

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**TRAUMATISMOS BUCO MAXILO FACIAIS POR AGRESSÃO:
ESTUDO EM UM HOSPITAL DA PERIFERIA
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

MARCO AURELIO FERNANDES DOS SANTOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.

São Paulo

2002

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**TRAUMATISMOS BUCO MAXILO FACIAIS POR AGRESSÃO:
ESTUDO EM UM HOSPITAL DA PERIFERIA
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

MARCO AURELIO FERNANDES DOS SANTOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.

Orientador:

Prof. Dr. José Benedito Dias Lemos

São Paulo

2002

DEDICATÓRIA

*Aos meus amados pais, **WALTER** e **EDNA**, que com muita dedicação e carinho sempre me acompanharam, desde o início de tudo. Saibam que esta obra não tem só um criador: ela pertence tanto a mim quanto a vocês.*

“Não somos amados por sermos bons. Somos bons porque somos amados.”

(Desmond Tutu)

À **ANDRÉA**, meu amor

Pelas trilhas da vida, muito vamos caminhar juntos; este trabalho que você vivenciou, é só o começo.

“Para fazer uma obra de arte não basta ter talento; não basta ter força; é preciso também viver um grande amor.”

(Wolfgang Amadeus Mozart)

Ao supremo DEUS.

“Na realidade, todas as coisas, todos os acontecimentos, para quem os sabe ler com profundidade, encerram uma mensagem que, em definitivo, remete para Deus.”

(João Paulo II)

Aos pacientes, vítimas da cruel sociedade atual, apesar de terem sofrido atos de agressão, que lhes possa ser oferecido o conforto de estarem contribuindo para o progresso da ciência e para a minimização de futuros danos ao ser humano.

“Ninguém é tão grande que não possa aprender, nem tão pequeno que não possa ensinar.”

(Autor desconhecido)

*Ao meu orientador, Prof. Dr. **JOSÉ BENEDITO DIAS LEMOS**, amigo e conselheiro, que de seu valioso tempo, pôde dedicar-se e auxiliar-me neste trabalho, sendo dele parte essencial.*

*“Dar o exemplo não é a melhor maneira de influenciar os outros. - É a
única.”*

(Albert Schweitzer)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. JOSUÉ LOURENÇO SANTIAGO, cujo estímulo para a concretização deste sonho foi imprescindível, e pela confiança que em mim depositou.

A todos os professores da Disciplina de Traumatologia Maxilo Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Prof. Dr. FRANCISCO ANTONIO DOS S. CORREIA, Prof. Dr. JOÃO GUALBERTO DE C. LUZ, Prof. Dr. OSWALDO CRIVELLO JÚNIOR, Prof. Dr. ANTONIO SÍLVIO F. PROCÓPIO e Prof. Dr. ANTONIO CASTELO B. TEIXEIRA, que tão bem me receberam nesta casa, desde meus primeiros passos quando ainda acadêmico.

A todos os professores do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, que com muita paciência compreenderam as dificuldades que permeiam a realização de um curso e de um trabalho de magnitudes consideráveis.

A todos os funcionários do Hospital Municipal Dr. Alípio Corrêa Netto, que contribuíram prestimosamente para este trabalho.

Aos funcionários do Serviço de Documentação Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, que sempre me auxiliaram de forma atenciosa e prestativa.

Aos funcionários do Departamento de Prótese, Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo constante apoio que têm me proporcionado.

"Sei que estarei derrotado se encontrar um ser humano de quem me sinta incapaz de aprender alguma coisa."

(G.H.Palmer)

Aos meus colegas da pós-graduação, com a lembrança de juntos, árduas etapas termos transposto. Em especial, à colega DANIELA G. BENOTTI, de quem obtive imensurável apoio.

"Acima de tudo, na vida, temos necessidade de alguém que nos obrigue a realizar aquilo de que somos capazes. É este o papel da amizade."

(Emerson)

SUMÁRIO

	p.
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
LISTA DE SÍMBOLOS	
RESUMO	
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	4
3 PROPOSIÇÃO.....	49
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	50
4.1 Casuística.....	50
4.2 Material e Métodos.....	51
5 RESULTADOS	56
6 DISCUSSÃO.....	72
7 CONCLUSÕES.....	107
ANEXOS	109
REFERÊNCIAS.....	113
<i>SUMMARY</i>	

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1 -	Regiões dos tecidos moles da face	53
Figura 5.1 -	Distribuição por sexo	56
Figura 5.2 -	Distribuição conforme a cor	57
Figura 5.3 -	Distribuição conforme a faixa etária	57
Figura 5.4 -	Distribuição ao longo da semana	58
Figura 5.5 -	Distribuição por períodos do dia	58
Figura 5.6 -	Distribuição ao longo do ano	59
Figura 5.7 -	Distribuição por modos de agressão.....	60
Figura 5.8 -	Distribuição dos ferimentos por arma de fogo e faixas etárias.....	62
Figura 5.9 -	Distribuição por tecidos moles lesados.....	64
Figura 5.10 -	Freqüência das fraturas faciais	66
Figura 5.11 -	Distribuição das fraturas por regiões mandibulares.....	67
Figura 5.12 -	Distribuição das fraturas por regiões mandibulares e lados...67	
Figura 5.13 -	Localização das lesões associadas	69

Figura 5.14 - Destino dos pacientes atendidos	70
Figura 5.15 - Distribuição das ocorrências policiais	72
Figura An. 1 - Mapa com as regiões administrativas da cidade de São Paulo.....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Distribuição dos modos de agressão por faixas etárias.....	61
Tabela 5.2 - Lados da face atingidos por socos em tecidos moles e duros	62
Tabela 5.3 - Distribuição das lesões de tecidos moles e duros de acordo com o lado facial afetado.....	63
Tabela 5.4 - Quantidade de ossos e dentes fraturados.....	66
Tabela 5.5 - Distribuição das fraturas do complexo zigomático.....	66
Tabela 5.6 - Distribuição do tempo transcorrido entre o acidente e o atendimento hospitalar.....	69

RESUMO

TRAUMATISMOS BUCO MAXILO FACIAIS POR AGRESSÃO: ESTUDO EM UM HOSPITAL DA PERIFERIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

É alarmante o crescimento de todas as formas de violência no mundo atual, principalmente a agressão física, que no mais das vezes, provoca lesões oro-faciais. Este estudo preocupou-se em analisar 493 vítimas de traumatismos buco maxilo faciais cuja etiologia foi a agressão, atendidos no pronto-socorro do Hospital Municipal Dr. Alípio Correa Netto, periferia leste da cidade de São Paulo, entre dezembro de 2000 e novembro de 2001. Através da revisão dos prontuários, obtivemos dados relacionados a sexo, cor, idade, distribuição por meses, dias da semana e períodos do dia, mecanismos de trauma, lados afetados, tecidos moles atingidos, fraturas ósseas e dentárias, lesões associadas, tempo transcorrido entre o acidente e o atendimento inicial, destino do paciente e ocorrência policial. Verificamos que os mais atingidos foram homens, brancos, entre 21 e 30 anos de idade, com o principal modo de agressão sendo o soco. Janeiro, segundas-feiras e parte da tarde foram os períodos com mais atendimentos. A região mediana da face foi a mais atingida, e os ossos nasais os mais freqüentemente

fraturados. Tanto as fraturas do complexo zigomático quanto as mandibulares tiveram maiores incidências no lado direito da vítima, sendo que na mandíbula, a região de corpo foi a mais atingida. A maior parte das lesões associadas localizou-se na própria cabeça ou no pescoço. A maioria dos pacientes procurou atendimento hospitalar nas primeiras vinte e quatro horas após o acidente, e também a maioria foi dispensada para suas residências após os primeiros socorros; somente uma minoria optou por fazer ocorrência policial.

1 INTRODUÇÃO

Traumas acidentais e intencionais, principalmente agressões, são preocupações de grandes proporções na sociedade contemporânea. Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que o trauma está entre as principais causas de morte e de invalidez no mundo, afetando todos os povos sem distinguir idade, sexo, renda ou região geográfica. 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 permanentes, segundo Krug *et al.* (2000).

No Brasil, a criminalidade e a violência não fogem à regra e 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 14,8% e 28,4%, respectivamente, entre 1998 e 1999, segundo dados do Ministério da Justiça. Os crimes mais freqüentes, no entanto, são os que não resultam em morte (não letais); em 1999, a taxa de lesões corporais foi de 376,2 por 100 mil habitantes.

O crescimento da criminalidade e da violência está concentrado em grande parte nas áreas urbanas e atinge principalmente os jovens. Entidades como o Núcleo de Estudo da Violência da Universidade de São

Paulo (NEV/USP), em parceria com instituições no Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA) e Curitiba (PR) mostram que as maiores taxas de homicídio são registradas na periferia das grandes cidades e das regiões metropolitanas, onde há maior pobreza, desemprego e falta de serviços básicos, como saúde, educação, transporte, comunicações, segurança e justiça. Como exemplo, na cidade de São Paulo a taxa de homicídio por 100 mil habitantes chega a ser 28 vezes maior em um bairro de periferia, como o Jardim Ângela (116,23), que em uma região nobre, como Moema (4,11).

O objetivo desta dissertação será a análise dos casos de traumatismo de face originados por agressões no Hospital Municipal Prof Dr Alípio Corrêa Neto, no bairro de Ermelino Matarazzo, periferia da zona leste da capital paulista, hospital terciário de referência no atendimento de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais da região. É importante ressaltar que a partir do ano 2000 a zona leste da cidade de São Paulo superou a zona sul, devido a uma explosão da violência nos últimos cinco anos, e passou a ser a região mais violenta da cidade, segundo Corrêa (2001).

É fácil explicar a vasta quantidade de lesões localizadas na face, pois esta é o primeiro objeto de interação entre os indivíduos, sendo uma região pouco protegida e bem exposta. A propósito, a localização e a proeminência da cabeça e da face já as fizeram ser relatadas como os locais onde mais traumas ocorrem no organismo. As lesões na cabeça representam cerca de 50% de todas as mortes traumáticas, de acordo com MacKenzie (2000). A maioria dos pacientes estudados, vítimas de traumas 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 faciais (Shepherd *et al.*, 1987; Shepherd *et al.*, 1990b). Arbenz (1988) relata incidência percentual de 40,7% às lesões faciais, mais que todas as demais localizações, em casos de lesões pessoais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão contempla breves discussões acerca de temas ligados ao objetivo deste trabalho, que é o estudo epidemiológico de vítimas de agressão; assim, pretendemos relatar o que existe na literatura sobre etiologia dos traumas buco maxilo faciais e o aspecto social que a violência desempenha.

Em 1968, Silva relatava que após o término da 2ª Grande Guerra Mundial, o tráfego de automóveis, que havia diminuído naquele período, começava a sofrer impulso com a melhoria das condições econômicas, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos da América, e os acidentes de trânsito passaram a ocupar o primeiro lugar como responsáveis por todas as fraturas dos maxilares. Enfatizava, contudo, que uma porcentagem relativamente grande das fraturas devia-se a atos de agressão, extremamente ligados aos fatores econômico-sociais, relatando que em hospitais localizados em zonas com grupos sociais de baixo nível as agressões, com ou sem arma de fogo, figuravam em grande porcentagem; por outro lado, em hospitais localizados em áreas de elevado nível social, os principais responsáveis pelas fraturas faciais eram os acidentes recreativos e de trânsito.

Salem *et al.* (1968) estudaram lesões buco maxilo faciais em instalações do exército norte americano durante um ano, com o objetivo de obter informações sobre os fatores etiológicos e os tipos de fraturas mandibulares. Concluíram que as brigas contribuíram para a maior parte dos casos, levando a fraturas simples, ao passo que nos acidentes de trânsito as fraturas duplas e cominutivas foram mais comuns. Em seu estudo, o ângulo mandibular foi o local mais freqüentemente fraturado quando a etiologia do trauma era agressão ou acidente esportivo.

No artigo *The Violent Americans* (1969) relatou-se que uma pesquisa da American Society of Oral Surgeons indicou que a maioria dos pacientes que procuram serviços de cirurgia bucal de hospitais de grandes cidades têm mais lesões por trauma do que doenças. Brigas foram a segunda causa em freqüência, só perdendo para os acidentes automobilísticos; a pesquisa ainda indicou que se deveria esperar que as lesões em cirurgia bucal aumentariam em freqüência e gravidade, já que a face é uma área muito exposta a socos e pancadas, e que os profissionais de saúde deveriam ver o aumento da violência como um sério problema de saúde.

Estudando os aspectos psicológicos determinantes da violência interpessoal, Stainbrook (1970) citou a importância de se estar ciente que um tratamento completo para o trauma não envolve somente os procedimentos técnicos para o reparo somático e para a redução das lesões biológicas, mas também uma análise de como o agente produtor do trauma agiu. Descreveu ainda que as lesões por agressão, não raramente contra crianças, e causadas por seus próprios pais, estão aumentando

proporcionalmente à população, assim como a violência conjugal e intra-familiar, comuns em famílias urbanas de baixa renda; evidenciou ainda que jovens entre 18 e 35 anos, do sexo masculino, de classes sociais de baixa renda são tanto executores como objetos de lesões por agressão. Chamou a atenção para o papel da televisão, que além de manter a atenção presa, pode resultar em ativação de estados emocionais insatisfeitos do telespectador, possivelmente levando certas pessoas a responder às tensões evocadas nas situações da vida real.

Em um estudo realizado nos hospitais do leste da Escócia, Hitchin & Shuker (1973) relacionaram mais o trauma facial a fatores sociais do que o trauma em outras partes do corpo, já que a agressão pessoal freqüentemente atinge os maxilares. Em seu estudo, o pico de lesões maxilo faciais por brigas ocorreu em setembro, que é a época de início da temporada de futebol. De acordo com a classe social, encontraram que empregadores, gerentes e técnicos tiveram mais casos de lesões devidas a acidentes rodoviários, ao passo que em auxiliares não técnicos e desempregados as brigas foram as causas mais importantes. Houve incidência significativamente maior em homens do que em mulheres, principalmente na faixa etária entre 20 e 29 anos. Citaram que três quartos das agressões na cidade de Dundee estão relacionadas ao consumo de álcool.

Em 1977, Van Hoof *et al.* compararam os diferentes padrões de fraturas do esqueleto facial em quatro países europeus: Holanda, República Democrática Alemã, Grã-Bretanha e República Federal Alemã. Com

exceção da Holanda, nos demais países as brigas foram os maiores causadores de fraturas faciais. Citam a cidade de Hamburgo na República Federal Alemã, cidade portuária, famosa pela vida social intensa, onde houve baixa média de fraturas associada a altos índices de agressões, relatando que nas brigas as fraturas simples são mais comuns que fraturas múltiplas. Descreveram que, no geral, mulheres são menos freqüentemente envolvidas em brigas.

Voss (1982) comparou grupos de pacientes com diagnósticos de fraturas maxilo mandibulares nos anos de 1970 e de 1980, em Oslo, Noruega, para melhor elucidar alterações no padrão etiológico das mesmas. Encontrou que a violência foi responsável pela maioria das lesões maxilo faciais, tanto em 1970 quanto em 1980, entre pacientes de 15 anos ou mais, tendo o álcool um fator contribuinte. A maior incidência se deu no grupo etário dos 20 aos 29 anos, predominantemente no sexo masculino, tendo, entretanto, a relação homem/mulher diminuído de 3,7:1 em 1970 para 3,2:1 em 1980. Enfatizou que enquanto 39% das fraturas maxilo mandibulares foram causados por violência em 1970, a porcentagem em 1980 foi de 54%, um aumento estatisticamente significativo.

Também comparando grupos de pacientes atendidos em 1965, 1970, 1975 e 1980 na região de Grampian, Escócia, através de estudo retrospectivo, Brook & Wood (1983) encontraram aumento na incidência de fraturas na população em questão em 270%, contra um aumento populacional de apenas 7%. Os autores excluíram do estudo as fraturas dos ossos nasais e fraturas do côndilo mandibular isoladas, encontrando os

malares (complexo zigomático) como sendo os ossos faciais mais fraturados, cuja maioria foi causada por agressão, sendo os malares esquerdos mais atingidos que os direitos, suportando a hipótese que pessoas destras atingiriam o lado esquerdo de seu oponente. Fraturas de mandíbula foram o segundo tipo mais comum, sendo as principais causas os golpes desferidos durante brigas, com mãos ou pés. Frisaram que foi marcante o aumento do número de fraturas devidas à violência interpessoal, principalmente a partir de 1970, atribuindo tal fato a alterações na estrutura da economia local assim como a um aumento da violência em geral na sociedade atual.

Thorn *et al.* (1986) fizeram estudo com o propósito de registrar a incidência e os padrões etiológicos das fraturas maxilo mandibulares na Groenlândia, de 1981 a 1982, encontrando números jamais descritos na literatura, com 90% dos casos ocasionados por violência interpessoal. Relataram que, como fraturas mandibulares são características típicas da violência entre as pessoas, ao passo que fraturas de maxila são mais vistas em vítimas de acidentes de trânsito, fraturas faciais na Groenlândia são quase sinônimo de fraturas mandibulares. A maior incidência ocorreu na faixa dos 20 aos 29 anos de idade, com 57% dos casos, o que relataram ser o maior número na literatura; mulheres compuseram a minoria dos casos, com 36%. O principal causador das fraturas foi o soco e a maior parte dos casos ocorreu às sextas-feiras e aos sábados.

A hipótese de que ferimentos faciais são as lesões de tecidos moles mais comuns em vítimas de agressão foi testada por Shepherd *et al.* (1987)

em 225 pacientes, em Bristol, Inglaterra; relataram a face como sendo, de longe, o local mais comum de lesões, confirmando a hipótese aventada. Lesões do terço médio facial foram as mais comuns, com 59% dos casos, seguidas pelo terço superior com 25% e terço inferior com 16%. As lesões do lado esquerdo foram mais comuns que do lado direito, sendo a região zigomática esquerda a área facial mais ferida. Homens jovens foram mais freqüentemente atingidos, havendo um aparente risco maior de agressão nos finais de semana, entre 22h00 e 02h00, principalmente entre julho e outubro.

Em 1988, Shepherd *et al.* pesquisaram 294 vítimas de agressão em um hospital em Bristol, Inglaterra, durante os seis primeiros meses de 1986. Encontraram seis vezes mais homens que mulheres, a maioria entre 18 e 30 anos de idade, geralmente trabalhadores de baixa renda ou desempregados, havendo consumo de álcool em 73% dos casos. A maioria das agressões estudadas pelos autores ocorreu nos finais de semana, principalmente após o anoitecer, sendo 57% às sextas-feiras e sábados, 15% aos domingos, mas somente 7% nas segundas-feiras. Socos e chutes foram os mecanismos usados em 62% das agressões, objetos rombos em 17%, objetos pontiagudos em 10% e vidros em 9%, havendo somente dois ferimentos por arma de fogo. Em 94% dos casos os agressores eram homens. Considerando-se o organismo como um todo, 89% das fraturas, 70% dos ferimentos e 56% dos hematomas atingiram a face, sendo a mandíbula o osso mais freqüentemente fraturado (38%), seguido pelo nariz (28%) e complexo zigomático (18%). De acordo com os pacientes, houve registro de

ocorrência policial em 54% das agressões. Só uma minoria (17%) necessitou internação hospitalar.

Um estudo realizado com 615 casos de trauma facial em Seattle, Estados Unidos da América, em um hospital de referência de trauma, entre 1980 e 1985, concluiu que a maioria dos pacientes tinha entre 20 e 29 anos de idade, homens tiveram 3 a 4 vezes mais lesões que mulheres e a maioria dos casos foi resultado de agressões. A maioria das lesões restringiu-se à face somente (56,8%); a seguir vieram as lesões faciais como principais componentes de lesões em outras partes do corpo (36,5%) e as lesões faciais como componente menor de lesões de outras partes do corpo (6,8%). Para todos os grupos etários, a lesão mais comum foi fratura fechada de mandíbula, exceto para os dois grupos mais velhos, com mais de 60 anos de idade, cujas lesões mais freqüentes foram as fraturas fechadas de zigomático. As agressões são as principais causas de lesões faciais em todas as idades, exceto nos mais jovens (0 a 19 anos de idade), em um grande centro metropolitano, concluíram Haymond *et al.* (1988).

Arbenz (1988) evidencia em seu livro, que fatores climáticos, por si próprios, não são capazes de afetar o comportamento humano, mas crê ser racional admitir que esses fatores podem agir de forma discreta sobre o psiquismo, e assim desencadeiam algumas reações, como as violentas.

Khan (1988) estudou 311 pacientes com fraturas ósseas faciais atendidos em Harare, Zimbábue, entre 1985 e 1986, todos eles indígenas do país e pertencentes a grupos de baixo padrão sócio-econômico. Encontrou que 81,6% dos casos tiveram como fatores etiológicos as

agressões, tendo os acidentes rodoviários contribuído com somente 14,8%. A fratura mais comum foi a mandibular com 74,6% dos casos, geralmente unilateral e envolvendo a região de corpo, vindo o ângulo a seguir em frequência. As fraturas mandibulares múltiplas freqüentemente envolveram o corpo bilateralmente ou corpo e ângulo. Atribuiu a alta incidência de fraturas mandibulares a socos desferidos diretamente contra a face.

Na cidade de São Paulo, Crivello *et al.* (1989) fizeram considerações estatísticas a respeito de 550 fraturas isoladas da região maxilo facial, de 1981 a 1985. As fraturas ocasionadas por brigas ocuparam a segunda posição em frequência, com 143 casos (26,0%), sendo os maiores causadores de fraturas os acidentes de trânsito, com 190 casos (34,5%). A mandíbula foi o osso mais afetado, representando 29,2% dos casos; as fraturas de malar, com 27,9%, e nariz, com 26,2%, vieram a seguir. Os autores enfatizaram que, durante o estudo, o uso do cinto de segurança nos veículos circulantes na cidade de São Paulo não era obrigatório, e seu uso poderia diminuir estas cifras.

O álcool tem sido, há muito, reconhecido como um fator contribuinte no trauma. Drogas ilícitas, principalmente a cocaína, tornaram-se importantes problemas em áreas urbanas; a introdução do “crack” fez a cocaína ficar facilmente disponível e relativamente barata. Assim, Lindenbaum *et al.* (1989) estudaram prospectivamente, durante 9 meses, amostras de sangue e de urina de 169 pacientes vítimas de trauma, na pesquisa de álcool e demais substâncias tóxicas. Uso de álcool e outras drogas foram mais comuns na terceira década de vida, e entre homens. Um

total de 126 pacientes (74,5%) apresentaram drogas ilícitas no sangue ou urina; 41 pacientes (24,3%) tiveram resultados positivos para duas ou mais drogas; 61 pacientes (36,1%) tiveram resultado positivo para a presença de álcool; 48 pacientes (28,4%) apresentaram resultado positivo para álcool e ao menos uma droga ilícita. Em relação aos crimes violentos, 65 pacientes (80,3%) tiveram resultado positivo para drogas isoladamente ou combinação de drogas com álcool; 5 pacientes (6,2%) foram positivos para álcool isoladamente. As drogas mais freqüentemente encontradas foram cocaína e derivados da cânabis; outras drogas também encontradas foram benzodiazepínicos, opiáceos, barbitúricos, anfetaminas e codeína.

Baseados nos relatos da literatura que tem evidenciado uma tendência de queda no número e na gravidade das fraturas de face, Beck & Blakeslee (1989) fizeram estudo retrospectivo de 262 pacientes com trauma maxilo facial, entre 1983 e 1987, em Tacoma, Washington, encontrando um total de 410 fraturas, numa população predominantemente masculina (proporção homem/mulher de 7,7:1) com idade média de 25 anos. Os números indicaram que as três principais causas das fraturas faciais foram a agressão (35,1%), os acidentes de trânsito (26,3%) e os acidentes esportivos (12,2%). Concluíram que o número total de fraturas caiu a cada ano e que as agressões foram os principais mecanismos de lesão, sobrepujando acidentes de trânsito para todas as categorias de fraturas, exceto fraturas faciais múltiplas. Relataram ainda que as agressões raramente envolveram o uso de armas, e 65,2% das vítimas tinham idade entre 20 e 30 anos. O osso mais atingido foi a mandíbula, vindo a seguir o

zigomático e o maxilar. As lesões associadas mais encontradas foram a ocular e as cérebro-espinhais.

