



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

de Paula Silva, Carlos José; Conceição Ferreira, Raquel; Pacheco Pinto de Paula, Liliam; Amaral Haddad, João Paulo; Mourão Moura, Ana Clara; Drummond Naves, Marcelo; Ferreira e Ferreira, Efigênia

Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: uma análise comparativa entre gêneros

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 1, enero-, 2014, pp. 127-136

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63029655014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: uma análise comparativa entre gêneros

Maxillofacial injuries as markers of urban violence: a comparative analysis between the genders

Carlos José de Paula Silva ¹
 Raquel Conceição Ferreira ¹
 Liliam Pacheco Pinto de Paula ¹
 João Paulo Amaral Haddad ²
 Ana Clara Mourão Moura ³
 Marcelo Drummond Naves ¹
 Efigênia Ferreira e Ferreira ¹

Abstract *Urban violence is a widely discussed topic in various sectors of society, either due to its impact on public health indicators and its influence on the everyday life of individuals or the constant presence of casualties in the health services. This study compares differences in victimization between the genders based on maxillofacial injuries as markers of urban violence. This is a cross-sectional study with data collected in three hospitals of reference for multiple traumatic injuries in Belo Horizonte in the state of Minas Gerais, between January 2008 and December 2010. The analysis included descriptive and multivariate statistics using logistic regression. There were records of 7,063 victims, 55.1% of which involved interpersonal violence. The majority of victims were males (71.2%). Among the male victims, firearm and knife-inflicted aggression and motorcycle accidents were more frequent than aggression without the use of a weapon. Multiple fractures were the type of injury that best characterized the profile of victimization among males compared to soft tissue injuries. Gender is an important factor in victimization resulting in maxillofacial injuries and urban violence, in which males are the main victims.*

Key words Violence, Urban zones, Maxillofacial injuries, Gender

Resumo *A violência tem sido um tema amplamente discutido em diversos setores da sociedade, quer pelo reflexo nos indicadores de segurança pública, pela influência no cotidiano dos indivíduos ou pela presença constante de vítimas nos serviços de saúde. O estudo avaliou comparativamente as diferenças de vitimização entre os gêneros a partir dos traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana. Trata-se de um estudo transversal com dados coletados em três hospitais especializados no atendimento a politraumatismos em Belo Horizonte (MG), entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010. As análises envolveram estatística descritiva e multivariada por regressão logística. Identificou-se o registro de 7.063 vítimas, sendo 55,1% de violência interpessoal. A maioria das vítimas era do sexo masculino (71,2%). Nos homens, as agressões por arma de fogo, arma branca e acidentes motocíclicos foram as mais importantes quando comparadas às agressões nuas ou sem uso de armas. As fraturas múltiplas foram o tipo de traumatismo que melhor caracterizou o perfil de vitimização para o sexo masculino comparativamente às lesões de partes moles. O gênero é um importante fator na vitimização por traumatismo maxilofacial e violência urbana, sendo que os homens são as principais vítimas.*

Palavras-chave Violência, Zonas urbanas, Traumatismos maxilofaciais, Gênero

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31.270-901 Belo Horizonte MG Brasil.

case.odo@gmail.com

² Departamento de Medicina Veterinária e Preventiva, Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais.

³ Departamento de Urbanismo, Escola de Arquitetura, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

A violência se caracteriza como um problema de saúde pública, pois é fonte de uma grande parcela da morbimortalidade, resultando em altos custos individuais e coletivos¹. Esse tema tem sido amplamente discutido em diversos setores da sociedade, quer pelo reflexo nos indicadores de segurança pública, quer pela influência no cotidiano dos indivíduos ou pela presença constante de vítimas nos serviços de saúde. No Brasil, os padrões de violência são fortemente caracterizados por eventos decorrentes de homicídios ou relacionados ao trânsito².

A violência pode resultar da concorrência de diversas variáveis que estão no entorno dos indivíduos, indo dos fatores políticos aos institucionais, passando por fatores psicológicos, econômicos, sociais e de relações humanas³. Dessa forma, a violência é um fenômeno geral e extremamente complexo permitindo variadas conceituações e podendo ser abordado em diversos níveis e em diferentes perspectivas. A violência urbana se apresenta como uma forma particular desse fenômeno. Esse tipo de violência resulta da relação dos habitantes com o espaço urbano e das relações sociais estabelecidas. Não é puramente a violência que ocorre nas cidades ou no espaço urbano, mas toda forma que deriva da organização desse espaço, e resulta dos conflitos e problemas urbanos pelas múltiplas interações entre fatores individuais e sociais^{4,5}.

