

Perfil epidemiológico dos traumatismos faciais de pacientes atendidos em hospitais de emergência e trauma de Campina Grande-PB.

Epidemiology of facial Trauma of patients attended to Emergency and trauma Hospital of Campina Grande-PB

Damião Edgleys Porto¹

Sócrates Steffano Silva Tavares²

Gracielle Rodrigues Tavares³

Josuel Raimundo Cavalcante⁴

1. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pela Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB

2. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pela Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB

3. Mestre e especialista em Estomatologia pelo Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB

4. Professor Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB.

Correspondência

Damião Edgleys Porto

Rua Maria José da Silva, 25C - Centro, Montadas/PB

CEP: 58145-000 fone: (83) 3381-1161

e-mail: edgleys.porto@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi traçar o perfil epidemiológico dos traumatismos faciais atendidos nos dois principais hospitais de emergência e trauma de Campina Grande – PB, Hospital Regional Dom Luiz Gonzaga Fernandes e Hospital Antônio Targino. O método de estudo adotado foi indireto e retrospectivo, através da análise de 3509 prontuários dos pacientes atendidos nos dois hospitais, no período de junho de 2007 a junho de 2009. Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que o sexo masculino foi mais prevalente, em 74,4%, em relação ao feminino, com 25,6% e a faixa etária de 21 a 30 anos (26,9%) foi a mais acometida. Os acidentes de moto foram o principal agente etiológico dos traumatismos faciais (28,8%). Porém, analisando, individualmente, no sexo feminino a maior etiologia foi correspondente à queda da própria altura (36,9%), principalmente nos extremos das idades: 0 a 10 (59,1%), 51 a 60 (26,6%) e acima de 60 anos (58%). Dos 4.000 diagnósticos apresentados pelos pacientes atendidos por nosso serviço, o trauma fechado de face obteve maior ocorrência (29,3%), as fraturas faciais somaram 1.133 casos. Destes registros, as fraturas do complexo zigomático foram as mais diagnosticadas (28,2%), seguidas pelas fraturas de O.P.N.. (25,8%) e fraturas de mandíbula (18,5%). Os traumatismos envolvendo apenas tecidos moles da face corresponderam a 28,9%. Já os traumas múltiplos concretizaram 2,2% dos diagnósticos. O tratamento conservador foi realizado em 29,6% dos pacientes, o tratamento cirúrgico com redução incruenta em 17,3% dos casos e a redução cruenta + F.I.E em 9,3%.

Palavras-Chave: Traumatismos Faciais – Epidemiologia; Traumatismos Faciais – Etiologia; Traumatismos Maxilofaciais.

ABSTRACT

The object of this study was to establish the epidemiological profile of facial injuries treated at two major emergency and trauma hospitals in Campina Grande – PB: "Hospital Antônio Targino" and "Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande – Brazil". Study method used was retrospective and indirect kind, throughout analysis of 3,509 patients' medical records at two hospitals in the period between June 2007 to June 2009. Based on the results, we concluded that male gender was more affected in 74.4% compared with 25.6% for female gender and age between 21 and 30 years (26.9%) was most prevalent. Motorcycle accidents were the main aetiological agent of facial injuries (28.8%). However, on individual examination, main etiology founded in female gender was corresponding to falling (36.9%), mainly at extremes of age: 0 to 10 (59.1%), 51 to 60 (26.6%) and above 60 years (58%). In 4,000 diagnoses presented by patients in our department, facial contusion was of greater occurrence (29.3%); facial fractures totaled 1,133 cases, while zygomatic complex fractures were the most diagnosed (28.2%) followed by fractures of nose bones (25.8%) and fractures of mandible (18.5%). Injuries involving only soft tissue of face corresponded to 28.9%. Otherwise, multiple trauma already reached 2.2% of diagnoses. Conservative treatment was performed in 29.6% of patients, surgical treatment with bloodless reduction in 17.3% of cases and bloody reduction + I.F.F in 9.3%.

Keywords: Facial Injuries – Epidemiology; Facial Injuries – Etiology; Maxillofacial Injuries.

INTRODUÇÃO

Os traumatismos estão entre as principais causas de morte e morbidade no mundo, estima-se que cerca de 16.000 pessoas morrem a cada dia em consequência de traumas, para cada pessoa que morre, milhares de pessoas lesionadas sobrevivem, muitas com sequelas permanentes¹.

Os agentes etiológicos dos traumatismos variam muito de acordo com a comunidade avaliada, dos costumes e hábitos sociais². As principais etiologias do traumatismo facial são: violência, acidentes de trânsito, queda e acidentes esportivos³.

Há três décadas, os estudos apontam os acidentes de trânsito como a principal causa dos traumatismos faciais²⁻⁷. Dados do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), apontam que após a implantação da Lei Seca em junho de 2008, aumentou o número de acidentes nos 61 mil quilômetros de estradas federais que cortam o País, o total de feridos também cresceu, passando de 31,5 mil para 32,254, diferença de 2,4%. O registro de mortes, entretanto, recuou 6,2%, de 2.962 para 2.779.

Claro et al.⁴ analisando 125 prontuários de pacientes vítimas de fraturas faciais atendidos em hospitais e ambulatórios públicos e privados da cidade de Taubaté, entre janeiro de 2000 e março de 2003, observaram que os acidentes de trânsito em geral (automobilísticos, motociclísticos, ciclísticos e atropelamentos), foram responsáveis por 65,6% dos casos de fraturas, sendo que destes, os acidentes motociclísticos obtiveram a maioria, respondendo por 26,4% dos casos.

Montovani et al.⁸, fizeram um estudo retrospectivo de 513 pacientes, com diagnóstico de fratura facial, atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, no período de 13 anos (1991 a 2004) e concluíram que o acidente automobilístico foi a principal causa dos traumatismos faciais na faixa etária de 20 a 29 anos (35,9% dos casos), seguido pelas agressões (21%) e as quedas acidentais (19,5%). Quanto ao uso de drogas, (álcool) 38% dos pacientes que sofreram acidentes com veículos e 58% que sofreram agressões físicas, na faixa etária de 15 a 39 anos, responderam que haviam ingerido bebida alcoólica minutos ou horas antes do acidente. A mandíbula foi o local mais afetado (35%), seguido do zigoma

(24%) e do nariz (23%), ressaltando que a maioria dos pacientes tinha fratura única de face (81,5%).

Diante do exposto, é mister que se faça uma análise mais detalhada sobre o perfil epidemiológico dos traumatismos faciais, com o propósito de esclarecer as principais semelhanças e divergências entre os resultados obtidos visando a otimizar o atendimento da população, bem como os meios necessários para se tentar amenizar cada vez mais as estatísticas desses traumatismos em nossa região.

O objetivo deste estudo foi traçar o perfil epidemiológico dos traumatismos faciais atendidos nos dois principais hospitais de emergência e trauma de Campina Grande – PB, Hospital Regional Dom Luiz Gonzaga Fernandes e Hospital Antônio Targino, durante o período compreendido entre junho de 2007 a junho de 2009.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi do tipo observacional, epidemiológico e retrospectivo, utilizando procedimento comparativo e estatístico descritivo. O método de abordagem foi a observação indireta, por meio da análise de prontuários médico-hospitalares de vítimas de traumatismos faciais atendidas no Hospital Antônio Targino e Hospital Regional de Urgência e Emergência de Campina Grande – Paraíba, durante o período de junho de 2007 a junho de 2009.

A amostra foi constituída por todos os pacientes com traumatismo facial atendidos no Hospital Antônio Targino e Hospital Regional de Urgência e Emergência de Campina Grande/PB, no período de junho de 2007 a junho de 2009.

