

Prevalência dos Traumas Buco-faciais em Pacientes Atendidos no Hospital Walfredo Gurgel (Natal-Rio Grande do Norte)

Prevalence of Oral-facial Trauma in Patients Attended at Hospital Walfredo Gurgel (Natal- Rio Grande do Norte)

Ana Lílian Correia Lopes^I | Cláudia Lobelli Gomes Rangel^{II} | KêivertonRones Gurgel Paiva^{III} | Tiago Henrique Queiroz Camara^{IV} | Maria Ângela Fernandes Ferreira^V

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil socioeconômico e as causas dos traumas faciais dos pacientes atendidos nos meses de janeiro a abril do ano 2009, no Hospital Walfredo Gurgel. **Metodologia:** A coleta de dados foi realizada no banco de dados do hospital, no final foram obtidas informações sobre o perfil dos pacientes ou bem como os tipos e as causas dos traumas bucomaxilofaciais. **Resultados:** Os traumas acometem mais homens com uma média de 25 anos de idade e residentes na zona oeste de Natal - RN. A maioria dos traumas ocorreu em tecido mole na região oral (quando excluídos os casos não especificados) e foram causados por quedas. **Conclusão:** Políticas públicas precisam ser instauradas, a fim de se minimizar o número de traumas assim como o efeito desses na vida das pessoas.

Descritores: Traumatismos maxilofaciais; Traumatismos maxilomandibulares; Acidentes por quedas; Acidentes de trânsito; Violência.

ABSTRACT

Porpuse: The aim of this study is to get to know the socio-economic profile and the causes of facial trauma of the patients treated in the months January to April of 2009, in the hospital Walfredo Gurgel. **Methodology:** Data collection was performed on the database of the hospital, where information was obtained about the profile of patients, as well as the types and causes of maxillofacial trauma. **Results:** The results showed that the traumas affecting more men with a mean of 25 years of age and residents in western Natal-RN. Most injuries were soft tissue in the oral region (excluding the cases when not specified) and were caused by falls. **Conclusion:** Public policies need to be introduced in order to minimize the number of injuries and the effect these people's lives.

Descriptors: Maxillofacial injuries; injuries maxillomandibular; accidental falls; accidents, traffic; violence.

INTRODUÇÃO

Os Traumas são definidos por Rasslan¹ como o conjunto de alterações funcionais e anatômicas, gerais e locais, provocadas no corpo, por meio

de meios violentos, agressivos ou acidentais; os primeiros intencionais, e os últimos, não.

Até hoje, a prevalência de traumas tem sido um assunto bastante relatado e relevante para a saúde

I. Aluna da Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

II. Aluna da Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

III. Aluno da Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

IV. Aluno da Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

V. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

pública, seja pelo aumento ou pela diminuição de sua incidência nos últimos anos, em várias regiões do país.

Segundo Coimbra et al.², os traumatismos são a terceira causa geral de morte após as doenças cardíacas e o câncer, sendo a principal causa de morte na faixa etária até os 45 anos. Enquanto a morte por trauma chega a tirar 30 a 40 anos de uma vida produtiva, a morte por afecções cardíacas ou câncer tira, em média, 10 a 15 anos de vida do cidadão.

O aumento do número e a severidade dos traumatismos faciais em relação ao início do século são atribuídos, principalmente, ao desenvolvimento dos meios de transporte motorizados³. Araújo e Valera⁴ relatam que o estresse do dia a dia na vida dos indivíduos leva-os a se locomoverem com maior velocidade e rapidez, e, até mesmo, a prática do esporte mostra-se mais violenta, sendo é a cabeça o primeiro ponto de choque frente às adversidades, tornando-se alvo de impacto.

Além dos acidentes, Híjar-Medina et al.⁵ acrescentam a violência como um problema de saúde pública por causa do dano físico que provoca, o que repercute na procura de assistência médica, incapacidade ou morte. Eles afirmam também que, nos casos de violência familiar, 60% das lesões afetam o crânio e a face. Logo, deve ser levado em conta como fator causal.

