

O TRAUMA DE FACE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS LESÕES DE BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE

Gustavo dos Santos Rezende

Hospital Municipal Jamel Cecílio, Pronto-Socorro - Anápolis - Goiás - Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/8232099147653272>

<https://orcid.org/0000-0001-7902-2189>

E-mail: novo.rezende3@hotmail.com

DOI-Geral: <http://dx.doi.org/10.47538/BJE-2025.V3N3>

DOI-Individual: <http://dx.doi.org/10.47538/BJE-2025.V3N3-03>

RESUMO: A demanda por tratamento especializado no pronto-socorro de trauma de face, exige conhecimentos e raciocínio rápidos, e a demanda é muitas vezes centralizada, e referenciada como ocorre na cidade de Anápolis (396.526) no Hospital Jamel Cecílio. Os traumas de baixa e média complexidade, são basicamente, quase todos triados para o hospital municipal Jamel Cecílio (HMJC), nesta cidade de médio porte, e oscilo mais graves, com rebaixamento do nível de consciência para outra unidade especializada no trauma. O que torna o fluxo bastante considerável e houve a necessidade de um estudo quanto a experiência pessoal do autor, confrontada com a literatura vigente. Para se criar valores preditivos de como é o perfil epidemiológico deste atendimento. Conforme os dados comparados com literatura a frequências de pacientes masculinos é cerca de 2,44 vezes maior que no sexo feminino. Em se considerar as partes moles temos que :51% das lesões se encontram na região do couro cabeludo e região frontal; Região supraciliar, palpebral, periorbital com 21,49%, nariz 5,88%, boca 8.59% e mento 11,04%. Menor taxa de incidência ficou para orelhas com 2%. Dos 153 casos analisados, foi detectado apenas uma fratura de órbita e osso frontal devido a uma queda da própria altura no banheiro, realizado exame de tomografia. Dos fatores etiológicos temos quatro grandes categorias: queda da própria altura, acidentes de trânsito, violência e outros. Um terço dos casos 30% são devido a queda da própria altura, 17,64% são devido a acidentes de trânsito e 14,35% devido a agressão/violência, 38,01% são incluídos como “OUTROS” (com vários descritores: queda de telhado, queda de escada, coice de boi, etc.). A tomografia foi pedida em 26 casos o que totaliza 16,99%. O fator etiológico queda da própria altura e idade acima de sessenta anos existe uma associação de correlação com lesões terço superior da face pelo teste de qui quadrado estatisticamente significativo com $P < 0,05$.

DESCRIPTORES: Face. Traumatismos Faciais. Epidemiologia Descritiva. Aprendizagem Baseada em Problemas. Mapeamento Potencial de Superfície Corporal. Etiologia.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF LOW AND MEDIUM COMPLEXITY OF FACE TRAUMA

ABSTRACT: The demand for speciality treatment at emergency in face trauma, is most of time centralized in same hospital, what brings lot of case at same place: Jamel Cecílio Municipal Hospital. This study have 153 cases of lower and average complexity and the personal experience of the autor compare with literatures. The frequency of males is 2,44 bigger than female. Frontal reageon ante flap of hear are hurt in 51% all case, periorbital in 21,49%, nose is 5,88%, mounth in 8,59% and cheen in 11,04%. Ears is

the reagem less affect 2%. The etiologic factor are fall of own higt in 30% of case, veichicolr acidente 17,64%, violence 14,35%. Other factor in 38,01% (fall the ceiling, animal agressive dog, laboral acidente,etc)Tomografy was made in 16.99%. If you isolate one etiologic factor “fall of own higt” association at hurts at upper third of the face Qui quadrado test aplay and it was statistic significat with $p < 0,05$ for lesion on upper third of the face for pacient with age > 60 and fall of own higt.

HEADINGS: Face. Trauma Centers. Epidemiology and Biostatistics. Epidemiology. Body Regions. Sutures.

