

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRAUMATISMOS FACIAIS ATENDIDOS EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH FACIAL INJURIES TREATED IN AN EMERGENCY HOSPITAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON TRAUMATISMOS FACIALES ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS

Izabelle Cristina de Souza Soller¹
Nadia Antonia Aparecida Poletti²
Lucia Marinilza Beccaria²
Regina Helena Squizzato³
Diego Bonil de Almeida³
Pietro Ramazzini Antunes Matta⁴

¹ Enfermeira. Hospital de Base de São José do Rio Preto, Serviço de Emergência. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, Curso de Graduação em Enfermagem. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

³ Enfermeiro. Mestrando. FAMERP, Programa de Mestrado em Enfermagem. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

⁴ Biólogo. Policial militar, bombeiro, função operacional. Segurança Pública do Estado de São Paulo. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Izabelle Cristina de Souza Soller. E-mail: izabelle_soller@hotmail.com
Submetido em: 08/09/2015 Aprovado em: 18/02/2016

RESUMO

Esta pesquisa objetivou identificar as características de pacientes vítimas de traumas craniofaciais atendidos em unidade de urgência e emergência de um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e analítico, de abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos em prontuários, no período de 2011 a 2014. A amostra foi composta de 867 pacientes. As características da população estudada revelaram que 60,9% eram do sexo masculino, 66,8% estavam na faixa etária de 0-20 anos, 87% eram brancos, 55,5% eram do município de São José do Rio Preto, 79,6% eram inativos, 84,8% não tinham companheiro e, quanto ao grau de instrução, 52,7% não eram alfabetizados. Estudos na América do Norte informam que as quedas são a principal causa de lesões não fatais para crianças e adolescentes até 19 anos. A maior ocorrência dos traumas foi por queda, com 74,1%, o trauma de craniofacial foi de 75,7% e mais frequente quando comparado ao trauma facial 24,2%. A ocorrência de exames foi de 19,7%, curativos de 6,5%, sutura de 6,3%, medicação de 23,9% e procedimentos cirúrgicos de 0,7%. Concluiu-se que os traumas de face foram mais comuns na faixa etária entre 21 e 60 anos, pacientes ativos, com companheiro e ensino de nível superior. As principais causas foram agressão física, síncope/convulsão. Já os traumas craniofaciais foram mais frequentes na faixa etária entre 0 e 20 anos e com mais de 60 anos, inativos, sem companheiro e não alfabetizados.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Emergência; Perfil Epidemiológico; Pacientes; Traumatismos Faciais.

ABSTRACT

This research aimed to identify the characteristics of patients suffering from craniofacial trauma seen in the emergency unit of a teaching hospital in the state of São Paulo. Treatment is a retrospective, descriptive and analytical study with a quantitative approach. Data were obtained from medical records, in the period from 2011 to 2014. The sample consisted of 867 patients. The characteristics of the study population showed that 60.9% were male, 66.8% were aged 0-20 years old, 87% were white, 55.5% were in the city of São José do Rio Preto, 79.6% were inactive, 84.8% had no partner and 52.7% level of education were illiterate. Studies in North America show that falls are the leading cause of non-fatal injuries to children and adolescents up to 19 years old. The higher incidence of trauma was the falling with 74.1%, the craniofacial trauma with 75.7% and more frequent when compared to facial trauma with 24.2%. The occurrence of exams was 19.7%, dressings with 6.5%, 6.3% suture, 23.9% medication and 0.7% surgical procedures. It is concluded that the facial trauma were more common in the age group between 21 and 60 years old, active patients, with a partner and higher education. The main causes were physical aggression, syncope/seizure. The craniofacial trauma was more frequent between the ages of 0 and 20 years old and with more than 60 years old, retired, unmarried and illiterate, with the fall as the leading cause.

Keywords: Emergency Service; Hospital; Health Profile; Patients; Facial Injuries.

Como citar este artigo:

Soller ICS, Poletti NAA, Beccaria LM, Squizzato RH, Almeida DB, Matta PRA. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismos faciais atendidos em emergência hospitalar. REME - Rev Min Enferm. 2016; [Citado em ____ ____]; 20:e935. Disponível em: _____
DOI: 10.5935/1415-2762.20160005

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar las características de los pacientes víctimas de traumatismo craneofacial atendidos en los servicios de emergencias de un hospital universitario del estado de San Pablo. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico con enfoque cuantitativo. Los datos se obtuvieron de los registros médicos, en el período 2011 a 2014. La muestra consistió en 867 pacientes. El estudio mostró que 60,9% eran varones, 66,8% tenían entre 0-20 años, 87% eran blancos, el 55,5% eran de la ciudad de São José de Rio Preto, 79,6% eran inactivos, el 84,8% no tenía pareja y 52,7% eran analfabetos. Estudios realizados en Norteamérica muestran que la causa principal de lesiones no mortales entre niños y adolescentes de hasta 19 años son las caídas. La mayor incidencia de los traumas fue por caídas, con 74,1%, trauma craneofacial 75,7% y trauma facial 24,2%. La realización de exámenes fue de 19,7%, curativos 6,5%, suturas 6,3%, medicación 23,9% y procedimientos quirúrgicos 0,7%. Llegamos a la conclusión que los traumas faciales fueron más frecuentes en el grupo de edad entre 21 y 60 años, en pacientes activos, con pareja y educación superior. Las principales causas fueron agresión física, síncope / convulsión. Los traumas craneofaciales fueron más frecuentes entre 0 y 20 años y entre las personas mayores de 60 años, inactivas, sin pareja y analfabetas.