As regiões dos ossos da face mais atingidas são os processos alvéolo-dentários, seguidos da mandíbula, osso zigomático, ossos próprios do nariz e maxila. As fraturas em adultos apresentam maior incidência, quando comparadas a fraturas em crianças, que são relativamente raras⁶. E, ainda, segundo Sobreira et al.⁷, o gênero mais frequente é o masculino, com 83,3% dos casos.

A face é de irrefutável importância tanto por ser acetábulo de órgãos como da visão e fonação quanto por proporcionar uma aparência que permita a convivência social do indivíduo. Menezes et

al.³ afirmam que, mesmo outras partes do corpo sofrendo injúrias e/ou traumatismos, as lesões faciais são muito importantes de serem estudadas devido às sequelas físicas, estéticas, funcionais e mentais que geram no paciente lesado.

Os tipos de lesão provocados por causas externas, cuja repercussão na saúde humana ainda é pouco conhecida nem sempre são adequadamente estudados, principalmente em âmbito ambulatorial. A produção de pesquisas nessa área é de grande importância, levando-se em conta a prioridade de se estruturarem serviços que correspondam, efetivamente, às demandas geradas por acidentes e violências, muitas vezes representadas por atendimentos emergenciais, que requerem procedimentos e equipamentos tecnológicos específicos disponíveis³.

Nesse sentido, este estudo objetiva conhecer o perfil sociodemográfico dos indivíduos e as causas decorrentes de traumas buco-faciais, em pacientes atendidos no Hospital Walfredo Gurgel (Natal-RN).

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo coorte retrospectivo com corte seccional de dados extraídos no Registro Hospitalar Walfredo Gurgel (Natal-RN).

Amostra

Pacientes com traumas buco-faciais atendidos no Hospitalar Walfredo Gurgel (Natal-RN), no período de janeiro a abril de 2009.

Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir do Registro hospitalar com informações sobre gênero, idade, residência dos pacientes e características dos traumas buco-faciais, causas, tipos e região afetada.

Descrição das variáveis

Variáveis Dependentes: traumas buco-faciais.

Variáveis Independentes: Sexo, idade, etiologia, região afetada, tipo de trauma, localização residencial dos pacientes.

Análise estatística

Os dados foram apresentados por meio de números absolutos e percentuais. O teste de Qui quadrado foi realizado para a verificação de associação entre os traumas e as variáveis sexo e idade. A idade foi categorizada a partir da média de idade da amostra (25 anos).

Softwares a serem utilizados

EXCEL E SPSS.

Considerações éticas

O presente estudo foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN e pelo Sistema Nacional de Ética na Pesquisa - SISNEP. Não houve a exposição da identidade dos pacientes e nenhum risco para eles, uma vez que não foram realizados procedimentos clínicos nem informados dados que identificassem os pacientes, como nome e número do prontuário. Foram apenas coletados dados, como sexo, idade, tipo de trauma, sítio anatômico afetado, causa do trauma, e localização residencial dos pacientes atendidos. Todas as informações obtidas foram preservadas e utilizadas apenas para fins epidemiológicos do presente trabalho.

RESULTADOS

Do período de janeiro a abril de 2009, coletou-se um total de 1084 casos no banco de dados dos politraumatizados do serviço do Hospital Walfredo Gurgel. Quanto ao sexo, foi constatada uma prevalência de 72,2% (783 casos) no sexo masculino e 27,8% (301 casos) no sexo feminino. A média de idade foi de 25 anos. (Gráfico 1)

Dentre as causas, as quedas acometeram 37,8%

(371 casos), seguidas dos acidentes de trânsito com 262 casos (26,7%) e da violência com 204 casos (20,8%). A agressão física foi responsável por 87,4% os casos de violência com 174 casos, representando o total de 27,21%. (Tabela 1)

Gráfico 1. Prevalência de trauma distribuído por gênero.

