

FACULDADE MERIDIONAL – IMED

ESCOLA DE ODONTOLOGIA

NATALIE LUSA BENITES

**PREVALÊNCIA DE FRATURAS DE FACE EM PACIENTES
PEDIÁTRICOS NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO NO PERÍODO
DE 2009 A 2014**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PASSO FUNDO

2015

NATALIE LUSA BENITES

**PREVALÊNCIA DE FRATURAS DE FACE EM PACIENTES
PEDIÁTRICOS NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO NO PERÍODO
DE 2009 A 2014**

Trabalho de conclusão de curso apresentado pela acadêmica de Odontologia Natalie Lusa Benites, da Faculdade Meridional - IMED, como requisito para a obtenção de grau em Odontologia.

PASSO FUNDO

2015

NATALIE LUSA BENITES

**PREVALÊNCIA DE FRATURAS DE FACE EM PACIENTES
PEDIÁTRICOS NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO NO PERÍODO
DE 2009 A 2014**

Professora orientadora: Profa. Me. Larissa Cunha Cé

Professor coorientador: Prof. Me. Alexandre Basualdo

PASSO FUNDO

2015

APRESENTAÇÃO

Acadêmica Natalie Lusa Benites

Nome: Natalie Lusa Benites

E-mail:natalielbenites@hotmail.com

Celular: (54)9946 7900

Área de Concentração: Clínica Odontológica.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia em saúde bucal.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, à minha mãe Luci, ao pai Nilson e à minha irmã Sabrina, pois confiaram em mim e me deram esta oportunidade de concretizar e encerrar mais uma caminhada da minha vida. Sei que não mediram esforços pra que este sonho se realizasse, sem a compreensão, ajuda e a confiança deles nada disso seria possível hoje. A eles, além desta conquista, dedico minha vida. Obrigada por tudo!

Ao meu namorado Volmar, por toda paciência, compreensão, carinho e amor, e por me ajudar muitas vezes a achar soluções, quando essas pareciam não existir. Você foi a pessoa que compartilhou comigo os momentos de tristeza e de alegria. Além deste trabalho, dedico todo meu amor a você.

Não poderia deixar de dedicar este trabalho também a Deus que iluminou meu caminho durante esta caminhada.

A esses dedico meu trabalho, sem a ajuda, confiança e compreensão de todos, esse sonho não teria se realizado.

Vocês são tudo pra mim! Muito Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores e, em especial, à minha orientadora Larissa, por transmitir seus conhecimentos e por fazer da minha monografia uma experiência positiva; por ter confiado em mim, sempre me orientando e dedicando parte do seu tempo a mim. Não poderia deixar de agradecer também meu coorientador Alexandre por todos seus ensinamentos e por sua disposição em assinar como responsável pela pesquisa no hospital onde a investigação foi realizada.

“Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos vão ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonho e outras ainda porque nos desafiam a construí-los”. (Vanessa Cristina Furtado Novaes.)

Crê em ti mesmo, age e verá os resultados. Quando te esforças, a vida também se esforça para te ajudar.

-Chico Xavier

RESUMO

O traumatismo facial infantil vem aumentando nos últimos anos, de forma que esse torna-se uma preocupação de saúde pública, além de ser reconhecido como de extrema importância o conhecimento acerca do assunto por parte dos Cirurgiões Dentistas. O presente estudo teve como objetivo verificar as principais causas dos traumatismos faciais em pacientes pediátricos atendidos no Hospital São Vicente de Paulo, na cidade de Passo Fundo. A metodologia empregada foi da análise descritiva não probabilística, utilizando-se o programa Excel. A pesquisa foi realizada por meio da análise de 35 casos do banco de dados da referida instituição de traumatismos de face em pacientes com idade entre 0 e 12 anos, no período de 2009 a 2014. Como resultado observou-se que 57% das crianças tinham idade entre 08 e 12 anos, sendo 94% de etnia branca e 63% do sexo masculino. Verificou-se que 32% das fraturas acometeram os ossos nasais, 20% a mandíbula, 16% o complexo zigomático e 14% os ossos maxilares. Como etiologias de maior prevalência, observou-se que 31% ocorreram por queda de altura, 23% por queda de bicicleta, 20% por acidente automobilístico e 14% por atropelamento.

