

Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE

Epidemiology of oral and maxillofacial injuries by aggression in Aracaju/SE

Carlos Magno Cardoso Seroa de Oliveira^I

Joanes Silva Santos^{II}

Bernardo Ferreira Brasileiro^{III}

Thiago de Santana Santos^{IV}

Recebido em 10/07/2007

Aprovado em 09/02/2008

RESUMO

Este trabalho foi baseado em uma pesquisa prospectiva, transversal e observacional com a finalidade de analisar as características dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressão no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Foram atendidos 106 pacientes cuja análise estatística demonstrou uma prevalência por indivíduos do gênero masculino (69,4%), da cor parda (52,7%), predominantemente na faixa etária de 21 a 30 anos (34%) e atendidos no período da noite (54,7%). O mecanismo mais utilizado na agressão física foi o soco ou chute (72,6%); o principal agressor foi uma pessoa desconhecida (31,1%), e a discussão foi o motivo mais freqüente da agressão (52,7%). A maioria dos pacientes (66%) foi agredida pela primeira vez. Todos apresentaram algum tipo de lesão de tecido mole, ocorrendo predominância das lacerações (66,1%). Traumatismos dento-alveolares ocorreram em 40,5%, e as fraturas faciais, em 64,1% dos pacientes. Foi constatado que a violência doméstica esteve mais correlacionada às agressões em mulheres, e que os homens foram predominantemente vítimas de agressores desconhecidos. Estas informações podem ser úteis para caracterizar as principais necessidades de atendimento de urgência de pacientes vítimas por agressão bem como auxiliar na adoção de medidas governamentais preventivas para traumatismos desta etiologia.

Descritores: Agressão; Traumatismos Maxilofaciais/epidemiologia; TraumatismosFaciais.

ABSTRACT

This paper was based on a prospective, cross-sectional and observational study for the purpose of analyzing the characteristics of maxillofacial injuries due to aggression in the Emergency Hospital of Sergipe (HUSE). A total of 106 patients were treated, the statistical analysis demonstrating a prevalence of male (69,4%), brown-skinned (52,7%) individuals, with a predominance of the 21-30 years age group (34%) and seen at nighttime (54,7%). The mechanism most commonly used in the physical aggression was kicking or punching (72,6%), the main aggressor was a stranger (31,1%) and an argument was the most frequent cause of the aggression (52,7%). The majority of the patients (66%) had been injured for the first time. All presented some kind of soft tissue injury, with a predominance of lacerations (66.1%). Dento-alveolar injuries had occurred in 40,5% and facial bone fractures were found in 64,1% of the patients. Domestic violence turned out to be the type most closely correlated with aggression affecting women and men were more frequently victims of aggression committed by strangers. These data may be helpful in determining the paramount needs in the emergency care of patients who are victims of physical aggression and may also be of use in the adoption of preventive government measures for dealing with traumatism of this origin.

Descriptors: Aggression; Maxillofacial Injuries/epidemiology; Facial Injuries.

^ICirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

^{II}Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais pela UFRJ. Professor voluntário da Universidade Federal de Sergipe.

^{III}Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais pela FOP/Unicamp. Professor adjunto da Universidade Federal de Sergipe.

^{IV}Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

INTRODUÇÃO

Traumas acidentais e intencionais, principalmente agressões, são preocupações importantes na sociedade contemporânea. Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que o trauma está entre as principais causas de morte e invalidez do mundo, afetando todos os povos com grande variabilidade epidemiológica, sem distinguir idade, gênero, renda ou região geográfica¹. No mundo, quase 16.000 pessoas morrem em decorrência de trauma todos os dias, e, para cada pessoa que morre, milhares de pessoas lesadas sobrevivem, muitas com seqüelas permanentes². Os ferimentos de face representam um dos problemas mais significativos de saúde no mundo inteiro.

Este interesse particular é criado pela incidência elevada e diversidade das lesões faciais³⁻⁷. Além disso, as fraturas faciais são associadas freqüentemente com severa morbidade, perda de função, desfiguração estética e custo financeiro significativo^{4,8-11}.

No Brasil, a criminalidade e a violência continuam a crescer. O número total de crimes contra a vida (homicídios e latrocínios) e contra o patrimônio (roubo e furto) registra um aumento de 23,2% e 29,7%, respectivamente, entre 2004 e 2005, segundo dados do Ministério da Justiça. Em 2005, 150 brasileiros foram mortos por dia, por assassinato, taxa esta correspondente ao número de mortos durante três anos, na guerra do Iraque. Entretanto, os crimes mais freqüentes são os que não resultam em morte (não letais) e são responsáveis por um significativo número de seqüelas, além de demandar gastos públicos e privados contínuos para a reabilitação dessas vítimas¹².

