre homens e mulheres neste estudo encontrado foi de 3,12:1.

É interessante salientar que o estudo foi o que encontrou maior proporção de mulheres com lesões faciais, comparativamente a homens, confirmando o que a

literatura vem relatando sobre a maior participação feminina como vítimas de traumas (LASKI et al, 2004; EROL, TANRIKULU, GÜRGÜN, 2004; CHRCANOVIC et al 2004; OCHS,H.A.; NEUENSCHWANDER, M.C.; DODSON,1996, OIKARINEN et al, 2004; KIESER et al, 2002; LE et al, 2001; DAVIS et al 2000; GUTH, PACHETER, 2000; FENTON, BOUQUTO, UNKEL, 2000; PERCIACCANTE, OCHS, DODSON, 1999; MURAOKA, NAKAY, 1998; DODSON, 1996; COHEN, PACIOS, 1995; SHEPHERD et al, 1993; HOLT, 1992; ZACHARIADES et al 1990).

A população de maior risco ao trauma foi dos 19 aos 30 anos de idade com 211 casos, equivalente 37,9% do grupo total daqueles que tiveram lesões faciais. As idades variaram de 18 a 80 anos, e a idade média foi de 30,15 anos. Os dados deste estudo estão em consonância a outros na literatura científica que abordam esta temática, como os de Silva, Lebrão (2003), Silva, Cauás (2004) e Chrcanovic et al (2004), as asseverarem que os traumatismos faciais decorrentes de violência interpessoal estão acometendo indivíduos mais jovens, a cada dia. No estudo em vigor, a menor proporção encontrada na faixa etária mais velha, corroborando os achados de Shepherd et al (1990) e de Haymond et al (1988). Para Goldschmidt et al (1995); Thomson et al (2003) e Gerbino et al (1999), as pessoas desta faixa etária estão mais propensas a quedas que resultam em fraturas faciais e dentárias.

Desde 1872, a data do primeiro censo nacional, o IBGE adota classificação de cor da população brasileira que permanece até os dias de hoje, e inclui as seguintes variáveis: preta, parda, branca, indígena e amarela. O presente trabalho utilizou-se desta nomenclatura, contudo, foram categorizadas em duas variáveis: grupo 1 (brancos, amarelos e índios) e grupo 2 (pretos e pardos). Os dados referentes àqueles que sofreram lesões faciais foram semelhantes, sendo que o

grupo 2 correspondeu a 72,6% das vítimas, enquanto que 23,8% pertenciam ao grupo 2.

Fato notado na literatura a respeito da violência interpessoal é a tendência em não se realizarem pesquisas levando em consideração as variáveis de raça, cor ou etnia; e sim o grupo socioeconômico, estado civil, situação de empregabilidade, moradia, renda, dentre outros. (SHEPHERD, ROBINSON, LEVERS, 1990, SHEPHERD et al, 1990, STAINBROOK, 1970) Os dados da pesquisa reforçam que a etnia/raça não é considerada fator de determinação destes eventos. Chrcanovic et al (2004) e Adebayo, Ajike, Adekeye (2003) salientam em seus trabalhos que o desemprego é um fator que contribui para o desenvolvimento de violência interpessoal.

Este estudo demonstrou que os domingos foram os dias com a maior incidência de agressões, com 121 casos (36,6%), e, ao longo do dia, mais da metade dos casos (55,65%) casos ocorreu no período da noite, em que 149 lesões se deram no período de 18h01min às 0h00min e 92 no período de 0h01min às 6h00min. O período de menor número de atendimentos foi à tarde, com 83 atendimentos de lesões faciais.

A maior parte dos estudos evidencia maior incidência de atendimentos a casos de agressão física nas noites dos finais de semana, quando há uma maior frequência a bares, festas, bailes *funk*, danceterias e outros eventos; e, notadamente, locais que apresentam um maior consumo de bebidas alcoólicas. O período da noite coincide também com o horário em que muitas pessoas, em especial os maridos e companheiros, chegam em suas residências, às vezes embriagados, e usam a violência física contra suas esposas e companheiras. (STROM, 1992).

A distribuição dos casos encontrados neste estudo ao longo da semana, e no curso do período de 24 horas, apresentou peculiaridades dissonantes da literatura em geral, pois grande parte dos autores afirma que os maiores índices de lesões bucomaxilofaciais ocorreu aos sábados e sextas-feiras, como em Shepherd et al (1987), Shepherd et al (1990) e Hutchison et al (1998), enquanto que Santos (2002), avaliando uma determinada periferia paulistana, encontrou no domingo o dia da semana que mais houve atendimentos.

Um aspecto bastante distinto dos demais autores foi a maior concentração de casos com lesões faciais nas quartas-feiras. Este dado pode ser justificado, pois, como o IJF é um hospital de referência ao trauma, e em especial, ao trauma bucomaxilofacial, outras unidades emergenciais distritais perfazem encaminhamentos ao Instituto às quartas-feiras, visto este ser o dia considerado de ambulatório da especialidade. Pela lógica de atendimento do hospital, porém, todo paciente vítima de trauma deve ser conduzido primariamente para o Setor de Emergência I.

É unânime a opinião de que o consumo de álcool e outras drogas psicoativas desempenham fatores importantes no incremento da violência, e, por conseguinte, dos casos de agressão (LINDBAUM et al, 1989. HITCHIN, SHUKER, 1973; VOSS, 1982; THORN, MOGELTOFT, HANSEN, 1986; SHEPHERD et al, 1987; SHEPHERD, ROBINSON, LEVERS, 1990, SHEPHERD et al 1990; TELFER, JONES, SHEPHERD, 1991; STROM,1992; STROM et al, 1992; HOLT, 1992; PASSERI et al, 1998; MANUS ET AL 2000; LE et al 2001; OIKARINEN et al, 2004).

Na Suécia, pacientes portadores de fraturas faciais e o uso de álcool ou de narcóticos são reportados em mais de 56% dos casos, e cerca de 79% de violência interpessoal e álcool. Em estudos também na Finlândia, 44% das fraturas



mandibulares estão associadas ao uso abusivo de álcool (OIKARINEN, SILVENNOINEN, IGNATIUS, 1992)

Constatamos na investigação realizada no IJF que os percentuais dos indivíduos portadores de lesão facial que tinham ingerido ou não bebida alcoólica (37,2% e 38,8%) foram bastante próximos; e em relação ao uso de entorpecentes, verifica-se um percentual 7,9% mais elevado naqueles que haviam feito uso de drogas psicoativas em relação ao que não tinham utilizado o referido produto. Conforme asseverado em bases teóricas, não houve associação significativa entre as duas variáveis, quer em relação ao uso de bebida alcoólica quanto à utilização de substâncias entorpecentes.

Neste trabalho, 56,8% (n=356) das pessoas com lesões faciais foram vítimas de espancamento, com socos, chutes ou a combinação destes. Os números obtidos são corroborados com outros países que referem-se à predominância de socos e/ou chutes como as formas mais corriqueiras das agressões à face (SHEPHERD ET al, 1988; SHEPHER et al, 1990; EISKJARE et al, 1992; STROM, 1992; STROM et al, 1992; BROWN, CIVIL, 1993; GREENE et al, 1997; LE et al, 2001; SANTOS, 2002).

Chamou a atenção significativa da quantidade de ferimentos por armas de fogo neste estudo (com 26 casos, 12,7%), quando comparados aos demais pesquisadores (HOLLIER, GRANTCHAROVA, KATTASH 2001; SILVA, LEBRÃO, 2003; OGATA, ONO & LEANDRO, 2003; ASSAEL, 2003; CUNNINGHAM, HAUG, FORD, 2003) Isto só corrobora a ascensão dos crimes violentos na RMF, caracterizando verdadeiras tentativas de homicídios, muitas vezes por motivos banais, vis. Os ferimentos por arma de fogo estiveram mais concentrados em

peças com idade de 21 a 25 anos, 63,41% dos casos, em que os homens foram 4,1 mais vezes atingidos.

Na investigação feita no IJF, a face foi dividida em região conforme caracterização de França (ARBENZ, 1988), e mais foi feito: estudadas as regiões afetadas verificou-se que a região mais afetada foi a nasal (12,4%), e a segunda região mais atingida foi infra-orbitária (7,6%) seguida da região bucal (4,6%), e as lesões de tecidos moles de maior ocorrência foram as lacerações (14,3%), seguidas do hematoma (11,1%) e do edema (7,8%).

O filósofo Platão, refletindo acerca da condição humana, escreveu que os três desejos que todo homem apresenta são: ser saudável, ser rico por meios honestos e ser belo. Analisando a última instância, a beleza é importante, visto ela ser capaz de capturar corações, aprisionar mentes, atingir os sentimentos, atendendo a um desejo sem limites de ver e imaginar uma forma humana ideal. De igual maneira forma, para Etkoff (1999), mesmo que os outros nos achem belos, pode ser que nós mesmos não nos achemos se estivermos nos comparando constantemente com outros, ainda que mais belos, e assim demonstramos como nossa auto-estima está alterada.

Em relação às divisões da face realizadas para efeito de estudos específicos de tecidos moles, obtivemos como resultado a região nasal, a que mais sofreu lesões do tipo hematoma, laceração e edemas (50, 40 e 37 casos, respectivamente), enquanto que a região infra-orbitária dos pacientes vítimas de agressão física apresentou 30 casos de hematoma, 29 lacerações e 11 casos de edema. Já a região bucal apresentou 19 casos de laceração e 16 de edema.

As lesões de tecidos moles apresentam a particularidade, na maioria das vezes, de limitarem socialmente e profissionalmente os indivíduos, em razão do

estigma da agressão estar estampado no rosto. As lesões de tecidos duros, contudo, em especial as fraturas faciais requerem mais tempo para o total restabelecimento dos pacientes.

Interessante é que quando se comparam os resultados com de Loducca (1997) que, embora tenha feito estudo em vítimas de acidentes de trânsito, utilizou divisões semelhantes às do trabalho para estudar lesões dos tecidos moles faciais. É de se notar que a região mentoniana, com pouca incidência de lesões teve elevada incidência no trabalho de Loducca (15%), o mesmo ocorrendo com a região labial (20%). Com isto, percebemos como diferentes agentes etiológicos traumáticos podem levar a lesões com aspectos e distribuições também diferentes.

Este estudo demonstrou que 170 (40,76%) das vítimas de agressão com lesões faciais, apresentavam algum tipo de lesão aos tecidos duros, ou seja, fratura óssea ou dentária. Os ossos mais vezes fraturados foram os ossos próprios do nariz (OPN) ou ossos nasais com 86 casos; a seguir, em ordem decrescente, vieram a mandíbula (35 casos), o osso zigomático (27 casos) e os ossos maxilares (5 casos). Deve ser salientado que, 17 pacientes apresentavam fraturas associadas entre estes ossos. Os dados foram baixos neste tipo de associação de fraturas, visto que os atos de agressão interpessoal composto por forças mecânicas de menor intensidade, tendem a causar fraturas mais simples. O oposto ocorre com acidentes automobilísticos, cuja intensidade da força traumática gera fraturas múltiplas e mais graves (SILVA, CAUÁS, 2004; SANTOS, 2002; VAN BEEK, MERKS 1999; COHEN, PACIOS, 1995; ALMEIDA et al 1995; FRIDRICH, PENA-VELASCO, OLSON, 1992; HAUG, PRATER, INDRESANDO 1990; BECK 1989, SALEM et al, 1968 ).

O fato de os ossos nasais serem mais freqüentemente fraturados é coincidente com achados na maioria dos autores que estudaram agressões físicas,

como Greene et al (1997) Eiskjare et al (1992) Hussain et al (1994) que reconhecem a alta freqüência das fraturas nasais em casos de agressão com 57%, 75% e 60%, respectivamente. Alguns autores, todavia, não incluem as fraturas nasais em suas casuísticas, ou justificam sua baixa incidência por serem fraturas, na maioria das vezes encaminhadas para outros serviços, como cirurgia plástica ou otorrinolaringologia (ALMEIDA, 1995, PALMA, LUZ, CORREIA 1995), ou ainda, para serviços em outras unidades hospitalares, visto que são fraturas que podem ser tratadas posteriormente. O IJF, apesar de ter serviços de emergência em cirurgia plástica e otorrinolaringologia, a cirurgia bucomaxilo atua efetivamente no atendimento emergencial e tratamento das fraturas que acometem os ossos próprios do nariz. Desta forma, a presente casuística não excluiu nenhum osso facial.