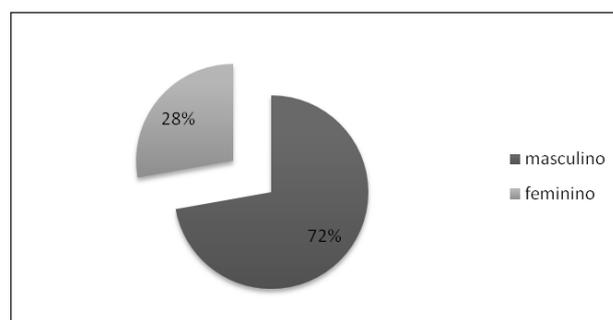


Tabela 1: Prevalência de trauma distribuído por causas.

VARIÁVEIS	N	%
ACIDENTE DE TRÂNSITO	262	26,6
Atropelamento	44	17,2
Acidente de moto	154	60,2
Acidente automobilístico	58	22,7
VIOLÊNCIA	204	20,8
Agressão física	174	87,4
Arma de fogo	14	7,0
Arma branca	11	5,5
QUEDA	371	37,8
Queda de mesmo nível	145	45,2
Queda de bicicleta	82	25,5
Queda de nível	94	29,3
ESPORTE	23	2,3
OUTROS	122	12,4

Quanto aos sítios anatômicos, a região oral foi acometida com 172 casos (14,5%); o osso nasal, com 171 casos (14,4%); a região periorbitária e supercílio, com 166 casos (14,0%); o osso frontal com 13,7% (163 casos); o mento, com 5,6%; a mandíbula, com 4,3%; o zigomático, com 3,8%; a maxila, com 2,0% e a ATM (Articulação

Temporomandibular), com 1,7%. O local “não especificado” foi a mais frequente com 310 casos (26,1%). Vale salientar que o número total de sítios anatômicos afetados é maior do que o número total de casos, visto que alguns pacientes apresentaram mais de uma região facial acometida. (Tabela 2)

Tabela 2: Distribuição de traumas por sítio anatômico.

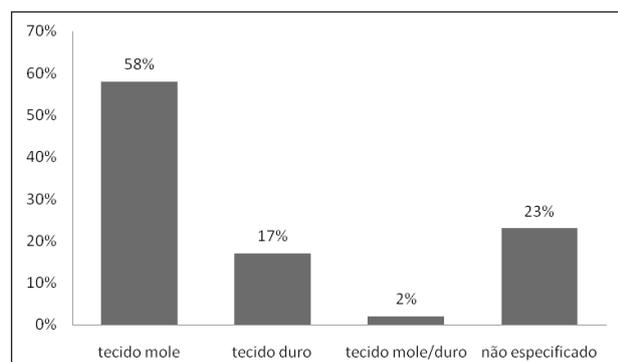
SÍTIOS ANATÔMICOS	N	%
Região intraoral	172	14,5
Mento	67	5,6
Mandíbula	51	4,3
Maxila	24	2,0
Zigomático	45	3,8
Osso nasal	171	14,4
Região periorbitária e supercílio	166	14,0
Osso frontal	163	13,7
Não especificado	310	26,1
Atm	20	1,7

126

Quanto à localização da moradia dos pacientes foi verificada uma maior prevalência de Natal com 649 casos (61,9%), sendo a zona oeste com 36,1% (194 casos), seguida da zona norte com 138 casos (25,7%), zona sul, com 111 casos (20,6%), e zona leste, com 17,7% (95 casos).

Quando avaliados pelo tipo de trauma, o mais prevalente foi o trauma de tecido mole com 57,9% (628 casos). Os casos “não especificados” representaram 22,6% (245 casos), seguidos dos traumas de tecido duro com 17,1% (186 casos). E por fim, os traumas em tecido mole e duro, com 26 casos (2,4%). (Gráfico 2)

Gráfico 2: Distribuição por tipo de trauma.



