

**LUCAS DAMAZIO MARANGON**

**VIOLÊNCIA URBANA E TRAUMATISMO BUCOMAXILOFACIAL EM  
BELO HORIZONTE: Um estudo comparativo**

Monografia apresentada ao programa de pós-graduação em odontologia da universidade federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.

Belo Horizonte

2014

#### FICHA CATALOGRÁFICA

M311v    Marangon, Lucas Damazio  
2014        Violência urbana e traumatismo bucomaxilofacial em Belo  
MP         Horizonte: um estudo comparativo / Lucas Damazio Marangon –  
              2014.

31 f. : il.

Orientador: Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha.  
Monografia (Especialização) – Universidade Federal de  
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Traumatismos maxilofaciais. 2. Violência. I. Noronha,  
Vladimir Reimar Augusto de Souza. II. Universidade Federal de  
Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK - D72

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia - UFMG

**LUCAS DAMAZIO MARANGON**

**VIOLÊNCIA URBANA E TRAUMATISMO BUCOMAXILOFACIAL EM  
BELO HORIZONTE: Um estudo comparativo**

Monografia apresentada ao programa de pós-graduação em odontologia da universidade federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.

Prof. Orientador: Dr. Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha.

Belo Horizonte

2014

Apresentação da monografia em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ao curso de Especialização em Cirurgia e  
Traumatologia Bucomaxilofacial

---

Coordenador: Prof. Dr. Evandro Guimarães de Aguiar

---

Orientador: Prof. Dr. Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha

## **Dedicatória**

Aos meus pais Raimundo e Marilda, pelos princípios e ensinamentos que guiaram minha educação.

À minha querida noiva Tábata pelo carinho, compreensão, apoio e paciência durante minha ausência.

A Deus pela vida que Ele me concebeu.

## **Agradecimentos**

A Universidade Federal de Minas Gerais e o Hospital Municipal Odilon Behrens pela realização deste curso.

Ao Prof. Dr. Evandro Guimarães de Aguiar pela coordenação do curso e pela oportunidade de realizar esta especialização.

Aos Professores da clínica e os preceptores do hospital pelos generosos ensinamentos de cirurgia, contribuição de inestimável valor em minha vida profissional.

Aos amigos do curso pelas alegrias, tristezas e sufocos que passamos sempre juntos, unidos incentivando e apoiando uns aos outros.

Aos pacientes pela confiança e paciência.

## **Resumo**

A violência urbana tornou-se constante no cotidiano dos brasileiros, produzindo um grande número de vítimas e sequelas físicas e emocionais, constituindo-se em um problema de saúde pública. O trauma maxilofacial é um tipo de trauma ocorrido na face e na cabeça. O número de traumas maxilofaciais pode ser associado a exposição desta região do corpo nos casos de acidentes de trânsito ou a uma tentativa de desfigurar a face das vítimas de agressão. Este estudo analisou os eventos de violência urbana através dos traumas maxilofaciais deles decorrentes em Belo Horizonte - MG. Foi feita uma coleta retrospectiva dos registros de vítimas de violência urbana atendidas no hospital municipal Odilon Behrens no período de janeiro a dezembro de 1998 e de janeiro a dezembro de 2012. As análises envolveram teste qui-quadrado e teste exato de fisher quando as frequências observadas das variáveis eram menores do que 5. A agressão física foi a etiologia de maior prevalência de traumatismo facial nos dois anos estudados, em 1998, foram atendidos 244 paciente, equivalente a 19,3% das vítimas atendidas no serviço de bucomaxilo do hospital Odilon Behrens, bem como em 2012, 210 pacientes, registrando 15,2%. A segunda mais comum, acidente ciclístico, representando 10,5% em 1998 e 4,5% em 2012, seguido por acidente automobilístico, 6,4% e 4,2% respectivamente. As lesões e os ferimentos bucomaxilofaciais são uma realidade frequente nos serviços de emergência, sendo o gênero masculino o mais acometido. A faixa etária mais acometida no nosso estudo foi a de 21 a 34 anos, principalmente por esta população estar mais exposta a fatores de risco para o trauma. Os profissionais da áreas de saúde devem estar atentos tanto ao atendimento das vítimas, quanto à compreensão da dinâmica e da diversidade de manifestações do fenômeno violência urbana.

**Palavras chave:** trauma maxilofacial, violência urbana, saúde pública.

## **Violência urbana e traumatismo bucomaxilofacial em Belo Horizonte: um estudo comparativo**

### **Abstract**

The Urban violence in Brazil if became a question of public health. It is present in daily of each Brazilian, producing great number of victims, physical and emotional sequels. The maxillofacial trauma is a type of trauma occurred in the face and the head. The number of maxillofacial trauma can be associated with the exposition of this region of the body in the cases of traffic accidents or with an attempt to disfigure the face of the aggression victims. This study it analyzed the events of urban violence through the maxillofacial trauma of decurrent them in Belo Horizonte, Brazil. Collection was executed retrospect of the registers of victims of urban violence taken care of in a public hospital in the period of january to december of 1998 and january to december of 2012. The analyses had involved descriptive statistics, test qui-square and test of fisher when the frequencies observed of the variables were smaller than 5. Physical abuse was the most prevalent etiology of facial trauma in the two years studied, in 1998, 244 patients, representing 19.3% of victims treated in the maxillofacial service Odilon Behrens Hospital, in 2012, 210 patients, registering 15.2%. The second most common, cycling accidents, accounting for 10.5% in 1998 and 4.5% in 2012, followed by automobile accidents, 6.4% and 4.2% respectively. Injuries and maxillofacial injuries are a frequent occurrence in emergency departments, and man were more affected. The most affected age group in our study was 21-34 years, especially in this population is more exposed to risk factors for trauma. The health professionals must be intent in such a way to the attendance of the victims, how much to the understanding of the dynamics and the diversity of manifestations of the phenomenon urban violence.

**Key words:** maxillofacial trauma, urban violence, public health.



## **Sumário**

Introdução.....	9
Revisão de literatura.....	10
Objetivos.....	16
Metodologia.....	17
Resultados.....	18
Discussão.....	23
Conclusão .....	28
Referências bibliográficas .....	29

## **Introdução**

No contexto da violência urbana, a cabeça e a face são regiões apontadas como predominantes nos casos de lesões traumáticas, estando associados ou não a lesões em outras regiões do corpo. As agressões contra a face buscam a desqualificação da identidade da vítima e também atuam como um fator de intimidação. O rosto representa o centro da atenção humano e nada pode ser mais penoso do que a sua deformação. As lesões e os ferimentos bucomaxilofaciais apresentam grande importância na sociedade contemporânea. A face é uma parte do corpo que está normalmente exposta sem proteções externas, que, quando traumatizada, resulta em lesões graves, por exemplo, lacerações, fraturas ósseas, lesões dentárias e oftalmológicas.

