



**CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA
CENTRO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

MICHELE COELHO FERREIRA

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS FRATURAS MANDIBULARES NO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
EM CAMPINA GRANDE – PARAÍBA**

Araruna / PB

2015

MICHELE COELHO FERREIRA

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS FRATURAS MANDIBULARES NO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
EM CAMPINA GRANDE – PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Odontologia da
UEPB – Campus VIII como requisito para a
obtenção do título de Cirurgião – Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Grotta Gempel

Araruna / PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

F383a Ferreira, Michele Coelho

Avaliação epidemiológica das fraturas mandibulares no hospital de emergência e trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes em Campina Grande - Paraíba [manuscrito] / Michele Coelho Ferreira. - 2015.

31 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Tecnologia e Saúde, 2015.

"Orientação: Dr.Rafael Grotta Gempel, Departamento de Odontologia".

1. Odontologia. 2. Mandíbula. 3.Epidemiologia bucal I.
Título.

21. ed. CDD 617.6

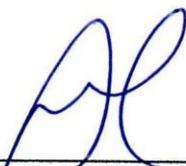
MICHELE COELHO FERREIRA

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS FRATURAS MANDIBULARES NO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
EM CAMPINA GRANDE – PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Odontologia da
UEPB – Campus VIII como requisito para a
obtenção do título de Cirurgião – Dentista.

Aprovada em 09 de dezembro de 2015.

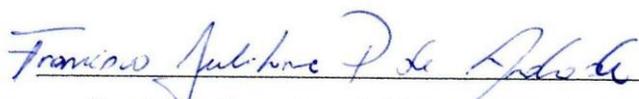
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Rafael Grotta Gempel (orientador)
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



Prof. Me. Dmitry José de Santana Sarmiento
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



Prof. Me. Francisco Juliherne Pires de Andrade
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus pela vitória alcançada, por incontáveis vezes busquei-O em oração para suportar e superar as adversidades dessa jornada.

Aos meus pais que mesmo entre tantas dificuldades me apoiaram da melhor forma que podiam, investiram tempo, saúde, bens. Muitas foram as vezes que duvidamos, nos cansamos e pensamos em desistir, cada um no seu silêncio sem querer desestimular o outro, mas, aos poucos fomos vencendo, dia a dia, período a período, ano a ano e às minhas irmãs com as quais pude contar nas situações mais complicadas, quando faltavam tantas coisas e tudo parecia dar errado, em meio às lutas diárias de cada uma, elas encontravam um jeito de me ajudar.

A todos os meus professores em especial ao meu orientador Rafael Grotta Gempel a quem admiro pela competência nessa área de CTBMF. Agradeço por ter sido meu professor no curso e pela oportunidade de estágio no Hospital, foram muitos os conhecimentos transmitidos. Espero contar sempre com a sua experiência.

Agradeço também a todos os amigos que estiveram presentes ou mesmo à distância e que muitas vezes acreditaram mais do que eu mesma acreditei, em especial Maria de Fátima da Silva Oliveira, Mariza da Silva Ferreira, Jeysiane dos Santos Ferreira Moura, Lauro Júlio Pires Cantarele Lima, Karla Bezerra Guilherme da Silva, Thauane Cristina Silva de Almeida, Felipe Alexandre de Araújo Neto, Geane Costa de Araújo Azevedo, Padre João Batista da Silva Firmo, aos Frades Capuchinhos Frei Cláudio Simões Galindo, Frei Franklin Alves de Edimar Teixeira Diniz, Frei Jorge Emanuel Ferreira Sales, ao professor Manuel Antônio Gordón-Nunez, Rejane Leal dos Santos e Petrônio Leal dos Santos que participaram em tantos momentos ajudando com orações, incentivando, partilhando a vida, lágrimas, sorrisos, perdas, ganhos e até mesmo bens, verdadeiros anjos da guarda que Deus me deu.

Por fim agradeço a todos os meus parentes, minha avó Maria Prazeres da Silva (*in memoriam*) que me ajudou a concluir o ensino fundamental I quando me recebeu para morar em sua casa e ao meu primo José Humberto Prazeres da Silva que foi meu professor nesse mesmo período e que me ajudou a conquistar um diploma de ensino médio, aos primos Rosane Prazeres de Lemos e Robson Prazeres de Lemos Segundo que hoje comemoram comigo essa graduação e me incentivam a seguir para uma pós-graduação. Que Deus os recompense com bênçãos e graças, muito obrigada por tudo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM –	Articulação Temporomandibular
CBMF –	Cirurgião Bucomaxilofacial
CTBMF –	Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SAME –	Setor de Arquivos Médicos
SPSS –	Statistical Package for Social Sciences
STTP –	Superintendência de Trânsito e Transportes Públicos
TCE –	Traumatismo Crânio Encefálico

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS FRATURAS MANDIBULARES NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES EM CAMPINA GRANDE – PARAÍBA

Michele Coelho Ferreira*

RESUMO

Objetivos: Avaliação epidemiológica de fraturas mandibulares em pacientes atendidos no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes em Campina Grande – PB.

Métodos: Foi realizado um estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo de 173 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia de trauma maxilofacial com fraturas mandibulares nos anos de 2011 e 2012. Foram coletados dados sociodemográficos, etiologia, local da fratura, trauma associado, tempo de internação e forma de tratamento. Os dados foram analisados através da utilização do *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS) a estatística utilizada foi descritiva.

Resultados: A população do estudo consistiu de 157 homens (90,8%), a faixa etária 20 a 29 anos foi a mais frequentemente comprometida. A etiologia mais comum foi relacionada com acidente motociclismo (59,5%) seguida pela violência interpessoal (15,0%). O local de fratura mandibular mais frequentemente acometido foi corpo mandibular seguido da sínfise. Traumas associados foram menos frequentes, o mais prevalente foi o TCE – Traumatismo Crânio Encefálico – com 5,8% dos casos. A maioria dos pacientes ficaram internados por um período de 0 a 07 (57,2%) dias, seguido de 08 a 14 (27,7%) dias, o tratamento foi 94,8% cirúrgico.