Palavras-chave: Traumatismos da face. Traumatismos mandibulares. Traumatismos maxilofaciais.

ABSTRACT

The children's facial trauma has increased in recent years, which becomes a public health concern as well as being extremely important knowledge about the subject on the part of Dental Surgeons. This study aimed to determine the main causes of facial trauma in pediatric patients treated at the Hospital Saint Vincent de Paul in the city of Passo Fundo. The methodology used was a non-probabilistic descriptive analysis, using the Excel program. The survey was conducted by analyzing 35 database instances of the institution of injuries face in patients aged 0-12 years from 2009 to 2014. As a result it was observed that 57% of children were aged between 08-12 years, 94% of Caucasian and 63% male. It was found that 32% of the fractures affects nasal bone, the jaw 20%, 16% and 14% complex zygomatic the jaws. As most prevalent etiologies, it was observed that 31% were due to falls, 23% fall by bike, 20% by car accident and 14% by trampling.

Key Words: Facial Injuries. Mandibular Injuries. Maxillofacial Injuries.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1: Percentual por gênero acometido.....	25
Figura 2: Percentual por faixa etária.....	26
Figura 3: Etiologias por período pesquisado.....	27
Figura 4: Etiologia por área acometida.....	28
Tabela 1: Distribuição de local de fratura em 5 anos.....	29
Tabela 2: Etiologia dos traumatismos faciais no período de 6 anos.....	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	DIAGNÓSTICOS DAS FRATURAS.....	20
3	OBJETIVOS	22
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	DELINEAMENTO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	23
4.2	COLETA DE DADOS.....	23
4.2.1	Critérios de inclusão	23
4.2.2	Critérios de exclusão	24
4.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.4	QUESTÕES ÉTICAS.....	24
5	RESULTADOS	25
6	DISCUSSÃO	30
7	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICES	37
	ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

Os casos de traumas crânio-maxilo-faciais vêm aumentando nas últimas décadas devido ao alto índice de acidentes automobilísticos e à violência urbana, tornando-se uma preocupação de saúde pública. Os ossos e tecidos faciais, devido à sua projeção anterior em relação ao corpo, são áreas de extrema exposição a esses fatores. A compressão dos tecidos contra os ossos pode resultar em inúmeras lesões. A causa dos traumas pode variar de acordo com a idade, o sexo, o local, a classificação social dos indivíduos, sendo a queda em jogos ou brincadeiras a maior causa das fraturas faciais infantis (MONTOVANI et al.,2006).

Verifica-se um crescente número de traumatismos em crianças. As fraturas faciais em pacientes pediátricos merecem atenção especial no que diz respeito às condições psíquicas e fisiológicas inerentes à idade, devendo considerar-se a dificuldade de realização do exame clínico, tendo em vista o comportamento infantil. Quando não diagnosticadas e tratadas adequadamente, essas lesões podem levar a consequências relevantes, tanto estéticos e funcionais quanto de desenvolvimento dos ossos da face (PATROCÍNIO et al., 2005; SOUZA et al.,2010); (FARIAS et al., 2015).

Dessa forma, existe uma carência de investigação e de estudo sobre esse assunto, o qual deveria ser mais investigado no meio odontológico com o intuito de estabelecer uma melhor compreensão entre cirurgiões dentistas em relação às etiologias e às áreas de maior acometimento em traumatismos faciais infantis. Assim, visando melhorar a qualidade de atendimento aos pacientes pediátricos e conscientizar a população sobre a necessidade de prevenção dos acidentes, esta pesquisa torna-se de extrema importância.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Em um estudo que teve como objetivo avaliar prontuários de todos os pacientes com traumatismo facial atendidos em um hospital no ano 2000, observou-se idade, sexo, data do trauma, etiologia, local anatômico e tratamento. Os resultados finais apontaram que homens com idade entre 21 e 30 anos foram os mais acometidos, sendo a maior etiologia os acidentes com motocicleta e bicicleta, identificou-se um total de 1.326 fraturas de 911 prontuários avaliados, sendo a mandíbula o local anatômico mais acometido. Dos 911 prontuários analisados, 430 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico (CHRCANOVIC et al.,2004).