DISCUSSÃO

A epidemiologia é um ramo da ciência, que estuda a frequência e a distribuição dos agravos à saúde em uma determinada população. Dentre os desenhos de pesquisa, encontram-se os estudos retrospectivos em base secundária, ou seja, em banco de dados, que podem resultar em algumas falhas, como lacunas de informações e registros incompletos⁸.

Os traumas buco-faciais podem ocorrer mediante vários fatores externos, aos quais qualquer pessoa está susceptível rotineiramente. Dentre esses agentes causadores, alguns apresentam maior relevância, como acidente de trânsito, violência, queda e esporte. Nesse estudo, a causa geral que mais acometeu os indivíduos foi a queda entre crianças, adolescentes e adultos jovens. Esse dado foi compatível com o estudo Chima Oji⁹ e Macedo et al.¹⁰ nos quais as quedas ficaram, também, em primeiro lugar, quando estudado em crianças.

Fazendo uma comparação entre sexo e tipo de queda, verificou-se que o sexo masculino obteve maior número de casos (tabela 3). Em muitas cidades do Brasil, como em Natal, o uso de bicicleta, como meio de lazer e de transporte, é muito difundido, ainda mais se tratando do uso por homens¹⁰. As altas taxas de traumatismo facial causado por quedas, em muitos casos, podem também estar associadas ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas e crises convulsivas⁸.

Outros autores confirmaram serem os acidentes de trânsito o principal causador de traumas buco-faciais^{3,8,11-15}. Nesses, as agressões físicas ficaram em segundo lugar, sendo queda, apenas, a terceira causa principal de traumas faciais. Tal discrepância de dados pode ser explicada pelo fato de que, no presente estudo, a escolha da idade da amostra variou de crianças a idosos. Essas faixas etárias em especial são as que mais sofrem queda, sejam elas de nível, mesmo nível ou queda de bicicleta. As quedas foram mais comuns em crianças, provavel-

Tabela 3. Distribuição das variáveis gênero e idade com as causas dos traumas buco-faciais.

Causas	Sexo				Valor de p	Idade				Valor de p
	Masculino		Feminino			0-25		26-100		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Acidente de trânsito	206	21,0	56	5,7	0.000	123	12,7	136	14,0	0.000
Violência	164	16,7	40	4,1		80	8,2	124	12,8	
Queda	244	24,9	127	12,9		209	21,5	154	15,9	
Esportes	20	2,0	3	0,3		16	1,6	7	0,7	
Outros	84	8,6	37	3,8		64	6,6	57	5,9	

mente devido à fase de aprendizado motor (primeira infância) e à hiperatividade inerente à infância. Em alguns casos, os idosos também obtiveram uma prevalência considerável, provavelmente devido à dificuldade de locomoção própria do envelhecimento e a uma crescente tendência à maior participação em atividades físicas⁸.

Os acidentes de trânsito, por sua vez, apresentaram grande relevância, ficando em segundo lugar geral, e nesses, os acidentes de moto foram os mais prevalentes. Os acidentes de moto foram apresentados também como causa agravante de traumas buco-faciais por Leles et al.¹⁴, representados por 18,9% dos casos nesse estudo. Os veículos de duas rodas, em comparação com os carros, são instáveis e oferecem pouca proteção aos seus pilotos em acidentes. Essa pode ser uma possível explicação para o aumento da frequência dos acidentes rodoviários que envolvem as duas rodas¹⁵. Mesmo com as regulamentações governamentais sobre medidas preventivas, tais como o uso do cinto de segurança, assentos de carro de crianças e capacetes, a adesão da população às medidas preventivas é variável¹⁴. Além disso, o crescente volume de tráfego, como resultado do rápido aumento na densidade de população urbana e da expansão econômica, também pode ser o fator responsável pelo aumento dos acidentes rodoviários nos últimos tempos¹⁵.

