
Artigo Original

Epidemiologia dos traumas bucomaxilofaciais: análise de laudos periciais do Instituto Médico Legal de Salvador, Bahia, 2007 a 2013

Epidemiology of oral and maxillofacial trauma: analysis of expert reports from the Instituto Médico Legal de Salvador, Bahia, 2007 to 2013



<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i2.7213>

Tânia Adas Saliba¹, Isabella de Andrade Dias¹,
Fernando Yamamoto Chiba^{1*}, Artênio José Ísper
Garbin¹, Cléa Adas Saliba Garbin¹

RESUMO

Objetivo: Realizar um levantamento das lesões corporais do complexo bucomaxilofacial registradas no Instituto Médico Legal de Salvador, Bahia, para estabelecer o perfil epidemiológico das ocorrências. **Materiais e métodos:** Análise documental de 3600 laudos emitidos entre 2007 e 2013. Avaliou-se as características sociodemográficas do periciado, etiologia da ocorrência, região anatômica e tipo de tecido afetado, agente etiológico, dano e resultante. **Resultados:** Os traumas bucomaxilofaciais tiveram como principal etiologia as agressões (74,18%), envolvendo na maioria dos casos homens (56,06%), adultos jovens (80,72%), acometendo a região dental (61%), por meio de agentes contundentes (92,72%), resultando

em danos (86,57%) classificados como leves (51,60%). Houve associação significativa ($p < 0,05$) entre a etiologia da ocorrência e as variáveis sexo, faixa etária, área residencial, região anatômica acometida, tipo de tecido afetado, agente etiológico, dano e resultante. Observou-se alta prevalência de ocorrências de violência doméstica contra mulheres, enquanto os acidentes de trânsito apresentaram uma tendência crescente de casos que resultaram em lesões graves. **Conclusão:** Agressões e acidentes de trânsito representam as principais causas de traumas e este conhecimento pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias preventivas, além de conscientizar a sociedade sobre o problema, visando reduzir a violência, as mortes, os ferimentos e as incapacitações potencialmente evitáveis.

Palavras-chave: Odontologia Legal; Epidemiologia; Ferimentos e Lesões; Prova Pericial.

ABSTRACT

Objective: To perform a survey of the maxillofacial lesions registered at the Medical Legal Institute of Salvador, Bahia, to establish the epidemiological profile of the occurrences. **Material and methods:** Documentary analysis of 3600 reports issued between 2007 and 2013. Sociodemographic characteristics, etiology of the occurrence, anatomical region and type of tissue affected, etiological agent, damage and result were evaluated. **Results:** The main etiology of maxillofacial trauma was aggression (74.18%), involving in most cases men (56.06%), young adults (80.72%), affecting the dental region (61%), using blunt agents (92.72%), resulting in damage (86.57%) classified as mild (51.60%).

¹ Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Araçatuba, SP, Brasil

***Autor correspondente:** Departamento de Preventiva e Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Rua José Bonifácio, no 1193, CEP:16015-050 - Araçatuba, SP.

E-mail: fernando.chiba@unesp.br

Submetido: 15.07.2020

Aceito: 03.12.2020

There was a significant association ($p < 0.05$) between the etiology of the occurrence and the variables gender, age group, residential area, affected anatomical region, type of tissue affected, etiologic agent, damage and result. There was a high prevalence of occurrences of domestic violence against women, while traffic accidents showed an increasing trend in cases that resulted in serious injuries. **Conclusion:** Assaults and traffic accidents represent the main causes of trauma and this knowledge can contribute to the development of preventive strategies, in addition to raising society's awareness of the problem, aiming to reduce violence, deaths, injuries and potentially preventable disabilities.

Keywords: Forensic Dentistry; Epidemiology; Wounds and Injuries; Expert Testimony.

INTRODUÇÃO

A identificação e o diagnóstico de lesões bucomaxilofaciais são atividades fundamentais realizadas por médicos e odontologistas em análises periciais. Esses traumas estão comumente relacionados a agressões, quedas e impactos acidentais, práticas desportivas e acidentes de trânsito¹.

