

PERFIL DOS CASOS DE TRAUMAS BUCOMAXILOFACIAIS DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO NORDESTE.

PROFILE OF BUCOMAXILLOFACIAL TRAUMA CASES OF INTERPERSONAL VIOLENCE VICTIMS TREATED IN A REFERENCE HOSPITAL OF THE NORTHEAST.

Débora Marina Freitas da Silva¹, Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista², Maria Isabel de Lucena Simões³, Henrique Landim Santos⁴, Maria Carmelita Maia e Silva⁵

1. Cirurgiã-dentista, Especialização em Odontologia Legal - Faculdade COESP (João Pessoa/PB), Residência em Odontologia em Saúde Coletiva - SESAU Recife
2. Doutorado em Odontologia – Universidade Federal de Pernambuco (Recife/PE)
3. Cirurgiã-dentista, Especialização em Odontologia Legal – Faculdade COESP (João Pessoa/PB), Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar – Universidade Federal da Paraíba (João Pessoa/PB)
4. Bacharel em Relações Internacionais – Universidade Estácio de Sá (Recife/PE), Bacharel em Psicologia – Faculdade de Ciências Humanas ESUDA (Recife/PE), Residente no Programa Multiprofissional em Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial – SESAU Recife
5. Doutorado em Saúde Pública, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães FIOCRUZ (Recife/PE)

Palavras-chave:

violência; traumatismos maxilofaciais; agressão.

RESUMO

A violência interpessoal tem se configurado como um grave problema social e de saúde pública, em que lesões na região bucomaxilofacial são importantes consequências. O objetivo desse estudo foi analisar o perfil das vítimas de violência interpessoal que tiveram lesões na região maxilofacial e foram atendidas no hospital da Restauração em Recife, Pernambuco-Brasil durante o ano de 2017. Foi realizada uma pesquisa retrospectiva e exploratória baseada nas informações contidas nos prontuários do hospital e em seguida foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para análise das medidas descritivas. No período de um ano foram encontrados 455 prontuários, de forma que 87,9% corresponderam ao sexo masculino e 12,1% ao feminino. Do total, 34,9% tinham idade entre 20-29 anos e 43,3% foram vítimas de força corporal/espantamento. O tipo de trauma mais frequente foi fratura dos ossos maxilofaciais (45,3%). Outrossim, o dia e horário mais comum de atendimento foi o domingo (23,1%) no período noturno (58,2%). Homens jovens com traumas dos ossos maxilofaciais foi o principal perfil encontrado no estudo, sendo necessário o fortalecimento de políticas públicas a fim de evitar o aumento de casos nessa população.

Keywords:

violence; maxillofacial injuries; aggression.

ABSTRACT

Interpersonal violence has been configured as a serious social and public health problem in which injuries on the maxillofacial region are important consequences. This study aimed to analyze the profile of interpersonal violence victims who had maxillofacial injuries and were treated at Hospital da Restauração in Recife, Pernambuco-Brazil during 2017. A retrospective and exploratory research was conducted based on information from the medical records of the hospital and then the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Software was used for descriptive measures analysis. In the period of one year, 455 medical records were found, in which 87,9% corresponded to male and 12,1% to female. Of the total, 34,9% were aged between 20-29 years old and 43,3% were victims of physical strength/beatings. The most frequent type of trauma was fracture of the maxillofacial bones (45,3%). Otherwise, the most common day and time of treatment at the hospital was on Sundays (23,1%) and in the evening (58,2%). Young men with trauma on the maxillofacial bones was the main profile found in this study, requiring the strengthening of public policies to avoid the increase in cases in this population.

Autor correspondente:

Débora Marina Freitas da Silva
R. Trinta e quatro, 96, Jardim Paulista, Paulista - PE CEP: 53409-810
E-mail: freitasmdebor@gmail.com
Telefone: (81) 99694.2658

INTRODUÇÃO

A violência interpessoal configura-se como um grave problema social e de saúde pública a ser enfrentado em todo o mundo, principalmente em países subdesenvolvidos

ou em desenvolvimento¹. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente cerca de 1,4 milhão de indivíduos morrem em consequência da violência e desde o ano 2000 estima-se que seis milhões de pessoas morreram em decorrência apenas da violência interpessoal²⁻³.