O rigor no cumprimento das leis de trânsito, certamente, diminuirá tais acidentes. Em Brasília-DF, houve diminuições de traumas faciais decorrentes

de atropelamentos e de acidentes de motos e veículos, e eles atribuíram isso às leis distritais que regulamentaram o aumento da quantidade de barreiras eletrônicas para a redução de veículos na via, o uso obrigatório de cintos de segurança nos veículos e capacetes pelos condutores de motos assim como todos os veículos terem que parar na faixa, enquanto um pedestre estiver atravessando. (Macedo et al.¹⁰)

Considerando todos os tipos de acidentes, o sexo masculino e a faixa etária acima de 25 anos foram mais prevalentes, dado esse que coincidiu com os estudos de Silva e Lebrão¹⁶ e de Leles et al.¹⁴. Entre os tipos de acidente, o que obteve diferença entre os sexos mais estatisticamente significativa foi o acidente de moto, que revelou uma porcentagem de 85,7% para os homens. Isso se deve ao fato de os homens estarem presentes em atividades que proporcionem maiores riscos, como transportes, esportes radicais, de contato e de equipe e também devido à maior participação do homem na sociedade, o que implica longos períodos fora de casa, expondo-se mais a atividades esportivas e de cunho aventureiro, revelando o seu caráter mais incisivo^{3,9,14,15}.

Mas, quando se analisou individualmente, a agressão física foi a que acometeu maior número de indivíduos. Esse achado está de acordo com o estudo de Ribeiro et al.¹⁷, no qual a violência foi a principal causa de fraturas maxilofaciais (47,6%) em todos os grupos de idade. A faixa etária que

mais sofreu agressão foi acima de 25 anos, o que foi percebido, também, no estudo de Híjar-Medina et al.⁵, no qual a violência doméstica acometia na maioria das vezes, indivíduos com 30 anos ou mais. Entretanto diferiu deste em relação ao sexo que sofreu traumas por violência, pois, no presente estudo, o sexo masculino foi o mais afetado, enquanto que, naquele estudo, o sexo feminino foi o mais acometido. Essa maior prevalência dos homens na agressão física, provavelmente se deve ao alto nível de atividade física do homem e, também, devido a sua natureza mais agressiva, estando comumente envolvido em brigas, o que foi comprovado também no estudo de Melo et al.⁸, no qual 82,6% das vítimas de agressão física eram homens. Isso reforça a importância para o desenvolvimento de programas de prevenção, no intuito de ajudar as pessoas, organizações, comunidades, empresas e órgãos governamentais para mitigação da violência¹⁴.

Os acidentes esportivos foram poucos frequentes, assumindo o quarto lugar dentre todas as causas, assim como no trabalho de Brasileiro e Passeri¹¹ e Leles et al.¹⁴, sendo mais comum em homens e na faixa etária de 0 a 25 anos.

De uma maneira geral, ficou perceptível que os traumas buco-faciais foram mais prevalentes em indivíduos do sexo masculino e com idade em média 25 anos, o que foi confirmado por outros estudos^{3,5,8,10-20}. Brasileiro e Passeri¹¹ explicaram que a faixa etária entre 21-40 anos é um representante do segmento economicamente ativo da sociedade, e, por isso, está mais exposta aos fatores de risco de trauma maxilofacial. Além disso, Chandra Shekar et al.¹⁵ acrescentam a natureza agressiva dos jovens e a forma negligente como conduzem os veículos nas estradas como umas das causas de os jovens serem os mais acometidos por traumas.

Com relação ao sítio anatômico afetado, a maior prevalência foi para a categoria "não especificada", o que mostra desatenção dos profissionais

no momento de preenchimento dos prontuários. O segundo sítio mais afetado foi a região intraoral seguida do osso nasal. Outros estudos também atestam esse resultado, sendo a porcentagem ainda mais expressiva. Esse dado é justificado pelo fato de o nariz ocupar uma posição central na face e ser uma estrutura facilmente fraturada devido à pequena espessura dos ossos nasais^{10,14,15}. Em contrapartida, outros autores encontraram a mandíbula como sendo o principal sítio afetado^{9,11,15,19}, provavelmente por ser a mandíbula um osso móvel e ter menos suporte ósseo do que a maxila¹⁹. Já outros registraram a região zigomaticomaxilar como a mais afetada¹³.