As circunstâncias e as seqüelas da violência urbana são bem documentadas, porém a identificação dos fatores etiológicos tem sido mais difícil. Pelo exposto, e pelo fato do pico do atendimento das vítimas de agressão se dar entre 23h00 e 03h00 dos finais de semana, em pessoas com idades entre 16 e 40 anos, Shepherd *et al.* (1990a) compararam pacientes com estas características atendidos em um hospital de Bristol, Inglaterra, com grupos controles que eram exatamente as pessoas que geralmente acompanham as vítimas nesses horários, quase sempre da mesma idade e mesmo sexo. Como resultados, concluíram que o consumo médio de álcool por parte dos pacientes nas 6 horas antes do acidente foi maior que nos indivíduos controle; pacientes relataram mais envolvimento anterior em brigas ou agressões do que os controles, e; homens tenderam a ser casados menos freqüentemente que os controles.

Em um hospital da Austrália, Allan & Daly (1990) realizaram pesquisa retrospectiva sobre fraturas mandibulares com 1.162 pacientes tratados durante um período de 35 anos, entre 1951 e 1985 e concluíram que a principal causa das fraturas foi a agressão, o que correspondeu a 38,1% de todos os casos; a seguir vieram os acidentes rodoviários e os acidentes esportivos, respectivamente com 21,5% e 19,0% cada. Os homens sofreram lesões mais freqüentemente que as mulheres em todas as faixas etárias e em todas as causas de trauma, numa proporção de 4,4:1. A maior ocorrência de trauma foi na faixa etária entre 20 e 29 anos (38,3% de todos

os pacientes). Os autores relataram que o número de fraturas por agressão diminuiu discretamente entre 1951 e 1970, mas após isto e até o final do período do estudo, tais casos aumentaram significativamente, em 356%; ao autores atribuem tal magnitude ao aumento da violência na sociedade atual.

Como o índice de violência é muito bem representado pelas lesões faciais, parece que a Grécia ainda é um país relativamente pacífico, pois somente 9% de tais lesões foram resultado de brigas, segundo estudo realizado por Zachariades & Papavassiliou (1990) em hospital na capital grega. Dos 3.908 pacientes com fraturas faciais, 57% tiveram como etiologia os acidentes rodoviários, 20% as quedas e somente 9% as brigas. Embora o índice de violência seja ainda considerado baixo, os autores concluíram que, como na década de 70 tal índice era de 8%, esse aumento deveria ser objeto de preocupação para os sociólogos.

Também em 1990, Haug *et al.* reviram fichas e radiografias de 402 pacientes tratados pelo serviço de cirurgia buco maxilo facial, entre março de 1984 e janeiro de 1989, no Cleveland Metropolitan General Hospital, no nordeste de Ohio, EUA. Do total de pacientes, 76,4% sofreram fraturas de mandíbula, com maior freqüência no corpo (29,5%), ângulo (27,3%), côndilo (21,1%), sínfise (19,5%), ramo (2,4%) e coronóide (0,2%). Agressões e acidentes de trânsito dominaram todas as outras causas de lesões mandibulares por um fator de 10. Ainda assim, as agressões foram 1,7 vezes mais prevalentes do que acidentes de trânsito. Ainda em relação às fraturas mandibulares, a relação entre sexo masculino e feminino foi de 3:1 e a maior prevalência ocorreu na faixa etária entre 21 e 35 anos. Os lados

direito e esquerdo tiveram igual distribuição. Noventa e oito pacientes sofreram fraturas de zigomático, a faixa etária predominante entre 21 e 35 anos, com relação de homem para mulher de 3:2. Agressões e acidentes de trânsito sobrepujaram todos os casos de fraturas de zigomático por um fator de 8, mas ainda as agressões predominaram. Fraturas do lado esquerdo foram mais numerosas que as do lado direito, numa proporção de 3:2. Fraturas maxilares tiveram os acidentes de trânsito como fatores etiológicos preponderantes. As causas mais comuns de lesões associadas foram os acidentes de trânsito.

Shepherd *et al.* (1990b), baseados no consistente crescimento na incidência de crimes no Reino Unido, e no fato de ser a agressão a causa mais freqüente de fraturas dos ossos faciais nessa localidade, entrevistaram e examinaram 539 vítimas de agressão atendidas no Bristol Royal Infirmary durante 1986. Homens foram mais afetados, com 84%, e as idades variaram de 14 a 73 anos. Os homens sofreram mais lacerações que as mulheres, que sofreram mais hematomas. Ao menos uma fratura foi encontrada em 26% das vítimas. A maioria dos atendidos (74%) relatou ter sido ferida por socos ou chutes, 11% por vidros de garrafa quebrada e somente duas vítimas sofreram ferimento por arma de fogo. Mulheres diferiram dos homens pelo fato de serem menos chutadas e menos feridas com armas cortantes. Atingiram a face 83% de todas as fraturas, 66% das lacerações e 53% dos hematomas; a região dos membros superiores foi a segunda mais afetada, seguida pelo tórax e por outras lesões da cabeça e pescoço, sendo o abdome o local menos atingido. Foram vistas mais lesões do lado

esquerdo que do lado direito. Os autores encontraram maior freqüência de fraturas nos ossos nasais (27% das vítimas), seguidas por fraturas zigomáticas (22%), ângulo mandibular (12%) e corpo mandibular (12%). Raramente foram vistas fraturas de Le Fort (1%). Após os ossos faciais, a lesão esquelética mais comum foi fratura das falanges (6% das vítimas). Em relação à gravidade, os autores concluíram que as lesões foram progressivamente mais graves na medida em que aumentava o número de golpes, de modo que as vítimas que relataram mais de três golpes estavam mais susceptíveis à fratura.

Com o intuito de acrescentar a experiência do Zimbábue ao cenário das lesões maxilo faciais, Chidzonga (1990) analisou os registros de 541 pacientes portadores de fraturas mandibulares atendidos em um hospital de Harare, entre fevereiro de 1981 e agosto de 1982, sem incluir as fraturas dento-alveolares. As agressões compuseram 89,8% das fraturas, acidentes rodoviários 5,6% e quedas 4,6%. As mulheres perfizeram 9,1% dos casos, sendo a maioria vítima de agressão pelo marido. A faixa etária dos 21 aos 25 anos teve a maior incidência de pacientes com fraturas. As agressões envolveram brigas em locais onde o álcool é consumido e em casos de roubos, supostamente ocorrendo à noite. O corpo mandibular foi mais freqüentemente fraturado do que qualquer outra parte da mandíbula, com 42,3% dos casos, vindo a seguir ângulo e parassínfise com 22,3% cada; não houve fraturas de processo coronóide. Fraturas bilaterais compuseram 55,8% do total, com 0,9% dos pacientes apresentando mais que dois traços de fraturas. Somente 17,9% dos pacientes apresentaram-se para tratamento

em até 48 horas, e 74,36% apresentaram-se após 3 e até 1º dias após o acidente.

Durante um período de 2 anos e meio, começando em junho de 1986 e terminando em maio de 1989, casos de trauma, com particular ênfase em mulheres que direta ou indiretamente sofreram algum tipo de violência por parte de um homem, foram estudados por Zachariades *et al.* (1990). Dos 2.308 pacientes com lesões faciais tratados, 546 (24%) eram mulheres com idades entre 16 e 62 anos. No grupo onde a violência estava diretamente relacionada a um indivíduo conhecido, a pessoa era o marido em 26 casos (51%), o namorado em 8 (15,7%) e algum parente em 5 casos (10%). O mecanismo utilizado para se realizar o ato de violência foram as mãos em 36 casos (70,6%) e uma arma em 3 (6%). Pesquisando o tipo de lesões acarretadas nas vítimas, os autores encontraram simples contusões em 11 casos (21,6%), fratura de mandíbula em 20 casos (39%), fratura do complexo zigomático-maxilar em 5 casos (10%), fratura dos ossos nasais em 1 caso (2%), fratura do processo alveolar em 1 caso e uma fratura de Le Fort III em 1 caso. Seis (12%) foram os casos em que o agressor era uma pessoa desconhecida. E nesses casos o objetivo foi roubo (três) e estupro (três), sendo os modos de agressão armas, objetos pesados, socos ou chutes. Neste grupo, houve 2 casos (4%) de contusões múltiplas e 4 casos (8%) de fraturas (duas mandibulares e duas do complexo zigomático-maxilar). Seis mulheres ficaram gravemente feridas após tentativa de suicídio, mas todas sobreviveram.

Em 1991, Telfer *et al.* estudaram tendências na etiologia das fraturas maxilo faciais por um período de 11 anos (1977 a 1987), através de um questionário enviado a todos os cirurgiões buco maxilo faciais consultores do Reino Unido. Em 1987, a agressão foi a causa mais comum de fraturas perfazendo 50% dos casos, vindo a seguir os acidentes rodoviários com 17%, e 33% devidos a outras causas, como quedas, acidentes esportivos e de trabalho. Em 1977, 661 pacientes, 31% do total, sofreram fraturas faciais em acidentes de tráfego mas este número baixou para 439, 175 do total de casos, em 1987. Inversamente, as agressões em 1977 causaram fraturas em 863 (40%) dos pacientes; em 1987, o número de pacientes agredidos subiu para 1.270, quase 50% do número total. Pacientes com fraturas devidas a outras causas também aumentaram em número; de 606 (29%) em 1977 para 842 (33%) em 1987. Ressaltam os pesquisadores que as agressões se tornaram uma causa muito mais freqüente de lesões ao longo da década estudada, de 863 para 1.270 pacientes, um aumento de 47%.

Um total de 311 pacientes com 564 fraturas faciais foram hospitalizados entre janeiro de 1986 e dezembro de 1988 em Hartford, Connecticut, EUA, uma área metropolitana de médias dimensões, e tiveram seus registros colhidos por Vetter *et al.* , em 1991. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (74%), com idade média de 29,7 anos, sendo cerca de 25% hispânicos, 65% brancos e 20% negros. A proporção maxila/mandíbula foi de 1:1. No terço médio da face foram mais freqüentes as fraturas do complexo zigomático-maxilar e menos freqüentes as fraturas de Le Fort. Na mandíbula, em ordem decrescente de freqüência, foram

fraturadas: sínfise/parassínfise, ângulo, côndilo, corpo e coronóide. Este estudo demonstrou que a causa por violência interpessoal (37%) foi quase tão prevalente quanto a causa por acidentes com veículos automotores (40%).

Com o objetivo de acompanhar um estudo feito seis anos antes, em 1992, Schroder *et al.* analisaram alterações na epidemiologia da violência interpessoal na década de 80, em uma população dinamarquesa urbana. De 1987 a 1988, foram prospectivamente estudados os casos de pessoas que relataram serem suas lesões devidas à violência, causando comprometimento físico. Um fato encontrado foi que enquanto a população de risco cresceu 4%, o número de casos de violência cresceu 14%. A incidência global aumentou de 3,0 para 3,7 por mil para mulheres e de 10,6 para 11,1 por mil para homens. Como no estudo anterior, feito de 1981 a 1982, parceiros e ex-parceiros foram os agressores mais comuns para as mulheres, enquanto que a violência contra homens esteve geralmente associada a pessoas desconhecidas. Também sem alterações de um estudo para outro foi o fato de que quase três quartos da violência masculina ocorreu em bares, danceterias ou na rua, ao passo que metade da violência feminina ocorreu dentro de casa. Os casos de violência contra homens ocorreram entre 21h00 e 06h00 dos finais de semana em 71% das vezes, havendo dispersão ao longo da semana no caso das mulheres. No estudo feito seis anos antes, 16% das pessoas fizeram ocorrência policial, contra 22% no presente estudo. Os autores relataram que pessoas mais velhas tenderam mais a registrar os casos na polícia que as mais jovens.

Também na mesma região dinamarquesa, estudo comparativo semelhante ao anterior foi feito em 1992 por Eiskjaer *et al.*, com o propósito de registrar o padrão das lesões causadas por violência interpessoal. Após análise de um total de 1.874 casos em 1987 e 1.639 casos em 1981, os autores tiveram como resultado que o mecanismo mais comum de lesão foi soco e/ou chute, presentes em 70% (1981) e 72,5% (1987). Algum tipo de arma foi usada em 12,6% (1981) e 12,7% (1987) de todos os casos. No estudo de 1987, houve maior número de lesões localizadas na cabeça e pescoço. Os tipos de lesões diferiram significativamente entre os dois estudos, havendo aumento no número de fraturas e menos ferimentos nos pacientes de 1987. As localizações das lesões tiveram as seguintes freqüências: cabeça ou pescoço, 62% (1981), 70% (1987); membros superiores, 22% (1981), 19% (1987); membros inferiores, 4% (1981), 3% (1987); tronco, 6% (1981), 6% (1987); locais inespecíficos, 6% (1981), 2% (1987). Concluíram que a gravidade das lesões ocasionadas por violência não aumentou, que socos foram, de longe, o modo mais comum de produzir lesões, sendo a cabeça o alvo preferido, que o uso de armas de fogo aumentou, assim como o número de fraturas faciais, e que os tipos de lesões mais comuns foram as contusões, seguidas por ferimentos e fraturas.

Strom (1992), baseado no fato da violência na sociedade sueca estar sendo amplamente discutida, com crimes se tornando mais freqüentes e mais graves, principalmente nos três maiores centros urbanos, Estocolmo, Gotenborg e Malmo, e ainda, sabendo que a maioria dos crimes nunca são registrados na polícia, estudou todos os casos de agressão, tentativas de

homicídio e homicídio registrados na polícia em Kopparberg durante 1979, 1982 e 1985. Relatou que 60,5% dos casos ocorreram em áreas densamente povoadas, sendo que agressões entre pessoas conhecidas ocorreram em 54,3% dos casos, havendo aumento de vítimas durante o verão, com a maioria ocorrendo nos finais de semana e no começo da noite. A idade média das vítimas foi de 31,3 anos, com variação de 1 a 88 anos. Estavam sob influência do álcool 48% das vítimas e 75% dos agressores. Soco foi a forma mais comum de violência, e as lesões mais comuns foram edemas e hematomas, estando o lado esquerdo da face mais exposto. O autor relata que as lesões aos dentes foram descritas de forma vaga nos relatos policiais.

Strom *et al.* (1992), também em um estudo na Suécia, investigaram 222 vítimas de agressões atendidas em hospitais de duas cidades, Falun e Estocolmo, durante o ano de 1988, baseados no fato de ter havido aumento nos casos de crimes nas últimas três décadas naquele país. Nem em Falun nem em Estocolmo houve preferência, por sexo, para fazer ocorrência na polícia, tampouco o grau de intoxicação pelo álcool ou a gravidade das lesões influenciou na tendência de registrar a agressão. Noites de finais de semana foram os horários mais comuns das agressões, com distribuição regular ao longo do ano. Socos, seguidos por chutes, foram os mecanismos mais comuns de violência. Em relação à localização, fraturas nasais foram as mais comuns, e a distribuição pela face não mostrou nenhuma tendência para o lado direito ou esquerdo.

Os registros de todos os pacientes atendidos em um hospital do Estado de Ohio entre 1979 e 1989, com diagnósticos de fraturas mandibulares, foram revistos para se avaliarem as tendências recentes no trauma facial, posto que notaram-se alterações nos tipos de lesões maxilo faciais na década de 70. Nos 1.067 pacientes foram encontradas 1.515 fraturas mandibulares, a maioria (78%) ocorrendo em homens, e mais que 75% em menores de 30 anos; distribuição etária similar foi encontrada no sexo feminino. Os meses de junho, julho e agosto foram os que mais apresentaram casos de fraturas (32%). As principais causas de fraturas mandibulares foram as agressões interpessoais (47,5%), vindo a seguir acidentes automobilísticos (27,3%) e motociclísticos (4,2%), dentre outros em menores proporções. Dos pacientes envolvidos em agressões, 83,2% eram homens; 76,1% desses pacientes tinham menos que 30 anos de idade, e na maioria das vezes a agressão resultou de discussões em bares. Neste estudo de 1992, Fridrich *et al.* relataram que, nas vítimas de agressão, o local mais atingido por fraturas foi o ângulo mandibular (39,1%); fraturas condilares, sinfisárias e alveolares ocorreram menos freqüentemente com agressões do que com acidentes com carros e motocicletas.

Holt (1992), fazendo comentário sobre a violência, lembrou que na década de 70 os traumas da face, cabeça e pescoço eram primariamente devidos a acidentes com veículos automotores, acidentes de trabalho e esportivos, e ocasionalmente por brigas. Contudo, nas duas últimas décadas tem havido uma alarmante ascensão na violência doméstica e interpessoal, que parece ter-se tornado a principal causa do trauma maxilo facial, a maior

parte deles relacionados a álcool e drogas. O autor credita essa alteração de cenário à disponibilidade das drogas que aumenta a cada dia, associada ao arroxio da economia e a altas taxas de desemprego. É importante lembrar que não é somente o elemento criminoso que está envolvido nesses incidentes, mas também pessoas engajadas no sistema produtivo, como advogados, médicos, professores. Outro problema significativo que os profissionais de saúde enfrentam hoje é a incidência em escalada do abuso contra crianças e mulheres. Cabeça, face e pescoço são particularmente alvos vulneráveis, lembra o autor, e enfatiza que cuidar da vítima não é o desafio real, já que os profissionais da saúde são competentes profissionalmente para lidar com qualquer tipo de trauma maxilo facial; o desafio difícil é o envolvimento do profissional no processo de reabilitação do segmento rompido da sociedade, a origem do problema, que é a unidade familiar inadequada.

Em 1993, Brown & Civil fizeram análise retrospectiva de agressões na região de Auckland, Nova Zelândia, somente de pacientes internados com lesões consideradas graves, que foram levados à sala de ressuscitação, o que totalizou 33 pacientes. A idade média foi de 26 anos, com variação de 17 a 55, havendo somente duas mulheres. Algum tipo de arma foi utilizada contra 16 pacientes, 8 deles com pedaços de ferro ou de madeira, além de terem sido esmurrados e chutados, e 16 pacientes receberam somente socos ou chutes. Como amostras séricas de etanol foram tiradas dos pacientes, os autores relatam que muitas vítimas encontravam-se extremamente intoxicadas pelo álcool, tendo um deles sido encontrado

inconsciente por transeuntes. As lesões mais graves foram na cabeça ou na face, sendo estas primeiras as principais responsáveis pela admissão na unidade de terapia intensiva. Outro resultado encontrado pelos pesquisadores foi que, das lesões faciais, 6 pacientes apresentaram fraturas e 7 deles apresentaram múltiplas lacerações ou abrasões. Em somente um caso houve fratura de membro, sendo esta fibular sem deslocamento.

Muitos atos de violência não são relatados à polícia, particularmente nos casos de brigas de bar, de rua e de violência doméstica. Ademais, muitos incidentes que são relatados deixam de ser registrados pela polícia, por exemplo, quando testemunhas não estão dispostas a depor ou quando as vítimas preferem não levar o caso adiante. Partindo das informações descritas, em 1993 Shepherd *et al.* compararam os dados relativos à agressão que foram colhidos prospectivamente em um importante pronto-socorro de Bristol com as estatísticas policiais de crimes, entre 1973 e 1990. Os resultados demonstraram que o número de pacientes agredidos subiu de 516 (74% de homens) em 1973 para 1.008 (73% de homens) em 1977. Desde 1977, o número de pacientes agredidos permaneceu constante até 1988, quando os números aumentaram para 1.036 (76% de homens); novo aumento ocorreu em 1989 para 1.350 pacientes (78% de homens), sendo tal aumento mantido em 1990. O atendimento a vítimas de agressão atingiu picos em junho, julho e dezembro. Entre 1975 e 1990, os dados policiais sugeriram aumento da violência em 9 vezes, ao passo que os dados hospitalares sugeriram aumento de 6 vezes. Assim, os autores concluíram

que somente cerca de 25% dos casos de pacientes agredidos atendidos no pronto-socorro parecem ter sido relatados à polícia.

Pouca ênfase foi dada à agressão no trabalho de Tanaka *et al.* (1994), que estudou 695 pacientes com diferentes tipos de fraturas maxilo faciais tratados na Universidade de Tóquio, Japão, entre 1977 e 1989. Seu estudo mostrou que a principal causa dessas fraturas foram os acidentes rodoviários (38,4%). As lesões por violência interpessoal só apareceram em terceiro lugar, após as quedas acidentais, tendo a mesma incidência das lesões esportivas, com 15,5% dos casos.

Em Cook County, Illinois, EUA, preocupados com a forma pela qual os hospitais da região lidam com seus pacientes vítimas de violência, Bell *et al.* (1994) fizeram pesquisa para elucidar tal dúvida. Participaram da pesquisa 48 hospitais que responderam questionários para se determinar se o setor de emergência possuía procedimentos padrão para lidar com vítimas de violência, e quais serviços, se existentes, eram oferecidos a elas. Todos os hospitais responderam que a forma de se determinar se o paciente tinha sido vítima de violência era perguntando diretamente aos mesmos; alguns hospitais também relataram usar informações da polícia. Poucos hospitais puderam fornecer estatísticas sobre vítimas de agressão tratadas em suas salas de emergência. Cerca de 40% mostraram-se relutantes até para estimar a porcentagem ou o número de pacientes vítimas de violência interpessoal. Segundo os resultados obtidos pelos pesquisadores, dos 28 hospitais que ofereceram estimativas, 13 (28%) relataram que menos que 1% dos pacientes atendidos na emergência eram vítimas de violência, 9

(19%) deram estimativas de 1% a 9% e 6 (13%) estimaram 10% ou mais. Tinham serviço social próprio 69% dos hospitais. Faziam encaminhamento para serviços de advocacia 67% das salas de emergência. Os autores chamam a atenção para o fato de que a maioria dos hospitais entrevistados carecem de procedimentos padrão para encaminhar adequadamente as vítimas de violência interpessoal, estando melhor preparados somente para casos de abuso infantil e violência sexual.

Uma análise abrangente sobre o traumatismo crânio-facial foi realizada em 1994 por Hussain *et al.* no St. George's Hospital, Londres, Inglaterra, com os objetivos de se determinar sua incidência, etiologia, e traumas associados. Foram prospectivamente estudados 950 pacientes consecutivos atendidos naquele hospital. A principal causa de lesões de tecidos moles foram as quedas, ao passo que a de fraturas foi a agressão interpessoal. As quedas compuseram a maioria das lesões em crianças e nos idosos, enquanto que a violência entre pessoas foi a maior responsável pelas lesões em adultos de 15 a 50 anos de idade. Houve 225 vítimas de agressão com lesões crânio-faciais, com pico de incidência entre 20 e 25 anos de idade; a maioria dos agressores tinha idade aproximada à da vítima. Houve predominância do sexo masculino (78%) nas pessoas com menos de 60 anos de idade. Relatam os autores que a maioria das vítimas do sexo masculino (68%) desconheciam seus agressores e, de forma oposta, os parceiros eram a maioria dos agressores das mulheres (57%). Das vítimas que não conheciam seus agressores, optaram por fazer ocorrência policial 62% dos homens e 72% das mulheres. Em 56% dos casos houve

significativo consumo de álcool por parte da vítima. Os autores só puderam descobrir os mecanismos de agressão contra 166 pacientes, sendo somente socos em 55% dos casos, chutes com ou sem socos em 17% e objetos rombos em 15%. A maioria das lesões em tecidos moles foram lacerações (65%) e ocorreram em forma de “T” pela frente, nariz, lábios e mento, sendo o lado esquerdo mais freqüentemente atingido que o lado direito. Em 45 casos (20%) houve fraturas crânio-faciais, com 4 casos adicionais de fraturas dentais; 81% das fraturas ocorreram em pacientes entre 10 e 40 anos de idade. Todos os casos, exceto um, envolveram fraturas de osso único, mais freqüentemente o nariz (60%); a exceção foi um caso envolvendo fratura mandibular e zigomática ipsilateral. Interessante foi notar que fraturas zigomáticas ocorreram o dobro de vezes das fraturas mandibulares. Em 11 pacientes houve lesões em outras partes do corpo, todas elas envolvendo somente tecidos moles.

Reverendo os princípios fisiológicos e físicos envolvidos nas condutas frente às lacerações faciais, Key *et al.* (1995) pesquisaram prospectivamente 100 pacientes consecutivos tratados de suas lacerações pela equipe de Cirurgia Maxilo Facial do Cardiff Royal Infirmary, Reino Unido. Os dados coletados revelaram que a maioria das lesões (51%) foi causada por quedas, e as agressões representaram a segunda maior causa (32%). As agressões com armas representaram 6% dos casos. As lacerações foram localizadas principalmente no terço superior da face e escalpo (58%), com 26% ocorrendo no terço inferior da face.