A questão do porquê a face, e em especial o nariz, é alvo de traumatismos na Modernidade é muito interessante. Enquanto alguns autores asseveram que, assim como os ossos zigomáticos o são, o nariz torna-se mais vulnerável aos traumatismos em virtude de sua projeção na face. Dados arqueológicos, porém, sugerem que a fixação do nasal não é uma “programação humana geneticamente construída”; mas uma contingência cultural. Isto mostra que lutas ritualizadas, socialmente sancionadas, como alguns esportes, como o boxe, influenciam o padrão de agressão visto na sociedade fora da arena dos esportes. (WALKER, 2001)

Os ossos nasais à parte, a literatura em geral demonstra muitas irregularidades nas incidências das localizações das fraturas, ou seja, aparecem ora na mandíbula ora no complexo zigomático, alternando-se em maior ou menor freqüência. Na mandíbula, igualmente na literatura apresenta resultados inconstantes em relação às localizações das fraturas (GREENE et al, 1997;

FRIDRICH, PENA-VELASCO, OLSON 1992; CHIDZONGA, 1990; LE et al, 2001, SALEM et al, 1968).

A mandíbula correspondeu a 20,58% das fraturas faciais, e o presente estudo apresentou a região de corpo mandibular com maior incidência, 23 fraturas (65,7%) das fraturas mandibulares. As demais localizações vêm a seguir, em ordem decrescente: parassinfisária (17,2%), ângulo (5,7%) e côndilo (5,7%).

Dados de Al Ahmed et al (2004) demonstraram que, quando a violência interpessoal foi considerada, o ângulo mandibular consistiu na área de maior incidência de fratura; ao passo que, em Santos (2002), esta região configurou-se em segundo lugar, após as fraturas de corpo mandibular (58,2%). A seguir, as regiões de côndilo, sínfise e parassínfise e ramo obtiveram as seguintes percentagens: 15,4%, 14,3%, 9,9% e 2,2%, respectivamente.

O estudo mostrou que o maior número de casos envolveu o osso zigomático, em que o corpo do osso zigomático foi acometido em 42,9% dos casos, a apófise frontozigomática em 21,4% e o rebordo infra-orbitário em 10,7% dos casos. O mesmo valor também foi encontrado nas fraturas que envolveram o arco zigomático (10,7%). Para Hussain et al (1994), as fraturas zigomáticas ocorreram o dobro de vezes das fraturas mandibulares.

Em São Paulo, Santos (2002) investigou as fraturas do osso zigomático em duas categorias somente: complexo zigomático, que envolve o corpo do osso e suas apófises, e o arco zigomático. Encontrou o complexo zigomático atingido em 80,5% dos casos, enquanto o arco zigomático sofreu fratura em 19,5% dos casos. - complexo zigomático. Sob esta óptica, os dados do atual estudo são bastante próximos àqueles da cidade de São Paulo.

A distribuição das fraturas de acordo com o gênero do estudo em vigor demonstrou que as fraturas dos ossos próprios foram mais freqüente, tanto em homens (62 casos) quanto em mulheres (24 casos), seguidas das fraturas de mandíbula (28 casos em homens e 07 em mulheres) e do osso zigomático (22 em homens e 06 em mulheres). Kieser et al (2002), porém, em seu estudo na Nova Zelândia, encontraram que os homens tiveram mais fraturas de mandíbula, seguido de fraturas de ossos nasais; enquanto isso, nas mulheres o nariz foi o osso mais fraturado, vindo a seguir a mandíbula e a região maxilomalar. Esta mesma ordem de incidência ocorreu no trabalho de Strom, em 1992.

O percentual do total de pacientes com fraturas faciais devidas a violência física semelhantes aos achados de Hussain et al (1994), encontraram Shepherd (1990) com 26%. Seu estudo está em consonância com este em relação a maior freqüência de fraturas dos ossos nasais (27%), contudo, diferentemente do estudo realizado no IJF, na segunda posição, surgem as fraturas zigomáticas (22%), e a seguir ângulo (12%) e corpo mandibulares.

Também ocorreu disparidade de resultado entre este estudo e o de Shepherd et al em 1988, visto que para esses autores a mandíbula foi o osso mais freqüentemente fraturado (38%), assim como em Iida et al (2001) e Fridrich, Pena-Velasco, Olson, 1992.

Em relação às fraturas mandibulares, Chidzonga (1990) encontrou distribuição parecida com a desta pesquisa, alterando somente a terceira e quarta posições, relatadas a seguir: corpo, ângulo, parassínfise e côndilo. Também não coincidindo com nosso estudo, nem com a maior parte da literatura, foi o trabalho de Le et al (2001) que encontraram maior incidência de fratura do processo condilar.

Incidências de fraturas totalmente distintas das encontradas neste trabalho foram descritas por Zachariades et al (1990), com 39% das fraturas de mandíbula, 10% de fraturas o complexo zigomático maxilar e 2% de fraturas nasais. Também relataram não coincidentes com os deste estudo Salem et al (1968), os quais afirmaram que o osso zigomático foi fraturado mais freqüentemente do que qualquer osso facial, e que, segundo os autores, quando a mandíbula sofreu fraturas por agressão, o ângulo foi o local mais afetado, seguido da região de corpo mandibular.

Hollier, Grantcharova, Kattash (2001) observaram em sua pesquisa que o osso facial mais fraturado decorrente de armas de fogo foi o osso do complexo zigomático (34,52%), seguido da mandíbula (29,76%), região orbitária (26,19%) e região nasoetmoidal (11,90%). Os demais casos estavam relacionados com fraturas cranianas.

Quando excluída a face, as lesões na cabeça e pescoço são as mais predominantes, visto que Santos (2002) encontrou 54,5% dos casos, o que se explica pela proximidade anatômica; e o segundo local mais associado foram os membros superiores, com 16,2%. Este achado é coincidente com outros autores, que apresentam o consenso em afirmar que tais lesões ocorrem, pois a vítima, na tentativa de defesa, eleva os braços, expondo-os ao ato violento. (SHEPHERD et al 1987, SHEPHER et al 1988, EISKJARE et al (1992).

No presente estudo, detectamos 28 (6,77%) indivíduos que sofreram lesão facial afirmaram ter tido perda da consciência após o evento, percentagem semelhante àqueles que não apresentaram lesões faciais (6,49%), sem associação significativa. Hung, Montazem, Costello (2004) realizaram um estudo retrospectivo para determinar a correlação entre fraturas de mandíbula e a perda de consciência. Neste estudo, 85 pacientes relataram perda da consciência, e a incidência desta

perda em relação às fraturas de mandíbula foi de 17,6%. Dos pacientes que tiveram perda de consciência, 73% sofreram violência interpessoal e a maior parte eram homens, jovens e de uma região de baixo nível socioeconômico, com um elevado índice de uso de álcool e drogas ilícitas.

### **6.3 Violência de gênero em mulheres atendidas no IJF**

A violência relacionada a mulheres é um fenômeno extremamente complexo com profundas raízes nas relações de poder entre homens e mulheres, expectativas no papel de gênero, auto-estima e instituições sociais. Ela não pode ser conceituada sem se confrontar as crenças culturais e estrutura social que perpetua a violência contra a mulher. Em várias sociedades, as mulheres são definidas como inferiores e o direito de dominá-las é considerado a essência da masculinidade. (HEISE, 1994)

A delimitação conceitual do problema da violência contra a mulher implica enfrentar uma “ambigüidade terminológica”; em que muitas vezes violência “contra a mulher” e violência “de gênero” ou “baseada em gênero” aparecem como termos intercambiáveis ou sinônimos, até. Alguns autores utilizam os termos “violência doméstica” e “violência intrafamiliar” como possibilidades terminológicas embora não se restrinjam à violência contra as mulheres. (DANTAS-BERGER & GIFFIN, 2005)

Violência de gênero é aquela exercida pelos homens contra as mulheres, em que o gênero agressor e o da vítima estão intimamente unidos à explicação desta violência. É a violência perpetrada pelos homens para manter o controle e o domínio sobre as mulheres.

Vale ressaltar aqui alguns outros conceitos, abordando a temática da violência entre homens e mulheres. Rohlf's & Valls-Llobet (2003) mencionam, além



da expressão violência de gênero, as unidades de idéias violência doméstica e violência contra as mulheres. Na violência doméstica, a violência pode ser perpetrada pelo companheiro ou por outro membro familiar, indo além das fronteiras do lar. Em 1995, a violência doméstica teve sua definição legal como “qualquer agressão, ameaça, agressão sexual, ameaça sexual ou qualquer ofensa criminal que resulte em injúria física ou morte de um membro familiar por outro que mora ou morava na mesma unidade domiciliar” (PETERMAN & DIXON, 2003:41)

A violência intrafamiliar exercida contra a mulher corresponde a uma forma de poder masculino para manter seu domínio e subordinação de outro sexo, determinados por estruturas culturais autoritárias. (TUESCA & BORDA, 2003)

A fundamentação teórica social da violência contra a mulher analisa os aspectos sociais dos diferentes papéis que as mulheres desenvolvem ao longo da vida. Aqui nos reportamos aos atos violentos organizados e aceitos no seio da própria sociedade e afetam a mulher, e seu parceiro em diversas circunstâncias. Este tipo de violência tem sua origem no valor da mulher dentro da sociedade. (CASIQUE, 2004)

Devemos ainda assinalar que o comportamento humano, sob a óptica sociológica, é um padrão culturalmente apreendido, prescrevendo condutas, sentimentos, valores e atitudes diferenciados para homens e mulheres, desde a infância. A mulher é sedutora, pecadora, responsável pela atração sexual do homem, e portanto, guardiã da moralidade. Pela mesma lógica é contraditória, pois a mulher sempre pode ser culpada pelos ataques sexuais que “ela atrai”

A violência contra a mulher permanece em silêncio, pelo ao fato de ser considerada como algo natural e privado, sendo a violência reforçada pela igreja e pelo governo mediante de normas e códigos, dos quais se produzem muitas crenças

e mitos que nem sempre têm relação com a realidade, embora a sociedade os tenha legitimado. A ordem social de tradição patriarcal “consentiu” um certo padrão de violência contra as mulheres, designando ao homem o papel “ativo” nas relações sociais e de conjugalidade. (DANTAS-BERGER & GIFFIN, 2005)

De acordo com o Banco Mundial, a “vitimização” relacionada com o gênero é responsável por um em cada cinco anos potenciais de vida perdidos ou vividos com incapacidade<sup>22</sup> em mulheres na idade reprodutiva. Além do mais, este tipo de violência é muito maior em países em desenvolvimento (HEISE, 1994). No Brasil, em estudo feito por Giffin (1994) demonstrou que 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física em mulheres de 15 a 44 anos se deu como resultado da violência de gênero.

Um estudo realizado por Silva (1984) na cidade de Fortaleza, demonstrou que as violências por seus altos índices nos anos potenciais de vida perdidos ocuparam uma posição de destaque entre as principais causas de morte. No período de 1978 a 1980, a violência foi responsável por 3,7% das mortes de mulheres, provocando um total de APVP de 15.915 anos, correspondendo a 11,57% dos APVP.

A população feminina estudada compreendeu um total de 202 mulheres vítimas de violência física interpessoal, com idades variando de 14 a 75 anos. A idade média das mulheres vítimas de violência física interpessoal foi de 31,4 anos e a idade que mais se repetiu foi de 22 anos. A faixa etária mais acometida foi de mulheres de 20 a 40 anos (68,3%), seguida da faixa etária de 41 a 60 anos (18,3%).

---

<sup>22</sup> Anos potenciais de vidas ou vividos com incapacidade (DALY – Disability Adjusted Life Year) é um indicador criado para o estudo da carga global da doença, bastante útil para uma avaliação epidemiológica mais objetiva, para análise de custo-efetividade, e apóia a definição de programas e políticas de saúde. Cada ano perdido por morte é contabilizado como um DALY e cada ano despendido com a doença ou incapacidade é contado como uma fração de um DALY, baseado na severidade da incapacidade.

Grande parte desta amostra, portanto, era constituída por uma população jovem e em idade reprodutiva.

Os dados ora apresentados convergem à literatura científica vigente, em que, com freqüência, as mulheres vítimas de violência de gênero são jovens nas seguintes faixas etárias: 24,6% de 18 a 35 anos, 21,3% de 36 a 45 anos e 13% de 46 a 55 anos (HEISE, 1994; SILVA, 2003). Em um estudo em Barranquilla, Tuesca & Borda (2003) encontraram uma prevalência maior de violência contra a mulher em um grupo de mulheres entre 25 e 29 anos; em Casique (2004), as mulheres que participaram do seu estudo tinham de 16 a 65 anos, e a idade que concentrou a violência de menos de 30 anos de idade semelhante aos dados de uma pesquisa realizada com 271 usuárias da atenção básica na cidade de Porto Alegre, com um percentil de 52 % (KRONBAUER & MENEGHEL, 2005).