No contexto da violência urbana, a cabeça e a face são regiões apontadas como predominantes nos casos de lesão traumática, estando associados ou não a lesões em outras regiões do corpo⁶. As agressões contra a face buscam a desqualificação da identidade da vítima e também atuam como fator de intimidação. Já nos casos de violência de trânsito, a face é uma região do corpo extremamente vulnerável. Esse tipo de traumatismo pode repercutir sob o ponto de vista emocional e funcional, culminando, muitas vezes, em deformidade permanente dada à exposição e à pouca proteção dessa região⁷.

Nas cidades, homens e mulheres convivem com os mesmos fatores de risco. Entretanto, características comportamentais podem impor um padrão específico para ambos. Indicadores de morbidade e mortalidade apontam situações de vitimização distintas para homens e mulheres⁸. A partir do exposto, o objetivo deste trabalho foi analisar comparativamente as diferenças de vitimização entre os gêneros a partir dos traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal com análise de dados secundários coletados nos Serviços de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Pronto Socorro João XXIII (HPS), Hospital Odilon Behrens (HOB) e Hospital Maria Amélia Lins (HMAL), em Belo Horizonte, MG. Essas unidades são hospitais de urgência e emergência especializados no atendimento a politraumatismos e referência no atendimento às vítimas de traumatismos maxilofaciais para Belo Horizonte e Região Metropolitana.

Foram incluídos todos os registros de vítimas de traumatismo maxilofacial decorrentes de violência interpessoal e de acidentes com veículos de transporte terrestre no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Traumatismos oriundos de quedas da própria altura ou de altura, sem relação com eventos de violência urbana, não foram computados. Foram excluídos todos os casos de queda de bicicleta pela dificuldade de estabelecimento de relação com eventos de violência urbana, exceto os casos de ciclistas vítimas de atropelamento, sendo classificados como tal.

Um único pesquisador extraiu as informações dos livros de registro e dos prontuários das vítimas e transcreveu-as para um formulário desenvolvido especificamente para a pesquisa. Os dados foram coletados entre os meses de outubro e dezembro de 2008 a 2010. Investigou-se a distribuição da idade das vítimas, os tipos de ocorrências, os tipos de traumatismos maxilofacial, o dia e o período do dia da ocorrência segundo o gênero das vítimas.

A idade das vítimas foi categorizada nos seguintes grupos etários: crianças (0 a 9 anos), adolescentes (10 a 19 anos), adultos jovens (20 a 29 anos), adultos (30 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais)⁹.

Os tipos de ocorrência foram classificados em agressões nuas (sem o uso de arma: tapas, socos ou chutes); agressão por arma de fogo (revólveres, pistolas ou espingardas); agressão por arma branca (faca, punhal e foice); agressão por outros meios (pedrada, paulada, agressão com barra de ferro, garrafas, copos ou outros objetos contundentes); atropelamentos (por carros, motocicletas, caminhões e ônibus), acidentes automobilísticos (carros, caminhões e ônibus) e acidentes motociclísticos (motocicletas e outros veículos ciclomotores).

Os tipos de traumatismo maxilofacial foram agrupados e classificados como: traumatismos de partes moles (edemas, hematomas, lacerações,

cortes, abrasões e perda de tecido)¹⁰; fraturas simples (apenas um traço de fratura); fraturas múltiplas (dois ou mais traços)¹¹; traumatismos dentoalveolares (sofridos nos dentes e tecidos de sustentação dos dentes)¹².

Para as variáveis período do dia e dia de ocorrência os casos foram agrupados em: diurno (entre 6:00 e 17:59) ou noturno (entre 18:00 e 5:59) e dias úteis (segunda a sexta feira) ou finais de semana (sábados e domingos) respectivamente.

As análises envolveram estatísticas descritivas, análise bivariada e análise multivariada por meio de regressão logística, sendo incluídas no modelo todas as variáveis que mostraram associação com o gênero das vítimas. Foi utilizado o procedimento *stepwise forward* para obtenção do modelo multivariado e permaneceram no modelo as variáveis com valor de $p \leq 0,05$. A força de associação entre as variáveis foi expressa em valores estimados de *odds ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95%. O software utilizado foi o Stata versão 12.0. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, do Hospital Odilon Behrens e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Resultados

Foram identificados registros de 7063 vítimas de traumatismos maxilofaciais, sendo que 55,1% foram decorrentes de violência interpessoal e 44,9% de acidentes com veículos de transporte terrestre. Entre os homens os casos de violência interpessoal representaram 40%. A maioria das vítimas (71,2%) era do gênero masculino, com média de idade de 29,6 anos ($\pm 13,8$, 1-92) e a maior parte possuía de 30 a 50 anos de idade. Observou-se um predomínio de agressão nua (47,85%) e a maior parte dos traumatismos caracterizou-se por lesões em partes moles (43,21%) e fraturas simples (31,63%). Os casos de violência se concentraram no período noturno (59,52%) e durante os dias úteis da semana (60,07%) (Tabela 1). Todas as variáveis investigadas foram significativamente associadas ao gênero na análise bivariada.