Palma *et al.* (1995) fizeram estudo epidemiológico da freqüência de fraturas faciais em 296 pacientes durante um ano, de maio de 1992 a abril de 1993, em hospital municipal da cidade de São Paulo. A proporção do sexo masculino para o feminino foi de 3,6:1. A média de fraturas por paciente foi de 1,1. A principal causa de fratura foram as quedas, com 100 casos, vindo a seguir as agressões, com 77 casos. O maior número de casos ocorreu entre 20 e 30 anos de idade e o osso mais fraturado foi o nasal, com 106 pacientes. A mandíbula foi fraturada em 65 pacientes e o complexo zigomático em 66. Somente 6 fraturas de Le Fort foram observadas. Os autores lembram que a possibilidade de pacientes justificarem suas lesões relacionando-as a quedas, esquivando-se das responsabilidades das agressões, deve ser considerada.

Também na cidade de São Paulo, em 1995, Almeida *et al.* fizeram levantamento durante 24 meses dos pacientes atendidos consecutivamente no serviço de Cirurgia Plástica, no pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dos 106 pacientes incluídos no estudo, 78,4% eram do sexo masculino e 53% do total tinham entre 20 e 40 anos de idade. Também neste estudo da capital paulista, as agressões ocuparam o segundo lugar em freqüência de casos (29,7%), ou seja, quase um terço, sendo a etiologia mais comum os acidentes automobilísticos (51,5%). As agressões foram concretizadas de diversas formas, como armas de fogo, armas brancas e porretes. Os autores relacionaram o tipo de agente etiológico com o tipo de fratura, e concluíram que em casos de acidentes automobilísticos as fraturas mais encontradas

foram de malar, maxila e mandíbula, enquanto que nos casos de agressão a incidência de fraturas de mandíbula foi significativamente maior. As agressões ocasionaram as seguintes quantidades de fraturas: malar, 14; mandíbula, 26; maxila, 7; arco zigomático, 3; outras, 8. Os autores lembram que, apesar das fraturas nasais serem encontradas com freqüência bastante alta, são encaminhadas para outros serviços, explicando o menor número de casos encontrados neste estudo.

Cohen & Pacios (1995) estudaram 200 casos de trauma facial e craniano, excluindo fraturas nasais e mandibulares, em uma clínica em San Miguel de Tucuman, Argentina, entre 1983 e 1994. A média de idade foi de 31 anos e em relação ao sexo, 165 homens e 35 mulheres foram tratados. Os fatores etiológicos corresponderam, em ordem de freqüência, a acidentes de trânsito (47,5%), agressões (17,5%), esportes (16,5%), acidentes de trabalho (10%) e acidentes domésticos (8,5%). A maior freqüência de fraturas ocorreu no osso malar. Segundo os autores, os traumas devidos à violência estão representados por grande porcentagem, o que atribuem ao aumento crescente da violência na sociedade argentina, motivado pelas condições sócio-econômicas, mas também pelo aumento da violência urbana em diferentes sociedades pelo mundo todo.

Em 1996, Strom *et al.* fizeram levantamento de casos de fraturas maxilo mandibulares atendidos em hospitais de Estocolmo, Suécia, durante dois períodos, 1978 a 1980 e 1988 a 1990, com o objetivo de investigar se houve mudança na dinâmica das lesões entre os mesmos. No primeiro período, entre 1978 e 1980, o material foi composto por 795 pacientes, com

904 fraturas mandibulares e 249 fraturas maxilares, isto é, 1,45 fraturas por paciente. No segundo período, o número total de pacientes foi de 579, com 716 fraturas mandibulares e 190 fraturas maxilares, ou seja, 1,57 fraturas por paciente. Nos dois períodos, a maioria das fraturas foi causada por violência e por acidentes de trânsito, seguida por quedas. A maioria das fraturas mandibulares causada por violência estava localizada no corpo; das fraturas maxilares causadas por violência, predominaram fraturas do processo alveolar anterior, seguidas por fraturas de Le Fort I e II. Socos causaram 32% das fraturas maxilares no primeiro período estudado e 17% no segundo período; as fraturas mandibulares foram causadas por socos em 65% dos casos no primeiro período e 41% no segundo período. Lesões dentárias foram mais numerosas de 1988 a 1990 do que de 1978 a 1980.

Relacionando o fato de haver pouca informação sobre lesões faciais na infância na África do Sul, aliado à natureza violenta atual da sociedade daquele local, em 1996, Bamjee *et al.* realizaram um estudo sobre incidência de fraturas em crianças. Examinando retrospectivamente os registros de todas as crianças com lesões faciais com idades desde o nascimento até 18 anos, tratadas nos seis hospitais escolas sob controle da Universidade de Witwatersrand, Johannesburg, entre janeiro de 1989 e junho de 1992, foram encontrados 326 pacientes para compor a amostra. Houve 228 meninos e 98 meninas, numa proporção de 2,3:1, a maioria (70%) tendo idades entre 12 e 18 anos. A violência compôs quase metade das lesões, seguida por acidentes com veículos automotores e quedas acidentais. Quando se considerou o sexo, a violência foi três vezes mais comum como causa nos

garotos, sendo os acidentes de trânsito mais comuns em garotas. Quedas acidentais foram a principal causa em crianças com 12 anos ou menos; em contraste, a violência foi particularmente mais freqüente no grupo de adolescentes. Os dois sítios de fraturas mais comuns foram a mandíbula (69%) e o processo dento-alveolar (22%). Estudo específico das localizações das fraturas mandibulares levou os pesquisadores a determinar a ordem decrescente de freqüência: ângulo, parassínfise, corpo e côndilo. Do total de crianças, 134 (41%) apresentaram lesões associadas, sendo 116 em tecidos moles, 14 cranianas, 14 ortopédicas, 8 em coluna cervical/pescoço, 7 oftálmicas, 6 otolaringeas, 4 torácicas e 4 abdominais.

A falta de sinais e sintomas claramente definidos de violência doméstica torna seu diagnóstico difícil, enquanto que o estigma associado a ela pode levar ao relato de menos casos que os números reais que ocorrem. Considerando que os cirurgiões buco maxilo faciais precisam aumentar sua consciência sobre a possibilidade de violência doméstica dentre os casos que avaliam no dia-a-dia, Ochs *et al.* (1996) avaliaram as lesões de face, cabeça e pescoço como possíveis marcadores da violência doméstica. A amostra do estudo foi retirada da população de pacientes com 15 anos ou mais, vítimas de trauma, atendidos no departamento de emergência do Grady Memorial Hospital, Atlanta, EUA, entre dezembro de 1993 e dezembro de 1994, excluindo-se as vítimas de acidentes com veículos automotores, com o intuito de aumentar a especificidade do estudo. Dos 127 pacientes, com idade média de 37,1 anos, 81 (63,8%) eram homens. A violência doméstica foi a causa mais comum das lesões em 18 (14,2%) dos

pacientes, enquanto que outras causas foram responsáveis por lesões em 109 pacientes (85,8%). Vítimas de violência doméstica foram, na média, mais jovens (33,9 contra 37,6 anos), predominantemente mulheres (88,9% contra 27,5%) e tinham lesões menos graves. Dos 18 pacientes vítimas de violência doméstica, 17 apresentaram lesões na região de cabeça, pescoço e face. Relatam os autores que os pacientes que se apresentaram ao departamento de emergência com lesões na região de cabeça, pescoço e face foram 11,8 vezes mais propensos a serem vítimas de violência doméstica do que indivíduos que procuraram tratamento com lesões em outras localizações. De se notar, é o fato de que 34,8% das mulheres que se apresentaram para atendimento no serviço de emergência eram vítimas de violência doméstica.

No pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Nascimento *et al.* (1996) realizaram estudo prospectivo de 158 pacientes vítimas de traumatismos faciais, entre janeiro e março de 1994. A proporção do sexo masculino para o feminino foi de 3,8:1. Os casos de agressão ocuparam a segunda posição em freqüência, com 26 casos (16,5%), estando os acidentes de trânsito na primeira colocação com 79 casos (50,0%). Os agentes causais das lesões faciais por agressão foram as mãos e/ou pés em 8 casos (30,8%), armas brancas em 9 casos (34,6%) e armas de fogo em 5 casos (19,2%). Nos casos de lesões por agressão, o olho esteve envolvido em 3 pacientes, sendo 1 caso de ferimento contuso e 2 casos de ferimentos perfurantes. Destacam os autores do estudo que no grupo etário de 21 a 30 anos estão 39,2% dos acidentes de trânsito e 53,8%

das vítimas de agressão. O atendimento inicial no pronto-socorro ocorreu dentro das primeiras seis horas para 83,2% dos pacientes, entre 7 e 12 horas para 5,6%, 13 e 24 horas para 6,3% e após 25 horas para 4,9%.

Em 1997, Greene *et al.* estudaram 802 pacientes vítimas de agressão atendidos no San Francisco General Hospital, San Francisco, California, EUA, durante o período de 5 anos, entre 1990 e 1995. Os autores incluíram somente os casos de lesões com golpes diretamente na face e que necessitaram de internação do paciente, excluindo traumas penetrantes. A média de idade encontrada foi de 34,5 anos, com variação entre 4 e 85 anos, a maioria do sexo masculino (89%), relatando que do total, 49% estavam desempregados e 20% não possuíam residência fixa. Quanto à raça, 41% eram pretos, 30% brancos e 20% hispânicos. Outros dados encontrados foram que 5% tinham conhecimento de ter diagnóstico de soropositividade para o vírus da SIDA, 10% tinham história psiquiátrica, 44% eram usuários de bebidas alcoólicas, 39% fumantes e 27% usuários de drogas ilícitas; no momento do trauma, mais que um quarto das vítimas estavam sob influência de droga ou de álcool. Os autores estudaram ainda as circunstâncias em que os acidentes ocorreram, achando como resultados os fatos a seguir: 36% disseram que a agressão não foi provocada; 26% disseram que participaram voluntariamente de briga; 11% disseram que foram agredidos durante assalto; 10% estavam envolvidos em brigas de quadrilhas; 9% foram vítimas de violência doméstica; 5% foram vítimas de estupro. As agressões foram concretizadas com pés ou mãos em 50% dos casos. Tinham fraturas 85% dos pacientes, e destes, 46% tinham fraturas

múltiplas. A fratura mais freqüente foi de mandíbula, com 57% do total de casos, e destas, os locais mais afetados foram o ângulo (35%), parassínfise (24%) e corpo (19%). Das fraturas mandibulares, 58% eram múltiplas. Depois da mandíbula, as demais fraturas faciais ocorreram nas seguintes proporções: complexo zigomático-maxilar (12%), blow-out (9%), nasal (7%), Le Fort (4%). Uma observação relatada pelos pesquisadores em relação ao baixo número de fraturas nasais é que as mesmas, geralmente, não levam o paciente à internação hospitalar. A maior parte das lesões foi observada no lado esquerdo da face, aliada ao fato de a maioria dos agressores ser destra. Do número total de pacientes estudados, 18% apresentaram lesões em outras partes do corpo, além da face, sendo que 9% tinham lesões na cabeça e pescoço e 9% em outras partes do corpo (5% no tórax, 3% nas extremidades, 1% no abdome).

Ambrizzi *et al.* (1997), fizeram estudo com o propósito de analisar a incidência dos traumas de face e sua distribuição em vários sítios anatômicos, assim como suas etiologias na região de Araraquara, interior paulista. Relatando que a cidade e sua região estão cercadas por várias rodovias de intenso tráfego, os autores justificam a principal causa das fraturas faciais: acidentes automobilísticos/automotores (65,22%). Só em segundo lugar ficaram as agressões (21,80%). Os pesquisadores chamam a atenção para o fato de que, embora a cidade de Araraquara possua índices de violência e criminalidade, os acidentes com armas de fogo representaram apenas 0,98% dos casos.

A Associação Britânica de Cirurgiões Buco Maxilo Faciais (BAOMS: British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons) organizou um estudo nacional de uma semana em 163 serviços de prontos-socorros na Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. A pesquisa foi conduzida para se elucidar fatores ligados às lesões faciais ocorridas entre às 09h00 da sexta-feira 12 de setembro de 1997 às 08h59 da sexta-feira 19 de setembro de 1997. Todos os pacientes que se apresentaram para tratamento de suas lesões faciais durante a semana de estudo foram incluídos (excluíram-se as lesões de couro cabeludo e de pescoço). Foram observadas 6.114 lesões faciais, sendo as quedas as maiores causadoras de lesões, com 40% dos casos, vindo a seguir as agressões com 24%. Os autores da pesquisa fizeram estudo específico acerca dos casos de agressão, concluindo que a maior proporção de lesões faciais ocasionadas por ela foi observada em prontos-socorros metropolitanos (26%) do que em prontos-socorros de cidades menores (21%). O grupo com idades entre 15 e 25 anos sofreu o maior número de agressões (46% das lesões neste grupo foram causadas por agressão), com média de idade de 25,2 e variação de 4 meses a 97 anos, sendo 79% homens e 21% mulheres. As maiores proporções de agressões ocorreram nas ruas (43%), lugares públicos como bares e clubes (21%) e nas residências (18%), com horário de pico entre 21h00 e 03h00. Mais mulheres do que homens foram agredidas em suas casas (137 mulheres: 127 homens). Sábado e sexta-feira foram os dias quando mais casos de agressão ocorreram, com 23% e 22% respectivamente. Trauma rombo, ou seja, agressão com partes do corpo ou com instrumento rombo,

compôs 89% dos casos (1.300), garrafa/vidro foi usado em 8% (122), facas em 2% (31) e armas de fogo em 4 casos. Pelo menos 55% das agressões estavam relacionadas ao consumo de álcool. Enquanto as agressões causaram 24% das lesões faciais, elas foram responsáveis por 45% de todas as fraturas de face. A maioria dos pacientes agredidos foram tratados nos prontos-socorros, 807 (55%), mas 396 (27%) necessitaram encaminhamento ou retorno ambulatorial e 160 (11%) ficaram internados. Ao menos uma paciente morreu como resultado de suas lesões, concluíram Hutchison *et al.* (1998), idealizadores da pesquisa.

Bataineh (1998) estudou retrospectivamente registros e radiografias de 563 pacientes tratados de fraturas maxilo faciais atendidos em hospitais em Irbid, Jordânia, durante 5 anos, de 1992 a 1997. Seu estudo demonstrou que a causa mais comum de fratura maxilo facial foi acidente de trânsito (311 casos; 52,2%), seguida por queda accidental (111 casos; 19,7%). Somente em terceiro lugar ficaram as lesões associadas com brigas (95 casos; 16,9%). O autor notou que quedas foram mais freqüentes em mulheres, ao passo que brigas e acidentes esportivos foram mais comuns em homens. Na Jordânia, a baixa incidência de fraturas faciais causadas por brigas contrasta de forma marcante com números de outros estudos, principalmente escoceses, lembra o autor, um achado que deve estar relacionado a hábitos sociais e consumo de álcool; devido à sua formação religiosa, a maioria dos jordanianos não bebe álcool.

Também em 1998, Muraoka & Nakai estudaram 697 fraturas ósseas faciais em 633 pacientes que procuraram o Osaka City University Hospital,

Japão, de janeiro de 1993 a dezembro de 1997, e compararam os achados com os dados acumulados no mesmo hospital, entre 1978 e 1992. Concluíram que aumentou o número de pacientes, sendo que no período mais recente foram tratados 1,8 vezes mais, por ano, que no período entre 1978 e 1992. Mais da metade dos pacientes tinham entre 10 e 29 anos de idade. Metade dos pacientes apresentou fraturas nasais e 8% tiveram fraturas múltiplas da face. Nesse estudo, as fraturas dos ossos nasais foram causadas por brigas em 34% dos pacientes, acidentes em 28% e esportes em 23%. Fraturas de outros ossos faciais resultaram de acidentes em 32% dos casos, acidentes de trânsito em 26% e brigas em 24%.

Houry *et al.* , em 1999, argumentando que as documentações hospitalares das vítimas de acidentes com veículos automotores já foram bem estudadas previamente, o mesmo não ocorrendo com as documentações do casos de lesões intencionalmente provocadas, fizeram estudo com o objetivo primário de analisar a documentação médica destes últimos casos, em termos de identificação do agressor, local da agressão e objeto(s) utilizado(s) no ato agressivo, assim como envolvimento policial ou de serviço social. Os prontuários pertinentes ao período compreendido entre 1 de novembro de 1996 e 30 de novembro de 1996 de um hospital urbano de emergências foram revistos retrospectivamente. De todos, 288 (30%) foram casos de agressão; tais pacientes tinham idade média de 31 anos, havendo 198 (69%) homens. Desses 288 casos, 193 (67%) não tinham nenhuma documentação sobre a identidade do agressor; daqueles em que havia identificação, na maioria o agressor era um parceiro íntimo (23 casos,

8%). Em relação ao objeto usado para a agressão, dos 288 casos, 37 (12,8%) não possuíam documentação que o especificasse; dos especificados, a maioria tratava-se de agressão com objeto rombo (68 casos, 23,6%), vindo a seguir o soco (54 casos, 18,8%), empurrão ou puxão (34 casos, 11,8%), traumas múltiplos (22 casos, 7,6%), faca (18 casos, 6,3%), agressão sexual (17 casos, 5,9%), objeto desconhecido (14 casos, 4,9%), chute (13 casos, 4,5%), arma de fogo (7 casos, 2,4%) e mordida humana (4 casos, 1,4%). Nos casos de violência doméstica, o envolvimento policial estava documentado em somente 54% dos casos, e o envolvimento de serviços sociais esteve documentado em menos de um quarto dos prontuários. Os autores enfatizam o fato de 25 casos (8,7%) terem ocorrido com vítimas menores de 18 anos, e em 16 deles (64%), não havia documentação sobre a identidade do agressor.

Perciaccante *et al.* (1999) estudaram as lesões de cabeça, pescoço e face como marcadores da violência doméstica em 100 mulheres de 15 anos de idade ou mais, que se apresentaram em hospital no centro de Atlanta, EUA, entre abril de 1993 e setembro de 1996. A violência doméstica foi responsável pelas lesões em 34% dos casos; estas vítimas tinham idade média de 32,5 anos, contra idade média de 43,9 nas vítimas de outras causas. Das 34 vítimas de violência doméstica, 31 tinham lesões na região de cabeça, pescoço e face; das 58 mulheres com lesões na região de cabeça, pescoço e face, 31 eram vítimas de violência doméstica. Citam os autores que, uma mulher, apresentando-se para avaliação de lesões que tenham afetado a região de cabeça, pescoço e face, é 7,5 vezes mais

propensa a ser vítima de violência doméstica do que uma mulher cujas lesões estejam em outras localizações. Os pesquisadores concluem que a sensibilidade do estudo foi de 91,2%: por exemplo, de 10 mulheres vítimas de violência doméstica, 9 teriam lesões na cabeça, pescoço e face.

Dois grupos de pacientes portadores de fraturas maxilo faciais tratados em Nijmegen, Holanda, no período entre 1960 e 1974 e entre 1975 e 1987 foram estudados por van Beek & Merkx, em 1999. A porcentagem de acidentes rodoviários permaneceu, apesar de um decréscimo no segundo período, uma das mais altas da União Européia (UE). Descrevem os autores do estudo que, embora o número de agressões em Nijmegen no segundo período tenha aumentado significativamente em comparação com o primeiro, a taxa de 13,4% é uma das mais baixas na UE.

Frugoli (2000) realizou pesquisa para avaliar os danos faciais que acometem o complexo maxilomandibular, através de exames de laudos de lesões corporais de vítimas de agressões físicas atendidas no Núcleo de Odontologia Legal (NOL) do Instituto Médico Legal (IML) de São Paulo, nos anos de 1993 e 1998. Quando comparou os exames dos dois anos em questão, o autor concluiu que houve aumento no número dos mesmos. O sexo masculino foi mais acometido nos dois anos, porém notou-se crescimento de 32,5% no sexo feminino em 1998. A faixa etária mais atingida foi entre 20 e 30 anos. Socos e pontapés foram os principais responsáveis pelas lesões, tanto em homens quanto em mulheres; percentualmente, os homens foram vítimas mais freqüentes de ferimentos por arma de fogo que as mulheres, em ambos os anos. O autor relata que

em 1993, 100% das fraturas ósseas foram da mandíbula, sendo este osso atingido em 88,24% das vezes em 1998. Ao considerar a distribuição geográfica dos casos no município de São Paulo, constatou-se que em 1993, na região leste concentraram-se 48% deles; já, em 1998, foi a região centro-oeste que totalizou 40% dos casos de agressão física.

Tecendo comentários gerais sobre o trauma, Krug *et al.* (2000) lembram que a Organização Mundial de Saúde classifica os traumas em intencionais e não intencionais: não intencionais são lesões por acidentes rodoviários, queimaduras, quedas, afogamentos e envenenamentos; intencionais são as lesões contra si próprio, lesões por agressão e lesões de guerra. Os autores lembram que no mundo, quase 16.000 pessoas morrem em decorrência dos traumas todos os dias, e para cada pessoa que morre, milhares de outras lesadas sobrevivem, muitas com seqüelas. Em países de alta renda, acidentes rodoviários, lesões contra a própria pessoa e violência interpessoal são as três maiores causas de morte nas pessoas com idade entre 15 e 44 anos. Até em países com média e baixa rendas, onde doenças infecciosas são predominantes, estes três tipos de trauma estão entre as maiores causas de morte. Estima-se que 16% das doenças mundiais em 1998 possam ser atribuídas ao trauma. A magnitude desta proporção pode ser explicada porque os traumas atingem muitas pessoas jovens, resultando em muitos anos perdidos por morte precoce ou muitos anos vividos com incapacidade. Acidentes rodoviários, quedas, violência interpessoal e lesões contra a própria pessoa são as principais causas dos anos perdidos por morte ou anos vividos com incapacidade. Frisam os autores que diminuir a

quantidade de traumas está entre os maiores desafios do próximo século, já que os mesmos não são eventos aleatórios, podendo ser prevenidos.

Igualmente abordando a epidemiologia do trauma, MacKenzie (2000) relata que os padrões de seus mecanismos variam significativamente de acordo com a idade, raça e gênero, citando como exemplo as mortes por ferimentos com armas de fogo que desproporcionalmente atingem jovens do sexo masculino. O álcool representa importante papel no trauma, estimando-se que mais de um terço das mortes traumáticas estejam diretamente relacionadas ao seu consumo. Tem havido uma tendência geral de queda nos números de mortes por traumas nos últimos anos, principalmente às custas da diminuição das mortes nos acidentes de trânsito; a exceção permanece com as mortes por ferimentos com armas de fogo, que mostrou tendências de aumento no número de casos. O autor ressalta que, enquanto o número de mortes traumáticas permanece inaceitavelmente alto, elas representam menos que 1% dos traumas, e por essa razão devemos encontrar melhores formas para medir e monitorar o impacto de lesões não fatais. Como há projeção para aumento do número de traumas ocasionados pela violência, a prevenção e controle deverão receber efetiva colaboração de epidemiologistas e cientistas de outras áreas, como sociologia, criminologia, direito, engenharia e biomecânica.

Guth & Pachter (2000) fizeram revisão sobre a violência doméstica e o cirurgião de trauma. Relatam que esse tipo de violência afeta de 2 a 4 milhões de mulheres, 2 a 3 milhões de crianças e de 1 a 2 milhões de idosos por ano nos Estados Unidos da América. Mulheres entre 16 e 30 anos de

idade são as que mais sofrem com o problema, em todas as raças e grupos sócio-econômicos, embora seja mais comum em grupos de menor renda e de precária instrução. Os autores consideram a gravidez como fator de risco, relatando que mulheres agredidas têm o dobro de chance de ter parto prematuro, e chegam a sugerir que a violência doméstica durante a gravidez pode ocorrer mais freqüentemente do que pré eclâmpsia, diabetes gestacional ou placenta prévia, condições rotineiramente encontradas em mulheres grávidas. Estresse crônico acompanha essas mulheres, que geralmente referem fadiga, dor pélvica, insônia, palpitações, dentre outros sintomas. Em relação ao profissional de saúde que atende tais casos, alertam que a violência doméstica deva ser considerada em todas as mulheres que se apresentem com lesões traumáticas. Mulheres são relutantes em dar informação voluntária sobre a agressão que sofreram, já que o parceiro agressor muitas vezes tenta ficar presente na consulta inteira, geralmente respondendo por ela; a mulher apresenta-se com medo, timidez e torna-se evasiva. Os médicos, em contrapartida, têm medo de ofender as pacientes. Aconselha-se que todas as mulheres atendidas na emergência sejam privativamente investigadas sobre possível violência doméstica.