Palabras clave: Servicio de Urgencia en Hospital; Perfil de Salud; Pacientes; Traumatismos Faciales.

INTRODUÇÃO

O trauma é definido como uma entidade caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico do organismo induzido pela troca de energia entre os tecidos e o meio.¹ As vítimas de traumatismos podem permanecer por semanas, meses ou até mesmo anos em serviços de reabilitação e fisioterapia. E quando não recebem os cuidados necessários podem ficar com sequelas que levam a dificuldades no convívio social, incapacidade no trabalho, deformidades e problemas emocionais.^{2,3}

A cada dia, cerca de 16.000 pessoas morrem em decorrência de algum tipo de trauma e o traumatismo facial é um dos mais prevalentes, representando metade das mortes. Esse fato pode ser explicado pela cinemática do trauma, já que a pele e os ossos da face são extremamente expostos às agressões devido à sua projeção corpórea anterior.⁴⁻⁶ O impacto social é importante, pois entre muitas mortes inúmeros sobrevivem e normalmente apresentam sequelas com forte influência nas atividades da vida diária, quer seja pelo tempo prolongado para reabilitação, quer seja pelas alterações estéticas da face, podendo apresentar permanente limitação. Nesse contexto, encontra-se também o impacto econômico, representado pelo aumento dos gastos hospitalares, pessoais e familiares, a partir do tratamento e reabilitação. Além disso, promove um déficit muito grande de mão de obra e gastos elevados para o governo.^{7,8}

A epidemiologia nacional mostra que, quanto ao gênero, 85% dos traumas bucomaxilofaciais ocorrem nos homens e 36% têm idade entre 26 e 40 anos. Em relação à etiologia do trauma, 35% são representados por acidentes automobilísticos. Estudo internacional mostrou prevalência de 16,4% de trauma de face, sendo a maioria do sexo masculino. Dos traumas estudados, 44,3% foram classificados como politraumas faciais graves. A maioria dos acidentes ocorreu no período noturno e foi observado maior número de lesões faciais em acidentes com automóveis, quando comparado com acidentes com motocicletas, o que está relacionado com o mecanismo do trauma.⁹

Os traumas craniofaciais podem ser definidos por lesões locais na região da face, quando ocorre ruptura da integridade tecidual anatômica, podendo ser representada por lesão de tecidos moles ou duros. Esses traumatismos apresentam uma característica peculiar: significativa diversidade de lesões que podem atingir diversos tipos de tecidos, como partes moles, ossos, dentes e couro cabeludo. Os tecidos moles, ao receberem forças de agressão externas, são comprimidos entre os ossos, causando vários tipos de lesões como hematomas, fraturas, lacerações, hemorragias, entre outros.^{3,4,7} As causas mais comuns são acidentes automobilísticos, agressões pessoais e quedas.¹⁰

O tipo e dimensão de uma fratura craniofacial se diferenciam de acordo com a direção da força e do impacto e também da anatomia local. As fraturas faciais podem ser classificadas de acordo com as regiões de maior fragilidade óssea estrutural. Entre elas encontra-se a classificação de Le Fort. A classificação Le Fort I indica fratura horizontal de maxila. A Le Fort II caracteriza-se pela fratura maxilar piramidal, com fraturas dos ossos nasais e maxilares. Pacientes com esse tipo de fratura podem apresentar complicações como sangramento excessivo, drenagem de líquido cerebrospinal e obstrução de vias aéreas por dentes ou fragmentos de dentes. A classificação Le Fort II, também denominada disjunção craniofacial, gera a separação completa dos ossos da face de seus ligamentos do crânio e normalmente está associada a fraturas múltiplas dos ossos faciais. As vítimas podem exibir as mesmas complicações das fraturas Le Fort tipo II.¹¹

Além das consequências em longo prazo, os traumas faciais também relatam implicações imediatas. Essas implicações estão relacionadas aos comprometimentos das vias aéreas superiores. Logo após o trauma, o sangramento excessivo, edema, drenagem de líquido cerebrospinal, dentes e fragmentos de dentes podem causar obstrução ou alterações fisiológicas nas vias aéreas, dificultando a ventilação pulmonar. Assim, verifica-se a necessidade do atendimento do trauma a partir de um protocolo visando à segurança e integridade da vítima. O

suporte avançado de vida no trauma (ATLS) constitui-se no padrão do atendimento ao politraumatizado. Seu principal objetivo visa à avaliação e ao tratamento de múltiplas lesões simultaneamente. Baseia-se na identificação e manejo seguro de todas as lesões, priorizando as que representam risco de morte, como o bloqueio das vias aéreas.¹²

