



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada
ISSN: 1519-0501
apesb@terra.com.br
Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Leite CAVALCANTI, Alessandro; Damaceno de LIMA, Icaro Jasub; Bastos LEITE, Rafaella
Perfil dos Pacientes com Fraturas Maxilo-Faciais Atendidos em um Hospital de Emergência e Trauma,
João Pessoa, PB, Brasil
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 9, núm. 3, septiembre-diciembre,
2009, pp. 339-345
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63712843014>

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

Perfil dos Pacientes com Fraturas Maxilo-Faciais Atendidos em um Hospital de Emergência e Trauma, João Pessoa, PB, Brasil

Profile of Patients with Maxillofacial Fractures Treated at an Emergency and Trauma Hospital in the City of João Pessoa, PB, Brazil

Alessandro Leite CAVALCANTI¹, Icaro Jasub Damaceno de LIMA², Rafaella Bastos LEITE³

¹Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande/PB, Brasil.

²Bolsista PROINCI/UEPB. Acadêmico do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande/PB, Brasil.

³Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande/PB, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a vítima de fratura facial atendida em um serviço de emergência.

Método: Foram analisados 437 prontuários hospitalares de pacientes, de ambos os sexos, portadores de fraturas faciais atendidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa, PB no período de janeiro de 2005 a agosto de 2008. Foram estudadas as variáveis sexo, faixa etária, dia da semana e horário da ocorrência, etiologia, ingestão de álcool, região óssea envolvida, presença de lesão na cavidade bucal e existência de traumatismo dentário. Os dados foram apresentados por meio da estatística descritiva. As análises bivariadas foram feitas com o uso do Teste do Qui-Quadrado de Pearson, sendo utilizando um nível de significância de 5%.

Resultados: Em relação à distribuição segundo o sexo das vítimas, 81,7% eram homens e 18,3% eram mulheres, sendo a faixa etária de 21 a 30 anos a mais atingida (34,6%). O período noturno registrou o maior número de casos (33,6%), com o domingo concentrando a maior frequência de atendimentos (26,5%). A violência interpessoal (agressão física, arma de fogo e arma branca) foi a causa mais frequente correspondendo a 38,7% dos casos. Os ossos nasais foram os mais acometidos (58,4%), seguida da fratura mandibular (25,7%). Lesões na cavidade bucal foram verificadas em 11% da amostra, não sendo observada diferença entre os sexos ($P=0,610$). Um percentual de 6,4% apresentava trauma dentário, sem diferença entre os sexos ($P=0,184$; $OR=3,06[0,71-13,18]$).

Conclusão: Os homens na terceira década de vida são as principais vítimas de fraturas faciais, existindo maior acometimento dos ossos nasais. São comuns injúrias na cavidade bucal, predominando os traumatismos dentários.

ABSTRACT

Objective: To characterize the victims of facial fracture treated at an emergency service.

Method: A total of 437 hospital charts of male and female patients with facial fractures treated at the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology Service of the Senator Humberto Lucena Emergency and Trauma Hospital in the city of João Pessoa, PB, between January 2005 and August 2008. The following data were collected: age, age group, week day and time of occurrence, etiology, alcohol consumption, involved bone region, presence of intraoral injury, and existence of dental trauma. Data were presented by means of descriptive statistics. The bivariate analyses were done using Pearson's chi-square test with a significance level of 5%.

Results: Regarding the distribution according to the gender, 81.7% were men and 18.3% were women, with predominance of occurrences in the 21-30-year-old age range (34.6%). Most cases occurred at night (33.6%), with a predominance of admissions on Sundays (26.5%). Interpersonal violence (physical assault and use of firearms and melee weapons) was the most frequent cause, corresponding to 38.7% of the cases. The nasal bones were the most commonly affected (58.4%), followed by mandible fractures (25.7%). Intraoral injuries occurred in 11% of the sample, without statistically significant difference between genders ($P=0.610$). 6.4% of the subjects presented dental trauma without statistically significant difference between genders ($P=0.184$; $OR=3.06[0.71-13.18]$).