Ainda em relação à violência doméstica, Fenton *et al.* (2000) teceram considerações sobre os traumas oro-faciais em crianças, adultos e idosos. Alertam para as lesões em crianças que não conseguem ter explicações por parte dos pais, ou cujos aspectos clínicos não condigam com as explicações fornecidas, ou ainda, a demora em procurar auxílio médico, ou até a ausência de pai e mãe durante a consulta. Em mulheres, deve-se atentar

para as lacerações na cabeça ou face, perda de cabelo (causada por arrancões), dentes anteriores fraturados, fraturas ósseas, marcas de mordidas, hematomas orbitais e queimaduras com pontas de cigarros. Outros sinais incluem múltiplos locais de trauma em vários estágios de cura. Concluem os autores que os profissionais de saúde devem dedicar tempo para se educarem sobre a violência doméstica e seus sinais e sintomas, não sendo suficiente tratar as lesões sem oferecer intervenção necessária e apropriada em benefício da vítima.

Apesar da grande frequência de violência doméstica em pacientes vítimas de trauma, pouca ênfase tem sido dada a este assunto no processo de formação e aprendizado de cirurgiões e médicos de serviços de emergência, segundo Davis *et al.* (2000). Como o curso de suporte avançado de vida no trauma (ATLS: Advanced Trauma Life Support) de 1997 incluiu, pela primeira vez, informações sobre violência doméstica, este estudo procurou comprovar se o conhecimento sobre este tema foi aprimorado após profissionais frequentarem o curso em questão. Os autores concluíram que os conhecimentos básicos sobre a violência doméstica são pobres entre cirurgiões e médicos de serviços de emergência, e que não houve aprofundamento de conhecimentos após participação no curso de ATLS de 1997.

Artigo publicado por Sheperd *et al.* , em 2000, relata uma proposta governamental no Reino Unido para que os dados obtidos dos serviços de saúde sejam utilizados, assim como são os dados policiais, na prevenção da violência. Esta proposta dá aos serviços de emergência oportunidades para

dividir dados com outras instituições, assim como tratar as pessoas vítimas de agressão. Segundo os autores, essa proposta enfatiza o fato de que o sistema de saúde geralmente é o único serviço público que tem conhecimento sobre muitos atos de violência. Relatam que no Reino Unido, somente cerca de 25% a 50% das agressões atendidas em serviços de emergência aparecem nos registros policiais. A média de ocorrências policiais em países industrializados oscila de 18% a 51%. Uma perspectiva médica da violência combinada com a tradicional perspectiva policial traria recompensas.

MacCallum *et al.* (2000) fizeram estudo com o objetivo de determinar a incidência de hospitalização por traumas de cabeça atribuídos às agressões e a outros mecanismos, em 35.377 jovens escoceses com idades de 15 a 34 anos, entre 1990 e 1994. Durante o período do estudo, observou-se declínio de 8% na hospitalização dos casos. Os homens representaram 81% do total de pacientes. As lesões de cabeça foram mais freqüentemente ocasionadas por agressões (40%), seguidas por quedas (23%). A agressão foi a causa mais comum de hospitalização por trauma de cabeça no sexo masculino de todas as idades, e no sexo feminino após os 20 anos.

No Canadá, com o objetivo de promover uma descrição epidemiológica das lesões maxilo faciais em pacientes com lesões graves ou múltiplas, Hogg *et al.*, em 2000, estudaram 2.969 pacientes com essas características tratados em 12 hospitais na província de Ontario, de 1992 a 1997. As causas mais comuns de lesões nesses pacientes foram os acidentes com veículos automotores (70%), e somente 8% foram vítimas de

agressão. Lesões penetrantes compuseram 3% de todas, e destas, 72% foram ferimentos por arma de fogo e 15% foram facadas. Os autores concluíram que na população estudada, a violência interpessoal não constituiu uma proporção tão grande quanto em outros estudos, e nem demonstrou grande frequência de fraturas nasais. Isto pode ser resultado dos critérios de inclusão para esta pesquisa estarem restritos a pacientes com lesões graves ou múltiplas, excluindo portanto os pacientes com lesões restritas a ossos únicos da face, como fraturas nasais, que podem resultar de agressões.

Kaminski *et al.*, em 2001, fizeram excelente reportagem sobre as periferias das metrópoles brasileiras, abordando temas como o crime, o desemprego, a miséria e a violência. Enfatizaram o significativo crescimento dessas regiões das cidades, relatando que nos últimos vinte anos, a periferia das maiores cidades do Brasil correspondia a um terço da população; no ano da reportagem, equivalia a quase metade do total dos moradores.

Também em reportagem jornalística, Corrêa (2001) expôs a perda da liderança da zona sul paulistana no ranking da violência, dando lugar à zona leste. Segundo o autor, em 2000, 54,20 pessoas foram assassinadas na zona leste para cada grupo de 100 mil habitantes, contra 49,14 por 100 mil na zona sul. Corrêa lembra ainda, que a zona leste é a região da cidade com menor taxa de policiais militares por mil habitantes – 1,3.

Fraga, em 2001, relatou que no Brasil, em um ano, cerca de 469,8 mil vezes mulheres se dirigiram a uma delegacia especializada para apresentar queixa contra alguma forma de violência masculina. Na maior parte dos

casos, conheciam ou dormiam com o agressor. O autor chama atenção para o fato que somente 10,5% dessas queixas se transformaram em inquéritos.

Le *et al.* (2001) estudaram retrospectivamente os registros de 236 pacientes mulheres, vítimas de violência doméstica, entre 1992 e 1996, em um hospital central de Portland, EUA. A idade média encontrada foi de 31,4 anos, com variação de 15 a 71 anos. As 236 mulheres tiveram um total de 257 contusões e abrasões, 70 lacerações e 93 fraturas e deslocamentos. A maioria das lesões localizou-se na face (81%). De toda a população estudada, 50% tinham lesão maxilo facial isolada como o único trauma presente; tinham múltiplas lesões 31% das mulheres. Lesões de tecidos moles foram as causas mais comuns de lesões (61%). Setenta pacientes (30%) apresentaram 85 fraturas faciais, sendo a maioria (40%) nasais. Na linha média estavam localizadas 34 fraturas, no lado direito 10 e no lado esquerdo 43. O soco foi o modo favorito de agressão (67%); armas, como madeiras, canos e garrafas foram utilizadas contra 15% das pacientes. Uma mulher sofreu lesão por arma de fogo. Apresentaram lesões graves o suficiente para necessitar internação hospitalar 31 pacientes (14%); a maioria das mulheres (86%) foi dispensada para casa após os primeiros cuidados médicos. Seis pacientes deixaram o hospital contra aconselhamento médico, antes que o tratamento pudesse ser instituído.

Farias Jr. (2001) relata que fatores endógenos e exógenos levam as pessoas a cometer atos de agressão. Dentre os fatores endógenos, cita alterações genéticas e hormonais, e dentre os fatores exógenos cita os

sócio-familiares, sócio-econômicos, sócio-ético-pedagógicos e sócio-ambientais.

Em 2002, Kieser *et al.* fizeram estudo que incluiu pacientes portadores de graves fraturas maxilo faciais, definidas como aquelas que requerem tratamento com internação do paciente, em todos os hospitais públicos da Nova Zelândia, entre 1979 e 1998. Nos 20 anos de estudo, houve 27.732 casos de fraturas faciais que resultaram em hospitalização, sendo que 78,9% ocorreram no sexo masculino. A causa mais comum de fraturas faciais, tanto em homens quanto em mulheres, foi a agressão. No sexo feminino, a maior parte dos atendimentos ocorreu na faixa etária entre 15 e 19 anos e no masculino entre 20 e 24. Os três locais mais freqüentes de fraturas em homens foram mandíbula, nariz e maxilo-malar; nas mulheres, a ordem decrescente em freqüência foi nariz, mandíbula e maxilo-malar.

Para Minayo (2002), a violência está dentro de nós, vem de nosso egoísmo, da nossa vontade de tomar o lugar, o pensamento, o espaço e até a vida do outro. Assim, não há, em tese, bons e maus: todos somos vítimas e agressores potenciais. Mas a história pessoal e social, as oportunidades, os anseios reprimidos são os condicionantes de expressão maior ou menor das formas de violência. Sabendo que todos temos potenciais para desenvolver a civilização ou a guerra – ressalta a autora – pode-se dizer que o contrário de violência não é não violência; é a cidadania. Minayo lembra que é preciso adequar o SUS (Sistema Único de Saúde) para atuar na promoção da saúde, na prevenção e no atendimento às vítimas de acidentes

e violências. Isso exige um plano de ações específicas, de compreensão do fenômeno, de atuação intersetorial com liderança do setor saúde.

Descrevendo e discutindo as condições de vida e saúde da população, Drumond Jr. (2002) relata que na cidade de São Paulo ocorrem cerca de 5 mil mortes por mês, total que se eleva 20% nos meses de inverno, e foca atenção especial à questão das desigualdades sociais. A importância econômica de São Paulo não se traduz em qualidade de vida para todos os seus grupos sociais. Em todos os níveis de determinantes socioeconômico-ambientais, as desigualdades nas condições de vida da população são evidentes, caracterizando um “apartheid” social em que parcelas de classes abastadas usufruem níveis excessivos de riqueza, extrapolando seus direitos de cidadania, algumas vezes através dos benefícios de privilégios e corrupções, enquanto grupos sociais das classes baixas vivem no pior dos mundos, sem direito básico à vida. Essas condições de vida dos grupos sociais, determinadas pelos processos globais e locais econômico-sociais geradores de exclusão social e de profunda iniquidade, vão produzir e manter formas específicas de adoecimento e morte da população da cidade. Dito de outra forma, São Paulo produz suas formas específicas de adoecimento e morte, concluiu o autor.

3 PROPOSIÇÃO

Embora a violência nos grandes centros urbanos seja tema constantemente abordado pela imprensa, preocupando cidadãos, políticos, sociólogos e demais pessoas e entidades, governamentais ou não, praticamente inexistem, na literatura brasileira, trabalhos pertinentes ao tema em relação aos agravos à saúde, principalmente nos casos de traumas não fatais. Assim, o presente estudo objetivou demonstrar as características específicas das lesões e das vítimas de agressão que sofreram traumatismo buco maxilo facial, e que procuraram atendimento em hospital da periferia leste do município de São Paulo, durante o período de um ano.

4 CASUÍSTICA - MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Casuística

Foi feita análise retrospectiva de todos os atendimentos realizados pela Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucal Maxilo Facial no Pronto Socorro do Hospital Municipal Dr. Alípio Corrêa Netto, bairro de Ermelino Matarazzo, periferia da zona leste da cidade de São Paulo, Brasil, no período compreendido entre dezembro de 2000 a novembro de 2001. O serviço em questão não dispõe de ambulatório para acompanhamento dos casos clínicos e cirúrgicos, sendo que a cada retorno ambulatorial do paciente o mesmo fica registrado no pronto socorro. Assim, verificamos 5.433 atendimentos, sendo 3.176 decorrentes de traumatismos em geral, o que correspondeu a 58,46% de todos os casos. Os demais 2.257 casos não tiveram etiologia traumática, tratando-se de problemas clínicos como hemorragias alveolares, processos infecciosos agudos, disfunções temporomandibulares, dentre outros, e foram excluídos. Também não incluímos os retornos que porventura os pacientes tiveram, e considerando-se somente o primeiro atendimento, obtivemos o número de 2.077 casos com origem traumática; destes, 493 (493/2.077; 23,7%) foram vítimas de agressão, objetos de nosso estudo.

O hospital de onde retiramos os dados é referência de trauma da maior parte da zona leste da cidade, de nível terciário, possuindo 302 leitos, além de 24 leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Apresentou no ano de 2000, um total de 377.958 atendimentos no Pronto Socorro. Dados gerais sobre a região de abrangência do hospital encontram-se no Anexo C.

4.2 Material e Métodos

Os dados de interesse constantes nas fichas de atendimentos do pronto socorro foram analisados e registrados em ficha própria (Anexo B), considerando-se:

1 - Identificação do paciente:

Idade: Distribuímos por faixas etárias - de 0 a 10 anos, de 11 a 20, de 21 a 30, de 31 a 40, de 41 a 50, de 51 a 60 e com 61 anos ou mais.

Sexo: Masculino ou Feminino.

Cor: Branco, Pardo ou Preto.

2 - Dados sobre o momento do acidente:

Mês.

Dia da semana.

Horário da ocorrência: Aqui definimos o horário do primeiro atendimento prestado ao paciente no nosso serviço após o acidente, e dividimos em 4 (quatro) períodos:

Manhã: período compreendido entre 06h01 e 12h00.

Tarde: período compreendido entre 12h01 e 18h00.

Noite: período compreendido entre 18h01 e 00h00.

Madrugada: período compreendido entre 00h01 e 06h00.

Intervalo entre o acidente e o atendimento: Obtivemos 5 intervalos, entre o momento do acidente por agressão e o primeiro atendimento recebido pela vítima em nosso serviço – de 0 até 24 horas (primeiro dia), do 2º ao 4º dia, do 5º ao 7º dia, do 8º dia em diante, e intervalo não informado.

3 - Dados sobre o mecanismo utilizado para se concretizar a agressão:

Soco.

Chute.

Combinação de soco e chute.

Objeto rombo.

Objeto pérfuro-cortante.

Ferimento por arma de fogo.

Outros (cotoveladas, cabeçadas, tapas, etc)

Combinação: Aqui foram incluídos os casos em que mais de um modo de agressão foi utilizado, excetuando-se a combinação soco e chute.

Não informado.

4 - Tipos de lesões produzidas:

Lesões de tecidos moles: Incluímos as contusões e ferimentos destes tecidos.

Lesões de tecidos duros: Incluímos as fraturas ósseas e dentárias.

5 - Localizações das lesões produzidas:

Tecidos moles: Dividimos o complexo oro-facial em regiões: orbitária, parotídea, geniana, nasal, labial superior, labial inferior, mentoniana e intra bucal. Adicionalmente, as regiões orbitária, parotídea e geniana foram subdivididas em lados direito e esquerdo. Esta divisão encontra-se na figura 4.1.

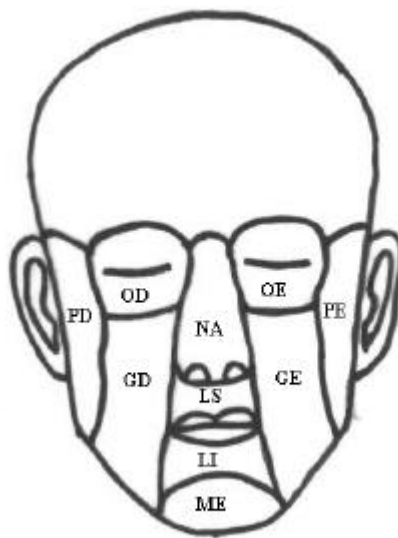


Figura 4.1 - Regiões dos tecidos moles da face

OD: Orbitária direita
OE: Orbitária esquerda
PD: Parotídea direita
PE: Parotídea esquerda
GD: Geniana direita
GE: Geniana esquerda
NA: Nasal
LS: Labial superior
LI: Labial inferior
ME: Mentoniana

- Região intra bucal não se encontra representada na figura

Tecidos duros: Dividimos as fraturas em: Le Fort I, Le Fort II, Le Fort III, ossos nasais, osso zigomático, arco zigomático, côndilo ou colo de côndilo mandibular, apófise coronóide mandibular, ramo mandibular, ângulo mandibular, corpo mandibular, sínfise ou parassínfise mandibular, processo alveolar maxilar ou mandibular e dentária. Adicionalmente, as fraturas de osso zigomático, arco zigomático, côndilo ou colo de côndilo mandibular, apófise coronóide mandibular, ramo mandibular, ângulo mandibular e corpo mandibular foram subdivididas em lados direito e esquerdo. Como do ponto de vista mecânico, a cabeça é constituída de duas partes – crânio e mandíbula – as fraturas de Le Fort, do complexo zigomático (osso zigomático e arco zigomático) e do nariz chamamos de fraturas do esqueleto fixo da face, ou do terço médio da face.

6 - *Lesões associadas:* Verificamos a existência de lesões presentes, que não na região buco maxilo facial, e as dividimos nas seguintes localizações anatômicas: membros superiores, membros inferiores, tórax/dorso, abdome/região lombar/pelve e cabeça/pescoço (excetuando-se a face).

7 - *Destino do paciente:* Após o atendimento inicial, avaliamos o destino dado ao paciente: alta hospitalar, alta hospitalar com encaminhamento para outro serviço, alta com retorno ao nosso próprio serviço, internação, remoção para outro serviço sem alta hospitalar, óbito e evasão por parte do paciente.

- 9 - *Ocorrência policial*: Quantificamos os casos em que o paciente optou por fazer ocorrência policial, no momento em que foi preenchida a ficha hospitalar no pronto socorro.

5 RESULTADOS

Após a análise dos dados, pudemos verificar que dos 493 pacientes vítimas de agressão estudados no período de dezembro de 2000 a novembro de 2001, houve predomínio do sexo masculino (335/493; 68,0%) sobre o sexo feminino (158/493; 32,0%), equivalente à proporção de 2,12:1, representados na figura 5.1.

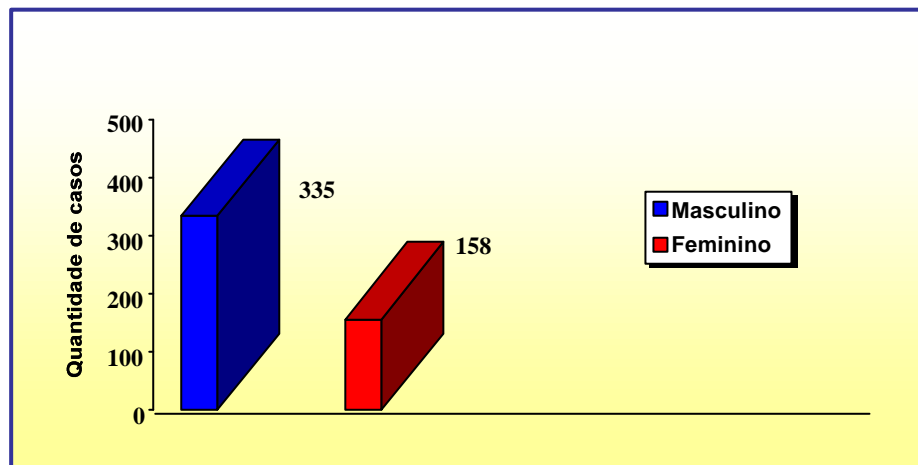


Figura 5.1 - Distribuição por sexo

A cor dos pacientes envolvidos foi branca (350/493; 71,0%) no maior número de casos, seguida pelas cores parda e preta, conforme evidencia a figura 5.2.

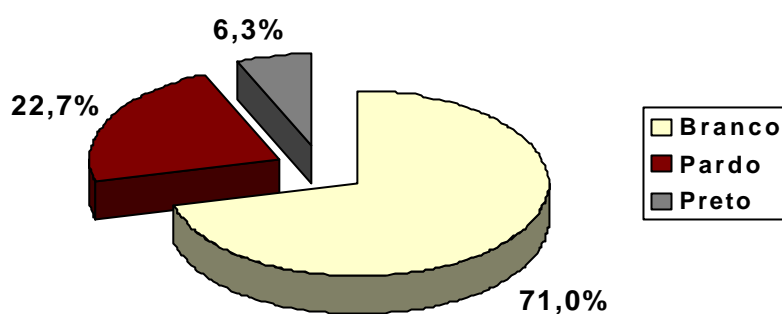


Figura 5.2 - Distribuição conforme a cor

A distribuição por faixas etárias permitiu observar que houve maior número de casos entre os 21 e 30 anos de idade (172/493; 34,9%) e entre os 11 e 20 anos (124/493; 25,2%). A menor frequência ocorreu na faixa dos mais velhos, com 61 anos ou mais (5/493; 1,0%), conforme mostra a figura 5.3. As idades variaram de 3 a 71 anos, com uma média de 28,3 anos.

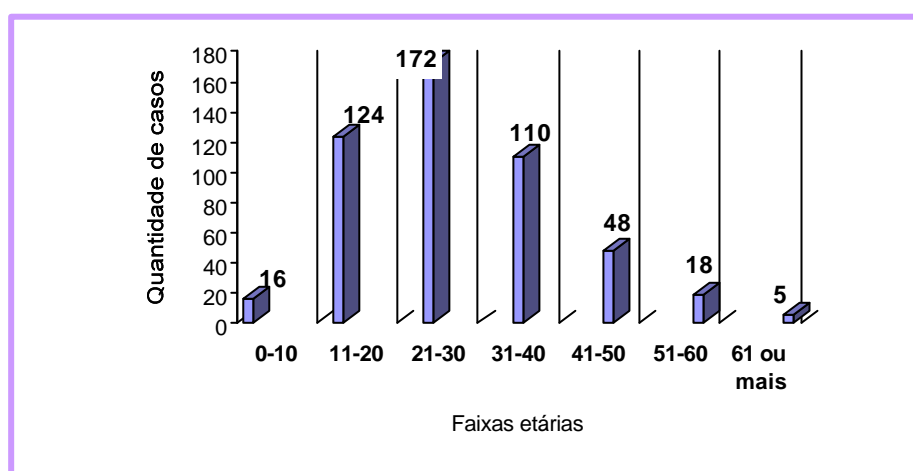


Figura 5.3 - Distribuição conforme a faixa etária

A análise dos atendimentos ao longo da semana evidenciou a menor frequência de casos de agressão na quarta-feira (53/493; 10,8%), com os

números aumentando progressivamente, atingindo altos níveis no sábado (79/493; 16,0%) e no domingo (86/493; 17,4%), até o pico máximo na segunda-feira (94/493; 19,1%), conforme a figura 5.4.

O período da tarde foi quando houve maior número de atendimentos (183/493; 37,1%), como mostra a figura 5.5, seguido pelos períodos da noite, manhã e madrugada.

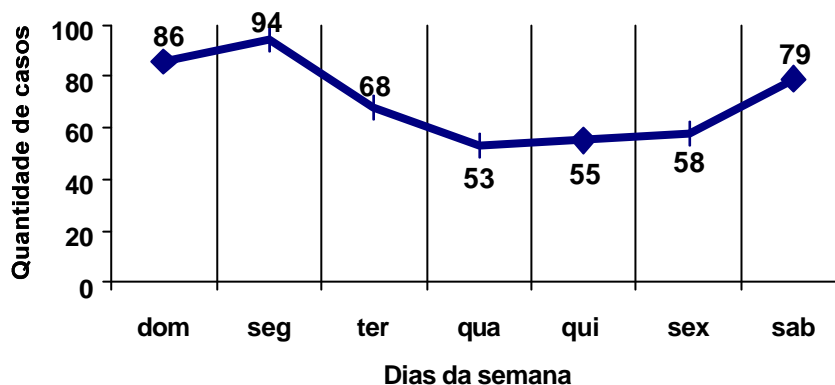


Figura 5.4 - Distribuição ao longo da semana

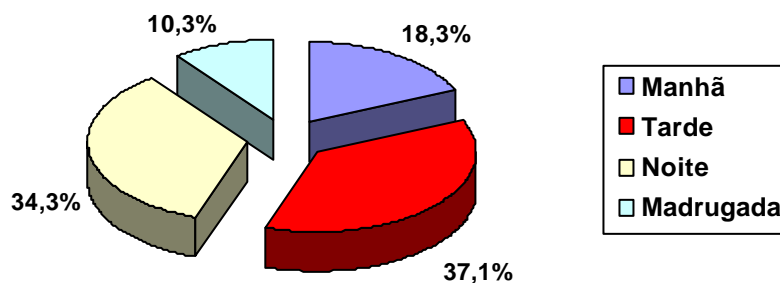


Figura 5.5 - Distribuição por períodos do dia

Ao longo do ano pudemos verificar maior número de atendimentos no mês de janeiro de 2001 (48/493; 9,7%), seguido pelos meses de outubro e novembro de 2001 (46/493; 9,3%) e julho de 2001 (44/493; 8,9%). Os meses em que houve menor número de atendimentos foram fevereiro e agosto de 2001 (35/493; 7,1%), o que se observa na figura 5.6.