INTRODUÇÃO

Trauma é definido como um evento nocivo que advém da liberação de formas específicas de energia ou barreiras físicas produzidas por ação externa ao organismo causando lesões caracterizadas por alterações estruturais ou desequilíbrios fisiológicos ¹

O trauma pode ser considerado o conjunto das perturbações causadas subitamente por agente físico de etiologia, natureza e extensão muito variadas, podendo estar situados nos diferentes segmentos corpóreos.²

Os traumas apresentam grande importância na sociedade contemporânea³ Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, os traumas estão entre as principais causas de morte e morbidade no mundo. A cada dia 16.000 pessoas morrem em decorrência de trauma⁴.

Dentro os diversos tipos, o trauma de face destaca-se pela sua importância, uma vez que apresenta repercussões emocionais, funcionais e possibilidade de deformidades permanentes^{5,6}.

Trabalhos produzidos no Brasil fazem levantamentos epidemiológicos, coletando dados para elucidar as diversas variáveis deste problema de saúde pública e alguns profissionais concentram sua atuação na área de trauma de face, sendo o cirurgião plástico, o profissional com formação diferenciada na avaliação funcional e estética destes pacientes.

Em nosso dia a dia, frequentemente, estamos fazendo observação de fenômenos e gerando dados⁷.

Anápolis, com população estimada em 2021, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 396.526 habitantes, constitui-se no terceiro maior

município do estado de Goiás em população e a segunda maior força econômica pelo PIB⁸.

Anápolis possui um hospital municipal (Jamel Cecílio) responsável pelo atendimento desta população e região, nos casos de trauma de baixa e média complexidade. Sendo os casos mais graves encaminhados para o HUEANA (Hospital de Urgência e Emergência de Anápolis).

Tendo como foco análises descritivas e associativas de diversos fatores que envolvem o trauma de face vamos traçar um perfil epidemiológico deste espaço amostral e através destes dados entender mecanismos e localização mais comum destas lesões, com estratégias de prevenção destes eventos.

OBJETIVO

Traçar o perfil epidemiológico das lesões de baixa e média complexidade. Com análise associativa entre o local da lesão terço superior da face e idade dos pacientes da amostra e mecanismo do trauma, queda da própria altura, e terço superior da face. Aplicação de teste de qui-quadrado.

MÉTODO

Coleta de dados no período de abril de 2021 à abril de 2022 totalizando 160 pacientes com trauma de face em pronto-socorro por único médico que conduziu o caso: anamnese, conduta e solicitação de exames.

Avaliação das seguintes variáveis: idade, sexo, mecanismo do trauma, local das lesões em face, pedido de exames e uso de substâncias como álcool e ou medicamentos.

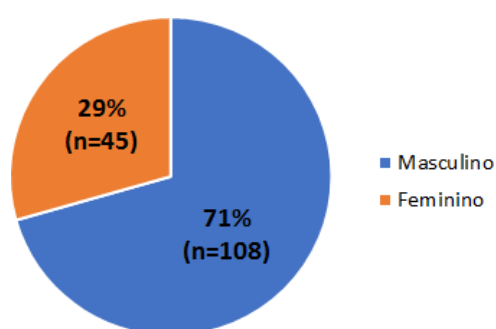
Os dados foram analisados e transferidos para planilha Excel, no *Jeffrey's Amazing Statists Program* (JASP, Versão 0.16.3, Universidade de Amsterdã, Holanda) (1)⁹ Aprovado pelo comitê de ética do hospital Jamel Cecílio. Feito estudo de X^2 (qui-quadrado) análises de frequência para associar a idade ao local de lesão em face (terço superior) e mecanismo do trauma e local da lesão (terço superior), com valores estatisticamente significativo $p < 0,05$. Confeccionado portfólio fotográfico, com 131 fotos

de 57 casos dentre a mostra total de 160 pacientes. Nas análises de frequência foram considerados n=151 e n=157, por perda ou inconsistência dos dados nas planilhas de Excel.

