

## **REGISTROS DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL ATRAVÉS DE LAUDOS DO ANO DE 2014 DO DEPARTAMENTO MÉDICO LEGAL DE PELOTAS, RS, BRASIL**

ISADORA AUGUSTA DA SILVEIRA<sup>1</sup>; MABEL MILUSKA SUCA SALAS<sup>2</sup>;  
LUCIANA DOMIGUES CONCEIÇÃO<sup>2</sup>; RAFAEL GUERRA LUND<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – isadora.s08@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – terius8@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – ludconceicao@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – rafael.lund@gmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

Para o Ministério da Saúde, a expressão “maus tratos na infância” envolve toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento infantil (BRASIL, 2002). A violência que acomete as crianças e adolescentes, pode ser cometida dentro ou fora do ambiente doméstico, por algum membro da família ou não. Em relação à natureza dos atos violentos, destacam-se as modalidades de violência física, psicológica, sexual, negligência e Síndrome de Munchausen por Procuração (FISCHER & MC DONALD, 1998).

A vitimização de crianças e adolescentes acompanha a história da humanidade e é expressada de forma distinta em cada cultura, em decorrência de uma rede de fatores que interagem e se concretizam nas condições de vida dos distintos grupos populacionais e contextos sociais, não tendo limites sociais, étnicos e raciais (COSTA, 2013).

Atualmente vigora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estabelecido pela Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990). O Conselho Tutelar, ficou encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, e cabe aos profissionais que lidam com essa população, principalmente os profissionais da saúde, identificar os casos suspeitos de abuso e notificar às autoridades (SILVEIRA; MAYRINK; NÉTTO, 2005).

No Brasil, apenas recentemente a odontologia vem discutindo sua parcela de responsabilidade na detecção, tratamento e prevenção da violência contra crianças e adolescentes (CAMPOS, 2005). Em razão do envolvimento frequente de estruturas da região de cabeça/pescoço e da cavidade bucal, as manifestações físicas dos maus tratos colocam o cirurgião- dentista, mais especificamente o odontopediatra, nos casos de crianças e adolescentes, em uma posição privilegiada para a identificação de possíveis vítimas de violência. (SILVEIRA; MAYRINK; NÉTTO, 2005)

Dentro deste contexto, o objetivo do presente trabalho foi realizar um levantamento epidemiológico dos laudos de crianças e adolescentes que fizeram exame de corpo e delito no Departamento de Medicina Legal, em Pelotas/RS, no ano de 2014.

### **2. METODOLOGIA**

Este estudo retrospectivo e transversal foi realizado nos registros de vítimas com lesões que foram encaminhados para o Departamento de Medicina Legal, (Pelotas, RS) de Janeiro a Dezembro do ano de 2014. O departamento é uma referência para 11 cidades, abrangendo um total de 600.000 habitantes. A partir desses registros, uma seleção foi realizada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (1) ofensa à integridade e / ou de saúde da vítima e (2) laudos de crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos), seguindo a definição da Organização Mundial da Saúde (3). As lesões foram agrupadas nas seguintes regiões: extra-orais (nasal, zigomático, mandíbula, supra-orbital, infra-orbital, malar, masseter, frontal, lábio, mentoniana, bucinadora, temporal, occipital, auricular, cervical), intra-orais (mucosa gengival, mucosa jugal, dentes, língua, assoalho, palato duro, freio lingual/ lateral), as demais regiões do corpo humano, foram agrupadas em um único grupo. A separação entre as regiões foi necessária, pois posteriormente foi realizada uma comparação entre as lesões que acometeram a região de cabeça e pescoço e as outras partes do corpo humano.

Os casos selecionados foram estudados, para obter conhecimento sobre dados como: características demográficas da vítima, a natureza da violência e o número de traumas causados e suas consequências. Informações pessoais, como sexo, raça, idade, cidade de origem e as características da lesão (localização, etiologia e tipo) também foram registradas em uma planilha do Excel.

O estudo foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética sob o parecer 88/2009. Os dados foram duplamente digitados e analisados pelo software Stata 12.0 (StataCorp, CollegeStation, TX, EUA). Análises descritivas e bivariadas foram realizadas para avaliação preliminar da associação entre as variáveis preditoras e o desfecho através dos testes Qui-Quadrado de *Pearson* ou *Fisher*, conforme o tipo de variável expositora.

Para a análise multivariável usando uma regressão de Poisson com variância robusta. Todas as variáveis que apresentarem um valor de  $p < 0,20$  na análise bruta, foram obtidas razões de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95%. As variáveis incluídas no modelo final foram aquelas que apresentaram um valor de  $p < 0,05$ .