Para a realização da pesquisa foram utilizados os prontuários dos pacientes da amostra, sendo os dados extraídos e individualizados em um formulário desenvolvido para a pesquisa. A pesquisa foi devidamente registrada no SISNEP (CAAE 0212.0.133.000-09) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sendo também obtida anuência dos hospitais nos quais foi realizado o estudo.

Após a análise, os dados foram armazenados, organizados e tabulados com o Software Microsoft Excel (2007) e submetidos à análise estatística com o auxílio do programa SPSS 15.0 (2006),

através do teste qui-quadrado de Pearson, que busca evidenciar a existência de associações entre as variáveis em estudo, tomando como base um nível de significância de $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

O número de pacientes analisados foi apresentado na Tabela 1, de acordo com o Hospital, Ano e Semestre considerados.

Tabela 1. Número de pacientes segundo o hospital pesquisado.

ANO E SEMESTRES	HOSPITAL PESQUISADO		TOTAL
	A	B	
2007 (2º Semestre)	333	345	678
2008			
1º Semestre	527	431	958
2º Semestre	1 084	424	1 509
2009 (1º semestre)	89	274	363
TOTAL DE PACIENTES	2 034	1 475	3 509
VALOR PERCENTUAL	58,0	42,0	100,0

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande - PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

Nota: A - Hospital Antônio Targino.

B - Hospital Regional de Campina Grande.

Os hospitais em estudo atendem pacientes de todas as regiões do estado, sendo que a maioria dos pacientes da amostra eram da própria cidade de Campina Grande (50,7%), com uma pequena diferença em relação aos pacientes de outras cidades da Paraíba (47,8%) - Tabela 2.

Tabela 2. Percentual do número de pacientes segundo a cidade de origem.

CIDADES	n	%
CAMPINA GRANDE	1 780	50,7
OUTRAS CIDADES DA PB	1 676	47,8
CIDADES DE OUTROS ESTADOS	27	0,8
NÃO INFORMADO	26	0,7
TOTAL DE PACIENTES	3 509	100,0

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande - PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

Quanto a faixa etária, o maior número de pacientes com traumatismo facial foi observado nas faixas etárias de 21 a 30 anos (26,9%) e 11 a 20 anos (20,1%), conforme a Tabela 3.

De acordo com o Gráfico 1, as ocorrências de traumatismos faciais foram mais prevalentes no sexo masculino, em 2610 pacientes (74,4%), em relação ao feminino, com 899 pacientes (25,6%).

Tabela 3. Percentual do número de pacientes segundo a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	n	%
00 A 10	579	16,5
11 A 20	704	20,1
21 A 30	943	26,9
31 A 40	499	14,2
41 A 50	320	9,1
51 A 60	192	5,5
ACIMA DE 60	219	6,2
NÃO INFORMADO	53	1,5
TOTAL DE PACIENTES	3 509	100,0

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande - PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

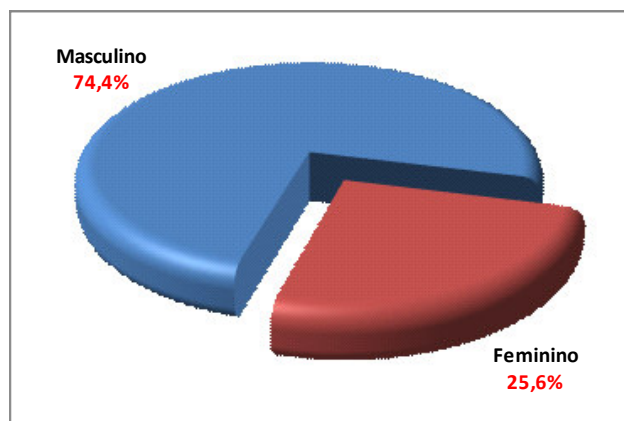


Gráfico 1. Percentual do número de pacientes segundo o sexo.

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande - PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

A Tabela 4 aponta que os acidentes de moto foram o principal agente etiológico dos traumatismos faciais (28,8%). Porém, analisando individualmente, no sexo feminino a maior etiologia foi correspondente à queda da própria altura (36,9%).

A análise estatística pelo teste qui-quadrado de Pearson para estabelecimento de uma possível associação entre o sexo e a etiologia do traumatismo revelou que existiu uma tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$) do sexo masculino estar relacionado predominantemente com os seguintes agentes etiológicos: acidente de moto ($X^2 = 126,2$); agressão física ($X^2 = 10,6$); acidente de bicicleta ($X^2 = 9,77$); acidente esportivo ($X^2 = 34,1$) e acidente de trabalho ($X^2 = 11,5$). Já no sexo feminino essa tendência foi observada nas quedas da própria altura ($X^2 = 182,3$); acidentes domésticos ($X^2 = 29,1$) e em outros ($X^2 = 51,8$).

A análise estatística também demonstrou que a condição de dependência significativa entre as variáveis ($0,01 \leq p \leq 0,05$), foi observada com maior

predominância na associação entre sexo masculino e P.A.F. ($X^2 = 5,7$); e sexo feminino e acidente automobilístico ($X^2 = 4,69$). Para as etiologias: acidente recreativo e atropelamento, não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), ou seja, elas são independentes para os dados em estudo.

Tabela 4. Percentual do número de pacientes segundo a etiologia e o sexo

Analisando os agentes causais dos traumatismos faciais de acordo com a faixa etária (Tabela 5), os acidentes de moto ocorreram mais nas faixas etárias de 21 a 30 (44,3%). Entretanto, nos extremos das idades, foi mais prevalente a queda da própria altura: 0 a 10 (59,1%) e acima de 60 anos (58%).

A análise estatística apontou que houve uma tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$) na relação entre as variáveis etiologia

e faixa etária, com maior predomínio nas seguintes associações: 0 a 10 anos e acima de 60 anos – queda da própria altura ($X^2 = 924,2$); 0 a 10 anos – acidente doméstico ($X^2 = 44,5$) e acidente recreativo ($X^2 = 71,9$); 11 a 20 anos – acidente de bicicleta ($X^2 = 31,9$); acidente esportivo ($X^2 = 43,5$) e outros ($X^2 = 23,0$); 21 a 30 anos – acidente de moto ($X^2 = 353,4$); 31 a 40 anos – agressão física ($X^2 = 108,2$); 41 a 50 anos – atropelamento ($X^2 = 24,4$) e acidente de trabalho ($X^2 = 37,7$); e 51 a 60 anos – acidente automobilístico ($X^2 = 21,8$).

A condição de dependência significativa entre as variáveis ($0,01 \leq p \leq 0,05$), foi observada com maior predominância na associação entre a faixa etária de 11 a 20 anos e P.A.F. ($X^2 = 15,9$).

Tabela 4. Percentual do número de pacientes segundo a etiologia e o sexo

ETIOLOGIA	SEXO (%)		TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA			
	M	F		X^2	p VALOR ⁽²⁾	CONDIÇÃO ⁽³⁾	SEXO
ACIDENTE DE MOTO	33,8	14,1	28,8	126,2	0,000	AS	M
QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	15,6	36,9	21,1	182,3	0,000	AS	F
AGRESSÃO FÍSICA	17,4	12,8	16,2	10,6	0,001	AS	M
ACIDENTE DE BICICLETA	8,2	5,0	7,4	9,77	0,002	AS	M
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	3,7	5,3	4,1	4,69	0,030	S	F
ACIDENTE ESPORTIVO	5,1	0,7	3,9	34,1	0,000	AS	M
ACIDENTE DOMÉSTICO	2,7	6,7	3,7	29,1	0,000	AS	F
ACIDENTE RECREATIVO	2,1	2,1	2,1	0,00	0,936	NS	—
ATROPELAMENTO	2,1	1,7	2,0	0,55	0,456	NS	—
ACIDENTE DE TRABALHO	2,1	0,4	1,7	11,5	0,001	AS	M
P.A.F. ⁽⁴⁾	1,1	0,2	0,9	5,7	0,017	S	M
OUTROS ⁽¹⁾	5,4	12,7	7,3	51,8	0,000	AS	F
NÃO INFORMADO	0,7	1,3	0,9	—	—	—	—
TOTAL	100,0	100,0	100,0				
TOTAL DE PACIENTES	2 610	899	3 509				

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

(1) – Foram citados na categoria OUTROS: hemorragia alveolar, epistaxe, dor de dente, corpo estranho, dor, trismo, queimadura química, complicação pós-operatória, lesão patológica.