O mecanismo do trauma é relevante para a sinalização das lesões que podem ser encontradas. Dessa forma, em acidentes automobilísticos esse mecanismo é descrito principalmente pela colisão frontal, de cinemática grave. A vítima é projetada contra o para-brisa do carro, possibilitando, assim, a ocorrência de lesões faciais graves, principalmente quando a mesma está sem cinto de segurança. As lesões faciais na queda ocorrem principalmente em crianças e idosos, relacionado à sua cinemática e questões físicas e fisiológicas das vítimas. Já as lesões ocasionadas por violência ou acidente automobilístico ocorrem principalmente em jovens e adultos. Na violência, os agressores têm como alvo geralmente a região da mandíbula ou do osso zigomático, principalmente pela maior proeminência na anatomia da face.^{8,13}

A equipe de enfermagem exerce papel fundamental no atendimento à vítima de trauma facial. Com o objetivo de desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem, são necessários estudos e atualizações acerca do cuidado integral. Uma das formas de construir conhecimento específico é pela busca e definição de características dos traumas, pacientes e cuidados prestados, possibilitando, assim, a construção de conhecimentos com fundamentação científica. Estudos dessa natureza precisam ser desenvolvidos na área de enfermagem para que os achados possam fornecer conhecimento apropriado para fundamentar as ações de prevenção e segurança na assistência.¹⁴

Considerando a diversidade dos fatores associados aos traumatismos faciais, o objetivo do presente estudo foi identificar o perfil epidemiológico de pacientes vítimas de traumatismos faciais e craniofaciais atendidos em uma unidade de urgência e emergência de um hospital de ensino.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo, analítico, de abordagem quantitativa (uni e multivariada). Procura descrever as principais características dos pacientes com traumas faciais a partir de dados demográficos, clínicos e do tratamento realizado, a fim de evidenciar cientificamente os planejamentos da assistência à saúde.¹⁵

A coleta de dados foi realizada por meio do prontuário eletrônico do paciente, com coleta das informações a partir do sistema informatizado MV2000. Os dados foram obtidos pelo preenchimento de um formulário confeccionado pelos autores, com as informações julgadas necessárias para o cumprimen-

to dos objetivos. Durante a coleta de dados verificou-se que em vários prontuários não havia registro das informações necessárias para o preenchimento do questionário. A amostra foi composta de 867 prontuários e, destes, 545 não tinham informação sobre a causa do trauma. Dessa forma, não puderam fazer parte da amostra.

O instrumento de coleta de dados foi composto pelas seguintes variáveis sociodemográficas: idade, sexo, cor da pele, profissão, local de proveniência, estado civil, grau de instrução e dados clínicos: causa e tipo do trauma, áreas da face traumatizadas, exames, medicações, suturas e cirurgias. Não foram encontrados dados referentes ao atendimento pré-hospitalar e em relação às condições de admissão, portanto, essas variáveis foram excluídas da pesquisa.

A amostra foi composta de acidentes com vítimas de trauma de face e cabeça, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), atendidos no setor de emergência de um hospital do interior do estado de São Paulo, no período compreendido entre os anos de 2011 e 2014. Os diagnósticos da CID selecionados para a composição da amostra foram: ferimentos múltiplos da cabeça (S017), outros traumatismos superficiais da pálpebra e da região periocular (S002), traumatismo superficial do nariz (S003), traumatismo superficial do ouvido (S004), traumatismo superficial dos lábios e da cavidade oral (S005), traumatismos superficiais múltiplos da cabeça (S007) e traumatismo não especificado da cabeça (S009).

Foram incluídos neste trabalho os pacientes atendidos no serviço de emergência no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014. Os mesmos foram selecionados com base nas CIDs mencionadas acima.

Para facilitar a análise, as CIDs foram agrupadas de acordo com a semelhança dos traumas e registradas em planilha, obtendo como resultado duas categorias: traumatismos de face e traumatismos craniofaciais.

Para análise dos dados, os mesmos foram transcritos e organizados em uma planilha elaborada no *Microsoft Office Excel*, versão 2010. Posteriormente, foram realizados testes associativos qui-quadrado com abordagem univariada e análise de correspondência com abordagem multivariada, cuja finalidade foi verificar possíveis tendências, relações entre as causas, os tipos de trauma e as variáveis de caracterização amostral. Essa abordagem teve como objetivo observar resultados que, porventura, não teriam possibilidade de serem observados mediante a aplicação dos testes univariados. Todos os testes estatísticos foram aplicados com nível de significância de 0,05. Os softwares utilizados para a análise estatística foram o *Minitab 17 (Minitab Inc.)* e o *Statistical 10 (StatSoft Inc.)*.