A quantidade de lesões localizadas na face geralmente é maior, sendo esta o primeiro objeto de interação entre indivíduos, tornado uma região pouco protegida e bem exposta^{13,14}. Makenzie (2000) relatou que a maioria dos pacientes estudados, vítimas de trauma por agressão, teve a face como local mais acometido, aliado ao fato de que as roupas oferecem certa proteção ao tronco e aos membros, parcialmente explicando a preponderância de lesões faciais¹⁵.

As pesquisas epidemiológicas de fraturas do complexo facial são constantemente influenciadas pela área geográfica, status sócio-econômico e o período de investigação^{7,16-23}. As agressões físicas têm sido o principal fator etiológico dos traumas faciais, superando, inclusive, os acidentes automobilísticos, que eram considerados o fator etiológico mais comum nesses traumas^{3,9,24-27}. Com o advento de eficazes métodos de prevenção de acidentes de trânsito, facilidade ao acesso a armas e crescente comportamento agressivo nos grandes centros urbanos, as agressões físicas tendem a apresentar índices superiores em países desenvolvidos ou largamente urbanizados^{1,4,28,29}. Além disso, a violência doméstica aflige milhões de povos a cada ano, quando milhares de mulheres são violentadas por seus maridos, resultando nos ferimentos não fatais mais comuns^{30,31}.

De acordo com a importância da prevalência dos traumatismos faciais de etiologia por violência interpessoal, o presente estudo tem por finalidade analisar os casos de traumatismos buco-maxilo-faciais originados por agressões no Hospital de Urgência de Sergipe, hospital de referência no atendimento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais no estado de Sergipe, delineando-se os padrões de ocorrência e severidade dessas lesões.

METODOLOGIA

Este estudo foi fundamentado em uma pesquisa prospectiva, transversal e observacional sobre as características dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressão física em pacientes atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), no período de 1º de agosto de 2007 a 31 de maio de 2008. Os pacientes admitidos no setor de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial desta unidade de emergência foram avaliados clinicamente quanto às principais características dos traumatismos buco-maxilo-faciais, originados de agressão. Previamente, foi delineada uma ficha individual com o propósito de coletar dados relativos à caracterização pessoal (idade, gênero, grau de ins-

trução, raça), etiologia da agressão (mecanismo, agressor, motivo, envolvimento em outros episódios de agressão) e hábitos nocivos à saúde da vítima. Os mecanismos analisados foram categorizados como arma branca, arma de fogo, soco ou chute e mordida humana. Os agressores foram subdivididos em cônjuge, autoridade (policial), criminoso, desconhecido, conhecido e parente. Os motivos que levaram à agressão foram classificados em discussão, crime, traição, acidente e envolvimento direto com drogas. Os pacientes ainda foram questionados quanto à ocorrência do envolvimento em agressões em primeira vez ou duas ou mais vezes. Para estes casos, ainda se procurou identificar se a penúltima agressão ocorreu em menos ou mais de um ano.

Os traumas faciais foram classificados quanto ao tipo de tecido, divididos em lesões de tecido mole e lesões de tecido duro. As lesões de tecido duro foram subdivididas em traumatismos dento-alveolares (concussão, subluxação, luxação intrusiva, luxação extrusiva, avulsão, fratura coronária, fratura radicular e fratura alveolar) e fraturas faciais (mandíbula, maxila, nariz, complexo zigomático, frontal e naso-órbita-etimoidal). Foram ainda avaliados os sinais e os sintomas após a agressão assim como o envolvimento de outras regiões corporais simultaneamente. Os aspectos inerentes ao tratamento do paciente assim como a preservação do mesmo não foram objetivos deste trabalho.

A análise estatística descritiva foi descrita sob a forma de tabelas e gráficos com o intuito de descrever as características epidemiológicas gerais da população, utilizando-se o Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corporation, EUA). A seguir, procedeu-se à análise estatística comparativa por meio do Teste do Qui-Quadrado em partição (amostras = 30) ou do Teste Exato de Fisher ($n < 30$), com intervalo de confiança de 95%, por meio do programa BioEstat 5.0 (Belém, PA, Brasil, 2007). As variáveis sujeitas à investigação comparativa foram:

1. Relação entre o gênero e o mecanismo causador do trauma;

2. Relação entre o gênero e o agressor;
3. Relação entre o gênero e o motivo da agressão;
4. Relação entre o gênero e a frequência com que as agressões ocorreram;
5. Relação entre o tipo da lesão facial e o mecanismo etiológico;
6. Relação entre o tipo de lesão corporal associada e o mecanismo etiológico.

Para os itens "2" e "4", ainda foi aplicado o *Odds Ratio*, que calcula a probabilidade de ocorrência de um determinado evento em relação ao outro num intervalo de confiança de 95%.

Todos os pacientes incluídos na pesquisa estavam cientes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as recomendações do Comitê Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (protocolo 1089.0.000.107-07). Em nenhum momento, durante a realização desta pesquisa, houve risco, prejuízo terapêutico ou malefício físico e psicológico ao paciente que não aquele inerente ao tratamento de rotina endereçado ao tratamento da doença atual, por meio de um questionário e exame clínico. Os pacientes que se recusaram a participar da pesquisa ou apresentavam fichas incompletas foram excluídos do estudo.

