UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

STELLA MARIS APOLINÁRIO PEREIRA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NOS ANOS DE 2014 A 2019 PELO SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL DA FOA-UNESP

Araçatuba - SP
2020

STELLA MARIS APOLINÁRIO PEREIRA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NOS ANOS DE 2014 A 2019 PELO SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL DA FOA-UNESP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", como parte dos requisitos para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Ass. Dr. Francisley Ávila Souza

Araçatuba - SP
2020

Dedico este trabalho

A minha família, que com todo amor me educaram e acreditaram em mim, me deram todo suporte e apoio para o meu sonho se tornar realidade, pela presença em todas as fases, pela compreensão durante a execução dos meus trabalhos, e por tudo que abriram mão para me beneficiar. Por me ensinar a caminhar, ter fé e seguir em frente na longa jornada em busca dos meus objetivos e realização dos meus sonhos. Por me acompanhar e tornar possível o meu progresso rumo ao primeiro passo, a formação profissional.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, que sempre me abençoou, me iluminou e permitiu que o meu sonho se tornasse possível, me dando sabedoria necessária para obter sucesso na vida acadêmica. Ele sempre me deu forças e me mostrou que estava no caminho certo diante todas as dificuldades, e quando me sentia sozinha sempre acalmou meu coração. Agradeço a Ele por ter permitido conhecer várias pessoas especiais nesses 6 anos, no qual cada uma me acrescentou de uma forma especial e auxiliou a me tornar uma pessoa melhor e mais madura pra vencer os desafios da vida.

Ao meu Professor orientador Dr. Francisley Ávila Souza, por seus ensinamentos e confiança que tornaram possível a conclusão deste trabalho. Obrigada por todas as oportunidades proporcionadas. Que Deus abençoe o senhor e toda a sua família.

Ao meu namorado Ricardo Régio Colombo, que tornou esta fase mais especial e leve, com amor e carinho me deixando mais feliz e realizada. Sou grata por sempre ter me apoiado e me ajudado de todas as formas diante as dificuldades que apareciam. Espero que nossos planos para futuro se tornem realidade.

A minhas amigas e irmãs, Ana Laura Braggio e Carolina Braga, que mesmo longe sempre se fez presente nas vitórias e nas derrotas durante a minha vida acadêmica. Sempre me aconselhando da forma mais leve e ouvindo minhas lamentações, e também comemorando junto comigo minhas vitórias.

As minhas amigas e companheiras de moradia, Beatriz Goulart e Lais Castelli, que sempre estiveram dispostas a me ajudar, sempre me ouvindo e me aconselhando com todo carinho. Superando nossas diferenças e as respeitando, que chegamos juntas até o fim dessa jornada. Obrigada por todo apoio, consideração, broncas e ensinamentos. Sentirei muita falta dos nossos momentos de bagunça e muitas risadas, deixaram tudo mais leve e mais especial durante esses 6 anos. Levárei-las para sempre em meu coração.

A todos meus amigos e companheiros de profissão da Turma XVII, no qual mais uma fase tão importante de nossas vidas se encerra. Em especial as minhas amigas

Beatriz Goulart, Adriane, Paula, Beatriz Furtado, Raíssa e Giovana por todo companheirismo, conselhos, risadas compartilhadas durante esses anos.

A todos os meus amigos, que entraram na minha vida durante a graduação, em especial minha amiga Marcella Prado que levarei para o resto da vida em meu coração. E durante esses 6 anos, estiveram presentes, próximos como família, caminhando juntos, compartilhando todos os momentos rumo a formação, tornando prazerosa esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, pela oportunidade de realizar este curso.

À Diretora da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Prof.Tit. Glauco Issamu Miyahara e ao Vice-Diretor Prof. Titular Alberto Carlos Botazzo Delbem.

A todos meus professores, por todos os ensinamentos ministrados, tornando-se importantes tanto em minha formação profissional como em meu amadurecimento pessoal.

PEREIRA, S. M. A. **Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos nos anos de 2014 a 2019 pelo serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial da FOA-UNESP.** 2020. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2020.