No modelo multivariado, permaneceram significativamente associadas com gênero as variáveis grupos etários, tipo de ocorrência, tipo de traumatismo maxilofacial e dia da ocorrência. Houve uma distribuição desigual das idades das vítimas de violência urbana segundo o gênero, sendo mais frequente os homens no grupo etá-

rio dos adolescentes e adultos. Independentemente do grupo etário, houve maior ocorrência de agressão por arma de fogo, por arma branca, atropelamento e acidentes motociclísticos entre vítimas no gênero masculino, comparativamente a agressão nua. Nas vítimas do gênero masculino, houve maior frequência de fraturas simples e múltiplas em relação às lesões de tecidos moles. Entre os homens, as ocorrências foram predominantemente aos finais de semana (Tabela 2).

Discussão

A distribuição desigual dos traumatismos maxilofaciais entre homens e mulheres sugerem diferenças na vitimização pela violência urbana segundo o gênero. Os homens foram maioria entre as vítimas de traumatismos maxilofaciais decorrentes de violência urbana, o que está em consonância com estudos prévios^{6,13,14}, resultado que pode ser explicado pelo processo de socialização e construção da identidade masculina, que é permeado por fatores como a virilidade, a força, a competição, o poder e a agressividade¹⁵. Tais características podem aumentar a possibilidade dos homens envolverem-se em situações de violência.

Houve maior frequência de traumatismos entre homens adolescentes e adultos comparativamente às crianças. Entre os idosos, não houve variação quanto ao gênero. O estudo parece revelar que a passagem para a masculinidade vivenciada inicialmente por adolescentes, passando pelos adultos jovens e refletindo nos adultos, pode encontrar fatores no meio urbano que, associados às características próprias da masculinidade, contribuem para a relação dos homens com a violência na sociedade, criando-se um sistema de retroalimentação. Os meninos, desde precocemente na formação, podem buscar a reafirmação dessa identidade, aderindo a valores e princípios que tornam a aquisição da própria masculinidade um processo violento¹⁶. A afirmação do autor é respaldada na existência de uma regra de conduta muito comum na sociedade. Nela, os meninos aprendem que não devem expressar seus sentimentos, ter medo, assumir posturas que demonstrem fragilidade, atitudes de submissão a outros meninos ou meninas. Definido qual é o seu papel, o menino passa a buscar identificação com o que é próprio dos homens adultos. Essa identificação pode contribuir para uma reprodução de comportamentos entre os adolescentes e jovens que os expõe à violência. Outro fator que pode ser ressaltado é a grande

Tabela 1. Distribuição total e por gênero das vítimas de traumatismo maxilofacial decorrente de violência urbana segundo grupos etários, tipos de ocorrência, tipos de traumatismo, dia e período do dia da ocorrência. Belo Horizonte, janeiro de 2008 a dezembro de 2010.