Este trabalho faz parte de um projeto-mãe aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto com o número de parecer 1.005.767.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 867 pacientes que sofreram trauma craniofacial. As principais áreas acometidas incluíram: nariz, ouvido, mandíbula, supercílios, lábios, cavidade oral, pálpebra, região periocular e mento.

De acordo com os resultados da Tabela 1, os pacientes avaliados, na maioria, são do sexo masculino (60,9%), com idade entre zero e 20 anos (66,8%), da raça branca (87%), provenientes de São José do Rio Preto (55,5%), inativos (sem vínculo empregatício) (79,6%), sem companheiro (84,8%) e não alfabetizados (52,7%).

Tabela 1 - Percentuais das variáveis de caracterização amostral, São José do Rio Preto, 2015

| Variáveis de caracterização amostral | n | % |
|--------------------------------------|------------|------------|
| Sexo | 867 | 100 |
| Feminino | 339 | 39,1 |
| Masculino | 528 | 60,9 |
| Idade (faixa etária) | 867 | 100 |
| 0-20 anos | 579 | 66,8 |
| 21-40 anos | 144 | 16,6 |
| 41-60 anos | 78 | 9,0 |
| Mais de 60 anos | 66 | 7,7 |
| Cor da pele | 867 | 100 |
| Branca | 755 | 87 |
| Não branca | 112 | 13 |
| Proveniência | 867 | 100 |
| São José do Rio Preto (SJRP) | 481 | 55,5 |
| Outras localidades | 386 | 44,5 |
| Atividade profissional | 823 | 100 |
| Ativo | 168 | 20,4 |
| Inativo | 655 | 79,6 |
| Estado civil | 862 | 100 |
| Com companheiro | 131 | 15,2 |
| Sem companheiro | 731 | 84,8 |
| Grau de instrução | 816 | 100 |
| Sem instrução | 430 | 52,7 |
| Fundamental | 216 | 26,5 |
| Médio | 115 | 14,1 |
| Superior | 55 | 6,7 |

Fonte: Prontuários informatizados do Sistema MV do Hospital de Base de S. J. R. Preto, 2011 a 2014.

A Tabela 2 mostra a queda, própria altura e nível, como a principal causa do trauma (74,1%), apresentando significância estatística (valor $p < 0,001$). Quanto ao tipo de trauma, o craniofacial foi mais frequente (75,7%) quando comparado ao trauma apenas de face. Das sete CIDs incluídas na pesquisa, cinco repre-

sentam traumas craniofaciais superficiais. Assim, na maior parte dos atendimentos não foram realizados certos procedimentos como: exames em 80,3% dos pacientes, curativos em 93,5%, suturas em 93,7%, medicação em 76,1% e cirurgia em 99,3%.

Tabela 2 - Percentuais das variáveis de caracterização dos traumas, São José do Rio Preto, 2015

| Variáveis de caracterização dos traumas | n | % |
|--|------------|------------|
| Causa do trauma | 320 | 100 |
| Acidente com veículo motorizado e não motorizado | 24 | 7,5 |
| Agressão física | 45 | 14 |
| Embriaguez | 5 | 1,5 |
| Queda | 237 | 74,1 |
| Síncope/convulsão | 9 | 2,8 |
| Tipo de trauma | 867 | 100 |
| Traumas de cabeça | 657 | 75,7 |
| Traumas faciais | 210 | 24,2 |
| Exames | 867 | 100 |
| Não | 696 | 80,3 |
| Sim | 171 | 19,7 |
| Curativo | 867 | 100 |
| Não | 811 | 93,5 |
| Sim | 56 | 6,5 |
| Sutura | 867 | 100 |
| Não | 813 | 93,7 |
| Sim | 54 | 6,3 |
| Medicação | 867 | 100 |
| Não | 660 | 76,1 |
| Sim | 207 | 23,9 |
| Cirurgia | 867 | 100 |
| Não | 861 | 99,3 |
| Sim | 6 | 0,7 |

Fonte: Prontuários informatizados do Sistema MV do Hospital de Base de S. J. R. Preto, 2011 a 2014.

Quando a causa do trauma foi relacionada à colisão, verificaram-se: colisão com lixeira, parede, barra de ferro, porta de vidro, trauma de face por bola de baseball e entre cabeças. Em relação aos traumas por queda de objetos na cabeça e face, detectaram-se: acidente com queda de telha, de fruta (jaca), de aparelho de televisão de 29 polegadas, de peça mecânica, pancadas na face e por mergulho em piscina. As quedas analisadas ocorreram nos seguintes locais: de escadas, telhados, armários, cavalos, sofás, mesas, brinquedo infantil, carrinhos de bebê, bicicletas, *skates*, camas, balanços, do colo da mãe, andador, es-corregador e da própria altura. Outros acidentes com trauma de cabeça e face incluem: acidente por síncope, acidente por

crise convulsiva, acidente automobilístico, agressão física e embriaguez. Observou-se que as causas e mecanismos dos traumas foram diversos, assim como sua gravidade.