RESUMO

As injúrias ao esqueleto maxilofacial representam uma grande porcentagem nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares. As fraturas faciais possuem maior incidência dentre os traumas. Por outro lado, as políticas públicas para prevenção destes traumas vêm sendo implantadas incessantemente pelos governos nas 3 esferas do poder executivo. O objetivo deste trabalho foi determinar o perfil epidemiológico das fraturas faciais na região de Araçatuba, no estado de São Paulo, Brasil, nos anos de 2014 a 2019, atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Os dados estratificados foram analisados quanto a etiologia, gênero, faixa etária, local da fratura, tipo de fratura (simples ou associada), classificação da fratura e tratamento realizado. Os dados foram computados pelo programa estatístico Epi Info 3.5.1, em um formulário previamente preparado. As análises estatísticas foram realizadas pelo programa SPSS 20.0. Foram catalogados durante os anos 2014 a 2019 um total de 2137 pacientes, obteve-se do gênero masculino (66,47%) e do gênero feminino (33,53%). As principais causas de trauma buco-maxilo-facial foram queda (25,27%), seguidas por acidentes moto ciclístico (16,42%). Dentre as lesões de tecido mole e duro a mais encontrada foi Fratura Nasal (22%), seguida das fraturas do Complexo Zigomático-maxilar-orbitário e fraturas mandibulares respectivamente. Dentre os atendimentos, o tratamento conservador foi eleito na maioria dos casos (60,55%), sendo que o procedimento cirúrgico mais realizados foi a redução e fixação de fraturas. Diante dos resultados obtidos conclui-se que este projeto atingiu os objetivos gerais e específicos atuando diretamente na promoção de saúde da população atendida e na formação de alunos da graduação e pós-graduação.

Palavras-chave: Pacientes. Epidemiologia. Cirurgia Bucomaxilofacial.

PEREIRA, S. M. A. **Epidemiological profile of patients served in the years from 2014 to 2019 by the FOA-UNESP buco-maxillo-facial surgery and traumatology service.** 2020. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2020

ABSTRACT

Injuries to the maxillofacial skeleton represent a large percentage in outpatient and hospital care. Facial fractures have a higher incidence among facial traumas. On the other hand, public policies for the prevention of these traumas have been continuously implemented by governments in the 3 spheres of executive power. The objective of this study was to determine the epidemiological profile of facial fractures in the region of Araçatuba, in the state of São Paulo, Brazil, from 2014 a 2019, attended by the Service of Buco-Maxillofacial Surgery and Traumatology of the Faculty of Dentistry of Araçatuba - UNESP. Stratified data were analyzed for etiology, gender, age group, fracture location, type of fracture (simple or associated), fracture classification and treatment performed. The data were computed by the statistical program Epi Info 3.5.1, in a previously prepared form. Statistical analyzes were performed using the SPSS 20.0 program. A total of 2137 patients were cataloged during the year 2014 to 2019, with male (66.47%) and female (33.53%). The main causes of oral and maxillofacial trauma were falls (25.27%), followed by bike accidents (16.42%). Among the soft and hard tissue injuries, the most found was Nasal Fracture (22%), followed by fractures of the Zygomatic-maxillary-orbital complex and mandibular fractures, respectively. Among the consultations, conservative treatment was chosen in most cases (60.55%), and the most common surgical procedure was fracture reduction and fixation. In view of the results obtained, it is concluded that this project reached the general and specific objectives acting directly in the health promotion of the population served and in the training of undergraduate and graduate students.