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total, 747 crianças e adolescentes sofreram algum tipo de ofensa à integridade/saúde, sendo 410 (55%) indivíduos do sexo masculino e 336 (45%) do sexo feminino. A maior prevalência ocorreu em indivíduos de cor de pele branca (610 - 81,8%) e adolescentes (653 - 87,5%).

As lesões de cabeça e pescoço tiveram uma prevalência de 49, 5% e a agressão física foi a etiologia mais comum (68%), seguido pelos acidentes de trânsito (13,27%) e por acidentes com arma de fogo (5,5%).

O tipo de lesão mais frequente foi a escoriação (21,72%), seguido por equimose (14,21%). A agressão física apresentou maior chance de estar associada com a presença de lesões de cabeça e pescoço ( $p < 0,001$ ).

A incidência de casos denunciados e confirmados de agressão contra crianças e adolescentes aumenta a cada ano. Na literatura poucos estudos epidemiológicos que buscam conhecer os reais números da violência contra crianças e adolescentes são desenvolvidos no Brasil.

Com relação à distribuição das agressões físicas de acordo com o gênero, a literatura é controversa. Algumas pesquisas têm destacado uma maior

prevalência de maus tratos entre crianças e adolescentes do sexo feminino (DE LORENZI, PONTALTI, FLECH, 2001; CAVALCANTI, DUARTE, 2004). Entretanto, neste estudo, o sexo masculino foi o mais acometido com 55% das vítimas. Este resultado está de acordo com os obtidos por outros pesquisadores (DI SCALA et al. 2000; RODRIGUES, 2000; SHARMA, GUPTA, 2004) os quais verificaram que a violência física acometeu mais o sexo masculino do que o feminino.

A atuação do cirurgião- dentista frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes pode vir a fazer parte da função como profissional de saúde, dentro de uma perspectiva de atenção integral as necessidades dos pacientes (CAMPOS, 2005).

Enfrentar o problema da violência contra crianças e adolescentes requer reconhecê-lo como um grave problema mundial e identificar, com prioridade, a necessidade de garantir a efetivação dos direitos humanos, pois crianças e adolescentes encontram-se em um importante período de desenvolvimento de habilidades e comportamentos, considerados, portanto, grupo populacional vulnerável aos agravos ambientais.

#### 4. CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa sugerem a importância de investimentos em políticas e programas de prevenção e redução da violência contra crianças e adolescentes, buscando ampliar a cobertura no atendimento e aprimoramento do registro dos laudos do Departamento Médico Legal e levantamento desses indicadores.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. **“Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde.”** , 2002. Acessado em 07 junho 2015. Online. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br).
- 2- FISCHER, D.G.; MC DONALD, W.L. Characteristic of intrafamiliar and extrafamiliar child sexual abuse. **Child Abuse & Neglect**, Colorado, v.22, n.9, p.915- 929, 1998.
- 3- COSTA, M.C.O. **Violência e vitimização na infância e adolescência a inclusão da escola no reconhecimento e prevenção.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2013.
- 4- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília. Lei nº 8.069 de 1990. Ministério da Justiça, 1990
- 5- SILVEIRA, J.L.G.C.; MAYRINK, S.; NÉTTO, O.B.S. Maus tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau (SC). **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.5, n.2, p.119-126, 2005

- 6- CAMPOS, PCM. **A atuação de odontopediatras frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro.** 2005. 114f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Curso de Pós- Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
- 7- DE LORENZI, D.R.S.; PONTALTI, L.; FLECH, R.M.; Maus tratos na infância e adolescência: Análise de 100 casos. **Revista Científica da Associação Médica de Caxias do Sul**, Caxias do Sul v.10, n.1, p.47-52, 2001.
- 8- CAVALCANTI, A.L.; DUARTE, R.C.; Perfil da criança e do adolescente vítimas de violência doméstica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.8, n.2, p.183-190, 2004.
- 9- DI SCALA, C. et al. Child abuse and unintentional injuries: a 10-year retrospective. **Archives of Pediatrics Adolescent Medicine**, Chicago, v.154, n.1, p.16-22, 2000.
- 10- RODRIGUES, A.A.; **Violência doméstica contra crianças e adolescentes no Distrito Federal.** Disponível em: <<http://www.cecra.org.br>>. Acesso em: 25 Jun 2000.
- 11- SHARMA, B.R.; GUPTA, M. Child abuse in Chandigarh, India, and its implications. **Journal of Clinical Forensic Medicine**, Edinburgh, v.11, n.5, p.248-256, 2004.