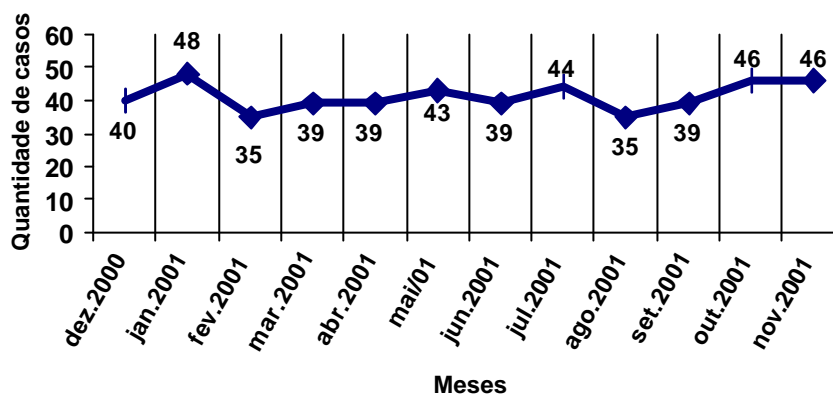


Figura 5.6 - Distribuição ao longo do ano

Socos foram os mecanismos de agressão mais sofridos pelos pacientes estudados (214/493; 43,4%) e objetos pérfuro-cortantes foram os menos utilizados (9/493; 1,8%). A distribuição de todos os meios de agressão encontra-se na figura 5.7.

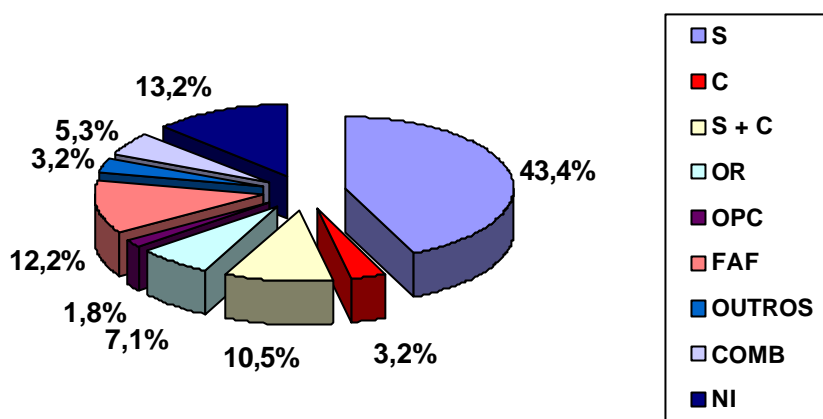


Figura 5.7 - Distribuição por modos de agressão

S=Socos; C=Chutes; S+C=Socos e Chutes;

OR=Objetos rombos; OPC=Objetos pérfuro-cortantes;

FAF=Ferimentos por arma de fogo;

OUTROS=Quaisquer outros modos;

COMB=Combinações de modos (exceto socos e chutes);

NI=Não informado

Na tabela 5.1 pode-se verificar que soco, o modo de agressão mais utilizado, foi mais comum na faixa etária mais atingida como um todo, ou seja, dos 21 aos 30 anos de idade; também foram mais freqüentes nesta faixa de idades os ferimentos por arma de fogo, a combinação de dois ou mais modos (exceto a combinação soco e chute) e o número de casos não informados sobre a etiologia da agressão. Não houve casos de ferimentos por arma de fogo nos pacientes mais jovens (0 a 10 anos) nem nos mais velhos (61 anos ou mais).

Tabela 5.1 - Distribuição dos modos de agressão por faixas etárias

IDADE	SOCO	CHUTE	SOCO + CHUTE	OBJ ROMBO	OBJ PÉRF-CORTANTE	FAF	OUTROS	COMBINAÇÃO	NÃO INFORMADO
0-10	5	0	0	5	1	0	0	0	5
11-20	54	7	11	10	1	20	5	5	11
21-30	84	2	12	6	3	26	4	10	25
31-40	40	4	15	9	4	9	4	9	16
41-50	18	3	12	3	0	3	2	1	6
51-60	10	0	2	1	0	2	0	1	2
60 ou mais	3	0	0	1	0	0	1	0	0
TOTAL	214	16	52	35	9	60	16	26	65

Duzentos e quatorze pacientes foram agredidos exclusivamente com socos, sendo que tecidos moles foram lesados em 208 (97,2%) casos; tecidos duros (fraturas) ocorreram em 93 pacientes (43,5%). Resultados específicos desses pacientes, envolvendo somente socos como mecanismos de agressão, encontram-se distribuídos na tabela 5.2. Os resultados obtidos demonstram que a região mediana foi a mais atingida, seja considerando-se tecidos moles ou tecidos duros. A segunda região mais atingida, porém, varia de acordo com o tipo de tecido lesado, sendo o lado esquerdo em tecidos moles e o lado direito em tecidos duros.

Tabela 5.2 - Lados da face atingidos por socos em tecidos moles e duros

Regiões (lados)	Tecidos moles	Tecidos duros
Lado direito	22 (10,6%)	12 (12,9%)
Lado esquerdo	33 (15,9%)	10 (10,8%)
Bilateral	17 (8,2%)	9 (9,7%)
Região mediana	101 (48,6%)	61 (65,6%)
Região mediana e lado direito	12 (5,8%)	1 (1,1%)
Região mediana e lado esquerdo	17 (8,2%)	0 (0,0%)
Região mediana e bilateral	6 (2,9%)	0 (0,0%)
TOTAL	208 (100%)	93 (100%)

Sessenta pessoas foram vítimas de ferimentos por arma de fogo neste estudo (60/493; 12,2%), sendo que 21 delas (21/60; 35,0%) sofreram lesões unicamente em tecidos moles e 39 (39/60; 65,0%) em tecidos duros e moles. Ninguém sofreu lesão exclusiva de tecido duro. A distribuição dos ferimentos por arma de fogo e as faixas etárias atingidas encontra-se na figura 5.8. Não houve nenhum caso na faixa etária mais jovem (0 a 10 anos) nem na mais velha (61 anos ou mais). A maior incidência foi na faixa dos 21 aos 30 anos de idade.

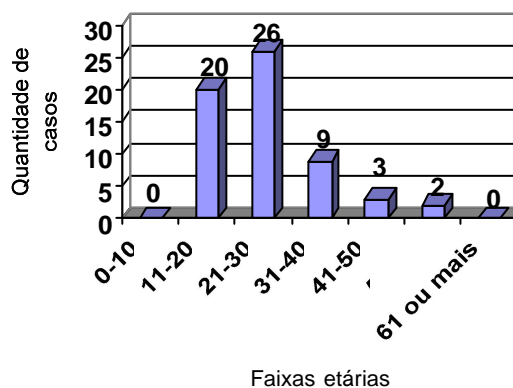


Figura 5.8 - Distribuição dos ferimentos por arma de fogo e faixas etárias

As regiões direita, esquerda e mediana da face foram afetadas com frequências distintas quando consideramos os tecidos lesados, como representa a tabela 5.3. É marcante a predominância de lesões na região mediana, seja de tecidos moles seja de duros.

Tabela 5.3 - Distribuição das lesões de tecidos moles e duros de acordo com o lado facial afetado

Regiões (lados)	Tecidos moles	Tecidos duros
Lado direito	68 (14,1%)	46 (20,2%)
Lado esquerdo	71 (14,7%)	29 (12,7%)
Bilateral	40 (8,3%)	23 (10,1%)
Região mediana	198 (41,1%)	123 (53,9%)
Região mediana e lado direito	31 (6,4%)	4 (1,8%)
Região mediana e lado esquerdo	43 (8,9%)	3 (1,3%)
Região mediana e bilateral	31 (6,4%)	0 (0,0%)
TOTAL	482 (100,0%)	228 (100,0%)

A figura 5.9 apresenta a distribuição por regiões de tecidos moles atingidos, observadas nos pacientes vítimas de agressão. A região nasal foi a de maior incidência, sendo atingida em 21,5% dos casos; a seguir vêm a região intra-bucal, com 11,8% e a orbitária esquerda com 11,5%. A região mentoniana foi a menos afetada neste estudo, com somente 4,2% de todos os casos.

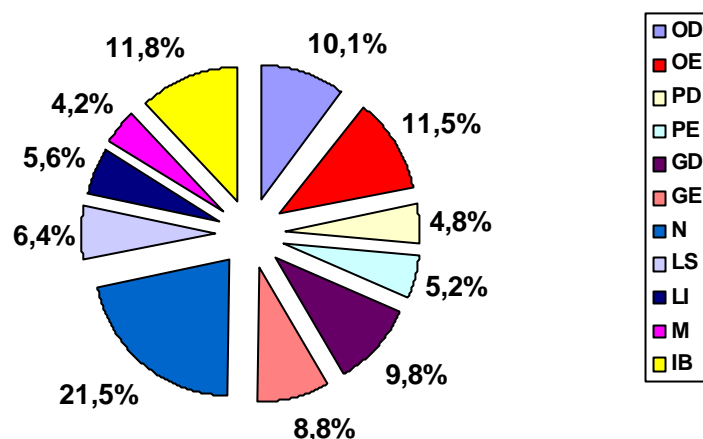


Figura 5.9 - Distribuição por tecidos moles lesados

OD = Orbitária direita; OE = Orbitária esquerda
 PD = Parotídea direita; PE = Parotídea esquerda
 GD = Geniana direita; GE = Geniana esquerda
 N = Nasal
 LS = Labial superior
 LI = Labial inferior
 M = Mentoniana
 IB = Intra bucal

Duzentos e vinte e oito pessoas foram vítimas de fraturas neste estudo, correspondendo a 46,2% do total de agredidos, sendo a fratura nasal o tipo mais encontrado. A soma de ossos e dentes fraturados foi de duzentos e trinta e quatro, seis a mais que o número de pacientes, pois exatamente seis deles sofreram fratura em mais que um tipo de osso: dois deles foram compostos por fratura mandibular concomitante à fratura do terço médio da face, ambos no sexo masculino, sendo nos dois casos o complexo zigomático fraturado com a mandíbula; nos outros quatro casos ocorreram fraturas envolvendo mais que uma localização do esqueleto fixo da face, todos eles no sexo masculino, sendo que em dois deles houve fratura de complexo zigomático associada a fratura nasal e nos outros dois, fratura bilateral de complexo zigomático. Para este cálculo, o complexo

zigomático foi considerado como entidade única, não se separando osso de arco zigomático. Não houve associação de fraturas de dentes ou dentes com ossos. Nenhum caso de fratura alveolar associou-se a dente ou a outro tipo de fratura óssea. Também não foi encontrado nenhum caso de fratura de Le Fort. A tabela 5.4 representa a quantidade de ossos e dentes fraturados.

Tabela 5.4 - Quantidade de ossos e dentes fraturados

Ossos / Dentes	Quantidade
Ossos nasais	84
Ossos mandibulares	66
Complexo zigomático	41
Dentes	29
Processo alveolar	14
Le Fort	0
TOTAL	234

A figura 5.10 representa a distribuição das fraturas ocorridas. Nota-se que as fraturas mandibulares unilaterais foram mais comuns que as bilaterais ou múltiplas.

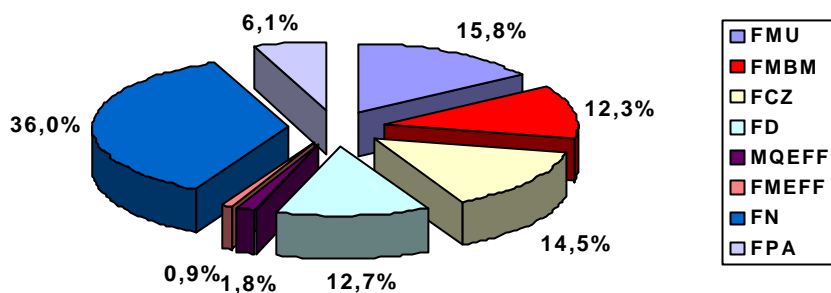


Figura 5.10 - Frequência das fraturas faciais

- FMU = Fratura mandibular unilateral
- FMBM = Fratura mandibular bilateral ou múltipla
- FCZ = Fratura do complexo zigomático
- FD = Fratura dental
- MQEFF = Mais que uma fratura no esqueleto fixo da face
- FMEFF = Fratura mandibular associada à fratura do esqueleto fixo da face
- FN = Fratura nasal
- FPA = Fratura do processo alveolar

Houve um total de 78 traços de fraturas mandibulares, sendo 53 deles na região de corpo, a região mais afetada: 30 em corpo direito e 23 em corpo esquerdo. A segunda região mais atingida foi o ângulo mandibular, vindo a seguir a região de côndilo e colo de côndilo, região de sínfise e parassínfise e ramo mandibular. Não foi observada nenhuma fratura da região de apófise coronóide. As figuras 5.11 e 5.12 representam as fraturas mandibulares, sendo que esta última leva também em consideração os lados afetados.

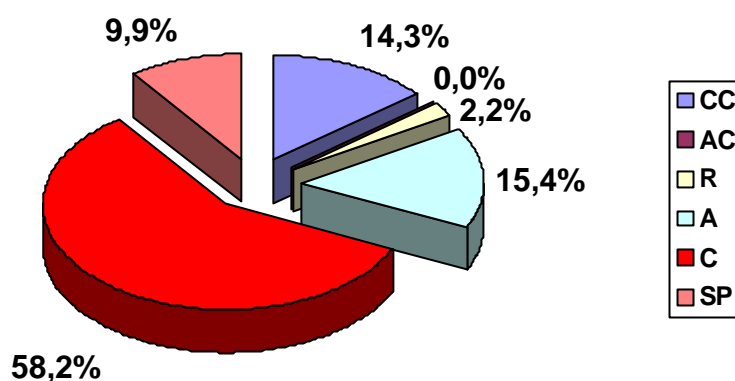


Figura 5.11 - Distribuição das fraturas por regiões mandibulares

CC = Côndilo e colo de côndilo
 AC = Apófise coronóide
 R = Ramo
 A = Ângulo
 C = Corpo
 SP = Sínfise e parassínfise

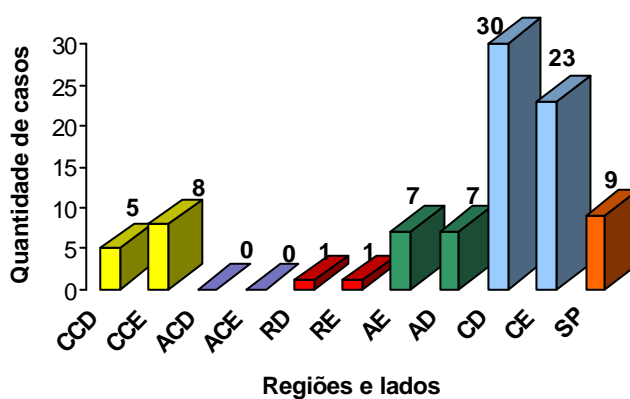


Figura 5.12 - Distribuição das fraturas por regiões mandibulares e lados

CCD = Côndilo e colo de côndilo direito
 CCE = Côndilo e colo de côndilo esquerdo
 ACD = Apófise coronóide direita
 ACE = Apófise coronóide esquerda
 RD = Ramo direito; RE=Ramo esquerdo
 AD = Ângulo direito; AE=Ângulo esquerdo
 CD = Corpo direito; CE=Corpo esquerdo
 SP = Sínfise e parassínfise

No complexo zigomático, a grande maioria das fraturas ocorreu no osso zigomático direito, com 21 de todas as 41 fraturas do complexo, correspondendo a 52%. A tabela 5.5 representa as distribuições.

Tabela 5.5 - Distribuição das fraturas do complexo zigomático

Região atingida	Quantidade
Osso zigomático direito	21
Osso zigomático esquerdo	12
Arco zigomático direito	5
Arco zigomático esquerdo	3
TOTAL	41

Lesões associadas ao traumatismos buco maxilo faciais ocorreram em cento e sessenta e sete vítimas de agressão (167/493; 33,9%), sendo cento e dezenove no sexo masculino (119/167; 71,3%) e quarenta e oito no sexo feminino (48/167; 28,7%). No geral, a região de lesões associadas mais freqüente foi a da cabeça e pescoço, evidentemente excluindo-se a região oro-facial - com 54,5% dos casos - vindo a seguir membros superiores, tórax /dorso, abdome/região lombar/pelve e por último os membros inferiores. Os resultados que levam em conta as lesões associadas encontram-se na figura 5.13.

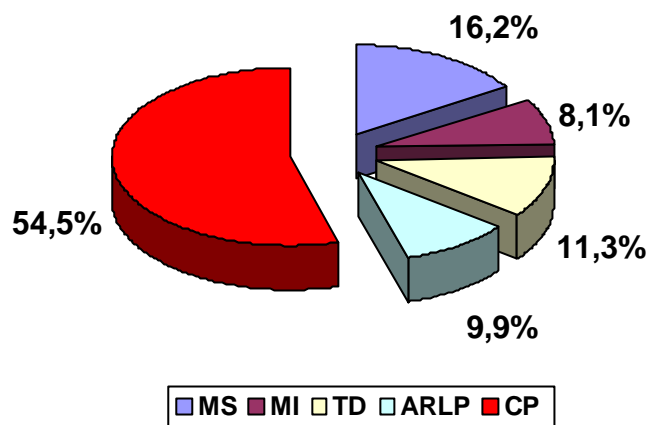


Figura 5.13 - Localização das lesões associadas

MS = Membros superiores
 MI = Membros inferiores
 TD = Tórax/Dorso
 ARLP = Abdome/Região Lombar/Pelve
 CP = Cabeça e Pescoço (exceto boca e face)

Quando foi estudado o tempo transcorrido entre o acidente e o atendimento hospitalar, verificou-se que a grande maioria dos pacientes (347/493; 70,4%) procurou o serviço hospitalar para atendimento dentro das primeiras vinte e quatro horas após o acidente. A minoria foi atendida entre o quinto e o sétimo dias após o acidente (19/493; 3,9%). Os resultados completos encontram-se distribuídos na Tabela 5.6.

Tabela 5.6 - Distribuição do tempo transcorrido entre o acidente e o atendimento hospitalar

Tempo transcorrido	Quantidade
0 a 24 horas (1º dia)	347 (70,4%)
2 a 4 dias	54 (11,0%)
5 a 7 dias	19 (3,9%)
Mais que 7 dias	25 (5,1%)
Não informado	48 (9,7%)
TOTAL	493 (100,0%)

Após o atendimento inicial, quase a metade, ou seja, 245 pacientes (245/493; 49,7%) receberam alta hospitalar. Cento e quarenta e quatro pacientes (144/493; 29,2%) receberam alta mas foram instruídos a voltar ao serviço para continuidade do tratamento inicial; cinquenta e um (51/493; 10,3%) permaneceram internados; trinta e um (31/493; 6,3%) receberam alta da Clínica de Cirurgia Buco Maxilo Facial mas foram encaminhados a outros serviços de outras especialidades; quatorze (14/493; 2,8%) foram encaminhados a outros serviços sem que recebessem alta hospitalar; sete (7/493; 1,4%) evadiram-se e um (1/493; 0,2%) evoluiu para óbito. Esta distribuição encontra-se na figura 5.14.

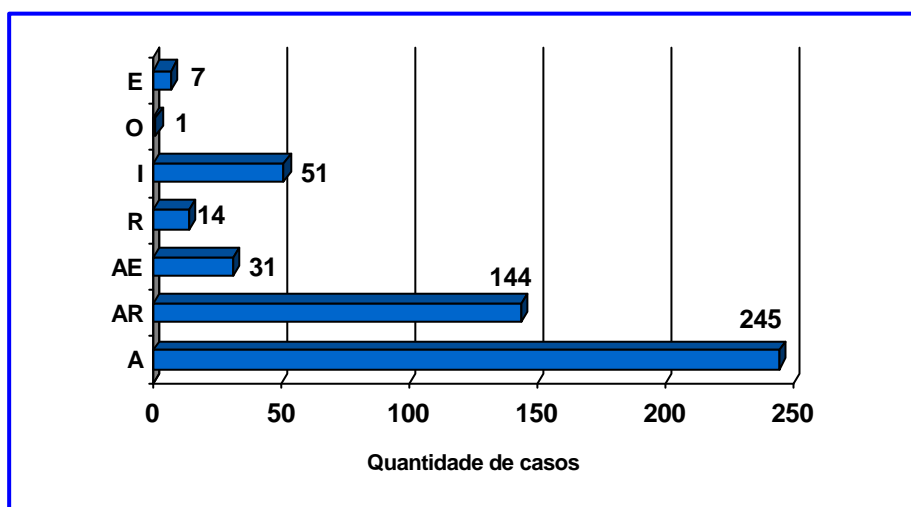
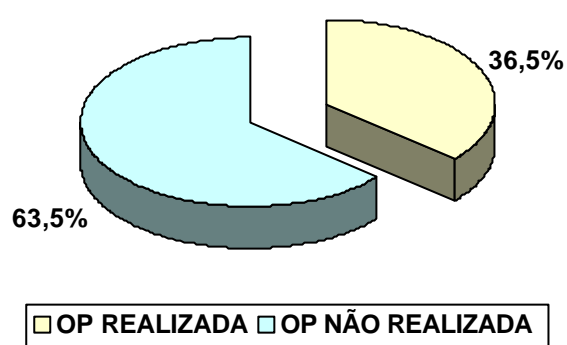


Figura 5.14 - Destino dos pacientes atendidos

E = Evasão; O=Óbito; I=Internação
 R = Retorno; AE=Alta com encaminhamento
 AR = Alta com retorno; A=Alta

Setenta e quatro mulheres e cento e seis homens optaram por fazer ocorrência policial no momento do atendimento hospitalar, totalizando cento e oitenta ocorrências, ou seja, 36,5% do total de casos de agressão. Embora

mais homens do que mulheres fizeram ocorrência, proporcionalmente houve tendência maior das mulheres em fazê-la, pois das 158 mulheres vítimas de agressão, 74 decidiram registrar o ocorrido à polícia (74/158; 46,8%); já, dentre o total de 335 homens agredidos, 106 fizeram ocorrência (106/335; 31,6%). A figura 5.15 representa as ocorrências policiais.



OP = Ocorrência policial

Figura 5.15 - Distribuição das ocorrências policiais

6 DISCUSSÃO

Duas foram as tônicas principais que levaram à realização deste trabalho: violência e periferia. Sua coexistência, ou seja, violência na periferia, torna o tema ainda mais problemático, e ao mesmo tempo intrigante, necessitando haver, para melhor conhecimento sobre a questão, noções de traumatologia, direito, sociologia, epidemiologia, dentre tantas outras áreas do conhecimento humano. Essa coexistência é que tentaremos discorrer nos parágrafos a seguir.

Primeiramente justifica-se a elaboração deste trabalho estar tratando uma das tônicas, a violência, existente desde a época em que o homem enfrentava os grandes perigos de um ambiente hostil, lutando contra o próprio homem para defender a propriedade, a honra, para atingir o poder. O Antigo Testamento relata a morte de Abel por seu irmão Caim, considerado este como o primeiro homicídio da história, segundo Jorge & Laurenti (1997).

De acordo com Farias Jr. (2001), reconhecem-se dois fatores que podem levar o ser humano a cometer atos de violência: as causas endógenas e as causas exógenas.

As causas endógenas, ou seja, aquelas inerentes à pessoa do agressor, estão ligadas a fatores genéticos e hormonais. Defeitos

cromossômicos podem influenciar o comportamento humano. Quanto aos aspectos hormonais, as diferentes glândulas, ao produzirem hormônios em excesso ou em escassez, em combinação com os demais sistemas orgânicos funcionais – principalmente o sistema nervoso – podem influenciar direta ou indiretamente o comportamento humano, a ponto de promover uma conduta anômala, desarmônica, incompatível com as normas sociais. Como causas endógenas podem ser também incluídas as perturbações mentais em geral; estas, no entanto, não podem ser completamente separadas dos fatores exógenos da violência, conforme Arbenz (1988), pois o indivíduo recebe a todo momento estímulos internos e externos de toda ordem, e deve reagir para que o seu estado de higidez se conserve; se a magnitude do estímulo ultrapassar os limites do habitual, ou se a capacidade de reação a um estímulo normal se encontrar diminuída, ou ainda, se as duas circunstâncias se somarem, o estado de higidez fica comprometido, dando origem àquilo que se convencionou chamar doença, o que pode levar a uma personalidade patológica.

As causas exógenas da violência incluem, segundo Farias Jr. (2001), os fatores sócio-familiares, sócio-econômicos, sócio-ético-pedagógicos e sócio-ambientais.

A outra tônica de interesse neste trabalho foi a periferia.