Variáveis	Total n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	OR (IC 95%)	Valor de p
Grupos etários*					
Crianças	321 (4,55)	142 (44,24)	179 (55,76)	1	
Adolescentes	1172 (16,61)	365 (31,14)	807 (68,86)	1,75 (1,36-2,25)	< 0,001
Adultos jovens	2578 (36,56)	680 (26,38)	1898 (73,62)	2,21 (1,74-2,80)	< 0,001
Adultos	2740 (38,84)	753 (27,48)	1987 (72,52)	2,09 (1,65-2,64)	< 0,001
Idosos	243 (3,44)	92 (37,86)	151 (62,14)	1,30 (0,92-1,82)	0,128
Tipos de ocorrência					
Agressão nua	3380 (47,85)	1141 (33,76)	2239 (66,24)	1	
Arma de fogo	350 (4,95)	42 (12,00)	308 (88,00)	3,73 (2,68-5,19)	< 0,001
Arma branca	30 (0,43)	1 (3,33)	29 (96,67)	14,77 (2,01-108,62)	0,008
Agressão por outros meios	132 (1,87)	37 (28,03)	95 (71,97)	1,30 (0,88-1,92)	0,173
Atropelamento	822 (11,64)	268 (32,60)	554 (67,40)	1,05 (0,89-1,23)	0,530
Automobilístico	1308 (18,52)	415 (31,73)	893 (68,27)	1,09 (0,95-1,25)	0,186
Motociclístico	1041 (14,74)	128 (12,30)	913 (87,70)	3,63 (2,98-4,43)	< 0,001
Tipos de traumatismo maxilofacial					
Partes moles	3052 (43,21)	1096 (35,91)	1956 (64,09)	1	
Fratura simples	2234 (31,63)	581 (26,01)	1653 (73,99)	1,59 (1,41-1,79)	< 0,001
Fratura múltipla	1187 (16,81)	166 (13,98)	1021 (86,02)	3,44 (2,87-4,12)	< 0,001
Dentoalveolar	590 (8,35)	189 (32,03)	401 (67,97)	1,18 (0,98-1,43)	0,071
Período do dia					
Diurno	2859 (40,48)	794 (27,77)	2065 (72,23)	1	
Noturno	4204 (59,52)	1238 (29,45)	2966 (70,55)	0,92 (0,82-1,02)	0,127
Dia da ocorrência					
Dias úteis	4243 (60,07)	1252 (29,51)	2991 (70,49)	1	
Final de semana	2820 (39,93)	780 (27,66)	2040 (72,31)	1,09 (0,98-1,21)	<0,001

* Para nove vítimas não foram encontrados registros de idade.

exposição das crianças, dos adolescentes e dos jovens a jogos e programas onde a violência é mostrada de forma explícita e que, muitas vezes, ajudam no desenvolvimento de comportamentos agressivos e violentos.

A maior vitimização do homem em agressão por arma de fogo, por arma branca, atropelamento e acidentes motociclísticos, comparativamente a agressão nua, sugere maior gravidade das ocorrências nesse gênero. Na sociedade moderna, armas e veículos são símbolos que fazem parte do universo masculino¹⁶. Os casos de agressão envolvendo arma de fogo encontrados no estudo devem ser interpretados como uma tentativa inequívoca de causar a morte das vítimas dado o potencial de letalidade e ao poder de destruição da face. Esses ferimentos podem resultar em consequências graves do ponto de vista estético e funcional, inclusive exigindo procedimentos complexos para a reconstrução facial¹⁷. No Brasil, os homens correm dez vezes mais risco de

morrer por homicídio com utilização de arma de fogo do que as mulheres². Esse tipo de agressão responde por altas taxas de mortalidade e também pelos maiores custos hospitalares^{15,18}.

No que se refere às agressões utilizando arma branca, a literatura apresentou divergência quanto à sua associação com gênero^{13,14,19}, o que pode ser explicado pelas diferentes abordagens dos estudos e fontes de dados. Entretanto, os autores citam que essa forma de agressão ocorre em ambientes onde há um consumo de bebida alcoólica^{13,14}. A faca é um produto comercializado livremente, de baixo custo e sua utilização está ligada a questões de oportunidade circunstancial¹³, podendo ser utilizada pelo agressor na resolução de conflitos de cunho passional ou econômico em um contexto social ou relacional instável e vulnerável a eventos violentos. Contudo, apesar da baixa prevalência de casos de agressão por arma branca observada nesse estudo, optou-se por mantê-los como uma categoria indi-

Tabela 2. Modelo multivariado das variáveis associadas ao gênero de vítimas de traumatismo maxilofacial em decorrência de violência urbana. Belo Horizonte, janeiro de 2008 a dezembro de 2010.

Variáveis	OR	IC (95%)	Valor de p
Grupos etários*			
Crianças	1		
Adolescentes	1,56	1,19-2,04	< 0,001
Adultos jovens	1,78	1,38-2,30	< 0,001
Adultos	1,84	1,42-2,30	< 0,001
Idosos	1,19	0,84-1,70	0,314
Tipos de ocorrência			
Agressão nua	1		
Arma de fogo	2,61	1,86-3,67	< 0,001
Arma branca	14,77	2,00-109,02	0,008
Agressão por outros meios	1,29	0,87-1,92	0,196
Atropelamento	1,21	1,01-1,44	0,033
Automobilístico	1,02	0,89-1,18	0,685
Motociclístico	3,23	2,64-3,95	< 0,001
Tipos de traumatismo maxilofacial			
Partes moles	1		
Fratura simples	1,53	1,36-1,73	< 0,001
Fratura múltipla	2,78	2,31-3,36	< 0,001
Dentoalveolar	1,19	0,98-1,44	0,079
Dia da ocorrência			
Dias úteis	1		
Final de semana	1,18	1,05-1,31	0,003

* Para nove vítimas não foram encontrados registros de idade; $R^2=0,17$ (Hosmer e Lemeshow); 0,65 (Cox e Snell); 0,09 (Naquelkerke).

vidualizada, a fim de elucidar sua associação com o gênero. Essa categoria se manteve associada, entretanto apresentou um amplo intervalo de confiança. Outros estudos, com outros delineamentos deverão confirmar esse achado.