Keywords: Patients. Epidemiology. Maxillofacial Surgery.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1 – Incidência de traumas faciais em relação ao gênero dos pacientes. 17

GRÁFICOS 2 – Distribuição dos pacientes por etiologia em ambos os gêneros e respectivo valor. 17

GRÁFICOS 3 – Distribuição das lesões em tecido mole e duro atingido em ambos os gêneros e respectivo valor. 18

TABELA 4 – Distribuição dos Tipos de Tratamento em ambos os gêneros e o respectivo valor. 19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	13
3 MATERIAIS E MÉTODOS	14
4 RESULTADOS	17
5 DISCUSSÃO	20
6 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

O trauma é a principal causa de morte entre a primeira e a quarta década de vida. Segundo a OMS, cerca de 1 milhão de pessoas morrem, vítimas de trauma. Dentre os diversos tipos de trauma, os que ocorrem em face são uma realidade presente nos serviços de emergência, estando comumente relacionados com acidentes moto ciclísticos, automobilísticos, agressão física, lesões por queda e esportes.[1]

As variações de epidemiologias dos traumas faciais, nos diversos estudos relatados dependem de fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, tipo de industrialização, consumo de álcool, meios de transportes e legislação dos locais avaliados.[2] Pacientes do sexo masculino estão comumente mais envolvidos nas fraturas de face. Um estudo realizado por Faverani et al.[3] demonstrou que, de uma amostra de 1190 casos de trauma em pacientes atendidos pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, a incidência de fraturas entre os homens (76,7%) é consistentemente mais alta do que entre as mulheres (23,3%), ocorrendo com maior frequência entre os pacientes na faixa etária de 21 a 25 anos (31%) devido ao envolvimento desses pacientes em agressões físicas e acidentes automobilísticos associado ao de consumo de álcool e alta velocidade no trânsito. Destaca-se assim, a importância de estabelecer medidas preventivas, a respeito da educação nas escolas e comunidades; na intensificação de leis de trânsito, além de cuidados pessoais reduzindo assim a prevalência das fraturas faciais[3].

O trauma em região maxilofacial apresenta grande importância, uma vez que os pacientes vítimas desse trauma apresentam repercussões emocionais e funcionais com possibilidade de deformidades permanentes, que podem interferir no convívio social e ressocialização do paciente.[4] A região mais acometida por fraturas devido ao trauma, é a região do osso nasal (26,89%)[3], devido à posição proeminente do nariz associada a sua fragilidade, que o torna frequentemente sujeito às fraturas, geralmente resultando em danos na estética e fisiologia. As causas mais comuns relacionadas a esse tipo de trauma são, queda e agressão física.[5,6]

O segundo sítio de fratura mais comum é o que envolve o complexo zigomático (25,38%).[3] São altamente suscetíveis às lesões, devido a sua posição e contornos. Apresenta a forma de quadrilátero e articula-se com o osso frontal, temporal, esfenóide e a maxila.[6,7] O terceiro sítio é do traumatismo dento alveolar, citado como um problema crescente em saúde pública, por afetar grandemente a qualidade de vida dos pacientes, em especial por causar um defeito estético ao indivíduo, sendo presente em 22,35% da população.[4]

A mandíbula é o único osso móvel da face, em forma de ferradura com dupla articulação apresentando duas porções verticais e uma horizontal.[8] Apesar de apresentar dureza e resistência óssea, possui várias áreas de fragilidade representadas pela sínfise, côndilo, corpo, ramo, processos alveolar e coronóide, fazendo com que estes locais sejam os mais atingido, apresentando uma incidência de 21,26% na população.[3] As fraturas do seio frontal são raras e representam apenas 2,78% dos traumas em face.[3] Isso porque se trata de um osso denso, protegido por uma forte musculatura, necessitando de um alto impacto para causar sua injúria, estando comumente associado a traumas como, acidentes automobilísticos ou acidentes desportivos.[9,10] Em geral, o diagnóstico de trauma facial advém da avaliação clínica, complementada por exames de imagem, sendo o padrão ouro para avaliação das fraturas faciais e intracranianas a tomografia computadorizada de alta resolução.[11]

Os sinais e sintomas das fraturas faciais são diversos e variados de acordo com a localização e o grau de envolvimento que possuem. Os pacientes podem apresentar-se com dor, edema, equimose, crepitações nas articulações temporo-mandibulares, hipoestesia ou paralisia, maloclusão, amaurose, dificuldade de motilidade ocular, diplopia, distopia, alterações estéticas por perda de projeção antero-posterior, epistaxe, limitação de abertura bucal entre outros.[12] O tratamento das fraturas do complexo maxilofacial consiste em restaurar a anatomia e eliminar complicações e deformidades, restaurando a oclusão e devolvendo as habilidades mastigatórias, incluindo fluxo de ar nasal e contorno orbitário. Espera-se assim, minimizar a taxa de morbidade.[13]