Em outro estudo que teve como objetivo avaliar 293 pacientes submetidos à redução de fratura de mandíbula, foram retiradas de formulários informações tais como: sexo, idade, etiologia, localização das fraturas, técnica de tratamento e complicações pós-operatórias, tendo como resultado a observação de aumento no número de fraturas de mandíbula com o passar dos anos. Os meses que ocorreram menor índices de fraturas foram os de maio, setembro, julho e fevereiro. Pode-se observar, também, que ocorreu um domínio de fraturas em homens entre 20 e 29 anos. Em relação às causas das fraturas, podem ser considerados como maiores causadores os acidentes de trânsito e a violência, tendo como sinais e sintomatologia geral: dor, edema, dificuldade de abertura bucal, movimentos anormais e má oclusão. Houve um índice maior de fratura única em mandíbula e as áreas de maior acometimento foram: corpo, ramo e processo coronoide. Os pacientes foram tratados no mesmo dia, tendo apenas 10% de complicações (PATROCÍNIO et al.,2005).

O objetivo de outro estudo foi avaliar a incidência de fratura de mandíbula de 91 pacientes atendidos em um hospital de São Paulo, coletando-se os seguintes dados: idade, sexo, etiologia, local anatômico, tratamento, relação com outras fraturas. Obteve-se como resultados os seguintes dados: a idade variou de 3 a 72 anos, sendo os homens com idade entre 21e 30 anos os mais acometidos em fratura de face e as mulheres as menos acometidas. A idade mais frequente foi entre 11 e 20 anos e o local anatômico mais afetado foi o corpo mandibular, sendo que 25% apresentaram fraturas associadas (MARTINI et AL., 2006).

Some-se a esses resultados os dados encontrados em um trabalho que objetivou descrever a experiência no atendimento a pacientes com fratura facial, visando avaliar idade, sexo, etiologia da fratura, local, tipo de fratura e associação ao uso de drogas, fim para o qual foram avaliados 513 pacientes por meio da confecção de um protocolo. Nos resultados obtidos, observou-se um maior índice de fraturas em homens, sendo a faixa etária mais acometida a de 11 a 39 anos, tendo como fraturas mais frequentes as de mandíbula, de nariz e de zigomático, sendo que as origens mais frequentes das lesões foram: acidentes veiculares e agressões físicas. Observou-se também que, em crianças e idosos, a etiologia mais constante das fraturas foi a queda. Quanto ao tipo de fratura, houve um maior índice de fraturas simples. Em relação ao uso de álcool, 38% dos pacientes sofreram acidentes veiculares e 58% sofreram agressão física após a ingestão de algum tipo de bebida alcoólica (MONTOVANI et al.,2006).

Em outra investigação que buscou averiguar os dados epidemiológicos e a localização das fraturas de face de 711 pacientes por meio da observação de prontuários e guias de atendimento de emergência, em que identificaram-se data e horário do atendimento e do trauma, idade gênero, procedência, causa do acidente, características das lesões, lesões associadas, tipo de anestesia e tratamento. Obteve-se como resultado um maior acometimento de fratura em homens na faixa etária entre 21 e 30 anos. O atendimento foi realizado nas primeiras 6 horas após o trauma acentuando-se o período da tarde como o de maior ocorrência. Em homens, a maior causa foi agressão física e, em mulheres, crianças e idosos a maior causa foi queda da própria altura. Os locais de maior ocorrência foram zigomático e nariz, caracterizando-se as lesões por escoriações/contusão, as quais foram as de maior prevalência. Os principais tratamentos foram curativos, suturas e redução de fraturas, em que, em 34% dos casos foi utilizada anestesia local (MACEDO; CAMARGO; ALMEIDA; ROSA, 2007).

Em trabalho que teve como objetivo avaliar as características de crianças vítimas de acidentes atendidas em um pronto socorro infantil no período de 2007 a 2008, foram analisados 671 boletins de atendimento de emergência, em que fizeram parte da pesquisa crianças de 0 a 14 anos de idade. Os seguintes resultados foram obtidos: o sexo masculino foi o mais afetado, a incidência de acidentes ocorreu em maior número

na faixa etária entre 7 e 11 anos, como etiologias, as de maior incidência foram as quedas (AMARAL et al.,2009).