Os traumas são estudados não somente quanto ao sítio anatômico mas também quanto ao tipo de trauma, se é uma lesão em tecido mole como escoriações, ferimentos e corte, ou ainda, se é uma fratura de osso. Os resultados mostraram que traumas em tecido mole foram a maioria. Mesmo sendo uma variável não muito estudada, houve uma concordância desses resultados com os apresentados por outros autores^{8,13,14,21}. Silva e Lebrão¹⁶ relataram que as quedas geravam mais ferimentos e traumas superficiais do que fraturas, afirmação essa que se confirma no presente trabalho, em que tanto as quedas quanto os traumas em tecido mole foram as mais prevalentes, quando analisados etiologia e tipo de trauma, respectivamente. Essa informação também foi subregistrada no estudo de Menezes et al.³, no qual 18% dos traumas também não foram relatados nos prontuários como sendo trauma de tecido mole, duro ou ambos.

No que concerne à localização de moradia dos pacientes atendidos no Hospital Walfredo Gurgel, obteve-se uma maior prevalência da cidade de Natal, sendo a zona oeste a que mais utilizou os serviços do hospital. Isso era previsto, na medida em que essa é uma região com precários serviços de saúde e com uma população de baixo poder aquisitivo. O interior do estado foi responsável

por quase 40% dos atendimentos, o que reflete a falta de resolutividade dos hospitais regionais. Diante disso, os indivíduos acidentados de todo o estado são enviados ao Hospital Walfredo Gurgel o qual não consegue suprir toda essa demanda e apresenta sérios problemas no seu atendimento por estar constantemente acima de sua capacidade operacional.

É provável que, em algumas vezes, mesmo que tenha acontecido algum trauma buco-facial, este não tenha sido relatado no prontuário devido à menor importância deste frente ao estado geral do paciente, muitas vezes com risco de morte³. Mesmo assim, devido ao grande número de casos obtidos nesse estudo, foi possível se ter uma noção das características dos traumas buco-faciais em Natal-RN, principalmente da avaliação desses com variáveis, como gênero, faixa etária, etiologia, sítio anatômico, tipo de trauma e localização de moradia dos pacientes que são atendidos no Hospital.

O que se percebe é que os traumas buco-faciais são responsáveis por muitos gastos na saúde, além de ser um fator contribuinte para as superlotações nos grandes Centros de Emergência. Dados mais completos poderão nortear as políticas públicas para minimizar a severidade de traumas no estado do Rio Grande do Norte. Mas para isso, melhorias no preenchimento de dados do prontuário clínico do paciente deverão ser feitas, a fim de se ampliarem as informações sobre este, como o nível de embriaguez e o uso ou não de capacete. A partir daí, medidas preventivas e de conscientização poderão ser transmitidas à população, e, uma vez mais informadas, os riscos poderão ser evitados mais facilmente.

CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos, pode-se concluir que houve uma maior prevalência de casos de trauma em pessoas do gênero masculino e com idade

em média de 25 anos, sendo essas, em sua maioria, vítimas de queda. Os traumas se mostraram com mais frequência em tecido mole e atingiram, preferencialmente, a região oral, quando excluídos os traumas que não foram especificados. Os pacientes que mais solicitaram os serviços do Hospital residiam na zona oeste da capital potiguar.