RESULTADOS

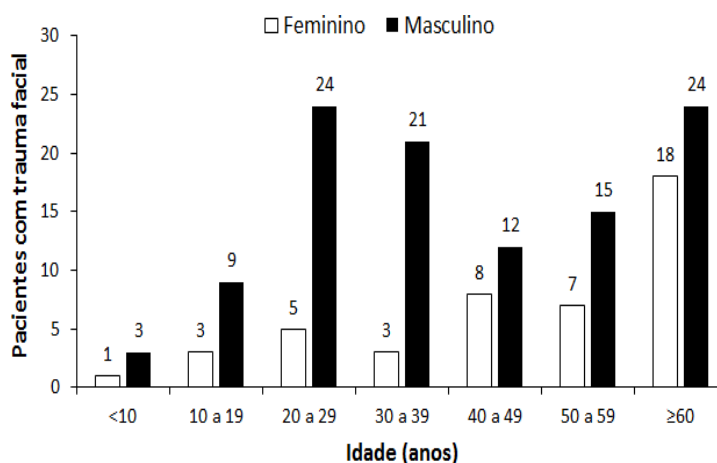
Em conformidade com a literatura vigente, existe prevalência do sexo masculino cerca de 2,44 maior que no sexo feminino. Vide gráfico:

Gráfico 1: proporção pacientes masculino e pacientes do sexo feminino



Pela faixa etária, temos que pacientes acima de sessenta anos, (42 casos), são 27,45% dos atendimentos, seguido, por ordem de frequência, o segundo maior grupo conforme a tabela a seguir:

Gráfico 2: distribuição dos casos por gênero e faixa etária.



Como fator etiológico, a queda da própria altura é um grande destaque, principalmente em pacientes acima de sessenta anos, nas lesões de face de baixa e média complexidade; seguido de “outros”, acidentes de trânsito, violência, queda de bicicleta e

mordida de cachorro:

Tabela 1. Associação entre o sexo e a etiologia do trauma facial nos pacientes (n = 151)

	Sexo		X ²	p
	Feminino (n = 44)	Masculino (n = 107)		
Etiologia do trauma facial				
Acidente de trânsito (n = 20)	7 (35,0%)	13 (65,0%)		
Mordida de cachorro (n = 5)	1 (20,0%)	4 (80,0%)		
Violência (n = 20)	4 (20,0%)	16 (80,0%)		
Queda da própria altura (n = 50)	20 (40,0%)	30 (60,0%)	7,704	0,359
Queda de bicicleta (n = 7)	3 (42,9%)	4 (57,1%)		
Queda de objeto (n = 5)	1 (20,0%)	4 (80,0%)		
Outras quedas (n = 14)	3 (21,4%)	11 (78,6%)		
Outros (n = 30)	5 (16,7%)	25 (83,3%)		

X²: qui-quadrado. Nota: A correção para continuidade foi usada no cálculo deste teste.

Tabela 2. Pacientes com trauma facial conforme a causa e idade (n = 151).

Causas	Idade (anos)													
	<10		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		≥60	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acidente de trânsito (n = 20)	0	0%	1	9,1%	9	31,0%	3	13,0%	1	5%	5	22,7%	1	2,4%
Mordida de cachorro (n = 5)	3	75%	0	0%	1	3,4%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%
Violência (n = 20)	1	25%	3	27,3%	6	20,7%	5	21,7%	3	15%	0	0%	2	4,8%
Queda da própria altura (n = 50)	0	0%	0	0%	3	10,3%	5	21,7%	6	30%	10	45,5%	26	61,9%
Queda de bicicleta (n = 7)	0	0%	2	18,2%	1	3,4%	0	0%	0	0%	1	4,5%	3	7,1%
Queda de objeto (n = 5)	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	4,3%	1	5%	2	9,1%	1	2,4%
Outras quedas (n = 14)	0	0%	2	18,2%	2	6,9%	3	13,0%	1	5%	2	9,1%	4	9,5%
Outros (n = 30)	0	0%	3	27,3%	7	24,1%	6	26,1%	7	35%	2	9,1%	5	11,9%
Total (n = 151)	4	100%	11	100%	29	100%	23	100%	20	100%	22	100%	42	100%

