

Danos buco-maxilo-faciais em homens da região de Ribeirão Preto (SP) entre 1998 e 2002

Oral-maxillo-facial damage in men at Ribeirão Preto Region (SP-Brazil) – 1998 and 2002

LOURENÇO DE MORAES REGO ROSELINO¹

LÍVIA AGUIAR BREGAGNOLO¹

MARCO AURÉLIO BARBOSA DE SOUZA PARDINHO¹

ALINI CHIAPERINI¹

ANDRÉ LUIZ BÉRGAMO¹

LILIANE NASCIMENTO DE SANTI²

JANETE CINIRA BREGAGNOLO³

MARLÍVIA GONÇALVES DE CARVALHO WATANABE³

RICARDO HENRIQUE ALVES DA SILVA⁴

RESUMO

Os traumatismos da face têm grande importância, tanto pela incidência de casos, como pelo fato de que, se não forem reparados de maneira adequada, podem evoluir para importantes sequelas estéticas e funcionais. Foi realizado um estudo epidemiológico transversal para a ocorrência de lesões na região buco-maxilo-facial, a partir dos laudos periciais do Instituto Médico Legal (IML) de Ribeirão Preto/SP no período de 1998 a 2002. No estudo foram incluídos os laudos com as características: (1) delitos ocorridos na região de Ribeirão Preto entre janeiro/1998 e dezembro/2002; (2) homens com idade acima de 18 anos; (3) lesões localizadas na região buco-maxilo-facial (dentes, língua, face, regiões oral, nasal, mentoniana, infraorbital, zigomática, mandibular, gengival, de bochecha, interna da boca). Da análise dos laudos, verificou-se que

o maior número de ocorrências foi durante o ano de 2002 (30,23%) e a incidência foi maior na faixa etária de 18 a 30 anos (46,33%). As agressões físicas foram predominantes (43,50%) e prevaleceu a lesão de tecidos moles (70,27%). Entre as lesões dentárias, a maioria foi de fratura dentária (80,43%), seguida de avulsão (13,04%) e luxação (6,51%). Conclui-se pelo elevado número de casos de violência envolvendo traumatismos em região buco-maxilo-facial, demonstrando a necessidade de um cirurgião-dentista habilitado e capacitado para a realização de laudos periciais, para as orientações e encaminhamentos dos indivíduos para sua assistência.

UNITERMOS

Odontologia Legal. Violência. Epidemiologia. Traumatismos faciais.

INTRODUÇÃO

Há um número muito grande de causas para o trauma facial, como acidentes com veículos automotores, quedas acidentais, prática esportiva, violência

interpessoal, e as decorrentes de atividades profissionais, que podem ser desde pequenas lesões aos dentes até traumas severos à pele, músculos, ossos e nervos da face.

² Professora adjunta, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará.

³ Professoras associadas, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP.

⁴ Professor doutor, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP.

¹ Cirurgiões-dentistas, graduados pela FORP-USP.

- ▶ Conforme o tipo, os traumas faciais podem ser classificados como lesões de tecidos moles (pele e gengivas), dos ossos da face (fraturas), ou atingindo regiões especiais como olhos, nervos, face, glândulas salivares, etc. (APCD, 2005).

A violência no Brasil e os acidentes de trânsito configuram um problema de Saúde Pública de grande magnitude e transcendência, provocando forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. Como um fenômeno de natureza multifatorial, a violência interessa ao Setor Saúde, principalmente em razão do número de mortes que provoca e a necessidade de uma correta assistência médica e odontológica às vítimas de tais mazelas. Observa-se que a violência está concentrada principalmente em grandes centros, locais de maior densidade populacional e decorre de vários fatores. Alguns destes são: a velocidade dos meios de transporte, o dinamismo da vida nas grandes cidades, a violência verificada em certos esportes e até mesmo nas relações humanas (GRAZIANI, 1982), bem como os fatores sócio-econômicos (DINGMAN e NATVIG, 1983).