Conclusion: Men in the third decade of life are main the victims of facial fractures, with predominance of injuries to the nasal bones. Intraoral injuries are common, with predominance of dental trauma.

DESCRITORES

Epidemiologia; Fraturas maxilo-faciais; Morbidade.

KEYWORDS

Epidemiology; Maxillofacial fractures; Morbidity.

INTRODUÇÃO

O trauma facial pode ser considerado uma das agressões mais significativas encontradas em centros de trauma devido às consequências emocionais, à possibilidade de deformidade e também ao impacto econômico que ocasionam no sistema de saúde¹. As lesões faciais, incluindo nestas as fraturas, assumem um papel de destaque nos atendimentos a pacientes politraumatizados nas emergências gerais².

Traumas accidentais e intencionais, principalmente acidentes automotivos e agressões, são preocupações de grandes proporções na sociedade contemporânea. Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que o trauma está entre as principais causas de morte e de invalidade no mundo, afetando todos os povos sem distinguir idade, sexo, renda ou região geográfica³.

Em relação ao perfil da vítima, verifica-se que o sexo masculino é o mais acometido e a faixa etária predominante é a de 21 aos 30 anos². No que concerne à etiologia, os acidentes automotivos se constituem na principal causa^{2,4}, seguido por agressões físicas¹. Quanto à região óssea atingida, os mais acometidos são os ossos do nariz⁵, zigomático⁶ e a mandíbula¹.

Outro aspecto extremamente relevante é o consumo de álcool, o qual se constitui em um fator fortemente associado às fraturas faciais, sendo responsável por agressões físicas e acidentes de trânsito, gerando traumas funcionalmente debilitantes, exigindo afastamento do trabalho e causando limitações em determinadas tarefas, como mastigação e atividades físicas. O trauma também tem um impacto particularmente grave sobre a emoção do paciente, sendo cosmeticamente desfigurante e psicologicamente devastador⁷.

Face ao exposto, o objetivo da presente pesquisa é caracterizar o perfil do portador de fratura facial atendido em um hospital de emergência no município de João Pessoa, PB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo, com técnica de observação indireta, por meio da análise de dados secundários. A pesquisa foi realizada no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, cuja área é de 211km², possui uma população estimada de 702 mil habitantes e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,783.

Os dados foram coletados por dois pesquisadores

compreendeu a análise de 437 prontuários hospitalares de pacientes de ambos os sexos vítimas de fraturas faciais atendidos no período de janeiro de 2005 a julho de 2008 no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buc-Maxilo-Facial.

O instrumento de pesquisa consistiu de um formulário específico, contendo as variáveis: sexo, faixa etária, horário da ocorrência, etiologia, uso de álcool, número de fraturas, região óssea atingida, presença e tipo de trauma dentário, ocorrência de politraumatismo facial, tipo de tratamento (cirúrgico - eletivo e urgência, e conservador) e tempo de internação do paciente (em dias). O horário do acidente foi classificado em quatro turnos: manhã (entre 06:00 e 11:59 horas), tarde (entre 12:00 e 17:59 horas), noite (entre 18:00 e 23:59 horas) e madrugada (entre 00:00 e 05:59 horas)⁸.

Os dados foram organizados e analisados por meio do programa Epi Info 3.4 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA). A associação entre as variáveis foi verificada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, considerando-se o valor para rejeição da hipótese nula de $p<0,05$. Em relação à força e direção de associação, utilizou-se a razão de chances ou odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

O estudo foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - SISNEP (CAAE 0191.0.133.000-08) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

RESULTADOS

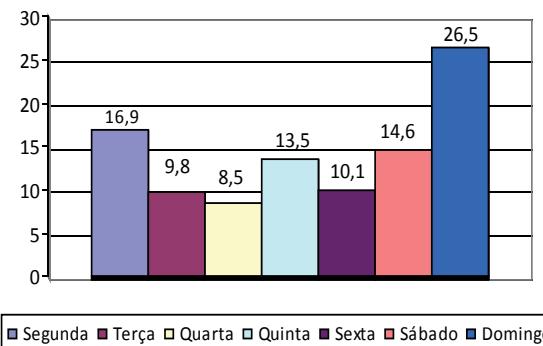
Em relação à distribuição segundo o sexo das vítimas, 81,7% eram homens e 18,3% eram mulheres, sendo a razão entre os sexos de 4,4:1. Quanto à idade, a mesma variou de 2 a 90 anos ($30,4\pm13,6$). A análise da faixa etária revelou que a mais prevalente foi a de 21 a 30 anos compreendendo 34,6% dos pacientes, seguido da faixa etária de 31 a 40 anos (24,0%), conforme apresentado na Tabela 1.

