

## Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



### Violência infantojuvenil

#### IMPACTO DA ESCOLARIDADE NA VIOLÊNCIA INFANTOJUVENIL NA CIDADE DE JOÃO PESSOA – PB – BRASIL.

#### *Impact of schooling on child and youth violence in João Pessoa - PB - Brazil.*

Sarah Andrade FEITOZA<sup>1</sup>, Maria Izabel Cardoso BENTO<sup>2</sup>, Larissa Chaves Cardoso FERNANDES<sup>3</sup>, Ludmila Silva de FIGUEIREDO<sup>4</sup>, Maria Luíza Norões Viana GADELHA<sup>5</sup>, Milena Norões Viana GADELHA<sup>6</sup>.

1. Aluna do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário UNIESP, Cabedelo – PB, Brasil.
2. Doutoranda em Odontologia Legal e Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), São Paulo – SP, Brasil.
3. Doutoranda em Biologia Buco-dental pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade de Campinas (FOP/UNICAMP), Piracicaba – SP, Brasil.
4. Especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial pelo Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), João Pessoa – PB, Brasil.
5. Aluna do Curso de Graduação de Bacharelado em Direito da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa – PB, Brasil.
6. Especialista em Radiologia Odontológica pela Escola de Aperfeiçoamento Profissional (EAP/ABO-PB); Especialista em Odontologia Legal pela FACULDADE COESP; Perita Oficial Odonto Legal do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal do Instituto de Polícia Científica da Paraíba (NUMOL/IPC/PB), João Pessoa - PB, Brasil.

#### Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 28 Setembro 2020

Aceito em: 20 Março 2021

#### Autor para contato:

Profa. Milena Norões Viana Gadelha.  
Av. Pombal, número 1301, Residencial Vermont, apto 302, João Pessoa, Paraíba, Brasil. CEP: 58038-241.  
E-mail: [milenanoroes@hotmail.com](mailto:milenanoroes@hotmail.com).

#### RESUMO

**Introdução:** A violência contra crianças e adolescentes constitui problema de saúde pública. Objetivo: Avaliar o impacto da escolaridade em vítimas de violência infantojuvenil submetidas a exame traumatológico no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) da cidade de João Pessoa/PB – Brasil, em 2017. **Material e Métodos:** Estudo documental, transversal, analítico, com técnica de documentação indireta, a partir da análise dos laudos periciais produzidos em 2017. Variáveis analisadas: idade, ocupação da vítima (G1= não estudante e G2 = estudante), local da agressão, energia e instrumento lesivo, localização e natureza da lesão e relação vítima/agressor. A associação entre as variáveis qualitativas foi avaliada pelos testes de Qui-quadrado e Exato de Fischer (nível de significância de 5,0%). **Resultados:** Analisaram-se 384 laudos, com tempo médio entre agressão e denúncia de 8,95 dias e via pública (19,5%) como principal local de ataque. A energia mecânica (G1 = 99,0% e G2 = 99,5%) e o instrumento contundente (G1 = 90,5% e G2 = 88,1%) foram os mais utilizados; membros (G1 = 55,0% e G2 = 54,4%) e face (G1 = 34,6% e G2 = 41,5%) as regiões mais afetadas. Prevaleram lesões leves (G1 = 94,7% e G2 = 90,0%) e agressões por pessoas estranhas à vítima (G1 = 65,4% e G2 = 41,4%). **Conclusão:** Ausência de diferença significativa entre os grupos (G1 = 49,7% e G2 = 50,3%), maioria com idades entre 13 a 18 anos (80,4%), o estranho o principal agressor e os instrumentos contundentes mais utilizados para provocar lesões leves em membros e face.

#### PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Maus-tratos infantis; Escolaridade.

## INTRODUÇÃO

A violência infantojuvenil constitui um problema de saúde pública, que permanece em evidência na atualidade diante de sua alta incidência<sup>1</sup>. No Brasil, somente em meados dos anos 80, esse tipo de agressão teve notoriedade, sendo pautada no artigo 227 da Constituição Federal de 1988: “é dever da família, da sociedade e do Estado, colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”<sup>2-5</sup>.