O surgimento da periferia é decorrente de uma transformação profunda ocorrida no Brasil nas últimas décadas, que é a urbanização. Quando o campo entrou em colapso por excesso de gente e falta de oportunidades, começou intensa migração rumo às capitais industrializadas,

e em apenas vinte anos, 20 milhões de pessoas se mudaram em busca de conforto e de possíveis oportunidades nas grandes cidades. Foi um dos processos mais acelerados e caóticos já vistos. Em 1970, pela primeira vez, a população urbana superou a rural. Entretanto, as cidades às quais as periferias estão ligadas não puderam gerar riqueza suficiente para oferecer condições de vida satisfatórias aos que chegaram (Kaminski *et al.*, 2001).

Especificamente em relação a São Paulo, no final do segundo milênio, a cidade tornou-se um dos maiores aglomerados urbanos do mundo. Seu crescimento, que se destaca em nível nacional desde o início do século XX, acentuou-se a partir das décadas de 50 e 60 do século passado, marcado por um intenso processo de urbanização e industrialização. A organização do espaço em São Paulo estruturou-se com as características de metropolização e periferização. A cidade crescia em torno das fábricas, os limites se ampliaram e a metrópole expandiu-se com periferias cada vez mais distantes e precárias; houve expulsão dos trabalhadores de baixa renda para as periferias mais remotas (Drumond Jr., 2002).

A partir do início da década de 80, grandes impactos são gerados por uma recessão econômica mundial que esgota o financiamento externo e as linhas de crédito, que passam a ficar condicionadas às imposições do Fundo Monetário Internacional (FMI). A recessão crônica de quase toda a década de 80 teve altos custos sociais, apresentando um surto de concentração de renda. A pauperização dos trabalhadores foi crescente, numa conjuntura de crise econômica, índices alarmantes de inflação, desemprego e perda do poder aquisitivo do salário, de acordo com Drumond Jr (2002).

Na década de 90, o controle da inflação torna-se a grande prioridade nacional, trazendo como consequência mais grave o aumento do desemprego. A questão social perde espaço na nova ordem mundial. A distância que separa grupos sociais expande-se. Grande parte da massa trabalhadora vai ligar-se a atividades não-formais de inserção no mercado de trabalho, como biscateiros, ambulantes, guardadores de carro e prostitutas. A violência é presença cotidiana. Os excluídos do modelo econômico, ou os incluídos com salários mínimos insuficientes e indignos, muitas vezes encontram atividades nos territórios do banditismo urbano, que se alimenta de drogas e outras atividades ilegais (Drumond Jr., 2002).

A periferia mostra algumas peculiaridades bem diferentes em relação ao centro das grandes cidades do país. No centro há cerca de 5% de moradores desempregados, contra 18% na periferia; 100% das moradias do centro têm abastecimento oficial com água encanada, contra 70% na periferia, sendo a maioria clandestina; a taxa de analfabetismo é de 3% no centro e 20% na periferia; o morador do centro gasta, em média, 40 minutos para ir de casa ao trabalho, enquanto que o morador de periferia gasta cerca de 2 horas; o caminhão de lixo passa, no centro, a cada dia, ao passo que na periferia passa a cada 4 dias; um imóvel no centro vale, em média, 80.000 reais contra 3.000 reais na periferia.

As periferias estão ficando mais inchadas, mais pobres e mais violentas. O inchaço da periferia e a deterioração das cidades são temas de discussões mundiais e atingem principalmente as megacidades, quase todas localizadas em países pobres ou em desenvolvimento. Cinturões de miséria

semelhantes aos que se vêem no Brasil podem ser encontrados na Cidade do México, em Bombaim, na Índia, em Jacarta, na Indonésia, e na Cidade do Cabo, na África do Sul. Nesses lugares, o subúrbio é paupérrimo e fruto de um crescimento desordenado, havendo também altos índices de violência (Kaminski *et al.*, 2001).

Fecha-se assim o ciclo de inter-relações entre violência e periferia, que nortearam a realização deste estudo.

Cumpramos ressaltar que desde 1994, e até aproximadamente metade do período de realização deste trabalho, ou seja, de dezembro de 2000 a junho de 2001, uma parcela dos SUS (Sistema Único de Saúde) municipal havia sido substituído pelo PAS (Plano de Assistência à Saúde), incorporando na gestão pública da saúde uma modalidade de gestão de inspiração privada e cooperada, o “plano de saúde do pobre”, segundo seus proponentes. A partir da segunda metade de junho de 2001, a cidade retoma sua inserção no SUS, voltando a receber seus recursos.

Fator importante a ser considerado é que este estudo apresentou uma amostra populacional bem definida, ou seja, moradores de região periférica da zona leste do município de São Paulo, onde, como visto, existem altos índices de violência. O Hospital Municipal Dr. Alípio Corrêa Netto, localizado no distrito de Ermelino Matarazzo, é o único a oferecer serviços na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial na maior parte da zona leste de São Paulo, abrangendo em 2000, uma população, segundo o IBGE, de 2.727.642 pessoas.

Contudo, lembremos que não é somente nas periferias e locais de menor abastança que existe a violência. A violência é crescente em toda a sociedade mundial. Os traumas por agressão têm atingido proporções epidêmicas por todo o mundo. (Greene *et al.*, 1997).

As causas das fraturas maxilo mandibulares variam significativamente de um país para outro devido a fatores sociais, culturais e ambientais; tais causas têm se alterado nas últimas três décadas, e continuam se alterando (Bataineh, 1998; MacCallum *et al.*, 2000; MacKenzie, 2000; Hogg *et al.*, 2000; Beck & Blakeslee, 1989; Haug *et al.*, 1990; Telfer *et al.*, 1991; Fridrich *et al.*, 1992; Holt, 1992; Tanaka *et al.*, 1994; Cohen & Pacios, 1995). Dentre os mais importantes fatores etiológicos, encontram-se os acidentes com veículos automotores e as agressões. Nos países desenvolvidos têm preponderado as agressões, e nos países em desenvolvimento os acidentes de trânsito (Bataineh, 1998; Shepherd *et al.*, 2000; Chidzonga, 1990; Telfer *et al.*, 1991; Vetter *et al.*, 1991; Bamjee *et al.*, 1996).

Este estudo totalizou 493 casos de agressões buco maxilo faciais em um ano, uma média de 1,35 casos por dia; pode-se dizer que, aproximadamente a cada 17 horas e 48 minutos houve um atendimento hospitalar de vítima de agressão com comprometimento na região anatômica oro-facial.

Na verdade, o total de 493 casos deve representar um número menor que o total de pacientes vítimas de agressão interpessoal. Nosso critério de inclusão da população estudada baseou-se nas fichas de ocorrência, que são totalmente baseadas nas informações verbais fornecidas pelos

atendidos. Como as agressões não exibem sinais e sintomas patognômicos que as diferenciem de outros tipos de traumatismos, os profissionais podem, muitas vezes estar atendendo casos resultantes de agressões sem saber, pois é comum a omissão por parte da vítima, com medo de represálias, vergonha, timidez, baixa auto-estima, insegurança, desespero.

Muitas vezes o paciente não é exatamente a vítima, tendo ele iniciado as provocações ou a agressão física; isto tanto é verdade que alguns autores preferem utilizar o termo “participante” ao invés de vítima. (Perciaccante *et al.*, 1999; Guth & Pachter, 2000; Fenton *et al.*, 2000; Zachariades *et al.*, 1990; Schroder *et al.*, 1992; Ochs *et al.*, 1996; Shepherd *et al.*, 1990a). Vítimas de violência doméstica, a grande maioria mulheres, geralmente atribuem às quedas suas lesões faciais (Palma *et al.*, 1995; Allan & Daly, 1990).

A maior incidência de agressão no sexo masculino encontrada neste trabalho, numa população tipicamente jovem, vai de encontro a toda a literatura revista. Dos 493 pacientes atendidos, 335 (68,0%) eram homens.

A proporção entre homens e mulheres por nós encontrada foi de 2,12:1. Relações bem próximas foram relatadas por Houry *et al.* (1999), com 2,20:1 e por Shepherd *et al.* (1993) com relações de 2,82:1 e de 2,69:1. Maiores proporções foram encontradas nos estudos de Shepherd *et al.* (1987) com relação de 3,00:1, Kieser *et al.* (2002) com 3,76:1, Strom (1992) com 4:1, Strom *et al.* (1992) com 4,50:1 e 3,06:1, Hutchison *et al.* (1998) com 4,65:1, Fridrich *et al.* (1992) com 4,88:1, Shepherd *et al.* (1990a) com

5,42:1, Shepherd *et al.* (1990b) com 6,00:1, MacCallum (2000) com 6,60:1. Proporções bem discrepantes foram relatadas por Greene *et al.* (1997) com 8,01:1, Vetter *et al.* (1991) com 10,50:1 e Brown & Civil (1993) com 16,50:1.

É interessante notar que nosso estudo foi o que encontrou maior proporção de mulheres comparativamente a homens, confirmando o que a literatura vem relatando sobre a maior participação feminina como vítimas de traumas (Le *et al.*, 2001; Davis *et al.*, 2000; Fenton *et al.*, 2000; Guth & Pachter, 2000; Perciaccante *et al.*, 1999; Muraoka & Nakai, 1998; Ochs *et al.*, 1996; Cohen & Pacios, 1995; Shepherd *et al.*, 1993; Holt, 1992; Zachariades *et al.*, 1990).

Uma das razões prováveis para uma incidência tão grande no sexo feminino em nosso trabalho é a problemática crescente da violência doméstica, usualmente contra mulheres, mas às vezes contra crianças e idosos.

Em 2000, Guth & Pachter relataram que a lei britânica do final do século XVIII chegou até a permitir que um marido “castigasse fisicamente” sua esposa, desde que a vara utilizada não fosse mais grossa que seu dedo polegar. Somente nos últimos 25 anos a violência doméstica foi reconhecida, primeiramente em crianças, depois em mulheres, e mais recentemente em idosos, como um importante problema de saúde pública. O abuso contra mulheres ocorre em todas as raças e grupos sócio-econômicos, mas é mais usual em grupos de menor renda e de precária educação. Nos Estados Unidos, cerca de 2 a 4 milhões de mulheres por ano sofrem violência doméstica. Atualmente, nesse mesmo país, 1 de cada 3 homicídios, é

resultado direto deste tipo de violência, segundo Le *et al.* (2001). Estima-se que de 22% a 35% das mulheres que procuram atendimento nos setores de emergência sejam por causa da violência doméstica (Perciaccante *et al.*, 1999).

Fraga (2001) relatou que no Brasil, em um ano, mulheres se dirigiram cerca de 469,8 mil vezes a delegacias especializadas para apresentar queixa contra alguma forma de violência masculina. Em 1999, a lesão corporal foi o crime que registrou o maior número de queixas (113.727), seguido por ameaça (107.999) e a chamada vias de fato – agressão sem lesão corporal (31.183). O registro de ocorrências melhorou com a criação das delegacias da mulher, a partir de 1985.

Desde 1872, data do primeiro censo, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) adota classificação de cor da população brasileira que permanece até os dias de hoje, e que inclui as seguintes: preta, parda, branca, indígena e amarela. O sistema informatizado de registro de pacientes no hospital utilizado para este estudo classifica as pessoas em três cores: branca, parda e preta. Este último foi o sistema utilizado neste trabalho, tendo sido encontrados 71,0% de brancos, 22,7% de pardos e 6,3% de pretos. As proporções são relativamente semelhantes àsquelas encontradas pelo IBGE na região sudeste do Brasil, ou seja, 64,02% de cor branca, 28,41% de cor parda e 6,72% de cor preta; o IBGE relata ainda 0,75% de cor amarela e 0,07% de indígenas.

Ainda em relação a cor e raça, Greene *et al.* (1997) relataram casos de agressão atingindo 41% de pretos, 30% de brancos, 20% de hispânicos, sendo os demais, asiáticos, americanos nativos e outros.

Fato que se tem notado na literatura a respeito de violência interpessoal é tendência em não se fazerem pesquisas levando em conta a cor ou etnia das vítimas e dos agressores, mas de se levarem em conta o grupo sócio-econômico, estado civil, situação de emprego ou desemprego, dentre outros (Shepherd *et al.*, 1990a; Shepherd *et al.*, 1990b; Stainbrook, 1970).

A população de maior risco ao trauma, dos 11 aos 30 anos, apresentou neste estudo 296 casos, equivalentes a 59,4% do total. As idades variaram de 3 a 71 anos. Intrigante, e digno de nota, foi a idade mínima encontrada neste estudo, ou seja, uma criança com 3 anos, vítima de agressão. No caso, a criança veio acompanhada de seu pai, com a justificativa de que “a mãe fica muito nervosa quando bebe” e agrediu a criança com cabo de vassoura. Embora este caso tenha sido explicitamente relatado pelo pai da criança, sabe-se que nem sempre isto ocorre; por isso, Fenton *et al.* (2000) lembram, em relação ao abuso infantil, que se deve estar atento para as lesões que não podem ser explicadas convenientemente pelos pais, que não sejam condizentes com as explicações fornecidas, para as múltiplas lesões em diferentes estágios de cura, para relatos conflitantes de pais e crianças.

Le *et al.* (2001) encontraram idades entre 15 e 71 anos nas vítimas de agressão e Greene *et al.* (1997) encontraram variações de 4 a 85 anos. Dos

326 pacientes com menos de 18 anos de idade, vítimas de traumatismos faciais, Bamjee *et al.* (1996) encontraram 23 (7%) com 6 anos ou menos. No nosso estudo 3,25% das vítimas tinham até 10 anos de idade. Estudando somente casos graves de agressão, ou seja, aqueles que necessitaram internação, Brown & Civil (1993) encontraram variações de idades entre 17 e 55 anos. Strom (1992) encontrou vítima de agressão com um ano de idade, e um máximo de 88 anos. Hutchison *et al.* (1998) encontraram, nas vítimas de agressão, variações etárias com extremos de 4 meses a 97 anos de idade.

A menor proporção encontrada na faixa etária mais velha neste trabalho, com somente 1,0% dos casos nos pacientes com 61 anos ou mais, vai de encontro a achado similar de Haymond *et al.* (1988) e de Shepherd *et al.* (1990b).

Não somente traumas por agressão, mas traumas em geral são preponderantes na camada mais jovem da população e no sexo masculino (Haymond *et al.*, 1988; Shepherd *et al.*, 1990a; Fridrich *et al.*, 1992; Hussain *et al.*, 1994; Nascimento *et al.*, 1996; Krug *et al.*, 2000; MacKenzie, 2000; Hogg *et al.*, 2000).

Este estudo demonstrou que segundas-feiras foram os dias com maiores incidências de agressões; ao longo do dia, o período da tarde foi quando mais casos foram atendidos.

A maior parte dos estudos evidencia maior incidência de atendimentos a casos de agressão física nas noites dos finais de semana, quando há maior freqüência a bares, danceterias, festas e outros eventos,

onde há maior consumo de bebidas alcoólicas. O período da noite coincide também com o horário em que muitos esposos chegam a suas residências, às vezes embriagados, e usam de violência física contra suas mulheres ou parceiras (Strom, 1992).

Hutchison *et al.* , em 1998, relataram que sextas-feiras e sábados foram os dias de maiores quantidades de atendimentos às vítimas de agressão, correspondendo respectivamente, a 22% e 23% dos casos. Na maior parte dos casos onde houve conhecimento de consumo de álcool, as ocorrências se deram entre 21h00 e 03h00. Menor quantidade de pacientes atendidos ocorreu entre 06h00 e 09h00.

Schroder *et al.* (1992) encontraram, em um estudo sobre violência em município dinamarquês, que 71% dos homens foram agredidos entre 21h00 e 06h00, mormente nos finais de semana; os casos ocorridos em mulheres ficaram mais uniformemente distribuídos pela semana.

Shepherd *et al.* (1990b) também relataram maior incidência de atendimentos hospitalares de vítimas de agressão nos finais de semana, com cerca de 57% dos casos ocorrendo às sextas-feiras e sábados, 15% nos domingos, mas somente 7% nas segundas-feiras; menos casos foram atendidos nas quintas-feiras (6%). Os mesmos autores relataram mais ocorrências após o anoitecer, com 35% dos casos entre 23h00 e 01h00, 29% entre 19h00 e 23h00 e 2% entre 04h00 e 10h00.

Em 1987, Shepherd *et al.*, estudando as relações entre as agressões e os tecidos moles faciais, relataram que os homens foram mais atendidos entre quintas-feiras e sábados (58%) e menos às quartas-feiras, ao passo

que mulheres foram mais atendidas aos sábados (48%). Na amostra como um todo, a maioria das vítimas foi atendida aos sábados (22%). Os homens foram mais atendidos entre 22h00 e 02h00 (57%) e o horário com menor número de atendimentos foi entre 06h00 e 09h00. O atendimento a mulheres foi mais uniforme, segundo os autores.

Como visto, a distribuição dos casos encontrados neste estudo ao longo da semana, e ao longo do período de 24 horas, apresentou peculiaridades dissonantes da literatura em geral, no que tange a alguns aspectos. Coincidentemente com os estudos relatados, os dias dos finais de semana apresentaram grandes quantidades de atendimentos; com exceção das sextas-feiras, que totalizaram 11,8% dos casos, sábados e domingos apresentaram, respectivamente, 16,0% e 17,4%. Contudo, agora sim, discordante da literatura estudada, ocorreu maior concentração de casos nas segundas-feiras, com 19,1%.

Outro ponto discordante da literatura revista foi o período do dia em que houve maior quantidade de atendimentos. Nosso estudo revelou que a maioria dos casos, 37,1%, ocorreram no período da tarde.

Vários são os motivos que podem explicar as disparidades entre estes achados e os relatos normalmente encontrados na literatura internacional. Nos casos em que há lacerações sangrantes, é bem provável que o momento do atendimento hospitalar reflita o momento da agressão (Shepherd *et al.*, 1987). Nos demais casos, é bem provável que as vítimas possam vir a procurar socorro hospitalar tardiamente, não necessariamente no exato momento em que o acidente ocorreu. Isto pode ser ainda mais

marcante na periferia, onde a população teme por sua própria segurança, evitando transitar após o anoitecer, justificando grandes quantidades de atendimentos no período da tarde. Muitas pessoas que sofrem agressão nos sábados e domingos podem enxergar a resolução de seus problemas somente no primeiro dia útil da semana, a segunda-feira, ou ainda, tentam de sua própria fatalidade tentar usufruir de atestado médico para não comparecerem ao serviço na segunda-feira, prática infelizmente comum na população, principalmente nos casos menos graves. Ademais, o envolvimento da vítima com o álcool faz com que a mesma venha a aguardar, na sua própria casa, que passem os efeitos tóxicos da bebida e atinja um momento de sobriedade, para que se dirija ao hospital, geralmente no dia seguinte ao acidente. Isto significaria que o momento do acidente pode estar concentrado à noite, como nas demais partes do mundo, porém, a dificuldade de locomoção, especialmente no período noturno, adiaria a consulta hospitalar.

Devemos também atentar para o fato de que na periferia são maiores os índices de desemprego (Kaminski *et al.*, 2001), deixando as pessoas ociosas, o que poderia contribuir para que agressões ocorram de forma freqüente no período diurno; neste caso, não haveria como existir coincidência com os relatos internacionais, especialmente norte-americanos e europeus, cujos estilos de vida em muito diferem da periferia paulistana. Estudos prospectivos procurando estes níveis de detalhes precisam ser desenvolvidos.

Mais um problema característico do local geográfico deste estudo poderia explicar as discrepâncias com os estudos de outros países. Na maior parte das vezes, as vítimas de agressões e de outros tipos de acidentes, dirigem-se a outros hospitais da região ou a unidades básicas de saúde, onde podem receber primeiros socorros e serem encaminhadas ao serviço de especialidade em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais, o qual procuram não necessariamente no mesmo dia. É importante frisar que na região de abrangência citada, existem 8 hospitais públicos, mas somente onde foi feito este estudo existe a especialidade odontológica em questão.

Este trabalho demonstrou que os casos de agressão foram distribuídos de maneira relativamente uniforme ao longo do ano, apresentando discretos picos nos meses de janeiro, outubro, novembro e julho. Tal resultado vai de encontro à opinião de Arbenz (1988), que não se pode atribuir exclusivamente à condição climática o aumento dos índices da violência humana, pois além de haver distribuição homogênea pelo ano, os meses em que as incidências foram discretamente maiores não apresentam similaridades climáticas; janeiro, mês de altas temperaturas na capital paulista, teve quase o mesmo número de casos que o mês de julho, tipicamente frio, em pleno inverno. Neste estudo, a grande maioria dos pacientes (312; 63,3%) tinham até 30 anos de idade, época em que geralmente o jovem encontra-se ainda vinculado a escolas, procurando por formação profissional, e foi exatamente nos meses de férias escolares que as maiores incidências de agressões ocorreram. Entram aqui os fatores sócio-ético-pedagógicos citados por Farias Jr. (2001). A falta de manutenção

de um sistema escolar eficiente, e o baixo poder aquisitivo dos moradores da periferia - nas férias pressupõe-se que o aluno pare de freqüentar as aulas mas faça viagens, ou, em não viajando, que tenha atividades de aprimoramentos pedagógicos - faz com que crianças e jovens permaneçam ociosos por longos períodos, muitas vezes sob a influência negativa de companhias anti-sociais e até de delinqüentes. Somam-se os fatores sócio-familiares (Farias Jr., 2001), onde o tipo de comportamento dos pais ou a deterioração da estrutura do núcleo familiar contribuem para a violência. Portanto, a maior incidência de agressão neste trabalho, nos meses de férias justifica-se, pois, segundo Kaminski *et al.* (2001), ir ao bar é uma das distrações dos moradores da periferia, sendo a maioria de suas instalações clandestinas, e onde a cachaça é a bebida mais consumida, vendida a preços módicos. Sabe-se que um terço dos crimes no Brasil, segundo esse autor, é cometido por pessoas embriagadas.

Para Arbenz (1988), condições meteorológicas, entre elas a temperatura e suas variações bruscas, os ventos, as tempestades, fazem sentir seus efeitos sobre o comportamento humano. Não se pode afirmar que os crimes contra o patrimônio aumentam no inverno e os crimes contra a pessoa predominem no período estivo-outonal. Parece mais judicioso admitir que tais condições ajam sobre o psiquismo de maneira discreta, desencadeando reações que poderiam advir independentemente delas. Atualmente, com os índices de criminalidade cada vez mais altos, não se pode sequer pensar em influências meteorológicas. Os motivos são outros. Por exemplo, conforme explica Stainbrook (1970), a decisão de se fazer algo

ou não se fazer nada quando se tem raiva depende muito de como a pessoa assimilou o que lhe ensinaram, assim como da imitação de como as outras pessoas expressam a raiva.

Nossos resultados coincidem com os de Shepherd *et al.* (1987), que relacionam os picos de incidência dos atos de agressão aos meses de férias, quando há maior consumo de álcool, ou seja, agosto, setembro e outubro, na Inglaterra, e com os de Fridrich *et al.* (1992), para quem as férias propiciam maiores oportunidades de atividades ao ar livre.

As quantidades de casos ocorridos em dezembro, janeiro, fevereiro e março, meses de verão, não foram altas o suficiente para ir de encontro aos achados de Strom (1992) e de Shepherd *et al.* (1993), para quem os índices de agressão aumentaram nos meses desta estação do ano.

Hitchin & Shuker (1973), em seu trabalho, atribuíram o pico dos índices de agressão à época em que a temporada de futebol na Escócia está no auge, ou seja, setembro.

Brook & Wood (1983) atribuíram o aumento do número de casos de agressão à fase em que a região de Grampian, na Escócia, recebeu uma população transitória de funcionários bem remunerados, devido à instalação local de uma indústria petrolífera, os quais, após passarem longos períodos em alto mar, voltavam ao litoral com desejo de se divertirem. Também na Escócia, em 1986, Thorn *et al.* constataram expressivo aumento de casos de agressão em abril de 1982, mês em que a importação de bebidas alcoólicas naquele país passou de 536.700 litros em 1981 para 821.200 litros.

Embora o assunto não tenha sido objeto de pesquisa neste trabalho, é unânime a opinião de que o consumo de álcool e outras drogas desempenham fatores importantes no incremento da violência, e por conseguinte, dos casos de agressão (Lindenbaum *et al.*, 1989; Hitchin & Shuker, 1973; Voss, 1982; Thorn *et al.*, 1986; Shepherd *et al.*, 1987; Shepherd *et al.*, 1990a; Shepherd *et al.*, 1990b; Telfer *et al.*, 1991; Strom, 1992; Strom *et al.*, 1992; Holt, 1992; Hutchison *et al.*, 1998; Le *et al.*, 2001).