No que se refere à distribuição dos pacientes segundo o horário da ocorrência, o período noturno registrou o maior número de casos (33,6%), seguido dos turnos da manhã (25,6%), da tarde (24,3%) e da madrugada (16,5%). Constatou-se a existência de diferença estatisticamente significante entre as variáveis “violência interpessoal” e o horário da ocorrência ($P=0,001$). Quanto ao dia da semana, o domingo concentrou a maior freqüência de ocorrências (26,5%), seguido de sexta-feira (16,0%).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária de acordo com o sexo. João Pessoa/PB, 2009.

| Faixa Etária | Masculino | | Feminino | | Total | |
|--------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 0 a 10 | 11 | 3,1 | 3 | 3,8 | 14 | 3,2 |
| 11 a 20 | 64 | 17,9 | 20 | 25,0 | 84 | 19,2 |
| 21 a 30 | 128 | 35,9 | 23 | 28,8 | 151 | 34,6 |
| 31 a 40 | 85 | 23,8 | 20 | 25,0 | 105 | 24,0 |
| 41 a 50 | 42 | 11,8 | 6 | 7,5 | 48 | 11,0 |
| 51 a 60 | 16 | 4,5 | 4 | 5,0 | 20 | 4,6 |
| 61 a 70 | 5 | 1,4 | 2 | 2,5 | 7 | 1,6 |
| 71 a 80 | 4 | 1,1 | 1 | 1,3 | 5 | 1,1 |
| 81 a 90 | 2 | 0,6 | 1 | 1,3 | 2 | 0,5 |
| TOTAL | 357 | 81,7 | 80 | 18,3 | 437 | 100,0 |

Considerando a etiologia das fraturas, a violência interpessoal (agressão física, arma de fogo e arma branca) foi a causa mais freqüente correspondendo a 38,7% dos casos (Tabela 2), porém não se verificou diferença estatisticamente significante entre o sexo e a existência de violência interpessoal ($P=0,099$; $OR=0,64[0,39-1,04]$).

**Figura 1. Distribuição percentual das ocorrências segundo o dia da semana.**

Os acidentes automotivos (automobilístico, motociclístico e atropelamento) envolveram 25,2% dos pacientes. Não se observou diferença estatisticamente significante entre o sexo da vítima e a ocorrência de acidente automotivo ($P=0,182$; $OR=1,57[0,85-2,89]$).

| Etiologia | Sexo | | Razão Entre os Sexos | Total | |
|--------------------------|------------|-------------|----------------------|------------|--------------|
| | Masculino | Feminino | | n | % |
| Acidente Automobilístico | 16 | 4,5 | 3,2:1 | 21 | 4,8 |
| Acidente Motociclístico | 69 | 19,3 | 11,5:1 | 75 | 17,2 |
| Atropelamento | 10 | 2,8 | 2,5:1 | 14 | 3,2 |
| Acidente Ciclístico | 35 | 9,8 | 3,9:1 | 44 | 10,1 |
| Acidente Desportivo | 47 | 13,2 | 6,7:1 | 54 | 12,4 |
| Agressão Física | 118 | 33,1 | 3,1:1 | 156 | 35,7 |
| Arma de Fogo | 12 | 3,3 | --- | 12 | 2,7 |
| Arma Branca | 1 | 0,3 | --- | 1 | 0,3 |
| Queda ao Solo | 26 | 7,3 | 4,3:1 | 32 | 7,3 |
| Queda em Altura | 10 | 2,8 | 5,0:1 | 12 | 2,7 |
| Outra | 12 | 3,3 | 6,0:1 | 14 | 3,2 |
| NR | 1 | 0,3 | 1,0:1,0 | 2 | 0,4 |
| Total | 357 | 81,7 | 4,4:1 | 437 | 100,0 |