Dessa forma, fatores individuais e sociais associados podem ser fundamentais no comportamento de vítimas e agressores. Nesse contexto, os homens apresentam um comportamento peculiar que é fruto da forma de socialização. Em uma cultura marcada pelo machismo, os conflitos acabam sendo mediados e resolvidos sob essa perspectiva.

Os acidentes motociclísticos foram mais frequentes entre homens. A importância desses eventos envolvendo vítimas do sexo masculino foi previamente demonstrada com uma chance oito vezes maior para os homens, principalmente entre os jovens e adultos². Esse resultado provavelmente possa ser explicado pelo fato dos homens assumirem com mais frequência a condução de uma motocicleta e utilizaram esse veículo como meio de transporte e/ou trabalho²⁰. Nos dias atuais, por proporcionar o deslocamento rápido e

econômico, a presença das motocicletas nas grandes cidades é uma característica marcante. Nos últimos anos, ocorreu uma grande expansão da frota de motocicletas no Brasil²¹. Atualmente são quase 16 milhões de motocicletas em circulação representando 22% do total da frota de veículos²⁰. Em Belo Horizonte, há uma grande concentração de *motoboys* no trânsito, que são na maioria jovens, sem vínculo empregatício e que trabalham por produtividade, arriscando suas vidas em manobras perigosas na entrega expressa de mercadorias ou serviços. Essa rotina de trabalho expõe esse grupo a um maior risco de acidentes, muitas vezes, fatais. Adicionalmente, o tipo de comportamento demonstrado na condução de veículos pode variar entre homens e mulheres, com os primeiros apresentando uma direção mais agressiva. Outros fatores como a má conservação das vias de circulação, falhas de sinalização e a relação desigual e nada amistosa entre motociclistas e condutores de outros veículos podem concorrer para o aumento dos casos. O fato é que os veículos sempre fizeram parte do processo de socialização dos homens. Nes-

se sentido, Souza¹⁵ afirma que os automóveis e as motocicletas são introduzidos na vida de meninos na forma de brinquedos e passam a fazer parte do universo masculino, trazendo consigo todos os simbolismos que possuem no mundo contemporâneo. Estes acabam se associando a fatores característicos da identidade masculina como virilidade, competição e demonstração de coragem diante dos riscos. Gullo²² da mesma forma reitera que os veículos reforçam traços masculinos como um símbolo da potência, usufruto da velocidade e da liberdade. Nesse caso, a velocidade se transforma em sinônimo de emoção, de autoafirmação, sucesso e, por extensão, os automóveis e motocicletas se transformam em símbolos sociais e objetos de adoração. Um claro exemplo disso é a exploração e o reforço desses elementos através dos meios de comunicação, que frequentemente associam ícones nacionais bem sucedidos ou mulheres bonitas nos comerciais sobre veículos. Dessa forma, o trânsito pode ser visto como um local de manifestação desses elementos. O exemplo citado, encontra acolhida na afirmação de vários autores^{15,22}. Para Gullo²², o trânsito pode ser visto como um cenário de disputas, onde qualquer restrição à trajetória dos veículos pode representar para os condutores, socializados sob as condições simbólicas citadas anteriormente, um ultraje e uma ofensa ao objeto de adoração.

A maior frequência de fraturas simples e múltiplas entre vítimas do gênero masculino comparativamente a lesões de partes moles evidencia que os homens estão envolvidos em ocorrências mais graves. Esse padrão de ocorrência foi previamente demonstrado com traumatismos mais complexos e com maior risco de morte entre homens²³. A maior gravidade das lesões decorrentes de violência que envolveu o sexo masculino também foi confirmada a partir de indicadores como tempo médio de internação e taxa de mortalidade hospitalar¹⁵. Esses tipos de traumatismos maxilofaciais estão diretamente relacionadas a uma maior energia cinética transferida para o corpo da vítima no momento do traumatismo. Pela natureza da lesão, as fraturas múltiplas são classificadas como gravíssimas uma vez que a possibilidade de uma deformidade permanente ou outro tipo de sequela é esperada²⁴. As fraturas múltiplas podem prejudicar a função mastigatória, ventilatória e comprometer a acuidade visual e a estética facial²⁵.