O trauma facial pode ser considerado uma das agressões mais devastadoras, devido às consequências emocionais e à possibilidade de deformidade, bem como o impacto econômico que tais traumas causam em um sistema de saúde (SASTRY *et al.*, 1995). As agressões físicas, os acidentes automobilísticos e os traumas causados pelas armas de fogo constituem causas principais das altas porcentagens de fraturas e lesões faciais.

Os traumatismos da face têm grande importância para o cirurgião-dentista, não só pela incidência de casos, mas também pelo fato de que, se não forem reparados de maneira adequada, podem evoluir para importantes sequelas estéticas e funcionais.

Segundo Fávero (1973), a cabeça corresponde à região do corpo mais frequentemente comprometida pelas lesões corporais (40,7%). A face, porção integrante da cabeça, por ser uma região pouco protegida, representa uma das áreas de maior acometimento por traumas. Levando-se em conta as complexidades anatômica, funcional e estética da região, e o seu importante papel no relacionamento intra e interpes-

soal, as lesões aí ocorridas merecem toda a atenção do perito. Cardozo (1997) relatou que não se deve esquecer a importância estética da região. As lesões aí sediadas caracterizam relevante acometimento, pois o aspecto facial desempenha significativo papel na aparência individual, contribuindo para o êxito dos relacionamentos sociais, econômicos, culturais, enfim, toda a vida de relação dos indivíduos.

O diagnóstico e tratamento de lesões faciais obtiveram grande progresso nas últimas décadas, alcançando abrangência multidisciplinar, envolvendo principalmente as especialidades de trauma, oftalmologia, cirurgia plástica, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e neurocirurgia. Uma agressão localizada na face não envolve somente tecido mole e ossos, mas também, por extensão, pode acometer o cérebro, olhos, seios da face e dentição (WULKAN, PARREIRA JR. e BOTTER, 2005).

O objetivo deste trabalho é verificar o comportamento das lesões corporais que atingiram a região buco-maxilo-facial (dente, língua, face, oral, nasal, mentoniana, infraorbital, zigomática, mandibular, gengival, de bochecha, interna da boca e temporal) em homens com idade igual ou superior a 18 anos e que se submeteram à perícia médico-legal no Instituto Médico Legal (IML) de Ribeirão Preto (SP), entre os anos de 1998 e 2002.

METODOLOGIA

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP-USP) sob o número 2008.1.28.58.3.

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal para a obtenção da ocorrência de lesões na região buco-maxilo-facial, a partir dos laudos periciais do IML da Seccional da Polícia de Ribeirão Preto (SP) no período de 1998 a 2002. A pesquisa foi realizada por meio de consulta de n=28.200 laudos periciais nas dependências do IML de Ribeirão Preto (SP), cujas informações foram anotadas em ficha específica ▶

- ▶ contendo campos a serem preenchidos relativos às características da lesão (localização, tipo de lesão), do indivíduo (gênero, idade e etnia) e da ocorrência (tipo de agressão).

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que os laudos deveriam apresentar todas as características a seguir: (1) os delitos ocorridos na região de Ribeirão Preto e registrados no município de Ribeirão Preto (SP) no período de janeiro/1998 a dezembro/2002; (2) os indivíduos que se apresentaram com idade mínima de 18 anos de idade e do gênero masculino; (3) as lesões localizadas na região buco-maxilo-facial que compreende dentes, língua, face, regiões oral, nasal, mentoniana, infraorbital, zigomática, mandibular, gengival, de bochecha e interna da boca.

A análise estatística foi realizada através de estatística descritiva. As características das lesões foram analisadas utilizando-se testes de comparação de proporções.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os laudos avaliados, 354 preenchiam os critérios de inclusão e foram utilizados no estudo. O maior número de casos (30,23%) ocorreu no ano de 2002.