(2) – Para $\alpha = 0,05$; temos $p \leq 0,05$ = Existe associação entre as variáveis; $p > 0,05$ = Não existe associação entre as variáveis.

(3) – AS = Associação altamente significativa ($p \leq 0,01$); S = Associação significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$); NS = Não há associação (variáveis independentes para a amostra em estudo) ($p > 0,05$).

(4) – Projétil de arma de fogo.

Tabela 5. Percentual do número de pacientes segundo a etiologia e faixa etária

ETIOLOGIA	FAIXA ETÁRIA (ANOS) (%)								TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA			
	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	Acima de 60	Não Informado		X ²	p VALOR ⁽⁸⁾	CONDIÇÃO ⁽⁹⁾	FAIXA ETÁRIA
ACIDENTE DE MOTO	2,9	33,0	44,3	34,7	26,9	25,0	10,0	24,5	28,8	353,4	0,000	AS	21 a 30
QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	59,1	8,2	5,7	10,6	15,0	26,6	58,0	13,2	21,1	924,2	0,000	AS	0 a 10
AGRESSÃO FÍSICA	5,4	16,8	18,6	24,0	22,8	14,6	5,0	26,4	16,2	108,2	0,000	AS	31 a 40
ACIDENTE DE BICICLETA	6,4	11,9	6,3	6,4	5,9	5,2	3,7	17,0	7,4	31,9	0,000	AS	11 a 20
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	1,4	4,5	4,0	4,8	5,0	8,3	3,2	5,7	4,1	21,8	0,001	AS	51 a 60
ACIDENTE ESPORTIVO	2,6	7,5	4,6	3,4	2,8	0,5	–	–	3,9	43,5	0,000	AS	11 a 20
ACIDENTE DOMÉSTICO	8,1	2,3	2,3	2,8	3,1	4,2	5,9	1,9	3,7	44,5	0,000	AS	0 a 10
ACIDENTE RECREATIVO	6,6	2,1	1,2	0,6	0,3	1,6	0,9	–	2,1	71,9	0,000	AS	0 a 10
ATROPELAMENTO	3,8	1,3	1,2	1,6	4,1	0,5	2,3	–	2,0	24,4	0,000	AS	41 a 50
ACIDENTE DE TRABALHO	–	0,6	2,0	3,6	3,8	2,6	0,5	1,9	1,7	37,7	0,000	AS	41 a 50
P.A.F ⁽⁴⁾	0,5	2,0	0,8	0,2	0,6	1,0	–	–	0,9	15,9	0,014	S	11 a 20
OUTROS ⁽¹⁾	3,1	9,1	8,0	6,0	8,8	9,4	8,7	7,5	7,3	23,0	0,001	AS	11 a 20
NÃO INFORMADO	0,2	0,7	1,1	1,2	0,9	0,5	1,8	1,9	0,9	–	–	–	–
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0				
TOTAL DE PACIENTES	579	704	943	499	320	192	219	53	3509				

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

(1) – Foram citados na categoria OUTROS: hemorragia alveolar, epistaxe, dor de dente, corpo estranho, dor, trismo, queimadura química, complicação pós-operatória, lesão patológica.

(2) – Para $\alpha = 0,05$; temos $p \leq 0,05$ = Existe associação entre as variáveis; $p > 0,05$ = Não existe associação entre as variáveis.

(3) – AS = Associação altamente significativa ($p \leq 0,01$); S = Associação significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$); NS = Não há associação (variáveis independentes para a amostra em estudo) ($p > 0,05$).

(4) – Projétil de arma de fogo.

Considerando o Hospital pesquisado, a etiologia mais frequente no Hospital Antônio Targino foi o acidente de moto (38,5%), sendo que no Hospital Regional ocorreram mais as quedas da própria altura (27,5%), conforme Tabela 6.

A Tabela 7 mostra que o sexo masculino foi o mais prevalente em todos os diagnósticos presentes. Analisando individualmente, observou-se que o trauma fechado de face obteve maior ocorrência, com total de 1.182 casos (29,3%). Dos 4.000 diagnósticos apresentados pelos pacientes atendidos por nosso serviço, as fraturas faciais somaram 1.133 casos (28,1%), destas, 1.077 foram fraturas isoladas (26,5%), 56 casos de fraturas múltiplas (1,2%). Os traumatismos envolvendo apenas tecidos moles da face corresponderam a 28,9% (1.165 casos), já os traumas múltiplos (envolvendo tecidos moles e duros) concretizaram 98 diagnósticos (2,2%). 12,3% dos pacientes atendidos apresentaram mais de um diagnóstico.

A aplicação do teste qui-quadrado para estabelecimento de uma possível associação entre o sexo e o diagnóstico proposto revelou que existiu uma tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$) do sexo masculino apresentar com maior prevalência os seguintes diagnósticos: ferimentos em sulco gengivo-labial ($X^2 = 16,7$); mucosa bucal ($X^2 = 3,29$); lábio ($X^2 = 12,3$); e orelha ($X^2 = 5,53$); fraturas do complexo zigomático ($X^2 = 33,7$); órbita ($X^2 = 18,3$); mandíbula ($X^2 = 15,0$); fraturas múltiplas de face ($X^2 = 9,25$) e traumas múltiplos de face ($X^2 = 13,7$). Já no sexo feminino essa tendência foi observada nos traumas fechados de face e em outros diagnósticos ($p = 0,000$).

Ainda no sexo masculino, a análise estatística demonstrou que a condição de dependência significativa entre as variáveis ($0,01 \leq p \leq 0,05$), foi observada nos ferimentos em pálpebras e ferimento extenso com perda de substância na face, ambos com $X^2 = 5,32$; e Le Fort ($X^2 = 6,38$). Para os diagnósticos: ferimento em língua, nariz e face (outras localidades), fratura de O.P.N. e fratura alvéolo dentária não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), ou seja,

elas são independentes para os dados em estudo.

Na faixa etária de 0 a 10 anos, os ferimentos em tecidos moles da face foram os mais prevalentes (Tabela 8), com destaque para os ferimentos em mucosa bucal (52,4%). De 11 a 20 anos foi mais comum a fratura alvéolo dentária (38,6%). Na faixa etária de 21 a 30 anos foi mais observada a fratura de mandíbula (46,2%). Entre 31 e 40 anos houve maior frequência de fratura do complexo zigomático (23,1%). De 41 a 50 anos, o diagnóstico mais prevalente foi o ferimento em nariz (20%). A partir dos 51 até os 60 anos ocorreu mais fratura Le Fort (14,5%).