Buscando definir e comparar as características das lesões em pacientes menores e maiores de 18 anos de idade, uma pesquisa obteve informações por meio de um formulário que continha idade, gênero, estar ou não sob efeito de álcool e o local anatômico acometido. Obteve-se como resultados que o período da semana de maior ocorrência de fraturas foram nos finais de semana, a idade de maior acometimento foi entre 13 e 38 anos, como maiores causas foram identificadas a agressão interpessoal e a queda, a localidade onde ocorreu maior índice de fratura foi nas ruas. Para as crianças menores de 6 anos, a maior causa foi a queda da própria altura. Houve um alto índice de jovens alcoolizados no momento do traumatismo e o maior índice de fratura ocorreu durante o período de lazer (BEJARANO; RENDÓN, 2009).

Também abordou-se um estudo que investigou a presença de lesões no complexo maxilofacial em crianças e adolescentes vítimas de agressão física em ambiente escolar. Nesse estudo, avaliaram-se laudos médicos e boletins de ocorrência tendo como amostra 42 laudos. A violência escolar foi avaliada entre alunos, de professor para com alunos, de funcionários para alunos e de agentes externos para alunos. Analisou-se também: gênero, idade, localização das lesões, tipo e número de lesão, acometimento na cavidade oral e envolvimento tecidual. Os resultados obtidos foram os seguintes: o sexo mais acometido foi o masculino, em que 81% estava na faixa etária entre 13 e 17 anos e os demais entre 0 e 12 anos, o turno da manhã foi o de maior ocorrência; 66,7% das lesões foram únicas; 23,8% apresentaram injúrias na região da cavidade oral; 50% das lesões envolviam a maxila; 30% envolviam a mandíbula e 20% ambas as regiões; 100% das lesões envolveram apenas tecidos moles, sendo o lábio o de maior acometimento (CAVALCANTI et al.,2009).

Em estudo que buscou avaliar a prevalência e as características do trauma facial, foram avaliados 1190 prontuários de pacientes com trauma maxilofacial, analisando-se idade, história médica, etiologia, tipo de trauma, complicações, tratamento e evolução dos pacientes. Como resultados têm-se os seguintes dados: as fraturas nasais foram as mais prevalentes, o sexo masculino em idade entre 21 e 25 anos foram os mais acometidos, apenas 10% dos pacientes analisados tinha entre 0 e

10 anos e as regiões condilar e de corpo mandibular foram as de maior acometimento (FAVERANI et al.,2009).

Outro trabalho avaliou 335 dados epidemiológicos de traumatismos faciais, obtendo os dados a partir de prontuários, tendo como critérios de análise: idade, gênero, categoria do acidente, características das lesões, lesões associadas, uso de álcool, tipo de tratamento. A faixa etária foi dividida em: infância (2-10 anos), adolescência, adultos jovens, adultos e idosos. Os resultados obtidos forma os seguintes: os homens adultos jovens foram os mais acometidos, sendo as crianças apenas 1,9% meninos e 1,4% meninas; 58,9% dos pacientes não encontravam-se sob efeito de álcool; a violência interpessoal foi a maior causa das fraturas; a fratura mandibular foi a de maior ocorrência; 22,5% dos pacientes obtiveram lesões associadas ao diagnóstico primário; 77,2% necessitaram de tratamento incruento, trezentos pacientes necessitaram internação hospitalar (CARVALHO et al.,2010).

Em um levantamento epidemiológico retrospectivo de 42 fraturas buco-maxilo-faciais em pacientes infanto-juvenis, com dados obtidos por meio de um banco de dados on-line, sendo os pacientes menores de 18 anos, foram avaliados os locais de maior ocorrência de fratura, sexo, etnia, etiologia, época do ano. Nesse estudo, foram obtidos os seguintes resultados: o sexo masculino foi o de maior ocorrência com 81% dos casos; 71,43% foram fraturas de mandíbula; 81 % dos pacientes eram brancos; as maiores causas das fraturas foram as quedas com 21,43% e os acidentes automobilísticos, com 21,43%; os meses de maior acometimento foram março e junho (SOUZA et al.,2010).

Em análise realizada com pacientes com fraturas nasais submetidos a tratamento cirúrgico pela Área de Cirurgia Plástica no hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com 144 pacientes atendidos na instituição no período de 2002 a 2008, foram obtidos os seguintes resultados: 75,7% pertenciam ao sexo masculino; 79% pertenciam a etnia caucasiana; a média de idade dos pacientes estudados foi de 26,3 anos,31,8% das fraturas nasais foram causadas por agressão física (BORGHESE;CALDERONI;PASSERI, 2011).