Ao se analisar a ingestão prévia de bebida alcoólica, observou-se que 18,1% dos pacientes apresentavam-se alcoolizados quando da ocorrência do acidente. É válido salientar que em 5,0% dos prontuários hospitalares não havia o registro dessa informação. A análise bivariada revelou a presença de diferença estatisticamente significante entre as variáveis “violência interpessoal” e “ingestão de álcool” ($P=0,000$). Todavia, não foi observada a existência de associação entre “violência interpessoal”

Quanto ao número de fraturas existentes, verificou-se um total de 497 fraturas nos ossos faciais, sendo que a mais freqüente foi a fratura dos ossos nasais (58,4%), seguida das fraturas mandibulares (25,7%), conforme apresentado na Tabela 3.

O número de fraturas existentes no mesmo paciente variou de 1 a 5, sendo que 379 (86,7%) pacientes possuíam apenas 1 fratura, 51 pacientes (11,7%) apresentavam 2 fraturas e 1 paciente (2,6%) possuía 5 fraturas.

quantidade de politraumatizados equivaleu a 58 pacientes (13,3%). Ao se dicotomizar a variável “número de fraturas” em fratura única e fratura múltipla (duas ou mais), observou-se diferença estatisticamente significante entre o “número de fraturas presentes” e a “ingestão de álcool” ($P=0,000$) e entre a etiologia “acidente automotivo” e o “número de fraturas presentes” ($P=0,000$).

Tabela 3. Distribuição das fraturas faciais segundo a região óssea envolvida. João Pessoa/PB, 2009.

| Região Óssea Fraturada | n | Frequência % |
|------------------------|-----|--------------|
| Nasal | 290 | 58,4 |
| Mandíbula | 128 | 25,7 |
| Maxila | 46 | 9,3 |
| CZO | 32 | 6,4 |
| Frontal | 1 | 0,2 |
| Total | 497 | 100,0 |

Quanto à presença de lesões na cavidade bucal, 11,0% da amostra ($n=48$) possuíam injúrias nessa região, de modo que 85,4% dos pacientes eram homens e 14,6% eram mulheres, não sendo observada diferença estatisticamente significante entre as variáveis sexo e ocorrência de lesão na cavidade bucal ($P=0,610$). Contudo, verificou-se a existência de diferença estatisticamente significante entre a ocorrência de acidente automotivo e a presença de lesão na cavidade bucal ($P=0,024$; $OR=2,13[1,14-3,99]$), de modo que vítimas de acidente automotivo apresentaram 2,1 vezes mais chances de sofrerem injúrias nessa região. Em adição, observou-se a presença de diferença estatisticamente significante entre as variáveis “violência interpessoal” e a presença de lesão na cavidade bucal ($P=0,0250$).

Em relação ao tipo de traumatismo dentário, dos pacientes com lesões na cavidade bucal, 28 (6,4%) apresentavam trauma dentário, sendo 26 (92,9%) do sexo masculino e 2 (7,1%) do sexo feminino. Constatou-se um total de 31 injúrias, sendo mais freqüentes as subluxações (12 - 38,7%), seguidas das fraturas dentárias (9 - 29,0%), avulsões (8 - 25,8%) e intrusão (1 - 3,2%).

Não se observou diferença estatisticamente significante entre o sexo e a existência de traumatismo dentário ($P=0,184$; $OR=3,06[0,71-13,18]$), entre a etiologia “acidente automotivo” e a existência de trauma dentário ($P=0,122$; $OR=2,01[0,91-4,45]$) e entre “violência interpessoal” e trauma dentário ($P=0,080$; $OR=0,40[0,16-1,03]$). A análise bivariada entre a presença de trauma dentário e o uso de álcool também não revelou diferença estatisticamente significante ($P=0,149$; $OR=0,47[0,18-1,16]$).