No intuito de garantir a proteção dos direitos da criança e do adolescente, foi criado, por meio da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>6</sup>. Este, por sua vez, em seu artigo 5º, impõe que serão punidos na forma da lei os que, por ação ou omissão, atentem contra direitos fundamentais dos menores de idade. O ECA também preceitua a obrigatoriedade da notificação compulsória, por parte do profissional de saúde, em casos de suspeita de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e maus-tratos contra criança e adolescente, atendidos no sistema público de saúde ou em consultórios particulares<sup>2-6</sup>.

Em razão desse crescente aumento da violência, as consequências negativas advindas da qualidade de vida familiar, comunitária e individual são incontestáveis, uma vez que crianças e adolescentes vítimas de agressões e maus-tratos, de forma geral, se tornarão prováveis agressores. Segundo a OMS, uma criança vítima de violência no primeiro ano de vida terá maior tendência a ser violenta e, conseqüentemente, à

criminalidade na vida adulta<sup>7</sup>.

Crianças e adolescentes que vivenciam, do nascimento aos 16 anos, Experiências Adversas na Infância (EAI), dentre elas a violência física, apresentam menor nível de escolaridade e maior risco de depressão, uso de drogas e tabagismo<sup>8</sup>.

Com efeito, é importante analisar o lugar social da criança na família e na escola, para uma melhor compreensão acerca dessa forma de violência. A escola é um ambiente singular onde a criança pode desenvolver a sua autonomia. Mas, vem se formatando como palco de manifestações de violência interpessoal entre estudantes<sup>9,10</sup>.

Em conformidade com o Código de Processo Penal Brasileiro<sup>11</sup>, é indispensável o exame de corpo de delito sempre que a infração deixar vestígios, dando-se prioridade àqueles que envolvam violência doméstica e violência contra criança, adolescente, idoso e pessoa com deficiência. A importância do exame de corpo de delito é reforçada pelo teor do Art. 129 do Código Penal Brasileiro<sup>12</sup>, que classifica as lesões corporais em leve, graves ou gravíssimas com base nos exames realizados pelos serviços oficiais de perícias.

Em João Pessoa, capital do estado da Paraíba – Brasil, os exames de corpo de delito em vítimas de violência são realizados pelos peritos oficiais, médico e odontológicos, a depender da localização das lesões, no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL).

Assim, considerando que a relação entre violência infantojuvenil e fatores sociais como escolaridade, ambiente da

agressão e relação entre a vítima e o agressor, ainda precisam de esclarecimentos na literatura especializada, sobretudo para desenvolvimento de programas de prevenção, o presente estudo teve o objetivo de avaliar o impacto da escolaridade na violência infantojuvenil a partir dos laudos produzidos por exames traumatológicos no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) da cidade de João Pessoa/PB – Brasil, em 2017.

### **MATERIAL E MÉTODOS**

Esta pesquisa seguiu todas as orientações e normas do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP (Número do Parecer: 3.558.845). solicitou-se dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), uma vez que os dados eram advindos de informações contidas nos laudos traumatológicos do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal do Instituto de Polícia Científica do Estado da Paraíba (NUMOL/IPC/PB).

Trata-se de um estudo documental, transversal e analítico, com técnica de documentação indireta a partir da análise dos laudos periciais traumatológicos no ano de 2017. Foram incluídos os laudos traumatológicos médico-legais e odontológicos realizados no NUMOL de João Pessoa/PB – Brasil, no ano de 2017, em que figuravam como vítimas crianças e adolescentes de até 18 anos de idade.

Laudos traumatológicos incompletos, dos quais não foram possíveis extrair informações necessárias para a presente pesquisa, foram excluídos.

Com vistas a descrever o processo de vitimização das pessoas atingidas, para a coleta de dados, foi desenvolvido um instrumento para padronização, contemplando os elementos e as informações que permitiram analisar as características do exame, das condições socioeconômicas da vítima, do tipo de energia lesiva e instrumento utilizado para efetuar a agressão, da sede e gravidade das lesões, das experiências prévias de violência, da motivação da agressão, do tipo de relacionamento com o agressor e da autoridade requisitante da perícia traumatológica, verificando o tempo transcorrido entre a prática da violência e a realização do exame de corpo de delito, para cada grupo estudado.