Mesmo com a atual tecnologia, ainda podemos nos deparar com cicatrizes, marcas e perda de função que transformam as pessoas em seres segregados, à parte do convívio social e do trabalho. Década após década, essas lesões ocorreram ligadas a violência, seja em sua forma mais explícita, como a agressão interpessoal, seja em forma dissimuladas, como os atropelamentos e acidentes.

Segundo o dicionário Michaelis, violência é a ação ou efeito de violentar, de empregar força física contra alguém ou algo, intimidação moral contra alguém, ato violento, cruel, força.

Nas cidades, homens e mulheres convivem com os mesmos fatores de risco. Entretanto, características comportamentais podem impor um padrão específico para ambos. Indicadores de morbidade e mortalidade apontam situações de vitimização distintas para homens e mulheres.

A violência urbana tornou-se constante no cotidiano dos brasileiros, produzindo um grande número de vítimas e sequelas físicas e emocionais, constituindo-se em um problema de saúde pública.

Este presente trabalho tem por objetivo avaliar uma amostra de paciente atendidos no hospital municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte, Minas Gerais, vítimas de traumatismo facial advindo de violência urbana, no período de 1998 e 2012 comparando a etiologia com as variáveis, sexo, ano e idade.

## **Revisão de literatura**

Silva, Panhoca e Blachman (2003) realizaram um levantamento de dados com o objetivo de destacar a importância dos traumatismos faciais de acordo com as diferentes causas externas que compuseram a violência urbana no século XX. Os autores utilizaram amostras de laudos do Instituto Médico Legal de São Paulo compreendendo o período de 1911 a 1998 e a partir dessas amostras foi elaborado um banco de dados de lesões com comprometimento da face ou não. Após a análise dos dados os autores verificaram uma maior prevalência do sexo masculino e tendo como causa principal a agressão interpessoal. Os exames que relataram lesão na face decresceu com o avançar dos anos durante todo o século XX. Diante desse panorama os autores concluíram que se deve haver uma atenção especial para as lesões que acometem a face no século XXI pois esse tipo de lesão se caracteriza como um desafio sócio-econômico e institucional ainda sem solução equacionada.

Silva et al. (2003) realizaram um estudo com o objetivo de demonstrar as características específicas das vítimas de traumatismos maxilofaciais em Recife. Foram avaliados 78 pacientes no Hospital da Restauração – Recife no período entre Julho de 2003 a Dezembro de 2003. Todos os pacientes estavam internados no setor de Cirurgia Bucomaxilofacial do hospital. A partir dos dados obtidos foi verificado uma maior incidência em pacientes do sexo masculino, na faixa etária entre 21 e 30 anos de idade, sendo a agressão por arma de fogo o agente causador mais frequente. Esse resultado fizeram com que os autores percebessem a necessidade alarmante de implantar campanhas para diminuição da violência urbana bem como políticas para estimular o desarmamento na cidade de Recife.

Diniz e Ribeiro (2005) realizaram um estudo utilizando fontes de informações do sistema de registro de crimes da Polícia Militar de Minas Gerais com o objetivo de verificar a relação entre incidência criminal e hierarquia urbana. A partir dos dados colhidos os autores perceberam que as cidades médias do Estado exibem taxas de criminalidade superior à média estadual, passando a constituir lugares-problema. Os autores traçaram como meta testar algumas hipóteses teóricas e aplicar alguns modelos clássicos da análise geográfica, no sentido de avançar o entendimento sobre esse fenômeno.

Patrocínio et al. (2005) realizaram um levantamento de dados de pacientes diagnosticados

com fratura de mandíbula no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Foram analisados 293 pacientes tratados entre Janeiro de 1974 a Dezembro de 2002. Os autores puderam perceber um notável aumento no número de fraturas de mandíbula ao longo dos anos com um predomínio do sexo masculino (4:1) e pico de ocorrência entre 20 e 29 anos. A etiologia mais comum foi acidente de trânsito e as regiões da mandíbula mais atingidas foram sínfise e côndilo. O tratamento mais comumente empregado foi a redução cruenta com osteossíntese. Apenas 10% dos casos evoluíram com complicação, sendo a osteomielite a mais frequente.

Souza e Lima (2007) realizaram uma análise epidemiológica de dados de morbimortalidade no Brasil nos anos de 2002 e 2003 afim de constituir um panorama da violência urbana no país focalizando os acidentes de trânsito/transporte e os homicídios. Os dados demonstraram que em 2002 morreram 126.657 pessoas no Brasil devido aos acidentes e violência totalizando uma taxa de mortalidade de 71,6 por 100 mil habitantes. Já os dados de 2003 mostraram que a taxa de mortalidade nas principais capitais brasileiras variou de 53,8 a 120,1 por 100 mil habitantes. Diante desse quadro se percebe que as taxas de homicídios e de mortes por acidentes de trânsito permanecem elevadas, sendo que Porto Velho, Macapá, Vitória, Rio de Janeiro e Cuiabá apresentaram os maiores indicadores de violência. Os autores observaram que diversos fatores principalmente nos grandes centros urbanos contribuem para a violência urbana, sendo eles, desemprego, desestruturação familiar, o sentimento de frustração e uma busca desenfreada de padrões de consumo.

Ferreira et al. (2008) afirmaram que a violência urbana na área metropolitana de Brasília está associada ao padrão de ocupação espacial, sendo que, a periferização e segregação são fatores de exclusão que diminuem a oportunidade de inserção da população. Nesses territórios da segregação e da pobreza é que se manifesta a violência devido a omissão do estado, quebra do contrato social, falta de acesso à saúde, à cidadania, à instrução, à formação profissional, ao mercado de trabalho, à segurança e às infra-estruturas urbanas. Diante desse quadro, nessas regiões se instalam o crime organizado.

Kamulegeya, Lakor e Kabenge (2009) realizaram um levantamento de dados dos pacientes atendidos no serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial no Hospital Mulago – Uganda. Foram avaliados 132 pacientes no período de 1 de Agosto de 2008 a 28 de Fevereiro de 2009, sendo

que 117 eram do sexo masculino. A etiologia prevalente foi acidente de trânsito (56,06%). 39 pacientes evoluíram com complicações pós operatórias, sendo a complicação mais comum a infecção. Os autores concluíram que levantamentos de dados sobre traumas bucomaxilofaciais auxiliam na criação de leis e iniciativas de saúde pública que conseqüentemente ajudam prevenir os acidentes de trânsito.