O estudo justifica-se na abordagem da população masculina devido à maior exposição aos agentes traumatizantes. As fraturas faciais ocorreram três vezes mais em pacientes do gênero masculino do que no gênero feminino (ALLING e OBSON, 1988; DINGMAN e NATVIG, 1983). Hussain *et al.* (1994) verificaram que em relação à violência pessoal, na maioria das vezes, os indivíduos envolvidos são adultos, jovens e do sexo masculino. Costa e Silva, Paiva e Torres (1998), em pesquisa realizada com 5.033 pacientes atendidos no Hospital da Restauração, em Recife (PE) em casos de traumas faciais, verificaram que 74,3% eram do sexo masculino. Macedo *et al.* (2008), em estudo com 711 pacientes atendidos na Unidade de Emergência do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), em Brasília, no período de janeiro a dezembro de 2004, verificaram que 72% eram do sexo masculino.

Em Ribeirão Preto, foi observada uma diminuição do número de casos de acordo com o aumento da idade: 46,33% ocorreram entre os 18 e 30 anos de idade, 28,53% entre 31 e 45 anos de idade. Estes dados estão em concordância com os estudos de Dingman e Natvig (1983), Kempf (1988), Turvey e Kendel (1991) e Cruz (1993), que relataram em seus trabalhos que os indivíduos mais expostos aos traumatismos de face eram os que estavam na fase mais produtiva da vida, entre 21 e 40 anos de idade. De acordo com o estudo realizado por Wulkan, Parreira Jr. e Botter (2005) com 164 pacientes atendidos no serviço de Pronto Socorro da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, em São Paulo, entre junho e dezembro de 2003, verificou-se que a incidência foi maior na faixa etária de 20 a 39 anos. Laski *et al.* (2004), com o objetivo de determinar o tipo de paciente com trauma facial que se apresentava no Departamento de Emergência do University Hospital, University of Medicine and Dentistry of New Jersey (Newark), entre novembro/1999 e outubro/2000, verificaram que a maioria dos pacientes eram homens e que a faixa etária mais comum para ocorrência desse tipo de trauma foi entre 20 e 30 anos (32,6%).

No presente estudo, o fator etiológico do trauma facial mais encontrado foi a agressão física, com 43,50% dos casos registrados, seguido por acidente de trânsito (22,60%) e lesão corporal (16,95%). Observou-se também as causas: arma de fogo, roubo e tentativa de homicídio, com 1,98% de casos em cada uma destas categorias. Foram classificados no quesito *outros*, os casos de abuso de autoridade, acidente de trabalho,

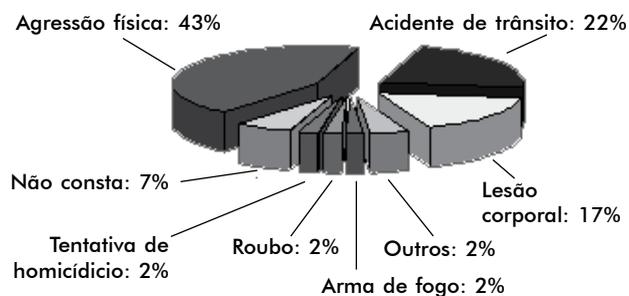


GRÁFICO 1 – Laudos periciais consultados de homens acima de 18 anos segundo a etiologia do dano. Região de Ribeirão Preto (SP), 1998-2002

- ▶ arma branca, ato infracional, corpo de delito indireto, desacato, disparo de arma de fogo, flagrante, furto, homicídio culposo, jogo de futebol e queda (GRAF. 1).

Estes dados estão de acordo com os encontrados no trabalho de Santos (2002) que se propôs analisar 493 vítimas de traumatismos buco-maxilo-faciais, sendo que a etiologia mais encontrada segue o mesmo padrão. Resultados parecidos foram relatados por Wulkan, Parreira Jr. e Botter (2005), segundo os quais a violência interpessoal foi a principal etiologia encontrada (46,1%) em 164 pacientes selecionados com trauma facial, seguido por queda (27,3%), atropelamento (6,2%) e outros (20,4%). Macedo *et al.* (2008) também encontraram a agressão física (39%) como a etiologia principal, seguida por acidente de veículo/moto (14,9%) e queda de bicicleta (13,2%). Holderbaum e Lorandi (1997) em um total de 231 casos de lesão de face, em relação ao agente etiológico, verificaram: acidente de trânsito (40,3%), queda ao solo (12,1%), agressão física (11,3%), arma de fogo (10,4%), acidente por esporte (5,6%), assalto (1,7%), acidente no trabalho (1,7%) e outros agentes (16,9%).