Entre as principais causas de lesões envolvendo o complexo bucomaxilofacial estão as ocorrências de violência e agressão, podendo resultar em fraturas, contusões, queimaduras e lesões dentárias^{2,3}. Um estudo de revisão identificou índices variáveis de traumatismo maxilofacial causado por violência física e agressões contra mulheres, em diversas localidades, com prevalências variando entre 24,4% e 81,0%⁴. Pesquisa conduzida no estado de São Paulo, a partir da análise de 1844 registros de ocorrências de agressões domésticas, verificou que 38,7% das lesões corporais identificadas localizavam-se na região de cabeça e pescoço³. Dados do Departamento de Polícia Técnica da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia demonstraram que ocorreram 218 casos de traumas faciais em Salvador, Bahia, no ano de 2008, sendo a agressão física a principal causa, envolvendo principalmente adultos jovens do sexo feminino⁵.

Os acidentes de trânsito também representam um fator preocupante em relação à ocorrência e gravidade dos traumas do complexo bucomaxilofacial. Mesmo com as estratégias

educativas e com a aplicação de medidas legislativas, como o uso obrigatório de cinto de segurança e multas por ultrapassar o limite de velocidade e conduzir embriagado, estes acidentes continuam sendo um relevante fator etiológico do trauma facial⁶.

Convém salientar que os indivíduos acometidos por traumas envolvendo a região bucomaxilofacial podem sofrer consequências de diferentes graus de severidade, incluindo lesões graves com comprometimento do crânio, coluna vertebral, entre outras lesões corporais^{7,8}. Desse modo, compreende-se que a epidemiologia das fraturas faciais pode variar quanto ao tipo, gravidade e causa, dependendo dos fatores de risco e das diferenças culturais que caracterizam a população estudada^{9,10}. Assim, torna-se fundamental a realização de estudos que avaliem o perfil epidemiológico dos traumas bucomaxilofaciais e seus fatores associados em diferentes localidades, visando desenvolver ações e estratégias preventivas eficazes. Destaca-se que os traumas bucomaxilofaciais e suas sequelas estão frequentemente associados a morbidade grave, perda de função, desfiguração estética e elevado custo financeiro de tratamento e reabilitação, representando um importante problema para os serviços de saúde¹¹. Considerando a variabilidade dos aspectos envolvidos na epidemiologia dos traumas bucomaxilofaciais e os possíveis prejuízos causados à qualidade de vida do indivíduo, o objetivo neste estudo foi realizar um levantamento das lesões corporais do complexo bucomaxilofacial registradas por peritos do Instituto Médico Legal de Salvador, Bahia, para estabelecer o perfil epidemiológico das ocorrências.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico-descritivo transversal realizado por meio da investigação de dados contidos em laudos odontológicos emitidos pelo Instituto Médico Legal (IML) Nina Rodrigues, Salvador, Bahia.

Foram analisados os laudos que estavam no Departamento de Odontologia Forense do IML, referentes aos casos registrados no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2013. Foram excluídos do estudo os laudos incompletos e aqueles referentes a lesões por ação profissional. A consulta aos registros foi realizada nas

dependências do IML e as variáveis de interesse foram transcritas em um formulário específico.