RESULTADOS

Durante o período de agosto de 2007 a maio de 2008, foram atendidos 296 pacientes com algum tipo de traumatismo buco-maxilo-facial. Desse total, 216 eram homens (72,9%), e 80 eram mulheres (27,1%) numa relação de 2,7:1. Os acidentes automobilísticos (carro, moto, ônibus e caminhão) foram o principal fator etiológico dos traumatismos (112 casos, 37,8%), seguidos das agressões físicas (106 casos, 35,8%), dos acidentes ciclísticos (43 casos, 14,5%) e das quedas (20 casos, 6,7%).

Especificamente relacionado aos traumas faciais originados de agressão física, foram evidenciados 106 casos (74 homens e 32 mulheres), com uma

média de idade de $29,7 \pm 10,3$ anos, variando de 5 a 59 anos. A faixa etária de maior incidência de trauma facial foi de 21 a 30 anos, compreendendo 33% de toda a população estudada. A distribuição de vítimas por idade está listada na Figura 1. Ao examinar isoladamente as vítimas de acordo com o gênero, os homens apresentaram maior concentração populacional no grupo etário de 21 a 30 anos (36,4%) com média de $29,4 \pm 10,4$ anos, enquanto que as mulheres concentraram-se no grupo de 31 a 40 anos (34,3%), com média de $30,4 \pm 9,8$ anos. O perfil das vítimas foi caracterizado majoritariamente por pacientes que tinham o primeiro grau de instrução (59,4%), da raça parda (53,8%) e atendidos no período da noite (54,7%), compreendido entre 18 e 6h.

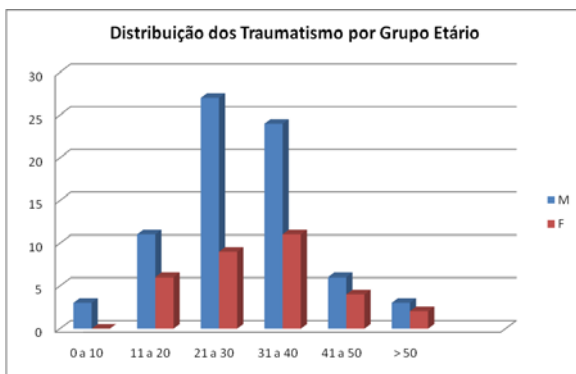


FIGURA 1 – Distribuição de 106 traumatismos por agressão física de acordo com o grupo etário.

Quanto à etiologia da agressão física, a Tabela 1 apresenta o mecanismo do trauma, o agente agressor, o motivo e a frequência com que a vítima esteve envolvida. O mecanismo mais utilizado para gerar o traumatismo foi o soco ou chute, correspondendo a 72,6%, independentemente do gênero. Os demais mecanismos mantiveram uma hierarquia similar. Observou-se também que mais de um mecanismo de agressão foi identificado em 28 casos (26,4%), com maior uso concomitante de arma branca e soco ou chute (26 casos), e arma de fogo e arma branca (2 casos), distribuídos em 26 homens e 2 mulheres.

| FATOR ETIOLÓGICO | | Gênero | | TOTAL (%) |
|------------------|---------------|--------|----------|-----------|
| | | Homens | Mulheres | |
| MECANISMO | Arma Branca | 42 | 7 | 49 (46,2) |
| | Arma de fogo | 8 | 0 | 8 (7,5) |
| | Soco ou chute | 50 | 27 | 77 (72,6) |
| | Mordida | 0 | 0 | 0 |
| AGRESSOR | Cônjuge | 0 | 14 | 14 (13,2) |
| | Policial | 6 | 0 | 6 (5,7) |
| | Criminoso | 9 | 2 | 11 (10,4) |
| | Desconhecido | 31 | 2 | 33 (31,1) |
| | Conhecido | 21 | 8 | 29 (27,3) |
| MOTIVO | Parente | 7 | 6 | 13 (12,3) |
| | Discussão | 35 | 21 | 56 (52,8) |
| | Crime | 26 | 2 | 28 (26,4) |
| | Traição | 12 | 9 | 21 (19,8) |
| | Acidente | 0 | 0 | 0 |
| OCORRÊNCIA | Drogas | 1 | 0 | 1 (1) |
| | 1ª vez | 55 | 15 | 70 (66) |
| | = 2 vezes | 19 | 17 | 36 (34) |
| | <1 ano | 11 | 17 | 28 (27,8) |
| >1 ano | 8 | 0 | 8 (7,7) | |

TABELA 1 – Distribuição de traumatismos faciais de acordo com o mecanismo, agente agressor, motivo e ocorrência.