Quanto à análise estatística, ficou-se evidenciado que houve uma relação altamente significativa ($p \leq 0,01$) na relação entre as variáveis, diagnóstico e faixa etária, com maior predomínio nas seguintes associações: 0 a 10 anos – trauma fechado de face ($X^2 = 127,5$); ferimento em mucosa bucal ($X^2 = 20,6$); ferimento em lábio ($X^2 = 27,1$); ferimento em língua ($X^2 = 17,1$); e ferimento em face (outras localidades) ($X^2 = 30,8$); 11 a 20 anos – fratura alvéolo dentária ($X^2 = 18,6$); 21 a 30 anos – fratura de mandíbula ($X^2 = 60,1$); 31 a 40 anos – fratura de O.P.N. ($X^2 = 54,4$); fratura do complexo zigomático ($X^2 = 94,2$) e fraturas múltiplas de face ($X^2 = 18,4$); 41 a 50 anos – ferimento em nariz ($X^2 = 21,9$) e traumas múltiplos de face ($X^2 = 19,6$).

A condição de dependência significativa entre as variáveis ($0,01 \leq p \leq 0,05$), ocorreu com maior predominância na associação entre a faixa etária de 51 a 60 anos e fratura Le Fort ($X^2 = 14,5$). Para os diagnósticos: ferimento em sulco gengivo labial, pálpebras, orelha, ferimento extenso com perda de substância na face e outros, não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), ou seja, elas são independentes para os dados em estudo.

Considerando os 1.165 diagnósticos de ferimentos em tecidos moles na face (Tabela 9), observou-se que os ferimentos em face (outras localidades) foram os mais prevalentes, num total de 390 casos, seguidos pelos ferimentos em

lábio (236 casos) e sulco gengivo labial (182 diagnósticos).

Do total de 1.133 fraturas faciais (Tabela 10), as fraturas do complexo zigomático, envolvendo corpo, pilar ou arco, foram as mais diagnosticadas (28,2%), seguidas pelas fraturas de O.P.N. (25,8%) e fraturas de mandíbula (18,5%).

Tabela 10. Percentual das fraturas faciais.

DIAGNÓSTICO	N	%
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ⁽¹⁾	320	28,2
FRATURA DE O.P.N.	292	25,8
FRATURA DE MANDÍBULA	210	18,5
FRATURA DE ÓRBITA ⁽²⁾	136	12,0
FRATURA LE FORT	62	5,5
FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	57	5,0
FRATURAS MÚLTIPLAS DE FACE ⁽³⁾	56	4,9
TOTAL	1133	100,0

Fonte: Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

(1) – Complexo zigomático: corpo, pilar e/ou arco zigomático.

(2) – Fratura de órbita: teto, assoalho e paredes.

(3) – Fraturas múltiplas de face: quando envolve mais de um osso da face

Quanto ao tipo de procedimento realizado, o tratamento conservador foi o mais prevalente (29,6%), seguido pela sutura simples (15,7%). O tratamento cirúrgico com redução incruenta foi realizado em 692 casos (17,3%) e a cirurgia aberta + F.I.E foi realizada em 371 pacientes (9,3%) – Tabela 11 e Gráfico 2.

Do total da amostra analisada, 28 pacientes não tiveram o seu tratamento concluído, ou por evasão ou por recusa de tratamento (Gráfico 3). A maioria foram pacientes com fratura do complexo zigomático (9 pacientes – 32,1%), seguido de fratura orbitária (3 pacientes – 10,7%).

A tabela 12 mostra que, no geral, a principal etiologia de todas as fraturas diagnosticadas foi o acidente de moto (644 casos). Entretanto, analisando isoladamente cada tipo de fratura com sua etiologia, observou-se que as fraturas de O.P.N. foram mais ocasionadas por acidente doméstico (63,6%); as fraturas do complexo zigomático, por acidentes recreativos (33,3%); as fraturas orbitárias, por atropelamento (16,1%), as fraturas de mandíbula por projétil de

arma de fogo (50%), as fraturas alvéolo dentárias por queda da própria altura (13%), fraturas Le Fort por acidente doméstico (18,2%). As fraturas múltiplas de face foram mais provocadas por acidente doméstico (16,7%), e os traumas múltiplos de face (envolvendo tecidos moles e duros) por projétil de arma de fogo (37,5%).

Os traumatismos faciais foram mais prevalentes nos finais de semana (55,4%), com destaque para o domingo (52,1%). Durante a semana, o dia de maior ocorrência foi a segunda-feira (37,4%) (Tabela 13).

O período noturno (das 18h01 a 00:00) foi o de maior ocorrência dos traumatismos faciais, com 34,3% dos casos, sendo o horário de maior pico das 18h01 às 19h (19%).

DISCUSSÃO

Embora o sexo feminino venha se expondo mais aos fatores etiológicos dos traumatismos faciais nas últimas décadas, com participação mais efetiva no trânsito, no trabalho e nas atividades esportivas, que envolvem contato físico^{8,9}, a literatura aponta uma tendência maior para o sexo masculino estar mais envolvido na etiologia do traumatismo de face. Isso se deve, principalmente, pelo fato de este ter participação mais intensa na vida social, na violência urbana, nos acidentes de trânsito, no consumo de drogas, entre elas, o álcool. Em nossa pesquisa, o sexo masculino apresentou 74,4% e o feminino 25,6%, numa relação de 2,9:1, dados que se aproximam de outros^{4,10-14}.

A faixa etária de 21 a 30 anos segue esse mesmo paradigma em relação à idade de maior comprometimento dos traumatismos faciais. 26,9% dos jovens nessa faixa etária apresentaram traumatismo de face em nosso estudo, concordando com outros trabalhos^{8,10,11,15,16}. De acordo com Gondola et al.¹⁷, é possível que no ímpeto de participar mais da vida moderna, esses adultos jovens têm se lançado arbitrariamente no consumo de bebidas alcoólicas, na imprudência no trânsito – excedendo os limites de velocidade e desrespeitando as leis de trânsito, envolvendo-se mais em brigas e, dessa

forma, estando mais propensos a sofrerem um maior número de traumatismos físicos.

No que concerne à etiologia dos traumatismos faciais, em nosso trabalho observamos que os acidentes de trânsito (motocicletas, automóveis, bicicletas e atropelamentos) são, efetivamente, o principal agente etiológico dos traumatismos em nossa região (42,3%), seguidos pelas quedas (21,1%) e agressões físicas (16,2%), dados que são concordantes com os de Oliveira et al.¹¹, Camarini et al.¹², Claro⁴, Menezes et al.⁶, Liu et al.¹⁸, Montovani et al.⁸, Silva; Lebrão⁵, Motamedi¹⁹, Cavalcante Jr.²⁰ e divergentes dos reportados por Macedo et al.¹⁰, Sarmento et al.¹⁶, Gondola et al.¹⁷, Rodriguez et al.²¹ e Tanaka et al.²², os quais consideraram as quedas como a principal etiologia dos traumas faciais; e dos estudos de Marzola et al.²³, Krause et al.³, Medina et al.¹³, Raimundo et al.¹⁵ e Vasconcelos et al.²⁴ que descreveram a violência/agressão física como principal causa. Dos acidentes de trânsito encontrados em nosso estudo, a maioria (28,8%) foi ocasionada por acidente de motocicleta, semelhante aos dados de Claro⁴, Cavalcante Jr.²⁰ e Liu et al.¹⁸.

Podemos considerar como justificativa plausível para o aumento de acidentes envolvendo motociclistas em nossas estatísticas, o crescente número desse meio de transporte que circula no trânsito, em especial, na cidade de Campina Grande, conforme relata Sarmento et al.¹⁶, associamos ainda para a justificativa, a imprudência, relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas e o desrespeito às leis de trânsito desses condutores, principalmente nas cidades circunvizinhas e interioranas do estado da Paraíba e de outros estados vizinhos, onde a fiscalização é mais precária e a Lei Seca ainda não tem se mostrado efetiva.