Os traumatismos que promovem lesões das partes moles são classificados como de natureza leve²⁴ que, frequentemente, não resultam em se-

quelas graves do ponto de vista físico ou dificilmente colocaria em risco a vida da vítima. Como já observado em Wulkan et al.²⁶ esse foi o tipo de traumatismo mais frequente entre as mulheres, a grande parte deles decorrentes de violência interpessoal (93%). Considerando os tipos de traumatismo e de ocorrência, associado ao comportamento típico das mulheres, pode-se inferir a possibilidade de que muitos dos casos registrados resultaram de violência doméstica, causas passionais ou por agressores que apresentavam algum vínculo com as vítimas. A literatura consultada aponta nessa direção. Conforme mostra o estudo de Waiselfisz¹⁹, a grande maioria dos casos ocorre na residência das vítimas e apresenta como agentes os pais, conhecidos, cônjuges e parceiros. Este fato pode perfeitamente permitir a reincidência das agressões em decorrência da proximidade entre vítima e agressor. Essa forma de traumatismo apresenta como sinais clínicos mais comuns, cortes, hematomas ou edemas, que podem eventualmente, passar despercebidos por pessoas próximas ao convívio das vítimas. Deve-se considerar também a possibilidade de que sinais de violência sejam ocultados pela própria vítima sob a alegação de que foram decorrentes de quedas ou outros acidentes domésticos. dessa forma, quando os vestígios da agressão são reduzidos permitem que os atos violentos permaneçam ocultos, o que possibilita a perpetuação das agressões. Preocupante também foi identificar no estudo em questão que as mulheres vítimas se concentraram nas faixas etárias entre 20 e 59 anos caracterizadas por uma importante fase do período reprodutivo e de cuidado com os filhos. Há evidências na literatura que apontam a repercussão da violência contra as mulheres no comportamento dos filhos²⁷.

A frequência de ocorrências aos finais de semana foi maior entre homens, concordando com estudos anteriores^{13,28}. Nos finais de semana ocorre uma maior procura por locais de lazer e diversão, com grande aglomeração de pessoas onde frequentemente estão expostos ao uso de bebida alcoólica e drogas, principalmente para os mais jovens. Outros estudos relacionaram os eventos violentos ocorridos nos finais de semana envolvendo os homens e a ingestão prévia de bebida alcoólica^{29,30}. Entretanto, não foi possível verificar nos registros informações sobre o nível de alcoolemia das vítimas. Muitos registros apresentavam inconsistência sobre esse tipo de informação, mesmo sendo de grande importância para a execução de procedimentos clínicos. Foram encontradas apenas algumas referências que

levantavam suspeitas de ingestão de bebidas alcoólicas ou uso de drogas. Isso indica que não existem, ou não são obedecidos rotinas ou protocolos específicos sobre esses quesitos. Esse problema deve ser discutido entre os responsáveis pelo atendimento das vítimas, bem como aponta para a necessidade de pesquisas específicas abordando a influência de drogas e álcool nos eventos de violência.

Outros estudos reportaram um aumento na incidência de traumatismos maxilofaciais envolvendo as mulheres^{31,32}. Apesar dos dados evidenciarem maior prevalência entre homens, mais de 1/3 de mulheres aparecem como vítimas de violência urbana. Nesse sentido, Waiselfisz¹⁹ ao analisar a evolução das taxas de homicídio, relatou que está ocorrendo um aumento nos casos de violência praticados contra mulheres, atingindo no ano de 2010 uma taxa de 4,6 homicídios para cada 100 mil mulheres, alcançando o maior patamar já observado no Brasil até então. Torna-se importante trazer à reflexão o fato de que os dados do presente estudo se referem aos anos subsequentes à entrada em vigor da chamada Lei Maria da Penha³³. Esta lei apresentava como objetivo a prevenção da violência e a punição dos agressores. Nos primeiros dois anos de vigência da lei observou-se uma tendência de queda nas taxas, entretanto, nos anos posteriores elas voltaram a crescer de forma rápida até o ano de 2010¹⁹. Esse fato pode indicar que a lei ainda não foi suficiente para mitigar o número de casos entre mulheres e chama a atenção para a possibilidade de falhas nas medidas protetivas e a incipiente punição dos agressores.