Um estudo teve como intuito investigar e analisar pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de fraturas faciais, em que se avaliou idade, etnia, sexo, mês de

ocorrência, diagnóstico de fraturas e tratamento realizado. Obteve-se como resultados de pesquisa que o sexo masculino foi o mais acometido, sendo que a idade de maior ocorrência foi de 20 a 29 anos; os traumas ocorreram com maior frequência no período da manhã; o mês de maior ocorrência foi o de janeiro; a fratura mais prevalente foi a de zigomático seguida por assoalho de órbita (MARTÍNEZ et al., 2011).

O objetivo de um trabalho foi identificar a prevalência dos traumas maxilofaciais por violência urbana em crianças (11 anos) e adolescentes (12 a 18 anos). Os dados foram retirados dos livros de registro dos plantões e foram avaliados 139 eventos. A violência urbana foi dividida em: acidentes automobilísticos, acidentes motociclísticos, agressão física, agressão por arma de fogo e atropelamento. Como resultados identificou-se, em crianças e adolescentes, uma maior prevalência no sexo masculino, havendo um predomínio por agressão física, como maior causador de fraturas em crianças. Além disso, o maior tipo de trauma foi o trauma dento alveolar e, em adolescentes, houve predomínio de traumas de tecidos moles. O período noturno predominou para ocorrência dos traumatismos estudados (SILVA et al., 2011).

Ressalta-se, também, um estudo que teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico de setenta pacientes com fraturas mandibulares, analisando por meio de prontuários, a etiologia, os locais da mandíbula mais acometidos, o tratamento, a associação a doenças preexistentes, as complicações pós cirúrgicas, o sexo, a idade, a etnia, os traumas associados, os medicamentos utilizados e o tempo de internação. Esse trabalho encontrou como resultados os seguintes dados: 90% eram homens com predominância de etnia branca; 10% eram menores de 18 anos de idade, sendo a faixa etária de maior acometimento a de 18 a 25 anos; 55,7% tiveram como causa acidentes automobilísticos; os locais mais acometidos foram em ordem decrescente parassínfise, corpo e ângulo. Quanto à associação de trauma, 65,38% tiveram traumatismo crânio-encefálico, não tendo sido identificado histórico de doenças preexistentes, a fixação interna rígida foi o tratamento mais utilizado, os pacientes foram medicados com antibióticos, anti-inflamatório e corticoide e somente um paciente apresentou infecção como complicação pós-cirúrgica (SILVA et al., 2011).

O objetivo de um estudo foi delinear o perfil do cuidado pré-hospitalar de vítimas infantis traumatizadas e para esse fim, foram avaliadas 514 crianças de 0 a 12 anos de

idade e, além da idade, avaliaram também sexo, tipo de acidente, tipo de lesão, necessidade e tipo de intervenção pré-hospitalar e, ainda, mortalidade. Identificou-se, nesse estudo, que a época do ano de maior acometimento foi no mês de dezembro, o sexo de maior prevalência de trauma foi o sexo masculino, a maior causa foi a ocorrência de acidentes de veículos motores, os locais mais acometidos foram as extremidades, os principais cuidados pré-hospitalares foram imobilização em prancha e colar cervical, não tendo sido verificada a ocorrência de óbito (FIGUEIREDO; CARVALHO; LIMA, 2012).

Um estudo teve como objetivo realizar uma análise dos tratamentos de fratura de côndilo de 892 pacientes, analisando etiologia, local da fratura, tipo de tratamento (1-conservador e 2-cirúrgico) e sexo. Os resultados obtidos foram: o sexo mais acometido foi o masculino; 44% dos casos tiveram como causa os acidentes de trânsito; 69% das fraturas foram restritas ao côndilo; o tratamento cirúrgico foi o mais empregado em pacientes com faixa etária entre 21 e 30 anos; 25% eram de 11 a 20 anos; a faixa etária de maior acometimento foi de 21 a 30 anos (RAMPASO et al., 2012).