A interpretação das tabelas vemos uma ausência de queda da própria altura na faixa etária pediátrica sendo os fatores causais principais: mordida de cachorro e violência. Na faixa etária acima de sessenta anos 61,9% de casos de queda da própria altura. Acidentes de trânsito tem uma concentração de incidência na faixa etária entre 20 aos 29 anos. E violência também concentrado na faixa etária dos 20 aos 29 anos.

O mapeamento das lesões temos os seguintes dados:

Tabela 5. Pacientes com trauma facial conforme a localização da lesão (n = 153).

Local	n	%
Auricular	4	2,61%
Couro cabeludo	8	5,23%
Frontal	24	15,69%
Frontal e orbicular	2	1,31%
Frontal, orbicular e mentoniana	1	0,65%
Frontal, temporal e orbicular	1	0,65%
Labial	14	9,15%
Mandibular	2	1,31%
Maxilar	1	0,65%
Maxilar e orbicular	1	0,65%
Mentoniana	14	9,15%
Meto e orbicular	1	0,65%
Nariz	4	2,61%
Nariz e frontal	2	1,31%
Nariz e labial	1	0,65%
Occipital	12	7,84%
Occipital e nariz	1	0,65%
Orbicular	24	15,69%
Orbicular e nariz	3	1,96%
Parietal	18	11,77%
Parietal e auricular	1	0,65%
Parietal e frontal	1	0,65%
Parietal e occipital	1	0,65%
Parietal e occipital	3	1,96%
Parietal, occipital e temporal	3	1,96%
Temporal	1	0,65%
Temporal e occipital	1	0,65%
Temporal e orbicular	1	0,65%
Temporal e parietal	2	1,31%
Temporal, occipital e auricular	1	0,65%
Total	153	100,00%

Finalmente temos como resultado duas análises de X^2 (qui quadrado) , com significância estatística, $p < 0,05$, associando, idade acima de sessenta anos e lesões no terço superior:

Chi-square

Data source: Data 1 in Notebook 1

Subjects	Col 1	Col 2	
Row 1	35,000	8,000	Counts
	27,662	15,338	Expected Counts
	81,395	18,605	Row %
	34,653	14,286	Column %
	22,293	5,096	Total %
Row 266,000	48,000		Counts
	73,338	40,662	Expected Counts
	57,895	42,105	Row %
	65,347	85,714	Column %
	42,038	30,573	Total %

Yates correction for continuity was used in calculating this test.

Chi-square= 6,526 with 1 degrees of freedom. (P = 0,011)

The proportions of observations in different columns of the contingency table vary from row to row. The two characteristics that define the contingency table are significantly related. (P = 0,011)

Power of performed test with alpha = 0,050: 0,732

Associação positiva entre queda da própria altura e lesões no terço superior:

Chi-square

Data source: Data 1 in Notebook 1

Subjects	Col 1	Col 2	
Row 1	42,000	13,000	Counts
	35,461	19,539	Expected Counts
	76,364	23,636	Row %
	42,857	24,074	Column %
	27,632	8,553	Total %
Row 256,000	41,000		Counts
	62,539	34,461	Expected Counts
	57,732	42,268	Row %
	57,143	75,926	Column %
	36,842	26,974	Total %

Yates correction for continuity was used in calculating this test. Chi-square= 4,537 with 1 degrees of freedom. (P = 0,033)

The proportions of observations in different columns of the contingency table vary from row to row. The two characteristics that define the contingency table are significantly related. (P = 0,033).