Foi realizada análise descritiva de todas as variáveis do estudo utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) 24.0. A normalidade dos dados foi analisada por meio do Teste de Kolmogorov-smirnov e a homogeneidade das variâncias pelo Teste de Levene.

Para os dados com distribuição normal e homogeneidade foi aplicado o teste do Qui-quadrado e, para os que apresentaram uma distribuição não-normal, foi utilizado o teste não-paramétrico de exato de Fisher. O nível de significância adotado foi 5%.

## RESULTADOS

No ano de 2017, o Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de João Pessoa/PB – Brasil realizou 7.082 exames traumatológicos. Após avaliação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos 384 laudos na presente pesquisa, sendo que amostra foi dividida em vítimas que não eram estudantes (G1) e os estudantes (G2).

No geral, o G2 foi o mais atingido pela violência física (50,3%). No entanto, ao relacionar com a idade, o G1 com idades entre 13 e 18 anos foi o mais alcançado por essa forma de violência (41,6 %). Vítimas com idades entre de 0 a 6 foram as menos agredidas em ambos os grupos (Tabela 1).

O estranho foi o mais referido como agressor pelas vítimas com idade de 13 a 18 anos (48,9%), seguido pelo amigo (19,2%) e pai (5,9%). Por sua vez, o pai foi o mais apontado como agressor nas demais faixas etárias: de 0 a 6 anos (2,6%) e de 7 a 10 anos de idade (3,3%).

Para o grupo total, o tempo médio entre a agressão e a denúncia (e posterior realização do exame de corpo de delito) foi de 8,95 dias ( $\pm$  43,84) dias. Quando se considerou o tempo, observou-se que o grupo de estudantes tendeu a postergar a realização da denúncia (14,26 dias  $\pm$  55,54) quando se comparou com o grupo de não estudantes (G1) (3,58 dias  $\pm$  18,79) (Tabela 2).

Ao analisar a associação com o local da agressão, o sítio dos ataques não estava relatado na maioria dos laudos para ambos os grupos (G1 = 47,1% e G2 = 38,9%). Por outro lado, a via pública foi o

local de agressão mais frequente para estudantes (20,2%) e não estudantes (18,8%). O ambiente doméstico foi o segundo local mais citado pelos grupos (G1 = 11% e G2 = 26,9%) e, por fim, o ambiente de trabalho ou escolar foi o menos prevalente (G1 = 0,5% e G2 = 2,1%).

Quanto à energia e instrumento lesivo, a energia mecânica (G1 = 99,0% e G2 = 99,5%) e o instrumento contundente (G1 = 90,5% e G2 = 88,1%) foram os mais utilizados. No que diz respeito à localização das lesões, tanto G1 como G2 foram mais atingidos nos membros (55,0% e 54,4%, respectivamente) e na região da face (34,6% e 41,5%, respectivamente), sendo a natureza das lesões, em superioridade, tida como leve (G1 = 94,7% e G2 = 90,0%). Quando ao agressor, maioria era estranha à vítima (G1 = 65,4% e G2 = 41,4%).

Para os tipos de energias lesivas, instrumento, localização e natureza da lesão, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes para os grupos de estudantes e não estudantes. No entanto, a relação entre a vítima e o agressor apresentou  $p < 0,001$ , demonstrando diferença para os grupos.

## DISCUSSÃO

A violência é um problema que cresce gradativamente ao longo dos anos, tornando-se ainda mais grave quando atinge indivíduos com maior vulnerabilidade, como crianças e adolescentes<sup>13,14</sup>.