Cavalcante et al. (2009) realizaram um estudo com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico de pacientes vítimas de trauma de face atendidos no Hospital Antônio Targino em Campina Grande – Paraíba. Foram analisados 211 prontuários de pacientes atendidos no período de Agosto de 2006 a Agosto de 2007. Os resultados obtidos demonstraram que 81,5 % dos pacientes atendidos eram do sexo masculino, com uma média de idade de 36,84 anos. Em 73,9 % dos casos foi necessário o tratamento cirúrgico para correção de fratura em face. A etiologia mais frequente foi acidente motociclístico seguido de agressão física e queda.

Weyrauch (2011) analisou a violência urbana vinculada às situações de pobreza na cidade e a caracterizou com uma consequência do não processo de municipalização definido pela Constituição de 1988. O governo municipal não alterou a segregação socioespacial já existente, designando as piores regiões das cidades à população de baixa renda. Diante desse quadro a violência urbana é exercida pelos poderes das cidades e do país e não se verifica uma democratização.

Oliveira et al. (2011) realizaram um levantamento dos dados quantitativos em relação à violência no município de Apucarana- PR , entre os anos de 2006 a 2010, enfocando ferimentos causados por armas de fogo, acidentes ocorridos por meios de transporte e agressões. Os resultados obtidos demonstraram que a população jovem, sobretudo homens, são as maiores vítimas de agressão, ferimentos por arma de fogo e acidentes por meios de transporte. Os autores verificaram que não apenas em Apucarana, bem como no Brasil, agressões e acidentes por meio de transporte estão entre as maiores causas de morte do povo brasileiro, conseqüentemente, o Brasil está no topo do ranking de mortes por causas externas.

Silva et al. (2011) realizaram um estudo para traçar o perfil dos pacientes vítimas de trauma maxilofacial devido o mesmo ter crescido principalmente nas últimas quatro décadas, estando relacionado com o aumento de acidentes automobilísticos e violência urbana. Foram analisados 194 casos de trauma maxilofacial atendidos no serviço de referência em Fortaleza

no período de 2005 a 2009. Os dados obtidos demonstraram que 80,4% dos casos acometeram pacientes do sexo masculino, com prevalência de acidentes de trânsito. Os autores puderam concluir que a incidência de fraturas faciais pode ser reduzida por medidas educativas, pelo menor consumo de álcool e pela menor violência interpessoal.

Silva et al. (2011) realizaram uma pesquisa com coleta retrospectiva de dados sobre traumas maxilofaciais em crianças e adolescentes decorrentes da violência urbana em Belo Horizonte. Os pacientes foram atendidos no Hospital Municipal Odilon Behrens no período compreendido entre Janeiro a Dezembro de 2007. O principal evento de violência sofrido por crianças e adolescentes foi a agressão física, sendo o diagnóstico de trauma dento-alveolar o mais comum em crianças (53,8%) e o trauma de tecidos moles o mais comum em adolescentes (47,5%). O gênero mais vitimado foi o masculino. Os autores observaram que o predomínio dos casos de agressão física como evento de violência contra crianças e adolescentes encontrados nesse estudo coincidem com os resultados de outros estudos, sendo assim, puderam concluir que são necessárias estratégias apropriadas para identificar eventos de violência e o agressor para que então sejam planejados mecanismos adequados de proteção da criança e do adolescente no Brasil.

Cardoso et al. (2012) realizaram um levantamento do número de acidentes de trânsito com trauma no município de Criciúma no ano de 2009 atendidos pelo SAMU. Os resultados obtidos demonstraram que 370 vítimas foram atendidas (73% do gênero masculino e 27% do gênero feminino), predominando a faixa etária de 18 a 23 anos e com 69% sendo acidentes motociclísticos. O objetivo desse levantamento de dados foi demonstrar que os acidentes de trânsito têm se confirmado um grande problema de saúde pública, sendo assim, o segundo maior índice de morbimortalidade no país. Os autores acreditam que os dados obtidos permitem levantar inferências e sugestões fundamentais para diminuir a violência no trânsito em Criciúma bem como em todo o Brasil, priorizando a prevenção dos acidentes de trânsito.

Correia et al. (2012) afim de determinar o perfil da violência sofrido pelo idoso em Recife – PE realizaram uma análise dos prontuários médicos referentes aos atendimentos em cirurgia geral, ortopedia e clínica médica realizados no Hospital da Restauração no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2007 totalizando 72.232 prontuários. Do total de prontuários analisados, foram registrados 79 casos de violência contra idosos, sendo 63,3% do sexo

masculino, com predominância da faixa etária de 60-70 anos (72,2%). A violência física foi a mais comum (97,5%), sendo por instrumentos contusos em face (35,4%) ou crânio (31,6%). Devido ao envelhecimento populacional crescente, os autores afirmam que é imprescindível a realização de novos estudos sobre o tema para melhor caracterizar a realidade da violência contra o idoso e poder então atuar na sua prevenção.

Batista et al. (2012) realizaram um estudo para traçar as diferenças urbano-rurais de pacientes vítimas de trauma maxilofacial. Os dados foram obtidos através da análise de 1121 prontuários de pacientes atendidos no Hospital Público de Guanhães no período entre 1 de Janeiro de 2005 a 30 de Novembro de 2007. Dos 1121 prontuários analisados, 790 pacientes foram vítimas de trauma maxilofacial. Os resultados obtidos demonstraram que 68% dos pacientes eram do sexo masculino, 67,6% residiam em uma área urbana, a idade média foi de 25,7 anos, a etiologia mais comum foi acidente de trânsito e o tipo de fratura mais comum foi fratura de mandíbula. Correlacionando o diagnóstico com o local, fratura de osso zigomático, contusão e abrasão foram as lesões mais comuns em pacientes que residiam em área rural e fratura nasal foi a lesão mais comum de pacientes que residiam em área urbana. Diante desses dados os autores concluíram que é necessário políticas públicas de prevenção específicas para áreas urbanas e rurais devido a diferença dos resultados de cada região.

Scannavino et al. (2013) realizaram uma análise epidemiológica dos traumas bucomaxilofaciais em um serviço de emergência em Barretos – SP. Foram analisados 250 prontuários de pacientes atendidos com trauma de face no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Barretos, no período de Março de 2004 a Abril de 2009. Os dados obtidos demonstraram que houve uma predominância de pacientes do gênero masculino (85%), com uma faixa etária entre 26 e 40 anos de idade, maior número de vítimas de acidente de trânsito (35%) seguido da agressão física (24%). Devido a alta incidência de traumas bucomaxilofaciais nos serviços de emergências, caracterizando uma epidemia crescente que assola a sociedade, os autores sugerem campanhas de conscientização e fiscalização do uso de cinto de segurança, capacete e uso de bebida alcoólica.