Para cada pessoa que morre como resultado da violência, milhares são vítimas não fatais, em que muitas sofrem agressões físicas que exigem tratamentos em serviços mais especializados, como os de urgência e emergência. No Brasil, apenas em 2017, as agressões foram responsáveis por 52.417 internações e 63.748 mortes, constituindo a principal causa de morte em indivíduos com faixa etária entre 15 e 49 anos de idade, ou seja, pessoas em idade economicamente produtiva⁴. Do mesmo modo que, no ano de 2014, foi gasto aproximadamente 1,3 bilhão de reais apenas com internações por causas externas, revelando como a violência impõe um ônus à economia do país⁵.

Embora a violência possa atingir diversos grupos sociais, sabe-se que homens, de baixa renda, solteiros e jovens são os mais afetados por esse agravo e isso pode ser justificado pelos padrões sociais vigentes, uma vez que os homens são mais propícios a se colocarem em situações de risco, muitas vezes com intuito de reafirmar sua masculinidade, além de que regiões de baixa e média renda são mais comumente acometidas pela criminalidade⁶. Uma das consequências mais marcantes dessa violência são lesões específicas na região do complexo bucomaxilofacial e que podem gerar traumas dentoalveolares, de tecido mole, e dos principais ossos do esqueleto da face, sendo os mais atingidos: a mandíbula, maxila, zigoma, ossos próprios do nariz (OPN), complexo nasoro-orbitário-etmoidal (NOE) e estruturas supraorbitárias⁷.

Lesões na face se justificam pelo fato dessa ser uma região exposta, de fácil acesso ao agressor, por normalmente estar localizada na altura do braço dele, e pela sua importância para socialização, já que danos nessa região podem influenciar também na autoestima dos indivíduos⁸⁻¹¹. A prevalência de lesões de face decorrentes de violência interpessoal é bastante expressiva, podendo chegar a 50% dos casos atendidos^{8,9,12}. Se não forem tratadas de maneira eficaz, as consequências dessas lesões podem influenciar não só na saúde, mas também na estética e no psicológico das vítimas^{7,13}.

Portanto, este estudo teve como objetivo analisar o perfil das vítimas de violência interpessoal que tiveram lesões na região maxilofacial e foram atendidas em um hospital público estadual localizado na região Nordeste do Brasil, além de conhecer também características sociodemográficas e do meio da agressão.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo e exploratório conduzido no Hospital da Restauração, referência em tratamento de traumas bucomaxilofaciais, localizado em Recife, Pernambuco. Este estudo foi baseado nas informações contidas nos prontuários arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) de pacientes atendidos no ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do hospital e que tiveram lesões decorrentes de violência interpessoal do tipo física durante o período entre janeiro e dezembro de 2017. Estima-se que durante esse período o hospital realizou um total de 57.265 atendimentos, porém o SAME não separa os prontuários pelo setor de atendimento, mas sim pelo mês

e ano correspondente, já que, normalmente, os pacientes são atendidos por mais de uma especialidade e, devido a isso, uma busca ativa dos prontuários precisou ser realizada.

Amostra foi obtida por conveniência e foi composta por 455 prontuários de vítimas com lesão na região da face e pescoço. Os dados foram registrados em formulário específico para esta pesquisa, desenvolvido a partir de informações que são fornecidas nos próprios prontuários e a coleta de dados foi realizada por apenas um pesquisador. A ocorrência da agressão constituiu a variável dependente enquanto que as variáveis independentes foram: o sexo (masculino e feminino), faixa etária (0-19, 20-39, 40-59 e 60 anos ou mais), situação conjugal (solteiro, casado/união consensual, viúvo, separado, não se aplica, ignorado), tipo de trauma (fratura dentoalveolar, lesões de tecido mole, fratura dos ossos maxilofaciais), meio de agressão (força corporal/espancamento, objeto contundente, objeto perfurocortante e arma de fogo), horário de atendimento (diurno das 6h às 17h59 e noturno das 18h às 5h59), dia da semana do atendimento (domingo a sábado), e mesorregião¹⁴ onde se localiza o município de residência (Agregado Pernambucano, Mata Pernambucana, Metropolitana do Recife, São Francisco Pernambucano, Sertão Pernambucano, outro estado e ignorado).