Cerca de 59,4% das mulheres eram casadas ou em união informal e 38,1% solteiras; e, como se pode observar, a maioria das mulheres que afirmaram sobre violência eram casadas, mostrando que, mesmo em situação adversa, elas mantêm uma união estável, traço cultural da família brasileira. Merece destaque a existência de uma percentagem considerável de solteiras que sofrem violência, já que estas não vivem permanentemente com seus parceiros. Assim, podemos conduzir um raciocínio lógico que situação conjugal não determina maior ou menor risco de sofrer violência.

A etnia da mulher agredida é uma variável de forte simbologia e preocupação, visto que desde que foram retiradas da África, as mulheres negras passaram por toda sorte de violência: foram estupradas pelos senhores-de-engenho, tiveram seus corpos utilizados como incubadoras para geração de outros escravos, foram impedidas de criar seus filhos, além de serem acusadas da encarnação de um

erotismo exacerbado. (VAZANT, 2005) Na violência escravocrata, as mulheres negras tinham o sofrimento adicional de serem mulheres.

Cerca de quase 70% das mulheres agredidas consideravam-se não-brancas, cuja a maioria preferiu o termo “pardo”, ao termo “preto”, em 55% e 12,9%, respectivamente; e cinquenta e seis (27,7%) mulheres consideravam-se de etnia branca. Na cidade de São Paulo, em uma pesquisa realizada em unidade nosocomial de emergência, 47,8% das mulheres entrevistadas consideravam-se de cor branca (SCHRAIBER et al, 2002) enquanto que na cidade de Salvador, Bahia, 46,5% das mulheres vítimas de violência de gênero afirmaram ser de cor preta (SILVA, 2003)

No momento que se realizou a pesquisa, constatou-se a presença de mulheres com educação básica, assim distribuídas: 47,0% tinham o curso fundamental incompleto – o que corresponde a menos de nove anos de escolaridade, enquanto que 27 (13,4%) concluíram uma fase da educação básica no País, ou seja, ensino fundamental e ensino médio. Com relação à etapa final da educação básica, ou seja, o ensino médio, as frequências das mulheres da pesquisa foram de 14,4% e 9,4% para o ensino médio incompleto e completo, respectivamente.

Diante desses dados, podemos observar que as percentagens indicam que o momento de iniciar sua vida com seus companheiros foi de uma idade prematura e por conseqüência, muitas jovens deixaram seus estudos acadêmicos. Casique (2004) anota que em virtude da menor escolaridade, as mulheres se convertem em pessoas potencialmente vulneráveis aos maus-tratos por seus parceiros. Quanto menor o suporte social maior é o risco de serem vítimas de seus parceiros, visto que

há uma tendência da mulher em submeter-se mais freqüentemente ao seu agressor pela falta de oportunidade lutar e enfrentar a violência. (SILVA, 2003)

Na atualidade, ocorre um incremento da participação das mulheres nas atividades econômicas. Esta inserção provoca mudanças sociais dentro das instituições produtivas e nos lares. Com isto, o papel de provedor está sendo alterado pela independência econômica da mulher, o que, sem dúvida, repercute nas funções dentro do lar, fato que o homem, tradicionalmente, não está disposto a aceitar. (OEA, 1998)

Diversas pesquisas realizadas recentemente pela Fundação Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados), pelo DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos) e pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) revelam que a inserção da mulher no mercado de trabalho é paradoxal. Por um lado, o emprego feminino cresceu; houve ampliação do emprego assalariado e do trabalho remunerado para as mulheres. Por outro, sua inserção se deu principalmente nos postos de trabalho não qualificados.

A proporção de mulheres dedicadas aos trabalhos domésticos (19,2%) e que não recebem remuneração (10,5%) é bem maior do que a dos homens (0,8% e 5,9%, respectivamente). (IBGE, 2003) No presente estudo, 49 mulheres (24,3%) afirmaram desempenhar suas atividades como donas de casa e 49,5% participavam da PEA, em empregos formais e informais (13,4% e 36,1% respectivamente). Estes dados se aproximam ao de Schraiber et al (2002), pois 36% declararam-se do lar, 45,2% participam da PEA (41,9% empregadas regularmente e 4,3% empregadas em trabalho não regular) e 13% desempregadas. Sessenta e dois por cento aproximadamente das mulheres vítimas de violência de gênero, em Barranquilla, na

Colômbia, eram donas de casa, e portanto, a dependência financeira dos maridos e companheiros foi bastante significativa. (TUESCA & BORDA, 2003)

Beauvoir (1980), filósofa francesa, através de seu ensaio "O Segundo Sexo", faz uma referência do movimento por analisar a condição inferior da mulher, e assinala que a vida do pai é cercada de um prestígio misterioso, ou seja, as horas que passa em casa, o cômodo em que trabalha, os objetos que o cercam, suas ocupações e manias têm um caráter sagrado. Ele é quem alimenta a família, o chefe, o responsável. Habitualmente, trabalha fora de casa e é através dele que a casa se comunica com o resto do mundo: ele é encarnação deste mundo aventureiro, imenso, maravilhoso e difícil.

A violência de gênero pode ser uma grande barreira para educação e ocupação, também, visto que a hipótese da violência contra a mulher é tanto um fator etiológico como um fator para manutenção da pobreza das mulheres. Dados prospectivos revelam que a história de violência predispõe as mulheres ao desemprego e à pobreza, e esta aumenta o risco de uma "vitimização" subsequente. É o círculo vicioso deste tipo de violência. (KIMERLING & BAUMRIND, 2004).

A forma de agressão física que mais se repetiu nas mulheres atendidas no IJF foi o espancamento (71,3%), cujo agente etiológico mais utilizado para este fim foram as mãos e punhos, presentes em 116 eventos de agressão, seguidos de objetos contundentes (9,4%) e cortocontundentes (6,4%). As agressões por arma branca e por arma de fogo são notadamente mais presentes quando a vítima é homem, e na violência contra mulher obtiveram percentagens parecidas, 14,4% e 13,4%, respectivamente. As facas foram os agentes mais prevalentes nas agressões com arma branca e os revólveres foram as armas de fogo eleitas em 13,4%.

As estatísticas de mulheres vítimas de violência de gênero no Instituto Dr. José Frota foram semelhantes ao estudo realizado por Alvarado-Zaldivar et al (1998) realizado na cidade de Durango, no México, que estudaram a prevalência da violência doméstica no que tange a violência física, sexual e emocional. Das 384 mulheres entrevistadas, aquelas que afirmaram ter sofrido violência física, 76% relataram ter sofrido espancamentos e as agressões por arma de fogo e por arma branca perfizeram 4,7% e 3,6%, respectivamente.

A literatura científica demonstra que os principais agressores de mulheres são indivíduos do sexo masculino (cerca de três quartos), com um grau de familiaridade próximo a elas. As mulheres apresentam maior risco de serem atingidas em casa por homens que realmente conhecem. (SCHRAIBER et al, 2002; STONE, 2005). Uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres é a que é praticada pelo marido ou parceiro íntimo.

Dados consistentes de outros estudos, tanto em escala internacional como no âmbito nacional, como 22% das mulheres estadunidenses, 21% das suíças, 29% das canadenses, 34% das egípcias, 67% das mulheres de Papua-Nova Guiné, 16% das cambojiana, 47% das mulheres de Bangladesh, 45% das etíopes e 20% das sulafricanas (HEISE, 1994; GARCIA-MORENO & HEISE, 2002; HIJAR-MEDINA et al 2003; TUESCA & BORDA, 2003; POPULATION REPORTS, 2005) refletem as condições de iniquidade em que ocorrem as relações de poder entre homens e mulheres. Esta violência ocorre em todos os países, independentemente do grupo social, econômico, religioso ou cultural, sendo este tipo de violência reconhecido como um problema de saúde pública. (RIVERA-RIVERA et al, 2004; WHO, 2004; HALPERN, SUSRALA & DODSON, 2005)

Um estudo de prevalência de base populacional foi realizado em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal (DF), com um total de 6760 mulheres de idade, variando de 15 a 69 anos de idade. A prevalência do abuso físico<sup>23</sup> variou de 13,2% a 34,8% das mulheres, sendo que foi maior nas cidades das regiões Norte e Nordeste; enquanto nas capitais do Sul, Sudeste e Centro-Oeste foram mais baixas. A prevalência também foi maior em casais cujas mulheres eram jovens (menos de 25 anos) e com menor escolaridade (menos de oito anos de estudos). A prevalência de violência física perpetrada por homens contra as mulheres no Brasil (14,6%) foi muito maior do que as médias estimadas na América do Norte (2%), moderadamente que aquelas na Europa (8%) e África Subsaariana (9%) e semelhantes aos níveis da Ásia e Oceania (12%). (REICHENHEIM, et al, 2005)

Dados de processos da 1ª Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) em 1988 e da 3ª DEAM, em 1988 e 1992, a maioria dos agressores eram homens (67,4%), cônjuge ou ex-cônjuge da vítima (BALLONE & ORTOLANI, 2005)

Das 202 mulheres vítimas de violência física interpessoal, 191 (94,6%) foram agredidas por indivíduos do sexo masculino. Cerca de 105 mulheres (52%) afirmaram que foram agredidas por maridos ou companheiros/namorados. Salienta-se ainda que 26,7% das mulheres agredidas não conheciam seus perpetradores, 8,3% foram agredidas por outros membros familiares, como pais, avós, filhos, tios e cunhados; 12,9% asseveraram que colegas, conhecidos e até amigos foram os responsáveis por atos de agressão.

---

<sup>23</sup> O abuso físico ocorre quando um ameaça, bate, chuta, empurra, puxa os cabelos, joga objetos ou utiliza de armas contra o outro, recusar ajuda a alguém que esteja ferido ou doente, proibir alguém de deixar, abandonar um local perigoso, trancando-o fora de sua casa. (PETERMAN & DIXON, 2003)



É bom lembrar que estes dados devem estar bastante subestimados, já que a pesquisa se limitou à expressão espontânea das mulheres, e, apesar da diferença metodológica, os dados se assemelham àqueles ora obtidos por Deslandes, Cosme & Silva (2000) e Schraiber et al (2002), no que diz respeito ao principal agressor.

Ainda que o consumo de álcool e entorpecentes tenha sido associado a conduta violenta, a metodologia aplicada no presente trabalho não permitiu sua correta medição. Profissionais da saúde não se sentem confortáveis inquirindo mulheres sobre violência de gênero e os problemas de uso de drogas, assim como as pacientes não se sentem confortáveis em respondê-las. São extremamente dolorosas as condições e normalmente vêm associadas à vergonha e ao estigma da usuária de substâncias psicoativas, o que contribui para subnotificação. (ZILBERMAN & BLUME, 2005) No presente estudo, inclusive, muitas das mulheres mesmo com hálito etílico asseveraram não ter ingerido bebidas alcoólicas. Cerca de 44,6% destas mulheres (n=90) afirmaram que ingeriram bebida alcoólica antes do evento ocorrer, assim como 13,4% (n=27) asseveraram o consumo de entorpecentes.

A violência contra a mulher é considerada a violência doméstica, contudo, nem sempre o evento da agressão ocorre em ambiente intradomiciliar. No *locus* do lar, sob a égide da sua inviolabilidade 59,9% (n=121) das agressões contra estas mulheres ocorreram ali, no interior dos domicílios, enquanto que 81 (40,1%) ocorreram em ambiente extra-domiciliar. A ocorrência maior dos atos violentos ser no interior do lar, é uma tônica presente em outros estudos como Hijjar-Medina (2003) e de Giffin (1994) em que mais de 75% dos atos violentos contra a mulher ocorreram no espaço do domicílio.

A violência de gênero é considerada um problema de grande magnitude, haja vista associar-se a outros problemas de saúde e provocar complicações médicas, agudas e crônicas, fatais e não fatais, tanto no âmbito físico como no âmbito emocional. (GIFFIN, 1994; HEISE, 1994; EYLER & MARIAN COHEN, 1999; RESNEK, et al, 2000; GUTH & PACHTER, 2000; ALIAGA, AHUMADA & MARFULL, 2003; LAWSON, 2003; SILVA, 2003; TAQUETTE et al, 2003; KIMERLING & BAUMRIND, 2004; WHO, 2004, KRONBAUER & MENEGHEL, 2005 PAHO, 2005) sistematizadas no quadro a seguir.