Conclusão: Conclui-se que os pacientes do sexo masculino na terceira década de vida foram os mais acometidos pelas fraturas mandibulares, o agente etiológico mais frequente foi o acidente motociclístico, a região mais acometida por fraturas foi o corpo da mandíbula, seguido por sínfise. O tipo de tratamento realizado na grande maioria dos casos foi o cirúrgico.

PALAVRAS CHAVES: Traumatologia, epidemiologia, mandíbula

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 ARTIGO	10
3.1 INTRODUÇÃO	11
3.2 MATERIAIS E MÉTODOS	13
3.3 RESULTADOS	54
3.4 DISCUSSÃO	45
3.5 CONCLUSÃO	12
4 REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

As lesões provenientes de traumas têm sido identificadas como a maior causa de diminuição da produtividade sendo, portanto, responsáveis pela perda de anos de trabalho, mais do que as doenças cardíacas e os cânceres combinados (SAWAZAKI et al., 2010; GASSNER et al., 2003). Em pleno século XXI, o trauma continua sendo a principal causa de morte e afastamento do trabalho. Esses são causados principalmente por causas externas como acidentes e violência. Essas causas são classificadas como acidentais ou intencionais tendo como exemplo o trânsito e as agressões físicas respectivamente (BRASIL, 2005). O trauma facial é considerado um grande problema de saúde pública, devido às consequências sócio-econômicas que estão associadas.

No Brasil, a organização do sistema de saúde tem sentido o impacto do aumento dos acidentes e da violência devido aos gastos elevados com assistência médica. Esses gastos podem ser diretos, tais como exames, consultas, internações, procedimentos, reabilitação e ainda despesas com acompanhantes e dietas especiais; ou indiretos, os quais estão relacionados com a perda de produtividade devido à doença ou problema de saúde.

Outro dado importante é que o gasto médio e custo-dia de internação é maior com as causas externas que com as naturais (LIMA, 2012). O custo do tratamento e a admissão ao hospital, o uso de recursos hospitalares e a perda de receitas macroeconômicas pode ser significativo após tais lesões (LEE, 2012; VAN HOUT et al., 2013; MIJITI et al., 2014).

Lesões faciais podem ocorrer isoladamente, mas frequentemente estão associadas a traumatismos em outras regiões próximas, inclusive comprometendo órgãos nobres (ZANDI et al., 2011), necessitando de abordagem multidisciplinar, incluindo Oftalmologista, Cirurgião Plástico, e Neurocirurgião, além do Cirurgião Bucomaxilofacial (CBMF) (WULKAN, 2005).

O trauma facial pode ser dividido didaticamente em fraturas que acometem o terço superior da face, que envolve o osso frontal; fraturas que acometem o terço médio, que envolvem ossos nasais, maxilas e os zigomáticos, incluindo-se nesse grupo fraturas mais complexas como as de órbita; e fraturas do terço inferior, que correspondem às fraturas da mandíbula (MENDONÇA et al., 2011).

A mandíbula é o único osso móvel da face, bem como o mais pesado e resistente à fratura, sendo fundamental para a mastigação, deglutição e fonação (ANDRADE et al., 2000). A sua fratura traz graves consequências, dentre elas, alterações de oclusão dentária, disfunções da Articulação Temporomandibular (ATM), assimetrias e, geralmente, dor intensa.

Estas lesões quando não ou tratadas inadequadamente podem levar a graves sequelas funcionais e também estéticas (PATROCINIO et al., 2005).

Segundo Miloro (2009) as fraturas mandibulares são subdivididas conforme a região anatômica onde se localizam, a saber: côndilo, processo coronóide, ramo, ângulo, corpo, sínfise e processo alveolar.

Diante do exposto o presente estudo tem como objetivo avaliar epidemiologicamente as fraturas mandibulares em pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande – PB.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliação epidemiológica de fraturas mandibulares em pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes em Campina Grande – PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar epidemiologicamente as fraturas mandibulares em pacientes nos anos de 2011 e 2012;
- Elencar as etiologias das fraturas mandibulares acometida pela amostra;
- Avaliar região anatômica da fratura;
- Avaliar o tipo de tratamento realizado em cada caso;
- Avaliar o tempo de internação dos pacientes.

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS FRATURAS MANDIBULARES NO HOSPITAL
DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES EM
CAMPINA GRANDE – PARAÍBA**

Michele Coelho Ferreira¹

Rafael Grotta Gempel²

-
1. Acadêmico do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba/Campus VIII
 2. Professor Doutor da Universidade Estadual da Paraíba/Campus VIII
- Endereço para correspondência:
Rafael Grotta Gempel
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Av. das Baraúnas, S/N – Bairro: Universitário – Campina Grande - Paraíba – PB – Brasil
CEP 58429-500
E-mail: rafaelgrotta@hotmail.com
Phone: 55(83) 9 9999-2170 Phone/Fax: 55(83) 3315-3336

INTRODUÇÃO

As lesões provenientes de traumas têm sido identificadas como a maior causa de diminuição da produtividade sendo, portanto, responsáveis pela perda de anos de trabalho, mais do que as doenças cardíacas e os cânceres combinados (SAWAZAKI et al., 2010; GASSNER et al., 2003). Em pleno século XXI, o trauma continua sendo a principal causa de morte e afastamento do trabalho. Esses são causados principalmente por causas externas como acidentes e violência. Essas causas são classificadas como acidentais ou intencionais tendo como exemplo o trânsito e as agressões físicas respectivamente (BRASIL, 2005). O trauma facial é considerado um grande problema de saúde pública, devido às consequências sócio-econômicas que estão associadas.

No Brasil, a organização do sistema de saúde tem sentido o impacto do aumento dos acidentes e da violência devido aos gastos elevados com assistência médica. Esses gastos podem ser diretos, tais como exames, consultas, internações, procedimentos, reabilitação e ainda despesas com acompanhantes e dietas especiais; ou indiretos, os quais estão relacionados com a perda de produtividade devido à doença ou problema de saúde.