Todos os registros foram digitados em uma planilha previamente construída no programa Microsoft Excel 2007 for Windows[®]. Foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para análise das medidas descritivas visando representar o comportamento das variáveis através de tabelas. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde sob o parecer CAEE nº 07077719.1.0000.5569 e foi realizado em consonância com os preceitos da resolução nº 466 e de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos 455 prontuários de vítimas de violência interpessoal atendidos no período do estudo, 400 (87,9%) corresponderam ao sexo masculino, enquanto 55 (12,1%) ao sexo feminino. Com relação à faixa etária, a moda foi de 21 anos de idade sendo a distribuição etária entre 4 e 86 anos. A faixa de idade com maior número de casos foi de 20 a 29 anos equivalendo a 159 (34,9%) vítimas, em seguida 115 com 30 a 39 anos (25,3%), 97 com 40 a 59 anos (21,3%), 70 vítimas na faixa de 0 a 19 anos (15,4%) e 14 com mais que 60 anos (3,1%). A situação conjugal das pessoas atendidas corresponde a 395 (86,8%) solteiros para 37 (8,1%) casados, 1 (0,2%) separado, e 22 (4,8%) casos em que não se aplica essa classificação ou a informação foi ignorada (Tabela 1).

Os traumas causados pelo meio de agressão "força corporal/espancamento" foram os mais frequentes tanto em indivíduos do sexo masculino, como no feminino, correspondendo a 197 (43,3%). Em seguida, encontra-se o meio "arma de fogo" com 148 (32,5%) pacientes atendidos, "objeto contundente" com 56 (12,3%) e, por fim, "objeto perfurocortante" com 54 (11,9%) (Tabela 1). O tipo de trauma mais encontrado foi a fratura dos ossos maxilofaciais com

206 vítimas (45,3%), seguido de lesões do tecido mole com 177 (38,9%) sendo esse o tipo de trauma mais frequente no sexo feminino correspondendo a 27 (5,9%) mulheres (Tabela 1).

Ambos os sexos foram frequentemente atendidos no hospital no período noturno, somando-se 265 (58,2%) atendimentos para 190 (41,8%) durante o dia. Observou-se que houve uma maior frequência de atendimentos nos finais de semana, predominando o dia de domingo com 105 (23,1%)

atendimentos, e, em segundo lugar, ao dia de sábado com 83 (18,2%) (Tabela 1).

Em relação à localização do município de residência das vítimas, conforme a divisão em mesorregiões do IBGE (1990)¹⁴, houve uma maior concentração na Metropolitana do Recife com 308 (68,8%) pacientes atendidos, seguido pela região do Agreste e da Mata Pernambucana, ambas com 65 (14,3%) (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição dos casos de violência interpessoal de acordo com o sexo e características sociodemográficas.