A intervenção do cirurgião bucomaxilofacial ao paciente vítima do trauma, no geral, deve seguir o princípio do protocolo do ABCDE do trauma, deixando para um

segundo momento, o tratamento das fraturas de face. Dado que, as fraturas do complexo maxilofacial entram na avaliação secundária, na primária o foco é estabilizar o paciente de lesões que podem levá-lo a óbito. Exceto quando as fraturas do complexo maxilofacial esteja pondo em risco a vida do paciente, por exemplo, quando há obstrução das vias aéreas devido a fratura de parassínfise bilateral ou sangramentos intensos na região nasal por envolvimento do plexo de kiesselbach.[14,15]

O tratamento das fraturas faciais pode ser conservador ou cirúrgico. O tratamento cirúrgico visa restabelecer a relação cotos ósseos e podem ser realizada através de redução das fraturas, e fixação com auxílio de placas e parafusos de titânio ou fios de aço.[6] O tratamento conservador consiste na utilização do bloqueio maxilo-mandibular por até 7 dias, seguido de uma intensa fisioterapia pós-operatório para restabelecimento da função mastigatória.[14] Suas indicações são deslocamento do côndilo para o interior da fossa craniana média, impossibilidade de obtenção de uma adequada oclusão pela técnica fechada e deslocamento extracapsular lateral do côndilo, entre outros.[16,17]

Diante do exposto, o levantamento de dados torna-se necessário para levantamento do perfil epidemiológico dos pacientes, bem como estudo e avaliação do serviço, dos tipos de fratura, das taxas de sucesso e complicações para guiar os protocolos de atendimento e tratamento associado a ações de extensão para comunidade, visando conscientização e prevenção do trauma.

2 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho de iniciação científica foi analisar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP nos anos de 2014 a 2019, empregando-se a análise de estratificação de dados de prontuários, constituindo assim, um estudo transversal prospectivo.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado de acordo com a Declaração de Helsinki e dos Princípios Éticos para Pesquisa Médica, envolvendo seres humanos. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP. O *"guidelines"* STROBE foi empregado para o delineamento deste estudo transversal prospectivo. Foram selecionados no banco de dados de prontuários todos os pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Os pacientes foram atendidos nos ambulatórios de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba e nos hospitais cadastrados. Os Hospitais cadastrados estão descritos abaixo:

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Birigui, UNIMED de Araçatuba, UNIMED de Birigui, Hospital Geral de Araçatuba e Ambulatório de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

Etiologia: Os dados referentes à etiologia foram estratificados de cada prontuário de acordo com o informado pelo paciente.

Gênero: Os dados referentes ao gênero foram estratificados de cada prontuário de acordo com o documento apresentado na consulta de avaliação inicial. Os Gêneros considerados foram masculinos e femininos.

Faixa Etária: Os dados referentes a idade do paciente foram estratificados de cada prontuário de acordo com o documento apresentado na consulta de avaliação inicial. A distribuição foi realizada em faixas etárias, com intervalos iguais, para melhor comparação, 0 a 90.

Local da Fratura e Tipo de Fratura: Os dados referentes ao local da fratura e tipo da fratura sofrida pelo paciente foram estratificados de cada prontuário de acordo com o tópico diagnóstico. Foram reavaliados os exames de imagem e fotos dos pacientes do plantão a fim de ratificar o diagnóstico informado pela equipe de atendimento.

Classificação da Fratura: A classificação da fratura sofrida pelo paciente foi realizada de acordo com Dingman e Nativig[6].

Tratamento: Os dados referentes ao gênero foram estratificados de cada prontuário de acordo com o plano de tratamento e descrição dos trabalhos executados.