Também pôde-se considerar que as quedas de altura foram mais frequentes nos extremos das faixas etárias, com 59,1% de 0 a 10 anos; 26,6% de 51 a 60 anos e 58% acima de 60 anos, em acordo com os apontamentos de Macedo et al.¹⁰ e Wulkan et al.¹⁴.

Ainda em relação à etiologia dos traumatismos faciais, nossas estatísticas apontam que, no geral, a principal etiologia de todas as fraturas

diagnosticadas foi o acidente de trânsito (66,7%), resultados semelhantes aos verificados por Oliveira et al.¹¹, Camarini et al.¹², Claro⁴, Menezes et al.⁶, Liu et al.¹⁸, Montovani et al.⁸, Cavalcante Jr.²⁰. Entretanto, analisando isoladamente cada tipo de fratura com sua etiologia, observou-se que as fraturas de O.P.N. foram mais ocasionadas por acidente doméstico (63,6%); as fraturas do complexo zigomático, por acidentes recreativos (33,3%); as fraturas de mandíbula por projétil de arma de fogo (50%), as fraturas alvéolo dentárias por queda da própria altura (13%), fraturas Le Fort por acidente doméstico (18,2%). Esses dados concordaram com os achados de Wulkan et al.¹⁴ que concluíram que as quedas ocasionaram mais fratura alvéolo dentária e foram divergentes dos apresentados por Marzola et al.²³, Krause et al.³ ao apontarem a agressão física como agente principal das fraturas do complexo zigomático, já para Macedo et al.¹⁰ e Oliveira et al.¹¹ esse agente ocasionou mais fraturas de O.P.N., nos relatos de Wulkan et al.¹⁴ prevaleceram as fraturas Le Fort. Para Marzola et al.²³ as quedas provocaram mais fraturas de mandíbula, e segundo Gondola et al.¹⁷, fratura do complexo zigomático.

Quanto aos diagnósticos, o trauma fechado de face obteve maior ocorrência com total de 1.182 casos (29,3%), corroborando com os relatos de Wulkan et al.¹⁴. Dos 4.000 diagnósticos apresentados pelos pacientes atendidos por nosso serviço, as fraturas faciais somaram 1.133 casos (28,1%), destas, 1.077 foram fraturas isoladas (26,5%), 56 casos de fraturas múltiplas (1,2%), resultados semelhantes encontrados por Claro⁴ e Montovani et al.⁸. Os traumatismos envolvendo apenas tecidos moles da face corresponderam a 28,9% (1.165 casos), já os traumas múltiplos (envolvendo tecidos moles e duros) concretizaram 98 diagnósticos (2,2%), em concordância com os apontamentos de Macedo et al.¹⁰ e Cavalcante Jr.²⁰.

De um total de 1.133 fraturas faciais, as fraturas do complexo zigomático, foram as mais diagnosticadas (28,2%), seguidas pelas fraturas de O.P.N. (25,8%) e fraturas de mandíbula (18,5%), essas estatísticas se

assemelharam aos relatos de Marzola et al.²³, Krause et al.³ e Cavalcante Jr.²⁰. A posição proeminente na face faz do complexo zigomático um lugar comum para traumatismos e, sua fratura é caracterizada por possuir um corpo sólido que transmite a força injuriante para as suturas, que são frágeis²³.

Entretanto nos estudos de Motamedi¹⁹, Wulkan et al.¹⁴, Montovani et al.⁸, Claro⁴, e Sarmento et al.¹⁶ foram mais prevalentes as fraturas de mandíbula. Já as pesquisas de Macedo et al.¹⁰, Oliveira et al.¹¹, Camarini et al.¹², Leite Segundo et al.², Menezes et al.⁶ apontaram as fraturas de O.P.N.. como as mais frequentes.

Na tentativa de justificar a divergência entre os autores em relação aos nossos resultados, corroboramos com a opinião de Oliveira et al.¹¹, Leite Segundo et al.² e Krause et al.³ ao salientarem que as influências ambientais, culturais, étnicas e sócio econômicas, a amostra e o período do estudo podem afetar sensivelmente o perfil epidemiológico dos traumatismos faciais tanto em relação à etiologia, quanto ao diagnóstico mais prevalente. Isso ainda somado às características de cada região do país estudado, sobretudo, quando se trata do Brasil, um país de dimensões continentais, em que existem disparidades físicas, sociais, econômicas e culturais marcantes de uma região para outra.

O tratamento conservador foi realizado em 29,6% dos pacientes, seguido pela sutura simples (15,7%). O tratamento cirúrgico com redução incruenta foi realizado em 692 casos (17,3%). A cirurgia aberta + F.I.E foi praticada em 371 pacientes (9,3%). Estamos de acordo com a opinião de Marzola et al.²³ e Vasconcelos et al.²⁴, quando explicam que tanto os resultados do tratamento conservador, quanto do cirúrgico foram satisfatórios, considerando os critérios de reabilitação funcional e retorno às atividades e convívio social, e que o cirurgião buco maxilo facial deve possuir "bom senso" na indicação da forma de tratamento a ser empregada, levando-se em consideração as condições gerais do paciente e se o ambiente é favorável, inclusive economicamente, para que seja

aplicado o método de tratamento adequado.

Os traumatismos faciais foram mais prevalentes nos finais de semana (55,4%), com destaque para o domingo (52,1%); durante a semana, o dia de maior ocorrência foi a segunda-feira (37,4%), resultados semelhantes aos achados de Krause et al.³ e Rodriguez et al.²¹. Isso pode ser atribuído, no dizer de Montovani et al.⁸ que é no final de semana que as pessoas se envolvem mais aos fatores de risco, participando de festas, bares, etc. e quando é comum o uso de drogas, entre elas, o álcool. Sarmento et al.¹⁶ não observaram diferença das estatísticas no sábado, domingo e segunda-feira.

O período noturno (das 18h01 à 00h) foi o de maior ocorrência dos traumatismos faciais, com 34,3% dos casos, sendo o horário de maior pico das 18h01 às 19h (19%), corroborando com a opinião de Oliveira et al.¹¹, Sarmento et al.¹⁶, Krause et al.¹³ e divergindo do reportado por Rodriguez et al.²¹, os quais consideraram o período da tarde como o de maior prevalência dos traumatismos faciais. O fato do período da noite ter sido frequentemente associado aos traumatismos na face pode ser suportado pelos mesmos motivos do parágrafo anterior, sendo este, reconhecidamente o período de maior envolvimento social dos indivíduos e exposição aos agentes etiológicos.

O tempo médio de internação foi de 3,2 dias, resultado que se aproxima do encontrado por Sarmento et al.¹⁶. Em alguns casos, esse tempo pode ser aumentado, no dizer de Montovani et al.⁸, em virtude da gravidade do traumatismo, muitas vezes havendo politraumatismo, comprometimento neurológico, necessidade de terapia intensiva e também devido à dificuldade de encaminhamento e transporte do paciente do local do traumatismo até o hospital onde ele receberá o atendimento definitivo.