	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Dia da Semana						
Domingo	91	20,0%	14	3,1%	105	23,1%
Segunda	68	14,9%	7	1,5%	75	16,5%
Terça	50	11,0%	7	1,5%	57	12,5%
Quarta	35	7,7%	5	1,1%	40	8,8%
Quinta	34	7,5%	4	0,9%	38	8,4%
Sexta	50	11,0%	7	1,5%	57	12,5%
Sábado	72	15,8%	11	2,4%	83	18,2%
Total	400	87,9%	55	12,1%	455	100,0%
Faixa Etária						
0 a 19 anos	62	13,6%	8	1,8%	70	15,4%
20 a 29 anos	148	32,5%	11	2,4%	159	34,9%
30 a 39 anos	94	20,7%	21	4,6%	115	25,3%
40 a 59 anos	83	18,2%	14	3,1%	97	21,3%
60 a 89 anos	13	2,9%	1	0,2%	14	3,1%
Total	400	87,9%	55	12,1%	455	100,0%
Situação Conjugal						
Solteiro(a)	353	77,6%	42	9,2%	395	86,8%
Casado(a)/União Consensual	31	6,8%	6	1,3%	37	8,1%
Separado(a)	0	0,0%	1	0,2%	1	0,2%
Ignorado/Não se aplica	16	3,5%	6	1,3%	22	4,8%
Total	400	87,9%	55	12,1%	455	100,0%
Meio de Agressão						
Força corporal/espancamento	174	38,2%	23	5,1%	197	43,3%
Objeto contundente	47	10,3%	9	2,0%	56	12,3%
Objeto perfurocortante	51	11,2%	3	0,7%	54	11,9%
Arma de fogo	128	28,1%	20	4,4%	148	32,5%
Total	400	87,9%	55	12,1%	455	100,0%
Tipo de Trauma						
Fratura dentoalveolar	6	1,3%	0	0,0%	6	1,3%
Lesões de tecido mole	150	33,0%	27	5,9%	177	38,9%
Fratura dos ossos maxilofaciais	184	40,4%	22	4,8%	206	45,3%
Lesões de tecido mole e fratura dos ossos maxilofaciais	53	11,6%	6	1,3%	59	13,0%
Fratura dentoalveolar e de tecido mole	4	0,9%	0	0,0%	4	0,9%
Fratura dentoalveolar e fratura dos ossos maxilofaciais	3	0,7%	0	0,0%	3	0,7%
Total	400	87,9%	55	12,1%	455	100,0%

continua...

Tabela 1 – Continuação

	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Horário do Atendimento						
Diurno	163	35,8%	27	5,9%	190	41,8%
Noturno	237	52,1%	28	6,2%	265	58,2%
Total	400	87,9%	55	12,1%	455	100,0%

Fonte: Elaboração própria com dados obtidos através dos prontuários do Hospital da Restauração em 2017.

Tabela 2 – Distribuição do local de residência das vítimas de acordo com a divisão dos municípios em mesorregiões¹⁴.

LOCAL DE RESIDÊNCIA DA VÍTIMA	n	%
Agreste Pernambucano	65	14,3%
Mata Pernambucana	65	14,3%
Metropolitana do Recife	308	67,7%
Sertão Pernambuco	3	0,7%
São Francisco Pernambucano	5	1,1%
Outro Estado	7	1,5%
Ignorado	2	0,4%
Total	455	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos dos prontuários do Hospital da Restauração em 2017.

DISCUSSÃO

No Brasil, a violência interpessoal é considerada um problema prioritário que vem sendo constantemente debatido em várias esferas devido ao largo impacto que representa tanto no âmbito da justiça como no da saúde pública. Trata-se de uma das principais causas de internações hospitalares, resultando em elevados custos para o Estado, o qual, segundo a Organização Pan Americana da Saúde, gasta em média de 4% a 7% do seu orçamento em saúde com consequências relacionadas às causas externas, seja mortalidade ou tratamentos pós-traumáticos, além de repercussões indiretas com sistema previdenciário, econômico e social¹⁵. Dentre as principais consequências decorrentes estão os traumas maxilofaciais, que devido a sua importância na saúde, na estética, de interação social e alta morbidade, possuem um destaque especial, demonstrando o importante papel do cirurgião-dentista no âmbito do sistema público de saúde^{8,10,11}.

Neste estudo houve uma distribuição desigual de vítimas quanto ao sexo visto que os homens foram maioria, numa proporção de aproximadamente 7:1. Optou-se por utilizar o termo 'sexo' ao invés de 'gênero' pois reproduziu-se no instrumento de coleta as informações contidas no prontuário do hospital que opta por utilizar essa nomenclatura para indicar se a vítima atendida é um homem ou uma mulher. Uma pesquisa realizada por Moura e colaboradores¹⁵ no ano de 2015 avaliou as desigualdades de gênero por causas externas no Brasil constando que a razão de mortalidade entre homens e mulheres é de 8:1, uma vez que a principal causa de óbitos é a agressão. Outro estudo mostrou que a relação homem/mulher vítimas de agressão

é 11,6 vezes maior na mortalidade, 4,5 vezes na internação e 2,8 vezes no atendimento de emergência¹⁶.