Análise Estatística: Os dados obtidos na estratificação dos prontuários de acordo com os critérios de inclusão foram:

- Pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba nos hospitais cadastrados;

- Pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba no ambulatório de Cirurgia da FOA-UNESP;

- Pacientes encaminhados ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios pertencentes a Diretoria Regional de Saúde de Araçatuba 9DRS-Araçatuba;

- Pacientes encaminhados ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios NÃO pertencentes à DRS-Araçatuba.

Os critérios de exclusão foram os pacientes atendidos pelo serviço que não se enquadram na área de atuação da especialidade Odontológica Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Os dados foram estratificados seguindo as análises abaixo: com a forma de análise dos resultados foram computados pelo programa estatístico Epi Info 3.5.1, em um formulário previamente preparado. As análises estatísticas descritivas serão realizadas pelo programa SPSS 20.0. Para os cálculos estatísticos será utilizado o programa SPSS 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), adotando o nível de significância de 5 %.

4 RESULTADOS

Foram catalogados durante os anos de 2014 a 2019 um total de 2137 pacientes, obteve-se do gênero masculino (66,47%) e do gênero feminino (33,53%) com idade entre 8 dias (recém-nascido) e 97 anos. A Tabela 1 apresenta a incidência de traumas faciais em relação ao gênero dos pacientes.

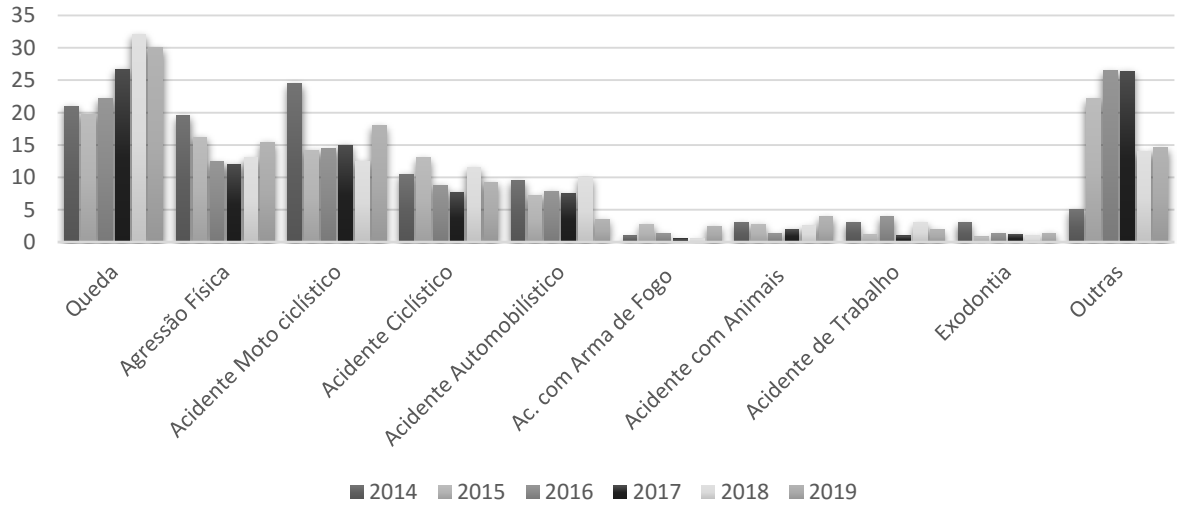
TABELA 1 - Incidência de traumas faciais em relação ao gênero dos pacientes

Gênero	Anos (Porcentagem %)						Total (média%)
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Feminino	36,5	27,2	30,1	35,7	32,18	39,5	33,53
Masculino	63,5	72,8	69,9	64,3	67,82	60,5	66,47
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Prontuários da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

As principais causas de trauma buco-maxilo-facial foram classificadas em queda, agressão física, acidente moto ciclístico, acidente ciclístico, acidente automobilístico, acidentes com arma de fogo, acidentes com animais, acidente de trabalho, exodontias, outras causas. O gráfico 2 apresenta a distribuição com relação a etiologia dos traumas de ambos os gêneros.