Silva et al. (2014) realizaram um estudo para avaliar comparativamente as diferenças de vitimização entre os gêneros utilizando o traumatismo maxilofacial como marcador da violência urbana. Os dados foram coletados no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de

2010 em três hospitais referências na especialidade em Belo Horizonte: Hospital João XXIII, Hospital Maria Amélia Lins e Hospital Municipal Odilon Behrens. Foram registrados 7063 vítimas de traumatismo maxilofacial, sendo que 55,1% foram decorrentes da violência interpessoal, 71,2% eram do gênero masculino, 43,21% caracterizou-se por lesões em partes moles e 47,85% predominou agressão nua (sem uso de arma). O período que houve maior número de vítimas foi o noturno. Os autores concluíram diante desse panorama que o gênero é um importante fator no perfil de vitimização para o traumatismo maxilofacial, conseqüentemente, para a violência urbana.



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVOS GERAIS:**

Delinear o perfil de uma amostra populacional da cidade de Belo Horizonte dos pacientes que foram atendidos no pronto socorro do hospital municipal Odilon Behrens vítima da violência urbana.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1- comparar os índices de violência urbana no período de janeiro a dezembro de 1998 e de janeiro a dezembro de 2012
- 2- comparar as etiologias com as variáveis gênero e idade.

## **Metodologia**

Foi efetuada uma análise retrospectiva dos atendimentos realizados no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB), pela equipe de especialização em Cirurgia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Minas Gerais, no período compreendido de janeiro a dezembro de 1998 e janeiro a dezembro de 2012. Foram selecionados todos os casos registrados nos livros de atendimento dos plantões diurno e noturno, eventos relacionados a violência urbana. Estes livros são preenchidos manualmente pelos profissionais durante o atendimento, e nele constam campos específicos para o registro de: nome, data, idade, gênero, descrição do relato da vítima / queixa principal, evento de violência que causou o trauma, tipo de trauma e conduta realizada.

Na análise da casuística foram encontrados registros de 964 vítimas de violência urbana, (agressão, atropelamento e acidentes com veículos de transporte terrestre).

Para verificar a existência de associação entre as etiologias e os tipos de violência urbana, entre as variáveis sexo, ano e idade, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado (Agresti 2002), sendo realizado o teste Exato de Fisher (Agresti 2002) quando as frequências esperadas de alguma das variáveis eram menores do que 5.

O nível de significância adotado no trabalho foi de 5%.

Foram utilizados os softwares R versão 3.0.1 e o Microsoft Office Excel 2007.

## RESULTADOS

Os eventos de violência foram divididos em 3 grupos:

Grupo 1: Agressão

Grupo 2: Atropelamento

Grupo 3: Acidentes com veículos de transporte terrestre.

### 1- Agressão

Foram identificados registros de casos de agressão interpessoal contra, homens, mulheres, crianças, adolescentes e assalto seguido de agressão. Os tipos de agressão encontrados nos livros foram então agrupados de acordo com o mecanismo utilizado para concretizá-la, sendo subdivididas em:

1.1- Agressão física: Quando foram realizadas através de socos, chutes, pauladas, pedradas, com utilização de barra de ferro, por objetos perfuro- cortantes, ou mordedura humana.

1.2- Agressão por arma de fogo: Quando realizada com utilização de revólver, pistola ou espingarda.

### 2- Atropelamento

Nos atropelamentos foram incluídas as colisões contra as vítimas, produzidas por carros, ônibus, caminhões, motocicletas e bicicletas.

### 3- Acidentes com veículo de transporte terrestre

Foram incluídos nesse tipo de etiologia os registros de colisões ou capotamentos de carros, caminhões, ônibus e motocicletas.

Para verificar a existência de associação significativa das etiologias entre os anos de 1998 e 2012, foi realizado o Teste Qui-Quadrado, sendo realizado o Teste Exato de Fisher quando as frequências observadas das variáveis eram menores do que 5.

Dessa forma pode-se verificar na tabela 1 e tabela 2 as frequências absolutas e relativas para as etiologias nos anos de 1998 e 2012, respectivamente.

A agressão física foi a etiologia de maior prevalência de traumatismo facial nos dois anos estudados, em 1998, foram atendidos 244 paciente, equivalente a 19,3% das vítimas atendidas no serviço de bucomaxilo do hospital Odilon Behrens, bem como em 2012, 210 pacientes, registrando 15,2%. A segunda mais comum, acidente ciclístico, representando 10,5% em 1998 e 4,5% em 2012, seguido por acidente automobilístico, 6,4% e 4,2% respectivamente. Os

acidente motociclísticos, em 1998, 6,4% e em 2012, 3,8% dos pacientes atendidos no pronto socorro. As agressões por arma de fogo, representaram 0,9% em 1998 e 0,8% em 2012 e atropelamentos 60 pacientes atendidos em 1998 e 21 em 2012, equivalente a 4,7% e 1,5% respectivamente.

TABELA 1 - etiologias ocorridas no ano de 1998

ETIOLOGIA	1998		
	N	%	% Ac
QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	358	28,3%	28,3%
AGRESSÃO FÍSICA	244	19,3%	47,6%
QUEDA DE ALTURA	162	12,8%	60,4%
ACIDENTE CICLÍSTICO	133	10,5%	70,9%
TRAUMATISMO EM FACE	112	8,9%	79,8%
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	81	6,4%	86,2%
ATROPELAMENTO	60	4,7%	90,9%
ACIDENTE ESPORTIVO	56	4,4%	95,3%
ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO	21	1,7%	97,0%
ACIDENTE COM ANIMAIS	14	1,1%	98,1%
PAF	11	0,9%	99,0%
ACIDENTE DE TRABALHO	9	0,7%	99,7%
CRISE CONVULSIVA	2	0,2%	99,8%
TENTATIVA DE SUICÍDIO	1	0,1%	99,9%
QUEDA NA PISCINA	1	0,1%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>1265</b>	<b>100,0%</b>	<b>-</b>

TABELA 2- etiologias ocorridas no ano de 2012

ETIOLOGIA	2012		
	N	%	% Ac
QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	451	32,6%	32,6%
AGRESSÃO FÍSICA	210	15,2%	47,8%
QUEDA DE ALTURA	149	10,8%	58,6%
DOR OROFACIAL	80	5,8%	64,4%
INFECÇÃO ODONTOGÊNICA	74	5,4%	69,8%
ACIDENTE CICLÍSTICO	62	4,5%	74,2%
ACIDENTE ESPORTIVO	59	4,3%	78,5%
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	58	4,2%	82,7%
ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO	52	3,8%	86,5%
ACIDENTE COM OBJETOS	52	3,8%	90,2%
EDEMA	31	2,2%	92,5%
ATROPELAMENTO	21	1,5%	94,0%
TRAUMATISMO EM FACE	19	1,4%	95,4%
OUTROS	64	4,6%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>1382</b>	<b>100,0%</b>	<b>-</b>

Conforme podemos analisar na tabela 3, em associação as etiologias dos anos 1998 e 2012, houve um aumento significativo de acidentes motociclisticos e uma redução nos casos de agressão física, acidentes automobilísticos, atropelamentos e acidentes ciclísticos, permanecendo inerte as agressões por arma de fogo.