**Tabela 1 – Análise descritiva da distribuição da idade por relação vítima criança e adolescente de até 18 anos de idade/agressor e ocupação da vítima de violência física atendida no NUMOL de João Pessoa/PB – Brasil.**

Relação	0-6	07/dez	13-18
Pai	10 (2,60%)	13 (3,38%)	23 (5,98%)
Mãe	7 (1,82%)	6 (1,56%)	6 (1,56%)
Padrasto	3 (0,78%)	7 (1,82%)	11 (2,86%)
Madrasta	1 (0,26%)	0	2 (0,52%)
Irmão	0	2 (0,52%)	2 (0,52%)
Tio	0	0	2 (0,52%)
Tia	0	0	2 (0,52%)
Outro parente	0	1 (0,26%)	0
Amigo	1 (0,26%)	8 (2,08%)	74 (19,27%)
Estranho	5 (1,30%)	11 (2,86%)	188 (48,9%)
Animal	0	0	2 (0,52%)
	<b>27 (7,03%)</b>	<b>48 (12,5%)</b>	<b>312 (81,25%)</b>
<b>Ocupação</b>			
Não estudante	13 (3,38%)	18 (4,68%)	160 (41,6%)
Estudante	13 (3,38%)	29 (7,55%)	151 (39,3%)
	<b>26 (6,77%)</b>	<b>47 (12,2%)</b>	<b>311 (80,98%)</b>

**Tabela 2 - Análise bivariada entre a escolaridade da vítima e o local da prática da agressão, tipo de energia lesiva, instrumento lesivo, localização das lesões, natureza da lesão e relação entre o agressor e a criança/adolescente de até 18 anos de idade, vítima de violência física e atendido no NUMOL de João Pessoa/PB – Brasil, em 2017.**

	Ocupação		p-value
	Não-estudante (G1)	Estudante (G2)	
<b>Dia da denúncia</b>			
No dia	111 (58,1%)	94 (48,7%)	
Um dia após	48 (25,1%)	44 (22,8%)	
Dois dias após	12 (6,3%)	13 (6,7%)	p <sup>(1)</sup> <0,05*
Três dias após	5 (2,6%)	9 (4,7%)	
Quatro ou mais dias após	15 (7,9%)	33 (17,1%)	
<b>Local da prática agressiva</b>			
Ambiente doméstico	21 (11,0%)	52 (26,9%)	
Ambiente de trabalho	1 (0,5%)	4 (2,1%)	
Via pública	36 (18,8%)	39 (20,2%)	p <sup>(1)</sup> <0,001*
Outro	43 (22,5%)	23 (11,9%)	
Não informado	90 (47,1%)	75 (38,9%)	

<b>Tipo de energia lesiva</b>			
Mecânica	189 (99,0%)	192 (99,5%)	
Física	2 (1,0%)	0 (0,0%)	$p^{(2)} = 0,222$
Mecânica e Física	0 (0,0%)	1 (0,5%)	
<b>Tipo de instrumento lesivo</b>			
Cortante	2 (1,1%)	0 (0,0%)	$p^{(1)} = 0,153$
Contundente	172 (90,5%)	170 (88,1%)	$p^{(1)} = 0,439$
Cortocontundente	5 (2,6%)	8 (4,1%)	$p^{(1)} = 0,413$
Perfurocontundente	16 (8,4%)	16 (8,3%)	$p^{(1)} = 0,963$
Perfurocortante	0 (0,0%)	1 (0,5%)	$p^{(1)} = 0,320$
<b>Localização das lesões</b>			
Abdome	9 (4,7%)	16 (8,3%)	$p^{(1)} = 0,155$
Cabeça	28 (14,7%)	35 (18,1%)	$p^{(1)} = 0,358$
Membros	105 (55,0%)	105 (54,4%)	$p^{(1)} = 0,911$
Face	66 (34,6%)	80 (41,5%)	$p^{(1)} = 0,164$
Tórax	30 (15,7%)	31 (16,1%)	$p^{(1)} = 0,924$
Pescoço	20 (10,5%)	27 (14,0%)	$p^{(1)} = 0,293$
Costas	37 (19,4%)	33 (17,1%)	$p^{(1)} = 0,564$
Nádegas	3 (1,6%)	1 (0,5%)	$p^{(1)} = 0,310$
<b>Natureza da lesão</b>			
Leve	180 (94,7%)	171 (90,0%)	
Grave	8 (4,2%)	18 (9,5%)	$p^{(1)} = 0,110$
Gravíssima	2 (1,1%)	1 (0,5%)	
<b>Relação vítima/agressor</b>			
Pai	20 (10,5%)	26 (13,6%)	
Mãe	3 (1,6%)	13 (6,8%)	
Padrasto	2 (1,0%)	16 (8,4%)	
Madrasta	0 (0,0%)	3 (1,6%)	
Irmão	1 (0,5%)	3 (1,6%)	
Tio	0 (0,0%)	2 (1,0%)	$p^{(1)} < 0,001^*$
Tia	1 (0,5%)	1 (0,5%)	
Outro grau de parentesco	0 (0,0%)	1 (0,5%)	
Amigo	38 (19,9%)	45 (23,6%)	
Estranho	125 (65,4%)	79 (41,4%)	
Mãe e padrasto	1 (0,5%)	2 (1,0%)	