Para Schraiber et al.³⁴, a escolha da face como local de agressão se dá pela possibilidade de coação e de afetar a identidade da vítima além de lesionar uma área do corpo humano muito valorizado pela sociedade como fonte de beleza, principalmente, para as mulheres. Esse estudo, ao abordar os traumatismos maxilofaciais como marcadores de eventos violentos, corroboram o apontado por Laurenti et al.⁸ quanto à possibilidade de que homens e mulheres, mesmo expostos aos mesmos fatores de risco, podem apresentar padrões distintos. Os homens experimentaram eventos violentos de forma prematura e mantiveram esse padrão até a idade adulta. Em razão talvez da maior exposição à situações com potencial para a violência, estes sofreram os ferimentos mais graves, decorrentes das mais variadas formas e que apresentam maior conexão com espaços públicos como ruas, bares, vias de circulação

de veículos e em momentos de interação com outros indivíduos muitas vezes desconhecidos. As mulheres, por sua vez, sofreram ferimentos menos graves que podem ser decorrentes de conflitos relacionais, provavelmente ocorridos nos ambientes domésticos e em momentos de interação com indivíduos do núcleo familiar ou com algum tipo de vínculo. O contexto no qual se deram as ocorrências tanto em homens como em mulheres não foi considerada nesse estudo, pois essas informações não estavam presentes nos registros. Contudo, o tipo de ocorrência e de traumatismo e a literatura disponível permitiram refletir sobre os diferentes contextos vivenciados por eles quando são vitimizados.

O estudo do traumatismo maxilofacial permitiu uma análise mais específica de algumas formas de violência, pois a face é o lócus da singularidade e da identidade da pessoa humana. Diversos fatores podem explicar o padrão encontrado no estudo, como questões subjetivas na construção da identidade, o lugar do homem e da mulher na sociedade contemporânea, comportamentos de risco assumidos por adolescentes, jovens ou adultos. Entretanto, estes fatores só podem ser compreendidos quando analisados sob a ótica da interdisciplinaridade. Assim, estratégias de prevenção da violência urbana devem passar pelo reconhecimento da complexidade do tema, pela melhoria na qualidade das informações e pela elaboração de políticas públicas específicas e direcionadas aos grupos vulneráveis. Políticas públicas de caráter geral e sem ênfase nas particularidades de cada grupo podem estar condenadas ao fracasso por não encontrarem eco e reconhecimento das vítimas, dos agressores e da sociedade.

Apesar de ter sido desenvolvido dentro do rigor metodológico, o presente estudo apresenta algumas limitações relacionadas à natureza dos dados e ao tema abordado. Não é incomum a ocorrência de falhas ou imprecisão em registros hospitalares. Aliado a isso, eventos de violência podem ser ocultados pelas vítimas ou relatados como quedas e acidentes domésticos, gerando uma subestimação nos registros. Outro ponto a ser considerado é o fato dos hospitais onde se procedeu a coleta dos dados serem instituições públicas. Apesar desses hospitais serem referência no atendimento aos traumatismos do complexo maxilofacial, eventualmente, alguns casos podem ser atendidos em unidades da rede privada, não sendo identificados em estudos como o apresentado.

Conclusão

O gênero é um importante fator no perfil de vitimização para o traumatismo maxilofacial e para a violência urbana. Os traumatismos maxilofaciais são mais frequentes em homens, que estão mais expostos a agressões com arma de fogo, arma branca, atropelamento e acidente motociclístico. Os tipos de traumatismos mais frequentes entre homens foram as fraturas simples e as múltiplas, sugerindo maior gravidade das ocorrências. As ocorrências entre os homens se deram predominantemente aos finais de semana.