Worral (1991) dedicou-se à legislação de trânsito e julga que a obediência a esta promove o declínio dos acidentes e, conseqüentemente, os traumatismos

buco-maxilo-faciais, principalmente com a utilização do cinto de segurança.

Para Oikarinen, Igratius e Kauppi (1993), os acidentes de trânsito foram o segundo agente etiológico mais frequente, com 23%; ultrapassado pelas agressões físicas com 45,74% de um total de 317 pacientes com fraturas mandibulares diagnosticadas e tratadas no Hospital Universitário de Oulu (Finlândia) entre 1981 e 1990.

Ao analisar a etiologia do dano de acordo com os anos estudados, observa-se que durante o ano de 2002 houve um maior número de casos (107), sendo que os casos de agressão física foram maiores durante o ano de 2000 (43); acidentes de trânsito foram mais prevalentes em 1999 e 2000 (24 casos em cada ano); lesão corporal em 2002 (35); arma de fogo em 2001 (4); roubo em 2002 (3); tentativa de homicídio em 2002 (4) (TAB. 1).

Ao analisar o tipo lesão verificou-se um grande número de denominações e, para facilitar o entendimento, foram agrupados em quatro tipos: lesão de tecido mole, fratura de ossos da face, trauma dentário e outros.

Nas lesões de tecido mole foram agrupados cicatriz, corte, sutura, edema, equimose, eritema, escoriação, ferimento, hematoma, hiperemia, lesão na mucosa,

Etiologia do dano	Ano											
	1998		1999		2000		2001		2002		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agressão física	12	36,37	35	38,04	43	55,13	25	56,82	39	36,45	154	43,50
Acidente de trânsito	11	33,33	24	26,10	24	30,77	5	11,36	16	14,95	80	22,60
Lesão corporal	3	9,09	15	16,30	1	1,28	6	13,64	35	32,71	60	16,95
Arma de fogo	1	3,03	0	0	0	0	4	9,09	2	1,87	7	1,98
Roubo	0	0	2	2,17	0	0	2	4,55	3	2,80	7	1,98
Tentativa de homicídio	1	3,03	1	1,09	0	0	1	2,27	4	3,74	7	1,98
Outros	2	6,06	6	6,52	1	1,28	1	2,27	6	5,61	16	4,52
Não consta	3	9,09	9	9,78	9	11,54	0	0	2	1,87	23	6,49
Total	33	100	92	100	78	100	44	100	107	100	354	100

TABELA 1 - Laudos periciais consultados de homens acima de 18 anos de idade segundo a etiologia do dano Região de Ribeirão Preto (SP) - 1998-2002

Injúria	n	%
Lesões de tecido mole	371	70,27
Fratura de ossos da face	69	13,07
Trauma dental	46	8,71
Outros	42	7,95
Total	528	100

TABELA 2 – Laudos periciais consultados de homens acima de 18 anos de idade segundo o tipo de injúria Região de Ribeirão Preto (SP) – 1998-2002

perfuração à bala, queimadura e sangramento. Na categoria fratura de ossos da face foi incluída qualquer fratura óssea em região de face. Nos traumas dentários, foram agrupados os casos descritos como avulsão dentária, fratura dentária, luxação dentária, amolecimento dentário, mobilidade dentária e abaulamento dentário. Em outras causas, foram agrupados os casos de abaulamento, afundamento, desvio de comissura labial, desvio de rima bucal, desvio de septo nasal, dor, limitação de abertura e fechamento da boca e trauma.

As lesões de tecido mole foram as mais encontradas (70,27%), seguidas por fratura de ossos da face (13,07%) e trauma dentário (8,71%) (TAB. 2). Estes resultados são semelhantes aos de Macedo *et al.* (2008), que verificaram a lesão de tecido mole presente em 75,1% dos pacientes e fraturas ósseas em 24,9%.