\*Diferença estatisticamente significativa ( $p$ -valor  $< 0,05$ ).

<sup>(1)</sup> Por meio do Teste de Qui-quadrado.

<sup>(2)</sup> Por meio do Teste Exato de Fischer.

No âmbito doméstico, a violência contra a criança, além de se caracterizar em uma realidade lastimável, carrega prejuízos significativos para a vítima, tanto de ordem física quanto psicossocial, com reflexos na vida adulta<sup>15</sup>.

Estudo realizado no Reino Unido avaliou a relação entre Experiências Adversas na Infância (EAI) e o nível de escolaridade e a saúde e revelou que 84% dos participantes vivenciaram pelo menos um EAI, o que contribuiu para um menor nível educacional, sobretudo quando o episódio envolve negligência emocional. Sendo fraca ou ausente a associação com o abuso físico<sup>8</sup>.

Outrossim, no Brasil, observou-se uma maior prevalência de violência psicológica em detrimento da física. Ameaça, humilhação, desprezo e bullying foram aspectos verificados por mais da metade dos estudos realizados<sup>16</sup>. Contudo, apesar da alta prevalência e dos malefícios advindos da violência psicológica, este estudo trata apenas da violência infantojuvenil do tipo física. Ainda, a violência é comum no ambiente escolar, com alta prevalência em todas as faixas etárias, sobretudo quando associada a fatores de risco como porte de arma e ingestão de bebidas alcoólicas<sup>10,17,18</sup>.

Contudo, apesar de, nesta pesquisa, a maior parte das vítimas de violência serem estudantes (50,3%), o ambiente escolar foi descrito como local da prática agressiva em apenas 5 (1,3 %) exames, sendo 1 (0,2%) vítima não estudante e 4 (1,04%) estudantes com idades de 07 a 18 anos.

A via pública foi o principal lugar de

ataque para ambos os grupos ratificando resultados encontrados na literatura especializada<sup>18</sup>.

Com efeito, estudos revelam que, muitas vezes, a insegurança no caminho para a escola afasta os estudantes, notadamente aqueles que frequentam escolas públicas<sup>19</sup>.

Considerando a violência cometida contra vulneráveis, crianças de 0 a 14 anos, a grande maioria de casos registrados está associada ao gênero masculino, com idades entre 13 e 14 anos, sendo a cabeça, face e pescoço os locais mais atingidos<sup>17</sup>. Nesse sentido, os resultados encontrados neste estudo revelam vítimas com idades entre 13 e 18 anos (80,9%) (G1 = 41,6% e G2 = 39,3%).

Avaliando a localização das lesões, estudo baiano aponta os membros (47,8%) e a cabeça (38,2%) como as partes do corpo mais atingidas, sendo o instrumento contundente, o mais prevalente (79,2%)<sup>18</sup>.

Outrossim, neste estudo, os membros foram as partes do corpo onde mais se encontraram lesões nos dois grupos (G1=55,0%; G2 =54,4%), aparecendo a face em segundo lugar (G1=34,6%; G2=41,5%). Importante ressaltar a maior prevalência de lesões em face dentre os estudantes (G2=41,5%), em razão na sua vulnerabilidade, tendo em vista que danos faciais produzem sentimentos de desvalorização e grande sofrimento psíquico<sup>20</sup>.