**Quadro 8:** Conseqüências para saúde da “vitimização” de gênero

<b>RESULTADOS FATAIS</b>	
Homicídios	
Suicídios	
Mortalidade Materna	
Mortalidade Relacionada à AIDS	
<b>RESULTADOS NÃO-FATAIS</b>	
<b>Saúde Física</b>	
	Lesões, contusões, fraturas
	Limitação Funcional
	Diminuição da saúde subjetiva
	Incapacidade permanente
	Obesidade mórbida
<b>Condições Crônicas</b>	
	Síndrome da dor crônica (dor de cabeça, dor nas costas, desordens da articulação têmporomandibulares (ATM))
	Síndrome do intestino irritável
	Desordens gastrointestinais
	Fibromialgia
<b>Saúde Mental</b>	
	Síndrome do Estresse Pós-Traumático
	Depressão
	Ansiedade
	Desordens fóbicas / Pânico

	Desordens alimentares
	Diminuição da auto-estima
	Abuso de substâncias químicas
<b>Saúde Reprodutiva</b>	
	Gravidez não desejada
	Doenças sexualmente transmissíveis
	Desordens ginecológicas
	Aborto espontâneo
	Trabalho de parto pré-termo
	Complicações na gravidez
	Crianças baixo-peso ao nascer
	Desordens inflamatórias pélvicas
<b>Comportamento negativo</b>	
	Tabagismo
	Abuso de drogas/álcool
	Prática de sexo de risco
	Inatividade física
	Anorexia

Estatísticas recentes das 267 DEAM identificaram os crimes mais denunciados pelas mulheres, segundo ordem decrescente de notificação: queixas de lesão corporal (34,81%), ameaças (33,05%), vias de fato (9,85%), crimes contra a honra – injúria (3,97%), difamação (30,7%) e calúnia (2,08) – e estupro (1,43%). Estes dados demonstram que a maior ocorrência e/ou visibilidade das violências físicas tipificadas criminalmente por lesões corporais seguidas das violências psicológicas, principalmente ameaça, difamação e injúria (DANTAS-BERGER & GIFFIN, 2005)

Sem apresentar como queixa principal, o ato violento, que muitas vezes é o gerador do atendimento, a mulher vítima da violência carrega dentro de si as marcas das agressões exteriorizadas por sintomas clínicos, na maioria das vezes indecifráveis pelos profissionais da saúde.

Os dados referentes à pesquisa em foco foram bastante concisos com os casos de violência doméstica na Cidade do México, que revelaram haver uma predileção por face e crânio, concentrando 60% das lesões em mulheres violentadas (HIJAR-MEDINA et al, 2003).

Phipps & Shelton (1997) citam a importância social e simbólica da face humana. Para muitas populações, a comunicação se faz com a face, incluindo olhos, ouvidos e boca como uma forma de interação social. As lesões ou deformidades que afetam a face têm não só uma alteração funcional como também uma influência no componente estético, de destacada influência sobre o psiquismo do paciente, ressaltando assim a importância que tais traumatismos podem adquirir. A violência de gênero resulta muito mais em resultados negativos do que outros tipos de violência relacional, e seus reflexos são percebidos nitidamente no âmbito dos serviços de saúde, em especial, nas emergências hospitalares.

Assim, pode-se sintetizar que a violência de gênero concentra-se nas agressões individuais, que transcendem o nível social mais amplo, que reflete a dominação de um grupo e subordinação do outro.

#### **6.4 À guisa das (in)conclusões...**

Podemos refletir, a partir das informações obtidas que a rede de fatores socioeconômicos, políticos e culturais se articulam e se interagem e, por fim, se concretizam nas condições de vida dos grupos sociais e áreas específicas, contribuindo com o modo de adoecimento e saúde da população. A violência brasileira alcançou uma dimensão que pode ser considerada infrapolítica, ou seja,

está ligada ao momento atual da realidade no Brasil, em que é causa e efeito desta conjuntura.

Este quadro aponta para uma situação em que pelo longo processo histórico cumulativo é de difícil reversão, e a tendência é de que na cidade se agravem em termos anômicos as condições de sociabilidade e socialidade.

Em outros termos, acirram-se os conflitos interpessoais no contexto das diversas interdependências sociais sem maiores expectativas, de que possam ser construídas situações políticas positivas que visem construir uma configuração social menos desigual e de dinâmica menos marginalizadora.

Faz-se necessário definir melhor o papel que o setor saúde desempenha, tanto na prevenção como nas respostas às necessidades das vítimas de violência física interpessoal. Análises contextuais ajudariam a dar um equilíbrio da participação do setor saúde, sem medicalizar o problema, assim como a participação de outras disciplinas em seu tratamento, atenção e prevenção, ou seja, definir ações e compromissos claros segundo cada setor.

Além do mais, a violência apresenta-se, pois como obstáculo importante para o desenvolvimento de uma agenda efetiva nos países em desenvolvimento, como o Brasil; apesar de vários programas terem sido desenvolvidos para apoiar, assistir a mulher, variando de grupos de suporte legal a grupos de suporte psicológico e serviços de aconselhamento.

Por fim, o conceito de Protágoras que o homem é a medida de todas as coisas encontra-se fundamentalmente abalado. Atualmente, o lucro é essa medida e, para maximizá-lo, a “Modernidade”, traduzida pelo processo de globalização ancorado pela política neoliberal, está transformando o mundo em um pântano de incertezas, incongruências e medos. Desta forma, não podemos conceituar o mundo

atual de moderno ou pós-moderno. Vivemos, atualmente, no que podemos denominar de inominável mundo novo.

## 7 CONCLUSÕES

7.1 As lesões não-faciais foram mais prevalentes que as lesões faciais.

7.2 As lesões faciais tiveram associação significativa com as seguintes variáveis independentes: dia da semana, período do dia, sexo, *status* marital, região, grau de instrução, coabitação, tipo de violência e agente etiológico, uso de entorpecentes, grau de parentesco com agressor, número de agressores, sexo do agressor e local de residência.

7.3 O Estado tem relação com acometimento dos eventos violentos e suas conseqüências físicas.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADEBAYO, E.T.; AJIKE, O.S.; ADEKEYE, E.O. Analysis of the pattern of maxillofacial fractures in Kaduna, Nigeria. *Brit J Oral and Maxillofac Surg*. v.41, p.396-400, 2003.
2. AL AHMED, H. E. et al. The pattern of maxillofacial fractures in Sharjah, United Arab Emirates: a review of 230 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. v.98, n.2, p.166-170, 2004.
3. ALIAGA, P.P.; AHUMADA, G.S.; MARFULL, J.M. Violência hacia la mujer: um problema de todos. *Rev Chil Obstet Ginecol* v.68, n.1, p.75-78, 2003.
4. ALLAN, B.P.; DALY, C.G. Fractures of the mandible. A 35-year retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg* v.19, n.5, p.268-271, 1990.
5. ALMEIDA FILHO, N. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000. 255 p.
6. ALMEIDA, O. M. et al. Fratura de Face. Análise de 130 casos. *Rev. Hosp. Clín. Fac. S. Paulo*. v.50, Supl.I, p. 10-12, 1995.
7. ALVARADO-ZALDIVAR, G. et al. Prevalencia de violencia domestica en la ciudad de Durango\*. *Salud Publica de México*. v.40, n.6, p.481-486, 1998.
8. AMARANTE, C.M.C.; SOUSA, E.R.; COUTO, M.G. Mortalidade por violências: aplicação de técnicas de análise exploratória em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979 – 1987. *Rev Saúde Pública*. v.28, n.3, p.78-186, 1994.
9. AMBRIZZI, D.R. et al. Incidência e etiologia ds fraturas faciais na região de Araraquara. *Folha Méd*, v.114, supl.3, p.93-95, 1997.
10. ANDERSSON, R. Between different worlds. In: MENCKEL, E.; KULLINGER, B. *Fifteen years of occupational-accident research in Sweden*. Stockholm: Swedish Council for Work Life Research. p. 17-25, 1996.
11. ANSARI, M.H. Maxillofacial fractures in Hamedan province, Iran: a retrospective study (1987-2000) *J Craniomaxillofac Surg*. v.32, n.1, p.28-34, 2004.
12. ARBENZ, G.O. *Medicina legal e antropologia forense*. Rio de Janeiro. São Paulo: Livraria Atheneu, 1988. 562 p.
13. ASSAEL, L. Managing the trauma pandemic: learning from the past. Editorial. *J Oral Maxillofac Surg*. 61:859-860, 2003
14. ASSIS, S.G. *Traçando caminhos em uma cidade violenta: a vida de jovens infratores e de seus irmãos não infratores*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 236p.



15. ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas). *NBR 6023: 2002. Informação e documentação – Referências – Elaboração*, 2002.
16. BAMJEE, Y et al. Maxillofacial injuries in a group of South Africans under 18 years of age. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v.34, n.4, p.298-302, 1996.
17. BALLONE, G.J.; ORTOLANI, I.V. Violência doméstica. In: PsiqWeb. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/infantil/violdome.html> . Acesso em 23 de outubro de 2005.
18. BATHAINEH, A.B. Etiology and incidence of maxillofacial fractures in the north of Jordan. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.86, n.1, p.31-35, 1998.
19. BEAUMONT, E.; LOWRIE J.F.; CLEATON-JONES, F.E. Analysis of fractures of the facial skeleton in three populations in the Johannesburg urban area. *J Dent Assoc S Afr* v.40, n.11, p.633-638, 1985.
20. BEAUVOIR, D.S. *O segundo sexo*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. Vol I, 126 p.
21. BECK, R.A.; BLAKESTLEE, D.B. The changing pictures of facial fractures. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, v.115, n.7, p.826-829, 1989.
22. BELL, C.C. et al. Response of emergency rooms to victims of interpersonal violence. *Hosp Comm Psych*, v.45, n.2, p.142-146, 1994.
23. BERLLINGER, G. *A Doença*. São Paulo: CEBES – HUCITEC, 1988, 150 p.
24. BERNAL, M.C.C. *Uma metrópole de Fortaleza neste fim de século: desigualdade e fragmentação*. (Texto mimeografado) Rio de Janeiro, 2002.
25. BISSON, J. I.; SHEPHERD, J. P, Psychological sequelae of facial trauma. *Jour Traum: Inj Crit Care*, v.43, n. 3, p. 496-500, 1997.
26. BLEGER, J. *Psicologia da conduta*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 242 p.
27. BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. LEX: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, São Paulo, 60:1657-61, 1996.
28. BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente. In: Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1991, 11p.
29. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional. Disponível em [http://www.presidencia.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm). Acesso em 05 de outubro de 2005.

30. BRICEÑO-LEÓN, R. Urban violence and public health in Latin America: a sociological explanatory framework. *Cad Saúde Pública*, v. 21, n.6, 1629-1648, 2005a.
31. BRICEÑO-LEÓN, R. The author replies. *Cad Saúde Pública* v.21, n.6, p.1659-1664, 2005 b.
32. BROOK, I..M.; WOOD, N. Aetiology and incidence of facial fractures in adults. *Int J Oral Surg*, v. 12, n.5, p.293-298, 1983.
33. BROWN, C.R.S.; CIVIL, I.D. Severe blunt assault injures at Auckland Hospital. *Injury*, v.24, n.1, p.25-26, 1993.
34. BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M.R. *Banco de dados sobre trabalho das mulheres*. Disponível em <http://www.fcc.org.br/mulher/apres.html> Acessado em 14 de junho de 2005.
35. CARVALHO, M.C.B (Org) *Teorias da Ação em Debate*. São Paulo, Cortez, 1994. 128 p.
36. CASIQUE, L.C. *Violência perpetrada por companheiros íntimos às mulheres em Celaya – México*. 2004 145p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
37. CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA PAZ (CIIP) *O estado da paz e a evolução da violência: a situação da América Latina*. Campinas: UNICAMP, 2002, 230 p.
38. CHIDZONGA, M.M. Mandibular fractures, analysis of 541 cases. *Centr Afr J Med*, v.36, n.4, p.97-103, 1990.
39. CHINOY, E. *Sociedade: uma introdução à Sociologia*. Trad: Octávio Mendes Cajado. 16. ed. São Paulo: Cultrix, 1999.
40. CHRCANOVIC, B. et al. Facial fractures: a 1-year retrospective study in a hospital in Belo Horizonte. *Braz Oral Res*, v.18, n. 4, p. 322-8, 2004.
41. CNS (Conselho Nacional de Saúde). *Resolução 196/96*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
42. COHEN, R.S.; PACIOS, A.R. Facial and craniofacial trauma: epidemiology, experience and treatment. *Folha Med*, v.11, supl.2, p.111-116, 1995.
43. COHN, A. Estado, políticas públicas e saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org) *Ciências Sociais e Saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1997, p.157-71.
44. CRIVELLO, O. et al. Considération statistique sur le fractures isolées maxillo-faciales a São Paulo. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, v.90, n.2, p.100-103, 1989.