Os resultados da Tabela 3 mostram que acidentes com veículos motorizados e não motorizados (veículos automotores, motocicletas, bicicletas e atropelamentos) foram mais frequentes em pacientes provenientes das cidades da região (75%), pertencentes à DRS XV, sendo registrados pacientes provenientes de 67 cidades, que foram atendidos nesse serviço. Os pacientes de São José do Rio Preto apresentaram mais agressão física (64,4%), queda (59,5%) e síncope/convulsão (66,7%).

Em relação ao estado civil, os pacientes sem companheiro sofreram mais traumas craniofaciais, quando comparados com os que tinham companheiro.

Os resultados da Tabela 4 indicam que a administração de curativos foi mais frequente em pacientes que sofreram agressão física, seguidos dos que sofreram acidente com veículo motorizado e não motorizado. A administração de medicação foi superior em pacientes que sofreram acidentes com veículos motorizados e não motorizados e síncope/convulsão.

A Tabela 5 sugere que os traumas craniofaciais foram os que exigiram mais cuidados, visto que para esses tipos de trauma os exames, sutura e medicação foram mais numerosos. Esse resultado fornece possibilidade para supor que os traumas craniofaciais apresentam mais complexidade e gravidade do que os traumas apenas faciais, que geralmente são superficiais.

Tabela 5 - Percentuais referentes à associação do tipo de trauma com exames, sutura e medicação, São José do Rio Preto, 2015

| Exames | Tipo de trauma | | Valor p |
|------------------|-------------------|-----------------|---------|
| | Traumas de cabeça | Traumas faciais | |
| Não | 70,8% | 29,17% | <0,001 |
| Sim | 95,9% | 4,1% | |
| Sutura | | | |
| Não | 75%) | 24,9% | 0,034 |
| Sim | 87,%) | 13% | |
| Medicação | | | |
| Não | 70,1% | 29,1% | <0,001 |
| Sim | 91,3% | 8,7% | |

Fonte: Prontuários informatizados do Sistema MV do Hospital de Base de S. J. R. Preto, 2011 a 2014.

DISCUSSÃO

Neste estudo foram caracterizadas as causas de traumas craniofaciais a partir da seleção das CIDs. Houve necessidade de averiguar três CIDs relacionadas a traumas localizados na cabeça, sendo: traumatismos superficiais múltiplos da cabeça, traumatismo não especificado da cabeça e ferimentos múltiplos da cabeça. Essa escolha emergiu da necessidade de especificação desses diagnósticos para a pesquisa, pois traziam, também, traumas relacionados à face.

Tabela 3 - Percentuais referentes à associação da causa do trauma com a localidade e estado civil dos pacientes, São José do Rio Preto, 2015

| Causas do trauma | Localidade | | Estado civil | |
|--|------------|--------|-----------------|-----------------|
| | SJRP | Outras | Com companheiro | Sem companheiro |
| Acidente com veículo motorizado e não motorizado | 25% | 75% | 16,7% | 83,3% |
| Agressão física | 64,4% | 35,5% | 27,2% | 72,7% |
| Queda | 59,5% | 40,51% | 8,9% | 90,1% |
| Síncope/convulsão | 66,7% | 33,3% | 33,3% | 66,7% |
| Valor p ¹ | 0,007 | | 0,005 | |

Fonte: Prontuários informatizados do Sistema MV do Hospital de Base de S. J. R. Preto, 2011 a 2014.

Tabela 4 - Percentuais referentes à associação da causa do trauma com curativo e medicação, São José do Rio Preto, 2015

| Causas do trauma | Curativo | | Medicação | |
|--|----------|-------|-----------|-------|
| | Não | Sim | Não | Sim |
| Acidente com veículo motorizado e não motorizado | 79,1% | 20,8% | 16,6% | 83,3% |
| Agressão física | 75,6% | 24,4% | 48,9% | 51,1% |
| Queda | 90,3% | 9,7% | 52,3% | 47,7% |
| Síncope/convulsão | 100% | 0,0% | 22,2% | 77,8% |
| Valor p ¹ | 0,016 | | 0,002 | |

Fonte: Prontuários informatizados do Sistema MV do Hospital de Base de S. J. R. Preto, 2011 a 2014.

Assim, os mecanismos de trauma encontrados neste estudo incluíram colisões ocasionadas por acidentes automobilísticos, traumas por queda de objetos na cabeça e face, quedas de forma geral, acidentes com veículo motorizado e não motorizado, embriaguez, síncope e convulsão - todos comumente associados a traumas de cabeça e face. O conhecimento do mecanismo do trauma permite prever quais lesões poderão apresentar os pacientes. Além disso, o seu estudo possibilita o planejamento e a implementação de medidas de prevenção e recuperação desses tipos de trauma.¹⁶

Embora a amostra deste estudo tenha sido composta de 867 prontuários, havia registros das causas em apenas 320, enquanto que em 547 não havia informações nem registros acerca dos mecanismos de trauma. Essas causas encontradas foram classificadas em cinco categorias: acidente com veículo motorizado e não motorizado (7,5%), agressão física (14%), embriaguez (1,5%), queda (74,1%) e síncope/convulsão (2,8%).