CONCLUSÕES

1. A maioria dos pacientes atendidos foi oriunda da própria cidade de Campina Grande (50,7%), com uma pequena diferença em relação aos pacientes de outras cidades da Paraíba (47,8%);

2. A maior parte dos pacientes atendidos com traumatismo de face está na faixa etária de 21 a 30 anos (26,9%), sendo o sexo masculino 74,4% mais prevalente em relação ao feminino (25,6%);
3. Os acidentes de moto foram o principal agente etiológico dos traumatismos faciais (28,8%), ocorrendo mais nas faixas etárias de 11 a 50 anos;
4. A queda da própria altura foi mais prevalente no sexo feminino (36,9%) e nos extremos das idades: 0 a 10 (59,1%) e acima de 50 anos;
5. As fraturas do complexo zigomático foram as mais diagnosticadas (28,2%), seguidas pelas fraturas de O.P.N. (25,8%) e fraturas de mandíbula (18,5%);
6. O tratamento conservador foi o mais realizado (29,6%), seguido pela sutura simples (15,7%), tratamento cirúrgico com redução incruenta (17,3%) e cirurgia aberta + F.I.E. (9,3%);
7. Os traumatismos faciais foram mais prevalentes nos finais de semana (55,4%), com destaque para o domingo (52,1%). Durante a semana, o dia de maior ocorrência foi a segunda-feira (37,4%);
8. O período noturno foi o de maior ocorrência dos traumatismos faciais (34,3%), sendo o horário de maior pico das 18h01 às 19h (19%);

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros, Brasília, 2005, 340p.
2. Leite Segundo AV, Gomes VDRL, Campos MVS, Falcão MFL. Estudo epidemiológico de 261 fraturas faciais atendidas no Hospital Regional do Agreste/Caruaru-PE. *Odontologia Clin-Científ* 2004; 3:117-122.
3. Krause RGS, Silva Júnior AN, Schneider LE, Aguiar RC, Smidt R. Etiologia e incidência das fraturas faciais: estudo prospectivo de 108 pacientes. *Rev Cir M biol* 2004; 3:188-193.
4. Claro FA. Prevalência de fraturas maxilo-faciais na cidade de Taubaté: revisão de 125 casos. *Rev Biociênc* 2003; 9:31-37.
5. Silva OMP, LEBRÃO ML. Estudo da emergência odontológica e traumatologia buco maxilo facial nas unidades de internação e de emergência dos hospitais do município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6.
6. Menezes MM, Yui KCK, Araújo MAM, Valera MC. Prevalência de traumatismos maxilo-faciais e dentais em pacientes atendidos no pronto-socorro municipal de São José dos Campos/SP. *Rev Odonto Ciência – Fac Odonto/PUCRS* 2007; 22:210-216.
7. Gassner R et al. Cranio-maxillofacial trauma: a ten year review of 9543 cases with 21067 injuries. *J Cranio-maxillofac Surg* 2003; 31: 51-61.
8. 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;72:235-241.
9. Aebayo ET, Ajike O S, Adekeye E O. Analysis of the pattern of maxillofacial fractures in Kaduna, Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003; 41(1).
10. Macedo JLS et al. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. *Rev Col Bras Cir* 2008;35:291-300.
11. Oliveir MCS, Santos JS, Brasileiro BF, Santos TS. Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac* 2008; 8:57-68.
12. Camarini ET, Pavan AJ, Iwaki Filho L, Barbosa CEB. Estudo epidemiológico dos traumatismos bucomaxilofaciais na região metropolitana de Maringá-PR entre os anos de 1997 e 2003. *Rev Cir e Traumatol. Buco-Maxilo-Fac* 2004; 4: 131-135, 2004.
13. Medina MJ et al. Fracturas maxilofaciales en individuos chilenos. *Int J Morphol Temuco* 2006;24:423-428.
14. Wulkan M, Parreira JR J G, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51:290-95.
15. Raimundo RC et al. Fraturas de mandíbula: análise retrospectiva de 27 casos. *Rev. Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac* 2008; 8:57 - 62.
16. Sarmento DJS, Cavalcanti AL, Santos J A. Característica e distribuição das fraturas mandibulares por causas externas: estudo retrospectivo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2007; 7:139-144.
17. Gondola AO, Pereira Junior ED, Pereira AM, Antunes AA. Epidemiologia das fraturas zigomáticas: uma análise de 10 anos. *Rev Odonto Ciência – Fac Odonto/PUCRS* 2006; 21:.
18. Liu B C et al. Helmets for preventing injury in motorcycle riders. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 1:57-62.
19. Motamedi M H. Na assessment of maxillofacial fractures: A 5-year study of 237 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 61-64.
20. Cavalcante JR. JR. Prevalência e tratamento dos casos de trauma facial no serviço de cirurgia e traumatologia buco maxilo facial no Hospital Antônio Targino - Campina Grande/PB, Campina Grande, 2006, 54p.
21. Rodriguez AP et al. Epidemiologia del trauma maxillofacial por accidente ciclístico. *Rev Cubana Estomatol* 2004;41.
22. Tanaka N et al. Aetiology treated orbital floor fractures in a non-urban tertiary care center. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:612-621.
23. Marzola C, Toledo Filho J L, Toto ILS. Prevalência de fraturas do complexo zigomático e maxilares na Região de Bauru - São Paulo, no período de 1996 - 1998, no Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital de Base da Associação Hospitalar de Bauru. *Revista de Odontologia da Academia Tiradentes de Odontologia, Revista Eletrônica, Bauru - SP, 5(5), 578-606, 2005.*
24. Vasconcelos RJH et al. Método de tratamento das fraturas mandibulares. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac* 2001; 1: 21-27.

Recebido em 17/03/2011

Reformulado em 01/08/2011

Aceito em 10/08/2011

Tabela 6. Percentual do número de pacientes segundo a etiologia e o hospital de atendimento.

ETIOLOGIA	HOSPITAL (%)		TOTAL (%)
	TARGINO	REGIONAL	
ACIDENTE DE MOTO	38,5	15,3	28,8
QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	16,5	27,5	21,1
AGRESSÃO FÍSICA	13,4	20,2	16,2
ACIDENTE DE BICICLETA	7,4	7,3	7,4
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	5,4	2,3	4,1
ACIDENTE ESPORTIVO	4,4	3,3	3,9
ACIDENTE DOMÉSTICO	3,6	3,9	3,7
ACIDENTE RECREATIVO	1,7	2,6	2,1
ATROPELAMENTO	2,5	1,2	2,0
ACIDENTE DE TRABALHO	1,8	1,6	1,7
PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO	0,8	0,9	0,9
OUTROS	3,3	12,7	7,3
NÃO INFORMADO	0,7	1,1	0,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0
TOTAL DE PACIENTES	2 034	1 475	3 509

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

Tabela 7. Percentual do número de diagnósticos segundo o sexo.

DIAGNÓSTICOS ⁽¹⁾	SEXO (%)		TOTAL (%)	ND ⁽²⁾	ANÁLISE ESTATÍSTICA			
	M	F			X ²	p VALOR ⁽⁹⁾	CONDICÃO ⁽¹⁰⁾	SEXO
TRAUMA FECHADO DE FACE	67,5	32,5	100,0	1 182	44,1	0,000	AS	F
FERIMENTO EM SULCO GENGIVO LABIAL	90,1	9,9	100,0	182	16,7	0,000	AS	M
FERIMENTO EM PÁLPEBRAS	90,2	9,8	100,0	51	5,32	0,021	S	M
FERIMENTO EM MUCOSA BUCAL	57,1	42,9	100,0	21	3,29	0,007	AS	M
FERIMENTO EM LÁBIO	84,7	15,3	100,0	326	12,3	0,000	AS	M
FERIMENTO EM LÍNGUA	78,6	21,4	100,0	42	0,01	0,909	NS	—
FERIMENTO EM ORELHA	100,0	—	100,0	16	5,53	0,019	AS	M
FERIMENTO EM NARIZ	78,6	21,4	100,0	70	0,06	0,795	NS	—
FERIMENTO EM FACE (OUTRAS LOCALIDADES)	75,1	24,9	100,0	390	0,04	0,840	NS	—
FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA NA FACE	86,6	13,4	100,0	67	5,32	0,021	S	M
FRATURA DE O.P.N. ⁽³⁾	78,8	21,2	100,0	292	3,21	0,073	NS	—
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ⁽⁴⁾	88,1	11,9	100,0	320	33,7	0,000	AS	M
FRATURA DE ÓRBITA ⁽⁵⁾	89,7	10,3	100,0	136	18,3	0,000	AS	M
FRATURA DE MANDÍBULA	87,1	12,9	100,0	210	15,0	0,000	AS	M
FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	82,5	17,5	100,0	57	1,79	0,180	NS	—
FRATURA LE FORT	93,5	6,5	100,0	62	6,38	0,011	S	M
FRATURAS MÚLTIPLAS DE FACE ⁽⁶⁾	91,1	8,9	100,0	56	9,25	0,002	AS	M
TRAUMAS MÚLTIPLAS NA FACE ⁽⁷⁾	89,8	10,2	100,0	98	13,7	0,000	AS	M
OUTROS ⁽⁸⁾	59,2	40,8	100,0	422	57,6	0,000	AS	F
TOTAL DE DIAGNÓSTICOS				4 000				

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

(1) – Um paciente pode apresentar mais de um diagnóstico.