As variáveis investigadas foram: sexo (feminino; masculino), faixa etária (crianças de 0 a 9 anos; adolescentes de 10 a 19 anos; adultos de 20 a 59 anos; idosos de 60 anos ou mais), naturalidade (soteropolitano; não soteropolitano; não informado), área residencial (centro; periferia; outros; não informado), estado civil (solteiro; casado; convivente; divorciado; viúvo; não informado), profissão (aposentado; autônomo; desempregado; “do lar”; estudante; funcionário privado; funcionário público; não informado), etiologia do dano com base no histórico policial ou pela natureza da lesão no laudo pericial (agressão física: brigas entre parentes, amásios, maridos, assaltos, maus-tratos, lesão corporal dolosa, culposa e recíproca, arma de fogo, arma branca; acidentes de trânsito: atropelamentos e colisões entre carros, motos e bicicletas; outros: intoxicação, injúria real, queda, água fervente, queimadura em fogão), violência em casos de agressão (familiar; não familiar), agente etiológico (contundente; cortante; corto-contundente; lácerocontundente; perfurante; perfuro-contundente; perfuro-cortante; químico; outros), região da face lesionada (frontal; temporal; occipital; parietal; pescoço; parotidomassetérica; nasal; infra orbital; orbital; zigomática; mandibular; mentoniana; bucal; dental; outros - para os casos de mordidas em outros locais do corpo, pois tais lesões são de competência odontológica), tipo de tecido lesionado (lesões de tecido mole; lesões de tecido duro; ambos), traumatismos dento-alveolares (sim; não), lesões dentais (fratura coronária; fratura coronária com exposição pulpar; fratura coronária e radicular; fratura radicular; fratura do processo alveolar), lesões periodontais (contusão; subluxação; luxação intrusiva; luxação extrusiva; luxação lateral; avulsão), dano (sim - quando houveram elementos que afirmem; não), resultante (lesões leves: sem resultantes de debilidade, deformidade ou incapacidade; lesões graves: incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias, perigo de vida, debilidade permanente de membro, sentido ou função; lesões gravíssimas: incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, deformidade permanente; não caracterizada; há necessidade de exames complementares para completar o laudo).

Para análise estatística foram construídas tabelas de contingência e realizado o teste de qui-quadrado (χ^2) para igualdade de proporções entre os estratos. Também foram construídas tabelas de contingência de dupla entrada e a independência foi testada por meio dos testes χ^2 e da razão de verossimilhanças (G^2), sendo definido o uso do coeficiente V de Cramer para quantificação da associação. O processamento dos dados foi realizado por meio do programa estatístico SAS (Statistical Analysis System), adotando-se o nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP (CAAE nº 22931114.0.0000.5420) em 30/05/2014, e conduzido de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Sa

RESULTADOS

Do total de 3600 registros analisados, verificou-se que 3455 laudos correspondiam aos critérios de inclusão do estudo. Verificou-se que a agressão foi a principal etiologia das ocorrências registradas e que estas têm apresentando uma redução gradual ao longo dos anos, em contraste com o aumento dos casos de ocorrências de trânsito. Os registros decorrentes de outras etiologias foram pouco recorrentes, atingindo um percentual inferior a 2% do total dos laudos (Tabela 1).

Conforme demonstrado na tabela 2, constatou-se que a maioria das ocorrências registradas envolviam indivíduos do sexo masculino (n=1937; 56,06%), com idade entre 20 e 59 anos (n=2789; 80,72%), soteropolitanos (n=2179; 63,07%), e residentes em áreas de periferia (n=2112; 61,13%). Houve associação significativa ($p < 0,05$) entre a etiologia da ocorrência e as variáveis sexo, faixa etária e área residencial (Tabela 2). Verificou-se que, tanto em homens quanto em mulheres, as agressões foram as ocorrências mais frequentes, entretanto, é mais recorrente em mulheres, ultrapassando 80% destas. As agressões foram os registros mais prevalentes em todas as faixas etárias, principalmente entre os adultos jovens, ultrapassando 70% destes. A periferia é a área residencial na qual concentrou-se o maior número de ocorrências de agressão.

Tabela 1. Distribuição absoluta e percentual dos tipos de ocorrência ao longo dos anos. Salvador, Bahia, 2007 a 2013.

Ano	Tipo de ocorrência						Total	
	Agressão		Acidente de trânsito		Outros		n	%
	n	%	n	%	n	%		
2007	549	79,11	134	19,31	11	1,59	694	100,00
2008	434	78,20	114	20,54	7	1,26	555	100,00
2009	368	77,31	104	21,85	4	0,84	476	100,00
2010	358	73,51	123	25,26	6	1,23	487	100,00
2011	290	67,44	126	29,30	14	3,26	430	100,00
2012	279	68,55	126	30,96	2	0,49	407	100,00
2013	285	70,20	116	28,57	5	1,23	406	100,00
Total	2563	74,18	843	24,40	49	1,42	3455	100,00

Tabela 2. Relação entre as características sociodemográficas dos periciados e a etiologia das ocorrências. Salvador, Bahia, 2007 a 2013.