Power of performed test with alpha = 0,050: 0,561 Discussão:

Conforme vários estudos epidemiológicos relacionados ao trauma de face, a maior incidência continua sendo

em homens (71% x29%)¹²⁻¹⁷ e isto se deve a vários motivos como exposição maior a violência, atividades laborais e recreativas, condução de veículos. O predomínio no sexo masculino nas diversas etiologias pode chegar à 80,4%⁹.

Por se tratar de um estudo em que os pacientes estudados eram de baixa e média complexidade, temos, no comparativo a outros trabalhos a primeira grande mudança no perfil epidemiológico: em amostras com maior grau de complexidade onde se evidenciam mais fraturas o percentual de idosos acima de sessenta anos correspondia a menos de 5% da amostra.⁹⁻¹⁰

Neste contexto de baixa e média complexidade sobe para 27,45% a faixa etária acima de sessenta anos, uma incidência maior que cinco vezes na frequência de outros estudos.

Foi constatado nos 160 casos atendidos apenas um caso de fratura de órbita documentada por tomografia computadorizada.

Foram feitos 26 pedidos de tomografia de face e crânio. A literatura revela que é difícil o estabelecimento de correlação entre violência doméstica contra a mulher e traumas faciais. Observa-se que as mulheres ou mesmo homens que se envolvem no episódio de violência, tentam omitir, em alguns casos, esta informação dos profissionais de saúde¹¹ gerando subnotificação.

Foi reportado uma taxa de 20% de pacientes, envolvidos na queda da própria altura e violência, ao uso de álcool e outras drogas (ansiolíticos, antidepressivos).

Os índices de violência e de acidentes de trânsito; na baixa e média complexidade

tem um patamar de incidência semelhante: cerca de 13,24% dos casos (lembrando do fator subnotificação nos casos de violência).

No mapeamento das lesões e considerando o espaço amostral comparando com casos de maior complexidade vemos que talvez o terço médio (nariz) e inferior da face (mandíbula) sejam mais acometidos nas amostras com maior grau de complexidade. E estudos associativos de frequência poderiam ser delineados a fim de se descobrir se, por exemplo, a violência e os acidentes de trânsito estão associados a lesões nestes sítios anatômicos. O que podemos ver neste estudo é que, se isolarmos os casos de violência, o índice de lesão na boca aumenta, sugerindo uma forma do mecanismo do trauma peculiar e previsível. Nas lutas corporais existe um certo “foco” em acertar a região oral.

Entretanto, neste estudo, em que a lesão tem baixa e média complexidade, através da observação atenta, e a medida que a população acima de sessenta anos se destacou das outras faixas etárias, o autor, imaginou que talvez houvesse uma associação positiva entre a idade dos pacientes (acima de sessenta anos) e o terço superior da face, pelas repetidas suturas realizadas. Da mesma forma, quando acontecia queda da própria altura, o mecanismo do trauma, sugeriria (através da observação da frequência de casos suturados nos mesmos locais), uma incidência prevalente no terço superior da face (periorbital superior, pálpebra, supercílio, frontal, couro cabeludo). Esta confirmação veio através de testes de qui-quadrados estatisticamente significativos com $p < 0,05$.

CONCLUSÃO

Fazendo o perfil epidemiológico do trauma de face de baixa e média complexidade podemos concluir que o “retrato” mais frequente destes atendimentos é o paciente idoso acima de sessenta anos, que caiu da própria altura e com lesão no terço superior da face.

Fazendo as análises de correlação testes de qui-quadrado, concluímos que é estatisticamente significativo a associação entre pacientes acima de sessenta anos e lesão no terço superior da face e queda da própria altura e lesão no terço superior da face.