Outro dado importante é que o gasto médio e custo-dia de internação é maior com as causas externas que com as naturais (LIMA, 2012). O custo do tratamento e a admissão ao hospital, o uso de recursos hospitalares e a perda de receitas macroeconômicas pode ser significativo após tais lesões (LEE, 2012; VAN HOUT et al., 2013; MIJITI et al., 2014).

Lesões faciais podem ocorrer isoladamente, mas frequentemente estão associadas a traumatismos em outras regiões próximas, inclusive comprometendo órgãos nobres (ZANDI et al., 2011), necessitando de abordagem multidisciplinar, incluindo Oftalmologista, Cirurgião Plástico, e Neurocirurgião, além do Cirurgião Bucomaxilofacial (CBMF) (WULKAN, 2005).

O trauma facial pode ser dividido didaticamente em fraturas que acometem o terço superior da face, que envolve o osso frontal; fraturas que acometem o terço médio, que envolvem ossos nasais, maxilas e os zigomáticos, incluindo-se nesse grupo fraturas mais complexas como as de órbita; e fraturas do terço inferior, que correspondem às fraturas da mandíbula (MENDONÇA et al., 2011).

A mandíbula é o único osso móvel da face, bem como o mais pesado e resistente à fratura, sendo fundamental para a mastigação, deglutição e fonação (ANDRADE et al., 2000). A sua fratura traz graves consequências, dentre elas, alterações de oclusão dentária, disfunções da Articulação Temporomandibular (ATM), assimetrias e, geralmente, dor intensa.

Estas lesões quando não ou tratadas inadequadamente podem levar a graves sequelas funcionais e também estéticas (PATROCINIO et al., 2005).

Segundo Miloro (2009) as fraturas mandibulares são subdivididas conforme a região anatômica onde se localizam, a saber: côndilo, processo coronóide, ramo, ângulo, corpo, sínfise e processo alveolar.

Diante do exposto o presente estudo tem como objetivo avaliar epidemiologicamente as fraturas mandibulares em pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande – PB.

MATERIAIS E MÉTODOS

Um estudo epidemiológico, retrospectivo e descritivo foi realizado no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, localizado no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, durante o período compreendido entre Janeiro de 2011 a dezembro de 2012.

Este estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, sob protocolo CAAE nº 17433813.4.0000.5187, e seguiu as normas Nacionais e Internacionais de Pesquisa com Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Declaração de Helsinque).

Os dados foram coletados no Setor de Arquivos Médicos - SAME do referido Hospital. De um universo de 24.171 prontuários avaliados, 749 foram de pacientes atendidos pela CTBMF. Os mesmos foram inseridos diretamente num banco de dados através do *software Statistical Package for Social Sciences* - (SPSS - versão Windows® 18.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) e submetidos à análise estatística descritiva expressando os dados em valores absolutos e distribuição percentual. Foram incluídos todos os prontuários cujos pacientes apresentavam fratura mandibular. Os prontuários considerados ilegíveis, os que não relatavam traumatismo mandibular e aqueles cujos pacientes não foram internados pela CTMBF foram excluídos da amostra.

Dentre os 749 pacientes atendidos pela CTBMF, 652 apresentaram fraturas em face, sendo 173 (26,53%) portadores de fraturas mandibulares. Portanto, a amostra foi composta por 26,53% dos pacientes que apresentavam fraturas em face.

As variáveis estudadas foram categorizadas da seguinte forma:

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO
ANO	2011 a 2012
SEXO	Masculino; feminino
IDADE	Resposta em anos
ETIOLOGIA	Carro; motocicleta; bicicleta; atropelamento; trabalho; esportivo; violência interpessoal; quedas; outros
USO DE ÁLCOOL	Sim, não, não mencionado
USO DE DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	Sim, não, não mencionado
REGIÃO DA FRATURA	Sínfise; corpo, ângulo; ramo; côndilo; processo coronóide
TRAUMATISMO ASSOCIADO	Crânio, cervical, tórax, abdômen, membros superiores, membros inferiores.
ASSOCIAÇÕES COM OSSOS DA FACE	Bilateral de mandíbula, maxila, zigoma, outros
TIPO DE TRATAMENTO	Cirúrgico; não cirúrgico
TEMPO DE INTERNAÇÃO	Resposta em dias

RESULTADOS

De um total de 173 prontuários incluídos neste estudo, 157 eram de pacientes do sexo masculino (90,8%) e 16 do feminino (9,2%). A idade dos pacientes variou de 8 a 75 anos, com média de 29 anos. Com relação à etiologia, a mais prevalente foi o acidente motociclístico (59,5%).

Nos prontuários avaliados, 20,8 % dos pacientes consumiram álcool antes do acidente, enquanto que em 49,1% não constavam essa informação. O uso de dispositivos de segurança (cinto de segurança ou capacete) foi registrado em apenas 01 prontuário, enquanto que 117 (67,6%) não mencionaram (Tabela 1).

Um total de 173 pacientes foram diagnosticados apresentando fratura mandibular. A região de fratura mandibular mais prevalente foi o corpo (24,3%) e a sínfise (16,8%), seguidas por ângulo (9,8%) e ramo (5,2%) (Figura 1). Na tabela 2 constam a etiologia e o tratamento mais prevalente das fraturas mandibulares por região.

A tabela 3 exibe a distribuição das fraturas bilaterais de mandíbula de acordo com as regiões acometidas, a etiologia mais prevalente e tipo de tratamento realizado. A fratura bilateral de mandíbula foi a mais prevalente dentre os casos com mais de um traço de fratura. Dos 27 casos, 14 foram de fratura de sínfise associadas às de côndilo e apenas 01 não foi submetido a tratamento cirúrgico, sendo os acidentes motociclísticos o principal fator etiológico.