Variáveis	Etiologia da ocorrência						Total	
	Agressão		Trânsito		Outros		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Sexo ($\chi^2=75,75$; GL=2; $p=0,0001$; V de Cramer=0,1481)								
Feminino	1218	80,24	267	17,59	33	2,17	1518	100,00
Masculino	1345	69,44	576	29,74	16	0,83	1937	100,00
Total	2563	74,18	843	24,40	49	1,42	3455	100,00
Faixa etária ($\chi^2=237,52$; GL=6; $p=0,0001$; V de Cramer=0,1854)								
0 a 9 anos	37	41,11	36	40,00	17	18,89	90	100,00
10 a 19 anos	403	77,35	109	20,92	9	1,73	521	100,00
20 a 59 anos	2088	74,87	681	24,42	20	0,72	2789	100,00
≥ 60 anos	35	63,64	17	30,91	3	5,45	55	100,00
Total	2563	74,18	843	24,40	49	1,42	3455	100,00
Naturalidade ($\chi^2=8,29$; GL=4; $p=0,0814$; V de Cramer=0,0346)								
Soteropolitano	1633	74,94	511	23,45	35	1,61	2179	100,00
Não soteropolitano	908	72,64	329	26,32	13	1,04	1250	100,00
Não informado	22	84,62	3	11,54	1	3,85	26	100,00
Total	2563	74,18	843	24,40	49	1,42	3455	100,00
Área residencial ($\chi^2=19,79$; GL=6; $p=0,0030$; V de Cramer=0,0535)								
Centro	504	80,25	114	18,15	10	1,59	628	100,00
Periferia	1551	73,44	534	25,28	27	1,28	2112	100,00
Outros	476	70,62	186	27,60	12	1,78	674	100,00
Não informado	32	78,05	9	21,95	0	0,00	41	100,00
Total	2563	74,18	843	24,40	49	1,42	3455	100,00

GL: Graus de liberdade

Conforme demonstrado na tabela 3, foram informados 233 casos de violência familiar, correspondendo a menos de 10% do total de casos de agressão. Verificou-se que a maioria das ocorrências envolviam vítimas do sexo feminino, em idade adulta, sem informação sobre o estado civil e com ocupação no setor privado. Houve associação significativa ($p < 0,05$) entre as ocorrências de violência familiar e as variáveis sexo, faixa etária e ocupação.

Verificou-se um predomínio do acometimento da região dental (61%) no registro das ocorrências informadas. Houve associação significativa ($p < 0,05$) entre a região anatômica afetada e o tipo de ocorrência. Entre os casos registrados como agressão, destacaram-se as regiões dental, bucal e mandibular como as mais acometidas. Similarmente, estas mesmas regiões também foram as mais

afetadas nos registros de acidentes de trânsito.

Os laudos revelaram alta prevalência de lesões dentoalveolares, presentes em 68% das ocorrências registradas. Nas três categorias de ocorrência verificou-se predomínio de casos de comprometimento dentoalveolar, com associação significativa ($p < 0,05$) e maior proporção nos acidentes de trânsito (79%), seguido das agressões (64%). Observou-se que as lesões dentais ocorreram em 1144 dos casos de lesões dentoalveolares registrados, destacando-se o elevado número de fraturas coronárias com comprometimento pulpar ($n=503$). As lesões periodontais ocorreram em 1439 dos casos de lesões dentoalveolares e os tipos mais recorrentes foram a avulsão e a subluxação, representando, em conjunto, mais de 65% das lesões periodontais registradas.

Tabela 3. Relação entre as características sociodemográficas dos periciados e ocorrência de violência familiar. Salvador, Bahia, 2007 a 2013.