Um total de 58 indivíduos (13,3%) exibiam politraumatismos faciais, sendo constatado diferença estatisticamente significante entre as variáveis “presença de politraumatismo facial” e “violência interpessoal” ($P=0,043$), “presença de politraumatismo facial” e “acidente automotivo” ($P=0,000$; $OR=3,66[2,07-6,48]$), de modo que indivíduos vítimas de acidentes automotivos possuem 3,6 vezes mais chances de sofrerem politraumatismos faciais. De forma semelhante, constatou-se associação positiva entre as variáveis “politraumatismo facial” e “existência de lesão na cavidade bucal” ($P=0,20$; $OR=2,48[1,20-5,11]$), com os portadores de politraumatismos faciais possuindo quase 2,5 vezes mais chances de terem lesões nessa região.

Considerando o tipo de tratamento, 399 pacientes (91,3%) foram tratados com cirurgia eletiva; 32 (7,3%) com cirurgia de urgência e 6 pacientes (1,4%) com tratamento conservador. Em relação ao tempo de internação, a maioria dos pacientes (64,3%) permaneceu internado entre 1 a 4 dias, enquanto 25,7% ficaram hospitalizados por um período de 5 a 9 dias. Um percentual de 10,0% dos pacientes ficou internado por um período superior a 10 dias.

DISCUSSÃO

O trauma facial é uma realidade presente no serviço de emergência de um grande centro de referência de trauma, e acomete todas as idades¹. A escolha do Hospital de Emergência e Trauma deveu-se ao fato de o mesmo se constituir em um serviço público de referência no município de João Pessoa e regiões circunvizinhas para os atendimentos considerados de maior gravidade, sendo, inclusive, um centro de referência para o atendimento de politraumatizados.

Uma das dificuldades de se trabalhar com dados secundários reside no fato de que, em muitas situações, o registro incompleto das informações impossibilita a transcrição fiel dos achados^{8,9}. Essa condição foi verificada nesta pesquisa, posto que alguns prontuários não estavam adequadamente preenchidos. Porém, a despeito deste fato, os resultados aqui apresentados retratam o perfil do portador de fratura facial entre a população do município de João Pessoa e cidades adjacentes atendidos na referida instituição.

Nesta pesquisa, os homens foram as principais vítimas, com uma razão entre os coeficientes masculino/feminino de 4,4:1. Essa predominância do sexo masculino está em concordância com estudos prévios^{1,2,5,6,10-12}. Pode-se inferir, de um modo geral, que tal fato ocorre

e maior exposição a fatores de risco, como a participação em eventos de natureza violenta – por exemplo, brigas – exercício laboral em profissões de maior periculosidade, prática de esportes ditos radicais e direção perigosa em veículos automotivos⁶.

A ocorrência das fraturas foi maior em pacientes na terceira e quarta décadas de vida, representando 58,6% dos casos atendidos. Esta frequência envolvendo adultos jovens foi verificada em pesquisas realizadas em outras cidades brasileiras como São José dos Campos⁵, Campina Grande/PB¹², Recife/PE¹³ e São Lourenço/MG¹⁴. Os jovens adultos são mais propensos a sofrerem traumas físicos em função do ímpeto em aproveitar os prazeres da vida moderna ou mesmo por conta do seu vigor físico.

Ainda com relação à faixa etária das vítimas, verificou-se que a prevalência de fraturas faciais envolvendo crianças menores de 10 anos e idosos acima de 60 anos foi baixa, totalizando 3,2% cada uma. A baixa prevalência de trauma facial em crianças e adultos acima de 60 anos deve-se à atenção de familiares, à permanência no lar, aos cuidados da infância e às características próprias da terceira idade, pouca atividade social e esportiva^{15,16}.

A análise do horário de ocorrência revelou que a maioria dos eventos ocorreu no período noturno e nos finais de semana, concordando com a literatura^{4,9}. Alguns autores justificam a maior ocorrência de acidentes noturnos devido tanto ao aumento do consumo de álcool quanto à redução da visibilidade e ao cansaço ao final do dia¹⁷. Com relação ao dia da semana, é cediço que o final de semana é o período no qual a população está mais suscetível às etiologias do trauma. Uma possível explicação para a segunda-feira apresentar elevada frequência deve-se ao fato de que o hospital também atende a população de cidades próximas, nas quais a disponibilidade imediata do transporte e a distância se constituem em um agravante para o imediato atendimento⁹.