REFERÊNCIAS

1. Rasslan S. Emergência: normas e condutas. In: Coimbra RSM, Solda SC, Casarolli AA, Rasslan S, organizadores. Emergências traumáticas e não traumáticas. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 215-26.
2. Rasslan S, Coimbra R. A doença trauma. In: Coimbra RSM, Solda SC, Casarolli AA, Rasslan S, organizadores. Emergências traumáticas e não traumáticas. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 1-7.
3. Menezes MM, Yui KCK, Araújo MAM, Valera MC. Prevalência de traumas Maxilo-faciais e dentais em pacientes atendidos no Pronto Socorro Municipal de São José dos Campos- SP. Revista Odonto Ciência 2007; 22:210-216.
4. Araújo MAM, Valera MC. Tratamento Clínico dos traumatismos dentários. Série EAP/APCD. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
5. Híjar-Medina M, Flores-Regata L, Valdez-Santiago R, Blanco J. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. Salud pública Méx, 2003; 45:252-258.
6. Dingman, RO; Natvig, P. Cirurgia das Fraturas faciais. 3 ed, p. 311-27, São Paulo: Santos; 2001.
7. Sobreira T, Vieira JAO, Lobo AR, Wanderley JNB, Costa LJ. Prevalência de traumatismos bucomaxilofaciais em João Pessoa-Paraíba-Brasil. Rev. bras. ciênc. saúde 2002; 6:25-32.

8. Melo, REVA, Medeiros Júnior MDI, Bezerra APA, Melo CBP, Aguiar JLA. Análise da ocorrência de traumatismo facial em 1.128 pacientes. *An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb* 2006; 51:139-143.
9. Oji C. Fractures of the facial skeleton in children: a survey of patients under the age of 11 years. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 1998; 26: 322- 325.
10. Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF, Rosa SC. Mudança etiológica dos traumas de face de pacientes atendidos no Pronto Socorro de Cirurgia Plástica do Distrito Federal. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2007; 22: 209-12.
11. 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.
12. Sirimaharaj W, Pyungtanasup K. The Epidemiology of Mandibular Fractures Treated at Chiang Mai University Hospital: A Review of 198 Cases. *J Med Assoc Thai* 2008; 91: 868-74.
13. Subhashraj K, Nandakumar N, Ravindran. Review of maxillofacial injuries in Chennai, India: a study of 2748 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007; 45:637-9.
14. Leles JLR, Santos EJ, Jorge FD, Silva ET, Leles CR. Risk factors for maxillofacial injuries in a Brazilian emergency hospital sample. *Journal of Applied Oral Science* 2010; 18: 23-9
15. Chandra Shekar BR, Reddy C. A five-year retrospective statistical analysis of maxillofacial injuries in patients admitted and treated at two hospitals of Mysore city. *Indian J Dent Res* 2008; 19:304-8.
16. Silva OMP, Lebrão ML. Estudo da emergência odontológica e traumatologia buco-maxilofacial nas unidades de internação e de emergência dos hospitais do Município de São Paulo. *Rev. bras. Epidemiol* 2003; 6: 58-67.
17. Ribeiro MF, Marcenes W, Croucher R, Sheihama A. A prevalência e as causas de fraturas maxilofaciais em pacientes atendidos nos Departamentos de Acidentes e Emergências em Recife-Brasil. *IntDent J* 2004; 54:47-51.
18. Naranjo RFR, Duque S, Francisco L, Álvarez EM. Experiencia en el diagnóstico y tratamiento del paciente con trauma maxilofacial por arma de fuego, en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital universitario san vicente paúl de Medellín entre 1998 y 2003. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioquia* 2005; 16:33-41.
19. Mallikarjuna SK, Krishnappa P. Prevalence of maxillofacial injuries by motorized two wheeler road traffic accidents in Bangalore city. *Dental Traumatology* 2009; 25:599-604.
20. Shahim FN, Cameron P, McNeil JJ. Maxillofacial trauma in major trauma patients. *AustDent J* 2006; 51:225-30.
21. Gassner R, Ulmer H, Tuli T, Emshof J R. Incidence of Oral and Maxillofacial Skiing Injuries Due to Different Injury Mechanisms. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 37: 1068-1073.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Lílian Correia Lopes
Avenida Romualdo Galvão, 2213, bloco 2/101
Lagoa Nova - Natal/RN
CEP: 59075-750
E-mail: analiliancl@hotmail.com