Variáveis	Ocorrência de violência familiar	
	n	%
Sexo ($\chi^2=115,51$; GL=1; $p=0,0001$; V de Cramer=0,1828)		
Feminino	181	77.68
Masculino	52	22.32
Total	233	100.00
Faixa etária ($\chi^2=49,13$; GL=3; $p=0,0001$; V de Cramer=0,1192)		
0 a 9 anos	22	9.44
10 a 19 anos	27	11.59
20 a 59 anos	183	78.54
≥ 60 anos	1	0.43
Total	233	100.00
Estado civil ($\chi^2=5,68$; GL=3; $p=0,1282$; V de Cramer=0,0405)		
Casado	28	12.02
Divorciado	5	2.15
Solteiro	6	2.58
Não informado	194	83.26
Total	233	100.00
Ocupação ($\chi^2=34,52$; GL=7; $p=0,0001$; V de Cramer=0,1000)		
Aposentado	2	0.86
Autônomo	48	20.60
Desempregado	4	1.72
Do lar	37	15.88
Estudante	42	18.03
Funcionário Privado	71	30.47
Funcionário Público	10	4.29
Não informado	19	8.15
Total	233	100.00

GL: Graus de liberdade

Houve associação significativa entre a etiologia da ocorrência e as características referentes à lesão, agente etiológico, dano e resultante do evento. Observou-se que no caso de lesão de tecidos moles, mais de 90% dos casos decorre de agressões, enquanto nas lesões de tecidos duros há um relativo aumento nos casos de acidentes de trânsito. Em relação aos agentes etiológicos, verificou-se que em todas as categorias há predomínio de agentes contundentes. Notou-se um aumento de registros nos quais não há elementos para afirmar se houve danos no caso das ocorrências de trânsito. Nos casos de agressão houve uma maior proporção das resultantes leve e necessita de exame complementar em relação às demais ocorrências

DISCUSSÃO

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), para o período de 2002-2020, indicam aumento na mortalidade por causas externas em países de baixa e média renda, principalmente em decorrência dos acidentes de trânsito e da violência, ocorrências que geram grandes custos para os setores da saúde e da economia¹². Neste estudo, ao longo do período avaliado, houve uma diminuição gradual do número de casos de violência, entretanto, observou-se que este tipo de ocorrência foi responsável por mais de dois terços dos registros realizados em todos os anos. A literatura corrobora a predominância da violência como a principal causa de lesões bucomaxilofaciais, mesmo em países desenvolvidos¹³. É possível sugerir que esta redução nos casos de violência seja decorrente de intervenções integradas de segurança pública, evidenciando a importância do desenvolvimento de medidas de prevenção e controle da violência, incluindo políticas públicas e ações programáticas de saúde.

Os acidentes de trânsito também se apresentaram como uma das causas mais frequentes de trauma bucomaxilofacial, representando, aproximadamente, um quarto das ocorrências. Outro estudo identificou proporção ainda mais elevada dos acidentes de trânsito em relação as demais causas de trauma e, similarmente aos achados da presente pesquisa, observaram maior prevalência em indivíduos adultos do sexo masculino¹⁴. Por outro lado, verificou-se que

dentre as ocorrências de agressão, há maior recorrência de casos entre os indivíduos do sexo feminino, ultrapassando 80% das ocorrências relacionadas às mulheres. Tal situação torna-se ainda mais evidente ao considerar os casos caracterizados como agressão familiar, em que o número de ocorrências em indivíduos do sexo feminino é cerca de 3,5 vezes maior do que o do sexo masculino. Esta forma de violência, que ocorre no âmbito privado das famílias e do próprio lar, tem recebido especial atenção sobre a importância de estratégias de vigilância para nortear o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento da violência contra as mulheres¹⁵. É possível aventar a existência de diversos fatores que contribuem para a perpetuação desse tipo de violência, tais como dependência financeira, medo, filhos, insegurança, de modo que muitas vítimas necessitam de ajuda para se libertar dessa condição. Neste sentido, é de fundamental importância o estabelecimento de protocolos de registro das ocorrências, assim como a promoção da sensibilização de gestores, profissionais e estudantes da área da saúde para a importância da notificação e adoção rigorosa dos critérios para coleta de dados¹⁶.