Desta forma é possível evidenciar nitidamente a vulnerabilidade dos homens a serem vítimas da violência. Alguns estudos^{1,6,7,9,15,16} também relataram uma maior frequência de traumas maxilofaciais em pessoas do sexo masculino, o que pode ser explicado pela socialização do processo de masculinidade e influência de modelos culturais de gênero, no qual há um conjunto de elementos que contribuem para caracterizar um indivíduo como sendo do gênero masculino, sendo imposto a esse grupo demonstrar sempre virilidade, força e agressividade¹⁷. Esses elementos podem justificar as interações sociais mais hostis entre os homens, o que pode aumentar suas chances de se envolverem em situações de violência as quais poderiam ser evitadas.

Em contrapartida, pesquisas^{11,18,19} abordam um aumento significativo do número de mulheres envolvidas em situações de violência interpessoal e isso pode estar relacionado ao processo de conscientização civil feminina o que as possibilita uma maior emancipação para ocupar espaços antes predominado por homens. Ademais, existe, sobretudo, o aumento de relatos e maior visibilidade frente aos casos de violência contra mulher.

A faixa etária com maior número de casos corresponde a jovens com idade entre 20-29 anos corroborando com os achados anteriores^{1,7,9,17}. Souza et al.²⁰ avaliaram a morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão com relação aos diferenciais de gênero, uma vez que indicam o envolvimento dos jovens em eventos violentos precisam ser analisados numa perspectiva socioestrutural em que desigualdades socioeconômicas associadas à dificuldade

de acesso a serviços básicos, aumento do tráfico e consumo de drogas ilícitas e dificuldades em se inserir no mercado de trabalho podem ser fatores predisponentes para situações de violência nessa população.

Segundo a OMS, a violência interpessoal se subdivide em dois tipos: violência intrafamiliar ou doméstica e violência comunitária ou urbana e, associada a elas, a agressão física pode coexistir e ser praticada por diferentes meios¹⁹. Neste estudo, o meio 'força corporal/espancamento' foi o mais frequente em ambos os sexos em consonância ao encontrado em outros trabalhos^{6,9,12,20}.

Também chama atenção o percentual de vítimas de arma de fogo que correspondeu a 32,5% dos casos. É importante salientar que a arma de fogo, além de potencialmente mais destrutiva está amplamente difundida na sociedade. De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a taxa de homicídios por arma de fogo no Brasil aumentou 26,9% entre os anos de 2007 e 2017 e 6% apenas em 2016, no qual a maioria das vítimas (76,9%) pertencia ao sexo masculino²¹.

Estudos realizados nos Estados Unidos, país referência quanto à flexibilização do porte de armas, apontam que essa concessão está relacionada com o aumento de crimes violentos, principalmente homicídios²²⁻²⁴. Um dos estudos encontrou que em um período de 10 anos da lei de flexibilização houve um aumento de 13% a 15% na taxa de crimes violentos no país e quanto mais tempo a lei estiver em vigor, maior será o custo em termos de aumento desses crimes²⁵. Além disso, estudo realizado no Brasil²⁷ evidenciou que a cada 1% a mais de armas de fogo em circulação, há um aumento de 2% na taxa de homicídios. Com relação aos traumas causados por arma de fogo, um estudo²⁶ concluiu que existe uma alta prevalência de trauma bucomaxilofacial, sendo uma das hipóteses para esse resultado o fato que o agressor normalmente tem a intenção de causar danos severos à vítima, visto que, pacientes com injúrias na região da cabeça e pescoço são mais propícios a ficarem extremamente debilitados ou irem a óbito¹.