O tipo de agressor com maior percentual de vítimas foi uma pessoa desconhecida (33 casos). Neste ponto, houve divergência quanto ao gênero, sendo que para os homens uma pessoa desconhecida foi a maior envolvida (41,8%), enquanto que o cônjuge foi prevalente para as mulheres (43,7%). O motivo que mais levou à agressão física foi a discussão (52,8%), independentemente do gênero, seguido do crime nos homens (35,1%) e a traição nas mulheres (28,1%). No que diz respeito à ocorrência das agressões físicas, a 1ª vez obteve a maior parte dos atendimentos nos homens (74,3%), e a maioria das mulheres já haviam sido agredidas mais de duas vezes em menos de um ano (50%). Identificou-se que 29 pacientes (36,8%) estavam relacionados ao uso de drogas durante a agressão, sendo que, desse total, 26 (89,6%) estavam embriagados por uso de alguma bebida alcoólica, e 3 (10,4%) fizeram a associação de álcool e droga não injetável.

As lesões originadas por estes tipos de traumatismos foram listadas na Tabela 2, de acordo com lesão de tecido mole, traumatismo dento-alveolar e fraturas faciais. Todos os pacientes apresentaram, pelo menos, um tipo de lesão de tecido mole, sendo as lacerações a com maior frequência (66%) seguida pelas abrasões (38,6%). Quanto aos traumatismos

dento-alveolares, 43 pacientes (40,5%) apresentavam algum tipo de trauma, sendo a extrusão a de maior percentual (39,5%). Os pacientes com fraturas faciais representaram 68 vítimas (64,1%), com prevalência de fraturas nasais (50% das fraturas), fraturas mandibulares (47%) e do complexo zigomático (42,6%).

| TIPO DE LESÃO | | TOTAL | |
|------------------------------------|---------------------|-------|------|
| | | n | (%) |
| LESÃO DE TECIDO MOLE n = 106 | Abrasão | 41 | 38,6 |
| | Contusão | 32 | 30,1 |
| | Hematoma | 28 | 26,4 |
| | Laceração | 70 | 66 |
| TRAUMA DENTO-ALVEOLAR n = 43 | Concussão | 10 | 23,2 |
| | Subluxação | 11 | 25,5 |
| | Luxação intrusiva | 0 | 0 |
| | Luxação extrusiva | 17 | 39,5 |
| | Luxação lateral | 0 | 0 |
| | Avulsão | 8 | 18,6 |
| | Fratura coronária | 9 | 20,9 |
| | Fratura radicular | 0 | 0 |
| Fratura alveolar | 5 | 11,6 | |
| FRATURA FACIAL n = 68 | Mandíbula | 32 | 47,1 |
| | Maxila | 2 | 2,9 |
| | Nariz | 34 | 50 |
| | Complexo Zigomático | 29 | 42,6 |
| | Frontal | 0 | 0 |
| | NOE* | 0 | 0 |

*NOE – Naso-órbito-etmoidal.

TABELA 2 – Distribuição de traumatismos faciais de acordo com o tipo de lesão.

Lesões associadas aos traumatismos buco-maxilo-faciais ocorreram em 35 pacientes (33%), sendo 31 pacientes homens (88,5%) e 4 mulheres (11,5%). Independentemente do gênero, a região de lesões associadas mais frequentes foram o membro superior (42,8%), o tórax (40%), o crânio (31,4%), o pescoço (31,4%), os membros inferiores (22,8%) e o abdome (11,4%). O envolvimento conjunto de mais de uma região ocorreu em 19 casos, ou seja, em mais da metade dos casos de lesão associada ao traumatismo de face.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A aplicação do Teste do Qui-Quadrado para estabelecimento de uma possível relação entre o gênero e o mecanismo causador da agressão física (Tabela 1) revelou que existiu uma significativa tendência para que os homens fossem traumatizados por arma branca ou arma de fogo, enquanto que as mulheres

foram mais atingidas por meio de soco ou chute ($\chi^2 = 9,72$; partição 2:3; $p = 0,007$). Para a aplicação do mesmo teste visando relação do gênero com o agressor, por meio de uma tabela de contingência 2x2, com o agrupamento das variáveis do agressor em conhecidos (cônjuge, parente ou conhecido) e desconhecidos (policial, criminoso ou desconhecido), de acordo com a Tabela 1, observou-se uma discrepância muito significativa para estas variáveis ($\chi^2 = 20,16$; $p < 0,0001$), sendo que as chances de uma mulher ser vítima de agressão por um conhecido é mais de 11 vezes do que um homem.

Quando se confrontaram as variáveis gênero e motivo da agressão, somente existiu diferença significativa para as agressões causadas por discussão, crime e traição. De acordo com o Teste Exato de Fisher, os homens foram mais propensos às agressões em face causadas por crimes, enquanto que as mulheres foram significativamente mais envolvidas em eventos relacionados a traições ($p = 0,004$) ou a discussões ($p = 0,002$). As mulheres também estiveram mais de três vezes correlacionadas com mais de um evento de agressão facial do que os homens ($\chi^2 = 8,08$; $p < 0,02$). Além disso, a repetição das agressões em menos de um ano foi ainda mais significativa para as mulheres ($p = 0,003$). Os valores absolutos e relativos estão dispostos na Tabela 1.