Com relação à descrição da lesão, as escoriações foram mais encontradas (14,35%), seguidas por fratura óssea (12,17%) e ferimento corto-contuso (11,74%) e com diversas outras descrições, conforme apresentado na TABELA 3.

Foram encontrados quatro casos (0,87%) de perfuração por projétil de arma de fogo nos 354 casos de violência estudados. Resultados superiores foram encontrados por Costa e Silva, Ramos e Carvalho (1998) ao analisarem 9.666 prontuários da Emergência do Hospital da Restauração, em Recife (PE): 6,91% de casos; o sexo predominante com lesões por arma de fogo na face foi o masculino (86,79%), a idade mais acometida foi entre 21 a 30 anos (41,51%), tendo como sede da lesão, em 6,87%, a região da face.

No presente estudo, entre as lesões dentárias, a maioria foi de fratura dentária (80,43%), seguida de

Descrição da lesão	n	%
Escoriações	66	14,35
Fratura óssea	56	12,17
Ferimento corto-contuso	54	11,74
Fratura dental	27	5,87
Cicatriz	25	5,43
Ferimento	25	5,43
Ausência dental	20	4,35
Edema	17	3,70
Edema+equimose	08	1,73
Equimose	08	1,73
Lesão corte-contuso	07	1,52
Edema+escoriação	06	1,30
Desvio de septo nasal	05	1,09
Ferimento corto-contuso+cicatriz	05	1,09
Lesão de tecido mole+edema	05	1,09
Trauma ósseo+edema	05	1,09
Corte no lábio	04	0,87
Contusão óssea	04	0,87
Edema+ferimento corto-contusa	04	0,87
Ferimento contuso	04	0,87
Fratura dental+cicatriz	04	0,87
Lesão de face	04	0,87
Perfuração à bala-OE/OS	04	0,87
Trauma dental	04	0,87
Outros	89	19,36
Total	460	100%

TABELA 3 – Distribuição do número e porcentagem de casos por descrição da lesão Região de Ribeirão Preto (SP) – 1998-2002

avulsão (13,04%) e luxação (6,51%). Os dentes anteriores foram os mais traumatizados (80,43%), seguido pelos pré-molares e molares (10,87%), sendo observado nos laudos que em 8% dos dentes traumatizados não foi definido qual era o dente.

Em relação às características do trauma dentário associados ao trauma facial, Silva *et al.* (2004), em 340 pacientes, verificaram que 52 apresentaram trauma dentário. Destes, 40 pacientes eram do sexo masculino; 25,88% dos pacientes com trauma facial estavam na faixa etária de 21 aos 30 anos de idade. ▶

- A partir da faixa de 31 aos 40 anos, a frequência de traumas faciais diminuiu com a idade. Quando analisados somente os pacientes que apresentaram trauma dentário, verificou-se que a faixa etária mais frequente foi de 11 aos 20 anos (44,23%), seguida pela de 0 aos 10 anos (28,85%).

De acordo com estudo de Costa e Silva e Cardozo (2000), em levantamento realizado no Serviço Médico Estatístico de um hospital terciário da Zona Sul de São Paulo, apenas 12 dos 107 pacientes internados por trauma envolvendo o complexo buco-maxilo-mandibular tiveram anotadas informações referentes a lesões dentárias sofridas. Dos 12 casos anotados, cinco não tiveram especificados os dentes atingidos.

Assim sendo, é imprescindível que o cirurgião-dentista anote cuidadosamente estas informações, garantindo o direito a reabilitação e, conseqüentemente, a reintegração do seu paciente. A falta da anotação, ou anotação incompleta, prejudica a determinação de nexos causais entre aquela lesão dentária e o fato que a gerou, para que possa verificar e indicar a necessidade de tratamento dos prejuízos funcionais, estéticos e até psicológicos advindos do trauma (COSTA E SILVA e CARDOZO, 2000).