45. CUNNINGHAM, L.; HAUG, R.; FORD, J. Firearm injuries to the maxillofacial region: an overview of current thoughts regarding demographics pathophysiology and management. *J Oral Maxillofac Sur.* v. 61, p.32-942, 2003.
46. DA SILVA, A.C. et al. Incidence of dental trauma associated with facial trauma in Brazil: a 1-year evaluation. *Dent Traumatol* v.20, n.1, p.6-11, 2004
47. D'ANDREA, L.; QUARANTA, G. Civil society and social risk: contribution for a general theory. (mimeo) sd, 29 p.
48. DAANE, D.M. Child and adolescent violence. *Orthopaedic Nursing.* v. 22, n.1, p.23-31, 2003.
49. DANTAS-BERGER, S.M.; GIGGIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saúde Pública.*, v. 21, n.2, p.417-425, 2005.
50. DAVIS, J.W. et al. Domestic violence and the trauma surgeon: results of a study on knowledge and education. *J Am Coll Surg*, v.191, n.4, p.347-353, 2000.
51. DEMO, P. *Pesquisa: princípio científico e educativo.* São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1991.
52. DESLANDES, S.F. et al. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* v.16, n.1p.129-137, 2000.
53. DESLANDES, S.F. et al. As concepções de risco e de prevenção segundo a óptica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad Saúde Pública.* v.18, n.1, p.141-151, 2002.
54. DÍEZ-NICOLÁS, J. Debate on the paper by Roberto Briceño-León. *Cad Saúde Pública.* v. 21, n.6, 1649, nov/dez 2005
55. DIGMAN, R.O.; NATVIG, P. Princípios gerais . In: \_\_\_\_\_. *Cirurgia das fraturas faciais.* São Paulo: Santos, 1995, Cap. 03, p: 43-96.
56. DIMITROULIS, G.; EYRE, J. A 7-year review oral maxillofacial trauma in a central London hospital. *BDJ*, v.170, n.20, p.300-302.
57. DONGAS, R.O.; MAY, G.M. Mandibular fracture in Tasmanis. *Aust Dent J.* v. 47, n. 2, p.131-137, 2002.
58. DOWD, D. et al. Hospitalization for injury in New Zealand: prior injury as a risk factors for assaultive injury. *Am J Public Health.* v. 86, n.7, p.929-934, 1996.
59. DURKHEIM, E., *As regras do método sociológico.* 17 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2002. 157 p.

60. EIRALDO, C.A; GARCIA, H.I. Debate on the paper by Roberto Briceño-León. *Cad Saúde Pública*. v.21, n.6, p.1656-1657, 2005.
61. EISKJARE, S.P. et al. Epidemiology of violence in Danish municipality – changes in severity during de 1980s. *Dan Med Bull* v.39, n.1. p.83-85, 1992.
62. EROL, B.; TANRIKULU, R.; GÜRGÜN, B. Maxillofacial fractures. Analysis of demographic distribution and treatment in 2901 patients (25-year experience). *J Cranio Maxillofacial Surgery*. v. 32, p.308-313, 2004.
63. ETCOFF, N. *A Lei do mais belo*. A ciência da beleza. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999. 369 p.
64. EYLER, A.E.; MARIAN COHEN, A.C.S.W. Case studies in partner violence. *Am Fam Physician*. v. 60, n.9, p.2569-2576, 1999.
65. FALCÃO, M.F.L; LEITE SEGUNDO, A.V.; SILVEIRA, M.M.F. Estudo epidemiológico de 1758 fraturas faciais tratadas no Hospital da Restauração, Recife/PE. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo Fac*. v. 5, n.3, p.65-72, 2005.
66. FALCÃO, M.F.P. *Dicionário Toponímico Histórico e Geográfico do Nordeste*. Fortaleza: Artlaser, 2005. 808 p.
67. FANDINO-MARINO, J.M. Debate on the paper by Roberto Briceño-León. *Cad Saúde Pública*.v. 21, n.6, p.1655-1656, 2005
68. FASOLA, A.O. et al. Trends in the characteristics of maxillofacial fractures in Nigéria. *J Oral Maxillofac Surg* v. 61, n.10, v. 1140-1143,2003.
69. FENTON, S.J.; BOUQUTO, J.E.; UNKEL, J.H. Orofacial considerations for pediatric, adult and elderly victims of abuse. *Emerg Med Clin North Am*, v.18, n.3, p.601-617, 2000.
70. FLEISS, J.L. *Statistical methods for rates and proportions*. 2.ed. Wiley, 1981. p.38-45
71. FONSECA, R.M.G.S da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença das mulheres brasileiras. *Rev Latinam Enferm*. Ribeirão Preto, v. 5, n.1, p.5-13, 1997
72. FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). Centro de Políticas Sociais. *Sexo, casamento e economia*. Disponível em [http://www.fgv.br/ibre/cps/pesquisas/casamento\\_novo/casamentos\\_inicio.htm](http://www.fgv.br/ibre/cps/pesquisas/casamento_novo/casamentos_inicio.htm) Acesso em 28 de dezembro de 2004.
73. FURTADO, C. *O capitalismo global*. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
74. FRIDRICH, K.L.; PENA-VELASCO, G.; OLSON, R.A.J. Changing trends with mandibular fractures: a review fo 1.067 cases. *J Oral Maxillofac Surg*, v.50, n.6, p.586-589, 1992.

75. GALLANT, T.W. Honor, masculinity and ritual knife fighting in nineteenth-century Greece. *American Historical Review*. v.105, n. 2, p.359-382. 2000.
76. GARCIA-MORENO, C. *Violencia contra la mujer*. Género y e equidad en la salud. OPAS – Havard Center for populations and development studies. Publicación Ocasional nº 06, 2000. 41p.
77. GARCIA-MORENO, C.; HEISE, L.L. Violência perpetrada por parceiros íntimos. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Report on Violence and Health*. Genebra. 2002. Cap. 04. p-91-121.
78. GASSNER, R et al. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9543 cases with 21067 injuries. *J Cranio Maxillofacial Surgery*. v. 31, p.51-61, 2003.
79. GAWRYSZEWSKI, V.P, KAHN, T.; MELLO JORGE, M.H.P Linking of information from health and security databases on homicides. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.4, p.627-633, 2005.
80. GAWRYSZEWSKI, V.P.; KOIZYMI, M.S.; MELLO-JORGE, M.H.P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e morbidade. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.4, p.995-1003, 2004.
81. GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. São Paulo: LTC, 1989.323p.
82. GENTILI, P. Adeus à escola pública: a desordem neoliberal, a violência do mercado e o destino da educação das maiorias. In: GENTILI, P. (Org), *Pedagogia da exclusão*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.
83. GERBINNO, G et al. Maxillofacial trauma in elderly. *J Oral Maxillofac Sur.* v. 57, n.7, p.777-782, 1999.
84. GIANINI, R.J.; LITVOC, J.;ELUF NETO, J. Agressão física e classe social. *Rev de Saúde Pública*. v. 33, n.2 , p.180-6, 1999.
85. GIDDENS, A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: GIDDENS, A. et al. *Modernização reflexiva*. São Paulo: UNESP, 1995. p.73-134.
86. GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo:UNESP, 1991. 177 p.
87. GIDDENS, A. *Mundo em descontrol: o que a globalização está fazendo de nós?* .Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2002. 108 p.
88. GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública*. v. 10, (sup.1), p.146-155, 1994.
89. GIL, A.C. *Métodos e técnicas da pesquisa social*, 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.
90. GIRALDO, C.A; GARCÍA, H.I. Debate on the paper by Roberto Briceño-León. *Cad Saúde Pública*. v. 21, n.6, p.1656-1657, nov/dez 2005

91. GOLDSCHMIDT, M.J et al. Craniomaxillofacial trauma in elderly. *J Oral Maxillofac Surg*. v. 53, n.10, p.1145-1149, 1995.
92. GONÇALVES, G.W.S. *Assistência Municipal de Fortaleza*. Primeiro quartel do século (1937-1962). De HPS a Instituto Dr. José Frota. Fortaleza: UFC – Programa Editorial da Casa José de Alencar, 1999, 415p.
93. GONÇALVES, H.S; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*, v.18, n.1, p.315-319, 2002.
94. GRASSEL, E.M. et al. Association between handgun purchase and mortality from firearm injury. *Injury Prevention*. v.9, p.48-52, 2003.
95. GRAY, E. et al. Survey of trauma patients requiring maxillofacial intervention, ages 56 to 91 years, with length of Stay analysis. *J Oral Maxillofac Surg*, v.60, n.10, p.1114-1125, 2002.
96. GREENE, D. et al. Epidemiology of facial injury in blunt assault – determinants of incidence and outcome in 802 patients. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. v.123, n.9, p.923-928, 1997.
97. GRENNE, A.F.; COLES, C.J.; JOHNSON, E.H. Psychopathology and anger in interpersonal violence offenders. *J Clin Psychology* . v.50, n.6, p.906-912, 1994.
98. GUERREIRO, R. La violencia desde la perspectiva de la salud publica. In: BRICEÑO-LEÓN, R (Coord). *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p.147-156.
99. GUTH, A.A.; PACHETER, L. Domestic violence and the trauma surgeon. *Am J Surg* v.179, n.2, p.134-140, 2000.
100. HALFAP, D.M. *Alguns fatores de deterioração social no processo produtivo num ambiente de violência urbana*. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Centro Tecnológico. Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas. Universidade Federal de Santa Catarina. 1999. 316p.
101. HALL, S. *A Identidade cultural na pós-modernidade*. 2.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1998, 102 p.
102. HALPERN, L.R.; SUSARLA, S.M.; DODSON, T.B.. Injury location and screening questionnaires as markers for intimate partner violence. *J Oral Maxillofac Surg*. n.63, p.1255-1261, 2005
103. HARRIS, C.R. A review or sex differences in sexual jealousy, including self-report data, psychophysiological responses, interpersonal violence and morbid jealousy. *Personality and Social Personality Review*. v. 72, n.2, p. 2003.
104. HARVEY, P. O poder sedutor da violência e da desigualdade. In: *Mosaico. Revista de Ciências Sociais / Universidade Federal do Espírito Santo*; Centro

de Estudos Gerais, Departamento de Ciências Sociais, v.1, n.2, 1999; pág.45-59.

105. HAUG, R.H.; PRATER, J.; INDRESANDO, A.T. An epidemiologic survey of facial fractures and concomitant injuries. *J Oral Maxillofac Surg*, v.48, n.9, p.926-932, 1990.
106. HAYMOND, C. et al. Age differences in responses to facial trauma. *Spec Care Dent*, v.8, n.3, p.115-118, 1988,
107. HEISE, L. Gender-based abuse: the Global epidemic . *Cad Saúde Pública*. v. 10, (Supl.1):135-145, 1994.
108. HESPANHA, P. Mal-estar e risco social num mundo globalizado: novos problema e novos desafios para teoria social. In: SANTOS, B.S. (Org) *A globalização e as ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. Cap. 04, p.161-232.
109. HIJAR-MEDINA, M et al. Atención médica de lesiones intencionales provocados por la violencia familiar. *Salud Publ de México*. v. 45, n.4, p.252-258, 2003.
110. HITCHIN, A.D.; SHUKER, S.T. Sociological aspects of maxillofacial injures in the East of Scotland. *Proc R Soc Med*. v.66, n.7, p.699-700, 1973.
111. HOBBS, T. *Os pensadores*. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1983.
112. HOGG, N.J.V. et al. Epidemiology of maxillofacial injuries at trauma hospitals in Ontario, Canada, between 1992 and 1997. *J Trauma*, v.49, n.3, p.425-432,2000.
113. HOLLIER, L.; GRANTCHAROVA, E.; KATTASH, M. Facial gunshot wounds: a 4-year experience. *J Oral Maxillofac Surg*. v. 59, p.277-282, 2001.
114. HOLT, G.R.; A commentary on violence. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* v.118, n.6, p.580-583, 1992.
115. HOURY, D. et al. Emergency department documentation in cases of intentional assaul. *Ann Emerg Med* v.34, n.6, p.715-719,1999.
116. HUNG, Y., MONTAZEM, A.; COSTELLO, M.A. The correlation between mandible fractures and loss of consciousness. *J Oral Maxillofac Surg*. n. 62, p.938-942, 2004.
117. HUSSAIN, K. et al. A comprehensive analysis of craniofacial trauma. *J Trauma*. v.36, n.1, p.34-47, 1994.
118. HUTCHINSON, I.L. et al. The BAOMS United Kingdom survey of facial injuries Part 1: aetiologia and the association with alcohol comsuptiom. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v.36, n.1, p.3-13,1998.