Conforme descrito, as quedas representaram a maioria das ocorrências de acidentes causadores de traumas craniofaciais. Essas causas podem abranger vários fatores, como idade, sexo, situação socioeconômica, profissão, entre outras. Trabalhos realizados confirmaram que determinadas faixas etárias são mais vulneráveis a quedas, como crianças, idosos aposentados e pessoas com vínculo empregatício.¹¹

Na América do Norte, avaliações demonstram que as quedas são a principal causa de lesões não fatais para crianças e adolescentes de até 19 anos.¹⁶ Estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) mostrou prevalência de traumas faciais em crianças e adolescentes com menos de 21 anos. Os traumas mais encontrados foram fratura do osso nasal e de mandíbula. As causas mais comuns foram quedas diversas, acidentes com bicicletas, atropelamentos, lesões por armas de fogo, assaltos e acidentes de trânsito. Assim, pôde-se observar que os mecanismos de trauma estão associados às atividades desempenhadas em cada faixa etária.¹⁷

Destacaram-se, ainda, neste estudo, o maior número de sujeitos do sexo masculino (60,9%), predomínio de pessoas não alfabetizadas (52,7%) e sem companheiros (84,8%). Em estudo realizado na Bahia, os resultados encontrados mostraram predominância de traumas faciais em mulheres, diferentemente do presente trabalho. Esse fato pode estar associado à prevalência do mecanismo do trauma encontrado, que foi a agressão física (70%), divergentemente dos dados deste estudo, que revelaram mais quedas.⁸

A variável escolaridade apresenta fortes indícios de estar relacionada a traumas craniofaciais. O mesmo estudo mencionado mostrou predominância de vítimas com baixa instrução (45% apresentaram 1º grau incompleto), indo de encontro ao achado neste trabalho. Esse fator pode ser modificado com a melhora do grau de instrução e a partir de ações educativas

de redução do consumo de álcool, orientações para lidar com situações estressantes, a fim de evitar agressões e medidas de educação no trânsito, promovendo a conscientização dos motoristas quanto ao cumprimento das leis.⁸

Considerando a perspectiva dos ciclos de vida, neste estudo os resultados indicaram que as maiores proporções de traumas foram observadas em crianças e adolescentes da faixa etária compreendida entre zero e 20 anos (66,8%), seguida pela de adultos jovens de 21 a 40 anos (16,6%). Este resultado foi significativo em relação aos traumas faciais, com $p < 0,001$. Estudo realizado em serviço de emergência no Distrito Federal entre os meses de setembro e novembro de 2006 e 2007 informou predomínio de vítimas de acidentes e violência na faixa etária de 20 a 39 anos (13%), seguido de 40 a 59 anos (11,4%).^{16,18}

O estudo revelou que a maior causa da ocorrência de traumas faciais provém de quedas, seguidas das ocorrências de agressões físicas. Quanto à análise multivariada, esses traumas, via de regra, foram ocasionados por agressão física, síncope/convulsão e embriaguez, vinculados a acidentes envolvendo veículos motorizados e não motorizados. Revelou, também, que estão associados a pacientes com alto nível de instrução, que exercem atividade remunerada e com idade intermediária (entre 21 e 60 anos). Já os traumas craniofaciais foram ocasionados por quedas. Estes resultados também foram encontrados em outros estudos.^{19,20}

Nesse contexto, o sexo masculino concentrou 60,9% dos atendimentos. As diferenças de sexo no risco de acidentes por causas externas variaram por estarem associadas a diversos fatores. Sabe-se, por resultados de pesquisas anteriores, que os homens consomem mais álcool e cigarro que as mulheres, o que contribui para o aumento de acidentes por causas externas. O mesmo acontece com o trabalho, estresse, fatores genéticos e hormonais, que levam a maior vulnerabilidade masculina, mesmo na fase intrauterina.