Os indivíduos jovens em idade adulta constituíram a faixa etária mais prevalente em todas as etiologias dos traumas bucomaxilofaciais. Isto pode ser devido ao fato de que jovens adultos geralmente participam de atividades que demandam maior capacidade física, utilizam frequentemente veículos automobilísticos, e fazem parte de grupo de risco em relação às consequências do consumo de álcool¹⁷. Assim, evidencia-se a necessidade da implementação e manutenção de ações de educação em saúde, como possível estratégia para prevenir o uso abusivo de bebidas alcoólicas e conscientizar a população sobre a gravidade de suas consequências.

No presente estudo, quanto a naturalidade dos indivíduos envolvidos nas ocorrências, como esperado, ocorreu predomínio dos soteropolitanos em todos os tipos de ocorrência, entretanto, houve uma parcela significativa de não soteropolitanos, o que pode ser justificado pelo fluxo contínuo de turistas que visitam a cidade e pela migração de moradores do interior do estado em direção à capital. Em relação à área residencial, houve maior prevalência de ocorrências envolvendo moradores da periferia, e é possível sugerir que

isto esteja relacionado ao fato de que esta parte da cidade apresenta uma densidade populacional muito superior à região central.

Os agentes etiológicos contundentes foram responsáveis pela ampla maioria das causas dos traumas, reforçando os achados de estudos que apontam os acidentes de trânsito ou violência doméstica como situações em que o trauma por força contundente na área facial é frequentemente presente¹⁸. É importante considerar que cerca de 7% dos registros não apresentavam elementos suficientes para afirmar a ocorrência de dano, sendo a maior parte destas registradas como agressão. Isto evidencia o papel fundamental dos peritos de saúde na identificação e notificação dos sinais de violência, evitando sua perpetuação e agravamento.

Nesta pesquisa houve observou-se predomínio de lesões leves, similarmente ao observado em outros estudos que avaliaram crianças, mulheres e idosos¹⁹⁻²¹. A maior parte das lesões graves e gravíssimas registradas também foram decorrentes de agressões, o que pode ser explicado pelo grande número de registros deste tipo de ocorrência, entretanto, nota-se que estas lesões atingem proporções significativas entre os acidentes de trânsito, constituindo a maioria das lesões resultantes. Estudo que analisou a prevalência de trauma maxilofacial em pacientes gravemente feridos, após acidente de trânsito, corrobora a severidade dos danos resultantes deste tipo de ocorrência, incluindo a combinação frequente de traumas bucomaxilofaciais com lesões traumáticas no cérebro e na coluna cervical²². Assim, é possível sugerir que somente o uso de medidas punitivas, como a aplicação de multas e a suspensão da carteira nacional de habilitação não são suficientes para reduzir os acidentes de trânsito, salientando a importância das campanhas de conscientização e educação no trânsito para reduzir o número de vítimas, bem como da atualização constante e sistemática das estatísticas dos acidentes de trânsito, que são imprescindíveis para o estabelecimento de estratégias preventivas mais organizadas e eficientes.

Verificou-se que as principais regiões anatômicas afetadas foram a dental com maior significância, seguida da bucal e mandibular. Estes achados estão de acordo com os dados da literatura que demonstram uma importante associação entre trauma dental e ocorrências de violência e acidentes de trânsito²³⁻²⁴. Isto pode ser

devido ao fato de que a face é uma região do corpo extremamente exposta e pouco protegida, estando mais vulnerável à ocorrência de traumas mais graves, seja de modo isolado ou associado aos politraumatismos. A associação entre a etiologia das ocorrências e a região anatômica afetada também revelou que algumas regiões, tais como a parotídea massetéica, pescoço, infraorbital, orbital e nasal, eram comprometidas, em sua grande maioria, apenas nos casos de agressões. Convém salientar que estes dados podem servir como um fator facilitador para investigação e identificação correta das ocorrências, principalmente em casos de violência doméstica contra a mulher, nos quais é comum a vítima não relatar a verdadeira origem das lesões²⁵. Em relação aos tecidos acometidos, destacaram-se as lesões que envolviam tecidos moles e duros simultaneamente, o que evidencia a ocorrência de traumas associados. É difícil comparar a distribuição dos tipos de trauma relatados em diferentes estudos porque as investigações sobre as lesões dentoalveolares são conduzidas em diferentes populações com características distintas, no entanto, na presente pesquisa, verificou-se a maioria dos envolvidos são adultos jovens, o que está de acordo com os achados de outros estudos²⁶.