Fraturas mandibulares associadas a fraturas de ossos da face foram registradas em 35 pacientes (20,23%) (Tabela 4), sendo 13 de mandíbula com maxila, 14 de mandíbula com zigoma e 08 de fraturas múltiplas. As fraturas em outras regiões do corpo associada à mandibular mais frequentes foram as de crânio e membros inferiores (5,8% e 3,5% respectivamente). Com relação ao tipo de tratamento realizado, o cirúrgico foi registrado em 94,8% dos casos.

O tempo de internação variou de um a vinte e oito dias sendo o período de internação de 0 a 7 dias o mais prevalente (57,2) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A incidência, etiologia, apresentação clínica e características das fraturas maxilofaciais podem ser influenciadas por vários fatores: econômicos, culturais e sociodemográficos da população estudada (MIJITI et al., 2014; BOFFANO, 2015). Estudos epidemiológicos são importantes para dar informações tanto para profissionais da saúde quanto para autoridades governamentais, direcionando desse modo, programas de educação e prevenção.

No Brasil, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da saúde afirma que 40.610 pessoas foram vítimas fatais em acidentes de trânsito (BRASIL, 2011). Cerca de dois terços dos leitos hospitalares dos setores de Traumatologia e Ortopedia são ocupados por vítimas desse tipo de acidentes (DETRAN, 2006), em termos globais são gastos anualmente U\$ 518 bilhões com acidentes motociclisticos em custos diretos e indiretos (BERNARDINO, 2007) as vítimas mais vulneráveis são os pedestres, ciclistas e motociclistas, estes somam mais de 50% dos óbitos no trânsito (ANDRADE, 2002). No acidente motociclistico tanto o passageiro quanto o condutor absorvem em seu corpo toda a energia produzida na colisão, seja contra a via pública, objetos ou outros veículos, resultando em vários tipos de lesões (VERONESE, 2006).

Os resultados deste estudo mostram que entre os pacientes portadores de fratura mandibular há uma prevalência do sexo masculino, fato esse constatado em estudos anteriores (BOFFANO, 2015; MOUROUZIS, 2005), tendo uma relação masculino feminino de 9,8: 1. Segundo Kostakis et al. (2012) os homens teriam uma vida social mais ativa estando mais susceptíveis a acidentes de trânsito e violência interpessoal, o que explicaria um maior número de fraturas mandibulares em pacientes do sexo masculino.

As causas externas no Brasil, têm atingido preferencialmente adultos jovens e homens, refletindo diretamente na qualidade e/ou expectativa de vida dos mesmos devido estarem em idade economicamente ativa, caracterizando uma relação complexa entre violência, masculinidade e juventude o que preocupa os órgãos estatais e a comunidade científica (LIMA, 2012).

De acordo com os grupos etários o trauma mandibular foi mais frequente entre a segunda e terceira década de vida concordando com estudos anteriores (GANDHI, 2011; CONCEIÇÃO, 2013) sendo a faixa etária de 20 a 29 anos a mais acometida tanto pra homens quanto para mulheres. Estudo realizado em Bauru – São Paulo, a faixa etária mais acometida também foi a segunda e a terceira década de vida (MARZOLA, 2005) sendo considerada a

mais ativa da população e mais predisposta a traumas desse tipo. Este fato constitui uma situação preocupante, visto que um dos fatores para o crescimento de uma nação é a força de trabalho, diminuída pelos dias de internação e recuperação. Acidentes - principalmente nessa faixa etária - também geram ônus, tanto de assistência à saúde quanto previdenciário (DUARTE, 2013).

O fator etiológico mais prevalente foram os acidentes motociclísticos, seguidos da violência interpessoal, sendo essas as mesmas etiologias do estudo realizado em Bauru – São Paulo (MARZOLA, 2005), os acidentes motociclisticos segundo esse estudo são os mais prevalentes por ser um meio de transporte barato. O Município de Campina Grande possui uma população estimada em 405,072 habitantes, sendo a população ocupada total de 105,360 e o segundo meio de transporte mais utilizado são as motocicletas (46.711), perdendo apenas para os automóveis (72.834) (IBGE, 2014).

Conforme o relatório do ano de 2014 da Superintendência de Trânsito e Transportes Públicos - STTP de Campina Grande, os tipos de acidentes mais frequentes foram motociclísticos (60,5% incluindo quedas, colisões laterais e colisões traseiras). As motocicletas corresponderam a 44,7% dos veículos envolvidos nos acidentes seguido dos automóveis com 39,8%, constatou-se um aumento de 40,7% nas motocicletas envolvidas em relação ao ano anterior. As vítimas envolvidas eram na maioria homens, destes, 53,5% com idades entre 18 e 33 anos. Constatando não apenas a prevalência, mas, também um aumento de acidentes motociclisticos envolvendo o sexo masculino.

Conforme o Mapa da Violência de 2014 a frota de motocicletas no Brasil cresceu 614% entre 1998 e 2012, que os automóveis com 150% no mesmo período. Marzola et al. (2005), afirmam que os homens são mais predispostos a esse tipo de trauma por serem em maior número no trânsito e abusam do álcool. Outro fato importante é que no Brasil a partir da década de 1990, as motocicletas ganharam mais espaço deixando de ser apenas um instrumento de lazer e passando a ser utilizada como instrumento de trabalho, tanto para a entrega de mercadorias quanto para o transporte de pessoas, surgindo então os motoboys e mototaxistas (ROCHA, 2013).

Segundo estudo de Luis et al. (2009) o crescimento do número de motocicletas também foi observado em localidades rurais entre os lavradores, aumento esse que estaria relacionado ao baixo custo de aquisição e manutenção desse meio de transporte. Os mototaxistas e motoboys atualmente são sinônimos de agilidade o que contribui com o aumento dos riscos de acidentes, conforme pesquisa de Silva (2008), 66% ganhavam por

produtividade; 42,4% trabalhavam mais de 10 horas por dia; 28,6% conduziam acima de 80 km/h; 23,9% usavam celular ou rádio de trânsito, os quais são fatores de risco para acidentes.