119. IBAÑEZ, N. Globalização e saúde. In: DOWBOR, L., IANNI, O; RESENDE, P.E. A. *Desafios da Globalização*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1997, p.215-36.
120. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) *Censo demográfico, 2000: dados preliminares*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> Acessado em 27 de agosto de 2005.
121. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Tendências demográficas: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico, 2000*. Volume 11 – Ceará. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 62p.
122. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Síntese de indicadores sociais 2002*. Rio de Janeiro:IBGE, 2003
123. IIDA, S et al. Retrospective analysis of 1502 patients with facial fractures. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 30:286-290,2001
124. INOJOSA, R;CELESTINO, J. Lesões dos tecidos moles. In: VASCONCELOS, B.C. do E. & OLIVEIRA E SILVA, E.D. *Traumatologia buco-maxilo-facial*. RecifeL EDUPE, 2001. Cap.05, p: 93-108
125. IPECE (Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará). *Anuário Estatístico do Ceará – 2004 – IPECE (Fisiografia)*. Disponível em: [http://www.iplance.ce.gov.br/sala\\_situacao/PBM\\_2002/index.htm](http://www.iplance.ce.gov.br/sala_situacao/PBM_2002/index.htm) Acesso em 30 de outubro 2005.
126. IPECE (Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará). *Índice de Desenvolvimento Municipal – Ceará 2002*. Fortaleza: IPECE, 2004. 118 p.
127. JUNQUEIRA, LP. A descentralização e a reforma do aparelho estatal em saúde. In: CANESQUI, A.M. (Org.) *Ciências Sociais e Saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1997, p.173-204.
128. KAMINSKI, K. et al. A explosão da periferia. *Veja*. Sao Paulo, 24 jan 2001. Ed. 1.684, ano 34, n.3, p.86-93.
129. KELLY, D.E., HARRIGAN W.F. A survey of facial fractures: *Bellevue Hospital* v. 53 (supl 1), p.137-148, 1974.
130. KEY, S.J.; THOMAS, D.W.; SHEPHERD, J.P.The management of soft tissue facial wounds. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v.33, n.2, p.76-85, 1995.
131. KHAN, A.A.A retrospective study of injuries to the maxillofacial skeleton in Harare, Zimbabwe. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v.26, n.5, p.435-439,1988.
132. KIESER, J. et al.Serious facial fractures in New Zealand from 1979 to 1998. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v.31, n.2, p.206-209, 2002.
133. KIMERLING, R; BAUMRIND, N. Intimate paterner violence and use of welfare services among Californian women. *Journal of Sociology and Social Welfare*, v. 31, n.4, p.161-176, 2004.



134. KNIGHT, J.S.; NORTH, J.F. The classification of malar fractures. An analysis of displacement as a guide to treatment. *Br J Plast Surg*, n. 13, p.325, 1961.
135. KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n.5, p.695-701, 2005.
136. KRUG, E.G. et al. (Orgs). *World report on violence and health*. Geneve. World Health Organization, 2002.
137. LAGUARDIA, J. O Uso da Variável “Raça” na Pesquisa em Saúde *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 14, n.2, p.197-234, 2004
138. LARANJEIRA, R.; HINKLY, D. Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. *Rev Saúde Pública*. v. 36, n.4, p.455-61, 2002.
139. LASKI, R et al. Facial Trauma: a recurrent disease? The potential role of disease prevention. *J Oral Maxillofac Surg*. .v.10, n.62, p.685-688, 2004.
140. LAURENTI, R. et al. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p.35-46, 2005.
141. LAWSON, D.M. Incidence, explanation and treatment of partner violence. *Journal of Counseling & Development*. v.81, p. 29-32. 2003.
142. LAYI, E. Debate on the paper by Roberto Briceño-León. *Cad Saúde Pública*.v. 21, n.6, p.1650-1651, 2005.
143. LE, B.T.et al. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg*. v. 59, p. 1277-1283, 2001.
144. LEITE SEGUNDO, A.V. et al. Estudo epidemiológico de 261 fraturas faciais atendidas no Hospital Regional do Agreste / Caruaru – Pe. *Odontologia Clin Cient* , v. 3, n. 2, p.117-122, 2004
145. LESSA, A. Arqueologia da agressividade humana: a violência sob uma perspectiva paleoepidemiológica. *Hist Cien Saúde – Manguinhos*. v.11, n.2, p.279-96, 2004.
146. LEVISKY, D.L. Aspectos do processo de identificação do adolescente na sociedade contemporânea e sua relação com a violência. In: \_\_\_\_ (Org). *Adolescência e violência*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. p.17-30.
147. LILLIE-BLANTON, M.; LaVEIST, T. Race/ethnicity, the social environment, and health. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 43, n. 1, p. 83-91, 1996
148. LIMA, M.L.C. et al. Análise espacial dos determinantes sócio-econômicos dos homicídios no Estado de Pernambuco. *Rev Saúde Pública*. v.39, n.2, p.176-182, 2005.
149. LIMA, MLC; XIMENES, R.A.A. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causa externas no espaço urbano do Recife. *Cad Saúde Pública*, v.14, n.4, p.829-840, 1998.

150. LINDENBAUM, G.A. et al. Patterns of alcohol and drug abuse in an urban trauma center: the increasing role of cocaine abuse. *J Trauma*. v.29, n.12, p.1654-1658, 1989
151. LLOYD, SA. Intimate violence paradoxes, romance conflict and control. *Phi Kappa Phi Journal*. v. 80, n.4, p.19-22, 2000.
152. LODUCCA, F.E. *Estudo epidemiológico dos traumatismos de face causados por acidentes de trânsito, em um serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo facial do município de São Paulo*. 1997. 75p. Tese. (Doutorado em Diagnóstico Bucal). Faculdade de Odontologia. Universidade de Sao Paulo. São Paulo.
153. LOGAN, TK; LEUKEFELD, CG. Violence and HIV risk behavior among male and female crack users. *Journal of Drug Issues*.. v.30, n.2, p.261-282, 2000.
154. MACCALLUM, H. et al. Non-fatal head injury among Scottish young people: the importance of assault. *J Epidemiol Commun Health*, v.54, n.1, p.77-78, 2000.
155. MACEDO, A.C. et al. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídio e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública*. v. 35, n.6, p. 515-22, 2001.
156. MACKENSIE, E.J. Epidemiology of injuries: current trends and future challenges. *Epidemiol Rev* v.22, n.1, p.112-119, 2000.
157. MANUS, R.C. et al Nutritional Status of Substance Abusers with Mandible Fractures. *J Oral Maxillofac Surg*.v.58, n.2, p.153-157, 2000.
158. MARCONDES FILHO, C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. *São Paulo em Perspectiva*, v.15, n.2, p.20-27, 2001.
159. MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p.
160. McLEER, S; ANWAR, R. A study of battered women presenting in an emergency department. *Am J Public Health*. n. 79, p.65-66, 1989,
161. MEADERS, R.A.; SULLIVAN, S.M. The development and use of a computerized database for the evaluation of facial fractures incorporating aspect of the AAOMS parameters of care. *J Oral Maxillofac Surg*. n.56:v. 924-929, 1998.
162. MELLO-JORGE, M.H.P. Análise dos dados de mortalidade. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, (Supl 4), p.5-25, 1997a.
163. MELLO-JORGE, M.H.P. À guisa de conclusão. *Rev. Saúde Pública*. v. 31, 51-4, Rio de Janeiro, 1997b.

164. MELLO-JORGE, M.H.P. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil: III – Mortes intencionais, *Rev Saúde Pública*, v.15, n.2, p. 195-193, 1981.
165. MELLO-JORGE, M.H.P. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas, *Rev Saúde Pública*, v.4, n.3, p.217-223, 1990.
166. MELLO-JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R. Acidentes e atos de violência no Brasil. Apresentação. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, (Supl 4), p.1-4, 1997.
167. MENEGHEL, S.N.; GIUGLIANI, E.J.; FALCETO, O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cad Saúde Pública*. v.14, n.2, p.327-35, 1998.
168. METRODATA, Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal (IPPUR/UFRJ-FASE). *Informações básicas das regiões metropolitanas brasileiras*. Disponível em <http://www.ippur.ufrj.br/observatorio>. Acesso em 06 de abril de 2005.
169. MILES-DOAN, R. Violence between spouses and intimate: does neighborhood context matter? *Social Forces*. v.77, n.2, p.623-45, 1998.
170. MILLER, J; WHITE, NA. Gender and adolescent relationship violence: a contextual examination. *Criminology*. v. 41, n.4, p.1207-1248, 2003.
171. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 5ed. Rio de Janeiro: Abrasco – Hucitec, 1998a.
172. MINAYO, M.C.S. (Org) *O limite da exclusão social: meninos e meninas de rua*. São Paulo: HUCITEC, 1993. 124p.
173. MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. v.10 (sup1), p.7-18, 1994.
174. MINAYO, M.C.S. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saúde Pública*, v.14, n.1, p.26-27 (Sup 1):7-18, 1998b.
175. MINAYO, M.C.S. Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciências e Saúde Coletiva*.v. 10, n.1, p. 18-34, 2005a
176. MINAYO, M.C.S. Debate on the paper by Roberto Briceño-León. *Cad Saúde Pública*.v. 21, n.6, p.1653, 2005b
177. MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p.35-42, 1998.
178. MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R. Violência para todos. *Cad Saúde Pública*. v. 9, p.65-78, 1993.
179. MINCHAUD, Y. *A violência*. São Paulo: Ática, 1980. 116 p.

180. MOLINA, C.M. Violencia domestica contra la mujer: la noticia nuestra de cada dia. *Mujeres*, Paraguay, 2005. Disponível em <http://www.uninet.com.py/accion/188/violencia.html> Acesso em 12 de junho de 2005.
181. MORAES, R. *Neoliberalismo*. De onde vem, para onde vai? São Paulo: SENAC, 2001.154 p.
182. MOUTINHO, L. "Raça", Sexualidade e Saúde: discutindo fronteiras e perspectivas *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. v.4, n.2, p.191-196, 2004
183. MURAOKA, M.; NAKAY, Y. Twenty years of statistics and observation of facial bone fracture. *Acta Otolaryngol Suppl*, v.538, p.261-265, 1998.
184. NAÇÕES UNIDAS. Declaração sobre eliminação da violência contra as mulheres (1993) *Informe Técnico nº A/RES/48/104*. New York: ONU, 1994
185. NASCIMENTO, V.P et al. Aspectos epidemiológicos de 158 casos de traumatismo facial atendidos no pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Med (São Paulo)*, v.75, n.1, p.31-36,1996.
186. NOMESCO (Nordic Medical-Statistical Committee). *Classification of external causes of injuries*.Third revised edition. Copenhagen: NOMESCO, 1997.
187. O.C NETO,. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis. Ed. Vozes, 1994. Cap. III. 51 – 66.
188. OCAMPO, J.A. Media década perdida. Agosto 2002. *Notas de la CEPAL no.24*. Disponível em [<http://www.eclac.cl>] Acesso: 23 de julho de 2005
189. OCHS,H.A.; NEUENSCHWANDER, M.C.; DODSON, T.B. Are head, neck and facial injuries markers of domestic violence? *J Am Dent Assoc*, v.127, n.6, p.757-761,1996.
190. ODHIAMBO, W.A. et al. Maxillofacial injuries caused by terrorist bomb attack in Nairobi, Kenya. *Int J Oral Maxillofac Sug*, v.31, n.4, p.374-317, 2002.
191. OEA. (Organização dos Estados Americanos). Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Capítulo IX – Los derechos de la mujer. Mexico, 1998. Disponível em [http://www.cidh.oas.org/countryrep/Mexico98sp/capitulo\\_9.html](http://www.cidh.oas.org/countryrep/Mexico98sp/capitulo_9.html) Acesso em 11 de junho de 2005.
192. OGATA, E.; ONO, H.Y.; LEANDRO, L.F.L. Fraturas mandibulares por projétil de arma de fogo. *Rev. Bras. Cirur e Perio*. v.1, n.3, p.212-217, 2003.
193. OGUNDARE, B.O.; BONNICK, A.; BAYLEY, N. Pattern of mandibular fractures in an urban major trauma center. *J Oral Maxillofac Surg* v.61, n.6, p.713-718, 2003.