De acordo com Silva e Lebrão (2001), as pessoas vítimas de traumatismos buco-maxilo-faciais recebem nos hospitais, na maioria das vezes, somente o primeiro atendimento de Odontologia, pois as instituições não oferecem possibilidade de acompanhamento e de reabilitação. Torna-se necessária uma rede governamental preparada para atender a traumatologia dentária e buco-maxilo-facial.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo mostram que há um grande número de casos de lesão buco-maxilo-facial em homens com idade igual ou superior a 18 anos e que se submeteram à perícia médico-legal no IML do município de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 1998 e 2002. A maior concentração está na faixa etária de 18 a 30 anos e com a agressão física com maior prevalência.

ABSTRACT

Facial injuries has great importance, due to their incidence and because they can evolve to serious aesthetic and functional sequelae, if not properly repaired. A cross-sectional epidemiological study was performed to find the occurrence of oral-maxillofacial injuries, based on expert reports from the Ribeirão Preto-SP Forensic Medicine Institute from 1998 to 2002. The study included expert reports with the following characteristics: (1) offenses occurred in the Ribeirão Preto region between January 1998 and December 2002; (2) men older than 18 years; (3) injuries located in the oral-maxillofacial region (teeth, tongue, face, and the regions: oral, nasal, mentonian, infraorbital, zygomatic, mandibular, gingival, cheek, and inner mouth). The analysis of the expert opinions revealed that 2002 was the year with the highest number of occurrences (30.23%), incidence was higher in the age range 18 to 30 years (46.33%). The prevailing offense was physical aggression (43.50%) and the soft tissue injuries were predominant (70.27%). Among the dental injuries, most were tooth fractures (80.43%), followed by avulsion (13.04%) and luxation (6.51%). Considering the high number of cases of violence involving injuries to the oral-maxillofacial region, it is concluded that there is a need for a qualified, trained dentist to provide expert registrations, as well as to guide and refer patients to specific health care services.

KEYWORDS

Forensic dentistry. Violence. Epidemiology. Facial injuries.

REFERÊNCIAS

01. ALLING, C. C.; OBSON, D. B. *Maxillofacial trauma*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1988. p.186-371.
02. APCD. Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas – Regional de Piracicaba. Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da EAP-APCD e Santa casa de Misericórdia de Piracicaba. *Trauma facial*. Disponível em: < <http://www.ctbmf.odo.br/ssb/ss.cgi?link=ad3275839&linkend=true&layout=> >. Acesso em: 17/06/2005.
03. CARDOZO, H. F. Avaliação médico-legal das lesões do complexo maxilomandibular. In: SILVA, M. *Compêndio de Odontologia Legal*. São Paulo: Medsi, 1997. Cap. 18, p.289-317.
04. COSTA E SILVA, A. P. A.; CARDOZO, H. F. *Importância legal da anotação dos dentes envolvidos em traumatismos buco-maxilo-faciais*. Brasil Forense 2000. In: Ibemol, Anais Forense 2000. Pernambuco, 2000. Disponível em: ►