(2) – Número de Diagnósticos.

(3) – Fratura de ossos próprios do nariz.

(4) – Complexo zigomático: corpo, pilar e/ou arco zigomático.

(5) – Fratura de órbita: teto, assoalho e paredes.

(6) – Fraturas múltiplas de face: quando envolve mais de um osso da face.

(7) – Traumas múltiplos na face: quando envolve tecido mole e tecido duro.

(8) – Foram citados na categoria OUTROS: Corpo estranho na face, odontalgia, luxação da ATM, factiniorragia, trauma dental, celulite facial, abscesso odontogênico.

(9) – Para $\alpha = 0,05$; temos $p \leq 0,05$ = Existe associação entre as variáveis; $p > 0,05$ = Não existe associação entre as variáveis.

(10) – AS = Associação altamente significativa ($p \leq 0,01$); S = Associação significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$); NS = Não há associação (variáveis independentes para a amostra em estudo) ($p > 0,05$).

Tabela 8. Percentual do número de diagnósticos segundo faixa etária.

DIAGNÓSTICO ⁽¹⁾	FAIXA ETÁRIA (ANOS) (%)								TOTAL (%)	ND ⁽²⁾	ANÁLISE ESTATÍSTICA			
	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	Acima de 60	Não Informado			X ²	p VALOR ⁽⁹⁾	CONDIÇÃO ⁽¹⁰⁾	FAIXA ETÁRIA
TRAUMA FECHADO DE FACE	25,4	19,0	19,9	13,3	8,1	5,2	7,6	1,6	100,0	1182	127,5	0,000	AS	0 a 10
FERIMENTO EM SULCO GENGIVO LABIAL	9,9	21,4	34,6	16,5	8,8	3,8	4,9	–	100,0	182	6,26	0,395	NS	–
FERIMENTO EM PÁLPEBRAS	3,9	21,6	27,5	19,6	13,7	5,9	5,9	2,0	100,0	51	7,16	0,306	NS	–
FERIMENTO EM MUCOSA BUCAL	52,4	14,3	14,3	9,5	9,5	–	–	–	100,0	21	20,6	0,002	AS	0 a 10
FERIMENTO EM LÁBIO	17,8	22,7	33,1	14,4	6,7	1,5	1,8	1,8	100,0	326	27,1	0,000	AS	0 a 10
FERIMENTO EM LÍNGUA	33,3	11,9	33,3	4,8	9,5	2,4	4,8	–	100,0	42	17,1	0,009	AS	0 a 10
FERIMENTO EM ORELHA	–	37,5	25,0	18,8	6,3	12,5	–	–	100,0	16	7,82	0,252	NS	–
FERIMENTO EM NARIZ	2,9	14,3	27,1	15,7	20,0	10,0	5,7	4,3	100,0	70	21,9	0,001	AS	41 a 50
FERIMENTO EM FACE (OUTRAS LOCALIDADES)	23,8	18,2	20,5	11,3	7,9	6,9	8,2	3,1	100,0	390	30,8	0,000	AS	0 a 10
FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA NA FACE	7,5	19,4	37,3	14,9	11,9	4,5	3,0	1,5	100,0	67	8,06	0,233	NS	–
FRATURA DE O.P.N. ⁽³⁾	2,1	21,2	34,2	18,8	10,6	4,5	8,2	0,3	100,0	292	54,4	0,000	AS	31 a 40
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ⁽⁴⁾	0,6	13,8	37,8	23,1	12,5	6,3	5,3	0,6	100,0	320	94,2	0,000	AS	31 a 40
FRATURA DE ÓRBITA ⁽⁵⁾	–	14,0	39,0	19,1	12,5	11,0	3,7	0,7	100,0	136	39,1	0,000	AS	51 a 60
FRATURA DE MANDÍBULA	1,9	21,4	46,2	15,7	10,5	2,9	1,4	–	100,0	210	60,1	0,000	AS	21 a 30
FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	19,3	38,6	24,6	10,5	1,8	5,3	–	–	100,0	57	18,6	0,000	AS	11 a 20
FRATURA LE FORT	1,6	22,6	40,3	11,3	9,7	14,5	–	–	100,0	62	14,5	0,025	S	51 a 60
FRATURAS MÚLTIPLAS DE FACE ⁽⁶⁾	–	16,1	39,3	21,4	12,5	7,1	3,6	–	100,0	56	18,4	0,005	AS	31 a 40
TRAUMAS MÚLTIPLAS NA FACE ⁽⁷⁾	4,1	18,4	37,8	19,4	12,2	5,1	3,1	–	100,0	98	19,6	0,003	AS	41 a 50
OUTROS ⁽⁸⁾	13,7	23,0	27,3	10,9	10,2	6,2	7,1	1,7	100,0	422	9,6	0,142	NS	–
TOTAL DE DIAGNÓSTICOS										4 000				

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

(1) – Um paciente pode apresentar mais de um diagnóstico.

(2) – Número de Diagnósticos.

(3) – Fratura de ossos próprios do nariz.

(4) – Complexo zigomático: corpo, pilar e/ou arco zigomático.

(5) – Fratura de órbita: teto, assoalho e paredes.

(6) – Fraturas múltiplas de face: quando envolve mais de um osso da face.

(7) – Traumas múltiplos na face: quando envolve tecido mole e tecido duro.

(8) – Foram citados na categoria OUTROS: Corpo estranho na face, odontalgia, luxação da ATM, factiniorragia, trauma dental, celulite facial, abscesso odontogênico.

(9) – Para $\alpha = 0,05$; temos $p \leq 0,05$ = Existe associação entre as variáveis; $p > 0,05$ = Não existe associação entre as variáveis.

(10) – AS = Associação altamente significativa ($p \leq 0,01$); S = Associação significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$); NS = Não há associação (variáveis independentes para a amostra em estudo) ($p > 0,05$).

Tabela 9. Percentual dos ferimentos em tecido mole na face.

DIAGNÓSTICO	N	%
FERIMENTO EM FACE (OUTRAS LOCALIDADES)	390	33,5
FERIMENTO EM LÁBIO	326	28,0
FERIMENTO EM SULCO GENGIVO LABIAL	182	15,6
FERIMENTO EM NARIZ	70	6,0
FERIMENTO EXTENSO	67	5,8
FERIMENTO EM PÁLPEBRAS	51	4,4
FERIMENTO EM LÍNGUA	42	3,6
FERIMENTO EM MUCOSA BUCAL	21	1,8
FERIMENTO EM ORELHA	16	1,4
TOTAL	1165	100,0

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

Tabela 11. Percentual do número de tratamentos.