194. OIKARINEN, K. et al Differences in the etiology of mandibular fractures in Kuwait, Canada and Finland. *Dental Traumatology* 20:241-245, 2004.
195. OIKARINEN, K; SILVENNOINENE, U; IGNATIUS, E. Frequency of alcohol-associated mandibular fractures in northern Finland in the 1980s. *Alcohol* 27(2):189-193, 1992.
196. OIKARINEN, K. et al. Mandibular fractures in Northern Finland in 1980s. A 10-year study. *Br J Oral Maxillofac Surg* v.31, n.1, p.23-27,1993.
197. OJI, C. Jaw fractures in Enugu, Nigeria, 1985-95. *Br J Oral Maxillofac Surg* v. 37, n.2, p.106-109.
198. OLASOJI, H.O.; TAHIR, R.; AROTIBA, G.T. Changing picture of facial fractures in northern Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg* v.40, n.10, p.140-143,2002.
199. OMS (Organização Mundial da Saúde) *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* 10ª Revisão. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Classificação de Doenças em Português/ EDUSP, 1993.
200. OMS (Organização Mundial da Saúde) *Epidemiologia y prevención de las enfermedades cardiovasculares. Série Informes* 853. Genebra, 1995.
201. OPAS (Organización Panamericana de la Salud). *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Washington DC. (Publicación Científica, 500), 1986.
202. OPAS (Organización Panamericana de la Salud). *Las condiciones de salud en las Américas . Vol. I* Washington DC. (Publicación Científica, 524), 1990.
203. OPAS (Organización Panamericana de la Salud). Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, 2002. 374p.
204. PAHO. Panamerican Health Organization. Violence against women. Fact Sheet of the Program on Women, Health & Development. Disponível em <http://www.paho.org/gengerandhealth/> Acesso em 14 de agosto de 2005.
205. PALMA, V.C.; LUZ, J.G.C; CORREIA, F.A.S. Frequência de fraturas faciais em pacientes atendidos num serviço hospitalar. *Rev.Odontol.Univ São Paulo*, v.9, n.2, p.121-126, 1995.
206. PARKER, R.N., AUERHAHN, K. Alcohol, drugs and violence. *Annual Rev Sociol* v. 24, p. 291-311, 1998.
207. PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. IN: PAPALÉO NETTO, M *et al. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996, p.26-43

208. PASSERI, L.A.; ELLIS, E.; SINN, D.P. Relationship of substance abuse to complications with mandibular fractures. *J Oral Maxillofac. Surg.* v.51, n.22, p. 22-25, 1993.
209. PERCIACCANTE, V.J.; OCHS, H.A.; DODSON, T.B. Head, neck and facial injuries as markers of domestic violence in women. *J Oral Maxillofac Surg*, v.57, n.7, p.760-763, 1999.
210. PEREIRA, M.G. *Epidemiologia. Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
211. PEREIRA, R.J.C. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas pra as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: EDUSP, 1999, 156p.
212. PERUGA, A. La salud de los adultos en las Américas: factores de riesgo y condiciones de salud. Informe de Consultoria, Programa de Salud del Adulto. Washington, DC. OPS, 1989 (mimeo)
213. PETERMAN, L.M.; DIXON, C.G. Domestic violence between same-sex partners implications for counseling. *Journal of Counseling & Development*. v.81, p.40-47, 2003.
214. PHIPPS, E; SHELTON, W. Forgoing medical treatment in severe facial trauma. *Journal Trauma*. v.43, n.6, p.970-4, 1997.
215. POLIT, F.D.; HUNGLER, P.B. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre, Artes médicas, 1995. 391 p.
216. POPULATION REPORTS. Information program. Center for Communication Programs, Johns Hopkins School of Public Health. *Para acabar con la violencia contra la mujer*. Disponível em <http://www.jhuccp.org/pr/prs/sl11edusum.shtml> Acesso em 14 de setembro de 2005.
217. QUINTAL, S.A. Violence against psychiatric nurses. *J Psychoso Nurs*. Massachusettes. v.40, n.1, p.47-52, 2002.
218. RAMOS-JIMENEZ, P. Debate on the paper by Roberto Briceño-León. *Cad Saúde Pública*. v.21, n.6, p.1651-1652, nov/dez 2005
219. RAUD, M.; STROM, K. Violence-related injures treated in Hospital emergency departments. *Spec Rep Publ NCJ – 1596921*. Washington, DC: US Department Justice. Bureau Justice Statistic, 1997
220. REICHENHEIM, M.E et al. Magnitude da violência entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal *Cad Saúde Pública*. v.22, n.2, p.425-437. 2006.
221. RESNEK, H. et al. Emergency evaluation and intervention with females victims of rape and other violence. *J Chi Psychol*. v.56, n.1, p.1317-1333, 2000.

222. RIBEIRO, M.F. et al. The prevalence and causes of maxillofacial fractures in patients attending accident and emergency departments in Recife-Brazil. *Int Dent J.* v.54, n.1, p.47-21, 2004.
223. RIVERA-RIVERA, L. et al. Prevalence and determinantes of male partner violence against Mexican women: a population-based study. *Salud Publica do Mexico.* v.46, n.2, p.113-122, 2004.
224. RODRIGUES, A.T. A força e a lei como instituições: uma introdução à Sociologia Política de Max Weber. In: MOSAICO. Revista de Ciências Sociais / Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Estudos Gerais, Departamento de Ciências Sociais, Vitória: UFES/CEG, v.1, n.2, p. 249-278,1999.
225. RODRIGUEZ, M.A. Clinicians intimate partner violence, and opportunities. Commentary. *MJM.* v.174, p.323-324, 2001. Disponível em <http://www.ewjm.com>.
226. ROHLFS, I; VALLS-LLOBET,C. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gac Sanit.* v.17, n.4, p.263-265, jul-ago 2003.
227. ROOM, R.; BARBOR, T.; REHN, J. Alcohol and public health. *Lancet.* v.365, p.519-530, 2005.
228. ROUQUAYROL, M Z; ALMEIDA FILHO, N. de. *Epidemiologia & Saúde.* 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 559 p.
229. SAFFIOTI, I.B.H. *A mulher na sociedade de classes: o mito e realidade.* Petrópolis: Coleção Sociológica Brasileira. Volume 4, 1976. 384p.
230. SANT'ANNA, A.R.; LOPES, M.J.M. Homicides among teenagers in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil: vulnerability, susceptibility, and gender cultures. *Cad Saúde Pública,* v.18, n.6, p.1509-1517, 2002.
231. SANTOS, M.A.F. Traumatismos buco-maxilo faciais por agressão: estudo em um hospital da periferia do município de São Paulo. 2002. 125p. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo.
232. SARIT, C.A. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva.* v.15, n.1, p.107-126, 2005.
233. SCHÖN, R.; ROVEDA, S.I.L.;CARTER, B. Mandibular fractures in Townsville, Australia: incidence, aetiology and treatment using 2.0 AO/ASIF miniplate system. *British J Oral Maxillofac Surg.* v.39 p.145-148, 2001.
234. SCHRAIBER, L.B. et al. Violence against women: a study in a primary healthcare unit. *Rev Saúde Pública.* v.36, n.4, p.470-477, 2002
235. SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F..PL. *O que devem saber os profissionais da saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica.* Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas

Questões para o Campo da Saúde. 2 ed. Fundação Ford e do CREMESP, 2003.

236. SCHRODER, H.M. et al. Epidemiology of violence in a Danish municipality – Changes in severity during 1980s. *Dan Med Bull*, v.39, n.1, p.81-83, 1992.
237. SHEPHERD, J.P. et al. Assault and facial soft tissues injuries. *Br J Plast Surg*, v.40, n.6, p.614-619, 1987.
238. SHEPHERD, J.P. et al. Assault: characteristics of victims attending an inner-city hospital. *Injury*. v.19, n.3, p.185-190, 1988.
239. SHEPHERD, J.P. et al. Pattern, severity and aetiology of injuries in victims of assault. *J R Soc Med*, v.83, n.2, p.75-78, 1990.
240. SHEPHERD, J.P. et al. Trends in urban violence: a comparison of accident department and police records. *J R Soc Med*, v.86, n.2, p.87-88, 1993
241. SHEPHERD, J.P.; ROBINSON, L.; LEVERES, B.G.H. Roots of urban violence. *Injury* v.21, n.3, p.139-141, 1990.
242. SHEPHERD, J.P.; SIVARAJASINGAM, V.; RIVARA, R.P. Using injury data for violence prevention. Government proposal is an important step towards safer communities. *BMJ* v.321, n.7275, p.1481-1482, 2000.
243. SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. v.19, (Sup.2), p.S263-S272, 2003.
244. SILVA, J.J.; CAUÁS, M. Avaliação da violência urbana e seu custo cirúrgico na vítima de trauma de face no Hospital da Restauração – Recife/PE. *Odontol Clín Cient*. v.3, n.1, p.49-56, 2004.
245. SILVA, M.G.C. Anos Potenciais de Vidas Perdidos segundo causas em Fortaleza (Brasil), 1978-1980. *Rev Saúde Pública*. v.18, p.108-211, 1984.
246. SILVA, O.M.P.;LEBRÃO, M.L. Estudo da emergência odontológica e traumatologia buco-maxilo-facial nas unidades de internação e de emergência dos hospitais do Município de São Paulo. *Rev. Brás. Epidemiol*. v.6, n.1, p.58-67, 2003.
247. SILVENNOINEN, U. et al. Different patterns of condylar fractures: an analysis of 382 patients in a 3-year period. *J Oral Maxillofac Surg* v.50, n.10, p.1032-1037, 1992.
248. SIMÃO, M.O. et al. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Rev Bras Psiquiat*. v.24, n.3, p.121-9, 2002.
249. SODRÉ, N.W.A. *farsa do neoliberalismo*. 6 ed. Rio de Janeiro: Graphia, 1999. 144 p.



250. SOUSA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para reflexão no campo da saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*. v.10, n.1, p.57-70, 2005.
251. SALEM, J.E. et al. Analysis of 523 mandibular fractures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.26, n.3, p.390-395, 1968.
252. SPINELLI, H. Debate on the paper by Roberto Briceño-León. *Cad Saúde Pública*. v.21, n.6, p.1657-1658, nov/dez 2005.
253. STAINBROOK, E. Trauma and human violence. *J Trauma* v.10, n.1, p.25-31, 1970.
254. STANLEY, R. Debate on the paper by Roberto Briceño-León. *Cad Saúde Pública*, v.21, n.6, p.1658-1659, nov/dez 2005
255. STONE, D.B. Violence against women. *Center for substance abuse prevention*. Disponível em [http://www.preventionpathways.samhsa.gov/pdfs/fact\\_women.pdf](http://www.preventionpathways.samhsa.gov/pdfs/fact_women.pdf) Acesso em 24 de abril 2005.
256. STROM, C. et al. Jaw fractures in Stockholm 1988-1990. Changing trends in injury dynamics over a 10 year interval. *Swed Dent J* v.20, n.6, p.221-226,1996.
257. STROM, C. Injuries due to violent crimes. *Med Sci Law* v.32, n.2. p.123-132, 1992.
258. STROM, C.; JOHANSON, G.; NORENRAM, A. Facial injuries due to criminal violence: a retrospective study of hospital attenders. *Med Sci Law*, v.32, n.4, p.345-353,1992.
259. TANAKA, N. et al. Aetiology of maxillofacial fractures. *Br J Oral Maxillofac Surg*. v.32, n.1, p.19-23, 1994.
260. TAQUETTE, S.R et al. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. *Cad Saúde Pública*. v.19, n.5, p.1437-1444, 2003.
261. TELFER, M.R.; JONES, G.M.; SHEPHERD, J.P. Trends in the aetiology of maxillofacial fractures in the United Kingdom (1977-1987). *Br J Oral Maxillofac Surg*. v.29, n.4, p.250-255, 1991.
262. THOMSON, W.M. et al. Dental and maxillofacial injuries among older New Zealanders during 1990s. *Int J Oral Maxillofac Surg* v.32, n.2, p.201-205, 2003.
263. THORN, J.J.; MOGELTOFT, M.; HANSEN, P.K. Incidence and aetiological pattern of jaw fractures in Greenland. *Int J Oral Surg*. v.15, n.4, p.372-379, 1986.
264. TORGESEN, S.; TORNER, K. Maxillofacial fractures in Norwegian district. *Int J Oral Maxillofac Surg* v.21, n.6, p.335-338,1992.