No presente estudo quase metade dos prontuários não relatava o uso ou não do álcool pelo paciente, e quando confirmado o consumo do mesmo, a porcentagem foi menor, em relação aos que não consumiram bebidas alcólicas antes do acidente. Relata-se que o álcool interfere na coordenação e no julgamento de maneira significativa, além de levar a pessoa a um comportamento agressivo gerando violência interpessoal (ARANGIO, 2014). Segundo o estudo de Freitas (2008), 24% da população brasileira consome álcool frequentemente, 29% são consumidores pouco frequentes e 9% a 12,3% sejam dependentes do álcool. O mesmo estudo relata que os motivos são vários, entre os quais, o baixo preço, a influência da publicidade e a aceitação social, mesmo em quantidades consideradas abusivas, sendo considerado um dos fatores para o aumento da morbidade por causas externas. Arangio (2014) afirmou que houve uma relação próxima entre o consumo de álcool e as fraturas maxilofaciais, o que leva a questionar o não relato dos pacientes e/ou dos profissionais sobre o consumo ou não de álcool nos prontuários do presente estudo.

Situação semelhante ocorreu com o uso de dispositivo de segurança, não foi relatado na maioria dos casos se o paciente fazia ou não uso do mesmo no momento do acidente, sendo assim, foram contabilizados como não mencionados. O preenchimento de prontuários foi analisado em um estudo anterior realizado no Estado de Sergipe – Brasil, o qual verificou que na maioria dos casos o preenchimento dos mesmos não era de boa qualidade (SILVA, 2007).

Apesar de um grande número de pacientes vítimas de acidente motociclistico não ter relatado o uso ou não do capacete, ainda assim, a maior parte não estava fazendo uso do dispositivo no momento do acidente. O não uso do capacete constitui uma infração conforme a Resolução nº. 203 do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), o mesmo, em seu art. 1º, diz ser obrigatório o uso de capacete para circular em via pública, tanto pelo condutor quanto pelo passageiro (BRASIL, 2006). Conforme um estudo feito por Christian (2014) a incidência de lesões faciais foi menor em pacientes que fizeram o uso do capacete em acidentes motociclisticos, constatando que o não uso do dispositivo de segurança, aumenta a probabilidade de lesões. Calil et al. (2009) afirmam que fraturas, escoriações, luxações, lacerações, ferimentos e amputações traumáticas estão entre as principais lesões presentes nos acidentes motociclisticos.

A mandíbula é o osso mais comumente fraturado conforme estudos anteriores (SAWAZAKI, 2010; BRASILEIRO, 2006), geralmente, a primeira área do corpo a ser danificada em casos de acidentes e agressões físicas é a face, conseqüentemente, a mandíbula devido sua anatomia e projeção é frequentemente atingida (CONCEIÇÃO, 2013). Com relação a região de fratura mandibular, o corpo foi o mais acometido, concordando com Marzola et al. (2005), supõem-se que esse tipo de fratura ocorre devido impacto lateral, sendo necessário um estudo para avaliar. As fraturas de sínfise foram o segundo tipo mais frequente. No presente estudo, o ângulo mandibular foi pouco acometido, enquanto que em um estudo realizado num Hospital Universitário da cidade de São Paulo – Brasil, foi a região anatômica mais acometida com 32,4% dos casos (TINO, 2010); as fraturas de côndilo e ramo foram menos frequentes; enquanto que as de coronóide raramente estiveram presentes, concordando com estudo de Yamamoto et al. (2011).

Com relação aos traumas mandibulares com mais de um traço de fratura, a combinação sínfise com côndilo foi a mais prevalente, tendo como principal fator etiológico, os acidentes motociclísticos. Segundo Yamamoto et al. (2011), as fraturas de sínfise estiveram relacionadas com um alto número de fraturas condilares, como resultado da força aplicada na região de sínfise causando fraturas indiretas do côndilo.

A combinação mais frequente de fraturas mandibulares com outros ossos da face foi mandíbula com zigoma, tendo como fator etiológico os acidentes motociclísticos, concordando com Silva (2011).

As fraturas em outras regiões do corpo associadas à mandibular foram pouco frequentes, o TCE – Traumatismo Crânio Encefálico foi o principal. Em estudos anteriores Patrocínio et al. (2005) e Veronese et al. (2006) constataram que as fraturas ortopédicas foram as mais prevalentes.

A localização e o tipo da fratura determina a intervenção cirúrgica e sua natureza. No presente estudo, o tratamento foi cirúrgico para a grande maioria dos pacientes, o qual objetiva devolver função adequada e boa oclusão dentária (MARZOLA, 2005). Segundo um estudo realizado em um Hospital Público do Recife – Brasil (SILVA, 2004) 309 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico do tipo fixação interna rígida entre 2001 e 2003, o mesmo consiste na redução e fixação da fratura com miniplacas e parafusos de titânio, e os gastos chegaram a R\$ 194.610,51 sendo a mandíbula o osso da face mais submetido ao tratamento o que onera consideravelmente o orçamento de um Hospital Público.

No presente estudo, o tratamento conservador (não cirúrgico) foi a opção para a minoria dos casos de fraturas mandibulares, nesse tipo de tratamento o paciente é orientado a uma dieta líquida e pastosa e fisioterapia motora, não sendo necessário um tratamento invasivo (MARZOLA, 2005). Ao contrário do que foi constatado em um estudo realizado em Campinas – Brasil, no qual o tratamento da fratura de mandíbula foi conservador e cirúrgico quase que na mesma proporção (MUNANTE-CÁRDENAS, 2010). A maioria dos pacientes que foram internados com fraturas mandibulares permaneceram no Hospital em média por uma semana.