GRÁFICO 2 - Distribuição dos pacientes por etiologia em ambos os gêneros e respectivo valor

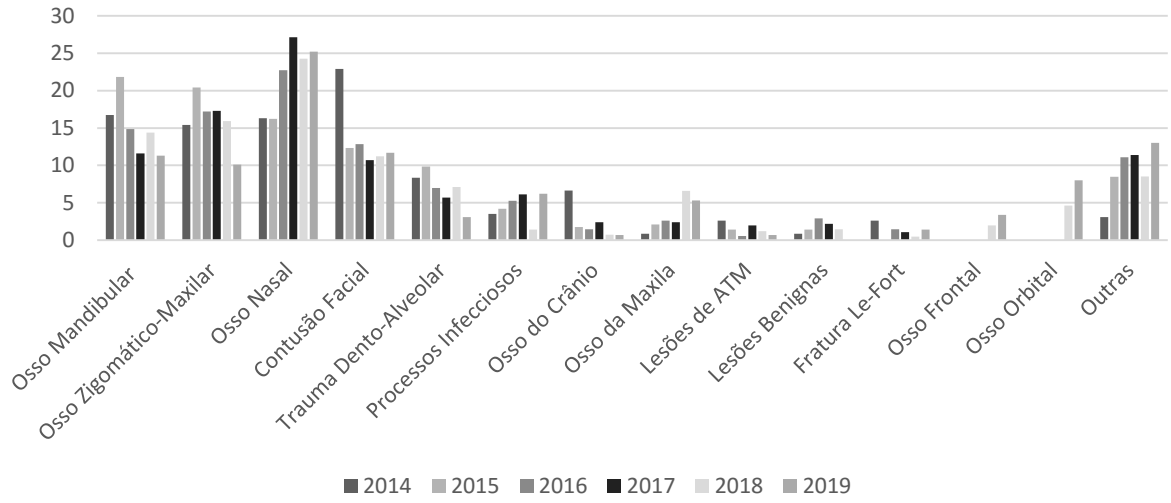


Fonte: Prontuários da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Dentre as lesões de tecido mole e duro tem-se as mais encontradas: Fratura Mandibular, Fratura Do Complexo Zigomático, Fratura Nasal, Contusão Facial,

Trauma Dento Alveolar, Processos Infecciosos, Fratura De Crânio, Fratura Maxilar, Lesões de ATM, Lesões Benignas, Fraturas LeFort, Fratura do Osso Frontal, Fratura de Osso Orbital e Outras Lesões. O gráfico 3 apresenta a distribuição das lesões em tecido mole e duro atingido em ambos os gêneros.

GRÁFICO 3 - Distribuição das lesões em tecido mole e duro atingido em ambos os gêneros e respectivo valor



Fonte: Prontuários da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Dos pacientes atendidos, 60,55% foram tratados conservadores e 39,45% foram submetidos a tratamentos cirúrgicos, sendo que os procedimentos mais realizados foram: redução incruenta, redução e fixação de fraturas, drenagem de abscesso, e exodontias. A tabela 4 apresenta a distribuição dos tipos de tratamento que os pacientes foram submetidos em ambos os gêneros.

TABELA 4 – Distribuição dos Tipos de Tratamento em ambos os gêneros e o respectivo valor.

Tipos de Tratamentos	Anos (Porcentagem %)						Total (média%)
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Cirúrgico	38	38	36	42	41	41,7	39,45
Conservador	62	62	64	58	59	58,3	60,55
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Prontuários da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

5 DISCUSSÃO

As fraturas faciais podem variar em função de gênero, idade, raça, tendo as mais diversas etiologias,[18] dentre elas estão relacionados com acidentes moto ciclísticos, automobilísticos, ciclísticos, com arma de fogo, com animais, lesões no trabalho, lesões por queda e esportes.

Quando avaliados a distribuição dos pacientes de acordo com o sexo, observa-se a predominância do masculino (66,47%). Essa predominância pode ser explicada por fatores sociais e culturais, cujo homem representa o envolvimento em agressões físicas e acidentes automobilísticos associados ao consumo de álcool e alta velocidade no trânsito.[3]

Quanto a distribuição da amostra por faixa etária, observa-se que as fraturas faciais variavam na idade entre 8 dias (recém-nascido) e 97 anos.