Estudiosos do tema têm chamado especial atenção para o comportamento hostil e aventureiro dos homens, que conduz a mais acidentes por causas externas e mortes quando comparados às mulheres. Trabalho realizado a partir dos dados obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no ano de 2010 refere que os homens consomem mais álcool e se expõem a riscos mais que as mulheres, por conta de modelos culturais, de sexo e pelos comportamentos reafirmadores da masculinidade.^{18,21,22}

Outro resultado importante esteve relacionado à raça dos indivíduos da amostragem, em que houve predomínio de acidentes em pessoas da raça branca. Isso se deve à maior concentração de pessoas dessa raça nos estados do Sul e Sudeste do Brasil, a qual pertence à região estudada. Já a maior concentração da população de pardos é registrada no Norte e Nordeste, com destaque para o Pará, com 69,5%, enquanto os negros estão mais presentes nos na região Nordeste, principalmente na Bahia, onde 17,1% se autodeclararam negros (2,4 milhões de pessoas).²³

A amostra deste estudo salientou que houve mais acidentes com traumas na face na cidade de São José do Rio Preto do que em outras cidades da região (pertencentes à região administrativa DRS XV), com frequência de 55,5% e 44,5%, respectivamente. Entretanto, os acidentes com veículo motorizado e não motorizado foram mais predominantes nas cidades da região, com frequência de 75%. No intervalo de tempo compreendido entre os anos de 2011 e 2014, segundo o DATASUS, ocorreram 23.331 internações hospitalares provenientes de acidentes por causas externas em São José do Rio Preto, no SUS. Em relação aos acidentes ocorridos nesses anos, os traumas de cabeça e face registrados nesta pesquisa representaram 3,7% do total.²⁴

No tocante às variáveis de caracterização dos traumas, como realização de exames (19,7%), curativos (6,5%), suturas (6,3%), medicações (23,9%) e cirurgias (0,7%), todos foram exíguos. Essas variáveis representam cuidados fundamentais no atendimento ao trauma, tanto relacionado ao tratamento quanto à prevenção de complicações. Observou-se que houve 54 suturas e 56 curativos, portanto, acredita-se que todos os sujeitos que foram submetidos à sutura tiveram as mesmas protegidas por curativos. A descrição desses procedimentos e das cirurgias realizadas não foi levada em consideração nesta coleta de dados, pois se julgou necessário frente aos objetivos propostos.

Como a sutura se classifica como um procedimento cirúrgico, a recomendação do *Center Disease Control Prevention* (CDC) é de que as incisões cirúrgicas que cicatrizam por primeira intenção devam ser cobertas com curativo estéril por um período que varia entre 24 e 48 horas.^{25,26}

Os pacientes vítimas de traumas que são atendidos em unidade de emergência necessitam de avaliação integral, cuidados específicos, cautelosos, assim como a realização de procedimentos rápidos e eficientes. Para isso, é imprescindível a assistência humanizada com profissionais de saúde aptos para a realização das ações essenciais, a fim de estabilizar as funções vitais, evitar danos e/ou agravos para os pacientes. Neste sentido, o conhecimento das características e do perfil desses pacientes se mostra essencial, já que permite a obtenção de informações sistematizadas que serão utilizadas para a realização do planejamento e de estratégias para melhoria do cuidado.¹¹

CONCLUSÃO

Da análise de 867 prontuários eletrônicos de pacientes vítimas de traumatismos faciais e de cabeça atendidos nesse setor de emergência no período compreendido entre os anos de 2011 e 2014, concluiu-se que os traumas de face foram mais comuns na faixa etária compreendida entre 21 e 60 anos, em pacientes ativos no mercado de trabalho, com companheiro e ensino de nível superior. As principais causas foram agressão física, síncope/convulsão e embriaguez e traumas considerados mais

leves, fato que impacta nos serviços de emergência, demandando profissionais e materiais, além de aumentar o fluxo de atendimento nesses serviços. Em contrapartida, os traumas craniofaciais foram mais frequentes em pacientes compreendidos na faixa etária entre zero e 20 anos e com mais de 60 anos, inativos, sem companheiro e não alfabetizados ou com apenas ensino fundamental. E seu principal mecanismo foram as quedas.

A caracterização dos pacientes atendidos nos serviços de emergência mostra-se importante, já que permite o conhecimento da população-alvo dos cuidados, quais as principais causas de atendimentos, possibilitando, assim, o planejamento de recursos humanos, materiais, bem como a criação de protocolos e procedimentos, com o objetivo de melhoria contínua do serviço. Levando em consideração o impacto dos traumas na saúde pública, observou-se a necessidade da realização de novos trabalhos para caracterizar e analisar os traumas mais frequentes, possibilitando, assim, adequado planejamento da promoção e prevenção desses agravos.

Como limitação do estudo incluem-se os registros incompletos em prontuário eletrônico, assim, houve dificuldades em relação à falta de algumas informações, como exemplo, as causas dos traumas, quais as medicações administradas e as características das lesões.