A violência interpessoal (agressão física, arma de fogo e arma branca) foi a principal causa das fraturas maxilofaciais, estando, portanto, em concordância com o descrito na literatura². Constatou-se neste estudo a existência de diferença estatisticamente significante entre as variáveis “violência interpessoal” e o horário da ocorrência. Há alguns anos, o principal fator etiológico de fraturas faciais eram os acidentes de transporte^{12,13}. Todavia, houve uma mudança gradual na etiologia das fraturas faciais, pois vários trabalhos apontam a agressão física como sendo atualmente a etiologia mais comum^{11,18-20}, ultrapassando o acidente de transporte, apesar do aumento do número de veículos circulantes

motociclístico e atropelamento) se constituíram na segunda principal causa das fraturas faciais. Especificamente em relação a esse fator etiológico é relevante destacar que enquanto a razão entre os sexos masculino e feminino para os acidentes com automóveis foi de 3,2:1, para os acidentes envolvendo motocicletas a razão entre os sexos foi de 11,5:1, ou seja, quase quatro vezes mais. Esse predomínio masculino em acidentes de trânsito é atribuído a uma maior exposição, em decorrência de freqüentemente serem condutores de carro, possuírem habilitação e terem aprendido a dirigir com menor idade¹⁷.

Em relação aos acidentes ciclísticos, os mesmos corresponderam a 44 casos, o que representa 10,1% do total de registros. Esta frequência é inferior à reportada em São Lourenço/MG, cujo percentual de acidentes envolvendo bicicletas foi de 17,0%¹⁴. O uso de capacete que cubra toda a face do ciclista é uma conduta de grande importância que deve ser sempre seguida para se evitar consequências graves desse tipo de acidente¹.

Quase um quinto dos pacientes reportou estar alcoolizado quando da ocorrência do acidente, resultado este ligeiramente inferior ao reportado previamente¹⁴. O consumo de álcool e a ocorrência de fraturas faciais é documentado na literatura^{1,7}. Contudo, esse valor é menor do que a realidade, possivelmente devido ao fato desse dado não ser coletado no momento do trauma e sim quando do primeiro atendimento, sendo possível a omissão desta informação pelo paciente¹⁴. Um importante resultado verificado neste estudo foi a presença de diferença estatisticamente significante entre as variáveis violência interpessoal e ingestão de álcool.

Esta pesquisa revelou que a maioria dos pacientes apresentava fratura simples (uma única fratura), porém considerou-se elevado o percentual de pacientes politraumatizados, sendo observado diferença estatisticamente significante entre o número de fraturas presentes e a ingestão de álcool. A literatura relata um aumento na incidência de casos de hospitalização e cirurgia em pacientes com fraturas maxilofaciais e histórico de ingestão prévia de álcool⁷. Portanto, uma legislação para aumentar a idade para liberação de consumo alcoólico, rigoroso controle e punição para motoristas embriagados e um maior alerta social das morbididades relacionadas ao álcool podem ajudar a reduzir quaisquer traumas decorrentes de seu uso¹.

Nesta pesquisa, as fraturas nasais foram as mais encontradas, estando, por conseguinte, em concordância com outros autores^{5,14,21}. Tal fato se deve à posição proeminente do nariz, bem como as estruturas delgadas

permite receber grande parte dos traumas do terço inferior da face. Esse resultado mostra-se divergente de alguns estudos^{11,22,25}, os quais consideram a mandíbula a região óssea mais atingidas pelas fraturas maxilofaciais. Ainda com relação à região óssea envolvida, a maxila foi a terceira mais acometida.