Os resultados obtidos levam a uma reflexão sobre a estratégia de prevenção, visto que o país elaborou o Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011-2020, atendendo à resolução da ONU que tem como meta reduzir em no mínimo em 50% o número de vítimas no trânsito.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, pôde-se concluir que:

1. O sexo masculino na terceira década de vida foi o mais acometido por fraturas mandibulares.
2. A grande maioria dos pacientes foram vítimas de acidentes motociclísticos.
3. A região de fratura mais acometida foi corpo mandibular.
4. O tratamento cirúrgico foi necessário na maioria dos casos.
5. A faixa de tempo de internação mais prevalente foi de uma semana.

ABSTRACT

Aim: Epidemiological evaluation of mandibular fractures in patients treated in the emergency Hospital and Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes in Campina Grande-PB.

Methods: We conducted a retrospective, descriptive epidemiological study of 173 records of patients undergoing maxillofacial surgery of trauma with mandibular fractures in the years 2011 and 2012. Demographic data were collected, etiology, site of fracture, associated trauma, length of stay and treatment. The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS) and was used descriptive statistics.

Results: The population of the study consisted of 157 men (90.8%), the age group 20 to 29 years was the most frequently committed. The most common etiology was related with motorcycle accident (59.5%), followed by interpersonal violence (15.0%). The site most

commonly affected was mandibular body, followed by the mandibular symphysis. Associated traumas were less frequent, the most prevalent was the TBI-Traumatic Brain Injury – with 5.8% of cases. Most patients were admitted for a period of 0 to 7 (57.2%) days, followed by 8 to 14 (27.7%) days, the treatment was 94.8%.

Conclusion: It was observed that the male patients in the third decade of life were the most affected by the mandibular fractures; the most frequent etiological agent was the motorcycle accident; the region most affected by was the body of the mandible fractures, followed by symphysis. The type of treatment carried out in most cases was the surgical

KEY WORDS: traumatology, epidemiology, mandible

REFERÊNCIAS

ANDRADE FILHO, E.F.; FADUL, R.J.; DE AZEVEDO, A., DA ROCHA, M.A.D.; SANTOS, R.A.; TOLEDO, S.R. Fraturas de mandíbula: análise de 166 anos. **Rev Ass Med Bras.** v.43, n.3, p. 272-276, 2000.

ANDRADE, S.M.; JORGE, M.H.P.M. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública.** v.34, n.2, p.149-156, 2000.

ARANGIO, P. et al. Maxillofacial fractures in the province of Latina, Lazio, Italy: Review of 400 injuries and 83 cases. **J Craniomaxillofac Surg.** v.42, n.5, p.583-587, 2014.

BERNARDINO, A. R. **Especialização dos acidentes de trânsito em Uberlândia (MG): técnicas de geoprocessamento como instrumento de análise - 2000 a 2004** [Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP; 2007. [Acesso em 11 de agosto de 2015]. Disponível em: > <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-13072007-113618/pt-br.php>>

BOFFANO, P. et al.. European Maxillofacial Trauma (EURMAT) project: A multicentre and prospective study. **J Craniomaxillofac Surg.** v.43, n.1, p.62-70, 2015

BRASIL. Conselho Nacional de Trânsito. Resolução nº. 203. Disciplina o uso de capacete para condutor e passageiro de motocicleta, motoneta, ciclomotor, triciclo motorizados e quadriciclo motorizado, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** 2006; [Acesso em 11 de agosto de 2015] Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/Resolucao203_06.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Acidentes de trânsito causam mais de 40 mil mortes no Brasil. [Acesso em 12 de dezembro de 2015] Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/11/acidentes-de-transito-causam-mais-de-40-mil-mortes-no-brasil>>

BRASILEIRO, B.F.; PASSERI, L.A. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil: A five-year prospective study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.1, n.102, p.28-34, 2006.

CALIL, A.M.; SALLUM, E.A.; DOMINGUES, C.A.; NOGUEIRA, L.S. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. **Revista Latino-Americana Enfermagem.** v.17, n.1, p.120-125, 2009.

CHRISTIAN, J. M.; THOMAS, R. F.; and SCARBECZ, M. The Incidence and Pattern of Maxillofacial Injuries in Helmeted Versus Non-Helmeted Motorcycle Accident Patients. **J Oral Maxillofac Surg.** v.72, n.12, p.2503-2506, 2014.

CONCEIÇÃO, L. D. et al.. Non-white people have a greater risk for maxillofacial trauma: findings from a 24-month retrospective study in Brazil. **Braz J Oral Sci.** v.12, n.4, p.313-318, 2013.

DA SILVA ROCHA, G.; SCHOR, N. Acidentes de motocicleta no município de Rio Branco: caracterização e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.18, n.3, p.721-731, 2013.

DETRAN. O custo de uma vida. **Rev De trânsito.** v.4, n. 38, p. 1-10, 2006. [acesso em 11 de agosto de 2015]. Disponível em: <<http://www.detran.pr.gov.br/arquivos/File/revistadetransito/2006/detransitoedicao38.pdf>>.

DUARTE, S.J.H.; NARDES, R.P.M.A.; PENA, S.B.; MENDEZ, R.D.R.; CANDIDO, M.C.F.S. Vítimas de Acidente Motociclístico Atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande, MS. **Enferm. Foco.** v.4, n.2, p.135-139, 2013.

FREITAS, E.A.M.; MENDES, I.D.; OLIVEIRA, L.C.M. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. **Rev Saúde Pública.** v.42, n.5, p.813-821, 2008.

GANDHI, S.; RANGANATHAN, L.K.; SOLANKI, M.; MATHEW, G.C.; SINGH, I.; BITHER, S. Pattern of maxillofacial fractures at a tertiary hospital in northern India: a 4- year retrospective study of 718 patients. **Dent Traumatol.** v.27, n.4, p.257-262, 2011.

GASSNER, R.; TULI, T.; HÄCHL, O.; RUDISCH, A.; ULMER, H. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9,543 cases with 21,067 injuries. **J Craniomaxillofac Surg.** v.31, n.1, p.51-61, 2003.