Em relação ao tipo de trauma, o que mais predominou foi a fratura dos ossos maxilofaciais, o que justifica o maior tempo de internação destes pacientes e maiores cuidados pelo cirurgião-dentista nos serviços hospitalares. No entanto, o tipo de trauma que mais acometeu as mulheres foram as lesões em tecido mole, também provocadas em sua maioria por força corporal/espancamento, sendo compatível com estudos anteriores^{9,12,18,19}.

Sabe-se que a violência doméstica é mais comum em indivíduos do sexo feminino, à medida que a urbana em indivíduos do sexo masculino⁸. Em um contexto de violência interpessoal, a mulher ser atingida na face pode ser justificado pelo fato de a região também representar sua singularidade e, ao lesioná-la, é possível que atinja a autoestima dessa mulher, visto que muitas vezes as mulheres são reputadas pela aparência física. A violência contra a mulher é a forma mais significativa da desigualdade entre os gêneros porque, por vezes, ocorre dentro do ambiente domiciliar sendo perpetrada pelo próprio parceiro em função do desejo de obter poder ou dominação sobre elas.

Desse modo, a violência contra a mulher é tratada enfaticamente em todo mundo como um sério problema de saúde pública, devendo os profissionais de saúde estarem atentos aos diversos casos que são muitas vezes ocultos. Nessa perspectiva, um estudo realizado para investigar os casos de óbitos de mulheres vítimas de violência com e sem notificação prévia no período de 2011 a 2015 apontou que o número de notificações de violência contra a mulher realizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) passou de 75.033 para 162.575 nesse período, em que a violência, em sua maioria, foi perpetrada pelos seus companheiros ou ex-companheiros²⁷.

Também se destaca, com relação ao período do dia e dia da semana, os atendimentos terem ocorrido no horário noturno e finais de semana estando em conformidade com trabalhos anteriores^{6,9,12,19,28}. A maior frequência nesses períodos pode ser explicada pelo maior número de festas e eventos com grande aglomerado de pessoas associado ao maior consumo de álcool para lazer e diversão. Esse mesmo ponto foi mostrado em um estudo realizado em um hospital público na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, e foi justificado pela dinâmica urbana da cidade, que possui uma intensa vida noturna além de muitos bares²⁸. Há evidências da relação do consumo do álcool e eventos de violência, uma vez que o álcool pode causar desinibição no comportamento, agressividade e aumento do risco de ocorrer agressão^{29,30}. Todavia, não foi possível evidenciar a interferência do consumo de bebida alcoólica nos casos de violência encontrados neste estudo devido à falta de exames complementares comprobatórios e de registros do hospital.

A ocorrência de trauma que afeta o complexo maxilofacial resultante de eventos de violência pode estar relacionada com condições socioeconômicas, culturais, circunstanciais, geográficas e ambientais e, portanto, a região de moradia pode favorecer a vulnerabilidade do indivíduo quanto ao evento violento^{10,13}. Neste estudo, a maioria das vítimas residiam na região metropolitana do Recife, visto ser a região de maior urbanização, porte populacional, desigualdade social e que está localizado o hospital onde foi conduzida a pesquisa, sendo a cidade do Recife com maior quantidade de casos. Chama atenção, ainda, o quantitativo de vítimas residentes em municípios do interior do estado de Pernambuco, o que demonstra o processo de disseminação e interiorização da violência e a fragilidade de alguns serviços de saúde em conduzir esses casos, muitas vezes havendo transferência da vítima do interior para a capital. Nesse sentido, foi realizado um estudo com dados de vítimas de violência interpessoal com lesões faciais atendidas em um hospital público no município de Belo Horizonte, em Minas Gerais. Eles observaram a existência de uma polarização de casos em áreas com desvantagens socioeconômicas, com vulnerabilidades socioespaciais, e em menor grau de extensão, áreas com uma pior infraestrutura¹⁰.