Não foram evidenciadas diferenças significativas quando correlacionadas as variáveis mecanismo etiológico e o tipo de lesão facial ($\chi^2 = 0,72$; partição 3:3; $p = 0,95$) ou tipo de lesão corporal associada ($\chi^2 = 14,3$; partição 6:3; $p = 0,16$), de acordo com as Tabelas 3 e 4, respectivamente.

| TIPO DE LESÃO | MECANISMO ETIOLÓGICO | | |
|-----------------------|----------------------|----|----|
| | AB | AF | SC |
| Lesão de Tecido Mole | 49 | 8 | 77 |
| Trauma Dento-Alveolar | 18 | 5 | 32 |
| Fratura Facial | 30 | 6 | 49 |

AB – arma branca; AF – arma de fogo; SC – soco ou chute.

TABELA 3 – Análise comparativa entre o tipo de mecanismo etiológico e o tipo de lesão facial.

| TIPO DE LESÃO | MECANISMO ETIOLÓGICO | | |
|-----------------|----------------------|----|----|
| | AB | AF | SC |
| Crânio | 8 | 0 | 8 |
| Pescoço | 10 | 2 | 7 |
| Membro Superior | 10 | 0 | 11 |
| Membro Inferior | 1 | 0 | 4 |
| Tórax | 6 | 0 | 1 |
| Abdome | 6 | 2 | 3 |

AB – arma branca; AF – arma de fogo; SC – soco ou chute.

TABELA 4 – Análise comparativa entre o tipo de mecanismo etiológico e o tipo de lesão corporal associada.

DISCUSSÃO

As fraturas faciais podem variar de acordo com a região geográfica, densidade, período de estudo, tendências sócio-econômicas e características governamentais da população. Torna-se fundamental, no entanto, a comparação de estudos epidemiológicos com o intuito de esclarecer as principais semelhanças e divergências entre os resultados obtidos. No caso específico da região de estudo, foi desenvolvida uma pesquisa unicêntrica de agosto de 2007 a maio de 2008, dentro da região metropolitana da cidade de Aracaju (SE), Nordeste do Brasil, cobrindo uma população de aproximadamente 1.700.000 habitantes, na maior unidade hospitalar de urgência e emergência do estado (HUSE).

Os dados dos traumas faciais nesta região indicaram a predominância do sexo masculino (2,7:1). A literatura referenciada indica que o gênero masculino é majoritariamente o mais afetado^{1-11,13-31}, o que pode ser facilmente ratificado, ao considerar que o homem ainda constitui a maior parte da população economicamente ativa, estando, assim, mais exposto aos fatores dos traumatismos faciais. Todavia, é notório o aumento da participação feminina nos índices estatísticos, podendo ser justificado pelo fato da crescente violên-

cia contra as mulheres bem como a maior participação destas em atividades sociais que as expõem fisicamente^{1,13,14}. Quanto à etiologia referente a estes traumas, os acidentes automobilísticos e as agressões físicas foram os principais responsáveis (37,8% e 35,8%, respectivamente). Assim, pode-se notar uma irrisória hierarquia entre estes dois fatores. No decorrer dos anos, tem sido notada a diminuição dos acidentes automobilísticos como principais causadores dos traumas faciais. As políticas públicas de trânsito visando, maiores penalidades a motoristas infratores (uso obrigatório de cintos de segurança, limitadores eletrônicos de velocidade e, mais recentemente, a "Lei Seca"), juntamente com a evolução da eficiência dos dispositivos de segurança (airbags, freios antibloqueantes, melhoria da qualidade das rodovias) vêm contribuindo para a redução do número de acidentes^{4,13,14,28,29}. Além disso, o crescente número de violência interpessoal, devido ao aumento do número de agressões físicas, ao uso de drogas e à facilidade de acesso a armas, tem contribuído para aumentar os índices desse tipo de etiologia nos estudos mais atuais. Brasileiro e Passeri (2006) destacam que existe também uma prevalência para que os acidentes automobilísticos causem mais traumas faciais nos países em desenvolvimento, enquanto que as agressões são a principal causa nos países desenvolvidos, baseados em suas condições sócio-econômicas em adotar medidas preventivas para cada tipo de trauma⁷.

Exclusivamente para os casos originados por agressão física, pode-se observar também a maior prevalência do gênero masculino (2,3:1). Relações maiores geralmente são encontradas em outros estudos de traumas faciais,^{3,4,8,9,20,24,27,32,33,35} variando de 2,12:1¹ a 11:1²⁰. A prevalência das mulheres foi maior do que na etiologia geral, ratificando o relato da literatura que aponta cada vez mais a população feminina como vítima de trauma^{1,13,14,23,30,31}. Uma das justificativas para isto é o crescimento do número da violência doméstica em todo o mundo, especialmente contra as mulheres^{1,30,31}.