TABELA 3- tabela de contingência e teste qui-quadrado para as etiologias entre os anos de 1998 e 2012

ETIOLOGIA	ANO				Total	P-valor
	1998		2012			
	N	%	N	%		
QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	358	44,3%	451	55,7%	809	<b>0,016</b>
AGRESSÃO FÍSICA	244	53,7%	210	46,3%	454	<b>0,005</b>
QUEDA DE ALTURA	162	52,1%	149	47,9%	311	0,106
ACIDENTE CICLÍSTICO	133	68,2%	62	31,8%	195	<b>0,000</b>
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	81	58,3%	58	41,7%	139	<b>0,011</b>
TRAUMATISMO EM FACE	112	85,5%	19	14,5%	131	<b>0,000</b>
ACIDENTE ESPORTIVO	56	48,7%	59	51,3%	115	0,842
ATROPELAMENTO	60	74,1%	21	25,9%	81	<b>0,000</b>
DOR OROFACIAL	0	0,0%	80	100,0%	80	<b>0,000</b>
ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO	21	28,8%	52	71,2%	73	<b>0,001</b>
INFECÇÃO ODONTOGÊNICA	0	0,0%	74	100,0%	74	<b>0,000</b>
ACIDENTE COM OBJETOS	0	0,0%	52	100,0%	52	<b>0,000</b>
EDEMA	0	0,0%	31	100,0%	31	<b>0,000</b>
PAF	11	50,0%	11	50,0%	22	0,835

Analisando a tabela seguinte, podemos verificar comparando as etiologias com o sexo, que houve uma ocorrência significativamente maior no sexo masculino para os traumas faciais oriundos de acidentes automobilísticos, 73,4%, acidentes ciclísticos, 82,1%, acidente motociclistico, 86,3%, atropelamento, 55,6%, agressão interpessoal, 68,3% e agressões por arma de fogo, sendo essa a mais elevada, 95,5% vitimando o sexo masculino.

TABELA 4- tabela de contingência e teste qui-quadrado para as etiologias entre os sexos

Foi realizado uma divisão das idades para maior exatidão da pesquisa, essa divisão se deu em pacientes até 7 anos, entre 7 e 21, entre 21 e 34 e mais que 34.

Comparando as etiologias com a idade (categorizada), podemos notar que houve uma ocorrência significativamente maior de agressão física para os indivíduos superior a 7 anos, sendo que a maior ocorrência foi nos indivíduos de idade entre 21 e 34 anos (39,7%). Já nas agressões por arma de fogo, também foi maior em indivíduos acima de 7 anos, porém, houve uma ocorrência similar (33,3%) nas três faixa de idade posteriores. No que se refere às taxas de atropelamento, houve um certo equilíbrio nas faixas de idade entre 7 e 21 e mais que 34 anos (35,6% e 27,4%) respectivamente. Na faixa entre 7 e 21 anos foi a que ocorreu mais

ETIOLOGIA	SEXO				Total	P-valor
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%		
QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	359	44,4%	449	55,6%	808	<b>0,000</b>
AGRESSÃO FÍSICA	144	31,7%	310	68,3%	454	0,073
QUEDA DE ALTURA	120	38,6%	191	61,4%	311	0,207
ACIDENTE CICLÍSTICO	35	17,9%	160	82,1%	195	<b>0,000</b>
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	37	26,6%	102	73,4%	139	<b>0,027</b>
TRAUMATISMO EM FACE	45	34,4%	86	65,6%	131	0,802
ACIDENTE ESPORTIVO	9	7,8%	106	92,2%	115	<b>0,000</b>
ATROPELAMENTO	36	44,4%	45	55,6%	81	0,083
DOR OROFACIAL	50	62,5%	30	37,5%	80	<b>0,000</b>
ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO	10	13,7%	63	86,3%	73	<b>0,000</b>
INFECÇÃO ODONTOGÊNICA	36	48,6%	38	51,4%	74	<b>0,015</b>
ACIDENTE COM OBJETOS	21	40,4%	31	59,6%	52	0,445
EDEMA	12	38,7%	19	61,3%	31	0,696
PAF	1	4,5%	21	95,5%	22	<b>0,001</b>
ACIDENTE DE TRABALHO	2	9,5%	19	90,5%	21	<b>0,011</b>
ACIDENTE COM ANIMAIS	3	15,8%	16	84,2%	19	0,092
ACIDENTE DOMÉSTICO	7	53,8%	6	46,2%	13	0,243
EPISTAXE	1	14,3%	6	85,7%	7	0,433
CRISE CONVULSIVA	3	42,9%	4	57,1%	7	0,703
HEMORRAGIA	3	60,0%	2	40,0%	5	0,353
ESTOMATOLOGIA	1	50,0%	1	50,0%	2	1,000
MIIASE	1	100,0%	0	0,0%	1	0,354
ANGINA DE LUDWIG	0	0,0%	1	100,0%	1	1,000
TENTATIVA DE SUICÍDIO	0	0,0%	1	100,0%	1	1,000
PARALISIA FACIAL	0	0,0%	1	100,0%	1	1,000
QUEDA NA PISCINA	0	0,0%	1	100,0%	1	1,000
DESMAIO	0	0,0%	1	100,0%	1	1,000
<b>TOTAL</b>	<b>936</b>	<b>35,4%</b>	<b>1710</b>	<b>64,6%</b>	<b>2646</b>	<b>-</b>

traumas faciais (52,6%) devido aos acidentes ciclísticos. Já os acidentes motociclísticos e automobilísticos teve uma maior prevalência na faixa de idade entre 21 e 34 anos (43,1% e 47,3%) respectivamente.