- < <http://www.ibemol.com.br/forense2000/073.asp> >. Acesso em 16 de junho de 2009.
05. COSTA E SILVA, A. P. A.; PAIVA, R. C.; TORRES, S. B. L. *Traumatologia forense*; estudo da incidência de traumas faciais em pacientes atendidos na emergência buco-maxilo-facial do Hospital da Restauração. IV Congresso Odontologia Legal. In: Anais do Forense 1998, Salvador, 1988. Disponível em: < <http://www.ibemol.com.br/forense1998/43.asp> >. Acesso em 17/06/2005.
 06. COSTA E SILVA, A. P. A.; RAMOS, A. S.; CARVALHO, W. J. A. *Lesões causadas por projéteis de arma de fogo (P.A.F.) no complexo buco-maxilo-facial*; estudo da frequência de pacientes atendidos na Emergência do Hospital da Restauração, 6 meses antes e após a homologação da Lei nº 9.437/97 que proíbe o porte de arma para civis. In: Anais do Forense 1998. Salvador. 1998. Disponível em: < <http://www.ibemol.com.br/forense1998/27.asp> >. Acesso em 17/06/2005.
 07. CRUZ, G. A. O. E. Fraturas no terço superior da face. In: BARROS, J. J.; SOUZA, L. C. M. (coord.) *Traumatismo buco-maxilo-facial*. São Paulo: Roca, 1993. p.297-307.
 08. DA SILVA, A.C.; PASSERI, A.; MAZZONETTO, R.; DE MORAES, M.; MOREIRA, W.F. Incidence of dental trauma associated with facial trauma in Brazil: a 1-year evaluation. *Dent. Traumatol.*, Copenhagen, v.20, n.1, p.6-11, Feb.2004.
 09. DINGMAN, R. O.; NATVIG, P. *Cirurgia da fratura facial*. São Paulo: Santos, 1983. p.43-324.
 10. FÁVERO, F. *Medicina legal*. 9.ed. v.2. São Paulo: Martins, 1973. 460p.
 11. GRAZIANI, M. *Traumatologia maxilo-facial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p.30-40.
 12. HOLDERBAUM, M. N.; LORANDI, C. S. Levantamento epidemiológico das fraturas de face na comunidade atendida junto ao Grupo Hospitalar Conceição. *Rev. Odonto Ciência*, Porto Alegre, v.2, n.24, p. 45-66, 1997.
 13. HUSSAIN, K.; WIJETUNGE, D. B.; GRUBNIC, S.; JACKSON, I. T. A Comprehensive Analysis of Craniofacial Trauma. *J. Trauma*, Baltimore, v.36, n. 1, p.34-47, Jan. 1994.
 14. KEMPF, K. K. Maxillary fractures. In: ALLING III, C. C., OSBON, D. B. (coord.) *Maxillofacial trauma*. USA: Lea e Febiger, 1988. p.287-297.
 15. LASKI, R.; ZICCARDI, V. B.; BRODER, H. L.; JANAL, M. Facial trauma: a recurrent disease? The potential role of disease prevention. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, Philadelphia, v.62, n.6, p.685-688, June 2004.
 16. MACEDO, J. L. S.; CAMARGO, L. M.; ALMEIDA, P. F.; ROSA, S. C. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no Pronto Socorro de um Hospital Público. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v.35, n.1, p.9-13, Jan./Fev. 2008.
 17. OIKARINEN, K.; IGNATIUS, E.; KAUPPI, H.; SILVENNOINEN, U. Mandibular fractures in Northern Finland in the 1980s; a 10-year study. *Br. J. OralMaxillofac. Surg.*, Edinburgh, v.31, n.1, p.23-7, Feb. 1993.
 18. SANTOS, M. A. F. *Traumatismos buco-maxilo-faciais por agressão*; estudo em um hospital da periferia do município de São Paulo. 2002. 125p. Dissertação (Mestrado Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
 19. SASTRY, S. M.; SASTRY, C. M.; PAUL, B. K.; BAIM, L.; CHAMPION, H. R. Leading causes of facial trauma in the major trauma outcome study. *Plast. Reconstr. Surg.*, Baltimore, v.95, n.1, p.196-197, Jan.1995.
 20. SILVA, O. M. P.; LEBRÃO, M. L. A organização do atendimento da Odontologia hospitalar e da traumatologia buco-maxilo-facial no município de São Paulo. *Rev. Odontol. Unesp*, São Paulo, v.30, n.1, p.43-54, 2001.
 21. TURVEY, T. A.; KENDELL, B. Management of facial fractures in the growing patient. In: FONSECA, R. J.; WALKER, R. V. (coord). *Oral and facial maxillofacial trauma*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1991, v.2, p.722-753.
 22. WORRAL, S. F. Mechanisms pattern and treatment cost of maxillofacial injuries. *Injury*, England, v.22, n.1, p.25-28, Jan. 1991.
 23. WULKAN, M.; PARREIRA JR, J. G.; BOTTER, D. A. Epidemiologia do trauma facial. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v.51, n.5, p.290-295, set./out. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n5/a22v51n5.pdf> >. Acesso em 30/07/2007.