IBGE - Instituto de Geografia e Estatística. [acesso em: 18 de junho de 2015] Disponível<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=250400&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>>

IBGE - Instituto de Geografia e Estatística. [acesso em: 18 de junho de 2015] Disponível<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=250400&idtema=139&search=paraiba|campina-grande|frota-2014>>

KOSTAKIS, G.; STATHOPOULOS, P.; DAIS, P.; GKINIS, G.; IGOUMENAKIS, D.; MEZITIS, M, et al.: An epidemiologic analysis of 1,142 maxillofacial fractures and concomitant injuries. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v.114, n.5, p.69-73, 2012.

LEE, K. Global trends in maxillofacial fractures. **Craniofacial Trauma Reconstruction**. v.5, n.4, p.213-222, 2012.

LIMA, M.V.F.; SILVA, R.L.P.; ALBUQUERQUE, N.M.G.; OLIVEIRA, J.S.A.; CAVALCANTE, C.A.A.; MACÊDO, M.L.A.F. Perfil dos atendimentos por causas externas em Hospital Público. **Rev Rene**. v.13, n.1, p.36-43, 2012.

LUIZ, C.M.; BRITO, E.; GORTADO, G.; JÚNIOR, J.; TONHA, M.C.; NETO, P. Perfil do condutor de motocicletas em zona rural do interior da Bahia. **Rev Abramet**. v.27, n.1, p.22-29, 2009.

MARZOLA, C.; TOLEDO-FILHO, J. L.; VILA-REAL, R. P. Prevalência de fraturas da mandíbula no serviço de cirurgia e traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital de Base da Associação Hospitalar de Bauru no período de 1999 a 2002. **Rev. Odontol (Eletrônica - Academia Tiradentes de Odontologia – ATO)**, v.1, n.4, p.457-81, 2005.

MENDONÇA, J. C. G.; FREITAS, G. P.; LOPES, H. B.; NASCIMENTO, V. S. Tratamento de fraturas complexas do terço médio da face: relato de caso. **Rev Bras Cir Craniofacial**, Campo Grande – MS, v. 14, n. 4, p.221-224, 2011.

MIJITI, A.; LING, W.; TUERDI, M.; MAIMAITI, A.; TUERXUN, J.; TAO, Y.Z. et al.. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures treated at a university hospital, Xinjiang, China: A 5-year retrospective study. **J Craniofacial Surg**. v.42, n.3, p.227-233, 2014.

MILORO, M. **Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson**. São Paulo: Santos, v.1, p. 435-43, 2009.

MOUROUZIS, C.; KOUMOURA, F. Sports-related maxillofacial fractures: a retrospective study of 125 patients. **Int J Oral Maxillofac Surg**. v.34, n.6, p.635-638, 2005.

MUÑANTE-CÁRDENAS, J. L.; L. ASPIRINO, M. DE MORAES; J.L. ALBERGARIA-BARBOSA; R. W. F. MOREIRA. Mandibular fractures in a group of Brazilian subjects under 18 years of age: A epidemiological analysis. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**. v.74, n.11, p.1276-1280, 2010.

PATROCINIO, L. G.; PATROCINIO, J. A.; BORBA, B. H. C.; DONATTI, B. de S.; PINTO, L. F.; VIEIRA, J. V.; COSTA, J. M. C. Mandibular fracture: analysis of 293 patients treated in the hospital of clinics, Federal University of Uberlândia. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.71, n.5, p.560-565, 2005.

SAWAZAKI, R.; LIMA JÚNIOR, S. M.; ASPRINO, L.; MOREIRA, R. W. F.; DE MORAES, M. Incidence and patterns of mandibular condyle fractures. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 68, n. 6, p. 1252-1259, Jun. 2010.

SILVA, D. W. Perfil do trabalho e acidentes de trânsito entre motociclistas de entregas em dois municípios de médio porte do Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.11, Rio de Janeiro, nov. 2008 [Acesso em 11 de agosto de 2015].

Disponível<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001100019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.>

SILVA, F.G.; TAVARES NETO, J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **R. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.113–126, 2007.

SILVA, J. J. L., et al.. Mandible fracture: epidemiological study of 70 cases. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v.26, n.4, p.645-648, 2011.

SILVA, J. J.; CAUÁS, M. The analysis of urban violence and the surgical treatment cost in the patients with facial trauma attended in Hospital of Restauração - Recife PE. **Odontol. clín.-cient.** v.3, n.1, p.49-56, 2004.

STTP – Superintendência de Trânsito e Transportes Públicos. [acesso em: 18 de junho de 2015] Disponível em: < <http://sttpcg.com.br/sttp-divulga-relatorio-de-acidentes-durante-ncerramento-do-maio-amarelo/>>

TINO, M. T.; ANDRADE, F. A.; GONÇALVES, A. J.; FREITAS, R. R. Epidemiologia do trauma maxilofacial num hospital universitário terciário da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.39, n.2, p.139-145, 2010.

VAN HOUT, W.M.; VAN CANN, E.M.; ABBINK, J.H.; KOOLE, R. An epidemiological study of maxillofacial fractures requiring surgical treatment at a tertiary trauma centre between 2005 and 2010. **The British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. v.51, n.5, p.416-420, 2013.

VERONESE, A.M.; OLIVEIRA, D.L.L.C.; SCHMITZ, T.S.D. Caracterização de motociclistas internados no Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.27, n.3, p.379-385, 2006.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2014: Os jovens do Brasil** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Sangari; 2014 [acesso 13 de dezembro 2015]. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2014_jovens.php>

WULKAN, M.; PARREIRA JR., J.G.; BOTTER, D.A. Epidemiology of facial trauma. **Rev Assoc Med Bras**. v.51, n.5, p.290-295, 2005.

YAMAMOTO, K. et al.. Maxillofacial fractures sustained in bicycle accidents. **J Oral Maxillofac Surg**. v.69, n.6, p.155-160, 2011.