TABELA 5- tabela de contingência e teste qui-quadrado para as etiologias entre as idades (categorizada)

ETIOLOGIA	IDADE CATEGORIZADA								Total	P-valor
	Até 7 anos		Entre 7 e 21 anos		Entre 21 e 34 anos		Mais que 34 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	404	51,1%	151	19,1%	87	11,0%	148	18,7%	790	<b>0,000</b>
AGRESSÃO FÍSICA	14	3,2%	121	27,8%	173	39,7%	128	29,4%	436	<b>0,000</b>
QUEDA DE ALTURA	161	52,6%	59	19,3%	36	11,8%	50	16,3%	306	<b>0,000</b>
ACIDENTE CICLÍSTICO	40	21,5%	102	54,8%	26	14,0%	18	9,7%	186	<b>0,000</b>
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	8	6,1%	28	21,4%	62	47,3%	33	25,2%	131	<b>0,000</b>
TRAUMATISMO EM FACE	61	48,8%	24	19,2%	15	12,0%	25	20,0%	125	<b>0,000</b>
ACIDENTE ESPORTIVO	3	2,7%	55	48,7%	36	31,9%	19	16,8%	113	<b>0,000</b>
DOR OROFACIAL	2	2,5%	16	20,3%	28	35,4%	33	41,8%	79	<b>0,000</b>
INFECÇÃO ODONTOGÊNICA	1	1,4%	13	17,6%	32	43,2%	28	37,8%	74	<b>0,000</b>
ATROPELAMENTO	13	17,8%	26	35,6%	14	19,2%	20	27,4%	73	0,070
ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO	2	2,8%	29	40,3%	31	43,1%	10	13,9%	72	<b>0,000</b>
ACIDENTE COM OBJETOS	13	25,0%	10	19,2%	13	25,0%	16	30,8%	52	0,424
EDEMA	1	3,6%	4	14,3%	10	35,7%	13	46,4%	28	<b>0,000</b>
ACIDENTE DE TRABALHO	1	4,8%	5	23,8%	6	28,6%	9	42,9%	21	<b>0,023</b>
PAF	0	0,0%	6	33,3%	6	33,3%	6	33,3%	18	<b>0,014</b>
ACIDENTE COM ANIMAIS	3	16,7%	7	38,9%	4	22,2%	4	22,2%	18	0,554
ACIDENTE DOMÉSTICO	7	53,8%	2	15,4%	1	7,7%	3	23,1%	13	0,237
EPISTAXE	0	0,0%	1	14,3%	0	0,0%	6	85,7%	7	<b>0,001</b>
CRISE CONVULSIVA	0	0,0%	1	14,3%	2	28,6%	4	57,1%	7	0,068
HEMORRAGIA	0	0,0%	2	40,0%	1	20,0%	2	40,0%	5	0,407
ESTOMATOLOGIA	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	0,721
MIASE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	0,227
ANGINA DE LUDWIG	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	0,227
TENTATIVA DE SUICÍDIO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	0,227
PARALISIA FACIAL	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	0,227
QUEDA NA PISCINA	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	0,455
DESMAIO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	0,227
<b>GERAL</b>	<b>735</b>	<b>28,7%</b>	<b>662</b>	<b>25,8%</b>	<b>584</b>	<b>22,8%</b>	<b>581</b>	<b>22,7%</b>	<b>2562</b>	<b>-</b>

## Discussão

Os resultados epidemiológicos de causas e incidências de fraturas tendem a variar de acordo com a região demográfica, os fatores socioeconômicos, culturais, religiosos, e tempo. A epidemiologia das fraturas faciais varia em tipo, severidade e causa, dependendo da população estudada (SILVA *et al* 2003).

Geralmente o cirurgião bucomaxilofacial é um dos primeiros a ser chamado pra avaliar e examinar o paciente, pois as lesões faciais são as que mais chamam a atenção. Um exame geral deve ser sempre realizado e a atenção voltada para as medidas de emergência, como desobstrução de vias aéreas, verificação das funções circulatórias e outras como abdômen e membros (MALTA 2011).

O traumatismo bucomaxilofacial atinge indiscriminadamente o ser humano, não importando gênero, etnia, condição social ou local em que vive, podendo ocorrer em qualquer faixa etária (MALTA 2011).

	<b>Localidade</b>	<b>Principal etiologia</b>	<b>Principal fratura</b>
<b>Hashim &amp; Iqbal (2011)</b>	Mainland (Malásia)	Acidente motociclístico	Zigoma
<b>Martins Júnior et al. (2010)</b>	Blumenau (Brasil)	Agressão física	Mandíbula
<b>Thorén et al. (2009)</b>	Helsinki (Finlândia)	Acidente esportivo	Mandíbula
<b>Lee K. (2009)</b>	Christchurch (Nova Zelândia)	Agressão física	1/3 médio da face
<b>Freitas et al. (2009)</b>	Montes Claros (Brasil)	Acidente Automobilístico	Mandíbula
<b>Li &amp; Li (2008)</b>	Wuhan (China)	Queda	Mandíbula
<b>Brasileiro &amp; Passeri (2006)</b>	Piracicaba (Brasil)	Acidente de trânsito	Mandíbula
<b>Rodrigues et al. (2006)</b>	Belo Horizonte (Brasil)	Acidente de trânsito	Ossos Nasais
<b>Van As et al. (2006)</b>	Cidade do Cabo (África do Sul)	Acidente de trânsito	Órbita
<b>Al Ahmed et al. (2004)</b>	Sharjah (Emirados Árabes)	Acidente de trânsito	Mandíbula
<b>Fasola et al. (2003)</b>	Ibadan (Nigéria)	Acidente de trânsito	Mandíbula
<b>Kieser et al. (2002)</b>	Dunedin (Nova Zelândia)	Agressão física (Assalto)	Mandíbula
<b>Lida et al. (2001)</b>	Osaka (Japão)	Acidente de trânsito	Mandíbula
<b>Van Beek &amp; Merckx (1999)</b>	Nijmegen (Holanda)	Acidente de trânsito	Mandíbula
<b>Bataineh A.B. (1998)</b>	Irbid (Jordânia)	Acidente de trânsito	Mandíbula

A etiologia do trauma pode variar entre estados e principalmente entre países (SANTOS *et al* 2012). Enquanto nos países de primeiro mundo os acidentes automobilísticos são responsáveis pelo aumento de vítimas com injúrias faciais, no Brasil os fatores etiológicos estão associados com a disseminação da violência interpessoal (SILVA *et al* 2003).

A violência interpessoal caracterizou o fator etiológico mais prevalente na pesquisa realizada no serviço de bucomaxilofacial no HMOB, totalizando 19,3% em 1998 e 15,2% em 2012 das causas, seguidos dos acidentes de trânsito. Esses resultados concordam com os dados obtidos por outros pesquisadores (SILVA *et al* 2003, SANTOS *et al* 2012, MALTA 2011, MATTOS 2012, SCANNAVINO *et al* 2013, PATRICÍNIO *et al* 2005, SOUZA e LIMA 2007,



KAMULEGEYA *et al* 2009, CAVALCANTE *et al* 2009, OLIVEIRA *et al* 2011, SILVA *et al* 2011, CARDOSO *et al* 2012, BATISTA *et al* 2012 e SILVA *et al* 2014).

A tabela 6 representa a sumarização de alguns estudos realizados em diferentes países do mundo, identificando a agressão física e os acidentes de trânsito como as principais etiologias, assim como o tipo de fratura mais prevalente.