A distribuição da faixa etária está demonstrada na Figura 1. A incidência das agressões prevaleceu entre as idades de 21 a 30 anos. Aspectos semelhantes são encontrados em diversos autores^{1,4,6,9,13,14,18,20,22,29}. Pode-se reconhecer esta distribuição etária, uma vez que estes indivíduos se envolvem mais em brigas, consomem mais bebidas alcoólicas e também por serem o segmento da população mais ativa e, portanto, sujeitando-se a maiores riscos. Ainda de acordo com o gênero, observou-se maior concentração masculina na faixa etária de 21 a 30 anos, enquanto que, nas mulheres, a faixa etária mais acometida foi de 31 a 40 anos. Tal aspecto nos mostra que os homens estão sujeitos a agressões físicas mais precocemente, pelo fato de possuírem maior liberdade de suas famílias para freqüentar lugares onde existem grandes aglomerações de indivíduos, tornando mais fácil o envolvimento com agressões físicas.

O IBGE¹² (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) adota a classificação de cor da população brasileira da seguinte forma: preta, parda, branca, indígena e amarela. O estudo em questão obteve maior percentual de vítimas da cor parda (53,8%), seguido pela raça branca (27,3%) e a negra (18,9%), condizente com a hierarquia de raça existente na região estudada. Atualmente, procura-se não mais considerar raça ou etnia das vítimas e dos agressores, mas sim o grupo sócio-econômico, estado civil e a situação de emprego e desemprego^{1,32}. Assim, observou-se que a população economicamente ativa encontrada foi de 69,8%, enquanto que 30,2% eram de pessoas não ativas.

O período noturno é reconhecido pelo maior envolvimento social de indivíduos em bares, danceterias, festas e outros eventos, facilitando, assim, o consumo de bebidas alcoólicas e maiores possibilidades de ocorrer violência interpessoal. Por conseguinte, é também no período da noite em que muitos homens chegam a suas casas embriagados e agridem suas mulheres, ou a criminalidade é mais evidente^{1,30-33}. Esta idéia suporta os resultados, uma vez que a maior par-

te dos pacientes foi agredida no período da noite. Os pacientes também foram relacionados com o uso de drogas (36,8%). Levando em consideração que a substância mais utilizada foi o álcool ou a associação desta com alguma droga não injetável, pode-se considerar que o abuso dessas substâncias é um fator fundamental para o aumento da violência^{1,30,32-36}.

O mecanismo mais utilizado para causar o traumatismo foi o soco ou chute (72,6%). Também foi evidenciado que as mulheres são mais atingidas por meio de soco ou chute. Tais mecanismos têm sido a forma mais corriqueira de agressão em diversas pesquisas^{1,30-35}, apontando que as mãos e os pés são fundamentais na defesa e no ataque durante as agressões físicas. Existiu também a associação de mais de um mecanismo (26,4%), justificando que, durante a autodefesa ou durante a própria agressão, foi comum a utilização das mãos ou qualquer objeto para se defender ou agredir.

Ainda, quanto à etiologia da agressão, foi verificado que o tipo de agressor com maior percentual de vítimas foi uma pessoa desconhecida. Porém, analisando-se o gênero feminino separadamente, notou-se que o cônjuge foi prevalente. Reflete-se, dessa forma, um índice significativo da violência doméstica contra as mulheres, sem considerar os casos de ausência, já que as agressões não exibem fatores patognomônicos que as diferenciem de outros traumatismos. Assim, os profissionais atendem casos resultantes de agressões e são relatados pela vítima como de outra origem. Este tipo de omissão é comum por parte da vítima devido ao medo de represálias, vergonha, timidez, baixa auto-estima, insegurança e desespero^{1,30-35}. A "Lei Maria da Penha" foi instituída no Brasil, em setembro de 2006, o que veio permitir que os maridos agressores fossem presos em flagrante ou tivessem a prisão preventiva decretada. Embora o maior rigor desta lei objetivasse diminuir o número de vítimas, algumas mulheres sentiram-se mais amedrontadas em denunciar seus maridos, pois não poderiam mais retirar a queixa como faziam antes.

Sabendo-se que as chances de uma mulher ser vítima de agressão por um conhecido é mais de 11 vezes do que um homem, pode-se alertar as autoridades que quase sempre as pessoas que agredem o gênero feminino estão próximas de seu convívio, o que pode auxiliar em investigações policiais.