A coleta de dados deste estudo mostra ainda o predomínio da violência cometida por pessoas estranhas à vítima, seguido por amigos, em ambos os grupos, notadamente, entre as vítimas com idades

de 13 a 18 anos (48,9%). Isso diverge de pesquisa realizada por Silveira e colaboradores (2005)<sup>21</sup> que teve maior ocorrência de agressões produzidas por conhecidos e pelos genitores das vítimas, bem como de outros estudos que demonstram que, muitas vezes, os responsáveis pela vítima não informam o agressor<sup>17</sup>.

O grupo de não estudantes aponta o estranho, como policiais e populares, como responsável pela agressão em 65,4% dos episódios de violência, os quais ocorrem, muitas vezes, no momento em que são apreendidos ou enquanto estão internos para o cumprimento de medidas socioeducativas. Nesse sentido, é o alto percentual de ataques ocorridos em via pública (18,8%) e outros (22,5%).

Os agressores intrafamiliares, no entanto, foram mais relacionados às vítimas inseridas no ambiente escolar (34%), característica encontrada também em Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada com estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas do Brasil, entre março e junho de 2009<sup>19</sup>.

Os dados coletados mostram que a maioria das lesões é natureza leve, em ambos os grupos (G1 e G2), corroborando com pesquisa acerca da violência entre vulneráveis<sup>17</sup>;

Com efeito, o grupo que está na escola (G2) apresentou o maior número de lesões graves (9,5%), em detrimento daquele que não está (G1) (4,2%). As lesões gravíssimas, contudo, foram mais

prevalentes entre os não estudantes (1,1%) que entre os estudantes (0,5%). Por outro lado, outros autores, demonstram em que as lesões “moderadas” foram mais expressivas quando comparadas às lesões leves<sup>22</sup>.

Dentre as vítimas atendidas no NUMOL de João Pessoa/PB – Brasil, em 2017, o ambiente familiar foi o cenário da violência em 19,0% dos casos, sendo tal evidência também observada em outros estudos<sup>23,24</sup>.

A despeito da importância dispensada ao tema recentemente, o estado ainda carece de mecanismos eficazes de combate à violência, um problema de saúde pública, e proteção dos indivíduos, notadamente, daqueles em situação de vulnerabilidade.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que a agressão física infantojuvenil ocorre tanto em estudantes quanto em não estudantes, tendo em vista que não foi encontrada diferença significativa entre os grupos, notadamente na faixa etária de 13 a 18 anos de idade. A presente pesquisa apontou que as lesões leves foram as mais frequentes e o agressor era, na maior parte das vezes, estranho à vítima, sendo a via pública o local da agressão referido pela maior parte das vítimas. Ainda, na totalidade dos casos, não foi encontrado número relevante sobre a recorrência das agressões sobre cada vítima e sobre o grupo estudado.



**ABSTRACT**

Introduction: Violence against children and adolescents is a public health problem. Objective: to evaluate the impact of schooling of children and adolescents victims of violence who underwent traumatological examination at the Center for Medicine and Legal Dentistry (NUMOL) in João Pessoa / PB - Brazil, in 2017. Material and Methods: Documentary, transversal and analytical study, with indirect documentation technique, based on the analysis of expert reports, produced at NUMOL, in 2017. The variables were analyzed: age, victim's occupation (G1 = non-student and G2 = student), aggression's location, energy and harmful instrument, location and nature of the injury and victim / aggressor relationship. The association between qualitative variables was assessed by Chi-square and Fischer's Exact tests (significance level of 5.0%). Results: 384 reports were analyzed (aged between 0 and 17 years), the average time between the aggression and the denunciation being 8.95 days and the public road (19.5%) the main place of attack. Mechanical energy (G1 = 99.0% and G2 = 99.5%) and the blunt instrument (G1 = 90.5% and G2 = 88.1%) were the most used, being members (G1 = 55.0 % and G2 = 54.4%) and face (G1 = 34.6% and G2 = 41.5%) the most affected regions. Mild injuries prevailed (G1 = 94.7% and G2 = 90.0%) and assaults by people strangers to the victim (G1 = 65.4% and G2 = 41.4%). Conclusion: There was a higher concentration of violence in adolescents, with blunt instruments being the most used to cause mild injuries to limbs and face.