Para pacientes de baixa e média complexidade, continuam importantes os fatores de acidentes de trânsito, violência interpessoal, queda de bicicleta, mordida de cachorro

e outros (acidentes em práticas esportivas, queda de telhado e escadas, coice de boi, etc).

Os fatores: queda da própria altura, acidentes de trânsito e violência são passíveis de ações de saúde pública preventivas. Inclusive como proposta de ensino para estudantes da área de saúde em especial na graduação em medicina¹⁸. Neste estudo, temos um especial alerta ao risco exposto da nossa população com mais de sessenta anos ao evento trauma de face.

REFERÊNCIAS

- 1- Ong YS, Levin L.S Lower Limb Salvage in trauma. Plast Reconstr Surg [internet] 2010;125 (2): 582-8 [cited 2018 set 28]
- 2- Freire E. Trauma: a doença dos séculos, São Paulo: Atheneu, 2001.
- 3- Macedo, JLS; Camargo, LM; Almeida, PF; Rosa, SC Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no P.S. de um hospital público. RBCP 2008
- 4- Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. Am J Public Health 2000;90 (4):523-6
- 5- Bisson JL, Shepherd JP, Dhutia M, Psychological sequelae of facial trauma. J Trauma 1997;43 (3) 496-500
- 6- Sastry SM, Sastry CM, Paul BK, Bain L, Champion HR Leading cause of facial trauma in major outcne study. Plast Reconstruct Surgery 1995; 95 (1)196-7
- 7- Castro e Silva ,JL; Fernandes MW, Almeida RLF Estatística e Probabilidade 3º edição Fortaleza Ceará 2015.
- 8- Site IBGE.
- 9- Silva, JJJ et al. Trauma facial: análise de 194 casos. Rev Bras. Cir. Plást. 2011;26(1):37-41
- 10- Castro GL; Pereira MA , Saousa GH, Siracava KR, Minucci ALS .Epidemiologia de internações por causas externas de janeiro a julho do ano de 2021 no Brasil, Uberlândia-MG UFU.
- 11- Santos JJS, Alves LCM, Silva TTM, Silva VMS, Dantas DV, Dantas RAN. Epidemiologia das vítimas de trauma atendidas por serviço pré-hospitalar. 2021 jan/dez; 13:295-301. rpcfo.vl3.8563
- 12- Soller ICS et al Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismos faciais atendidos em emergência hospitalar. REME Volume: 20:e935
- 13- Moura, MTFL et al Traumas faciais: uma revisão de literatura RFO UPF vol.21 no.3 Passo Fundo/Dez, 2016
- 14- Zamboni Et Al. Levantamento epidemiológico das fraturas de face do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de Porto

Alegre-RS Ver Col Bras Cir 2017;44(5):491-497

15- Vendramin FS et al Análise epidemiológico-evolutiva de pacientes submetidos a cirurgia plástica reparadora em um hospital de referência em trauma Rev.Bras.Cir.Plast. 2019;34(1): 101-107

16- Massuia PD et al. Epidemiologia dos traumas de face do serviço de cirurgia plástica da Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto.Rev Bras Cir Plast 2014

17- Viana RS et al Perfil Epidemiológico das fraturas de face :uma revisão da literatura.International Journal of Science Dentistry Volume1, número 57, ano 2022,paginas de 18 até 31

18- Amaral,AG.Ensino à distância de cirurgia segura na graduação em medicina.| Dissertação| Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás,Goiânia-GO, 2017

Anexos



pós sutura
paciente etilista

etilista
20% dos casos



Sexo masculino
Agressão, couro cabeludo



Couro cabeludo
Sexo masculino, acima de sessenta
anos, queda da própria altura.



Sexo Masculino
71% dos casos atendidos



terço médio e superior
acima de 60 anos



terço superior
idosa



mulher
caso de agressão física



Criança
Mordida de Cachorro



Idosa região frontal
Extremo de idade ,super idoso,91
anos



couro cabeludo
acima de 60 anos queda da própria
altura