TABELA 6- Sumarização das etiologias e fraturas faciais mais frequentes de alguns estudos sobre o traumatismo da face.

Dentre os acidentes de trânsito encontramos neste estudo, maior prevalência para os acidentes ciclísticos tanto no ano de 1998 quanto no de 2012, 10,5% e 4,5%, respectivamente, discordando de todas as literaturas encontradas, isso talvez porque na cidade de Belo Horizonte, não se encontra nenhuma segurança para os ciclistas, sejam eles profissionais ou amadores, jovens ou adultos. Em seguida acidentes automobilísticos, com índices de 6,4% dos casos em 1998 e 4,2% dos casos em 2012, comparando esses dados, após a nova Legislação de Trânsito passar a vigorar, estabelecendo o uso obrigatório do cinto de segurança, penalidades mais severas que o código anterior, entre outras, observa-se uma diminuição do número de traumas faciais como agente etiológico (MALTA 2011). Em 1998 o atropelamento foi o terceiro tipo de acidente em trânsito mais acometido, 4,7%, em 2012, o acidente motociclístico com 3,8% dos casos. E por último, o acidente motociclístico em 1998 com 1,7% e o atropelamento em 2012 com 1,5%.

Quando se avalia a distribuição dos pacientes de acordo com o gênero, observa-se a predominância do sexo masculino em relação ao sexo feminino (SILVA *et al* 2003, SANTOS *et al* 2012, MALTA 2011, MATTOS 2012, SCANNAVINO *et al* 2013, PATRICÍNIO *et al* 2005, SOUZA e LIMA 2007, KAMULEGEYA *et al* 2009, CAVALCANTE *et al* 2009, OLIVEIRA *et al* 2011, SILVA *et al* 2011, CARDOSO *et al* 2012, BATISTA *et al* 2012 e SILVA *et al* 2014). Resultado que pode ser explicado pelo processo de socialização e

construção da identidade masculina, que é permeado por fatores como a virilidade, a força, a competição, o poder e a agressividade. Tais características podem aumentar a possibilidade dos homens envolverem-se em situações de violência.

Porém, principalmente nas três últimas décadas, há um aumento crescente dos traumatismo mulheres, geralmente na faixa etária até 40 anos (MALTA 2011). Isso se deve à mudanças comportamentais da mulher na sociedade, com um maior número de mulheres motoristas, a associação de álcool e dirigir, a inserção delas em trabalhos extra-domésticos e a pratica de esportes como atividade de lazer e saúde, inclusive esportes que envolvem contato físico como futebol, basquete e artes marciais.

No estudo feito por SCANNAVINO *et al* em 2013, mostrou que dentro dos acidentes de trânsito, o acidente motociclístico foi o que vítimas mais homens do que mulheres, batendo os dados com o estudo feito no HMOB, onde 86,3% dos acidentes motociclístico envolveu pessoas do sexo masculino. A importância desses eventos envolvendo vítimas do sexo masculino foi previamente demonstrada com uma chance quase nove vezes maior para os homens. Esse resultado provavelmente possa ser explicado pelo fato dos homens assumirem com mais frequência a condução de uma motocicleta e utilizarem esses veículos como meio de transporte e/ou trabalho. Nos dias atuais, por proporcionar o deslocamento rápido e econômico, a presença das motocicletas nas grandes cidades é uma característica marcante. Em Belo Horizonte, há uma grande concentração de pessoas *motoboys* no trânsito, que são na sua grande maioria homens, sem vínculo empregatício, e que trabalham por produtividade, arriscando suas vidas em manobras perigosas na entrega expressa de mercadorias ou serviço. Essa rotina de trabalho expõe esse grupo a um maior risco de acidentes, muitas vezes, fatais. Os acidentes automobilísticos, obtiveram índices de 73,4% envolvendo homens, o que se confirma com os dados de outros estudos, podendo ter como causa no tipo de comportamento na condução de veículos, sendo os homens em uma direção mais agressiva. Outros fatores como a má conservação das vias de circulação, falhas de sinalização e a relação nada amistosa entre motoristas podem concorrer para o aumento dos casos. O fato é que os veículos sempre fizeram parte do processo de socialização dos homens, nesse sentido, SILVA 2003, afirma que os automóveis e a motociclistas são induzidos na vida de meninos na forma de brinquedos e passam a fazer parte do universo masculino, trazendo consigo todos os simbolismos que possuem no mundo contemporâneo. Estes acabam se associando a fatores caraterísticos da

identidade masculina como virilidade, competição e demonstração de coragem diante dos riscos. SCANNAVINO *et al* da mesma forma reitera que os veículos reforçam traços masculinos como um símbolo da potência, usufruto da velocidade e da liberdade, nesse caso, a velocidade se transforma em sinônimo de emoção, de autoafirmação, sucesso e, por extensão, os automóveis se transformam em símbolos sociais e objetos de adoração.

Em concordância com a literatura pesquisada todas as etiologias, dos traumatismos faciais advindo da violência urbana, acidente ciclístico, 82,1%, atropelamento, 55,6%, agressões interpessoal, 68,3% e agressões por arma de fogo, incríveis 95,5% se convergem para o sexo masculino sendo o mais afetado.

Segundo SCANNAVINO, na sociedade moderna, armas e veículo são símbolos que fazem parte do universo masculino, como já dito, casos de agressões envolvendo arma de fogo encontrado no estudo devem ser interpretados como uma tentativa de causar a morte das vítimas dado o potencial de letalidade e ao poder de destruição da face. Esses ferimentos podem resultar em consequências graves do ponto de vista estético e funcional, inclusive exigindo procedimentos complexos para a reconstrução facial.

Avaliando a distribuição dos paciente em relação a idade, o presente estudo esteve de acordo com a maioria da literatura, SILVA *et al* 2003, MALTA 2011, MATTOS 2012 e SCANNAVINO *et al* 2013 relatam que a faixa etária prevalente com idade entre 20 e 30 anos são os mais envolvidos na violência urbana, onde adultos jovens geralmente exercem maior comportamento de risco, como o uso de bebidas alcoólicas, envolvimento em acidentes e violência interpessoal.

Comparando as etiologias com a idade (categorizada), podemos notar que houve uma ocorrência significativamente maior de agressão física para os indivíduos superior a 7 anos, sendo que a maior ocorrência foi nos indivíduos de idade entre 21 e 34 anos (39,7%). Já nas agressões por arma de fogo, também foi maior em indivíduos acima de 7 anos, porém, houve uma ocorrência similar (33,3%) nas três faixa de idade posteriores. Em acordo com o estudo mostrado por SILVA *et al* 2003, onde ele verifica que ocorre uma maior incidência dos traumatismos faciais na idade entre 21 e 30 anos, em pacientes do sexo masculino.