O estudo apresenta como limitação a utilização de uma amostra por conveniência e não probabilística e, portanto, os resultados não são passíveis de generalizações, ainda assim, trata-se de um serviço de referência e excelência em traumatologia bucomaxilofacial na região nordeste

e, portanto, suas características podem ser similares a serviços parecidos em diferentes localidades. Outrossim, o armazenamento e sistema de informação do hospital da realização do estudo são obsoletos, visto que os prontuários são em formulários de papel e são armazenados em prateleiras separadas por ano de atendimento, o que dificultou na obtenção e compreensão dos dados necessários, porém não sendo fator impeditivo para a realização da pesquisa. Aliado a isso, muitos casos de violência podem ser ocultados pela vítima ou relatados como queda ou acidentes, o que pode gerar imprecisão nos registros.

Além disso, também não foi possível explorar profundamente os dados sociodemográficos das vítimas, visto que informações como etnia, escolaridade, profissão, renda e agressor não são fornecidas pelo prontuário, dificultando relacionar o tema com uma maior vulnerabilidade socioeconômica, sugerindo-se que novos estudos sejam realizados considerando esses fatores. Importante salientar também que se trata de um hospital público e que muitos casos podem ter sido atendidos na rede privada, não podendo ser identificados neste estudo.

O padrão dos casos de violência encontrados pode ser explicado sob à luz da interdisciplinaridade, visto que questões subjetivas como construção da identidade, socialização do homem, papel da mulher na sociedade contemporânea, uso do álcool, jovens em idade laboral como maioria das vítimas, grande acometimento da face nos casos de agressão, entre outros fatores, podem estar envolvidos. Também é imprescindível que os profissionais estejam preparados para detectar indícios de violência entre seus pacientes e que a elaboração dos prontuários seja mais objetiva e detalhada, visando um registro do maior número de informações dos casos.

CONCLUSÃO

É inegável que a violência interpessoal no Brasil é um problema de grandes proporções que ainda precisa ser bastante discutido e estudado. Este trabalho mostrou que a maioria das vítimas são homens, jovens, solteiros e o tipo de trauma mais comum foi a fratura dos ossos maxilofaciais, resultado este que pode ocasionar maior morbidade e sérias sequelas, não só para a vítima, mas também para os serviços de saúde do ponto de vista econômico, pois, por se tratar de uma região estética, demanda-se mais custos para reparação, além de profissionais mais capacitados. Os números encontrados neste estudo deveriam inspirar maior celeridade nas políticas públicas voltadas para esse perfil de vítimas.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que não houve financiamento do estudo.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira AVP, Bernardino IM, Santos LM, Nóbrega LM, Barbosa KGN, D'Ávila S. Firearms, violence-related injuries, and victimization profiles: An approach using cluster analysis. *J. Interpers. Violence*. 2018;00(0):1-19.
2. World Health Organization. (2014). Global status report on violence prevention 2014. Geneva, Switzerland.
3. World Health Organization. (2018). 10 facts about violence prevention. Geneva, Switzerland.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. *Bol Epidemiol [Internet]*. 2019 set [26 de novembro de 2019]; 50(n.esp.):1-154. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 [Internet]. 2017 [26 de novembro de 2019]; 1-154. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2013_2014.pdf
6. Melo ACM, Garcia LP. atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1333-41
7. Ramos JC, Almeida MLD, Alencar YCG, Filho LFS, Figueiredo CHMC, Almeida MSC. Estudo epidemiológico do trauma bucomaxilofacial em um hospital de referência da Paraíba. *Rev Col Bras Cir*. 2018;45(6):e1978.
8. Ferreira MC, Batista AM, Ferreira FO, Ramos-Jorge ML, Marques LS. Pattern of oral-maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. *Dent Traumatol*. 2014;30(1):15-21.
9. Silva CJP, Ferreira RC, de Paula LPP, Haddad JPA, Moura ACM, Naves MD, et al. Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: uma análise comparativa entre gêneros. *Cien Saude Colet*. 2014;19(1):127-36.
10. Silva CJP, Moura ACM, Paiva PCP, Ferreira RC, Silvestrini RA, Vargas AMD, et al. Maxillofacial Injuries as Markers of Interpersonal Violence in Belo Horizonte-Brazil: Analysis of the Socio-Spatial Vulnerability of the Location of Victim's Residences. *PLoS ONE*. 2015;10(8):e0134577.
11. Rodrigues LG, Barbosa KGN, Silva CJP, Alencar GP, D'Ávila S, Ferreira EFE. Trends of maxillofacial injuries resulting from physical violence in Brazil. *Dent Traumatol*. 2019;00:1-7.
12. Bernardino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, D'Ávila S. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). *Cien Saude Colet*. 2017;2(9):3033-44.
13. Conceição LD, Silveira IA, Nascimento GG, Lund RG, 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):169-74.