A ocorrência de trauma maxilofacial e a existência de injúrias dentárias não são incomuns, posto que essas injúrias se constituem em causa de morbidade e demandam um correto e meticoloso plano de tratamento²⁶. No presente trabalho, 11,0% da amostra apresentavam lesões na cavidade bucal, não existindo diferença estatisticamente significante entre os sexos. Entretanto, foi constatada a existência de associação positiva entre a ocorrência de acidente automotivo e a presença de lesão na cavidade bucal, com as vítimas de acidente automotivo apresentando duas vezes mais chances de sofrerem injúrias nessa região.

Dentre os pacientes com injúrias na cavidade bucal, uma parcela expressiva possuía traumatismo dentário, porém sem diferenças entre os sexos^{1,27}. É necessário destacar que mesmo que tenha ocorrido algum trauma dental, este pode não ter sido relatado no prontuário devido a menor importância deste frente ao estado geral do paciente, muitas vezes com risco de morte⁵. Não se observou associação entre a presença de trauma dentário e as variáveis “ingestão prévia de álcool”, “acidente automotivo” e “violência interpessoal”.

A análise do tempo de internação revelou que a maioria dos pacientes não sofreu lesões de maior gravidade tendo em vista que permaneceram hospitalizados por um período inferior a quatro dias. Todavia, é relevante destacar que dez por cento da amostra permaneceu internado por um período superior a 10 dias. Com relação a este fato, o aumento nos dias de internação hospitalar pode ser atribuído à demora no atendimento, à dificuldade de encaminhamento dos pacientes, entre outros motivos pela falta de leitos hospitalares disponíveis, à complexidade das lesões e à necessidade de muitos pacientes ficarem sob observação e cuidados neurológicos⁶.

A quase totalidade das vítimas foi tratada cirurgicamente, uma vez que restabelece a união de focos fraturados e deslocados dando-lhes estabilidade e oferecendo recuperação funcional precoce, corroborando com o descrito previamente^{18,19,28,29}.

Verifica-se, portanto, que os diferentes tipos de fraturas da face têm aumentado consideravelmente, seja devido aos acidentes no trânsito, à violência ou a outros fatores. Deste modo, o conhecimento das causas desses traumas é de fundamental importância.

CONCLUSÃO

Indivíduos do sexo masculino, na terceira década de vida, são as principais vítimas de fraturas faciais. A violência interpessoal se constitui no agente etiológico predominante e a região nasal é a mais atingida. São comuns injúrias na cavidade bucal, predominando os traumatismos dentários.

REFERÊNCIAS

1. Wulkan M, Parreira Jr JG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. Rev Assoc Méd Bras 2005; 51(5):290-5.
2. Falcão MFL, Leite Segundo AV, Silveira MMF. Estudo epidemiológico de 1758 fraturas faciais tratadas no Hospital da Restauração, Recife/PE. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac 2005; 5(3):65-72.
3. Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. Am J Public Health 2000; 90(4):523-6.
4. Oji C. Jaw fracture in Enugu, Nigéria, 1985-95. Br J Oral Maxillofac Surg 1999; 37(2):106-9.
5. Menezes MM, Yui KC, Araujo 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 2007; 22(57):210-16.
6. Montovani JC, Campos LP, Gomes MA, Moraes VRS, Ferreira FD, Nogueira EA. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. Rev Bras Otorrinolaringol 2006; 72(2):235-41.
7. Lee KH, Snape L. Role of alcohol in maxillofacial fractures. N Z Med J 2008; 121(1271):15-23.
8. Cavalcanti AL, Monteiro BVB. Mortalidade por causas externas em adultos no município de Campina Grande, Paraíba. Sci Med 2008; 18(4):160-5.
9. Sarmento DJS, Cavalcanti AL, Santos JAS. Características e distribuição das fraturas mandibulares por causas externas: estudo retrospectivo. Pesq Bras Odontoped Clín Integr 2007; 7(2):139-44.
10. Gomes ACA, Silva EDO, Carvalho R, Gomes DO, Feitosa DS, Maia SMH. Tratamento das fraturas mandibulares: relatos de caso clínico. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac 2001; 1(2):31-8.
11. Laverick S, Patel N, Jones DC. Maxillofacial trauma and the role of alcohol. Br J Oral Maxillofac Surg 2008; 46(7):542-6.
12. Cavalcanti AV, Cavalcante JR, Cavalcanti AL. Fraturas faciais em pacientes atendidos no Hospital Antônio Targino/PB. Rev Fac Odontol UPF 2004; 9(1):52-6.
13. Raimundo RD, Guerra LAP, Antunes AA, Carvalho RWF, Santos TS. Mandible fractures: a retrospective analysis of 27 cases. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac 2008; 8(1):57-62.
14. Motta MM. Análise epidemiológica das fraturas faciais em um hospital secundário. Rev Bras Cir Plást 2009; 24(2):162-9.
15. Freitas DA, Caldeira LV, Pereira ZM, Silva AM, Freitas VA, Antunes SLNOC. Estudo epidemiológico das fraturas faciais ocorridas na cidade de Montes Claros/MG. Rev Bras Cir Cabeça Pescoco 2009; 38(2):113-5.
16. Melo REVA, Silva MBL, Luna LA, Firmo ACB. Trauma em pacientes idosos. Int J Dent 2004; 3(2):367-72.
17. Andrade SM, Soares DA, Braga GP, Moreira JH, Botelho EMN. Comportamento de risco para acidentes de trânsito: um