O motivo que mais casou a agressão física foi a discussão (52,8%), independente do gênero. A análise estatística ainda fez relevante, mostrando que os homens foram mais propensos às agressões causadas por crimes, enquanto que as mulheres foram significativamente mais envolvidas em eventos relacionados a traições ou a discussões. Deve-se conscientizar a população para que motivos tão insignificantes, como a discussão, não venham a ser um estopim para o desencadeamento de uma agressão, e que culmine com um evento tão severo como um traumatismo facial. Outro dado relevante no estudo foi o percentual de mulheres agredidas por traírem seus maridos. Essa alta incidência deve-se, em parte, ao fato de que na região onde foi realizado o estudo, predomina uma cultura machista, que concebe que a traição pode ser punida fisicamente. No que diz respeito à ocorrência das agressões físicas, a 1ª vez obteve a maior parte dos atendimentos nos homens (74,3%), e a maioria das mulheres já haviam sido agredidas mais de duas vezes em menos de um ano (50%). A ocorrência da agressão física mais de duas vezes em menos de um ano em 50% das mulheres atendidas, além da maior probabilidade de estarem envolvidas em mais de um evento de agressão em relação ao homem, leva a crer que muitas mulheres continuam com medo de denunciar seus maridos, mesmo já tendo sido agredidas anteriormente. Faz-se importante a realização de medidas públicas de esclarecimento sobre a violência doméstica contra as mulheres, com o intuito de alertá-las da necessidade de denunciar seus agressores, reduzindo, assim, a reincidência das agressões, preservando a sua integridade física e reduzindo os custos de assistência hospitalar.

Diversos estudos apontaram que quase a todos os pacientes vítimas de agressão física apresentaram lesões de tecido mole na face^{1,4,14,23,27}. A prevalência de traumatismos dento-alveolares é mais controversa e abundante na literatura, variando de 2%³⁶ a 42,8%²³. Porém, a análise dos tipos de traumatismos dentais é escassa e ocorre apenas em alguns estudos^{23,36}. As fraturas ósseas também ocorrem freqüentemente em agressões físicas, com destaque para as fraturas nasais^{1,14,29,30,32-34}, mandibulares^{9,13,24,25,27,32} e do complexo zigomáximo-maxilar⁴. O osso nasal é o osso mais proeminente da face, sendo, portanto, um alvo facilmente atingido durante as agressões físicas, além de requerer uma força menor para fraturá-lo do que qualquer outro osso da face^{1,34}.

A ocorrência de traumatismos corporais associados parece depender do tipo de mecanismo etiológico, em razão da quantidade de energia de impacto derivada em cada variedade de acidente. Os acidentes de trânsito são a principal causa destas lesões conjuntamente aos traumatismos faciais, atingindo índices de até 61%⁷. Neste trabalho, as lesões associadas representaram 33%, consideravelmente menor, quando se compara à quantidade de energia envolvida neste fator etiológico. Entretanto, parece senso comum que a região de maior acometimento de lesões associadas seja o membro superior, coincidente com alguns trabalhos da literatura^{4,7,32,34}, uma vez que tais lesões ocorrem pelo fato de a vítima tentar se proteger, levantando os braços, expondo-os, assim, ao trauma. Diferentemente dos nossos achados, alguns autores consideraram a região da cabeça e do pescoço como sendo a mais afetada^{1,3}, mostrando que estas localizações anatômicas são alguns dos principais alvos na violência interpessoal.

CONCLUSÃO

Os traumas buco-maxilo-faciais por agressão ocorreram mais no gênero masculino, predominando na faixa etária de 21 a 30 anos, majoritariamente no

período da noite. Soco ou chute foram os principais mecanismos das agressões físicas, sendo que a pessoa desconhecida foi a principal envolvida, e a discussão, como o principal motivo desencadeador de tal violência. Ainda foi evidenciada uma forte prevalência de violência doméstica contra as mulheres. Assim, trabalhos epidemiológicos sobre traumatismos buco-maxilo-faciais podem ser úteis para delinear as principais necessidades de atendimento de urgência a pacientes vítimas por agressão, com destaque para a identificação do perfil das vítimas, o perfil do agressor e as principais lesões geradas. Adicionalmente, estes dados podem beneficiar a sociedade ao fundamentar estratégias governamentais preventivas para controlar os eventos que podem resultar em traumatismos desta etiologia.