TRATAMENTO	n	%
TRATAMENTO CONSERVADOR ⁽¹⁾	1182	29,6
SUTURA	629	15,7
RECONSTRUÇÃO CIRÚRGICA DOS FERIMENTOS ⁽²⁾	463	11,6
REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE (F.I.E. ⁽³⁾)	371	9,3
REDUÇÃO DE FRATURA DE O.P.N. + CONTENÇÃO	290	7,3
REDUÇÃO CIRÚRGICA DA FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO (TÉCNICA DE GINESTET)	261	6,5
REDUÇÃO INCRUENTA (BMM, CERCLAGEM, ODONTOSÍNTESE)	141	3,5
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRAUMAS MÚLTIPLOS DE FACE	96	2,4
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FERIMENTO EXTENSO NA FACE	65	1,6
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS MÚLTIPLAS DE FACE	54	1,4
EVASÃO/ RECUSA AO TRATAMENTO	28	0,7
OUTROS ⁽⁴⁾	420	10,5
TOTAL DE TRATAMENTOS	4 000	100,0

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

(1) Prescrição medicamentosa, crioterapia, orientações.

(2) Reconstrução de lábio, orelha, língua, nariz, sulco gengivo labial.

(3) F.I.E. – Fixação Interna Estável: com uso de placas e parafusos.

(4) Foram citados na categoria OUTROS: Exodontia, tratamento de factiniorragia, drenagem de abscesso, antibioticoterapia, reimplante, tamponamento nasal e redução incruenta de luxação da A.T.M.

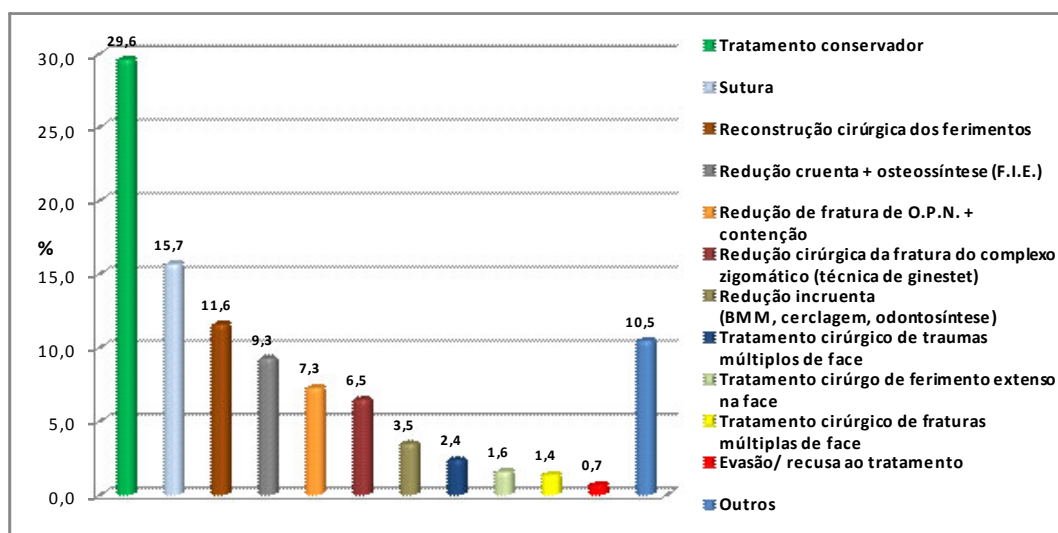


Gráfico 2. Percentual do número de tratamentos.

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

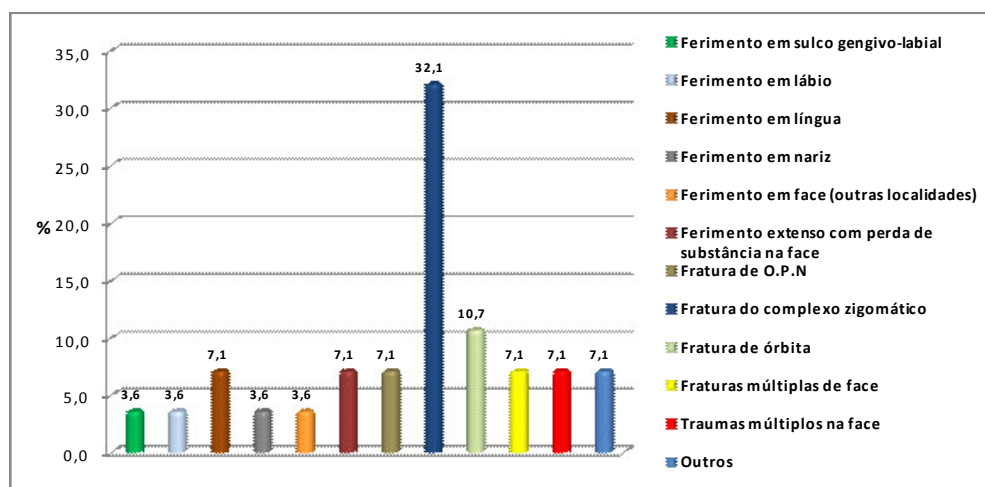


Gráfico 3. Percentual do número de evasões/recusa ao tratametro segundo o diagnóstico.

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

Tabela 12. Percentual do número de diagnóstico segundo a etiologia.

DIAGNÓSTICO	ETIOLOGIA (%)											TOTAL (%)
	ACIDENTE DE MOTO	ACIDENTE DE BICICLETA	ATROPELAMENTO	ACIDENTE DE TRABALHO	AGRESSÃO FÍSICA	ACIDENTE ESPORTIVO	ACIDENTE RECREATIVO	QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	ACIDENTE DOMÉSTICO	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	P.A.F.	
FRATURA DE O.P.N.	10,4	26,9	12,9	40,0	43,1	60,7	33,3	42,0	63,6	27,3	0,0	23,8
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO	30,0	23,1	22,6	13,3	19,3	28,6	33,3	22,0	9,1	22,7	12,5	25,8
FRATURA DE ÓRBITA	14,6	10,3	16,1	10,0	6,1	3,6	0,0	4,0	0,0	10,6	0,0	11,0
FRATURA DE MANDÍBULA	20,8	11,5	19,4	13,3	13,7	5,4	0,0	7,0	0,0	24,2	50,0	17,1
FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	3,4	11,5	6,5	6,7	3,0	1,8	0,0	13,0	9,1	1,5	0,0	4,6
FRATURA LE FORT	7,5	0,0	3,2	3,3	4,1	0,0	0,0	0,0	18,2	3,0	0,0	5,1
FRATURAS MÚLTIPLAS DE FACE	5,9	1,3	6,5	0,0	4,6	0,0	16,7	2,0	0,0	4,5	0,0	4,6
TRAUMAS MÚLTIPLOS NA FACE	7,5	15,4	12,9	13,3	6,1	0,0	16,7	10,0	0,0	6,1	37,5	8,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL DE MOTIVOS	644	78	31	30	197	56	6	100	11	66	8	1227

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).

Tabela 13. Percentual do número de pacientes segundo o dia de atendimento.

DIAS DE ATENDIMENTO	N	%
DIAS ÚTEIS		
SEGUNDA FEIRA	184	37,4
TERÇA FEIRA	137	27,8
QUARTA FEIRA	67	13,6
QUINTA FEIRA	104	21,1
TOTAL	492	100,0
FINAL DE SEMANA		
SEXTA FEIRA	131	21,4
SÁBADO	162	26,5
DOMINGO	319	52,1
TOTAL	612	100,0
DIAS ÚTEIS	492	44,6
FINAL DE SEMANA	612	55,4
TOTAL GERAL	1104	100,0

Fonte: Hospital Regional de Campina Grande – PB e Hospital Antônio Targino (2007-2009).