18. 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 Traumatol Buco-maxilo-fac* 2004; 4(2):131-5.
19. Horibe EK, Pereira MD, Ferreira LM, Andrade Filho EF, Nogueira A. Perfil epidemiológico de fraturas mandibulares tratadas na universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. *Rev Assoc Méd Bras* 2004; 50(4):417-21.
20. Andrade Filho EF, Fadul Jr. R, Azevedo RAA, Rocha MAD, Santos RA, Toledo SR, Capucci A, Toledo Júnior CS, Ferreira LM. Fraturas de mandíbula: análise de 166 casos. *Rev Assoc Méd Bras* 2000; 46(3):272-6.
21. Kotecha S, Scannell J, Monaghan A, Williams RW. A four year retrospective study of 1,062 patients presenting with maxillofacial emergencies at a specialist paediatric hospital. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008; 46(4):293-6.
22. Leite Segundo AV, Gomes VDRL, Campos MVS, Falcão MFL. Estudo epidemiológico de 261 fraturas faciais atendidas no Hospital Regional do Agreste, Caruaru/PE. *Odontol Clín Científ* 2004; 3(2):117-22.
23. Reis LF, Marzola C, Toledo Filho JL. Prevalência das fraturas faciais na região de Bauru, no período de janeiro de 1991 a dezembro de 1995. *Rev Odonto Ciênc* 2001; 16(34):231-40.
24. Palma VC, Luz JGC, Correia FAS. Freqüência de fraturas faciais em pacientes atendidos num serviço hospitalar. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1995; 9(2):121-6.
25. Buchanan J, Colquhoun A, Evans S, Whitley B, Thomson M. Maxillofacial fractures at Waikato Hospital, New Zealand: 1989 to 2000. *N Z Med J* 2005; 118(1217):U1529.
26. Lin S, Levin L, Goldman S, Sela G. Dento-alveolar and maxillofacial injuries: a 5-year multi-center study. Part 2: Severity and location. *Dent Traumatol* 2008; 24(1):56-8.
27. Gassner R, Tuli T, Hächl O, Rudisch A, Ulmer H. Craniomaxillofacial trauma: a 10 year review of 9543 cases with 21067 injuries. *J Craniomaxillofac Surg* 2003; 31(1):51-61.
28. Goodisson D, Macfarlane M, Snape L, Darwish B. Head injury and associated maxillofacial injuries. *N Z Med J* 2004; 117(1201):U1045.
29. Subhaashraj K, Ramkumar S, Ravindran C. Pattern of mandibular fractures in Chennai, India. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008; 46(2):126-7.

Recebido/Received: 10/03/09

Revisado/Reviewed: 16/06/09

Aprovado/Approved: 13/07/09

Correspondência:

Alessandro Leite Cavalcanti

Universidade Estadual da Paraíba

Departamento de Odontologia

Avenida das Baraúnas, S/N – Bodocongó

Campina Grande/PB

CEP: 58109-753

E-mail: dralessandro@ibest.com.br