REFERÊNCIAS

1. Calil AM, Sallum EA, Domingues CA, Nogueira LS. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. *Rev Latino-Am Enferm*. 2009[citado em 2014 abr 11];17(1):120-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100019>.
2. Calil AM. Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008[citado em 2014 abr 11];29(2):308-13. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/5596/3206>
3. Vieira CL, Araújo DCC, Ribeiro MLS, Laureano Filho JR. Lesão de tecido mole em pacientes vítimas de trauma buco-maxilo-facial. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2013[citado em 2014 abr 25];13(1):[cerca de 8 p.]. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1808-52102013000100015&lng=p&nrm=iso.
4. Gonzaga F. Estudo dos traumas de face atendidos e tratados cirurgicamente no hospital regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, no ano de 2012 [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
5. Carvalho TBO, Cancian LRL, Marques CG, Piatto VB, Maniglia JV, Molina FD. Seis anos de atendimento em trauma facial: análise epidemiológica de 355 casos. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010[citado em 2014 abr 11];76(5):565-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000500006>.
6. Salvador PTCO, Alves KYA, Martins CCF, Santos VEP, Tourinho FSV. Perfil das dissertações e teses brasileiras acerca do trauma: uma pesquisa documental. *Rev Col Bras Cir*. 2012[citado em 2014 abr 11];39(4):328-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000400014>.
7. Braga Junior MB, Chagas Neto FA, Porto MA, Barroso TA, Lima ACM, Silva SM, et al. Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira. *Acta Ortop Bras*. 2005[citado em 2014 abr 11];13(3):137-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522005000300007>.

8. Santos MS, Almeida TF, Silva TF. Traumas faciais: perfil epidemiológico com ênfase nas características sociais e demográficas e características da lesão, Salvador, BA, 2008. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2013[citado em 2014 abr 11];37(4):1003-14. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/536>
9. Scannavino FLF, Santos FS, Novo Neto JP, Novo LP. Análise epidemiológica dos traumas bucomaxilofaciais de um serviço de emergência. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2013[citado em 2014 abr 11];13(4):95-100. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2013/4/14.pdf>
10. Costa MCF. Traumas faciais em mulheres vítimas de violência em Campina Grande-PB [monografia]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2012.
11. Gonzaga F. Estudo dos traumas de face atendidos e tratados cirurgicamente no hospital regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, no ano de 2012 [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
12. Rao S, Raghani MJ. Cranio-maxillofacial injuries in polytrauma patients. *J Orthop Traumatol Rehabil*. 2013[citado em 2014 abr 11];6(1):44-6. Disponível em: <http://www.jotr.in/article.asp?issn=0975-7341;year=2013;volume=6;issu e=1;spage=44;epage=46;aulast=Rao> Doi: 10.4103/0975-7341.118753
13. Siqueira EJ, Alvarez GS, Bolson PB, Oliveira MP. Abordagem multidisciplinar do trauma facial grave. *Rev AMRIGS*. 2014[citado em 2015 abr 11];58(4):275-80. Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/58-04/0000106068-03_1258_Revista%20AMRIGS.pdf
14. Cavalcanti CDK, Ilha P, Bertonecello KCG. O cuidado de enfermagem a vítimas de traumas múltiplos: uma revisão integrativa. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2013[citado em 2015 abr 11];15(1):81-8. Disponível em: <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/biologicas/article/viewFile/800/765>
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
16. Santos FS, Casagrande LP, Lange C, Farias JC, Pereira PM, Jardim VM, et al. Traumatismo cranioencefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil. *REME - Rev Min Enferm*. 2013[citado em 2015 abr 11];17(4):888-93. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/893>. Doi: 10.5935/1415-2762.20130064
17. Allareddy V, Itty A, Maiorini E, Lee MK, Rampa S, Allareddy V, et al. Emergency department visits with facial fractures among children and adolescents: an analysis of profile and predictors of causes of injuries. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014[citado em 2014 abr 11];72(9):1756-65. Disponível em: [http://www.joms.org/article/S0278-2391\(14\)00328-0/fulltext](http://www.joms.org/article/S0278-2391(14)00328-0/fulltext). Doi: 10.1016/j.joms.2014.03.015.
18. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Carvalho CG, Monteiro RA, Morais Neto OL. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009[citado em 2014 abr 11];14(5):1789-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500020>.
19. Wulkan M, Parreira Junior JG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. *Rev Assoc Med Bras*. 2005 [citado em 2015 abr 11];51(5):290-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000500022>.
20. Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF, Rosa SC. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. *Rev Col Bras Cir*. 2008[citado em 2015 abr 11];35(1):9-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912008000100004>.
21. Moura EC, Gomes R, Falcão MTC, Schwarz E, Neves ACM, Santos W. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015[citado em 2014 abr 11];20(3):779-88. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.11172014.20\(3\):779-88](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.11172014.20(3):779-88).
22. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005[citado em 2015 abr 11];10(1):97-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a10v10n1.pdf>
23. Ministério da Educação (BR). Portal Brasil. Censo 2010. [citado 2015 jun 02]; [cerca de 3 telas]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/educacao/2012/07/censo-2010-mostra-as-diferencas-entre-caracteristicas-gerais-da-populacao-brasileira>.
24. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS por causas externas - por local de internação - São Paulo. [citado em 2015 jun 02]; [cerca de 2 telas]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fisp.def>.
25. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999[citado em 2015 jun 03];20(4):[cerca de 32 p.]. Disponível em: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/SSI_1999.pdf.