A análise das características dos traumas dentais demonstrou que as fraturas coronárias simples e com exposição pulpar representavam a maioria das lesões dentais em todos os tipos de ocorrência. Nos registros de lesões envolvendo o periodonto, notou-se que as mais recorrentes foram a avulsão e a subluxação, que podem resultar em sequelas temporárias ou permanentes que afetam, de modo importante, a qualidade de vida do indivíduo.

As características descritivas do estudo e a metodologia estatística empregada, que sugere a associação entre as variáveis investigadas, podem ser consideradas limitações da pesquisa, pois não é possível determinar uma relação de causalidade entre as variáveis analisadas. A grande discrepância entre as frequências relativas das categorias observadas em determinadas análises de associação, como na relação entre a região anatômica afetada e a etiologia das ocorrências, também pode ser considerada uma limitação do estudo.

A gestão dos traumas bucomaxilofaciais é onerosa tanto para o sistema de saúde

quanto para os indivíduos acometidos, e inclui o tratamento de fraturas dos ossos da face, trauma dentoalveolar, lesões dos tecidos moles, bem como lesões associadas, principalmente da cabeça e pescoço^{27,28}. Salienta-se que o trauma bucomaxilofacial deve ser avaliado não apenas como uma situação médica ou odontológica, mas como um severo problema social e econômico. Os custos para o tratamento dos danos e reestabelecimento da saúde das vítimas podem impedir a realização de uma terapêutica adequada e dificultar a reintegração do indivíduo à sociedade.

CONCLUSÃO

O estabelecimento do perfil epidemiológico das lesões bucomaxilofaciais possibilitou identificar os fatores associados e as características dos indivíduos mais susceptíveis a esse tipo de trauma. A prevalência de lesões dentoalveolares foi alta e ressalta a importância de compreender melhor o padrão de gravidade e extensão destes traumas. As agressões e os acidentes de trânsito representam as principais causas de traumas e o conhecimento dessas situações pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias e ações para reduzir esses traumas, além de conscientizar a sociedade sobre o problema, visando prevenir a violência, as mortes, os ferimentos e as incapacitações potencialmente evitáveis.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- Gupta A, Babu AK, Bansal P, Sharma R, Sharma SD. Changing trends in maxillofacial trauma: A 15 years retrospective study in the Southern Part of Haryana, India. *Indian J Dent Res.* 2018; 29(2): 190-195.
- Saddki N, Suhaimi AA, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health.* 2010; 10:268.
- Garbin CAS, Queiroz APDG, Rovida TAS, Garbin AJI. Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Braz Dent J.* 2012; 23(1): 72-76.
- Chaves A, Guerra Lund R, Martos J, Salas M, Soares M. Prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por agressão ou violência física em mulheres adultas e os fatores associados: uma revisão de literatura. *RFO, Passo Fundo.* 2018; 23(1): 60-67.
- Santos MS, Almeida TF, Silva RA. Traumas Faciais: Um perfil epidemiológico com ênfase nas características sociais e demográficas e características da lesão, Salvador-BA, 2008. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2013; 37(4): 1003-1014.
- Choi SH, Gu JH, Kang DH. Analysis of traffic accident-related facial trauma. *J Craniofac Surg.* 2016; 27(7): 1682-1685.
- Lovich-Sapola J, Johnson F, Smith CE. Anesthetic considerations for oral, maxillofacial, and neck trauma. *Otolaryngol Clin North Am.* 2019; 52(6): 1019-1035.
- Chuang KT, Hsieh F, Liao HT. The correlation of age and patterns of maxillofacial bone fractures and severity of associated injuries caused by motorcycle accidents. *Ann Plast Surg.* 2019; 83(6): e28-e34.
- Bilgen F, Ural A, Bekerecioğlu M. Our treatment approach in pediatric maxillofacial traumas. *J Craniofac Surg.* 2019; 30(8): 2368-2371.
- Conceição LD, da Silveira IA, Nascimento GG, Lund RG, da Silva RHA, Leite FRM. Epidemiology and risk factors of maxillofacial injuries in Brazil, a 5-year retrospective study. *J Maxillofac Oral Surg.* 2018; 17(2): 169-174.
- Kieser J, Stephenson S, Liston PN, Tong DC, Langley JD. Serious facial fractures in New Zealand from 1979 to 1998. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 31(2): 206-209.
- World Health Organization (WHO). World report on road traffic injury prevention. 1. ed. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Garcez RHM, Thomaz EBAF, Marques RC, Azevedo JAP, Lopes FF. Caracterização de lesões bucomaxilofaciais decorrentes de agressão física: diferenças entre gênero. *Cien Saude Colet.* 2019; 24(3): 1143-1152.
- Marsicano JA, Cavalleri NZ, Cordeiro DM, Mori GG, Silveira JLGC, Prado RL. Epidemiology of maxillofacial trauma in a prehospital service in Brazil. *J Trauma Nurs.* 2019; 26(6): 323-327.