Colaboradores

CJP Silva foi responsável pela concepção e delinearmento, revisão da literatura, coleta dos dados, contribuiu na análise estatística, interpretação dos dados, redação da versão inicial do manuscrito e redação da versão final do manuscrito. RC Ferreira participou da análise estatística, interpretação dos dados, contribuiu na análise, revisão crítica e versão final do manuscrito. LPP de Paula contribuiu na revisão crítica do manuscrito. JPA Haddad participou da análise estatística, contribuiu na interpretação dos dados, análise, revisão crítica do manuscrito. ACM Moura participou da co-orientação do projeto, na interpretação dos dados, análise e revisão crítica do manuscrito. MD Naves participou da co-orientação do projeto, na interpretação dos dados, análise e revisão crítica do manuscrito. EF e Ferreira foi responsável pela orientação do projeto, contribuiu na análise estatística, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health* Geneva: WHO; 2002.
- Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Melo Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet* 2011; 337(9781):1962-1975.
- Santos JVT. Violências, América latina; a disseminação de formas de violência e os estudos sobre conflitualidades. *Sociologias* 2002; (8):16-32.
- Viana N. *Violência Urbana*: a cidade como espaço gerador de violência. Goiânia: Edições Germinal; 2002.
- Ribeiro JCA, Chaveiro EF. Violência urbana, espaço urbano e subjetividade: uma leitura geográfica da violência urbana cotidiana. *Revista Mirante* 2007; 1(2):1-17.
- Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Moysés ST, Neto OLM. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por lesões bucodentais decorrentes de causas externas, Brasil, 2006 e 2007. Rio de Janeiro: *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):S124-S132.
- Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF, Rosa SC. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia* 2008; 35(1):9-13.
- Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):35-46.
- Souza ED, Assis SG, Minayo MCS, Pires TO. Magnitude dos acidentes e violências nas cinco capitais. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Manganello- Souza LC. Trauma de Partes Moles: Princípios de Tratamento dos Ferimentos Cutâneos. In: Manganello-Souza LC, Luz JGC. *Tratamento Cirúrgico do Trauma Bucomaxilofacial*. 3^a Edição. São Paulo: Roca; 2006.
- Montovani JC, Campos LMP, Gomes MA, Moraes VRS, Ferreira FD, Nogueira EA. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006; 72(2):235-241.
- Andreasen JO, Andreasen FM, Anderson L. *Text-book and color atlas of traumatic injuries to the teeth* 4th Edition. Copenhagen: Munskgaard International Publishers; 2007.
- Guimarães JMX, Vasconcelos EE, Cunha RS, Melo RD, Pinto LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):441-451.
- Wakiuchi J, Martins EAP. Caracterização das agressões e ferimentos atendidos pelo SIATE na cidade de Londrina-PR. *Cogitare Enferm* 2011; 16(4):622-627.
- Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuição para a reflexão no campo da saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):59-70.
- Cecchetto F. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
- Hollier L, Grantcharova EP, Kattash M. Facial gunshot wounds: A 4-year experience. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59(3):277-282.
- Waiselfisz JJ. *Mapa da violência IV*: os jovens do Brasil. Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Ministério da Justiça; 2004.
- Waiselfisz JJ. *Mapa da violência 2012*: Atualização: Homicídios de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-americanos (Cebela); 2012.
- Brasil. Departamento Nacional de Trânsito. *Registro Nacional de acidentes e Estatísticas de trânsito - RENAEST*. [página na Internet]. [acessado 2013 out 15]. Disponível em: http://vias-seguras.com/os_acidentes/estatisticas/estatisticas_nacionais/estatisticas_do_denatran
- Mello-Jorge M, Koizumi M. *Acidentes de trânsito no Brasil*: um Atlas de sua distribuição. São Paulo: Abramet; 2007.
- Gullo AAS. Violência urbana: um problema social. *Tempo Social. Rev Sociol* 1998; 10(1):105-119.
- Valent F, Schiava F, Savonitto C, Gallo T, Brusaferro S, Barbone F. Risk factors for fatal road traffic accidents in Udine, Italy. *Accid Anal Prev* 2002; 34(1): 71-84.
- Brasil. *Código Penal Brasileiro*. 40^a Edição. São Paulo: Editora Saraiva; 2002.
- Ernst A, Herzog M, Seidl RO. *Traumatismo de cabeça e pescoço*: uma abordagem interdisciplinar. 1^a Edição. São Paulo: Editora Santos; 2009.
- Wulkan M, Parreira JR, Botter DA. Epidemiologia do Trauma Facial. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2005 51(5):290-295.
- Durand JG, Schraiber LB, França-Junior I, Barros C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Rev Saude Publica* 2011; 45(2):355-364.
- Schroder HM, Petersen KK, Eiskjaer SP, Charles AV. Epidemiology of violence in a Danish municipality- changes in severity during the 1980s. *Dan Med Bull* 1992; 39(1):81-83.
- Gawryszewski VP, Kahn T, Mello-Jorge MHP. Informações sobre os homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Rev Saude Publica* 2005; 39(4):627-633.
- Freitas EAM, Mendes ID, Oliveira LCM. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. *Rev Saude Publica* 2008; 42(5):813-821.
- Davis JW, Kaups KL, Campbell SD, Parks SN. Domestic violence and the trauma surgeon: results of study on knowledge and education. *J Am Coll Surg* 2000; 191(4):347-353.
- Fenton SJ, Bouquot JE, Unkel JH. Orofacial considerations for pediatric, adult, and elderly victims of abuse. *Emerg Med Clin* 2000; 18(3):601-607.

33. Brasil. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras provisões. *Diário Oficial da União* 2006; 8 ago.
34. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França Júnior I, Piñho A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica* 2002; 36(4):470-477.

Artigo apresentado em 06/11/2012
Aprovado em 06/02/2013
Versão final apresentada em 15/02/2013