REFERÊNCIAS

1. Santos, MAF. Traumatismos buco maxilo faciais por agressão: estudo em um hospital da periferia de São Paulo. Dezembro de 2000 a novembro de 2001. [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2002.
2. Krug EG, Sharma GK, Lozano L. The global burden of injuries. *Am J Public Health*. 2000;90:523-6.
3. Aijaz MDA, Doherty T, Lewen G. Facial fractures and concomitant injuries in trauma patients. *Laryngoscope*. 2003;113:102-6.
4. Brasileiro BF. Prevalência, tratamento e complicações dos casos de trauma facial atendidos pela FOP – Unicamp de abril de 1999 a março de 2004. [Dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da Unicamp; 2005.
5. Haug RH, Prather J, Indresano T. An epidemiologic survey of facial fractures and concomitant injuries. *J Oral Maxillofac Surg*. 1990;48:926-32.
6. Koorey AJ, Marshall SW, Treasure ET, Langley JD. Incidence of facial fractures resulting in hospitalization in New Zealand from 1979 to 1988. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1992;21:77-9.
7. Brasileiro BF, Passeri LA. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil: a 5-year prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;102:28-34.
8. Qudah MA, Bataineh AB. A retrospective study of selected oral and maxillofacial fractures in a group of Jordanian children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;94:310-4.
9. Kieser J, Stephenson S, Liston PN, Tong DC, Langley JD. Serious facial fractures in New Zealand from 1979 to 1998. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002;31:206-9.
10. Sarmiento DJS, Cavalcanti AL, Santos JA. Características e distribuição das fraturas mandibulares por causas externas: estudo retrospectivo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007;7:139-44.
11. Silva N. Fraturas da Face. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 1968;9:37-73.
12. IBGE. Censo demográfico 2000. [on line] Disponível na internet: <http://www.ibge.org.br> [Citado em 15 de abril de 2003].
13. Falcão MFL. Estudo epidemiológico das fraturas faciais tratadas no Hospital da Restauração na cidade do Recife, Pernambuco, no período de 1988 a 1998. [Dissertação]. Recife: Faculdade de Odontologia de Pernambuco; 1999.
14. Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF. Epidemiology of facial trauma of patients admitted to a public hospital emergency department. *Rev Col Bras Cir*. 2003;35:9-13.

15. Makenzie EJ. Epidemiology of injuries: current trends and future challenges. *Epidemiol Rev.* 2000; 22:112-9.
16. Ellis E III, El-Attar A, Moos KF. An analysis of 2,067 cases of zygomatic-orbital fractures. *J Oral Maxillofac Surg.* 1985;43:417- 48.
17. Iida S, Matsuya T. Pediatric maxillofacial fractures: their etiological characters and fracture patterns. *J Craniomaxillofac Surg.* 2002;30:237-41.
18. Torgersen S, Tornes K. Maxillofacial fractures in a Norwegian district. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1992;21:335-8.
19. Ansari MH. Maxillofacial fractures in Hamedan province, Iran: a retrospective study (1987-2001). *J Craniomaxillofac Surg.* 2004;32:28-34.
20. Ahmed HEA, Jaber MA, Fanas SHA, Karas M. The pattern of maxillofacial fractures in Sharjah, United Arab Emirates: a review of 230 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;98:166-70.
21. Bamjee Y, Lownie JF, Cleaton-Jones PE, Lownie MA. Maxillofacial injuries in a group of South Africans under 18 years of age. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1996;34: 298-302.
22. Hächl O, Tuli T, Schwabegger A, Gassner R. Maxillofacial trauma due to work-related accidents. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002;31: 90-3.
23. Gassner R, Tuli T, Hächl O, Rudisch A, Ulmer H. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9543 cases with 21067 injuries. *J CranioMaxillofac Surg.* 2003; 31:51-61.
24. Bakardjiev A, Pechalova P. Maxillofacial fractures in Southern Bulgaria – A retrospective study of 1706 cases. *J Craniomaxillofac Surg.* 2007;35:147-50.
25. Fasola AO, Obiechina AE, Arotiba JT. Incidence and pattern of maxillofacial fractures in the elderly. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32:206–8.
26. Simsek S, Simsek B, Abubaker AO, Laskin DM. A comparative study of mandibular fractures in the United States and Turkey. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36: 395–7.
27. Wulkan M, Parreira Júnior JG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51: 290-5.
28. Halpern LR, Susarla SM, Dodson TB. Injury location and screening questionnaires as markers for intimate partner violence. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63:1255-61.
29. Reis LF, Marzola C, Toledo JLF. Prevalência das fraturas faciais na região de Bauru, no período de janeiro de 1991 a dezembro de 1995. *Rev Odonto Ciênc.* 2001;16: 231-40.
30. Bach TL, Eric D, Brett AU, Louis DH, Bryce FP. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59:1277-83.
31. Perciaccante VJ, Howard A, Dodson TB. Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57:760-2.
32. Shepherd JP, Sivarajasingam V, Rivara FP. Using injury data for violence prevention. Government proposal is an important step towards safer communities. *BMJ.* 2000;321:1481-2.
33. Strom C. Injuries due to violent crimes. *Med Sci Law.* 1992;32:123-32.

34. Le BT, Dierks EJ, Ueeck BA, Homer LD.; Potter BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. J Oral Maxillofac Surg. 2001;59:1277-84.

35. Hutchison IL, Magennis P, Shepherd JP, Brown AE. The association with alcohol consumption. Br J Oral Maxillofac Surg. 1998;36:3-13.

36. Eggensperger N, Smolka K, Scheidegger B, Zimmermann H, Iizuka T. A 3-year survey of assault-related maxillofacial fractures in central Switzerland. J Craniomaxillofac Surg. 2007;35:161-7.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Universidade Federal de Sergipe - Departamento de Odontologia

Hospital Universitário

R. Cláudio Batista, s/ nº Bairro Sanatório – Aracaju/SE

CEP 49060-100

Tel.: (79) 2105-1821

Fax: (79) 2105-1822

E-mail: bernardobrasileiro@ufs.br