15. Silva EF, SEB Santos, Gomes WS, Santana AM. Violência contra a mulher: ação clínica na prevenção em saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*. 2019; 7(2): 77-87
16. Oliveira MJS, Souza A, Calvetti PU, Filippin LI. A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*. 2018; 6(2): 33-38.
17. Pita Neto IC, Franco JMPL, Junior JLA, Santana MDR, de Abreu LC, Bezerra IMP, et al. Factors associated with the complexity of facial trauma. *J Craniofac Surg*. 2018; 29(6): e562-e566.
18. Adserias-Garriga J. A review of forensic analysis of dental and maxillofacial skeletal trauma. *Forensic Sci Int*. 2019; 299: 80-88.
19. Chitheer A, Lami F, Radhi A, Arbaji A. Injuries reported by selected health facilities during the arbaeenia mass gathering at Babel Governorate, Iraq, 2014: Retrospective records analysis. *JMIR Public Health Surveill*. 2020; 6(2): e10877.
20. Sivarajasingam V, Page N, Wells J, Morgan P, Matthews K, Moore S, et al. Trends in violence in England and Wales 2010-2014. *J Epidemiol Community Health*. 2016; 70(6): 616-621.
21. Frazão SL, Silva MS, Norton P, Magalhães T. Domestic violence against elderly with disability. *J Forensic Leg Med*. 2014; 28: 19-24.
22. Pietzka S, Kämmerer PW, Pietzka S, Schramm A, Lampl L, Lefering R, et al. Maxillofacial injuries in severely injured patients after road traffic accidents-A retrospective evaluation of the traumaregister DGU® 1993-2014. *Clin Oral Investig*. 2020; 24(1): 503-513.
23. Tavares LHS, Ferreira DC, Côrtes AQ, Machado AG, Abad EC, Lourenco EJV, et al. Factors associated with dental fractures in brazilian individuals. *J Investig Clin Dent*. 2018; 9(4): e12348.
24. Rashid S, Kundi JA, Sarfaraz A, Qureshi AU, Khan A. Patterns of Mandibular Fractures and Associated Comorbidities in Peshawar, Khyber Pakhtunkhwa. *Cureus*. 2019 Sep 25;11(9):e5753.
25. Posenato GL. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(3): 451-454.
26. Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: A review of the literature. *Aust Dent J*. 2016; 61 Suppl 1:4-20.
27. Siber S, Matijević M, Sikora M, Leović D, Mumlek I, Macan D. Assessment of oro-maxillofacial trauma according to gender, age, cause and type of the injury. *Acta Stomatol Croat*. 2015; 49(4): 340-347.
28. Braun TL, Maricevich RS. Soft tissue management in facial trauma. *Semin Plast Surg*. 2017; 31(2): 73-79.