Esses resultados demonstram que a queda (25,27%) ocupa a liderança de fator etiológico relacionado a fratura de face, seguido por acidente moto ciclístico (16,42%) e por agressão física (14,75%) em ambos os gêneros. Em relação à agressão física, confirma-se que o aumento de violência está relacionado a conflitos socioeconômicos e emocionais que os jovens estão submetidos.[19] A redução da violência interpessoal como causa de trauma facial será muito mais complicado e difícil que a redução do trauma de face decorrente de acidente de trânsito. Não foram observados, nos últimos anos, investimentos significativos do governo em segurança pública ou educação da população, enquanto isso as taxas de desemprego se mantêm elevadas.

As quedas responderam pela maioria das causas de lesões na face em crianças e em idosos, no qual tornaram-se a principal causa, assim como o aumento da prevalência das fraturas nesses casos, confirmado por outro estudo.[20] Múltiplos fatores favorecem a queda, mostrou-se como importante mecanismo de trauma de face nas crianças, uma vez que a locomoção e o equilíbrio estão em desenvolvimento, além disso, desconhecem o limite de atos perigosos.[20,21] O envelhecimento diminui gradativamente as funções biológicas, apresentando deficiências sensoriais múltiplas, comprometimento da cognição e da memória,

associado ao uso de medicamentos psicotrópicos e doenças osteomusculares aumentando o risco de queda.[22]

Há três décadas, estudos apontavam os acidentes por veículos automotores como a principal causa dos traumas faciais.[20-23-24] As políticas públicas buscaram um maior controle e penalizações ao excesso de velocidade nas vias e o uso de cinto de segurança contribuíram para o decréscimo do número de traumas faciais devido a acidentes com veículos automotores.[22-24] Porém, apesar da existência de código de trânsito e produtos de segurança, o acidente de trânsito continua sendo umas das causas principais de traumas em faces.[18]

Dentre a região da face mais acometida em traumas, são os ossos próprios do nariz com 22%. O alto índice de fratura em ossos nasais deve-se a sua posição mais proeminente na face, constituído por estruturas delgadas.[24] Seguido pelo osso zigomático, com 16%, devido ao seu contorno e posição, é altamente acometido pelos traumas no terço médio da face.[18]

Dentre os atendimentos, o tratamento conservador foi eleito na maioria dos casos (60,55%), eram pacientes que apresentavam fraturas sem deslocamento, com traço de fratura favorável à ação muscular e sem alterações do padrão de oclusão. Sendo que, o procedimento cirúrgico (39,45%) mais realizado foi a redução e fixação de fraturas. A fixação interna rígida, realizada com o uso de mini placas de titânio para manter o paciente em oclusão dentária adequada no momento da osteossíntese.[25] Julgando a redução e fixação de fraturas um método eficiente, pois permite redução anatômica com contato ósseo rígido, e, consequentemente, proporcionando uma consolidação mais precoce, além de possibilitar alimentação e mobilidade da dos ossos precoces.[25]

6 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos conclui-se que este projeto atingiu os objetivos gerais e específicos atuando diretamente na promoção de saúde da população atendida e na formação de alunos da graduação e pós-graduação.

REFERÊNCIAS

1. Gupta A, Babu KA, Bansal P, Sharma R, Sharma DS. Changing trends in maxillofacial trauma: a 15 years retrospective study in the Southern Part of Haryana, India. Ind J Dent Res. 2018;29(2);190-5.

2. Cheema SA, Amin F. Incidence and causes of maxillofacial skeletal injuries at the Mayo Hospital in Lahore, Pakistan. Br J Oral Maxillofac Surg. 2006;44(3):232-4.

3. Faverani LP, Jardim ECG, Gulinelli JL, Queiroz TP, Panzarini SR, Garcia Júnior IR, Magro Filho OM. Facial injuries: a retrospective study of 1190 cases in the region of Araçatuba. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2009;38 (1):22–5.