No que se refere às taxas de atropelamento, houve um certo equilíbrio nas faixas de idade entre 7 e 21 e mais que 34 anos (35,6% e 27,4%) respectivamente. Na faixa entre 7 e 21 anos foi a que ocorreu mais traumas faciais (52,6%) devido aos acidentes ciclísticos. Já os

acidentes motociclísticos e automobilísticos teve uma maior prevalência na faixa de idade entre 21 e 34 anos (43,1% e 47,3%) respectivamente, que concorda com o trabalho realizado por CARDOSO *et al* 2012 que realizaram um levantamento do número de acidentes de trânsito com trauma no município de Criciúma no ano de 2009 atendidos pelo SAMU. Os resultados obtidos demonstraram que 370 vítimas foram atendidas, predominando a faixa etária de 18 a 23 anos.

Em igualdade com nosso levantamento, SCANNAVINO *et al* 2013, relata que crianças e adultos acima de 60 anos de idade, os traumas faciais e as fraturas são menos frequentes. A incidência baixa do trauma facial nessas faixas etárias deve-se a atenção de familiares, a permanência no lar e aos cuidados da infância e às características próprias da terceira idade, poucas atividades sociais e esportivas, quase não saem de casa e quando saem estão acompanhados. Nessas faixas etárias, os traumas são fraturas simples e estão relacionadas aos acidentes domésticos como escorregões, queda de escada e as brincadeiras (jogos) da infância.

## **Conclusão**

As lesões e os ferimentos bucomaxilofaciais são uma realidade frequente nos serviços de emergência, sendo o gênero masculino o mais acometido. A faixa etária mais acometida foi a de 21 a 34 anos, principalmente por esta população estar mais exposta a fatores de risco para o trauma. Observando o estudo não houve nenhuma alteração significativa entre os anos estudados de 1998 e 2012.

### **Referências bibliográficas**

1- Silva JJ; Nascimento MMM; Machado RA. Perfil do dos traumatismos maxilofaciais no serviço de CTBMF do hospital da restauração - Recife - PE. International Journal of dentistry, Recife, 2(2): 244-249, JUL/DEZ, 2003.

- 2- Santos CML; Musse JO; Cordeiro IS; Martins TMN. Estudo epidemiológico dos traumas bucomaxilofaciais em um hospital público de Feira de Santana, Bahia de 2008 a 2009. Revista Baiana de Saúde Pública, v.36, n.2, p.502-513, ABR/JUN, 2012.
- 3- Malta OT. Perfil epidemiológico das fraturas faciais - revisão de literatura. Feira de Santana, Bahia. ICS - FUNORT/SOBRÁS NÚCLEO. 2011
- 4- Mattos AMH. Avaliação epidemiológica do traumatismo bucomaxilofacial em uma amostra populacional do estado da Bahia, Brasil. Salvador. Universidade Federal da Bahia. 2012.
- 5- Silva OMP; Panhoca L; Blachman IT. Traumatismos faciais causados pela violência ocorrida na cidade de São Paulo, ao longo do século XX. Revista de odontologia da UNESP, V.32, n.2, 81-85, 2003.
- 6- Aragão JA; Reis FP; Junior GRTF; Costa MD. Perfil epidemiológico dos pacientes com fratura dos ossos da face em um hospital do estado de Sergipe. Revista faculdade de odontologia de Porto Alegre, v.51, n.1, p.11-14, JAN/ABR. 2010.
- 7- Scannavino FLF; Santos FS; Neto JPN; Novo LP. Análise epidemiológica dos traumas bucomaxilofaciais de um serviço de emergência. Revista cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial Camaragibe v.13, n.4, p.95-100, OUT/DEZ 2003.
- 8- Silva CJP; Ferreira EF; Paula LPP; Naves MD; Vargas SMD; Zarzar PMPA. A violência urbana contra criança e adolescente em Belo Horizonte: uma história contada através dos traumas maxilofaciais. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: p. 1103-1120, 2011.
- 9- Silva CJP; Ferreira EF; Paula LPP; Naves MD; Vargas SMD; Zarzar PMPA. Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: uma análise comparativa entre gêneros. Ciência e Saúde Coletiva, v.19 (1): p. 127-136, 2014.
- 10- Cardoso J; Salvaro MSS; Medeiros IS; Soratto MT; Zanini MTB; Schwalm MT; Hoepers NJ. Acidente de trânsito com trauma: os desafios da violência urbana. Encontro Nacional de Ensino de Ciência da Saúde e do Ambiente. Niterói/RJ, 2012.

- 11- Silva JLL; Lima AAAS; Melo IFS; Maia RCL; Filho TRCP. Trauma facial: análise de 194 casos. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v.26, n.1 p. 37-41, 2011.
- 12- Silva CJP. Traumas maxilofaciais e violência urbana em Belo Horizonte: um estudo epidemiológico. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte 2009.
- 13- Correia TMP; Leal MCC; Marques APO; Salgado RAG; Melo HMA. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*. v.15, n.3 RJ, JUL/SET, 2012.
- 14- Weyrauch CS. Violência urbana. *Dimensões*, v.27, p.2-22, 2011
- 15- Souza ER; Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (sup): 1211-1222, 2007.
- 16- Patrocínio LG; Patrocínio JA; Borba BHC; Bonatti BS; Pinto LF; Vieira JV; Costa JMC. Fratura de mandíbula: análise de 293 pacientes tratados no hospital de clínicas da universidade federal de Uberlândia. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*. V.71, n.5, SP, SET/OUT, 2005.
- 17- Ferreira ICB; Vasconcelos AMN; Penna NA. Violência urbana: a vulnerabilidade dos jovens da periferia das cidades. Trabalho apresentado no XVI encontro nacional de estudos populacionais, realizado em Caxambu - MG. 2008.
- 18- Diniz AMA; Ribeiro JGP. Violência urbana nas cidades médias mineiras: determinantes e implicações. *Geosul*. Florianópolis, v.20, n.40, p.77-103, JUL/DEZ, 2005.
- 19- Oliveira ED; Veronezzi F; Ferreira JAA. Violência urbana: agressões, ferimentos por armas de fogo e atropelamentos em Apucarana - PR. Simpósio de estudos urbanos, 2011.
- 20- Chrcanovic BR; Maia BF; Sousa LN; Araujo VO; Abreu MHNG. Facial Fractures: a 1 - year retrospective study in a hospital in Belo Horizonte. *Brazilian Oral research*. v.18, n.4, p. 322-328, 2004.
- 21- Cavalcante JR; Guimarães KN; Vasconcelos BCE; Vasconcellos JRH. Estudo epidemiológico de pacientes com trauma facial tratado mol hospital Antônio Targino - Campina Grande / Paraíba. 2009.