**KEYWORDS**

Forensic dentistry; Child abuse; Educational status.

**REFERÊNCIAS**

- De Abreu Busato C, Pereira TCR, Guaré R. O. Maus-tratos infantis na perspectiva de acadêmicos de Odontologia. Rev. ABENO. 2018;18(1):84-92. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i1.394>.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 13 maio de 2020.
- Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2002;18(1):315-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100032>.
- Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Arc Ciênc Saúde. 2005; 12(1):42-9.
- Barros RIS. Miíase orofacial e a verificação de negligência baseada na entomologia forense-revisão de literatura. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2016;4(1):64-77. <https://doi.org/10.21117/rbol.v4i1.100>.
- Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n.º 8069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8069.htm). Acesso em: 03 de julho de 2020.
- World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf;jsessionid=C9927622A19960C72B0C5FC681B990F2?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=C9927622A19960C72B0C5FC681B990F2?sequence=1). Acesso em: 13 de maio de 2020
- Houtepen LC, Heron J, Suderman MJ, Fraser A, Chittleborough CR, Howe LD. Associations of adverse childhood experiences with educational attainment and adolescent health and the role of family and socioeconomic factors: A prospective cohort study in the UK PLoS Med. 2020;17(3):e1003031. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003031>.
- Nobre CS, De Souza Vieira LJE, Noronha CV, Frota MA. Fatores associados à violência interpessoal entre crianças de escolas públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cienc Saude Colet. 2018; 23(12): 4299-309. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.29222016>.
- De Castro Marcolino E, et al. Violência escolar entre adolescentes: prevalência e fatores associados a vítimas e agressores. Rev Min Enferm REME. 2019; 23:e-1214. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190062>.
- Brasil. Código de Processo Penal do Brasil. Decreto-Lei N° 3.689, de outubro de 1941. Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm). Acesso em: 13 de maio 2020.
- De Jesus D. Código penal anotado. Pinheiros: Saraiva Educação SA; 1991.

13. Dahlberg LL, Krug EG, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS); 2012. p. 380.
14. Rolim ACA, Moreira GAR, Gondim SMM, Da Silva Paz S, De Souza Vieira LJE. Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(10):4267-76. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0050.2515>.
15. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. *Saúde Soc.* 2011;20:136-46. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100016>.
16. Nesselro F, et al. Características da violência escolar no Brasil: revisão sistemática de estudos quantitativos. *Rev Bras Saude Mater.* 2014;14(2):119-36. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292014000200002>.
17. Pires GE,; De Menezes Gomes E, Duarte AD, De Macedo AF. Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares. *Oral Sci.* 2012; 4(1):10-17.
18. Silva MA, Costa MCO, De Oliveria Musse J, Do Vale de Almeida AH, Boas CDFV. Lesões corporais em adolescentes vítimas de violência física: c casos periciados no Instituto Médico Legal. *Rev Adolesc Saude.* 2018;15(1):18-28.
19. Malta DC, et al. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cienc Saude Colet.* 2010; 15:3053-63. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000800010>.
20. De Magalhães Dourado S, Noronha CV. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal, 2014. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(9):2911-20. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.19012014>.
21. Da Silveira JLGC, Mayrink S, De Sousa OB. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2005;5(2):119-26.
22. Pfeiffer L, Rosário NA, Cat MNL. Violência contra crianças e adolescentes: proposta de classificação dos níveis de gravidade. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29(4):477-82. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000400002>.
23. Neves ACM, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras-2011. *Epidemiol Serv Saude.* 2013; 22(4):587-96. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000400005>.
24. Silva MCM, Brito A, De Lima Araújo A, De Brito Abath M. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saude.* 2013;22(3):403-12. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000300005>.