4. Gulinelli JL, Saito CTMH, Júnior SRP, Poi WR, Sonoda CK, Jardim ECG, Faverani LP. Occurrence of tooth injuries in patients treated in hospital environment in the region of Araçatuba, Brazil. Dent Traumatol. 2008;24(6):640-4.

5. Ellis E, Muniz O, Anand K. Treatment considerations for comminuted mandibular fractures. J Oral MaxilloFac Surg. 2003;61(8):861-70.

6. Dingman RO, Natvig P. Cirurgia das fraturas faciais. 2nd ed. São Paulo: Santos; 2001.

7. Cruz-Rizzolo RJ, Madeira MC. Anatomia funcional com fundamentos de anatomia sistêmica geral. São Paulo: Sarvier; 2004.

8. Ellis E, Muniz O, Anand K. Treatment considerations for comminuted mandibular fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2003;61(8):861-70.

9. Gerbino G, Roccia F, De Gioanni PP, Berrone S. Maxillofacial trauma in the elderly. J Oral Maxillofac Surg. 1999;57(7):777-82.

10. Gabrielli MF, Gabrielli MA, Hochuli-Vieira E, Pereira-Fillho VA. Immediate reconstruction of frontal sinus fractures: review of 26 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2004;62(5):582-6.

11. Feldman JS, Farnoosh S, Kellman RM, Tatum SA. Skull base trauma: clinical considerations in evaluation and diagnosis and review of management techniques and surgical approaches. Semin Plast Surg. 2017;31(4):177-88.

12. Oginni FO, Ugboko VI, Ogundipe O, Adegbehingbe BO. Motorcycle related maxillofacial injuries among,Nigerian intracity road users. J Oral Maxillofac Surg. 2006;64(1):56-62.

13. Vujcich N, Gebauer D. Current and evolving trends in the management of facial fractures. Aust Dent J. 2018;63(S1):S35-47.

14. Pereira CCS, Jacob RJ, Takahshi A, Shinohara EH. Fratura mandibular por projétil de arma de fogo. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.2006;6(3):39-46.

15. Hollier L, Grantcharova MD, Kattash M. Facial gunshot wounds: a 4-year experience. J Oral Maxillofac Surg. 2001;59:277-82.

16. Sugiura T, Yamamoto K, Murakami K, Sugimura M. A comparative evaluation of osteosynthesis with lag screws, miniplates, or Kirschner wires for mandibular condylar process fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2001;59(10):1161-8.

17. Zide MF, Kent JN. Indications for open reduction of mandibular condyle fractures. J Oral Maxillofac Surg. 1983;41(2):89-98.

18. Segundo AV, Campos MS, Vasconcelos BC. Epidemiologic profile of patients with facial fractures. Rev Ciênc Méd. 2005;14(4):345-50.

19. Falcao MF. Estudo Epidemiológico das fraturas faciais tratadas no Hospital da Restauração na cidade do Recife, Pernambuco, no período de 1988 a 1998 [dissertação]. Recife: Faculdade de Odontologia de Pernambuco;1999.

20. Shaikh ZS, Worrall SF. Epidemiology of facial trauma in a sample of patients aged 1-18 years. Injury. 2002;33(8):669-71.

21. Wulkan M, Parreira Júnior JG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. Rev Assoc Med Bras. 2005;51(5):290-5.

22. 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; 72:235-41.

23. Luce EA, Tubb TD, Moore AM. Review of 1,000 major facial fractures and associated injuries. Plast Reconstr Surg. 1979;63(1):26-30.

24. Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF, Rosa SC. Epidemiology of facial trauma of patients admitted to a public hospital emergency department. Rev Col Bras Cir, 2008;35(1):9-13.

25. Andrade Filho EF, Fadul Jr R, Azevedo RAA, Rocha MAD, Santos RA,Toledo SR, Cappucci A, Toledo Júnior CS, Ferreira LM. Fraturas de mandíbula: análise de 166 casos. Rev Assoc Med Bras. 2000;46(3):272-6.