Associado ao fato acima, considerem-se dois feriados no mês de novembro e um no mês de outubro de 2001, quando, principalmente nas regiões periféricas, as pessoas sem recursos para lazer, como viagens, vão às ruas em busca de diversão, e muitas vezes encontram no consumo de bebidas alcoólicas e de drogas, sua satisfação. Estes fatos podem justificar as freqüências de casos discretamente maiores nos meses de outubro e novembro, encontrados neste estudo.

Neste trabalho, 214 pessoas (43,4%) sofreram unicamente socos, 16 (3,2%) unicamente chutes e 52 (10,5%) combinação de socos e chutes. Os números obtidos vão de encontro aos demais estudos publicados em outros países, no que se refere à predominância de socos e/ou chutes como formas mais corriqueiras de agressões à face.

Estudando vítimas de violência doméstica, Le *et al.* (2001) relataram que o soco foi o modo preponderante de agressão (67% dos casos), vindo a seguir as armas como objetos rombos, garrafas, madeiras e canos (15%). Das 236 pacientes, 8 foram esfaqueadas, 22 foram chutadas e 1 sofreu ferimento por arma de fogo. No estudo de Houry *et al.*, em 1999, não houve

documentação do modo de agressão em 12,8% dos casos, número bem aproximado do nosso resultado (13,2%). Hutchison *et al.* (1998) relataram ser o trauma rombo, ou seja, aquele concretizado com partes do corpo ou com objeto rombo, preponderante, com 89% dos casos; garrafas e vidros foram usados em 85 dos casos, facas em 2% e armas de fogo em 0,27%.

Greene *et al.* (1997) relataram que metade dos casos de agressão envolveram pessoas sem armas, que atacaram com socos ou chutes. Tacos de beisebol, canos e garrafas foram usados na minoria dos casos, sendo relatados até uso de objetos como um aquário e em telefone celular. O estudo de Brown & Civil (1993) envolveu somente vítimas de agressão consideradas graves, e constatou que dos 33 pacientes, 16 (48,5%) foram somente chutados ou esmurrados. Também Strom (1992) e Strom *et al.* (1992) atribuíram aos socos, e a seguir aos chutes, a maior parte dos mecanismos de agressão.

Eiskjaer *et al.* (1992), em seu estudo de agressões comparando os anos de 1981 e 1987, encontrou predominância, em ambos os anos, de lesões por socos e/ou chutes. Notaram que, na comparação entre os anos, houve aumento do uso de armas de fogo, mais agressões tentando estrangular a vítima, mais pacientes tornando-se vítimas de mordida humana e menor número de casos classificados como “outros” no estudo de 1987.

Shepherd *et al.* (1988) mostraram predominância para socos e chutes, usados em 62% dos casos, vindo a seguir os objetos rombos (17%), objetos pontiagudos (10%) e vidros (9%); das 294 vítimas de agressão estudadas, somente 2 sofreram lesões por arma de fogo. No estudo de

Shepherd *et al.* (1990b), 47% das vítimas relataram ter sido agredidas com mais de um tipo de golpe, e a maioria (72%) relatou ter recebido socos ou chutes.

Frugoli (2000) relatou que os socos e/ou pontapés lideraram as causas de traumatismos do complexo maxilo mandibular, sendo responsável por 75% das causas no sexo feminino e 50% no masculino.

Chamou-nos a atenção a significativa quantidade de ferimentos por armas de fogo neste estudo (60 casos; 12,2%) quando comparamos aos demais pesquisadores. Isto só corrobora a ascensão dos crimes violentos na capital paulista, caracterizando verdadeiras tentativas de homicídios, muitas vezes por motivos banais. Os ferimentos por arma de fogo estiveram mais concentrados nas pessoas com idades entre 11 e 30 anos.

Outro aspecto que foi de relevância refere-se à grande quantidade de casos cujos mecanismos de agressão não foram informados (65 casos; 13,2%). Possível motivo para isto é a falta de preocupação do profissional socorrista que realiza o atendimento, muitas vezes sequer descrevendo o modo pelo qual o paciente sofreu o trauma. Sobre este assunto, bem relataram Bell *et al.*, em 1994, afirmando que, como os profissionais dos serviços de emergência não questionam sobre as causas dos traumas, as estimativas sobre violência pessoal são provavelmente bem conservadoras. Cerca de 40% dos hospitais estudados por estes autores mostraram-se relutantes até para fazer uma estimativa da porcentagem de casos de vítimas de violência interpessoal neles atendidos.

Podemos relatar, após a análise dos prontuários do hospital estudado, que nossos problemas em muito se assemelham com os de Haymond *et al.* (1988), que descreveram que em seu estudo os registros hospitalares estavam incompletos em diversas variáveis de interesse, inclusive o mecanismo do trauma.

Neste estudo, a face foi dividida em região mediana, lado direito e lado esquerdo, além de terem sido estudadas as possíveis combinações das regiões entre si. E mais foi feito: estudamos as regiões afetadas conforme a vítima tenha tido lesão de tecidos moles ou duros. Tanto quando analisamos as vítimas com lesões nos tecidos moles (41,1%) quanto as vítimas com lesões nos tecidos duros (53,9%), verificamos que a região mais afetada foi a mediana. A segunda região mais atingida variou conforme se considerou lesões de tecidos moles ou duros, sendo o lado esquerdo (14,7%) nas primeiras e lado direito (20,2%) nas últimas.

Greene *et al.* (1997); Strom (1992) ; Shepherd *et al.* (1990b) e Brook & Wood (1983) relataram que a maioria das lesões por agressão envolveu o lado esquerdo da face, correspondendo a uma maioria de agressores destros que desferem socos nas vítimas.

Estudo concordante com o acima exposto foi realizado por Shepherd *et al.*, em 1987, que relataram que as lesões do lado esquerdo da face (45%) sobrepujaram as do lado direito (30%), mas foram menos freqüentes que as lesões centrais (35%). Os autores justificam com a alegação de que 90% a 95% da população são destros, e a dominância cerebral hemisférica leva a vítima a virar-se para o lado direito, numa atitude reflexa para evitar

um golpe, apresentando assim o lado esquerdo da face ao agressor. Le *et al.* (2001) apresentam o mesmo raciocínio relatado acima com relação à preponderância do lado esquerdo sobre o direito; contudo, para estes pesquisadores, a região mediana foi a mais atingida de todas pelos atos de agressão, vindo a seguir o lado esquerdo, e por último o lado direito.

A falta de coincidência deste trabalho com a literatura pode ser explicada pelo fato de que menos da metade dos nossos casos (43,4%) foi ocasionada exclusivamente por socos, sendo a maioria dos mecanismos (56,6%) uma combinação de formas, que não favorecem nem prejudicam destros ou canhotos.

Não obstante, como socos são formas extremamente freqüentes de agressão interpessoal, fizemos estudo das regiões faciais envolvidas nos casos em que socos foram desferidos contra as vítimas. A região mediana continuou na liderança dos casos, tanto nos que sofreram lesões de tecidos duros quanto naqueles que tiveram lesões em tecidos moles. Novamente aqui surgiu uma diferença: ao considerarmos as lesões aos tecidos moles, a segunda região mais afetada foi a do lado esquerdo, mas ao considerarmos as lesões aos tecidos duros, o lado direito assumiu a segunda posição. Neste aspecto, somos concordantes com Strom *et al.* (1992) que, como nós, esperavam tendência para o lado esquerdo ser mais afetado, já que o soco foi a forma mais usual de violência. Entretanto, seu estudo não demonstrou nenhuma tendência para lados direito ou esquerdo. Possível explicação para seu estudo e para o nosso, é que as agressões não ocorreram como numa luta de pugilismo, com os participantes frente a frente, aguardando os

golpes. Na realidade, a vítima não estava preparada para a agressão, ou tentou esquivar-se dos golpes, virando a cabeça, indistintamente, para os lados direito e esquerdo.

Em relação às divisões que realizamos para efeitos de estudos específicos de tecidos moles, obtivemos como resultado que a região nasal foi a que sofreu mais lesões (21,5% dos casos). A região menos afetada em nosso estudo foi a mentoniana (4,2%). A região labial, ou seja, a soma das regiões labial superior e labial inferior, foi comprometida em 12% dos casos.

Interessante neste aspecto é compararmos nossos resultados com os de Loducca (1997), que embora tenha feito estudo em vítimas de acidentes de trânsito, utilizou divisões semelhantes às nossas para estudar lesões dos tecidos moles faciais; ademais, a população estudada também foi na zona leste da cidade de São Paulo, porém em região mais central, não periférica. Também no estudo de Loducca, a região nasal foi a mais comprometida, com 24% dos casos. É de se notar que a região mentoniana, com pouca incidência de lesões em nosso estudo, teve grande incidência no trabalho de Loducca (15%), o mesmo ocorrendo com a região labial (20%). Com isto, percebe-se como diferentes agentes etiológicos traumáticos podem levar a lesões com aspectos e distribuições também diferentes.

Este estudo demonstrou que 46,2% das vítimas de agressão sofreram algum tipo de lesão aos tecidos duros, ou seja, fratura óssea ou dentária. O osso mais vezes fraturado foi o nasal, com 84 casos; a seguir, em ordem decrescente vieram mandíbula (66 casos), complexo zigomático (41 casos),

dentes (29 casos) e processo alveolar (14 casos). Durante o período estudado não ocorreu nenhuma fratura de Le Fort ocasionada por agressão.

De todos os pacientes, 15,8% sofreram fratura mandibular unilateral, 12,3% fratura mandibular bilateral ou múltipla e 0,9% sofreram fratura mandibular associada a fratura do terço médio da face. Como se pode notar, houve baixíssima freqüência de fraturas mandibulares associadas a fraturas do restante do esqueleto ósseo facial; isto é bem claro na literatura, que demonstra serem os atos de agressão compostos por forças mecânicas de menor intensidade, tendendo a causar fraturas mais simples. O oposto ocorre com acidentes automobilísticos, cuja intensidade da força traumática gera fraturas múltiplas e mais graves (Cohen & Pacios, 1995; Almeida *et al.*, 1995; Silva, 1968; Van Beek & Merckx, 1999; Haug *et al.*, 1990; Beck & Blakeslee, 1989; Salem *et al.*, 1968).

O fato de o osso nasal ser o mais freqüentemente fraturado neste estudo vai de encontro a achados da maioria dos autores que estudaram agressões físicas. Alguns autores não incluem fraturas nasais em suas casuísticas, ou justificam sua baixa incidência por serem tais fraturas, no mais das vezes, encaminhadas para outros serviços, como cirurgia plástica ou otorrinolaringologia (Almeida *et al.*, 1995; Palma *et al.*, 1995). O hospital escolhido para este estudo não possui serviços das especialidades relatadas acima, e é de responsabilidade da Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais o tratamento de fraturas nasais. Portanto, a presente casuística não excluiu nenhum osso facial.

Em relação à maior frequência de fraturas dos ossos nasais, concordamos com Le *et al.* (2001), os quais relatam que além de apresentar projeção proeminente na face, sendo um alvo facilmente atingido, é necessário menos força para que os mesmos fraturem do que quaisquer outros ossos da face.

Osso nasal à parte, a literatura em geral demonstra muitas irregularidades nas incidências das localizações das fraturas, ou seja, apareceram mandíbula e complexo zigomático alternando-se em maior ou menor frequência. Na mandíbula, igualmente, a literatura apresenta resultados inconstantes em relação às localizações das fraturas (Greene *et al.*, 1997; Fridrich *et al.*, 1992; Chidzonga, 1990; Le *et al.*, 2001; Salem *et al.*, 1968). Nosso estudo apresentou a região de corpo mandibular com maior incidência (58,2% dos casos, 30 casos no corpo direito e 23 casos no corpo esquerdo). As demais localizações vêm a seguir, em ordem decrescente: ângulo mandibular (15,4% dos casos, 7 casos no ângulo direito e 7 casos no ângulo esquerdo); côndilo e colo de côndilo (14,3% dos casos, 5 casos no lado direito e 8 casos no lado esquerdo); sínfise e parassínfise (9,9% dos casos); ramo (2,2% dos casos, 1 caso no ramo direito e 1 caso no ramo esquerdo); apófise coronóide, nenhum caso.

No complexo zigomático, nosso estudo mostrou que o maior número de casos envolveu o osso zigomático (80,5% dos casos, 21 casos no lado direito e 12 casos no lado esquerdo); o arco zigomático foi atingido em 19,5% dos casos, 5 casos no lado direito e 5 casos no lado esquerdo).

Kieser *et al.* (2002), em seu estudo na Nova Zelândia, encontraram que nas mulheres o nariz foi o osso mais fraturado, vindo a seguir a mandíbula e a região maxilo malar, distribuição bem semelhante à nossa. A mesma ordem de incidência ocorreu no trabalho de Strom, em 1992. No trabalho de Kieser, os homens tiveram mais fraturas de mandíbula, vindo os ossos nasais em segundo lugar.

Greene *et al.* (1997) reconhecem a alta freqüência das fraturas nasais em casos de agressão, mas só estudaram casos de pacientes que necessitaram internação, o que não é corriqueiro com fraturas nasais. Assim, a maior parte de seus pacientes tinham fratura mandibular (57%), 12% tinham fratura do complexo zigomático maxilar, 9% fratura em blow-out, 7% fratura nasal e 4% fratura de Le Fort. Em relação à localização das fraturas na mandíbula, seu estudo apresentou dessemelhanças com o nosso, já que a região mais fraturada foi o ângulo (35%), vindo a seguir parassínfise (24%) e corpo (19%).

Também Eiskjaer *et al.* (1992) atribuíram ao nariz a maior parte das fraturas faciais por agressão, com a significativa cifra de 75% dos casos.

A única semelhança com nosso estudo encontrada no trabalho de Hussain *et al.* (1994) foi a maior freqüência de fraturas dos ossos nasais (60%), e mesmo assim, em proporção bem maior que na nossa amostra. Tais autores relataram que 20% dos seus casos de agressão tinham fraturas faciais, contra 46,2% de nosso estudo. Para os autores, as fraturas zigomáticas ocorreram o dobro de vezes das fraturas mandibulares.

Percentual de pacientes com fraturas faciais devidas a agressão bem semelhante com o achado de Hussain *et al.* (1994), e bem menor que o do nosso estudo, encontraram Shepherd *et al.* (1990b), com 26%. Seu estudo está em consonância com o nosso em relação à maior freqüência de fraturas nos ossos nasais (27%), mas diferentemente de nossos achados, na segunda posição surgem as fraturas zigomáticas (22%), e a seguir ângulo mandibular (12%) e corpo mandibular (12%).

Também ocorreu disparidade de resultado entre nosso estudo e o de Shepherd *et al.*, em 1988; para esses autores, a mandíbula foi o osso mais freqüentemente fraturado (38%), vindo a seguir o nariz (28%) e o complexo zigomático (18%). Também relataram ser a mandíbula o osso mais amiúde fraturado nos casos de agressão Fridrich *et al.* (1992); para eles, as fraturas condilianas, sinfisárias e alveolares relacionam-se mais corriqueiramente com acidentes com carros e motocicletas.

Em relação às fraturas mandibulares, Chidzonga (1990) encontrou distribuição bem parecida com a de nosso estudo, alterando somente a terceira e quarta posições, relatadas a seguir: corpo, ângulo, parassínfise, côndilo. Também não coincidindo com nosso estudo, e nem com a maior parte da literatura, foi o trabalho de Le *et al.* (2001), que encontraram maior incidência de fratura no processo condilar.

Incidências de fraturas totalmente diferentes das encontradas neste trabalho foram descritas por Zachariades *et al.* (1990), com 39% de fraturas de mandíbula, 10% de fraturas do complexo zigomático maxilar e 2% de fraturas nasais. Também relataram resultados não coincidentes com os

deste estudo Salem *et al.*, em 1968, os quais afirmaram que o zigomático foi fraturado mais freqüentemente que qualquer outro osso facial como resultado de agressões; segundo os autores, quando a mandíbula sofreu fraturas por agressão, o ângulo foi o local mais afetado, seguido pela região do corpo.

A mesma ordem de freqüência encontrada neste estudo, ou seja, nariz, mandíbula e complexo zigomático foi relatada por Strom *et al.*, em 1992.

Além das lesões localizadas na região buco maxilo facial, pesquisamos a presença de possíveis lesões em outras partes do corpo, e encontramos que das 493 vítimas, 167 (33,9%) sofreram estes tipos de lesões associadas, sendo 119 no sexo masculino e 48 no feminino. Portanto, de todos os pacientes com lesões associadas, a maioria (71,3%) foram homens. Strom (1992) encontrou menor porcentagem de lesões associadas: 14%.

Há autores que relatam estarem as lesões associadas geralmente relacionadas a acidentes automobilísticos (Fridrich *et al.*, 1992; Haug *et al.*, 1990).

Lesões na cabeça e pescoço, obviamente excluída a face, foram as associações predominantes, com 54,5% dos casos, o que se explica principalmente pela proximidade anatômica. O segundo local de lesão associada mais freqüente foram os membros superiores (16,2%); este achado coincide com a maior parte da literatura, que tem consenso em afirmar que tais lesões ocorrem porque a vítima, na tentativa de defesa,

levanta os braços, expondo-os também ao trauma (Shepherd *et al.*, 1987; Eiskjaer *et al.*, 1992; Shepherd *et al.*, 1988). Shepherd *et al.* (1990b) acrescentam a possibilidade de que a “vítima” teria também batido no agressor, ferindo-se nesse ato. As localizações das outras lesões associadas neste estudo foram: tórax/dorso (11,3%), abdome/região lombar/pelve (9,9%) e membros inferiores (8,1%).

Enquanto nosso trabalho encontrou menor número de lesões associadas nos membros inferiores, Shepherd *et al.* (1987) encontraram o abdome com menor incidência. Shepherd *et al.* (1990b) também apresentaram diferenças em relação a nossos achados: abdome teve a menor incidência das lesões associadas e as outras lesões de cabeça foram menos freqüentes que as de membros superiores.

Na análise de 225 vítimas de agressão realizada por Hussain *et al.*, em 1994, somente foram achados 11 casos de lesões associadas à região crânio-facial.

Contra as 33,9% de lesões associadas deste estudo, Bamjee *et al.* (1996) descreveram 41%; atente-se para o fato destes autores terem realizado seu estudo somente com menores de 18 anos.

A proporção de lesões associadas encontrada por Greene *et al.* (1997) foi de 18%, sendo 9% na cabeça e pescoço e 9% no restante do corpo; destes últimos 9%, a distribuição foi: 5% no tórax, 3% nas extremidades e 1% no abdome. Os números destes pesquisadores são bem menores que os nossos, possivelmente porque eles estudaram somente

traumas lombares, não incluindo, por exemplo, os ferimentos por arma de fogo que nós estudamos.

Como discutido anteriormente, muitos fatores interferem no tempo transcorrido entre o momento do acidente, no caso a agressão, e o momento de procura pelo atendimento hospitalar.

Nosso estudo demonstrou que 70,4% dos pacientes procuraram atendimento nas primeiras vinte e quatro horas após o acidente. Demoraram de 2 a 4 dias, 11,0% das vítimas, de 5 a 7 dias, 3,9% e mais que 7 dias, 5,1%. Em 9,7% dos prontuários não havia indicação deste dado, demonstrando a falta de cuidado do examinador ao fazer a anamnese.

Dos diversos fatores que fizeram com que parte dos agredidos não tenha procurado nosso serviço hospitalar para atendimento imediato, podemos acrescentar mais um, típico da falta de recursos da população periférica, que é a dificuldade de locomoção até o hospital, fato já citado em estudo africano, por Chidzonga (1990). Contudo, o estudo deste autor apresentou números bem diferentes dos nossos, já que somente 17,90% dos pacientes apresentaram-se para tratamento em até quarenta e oito horas, e 74,36% apresentaram-se após 3 e em até 10 dias após a lesão.

Outra possível causa de delongas em procurar atendimentos pode estar relacionada à própria etiologia do trauma. Diferentemente dos acidentes de trânsito e dos ferimentos por arma de fogo, que podem levar à obstrução de vias aéreas e a graves hemorragias, os demais mecanismos de agressão dificilmente levam a risco de morte.

Em contrapartida, o número total de pacientes que procurou atendimento em até vinte e quatro horas foi a maioria neste estudo; sob esta ótica, devemos lembrar que a aparência facial é importante em todas as sociedades, e assim até discretas alterações na aparência da face após o trauma podem causar grave morbidade psicológica e fazer com que o paciente apresse a procura por socorro.

Faz-se necessário neste momento, atentar para o fato de que muitos destes pacientes vistos no hospital, dias após o acidente, poderiam já não mais apresentar lesões de tecidos moles, e terem contribuído para aumentar a quantidade de pacientes com lesões exclusivamente em tecidos duros.

Alguns autores citam que a demora entre o momento do acidente e a procura por atendimento é um dos fatores úteis para identificação de vítimas de violência doméstica (Ochs *et al.*, 1996; Fenton *et al.*, 2000; Zachariades *et al.*, 1990), pois muitas vítimas, por vários motivos, dentre eles medo e vergonha, tardam em procurar auxílio.

Dada a menor gravidade das lesões faciais ocasionadas por agressão interpessoal – exceto alguns tipos, como facadas e ferimentos por arma de fogo – quando comparadas, por exemplo, a acidentes automobilísticos (Strom, 1992), já era de se esperar que grande parte dos pacientes recebessem alta após o atendimento inicial. Isso foi o que ocorreu em nosso estudo, já que 420 pacientes (85,2%) não necessitaram de cuidados hospitalares após o primeiro atendimento. Destes, 31 (6,3%) receberam alta hospitalar acompanhada de encaminhamento para outros serviços, em âmbito ambulatorial; 144 (29,2%) receberam alta com instrução

para retornar ao nosso serviço para preservação ou futura conduta; 245 (49,7%) receberam alta sem necessidade de acompanhamento. Pequena proporção não pôde receber alta hospitalar (65 pacientes; 13,2%), sendo que 14 (2,8%) foram transferidos para outros hospitais e 51 (10,3%) ficaram internados em nosso serviço. Um paciente veio a falecer devido a lesões torácicas associadas e 7 pacientes (1,4%) evadiram-se antes que se pudesse estabelecer conduta adequada.

Hutchison *et al.* (1998), em seu trabalho no Reino Unido, relataram números extremamente parecidos com os nossos: 11% dos pacientes ficaram internados, 27% receberam alta com instrução para posterior retorno e 1 paciente veio a óbito. Proporções discretamente maiores de pacientes necessitaram internações nas pesquisas de Shepherd *et al.*, em 1988 – 17% - e de Le *et al.*, em 2001 - 14%; estes últimos encontraram que 66% dos pacientes necessitaram procedimentos menores e foram liberados, contra 85,2% de nosso estudo.

Pelo fato de ser a agressão um sério problema social, é de surpreender que somente 180 pacientes (36,5%) de nosso estudo tenham decidido fazer ocorrência policial pelos atos praticados contra suas pessoas. Como demonstraram os resultados, homens (31,6%) foram menos propensos a fazer ocorrência do que mulheres (46,8%). Também Hussain *et al.* (1994) demonstraram serem as mulheres mais propensas a fazer ocorrências policiais, só que em proporções maiores que as nossas, ou seja, 62% dos homens e 72% das mulheres.

Shepherd *et al.* (1993) também relataram que muitos incidentes por violência não são relatados à polícia, particularmente os casos de brigas de bar, de rua e casos de violência doméstica. Seu estudo mostrou números ainda mais preocupantes que os nossos: somente 25% dos pacientes tiveram seus casos registrados na polícia; entretanto, em comparação com seu estudo anterior, em 1977, houve aumento das ocorrências policiais, o que pode refletir a maior conscientização pública em reconhecer que a violência é ato ilegal.

Em seu estudo em hospital urbano referência de trauma, Houry *et al.* (1999) encontraram maior proporção de ocorrências policiais do que em nosso estudo: 54%. Contudo, esses números se referem somente aos casos de violência doméstica. Já, Shepherd *et al.* (1988), encontraram em seu estudo que 54% dos pacientes fizeram ocorrências policiais, e sua pesquisa não envolveu somente vítimas de violência doméstica, mas agressões em geral.