14. Brasil. Divisão do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas. Rio de Janeiro: IBGE, 1990; 1:1-137. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20%20RJ/DRB/Divisao%20regional_v01.pdf. Acesso em: outubro 2019
15. Moura EC, Gomes R, Falcão MTC, Schwarz E, Neves ACM, Santos W. Desigualdades de gênero na Mortalidade por causas externas no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(3):779-88.
16. Pimenta RMC, Matos FRRO, Silva MLCA, Rodrigues AAAO, Marques JAMM, Musse JO. Levantamento de lesões na região bucomaxilofacial em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal (IML) de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2009. *Arq Odontol [Internet]*. 2013;49(4):154-61. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3638>. Acesso em: setembro de 2019.
17. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuição para a reflexão no campo da saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005;10(1):59-70.
18. Garcez RHM, Thomaz EBAF, Marques RC, Azevedo JAP, Lopes FF. Caracterização de lesões bucomaxilofaciais decorrentes de agressão física: diferenças entre gênero. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(3):1143-52.
19. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra: OMS; 2002.
20. Souza ER, Gomes R, Silva JG, Correia BSCC, Silva MMA. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(12):3243-8.
21. Cerqueira D, Bueno S, Lima RS, Neme C, Ferreira H, Alves PP, et al. Atlas da Violência. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: 2019.
22. Siegel M, Xuan Z, Ross CS, Galea S, Kalesan B, Fleegler E, et al. Easiness of legal access to concealed firearm permits and homicide rates in the United States. *Am J Public Health*. 2017;107(12):1923-9.
23. Crifasi CK, Merrill-Francis M, McCourt A, Vernick JS, Wintemute GJ, Webster DW. Association between firearm laws and homicide in urban counties [erratum *J Urban Health*. 2018;95(5):773-776]. *J Urban Health*. 2018;95(3):383-90.
24. Donohue JJ, Aneja A, Weber KD. Right-to-Carry Laws and Violent Crime: A Comprehensive Assessment Using Panel Data and a State-Level Synthetic Control Analysis. *J Empir Leg Stud*. 2019;16(2):198-247.
25. Cerqueira DRC. Causas e consequências do crime no Brasil. 1. ed. Rio De Janeiro - RJ - Brazil: BNDES. 2014. 196p.
26. Ribeiro AP, Souza ER, Sousa CAM. Injuries caused by firearms treated at Brazilian urgent and emergency healthcare services. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(9):2851-60.
27. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Cienc Saude Colet*. 2017;2(9):2929-38.
28. Silva CJP, Ferreira AF, Paula LPP, Naves MD, Gomes VE. Perfil dos traumas maxilofaciais em vítimas de violência interpessoal: uma análise retrospectiva dos casos registrados em um hospital público de Belo Horizonte (MG). *Cad Saude Colet*. 2011;19(1):33-40.
29. Gilchrist EA, Ireland L, Forsyth A, Godwin J, Laxton T. Alcohol use, alcohol-related aggression and intimate partner abuse: A cross-sectional survey of convicted versus general population men in Scotland. *Drug Alcohol Rev*. 2017;36:20-9.
30. Santos MS, Macena RHM, Mota RMS, Souza WMS, Sousa JEP, Cavalcante FWSC, et al. Fatores associados ao uso do álcool entre homens autores de violência por parceiro íntimo no Ceará. *J Health Biol Sci*. 2019;7(4):341-50.