ZANDI, M.; KHAYATI, A.; LAMEI, A. et al.. Maxillofacial injuries in western Iran: a prospective study. **Oral Maxillofac Surg**. v.15, n.4, p.201-209, 2011.

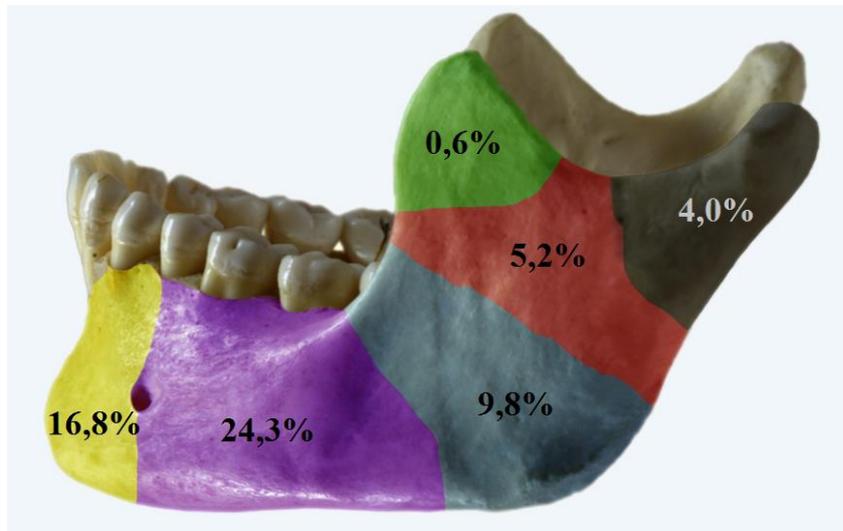
Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com o sexo, a faixa etária, a etiologia, o uso de álcool e o de dispositivo de segurança.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	157	90,8
Feminino	16	9,2
Faixa etária (anos)		
0 - 9 anos	1	0,6
10 - 19 anos	27	15,6
20 - 29 anos	79	45,7
30 - 39 anos	35	20,2
40 - 49 anos	19	11,0
50 - 59 anos	6	3,5
60 anos ou mais	6	3,5
Etiologia		
Motocicleta	103	59,5
Violência interpessoal	26	15,0
Atropelamento	7	4,0
Carro	5	2,9
Bicicleta	3	1,7
Outros*	29	16,9
Uso de álcool		
Sim	36	20,8
Não	52	30,1
Não mencionado	85	49,1
Uso de equipamento de segurança		
Sim	01	0,6
Não	55	31,8
Não mencionado	117	67,6

Fonte: SAME – Setor de Arquivos Médicos do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB.

*Outros incluem acidentes com animais, acidentes de trabalho, esportivos e quedas.

Figura 1: Distribuição das fraturas mandibulares por região anatômica comprometida.



Legenda

-  Sinfise
-  Corpo
-  Ângulo
-  Ramo
-  Côndilo
-  Processo coronoide

Tabela 2: Distribuição de acordo com a região de fratura, etiologias mais prevalentes e tipo de tratamento realizado.

Região de fratura	n	Etiologia mais prevalente	n	Tipo de tratamento	
				Conservador	Cirúrgico
Corpo	42	Moto	15	01	14
		Agressão física	13	00	13
		Outros*	10	00	10
Sínfise	29	Moto	19	01	18
		Agressão física	05	01	04
		Outros*	03	00	03
Ângulo	17	Moto	11	01	10
		Agressão física	03	00	03
		Outros*	02	00	02
Ramo	09	Moto	03	01	02
		Carro	01	00	01
		Atropelamento	01	00	01
Côndilo	07	Moto	01	01	-
		Agressão física	01	-	01
		Atropelamento	01	-	01
Coronóide	01	Moto	01	-	01

Fonte: SAME – Setor de Arquivos Médicos do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB.

*Outros incluem acidentes com animais, acidentes de trabalho, esportivos e quedas.

Tabela 3: Distribuição das fraturas bilaterais de mandíbula de acordo com as regiões acometidas, a etiologia mais prevalente e tipo de tratamento realizado.

Região das fraturas	Etiologia mais prevalente	Tratamento	
		Não Cirúrgico	Cirúrgico
Sínfise + Côndilo 14	Moto 10	01	13
Corpo + Côndilo 06	Moto 05	01	05
Corpo + Ângulo 07	Moto 05	-	07
TOTAL			
27	20	02	25

Fonte: SAME – Setor de Arquivos Médicos do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB.

Tabela 4: Distribuição das fraturas mandibulares mais prevalentes associadas a comprometimento de outros ossos da face.

	Etiologia mais prevalente	Tipo de tratamento	
		Não Cirúrgico	Cirúrgico
Mandíbula + Zigoma 14	Moto 12	-	14
Mandíbula + Maxila 13	Moto 11	01	12
Fraturas múltiplas 08	Moto 07	-	08
TOTAL 35	30	01	34

Fonte: SAME – Setor de Arquivos Médicos do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB.

Tabela 5: Distribuição das fraturas de acordo com a localização do trauma associado, tipo de tratamento realizado e tempo de internação.

VARIÁVEIS	n	%
Trauma associado e localização		
Crânio	10	5,8
Membros inferiores	6	3,5
Abdômen	4	2,3
Tórax	3	1,7
Membros superiores	3	1,7
Cervical	1	0,6
Tipo de tratamento		
Cirúrgico	164	94,8
Não cirúrgico	9	5,2
Tempo de internação		
0 a 7 dias	99	57,2
8 a 14 dias	48	27,7
15 a 21 dias	18	10,4
22 a 28 dias	8	4,6

Fonte: SAME – Setor de Arquivos Médicos do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PROFESSORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (08)

Número do CAAE: 17433813.4.0000.5187

Título: Perfil epidemiológico do traumatismo de face nos pacientes atendidos em um hospital de emergência e trauma.

Data da relatoria: 07/08/2013

Pesquisador Responsável: Sérgio Davila Lins Bezerra Cavalcanti

Situação do Projeto: APROVADO.