Strom (1992), estudando os casos de violência registrados na polícia, concluiu que tais atos têm se tornado mais freqüentes e mais graves, e estão concentrados em centros urbanos. Tal autor calculou que cerca de 90% de alguns crimes podem jamais ser registrados. Interessante relatar que o pesquisador verificou que o aumento de ocorrências registradas na polícia processou-se principalmente após 1982, quando uma lei sueca estabeleceu que todos os crimes violentos fossem julgados em público e, uma vez feita a queixa, não se poderia retirá-la. Um fato que vai de encontro

aos nossos achados é a crescente proporção de mulheres fazendo ocorrência.

Schroder *et al.* (1992) relataram aumento no número de pessoas que optaram por fazer ocorrência policial, quando compararam os anos de 1981-1982 e 1987-1988, de 16% para 22%. Mesmo após tal aumento, os números obtidos são menores que os do nosso estudo.

O baixo índice de ocorrências policiais neste estudo pode, em parte, ser atribuído ao fato de que a população de São Paulo, a terceira maior cidade do mundo em população, já possa estar acostumada com a criminalidade e com a violência, não tendendo a registrar crimes considerados menores; tal fato pode ser ainda mais marcante na região periférica. Outra explicação poderia residir no fato da crença de muitas pessoas de que de nada adianta fazer queixa policial, pois devido à grande quantidade de ocorrências, nenhuma providência seria tomada por parte do órgão policial. Ressaltemos o trabalho de Corrêa (2001), que cita ter a zona leste paulistana baixo índice de policiais militares por mil habitantes - 1,3 - o menor da cidade. Adicionalmente, se vítima e agressor forem conhecidos, especialmente se tiverem relação íntima, haveria certa relutância por parte da vítima em acionar a polícia.

Strom *et al.* (1992) compararam duas cidades suecas, uma menor, onde 28% das pessoas registraram os casos na polícia, e outra maior, onde 40% das pessoas fizeram-no. Os autores relataram que a gravidade das lesões não influenciou na vontade das pessoas de fazer ocorrência policial, fato que não pudemos comprovar, pois não foi objetivo deste estudo.

Ainda podemos acrescentar mais razões para o diminuto número de pessoas que fazem ocorrências policiais. Como já anteriormente relatado, muitas “vítimas” poderiam ser na realidade participantes de brigas, as quais elas mesmas poderiam ter incitado, e por isso, temeriam levar o caso ao conhecimento policial, com medo de dissabores contra si próprias. Medo de represálias por parte do agressor também poderiam tolher os anseios da vítima de fazer ocorrência policial. Além disso, como muitas vítimas receberam o primeiro atendimento em outras unidades hospitalares, pode ser que lá tenham decidido fazer ocorrência, e portanto, nada constou nos registros de nosso hospital.

Queremos crer que os homens, por soberba, ou por serem resistentes em admitir que se saíram pior numa briga, tenderam menos a fazer ocorrências policiais, o que poderia ferir-lhes o orgulho. As mulheres se sentiriam mais ameaçadas com atos de agressão, que seriam uma afronta imensurável à maior delicadeza feminina, e por isso, teriam sido mais propensas a fazer ocorrência policial. Acresça-se ainda o fato da maior conscientização feminina, principalmente após a criação das delegacias da mulher.

7 CONCLUSÕES

A análise dos resultados deste estudo permitiu que concluíssemos que na amostra observada:

- 7.1 Os traumatismos buco maxilo faciais ocasionados por agressão foram predominantes no sexo masculino, afetando mais a faixa etária dos 21 aos 30 anos, e com mais freqüência na raça branca.
- 7.2 O mês em que houve maior incidência de casos foi janeiro.
- 7.3 Na semana, os dias de maior quantidade de casos foram as segundas-feiras.
- 7.4 A maior parte dos casos de agressão teve atendimento hospitalar no período da tarde.
- 7.5 Socos prevaleceram sobre todos os demais mecanismos de agressão.
- 7.6 A região mediana da face foi a que mais sofreu lesões por agressão.
- 7.7 O osso facial mais fraturado foi o nasal.
- 7.8 A mandíbula, segundo osso mais freqüentemente fraturado, foi mais atingida na região de corpo.
- 7.9 A maior parte das lesões associadas àquelas da região buco maxilo facial foram observadas nas regiões de cabeça e pescoço.

7.10 A maior parte dos pacientes apresentou-se para tratamento nas primeiras vinte e quatro horas após o acidente.

7.11 A maior parte dos pacientes recebeu alta hospitalar após o primeiro atendimento.

7.12 Só uma minoria das vítimas optou por fazer ocorrência policial.

ANEXOS

ANEXO A

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. ALÍPIO CORREIA NETO

São Paulo, 09 de Setembro de 2002.

AO

DR. MARCO A. F. SANTOS

A Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Dr. Prof. Alípio Corrêa Neto, reunida em 05/09/02, optou por liberar os dados científicos dos pacientes internados neste Hospital, atendidos pela Clínica Cirúrgica e Traumatologia Buco Maxilo-Facial, para fins de trabalho científico (TESE MESTRADO), preservados os dados de identidade dos pacientes.

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

ANEXO B

Ficha nº: _____ FO: _____ Iniciais do nome: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Data atendimento: ___/___/___
 Dia da semana: _____ Hora atendimento: ___h___
 Tempo entre acidente e atendimento: _____

Tipo de agressão :

Socos		Chutes	
Socos e Chutes		Obj rombos	
Obj pérf.-cortantes		FAF	
Outros		Combinação	
Não informado			

Tecidos moles atingidos:

REGIÕES	DIREITA	ESQUERDA
Orbitária		
Parotídea		
Geniana		
Nasal		
Labial sup.		
Labial inf.		
Mentoniana		
Intra bucal		

Tecidos duros atingidos:

REGIÕES	DIREITA	ESQUERDA
Le Fort III		
Le Fort II		
Le Fort I		
Ossos nasais		
Osso zigomático		
Arco zigomático		
Processo alveolar		
Côndilo/Colo côndilo mandibular		
Apófise coronóide mandibular		
Ramo mandibular		
Ângulo mandibular		
Corpo mandibular		
Sínfise/Parassínfise mandibular		
Fratura dentária		

Lesões concomitantes:

Membros sup.		Membros inf.	
Tórax/Dorso		Abdome/Reg lombar/Pelve	
Cabeça/Pescoço			

Destino:

Alta		Alta c/ ret	
Alta c/ encam		Remoção	
Internação		Óbito	
Evasão			

Ocorrência Policial:

Sim		Não	
-----	--	-----	--

ANEXO C



Figura An.1 - Mapa com as regionais administrativas da cidade de São Paulo

A região de abrangência do Hospital Municipal Dr. Alípio Corrêa Netto encontra-se inserida nos limites do polígono desenhado, havendo um asterisco em cada uma das regiões de referência. São Paulo (Estado), 2002.

REFERÊNCIAS *

ALLAN, B. P.; DALY, C. G. Fractures of the mandible- A 35-year retrospective study. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v. 19, n. 5, p. 268-271, Oct. 1990.

ALMEIDA, O. M. de; ALONSO, N.; FOGAÇA, W. C.; ROCHA, D. L.; FERREIRA, M. C. Fraturas de face. Análise de 130 casos. **Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo**, São Paulo, v. 50, p. 10-12, 1995. Suplemento 10-2.

AMBRIZZI, D. R.; VIEIRA, E. H.; GABRIELLI, M. A. C.; BARBEIRO, R. H.; GABRIELLI, M. F. R. Incidência e etiologia das fraturas faciais na região de Araraquara. **Folha Med**, Rio de Janeiro, v. 114, p. 93-95, 1997. Suplemento 3.

ARBENZ, G. O. **Medicina legal e antropologia forense**. Rio de Janeiro. São Paulo: Livraria Atheneu, 1988. 562 p.

* De acordo com ABNT NBR-6023: 2000. Abreviatura de periódicos segundo Bases de Dados MEDLINE.

BAMJEE, Y.; LOWNIE, J. F.; CLEATON-JONES, P. E.; LOWNIE, M. A.
Maxillofacial injuries in a group of South Africans under 18 years of age. **Br J Oral Maxillofac Surg**, Edinburgh, v. 34, n. 4, p. 298-302, Aug. 1996.

BATAINEH, A. B. Etiology and incidence of maxillofacial fractures in the north of Jordan. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 86, n. 1, p. 31-35, July 1998.

BECK, R. A.; BLAKESLEE, D. B. The changing picture of facial fractures. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, Chicago, v. 115, n. 7, p. 826-829, July 1989.

BELL, C. C.; JENKINS, E. J.; KPO, W.; RHODES, H. Response of emergency rooms to victims of interpersonal violence. **Hosp Community Psychiatry**, Washington, v. 45, n. 2, p. 142-146, Feb. 1994.

BROOK, I. M.; WOOD, N. Aetiology and incidence of facial fractures in adults. **Int J Oral Surg**, Copenhagen, v.12, n. 5, p. 293-298, Oct. 1983.

BROWN, C. R. S.; CIVIL, I. D. Severe blunt assault injuries at Auckland Hospital. **Injury**, Bristol, v. 24, n. 1, p. 25-26, Jan. 1993.

CHIDZONGA, M. M. Mandibular fractures, analysis of 541 cases. **Cent Afr J Med**, Harare, v. 36, n. 4, p. 97-103, Apr. 1990.

COHEN, R. S.; PACIOS, A. R. Facial and craniofacial trauma: epidemiology, experience and treatment. **Folha Med**, Rio de Janeiro, v. 111, p. 111-116, 1995. Suplemento 2.

CORRÊA, S. Zona leste já é a mais violenta de São Paulo. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 24 maio 2001. Folha Cotidiano, p. 4.

CRIVELLO, O.; LUZ, J. G. C.; LEMOS, J. B. D.; REZENDE, J. R. V. Considérations statistiques sur les fractures isolées maxilo-faciales à São Paulo. **Rev Stomatol Chir Maxillofac**, Paris, v. 90, n. 2, p. 100-103, mars/avr. 1989.

DAVIS, J. W.; KAUPS, K. L.; CAMPBELL, S. D.; PARKS, S. N. Domestic violence and the trauma surgeon: results of a study on knowledge and education. **J Am Coll Surg**, Philadelphia, v. 191, n. 4, p. 347-353, Oct. 2000.

DRUMOND Jr., M. **Vida e morte em São Paulo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2002. 135 p.

EISKJAER, S. P.; SCHRODER, H. M.; CHARLES, A. V.; PETERSEN, K. K. Epidemiology of violence in a Danish municipality – changes in severity during the 1980s. **Dan Med Bull**, Copenhagen, v. 39, n. 1, p. 83-85, Feb. 1992.

FARIAS Jr., J. **Manual de criminologia**. 3. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2001. 566 p.

FENTON, S. J.; BOUQUOT, J. E.; UNKEL, J. H. Orofacial considerations for pediatric, adult, and elderly victims of abuse. **Emerg Med Clin North Am**, Philadelphia, v. 18, n. 3, p. 601-617, Aug. 2000.

FRAGA, P. Levantamento mapeia agressão a mulher. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 31 dez. 2001. Folha Cotidiano, p. 3.

FRIDRICH, K. L.; PENA-VELASCO, G.; OLSON, R. A. J. Changing trends with mandibular fractures: a review of 1,067 cases. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 50, n. 6, p. 586-589, June 1992.

FRUGOLI, U. O. **Avaliação dos danos do complexo maxilomandibular provocados por violência interpessoal**: análise comparativa entre os pareceres odontológicos e os laudos médicos emitidos pelo Instituto Médico Legal de São Paulo nos anos de 1993 e 1998. 2000. 74 f. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GREENE, D.; RAVEN, R.; CARVALHO, G.; MAAS, C. S. Epidemiology of facial injury in blunt assault – determinants of incidence and outcome in 802 patients. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, Chicago, v. 123, n. 9, p.923-928, Sept. 1997.

GUTH, A. A.; PACHTER, L. Domestic violence and the trauma surgeon. **Am J Surg**, Belle Mead, v. 179, n. 2, p.134-140, Feb. 2000.

HAUG, R. H.; PRATHER, J.; INDRESANO, A. T. An epidemiologic survey of facial fractures and concomitant injuries. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 48, n. 9, p. 926-932, Sept. 1990.

HAYMOND, C.; NICHOLSON, C.; KIYAK, H. A.; TRIMBLE, D. Age differences in responses to facial trauma. **Spec Care Dent**, Chicago, v. 8, n. 3, p. 115-118, May/June 1988.

HITCHIN, A. D.; SHUKER, S. T. Sociological aspects of maxillofacial injuries in the East of Scotland. **Proc R Soc Med**, London, v. 66, n. 7, p. 699-700, July 1973.

HOGG, N. J. V.; STEWART, T. C.; ARMSTRONG, J. E. A.; GIROTTI, M. J. Epidemiology of maxillofacial injuries at trauma hospitals in Ontario, Canada, between 1992 and 1997. **J Trauma**, Baltimore, v. 49, n. 3, p. 425-432, Sept. 2000.

HOLT, G. R. A commentary on violence. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, Chicago, v. 118, n. 6, p. 580-583, June 1992.

HOURY, D.; FELDHAUS, K. M.; NYQUIST, S. R.; ABBOTT, J.; PONS, P. T. Emergency department documentation in cases of intentional assault. **Ann Emerg Med**, Irving, v. 34, n. 6, p. 715-719, Dec. 1999.

HUSSAIN, K.; WIJETUNGE, D. B.; GRUBNIC, S.; JACKSON, I. T. A comprehensive analysis of craniofacial trauma. **J Trauma**, Baltimore, v. 36, n. 1, p. 34-47, Jan. 1994.

HUTCHISON, I. L.; MAGENNIS, P.; SHEPHERD, J. P.; BROWN, A. E. The BAOMS United Kingdom survey of facial injuries part 1: aetiology and the association with alcohol consumption. **Br J Oral Maxillofac Surg**, Edinburgh, v. 36, n. 1, p. 3-13, Feb. 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2001.

Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 07 set. 2002.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R. Acidentes e atos de violência no Brasil: apresentação. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 31, p. 1-4, 1997.

Suplemento 4.

KAMINSKI, K.; QUEIROZ, P.; MENDONÇA, R.; SHELP, D.; COUTINHO, L.; SOARES, L.; PACELLI, M.; LORES, R. J. A explosão da periferia. **Veja**, São Paulo, 24 jan. 2001. Edição 1.684, ano 34, n. 3, p.86-93.

KEY, S. J.; THOMAS, D. W.; SHEPHERD, J. P. The management of soft tissue facial wounds. **Br J Oral Maxillofac Surg**, Edinburgh, v. 33, n. 2, p. 76-85, Apr. 1995.

KHAN, A. A. A retrospective study of injuries to the maxillofacial skeleton in Harare, Zimbabwe. **Br J Oral Maxillofac Surg**, Edinburgh, v. 26, n. 5, p. 435-439, Oct. 1988.

KIESER, J.; STEPHENSON, S.; LISTON, P. N.; TONG, D. C.; LANGLEY, J. D. Serious facial fractures in New Zealand from 1979 to 1998. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v. 31, n. 2, p. 206-209, Apr. 2002.

KRUG, E. G.; SHARMA, G. K.; LOZANO, R. The global burden of injuries. **Am J Public Health**, Washington, v. 90, n. 4, p. 523-526, Apr. 2000.

LE, B. T.; DIERKS, E. J.; UEECK, B. A.; HOMER, L. D.; POTTER, B. F. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 59, n. 11, p. 1277-1284, Nov. 2001.

LINDENBAUM, G. A.; CARROLL, S. F.; DASKAL, I.; KAPUSNICK, R.

Patterns of alcohol and drug abuse in an urban trauma center: the increasing role of cocaine abuse. **J Trauma**, Baltimore, v. 29, n. 12, p. 1654-1658, Dec. 1989.

LODUCCA, F. E. **Estudo epidemiológico dos traumatismos de face, causados por acidentes de trânsito, em um serviço de cirurgia e traumatologia buco maxilo facial do município de São Paulo**. 1997. 75 f.

Tese (Doutorado em Diagnóstico Bucal) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MACCALLUM, H.; MORRISON, A.; STONE, D. H.; MURRAY, K. Non-fatal head injury among Scottish young people: the importance of assault. **J Epidemiol Community Health**, London, v.54, n. 1, p. 77-78, Jan. 2000.

MACKENZIE, E. J. Epidemiology of injuries: current trends and future challenges. **Epidemiol Rev**, Baltimore, v. 22, n. 1, p. 112-119, 2000.

MINAYO, C. O contrário da violência não é não violência. É cidadania. **Jornal do CREMESP**, São Paulo, n. 180, p. 4, ago. 2002.

MURAOKA, M.; NAKAI, Y. Twenty years of statistics and observation of facial bone fracture. **Acta Otolaryngol Suppl**, Oslo, v. 538, p. 261-265, 1998. Suplemento.

NASCIMENTO, V. P.; VESSANI, R. M.; ALVES, M. R.; JOSÉ, N. K.

Aspectos epidemiológicos de 158 casos de traumatismo facial, atendidos no pronto socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Rev Med (Sao Paulo)**, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 31-36, jan./mar. 1996.

OCHS, H. A.; NEUENSCHWANDER, M. C.; DODSON, T. B. Are head, neck and facial injuries markers of domestic violence? **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 127, n. 6, p. 757-761, June 1996.

PALMA, V. C.; LUZ, J. G. C.; CORREIA, F. A. S. Freqüência de fraturas faciais em pacientes atendidos num serviço hospitalar. **Rev Odontol Univ Sao Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 121-126, abr./jun. 1995.

PERCIACCANTE, V. J.; OCHS, H. A.; DODSON, T. B. Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 57, n. 7, p. 760-763, July 1999.

SALEM, J. E.; LILLY, G. E.; CUTCHER, J. L.; STEINER, M. Analysis of 523 mandibular fractures. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, St Louis, v. 26, n. 3, p. 390-395, Sept. 1968.

SÃO PAULO (Estado). Prefeitura da Cidade de São Paulo. **Mapa com as regiões administrativas da cidade.**

Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/guia_de_informacoes/guia_da_cidade/mapa_s.asp>. Acesso em 07 set. 2002.

SCHRODER, H. M.; PETERSEN, K. K.; EISKJAER, S. P.; CHARLES, A. V. Epidemiology of violence in a Danish municipality - changes in severity during the 1980s. **Dan Med Bull**, Copenhagen, v. 39, n. 1, p.81-83, Feb. 1992.

SHEPHERD, J. P.; ROBINSON, L.; LEVERS, B. G. H. Roots of urban violence. **Injury**, Bristol, v. 21, n. 3, p. 139-141, May 1990a.

SHEPHERD, J. P.; SIVARAJASINGAM, V.; RIVARA, F. P. Using injury data for violence prevention. Government proposal is an important step towards safer communities. **BMJ**, London, v. 321, n. 7275, p. 1481-1482, Dec. 2000.

SHEPHERD, J. P.; AL-KOTANY, M. Y.; SUBADAN, C.; SCULLY, C. Assault and facial soft tissues injuries. **Br J Plast Surg**, Edinburgh, v. 40, n. 6, p. 614-619, Nov. 1987.

SHEPHERD, J. P.; ALI, M. A.; HUGHES, A. O.; LEVERS, B. G. H. Trends in urban violence: a comparison of accident department and police records. **J R Soc Med**, London, v. 86, n. 2, p.87-88, Feb. 1993.

SHEPHERD, J. P.; SCULLY, C.; SHAPLAND, M.; IRISH, M.; LESLIE, I. J. Assault: characteristics of victims attending an inner-city hospital. **Injury**, Bristol, v. 19, n. 3, p. 185-190, May 1988.

SHEPHERD, J. P.; SHAPLAND, M.; PEARCE, N. X.; SCULLY, C. Pattern, severity and aetiology of injuries in victims of assault. **J R Soc Med**, London, v. 83, n. 2, p. 75-78, Feb. 1990b.

SILVA, N. da. Fracturas da face. **Rev Port Estomatol Cir Maxilofac**, Lisboa, v. 9, n. 1, p. 35-73, jul./dez. 1968.

STAINBROOK, E. Trauma and human violence. **J Trauma**, Baltimore, v. 10, n. 1, p. 25-31, Jan. 1970.

STROM, C. Injuries due to violent crimes. **Med Sci Law**, London, v. 32, n. 2, p. 123-132, Apr. 1992.

STROM, C.; JOHANSON, G.; NORDENRAM, A. Facial injuries due to criminal violence: a retrospective study of hospital attenders. **Med Sci Law**, London, v. 32, n. 4, p. 345-353, Oct. 1992.

STROM, C.; HULTIN, M.; NORDENRAM, A.; RAMSTROM, G. Jaw fractures in Stockholm 1988-90 – Changing trends in injury dynamics over a 10 year interval. **Swed Dent J**, Stockholm, v. 20, n. 6, p. 221-226, 1996.

TANAKA, N.; TOMITSUKA, K.; SHIONOYA, K.; ANDOU, H.; KIMIJIMA, Y.; TASHIRO, T.; AMAGASA, T. Aetiology of maxillofacial fracture. **Br J Oral Maxillofac Surg**, Edinburgh, v. 32, n. 1, p. 19-23, Feb. 1994.

TELFER, M. R.; JONES, G. M.; SHEPHERD, J. P. Trends in the aetiology of maxillofacial fractures in the United Kingdom (1977-1987). **Br J Oral Maxillofac Surg**, Edinburgh, v. 29, n.4, p. 250-255, Aug. 1991.

THE VIOLENT AMERICANS. **TIC**, Albany, v. 28, n. 11, p. 5, Nov. 1969.

THORN, J. J.; MOGELTOFT, M.; HANSEN, P. K. Incidence and aetiological pattern of jaw fractures in Greenland. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v. 15, n. 4, p. 372-379, Aug. 1986.

VAN BEEK, G. J.; MERKX, C. A. Changes in the pattern of fractures of the maxillofacial skeleton. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v. 28, n. 6, p. 424-428, Dec. 1999.

VAN HOOFF, R. F.; MERKX, C. A.; STEKELENBURG, E. C.. The different patterns of fractures of the facial skeleton in four European countries. **Int J Oral Surg**, Copenhagen, v. 6, n. 1, p. 3-11, Feb. 1977.

VETTER, J. D.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H.; SMITH, D. G. Facial fractures occurring in a medium-sized metropolitan area: recent trends. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v. 20, n. 4, p. 214-216, Aug. 1991.

VOSS, R. The aetiology of jaw fractures in Norwegian patients. **J Maxillofac Surg**, Stuttgart, v. 10, n. 3, p. 146-148, Aug. 1982.

ZACHARIADES, N.; PAPAVALASSILIOU, D. The pattern and aetiology of maxillofacial injuries in Greece. A retrospective study of 25 years and a comparison with other countries. **J Craniomaxillofac Surg**, New York, v. 18, n. 6, p. 251-254, Aug. 1990.

ZACHARIADES, N.; KOUMOURA, F.; KONSOLAKI-AGOURIDAKI, E. Facial trauma in women resulting from violence by men. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 48, n. 12, p. 1250-1253, Dec. 1990.

SUMMARY

ORAL AND MAXILLOFACIAL TRAUMA IN ASSAULT: A STUDY IN A HOSPITAL ON THE OUTSKIRTS OF SÃO PAULO

There has been an expressive increase in all forms of violence in today's society, specially the physical violence, which most of the times affects the face. This study aimed to review the charts of 493 patients victims of assault seen between december 2000 and november 2001 at the Hospital Municipal Dr. Alípio Corrêa Netto, a hospital serving the east part of São Paulo, a socially deprived area. We recorded data concerning gender, race, age, month, day and time of the day when the incidents occurred, types of violence, sites affected, soft tissue injuries, bone and dental fractures, concomitant injuries, interval between the incident and the hospital attendance, outcome of patients, and police involvement. White males in the 21-30 age group accounted for the majority of cases, with punches being the most common mechanisms of injuries. Patients mostly attended in the month of January, on Mondays and in the afternoons. The middle face was mostly affected and the nasal bones most frequently injured. More right sided than left sided zygomatic complex and mandibular fractures were seen, and in the mandible the body region was more usually fractured. Head and neck were

the sites where more frequently concomitant injuries occurred. The majority of patients presented to hospital until twenty four hours after the incident. Also, most of the patients didn't require hospital admission after first attendance was rendered. Only a minority of victims decided to report the case to the police.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial da presente obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte e comunicada, ao autor, a referência em que consta a citação.

Marco Aurelio Fernandes dos Santos

Assinatura

Universidade de São Paulo

Faculdade de Odontologia

Departamento de Prótese, Cirurgia e Traumatologia

Buco Maxilo Faciais

São Paulo, outubro de 2002

Endereço: R: Pedro José Peres 50

CEP: 03058-050

E-mail: mensagem.marco@uol.com.br

marcoafs@usp.br