265. TUESCA, R.; BORDA, M. Violência física marital em Barranquilla (Colômbia): prevalência y factores de riesgo. *Gac Sanit.* v.17, n.4, p.302-308, 2003.
266. VALENTE, C. *Emergências em Bucomaxilofacial*: clínicas, cirúrgicas e traumatológicas. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. 264 p.
267. VAN BEEK, G.J.; MERKS, C.A. Changes in the pattern of fractures of the maxillofacial skeleton. *Int J Oral Surg.* v.28, n.6, p.424-428, 1999.
268. VAN HOOFF, R.F.; MERKS, C.A.; STEKELENGURG, E.C. The different patterns of fractures of the facial skeleton in four European countries. *Int J Oral Surg.* v.6, n.1, p.3-11, 1977.
269. VASCONCELLOS, M.D. Pierre Bourdieu: a herança sociológica. *Educação & Saúde.* v.23, n.78, p.77-87, 2002.
270. VASCONCELOS, B.C.E et al. Perfil de pacientes com fraturas mandibulares atendidos nos plantões diurnos do sábado e domingo do Hospital da Restauração: Recife/PE. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo Fac.* v.5, n.1, p.53-58, 2005
271. VAZANT, L. Manifesto da campanha contra violência doméstica pela paternidade responsável. Disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/nems/manifesto.htm> Acesso em 14 de setembro de 2005.
272. VERMELHO, L.L; MELLO-JORGE, M.H.P. Mortalidade de jovens: análise do período 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). *Rev Saúde Pública.* v.30, n.4, p.319-31, 1996.
273. VETTER, J.D et al. Facial fractures occurring in a medium-sized metropolitan area: recent trends. *Int J Oral Maxillofac Surg.* v.20, n.4, p.214-216, 1991.
274. VIVES, C. et al. Violência del compañero íntimo em Espana. *Gac Sanit.* v.17, n.4, p.268-74, 2003.
275. VOOS, R. The aetiology of jaw fractures in Norwegian patients. *J Maxillofac Surg* v.10, n.3, p.146-148, 1982.
276. WALKER, P. A bioarchaeological perspectiva on the history of violence. *Annu Rev.Anthropol.* v.30, p.573-96, 2001.
277. WHO (World Health Organization) *Fact sheet 239*: violence against Women, Disponível em <http://www.who.int/inf-fs/en/fact239.html> Acesso em 20 de julho de 2004.
278. WHO (World Health Organization). Género y salud de las mujeres. *Violencia de género*. Geneva, 2005. Disponível em <http://who.int/gender/violence>. Acesso em 03 de julho de 2005.

279. XIMENES, R.A.A et al. Vigilância das doenças endêmicas em áreas urbanas: a interface entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade. *Cad Saúde Pública*. v.15, p.53-61, 1999.
280. YUNES, J; RAJS, D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Americas. *Cad Saúde Pública*, v.10, Supl.1, p.88-125,1994.
281. ZACHARIADES, N. et al. Facial trauma in women resulting from violence by men. *J Oral Maxillofac Surg*. V.48, n.12, p.1250-1253, 1990.
282. ZACHARIADES, N; PAPAVALASSILIOU, D. The pattern and aetiology of maxillofacial injuries in Greece. A retrospective study of 25 years and a comparison with other countries. *J Craniomaxillofac Surg* v.18, n.6, p.251-254,1990.
283. ZILBERMAN, M.L.; BLUME, S.B. Domestic violence alcohol and substance abuse. *Rev Bras Psiquiatr*. v.27, Sup.II, p. 551-555, 2005.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### MAPA DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA



## ANEXO II

### FORMULÁRIO DE PESQUISA

<b>DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS</b>			
1	Número de ordem		
2	Data da Investigação		
3	BE		
4	Hora da entrada		
5	Prontuário		
6	Data Ocorrência		
7	Dia da ocorrência	1.D 2.S 3.T 4.Q 5.Q 6.S 7.S	
8	Hora da ocorrência		
9	Nome		
10	Sexo	1. Masculino 2. Feminino	
11	Idade		
12	Endereço residencial		
13	Status marital	1.Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Divorciado 9. NI	
14	Grau de Instrução	1. Analf. 2. Fundamental incompleto 3. Fundamental completo 4. Médio incompleto 5. Médio completo 6. Superior incompleto 7. Superior completo 9. NI	
15	Etnia	1B 2.Pa 3.Pr 4.A 5 In 6. Ig. 9. NI	
16	Empregabilidade	1. Desempregado 2. Empregado formalmente 3. Empregado informalmente 4. Pensionista 5. Estudante 6. Dona(o) de casa 7. Serviço militar 9. Outro/Não especificado	
17	Status sócio ocupacional		
18	Renda – chefe da família		
19	Moradia	1. Aluguel 2. Próprio 3. Emprestado 9. Outro/Não especificado	
20	Coabitação	1. Mora sozinho 2. Sozinho com crianças 3. Somente com companheiro(a) 4. Com companheiro(a) e filhos 5. Com os pais 6. Com parentes/amigos 7. Em instituição 9. Outro/Não especificado	

<b>DADOS SOBRE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL</b>			
21	Tipo de violência	1. Agressão por arma branca (PAB) 2. Agressão por arma de fogo (PAF) 3. Espancamento 4. Violência sexual	
22	Agente etiológico	1. Perfurante 2. Cortante 3. Contundente 4. Perfuro-cortante 5. Perfuro-contundente 6. Corto-contundente 7. Lacerante	
23	Se PAB Tipo	1. Faca 2. Facão 3. Punhal 4. Navalha 5. Outros 6. NI	
24	Se PAF Tipo	1. Revólver 2. Espingarda 3. Fabricação caseira 4. Outros	
25	Se espancamento Tipo	1. Manual 2. Objeto contundente 3. Objeto corto-contundente 4. Outros 9. NI.	
26	Uso de bebida alcoólica	1. Não 2. Cerveja 3. Pinga 4. Uísque 5. Vodka 9. Outro/Não especificado	

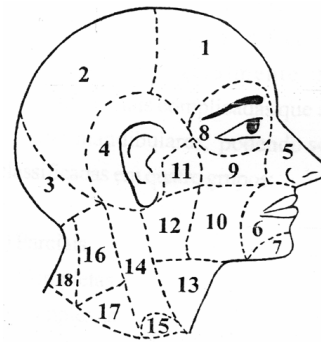
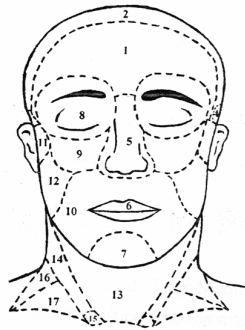
27	Entorpecentes	1. Não 2. Maconha 3. Cocaína 4. Crack 5. Psicotrópicos 6. Heroína 9. Outro/Não especificado	
28	Grau de parentesco do agente agressor	1. Desconhecido 2. Marido/Esposa 3. Companheiro/companheira 4. Pais/avós 5. Filhos/netos 6. Outro membro familiar 7. Amigo 8. Vizinho/colega 9. Pessoa em dependência 10. Outro/Não especificado	
29	Número de agressores	1. Uma pessoa 2. Duas pessoas 3. De três a cinco pessoas 4. Seis ou mais pessoas 9. Desconhecido/Outro/Não especificado	
30	Sexo do(s) agressor(es)	1. Masculino 2. Feminino 3. Ambos 9. Não especificado	
31	Idade do(s) agressor(es)	1. Criança (de 1 a 12 anos) 2. Adolescente (de 12 a 24 anos) 3. Adulto (25 a 64 anos) 4. Idoso (65 anos ou +) 5. Não especificado	
32	Local da ocorrência	1. Extra-domiciliar 2 Intra-domiciliar 9 NI	
33	Atividade exercida quando do evento	1. Trabalho 2. Exercício esportivo 3. Jogos, hobbies 4. Trabalho doméstico 5. Atividade vital (comer, dormir) 6. Lazer 9. Outra/Não especificada	
34	Nível de consciência após	1. Consciente 2. Inconsciente 9. NI	
35	Traumatismos sofridos	1. TCE 2. TRM 3. TT 4. TA 5. TE 6. TF 7. Politraumatismo 8. Amputação 9. Outros	
36	Partes do corpo atingidas	1. Cabeça 2. Pescoço 3. Face 4. Tórax 5. Abdômen 6. MSD 7. MSE 8. MID 9. MIE 10. Pés 11. Mãos 12. Clavícula 13. Bacia 14. Genitália 15. Períneo	
Raça: A (amarela) B (Branca) I (Indígena) Pa (Parda) Pr (Preta) Ig (Ignorada)			
MSD (Membro superior direito) MSE (Membro superior esquerdo) MID (Membro inferior direito) MIE (Membro inferior esquerdo) TCE (Traumatismo crânio-encefálico) TRM (Traumatismo raquimedular) TT (Trauma torácico) TA (Trauma abdominal) TE (Trauma de extremidades) TF (Traumatismo facial)			

<b>TRAUMATISMOS FACIAIS</b>			
37	Lesões	1. Não 2. Ruberfação 3. Edema traumático 4. Bossas linfáticas e sanguíneas 5. Hematoma 6. Equimose 7. Escoriação 8. Laceração 9. Luxação 10. Fratura 11. Outro/Não especificado	
38	Fraturas ósseas	1. Não 2 Mandíbula 3. Maxila 4. Zigomático 5. OPN 6. Associada	
39	Lesões dentárias	1. Não 2. Luxação 3. Intrusão 4. Extrusão 5. Avulsão 6. Fratura	
<b>FRATURAS DO COMPLEXO BMF</b>			
40	Mandíbula	1. Corpo unilateral 2. Corpo bilateral 3. Sinfisária 4. Parassinfisária unilateral 5. Parassinfisária bilateral 6. Ângulo 7. Ramo 8. Apófise coronóide 9. Côndilo unilateral 10. Côndilo bilateral 11. Associada 12. Cominutiva	
41	Maxila	1. Intermaxilar 2. Tuberosidade 3. Le Fort I 4. Le Fort II 4. Le Fort III 5. Huet 6. Basserreu 7. Quatro	

		Fragmentos de Walter 8. Parede látero-externa seio maxilar 9. Associada 10. Cominutiva	
42	Zigomático	1. Frontomalar 2. Infraorbitária 3. Arco zigomático 4. Corpo zigomático 5. Associada 6. Cominutiva	
43	OPN	1. OPN pp dito 2. Cominutiva	
44	Associada	1. Mandíbula-Maxila 2. Mandíbula-Zigomático 3. Mandíbula-OPN 4. Maxila-Zigomático 5. Maxila-OPN 6. Zigomático-OPN 7. Mandíbula-Maxila-Zigomático 8. Maxila-Zigomático-OPN 9. Mand-Max-Zig-OPN	

**REGIÕES DO COMPLEXO CRÂNIO-FACIAL**

1. Frontal 2. Parietal 3. Occipital 4. Temporal 5. Nasal 6. Oral 7. Mentoniana 8. Orbital 9. Infra-orbital 10. Bucal 11. Zigomática 12. Paratideomassetérica 13. Anterior do Pescoço 14. Esternocleidomastóidea 15. Supraclavicular Menor 16. Lateral do Pescoço 17. Supraclavicular Maior 18. Posterior do Pescoço





## ANEXO III

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Carta de informação ao sujeito da pesquisa

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Inominável Mundo Novo...Globalização, violência urbana interpessoal e os traumatismos faciais em questão.

Pesquisador responsável: **Andréa Sílvia Walter de Aguiar**

Telefone para contato: (85) 32445429 32242130

- ◆ A pesquisa será realizada em pessoas vítimas de agressão física interpessoal que chegam à Emergência I do Instituto Dr. José Frota
- ◆ O objetivo da pesquisa é identificar e descrever os riscos sociais, o padrão social e epidemiológico das lesões faciais provocadas por violência interpessoal em indivíduos atendidos no Instituto Dr. José Frota – Fortaleza, Ceará, em 2004.
- ◆ A pesquisa limita-se a coleta e avaliação de dados, desta forma não causando nenhum prejuízo e risco ao paciente.
- ◆ A identidade dos pacientes submetidos à pesquisa será mantida em absoluto sigilo, sendo os dados utilizados apenas para fins científicos.
- ◆ A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA/UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321 – CEP: 60.811-905 – Fortaleza-Ce.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG, \_\_\_\_\_, li e concordo em participar da pesquisa, como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador (a) - \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento no Instituto Dr. José Frota – Centro.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito / pai ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

Pesquisador (a) responsável: \_\_\_\_\_

## **ANEXO IV**

### **Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza**

## **ANEXO V**

**Aprovação do Comitê de Pesquisa do Instituto Dr. José Frota**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)