O intuito de um estudo foi avaliar o perfil epidemiológico de 277 pacientes, vítimas de fratura, dando destaque para idade, sexo, etiologia e local anatômico de maior ocorrência. Os dados foram avaliados por meio de prontuários e das fichas de atendimento de emergência, chegando-se aos seguintes resultados: prevalência no sexo masculino, a faixa etária com maior índice de ocorrência foi de 20 a 39 anos; o mês de maior atendimento o de setembro; a maior causa foi por violência interpessoal na faixa etária de 1 a 10; e, de 60 a 79 anos, a maior causa foi queda da própria altura e a fratura nasal foi a de maior acometimento, tendo a de mandíbula como a segunda área mais traumatizada (YKEDA et al., 2012).

O objetivo de um estudo foi observar e descrever as características epidemiológicas de lesões faciais em um grupo de crianças chilenas menores de 15 anos de idade. Os dados foram retirados do banco de dados do hospital infantil Exequiel González Cortés, no período de 2006 a 2009. Foram analisadas as variáveis idade, sexo, dia e mês da intervenção, causa da lesão, localização anatômica, tipo de lesão e presença de lesão associada. Como resultados observou-se que 56,3% tinha

idade inferior a 5 anos de idade, 62,3% dos pacientes pertenciam ao sexo masculino, 53,5% das fraturas foram ocasionadas por queda de altura (GONZALES et al., 2014).

O objetivo de um estudo foi descrever as etiologias, as distribuições anatômicas, o tratamento e as complicações de fraturas maxilofaciais. Foram analisados 364 pacientes com fraturas maxilofaciais que foram submetidos a cirurgias no período de 1997 a 2007. Obtiveram como resultados que 82% dos pesquisados pertencia ao sexo masculino, a faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos de idade, 39% das etiologias foram por violência interpessoal seguida por acidentes de trânsito e queda, 65% das fraturas acometiam o osso mandibular (PHAM-DANG et al., 2014).

Destaques-se um estudo que buscou analisar a prevalência de acidentes de trânsito em crianças e adolescentes e esclarecer sua relação com as lesões maxilofaciais, na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Foram analisados 533 laudos de exames de corpo de delito de indivíduos de 0 a 19 anos de idade no ano de 2013, considerando sexo, faixa etária, dia da semana, horário, tipo de acidente de trânsito, região do corpo acometida, presença de fratura, lesão maxilofacial e lesão na cavidade bucal. Os resultados indicaram que o acidente de trânsito foi a etiologia de maior prevalência, sendo o sexo masculino o mais acometido e a idades entre 15 e 19 anos a mais afetada; 21,7% dos acidentes ocorreram na quinta-feira, sendo sábado o dia da semana com menor índices de acidentes; 55% dos acidentes foram consequência de acidentes de motocicletas; 25% das lesões acometeram cabeça; e 26,7% acometeram a face, lesões maxilofaciais estavam presentes em 21,7% dos casos; e averiguou-se, também, que ocorreram lesões na cavidade oral em 6,7% (FARIAS et al., 2015).

Um estudo teve como objetivo avaliar as causas de fraturas faciais em crianças e adolescentes e o tipo de fratura. Os dados foram retirados do departamento de emergência dos anos de 2008 a 2010 e fizeram parte da pesquisa pessoas com idade inferior a 21 anos e com diagnóstico de fraturas faciais, a amostra constituiu-se de 124 casos. Os seguintes resultados foram achados: 45,6% apresentavam idade entre 18 e 21 anos; 26,6% idade entre 15 e 17 anos; 74,7% dos pesquisados era do sexo masculino, as cinco fraturas mais frequentes foram, ossos nasais em 59,8% dos casos; 15,3% osso mandibular; 13,3% outros ossos da face; 10,1% acometeram assoalho de

órbita; e 8,3 acometeram ossos malares e maxilares; como etiologia, a de maior prevalência, com 52,8%, foi a por agressões, seguida pela queda de 11,4%.(ALLAREDDY et al., 2015).

2.1 DIAGNÓSTICOS DAS FRATURAS

As crianças têm presença de múltiplos centros de crescimento, presença de germes dentais ou rizogênese incompleta, alto grau de vascularização óssea e tendência a fraturas em galho verde, devendo-se considerar essas características no diagnóstico e no tratamento de escolha para os traumatismos faciais. Crianças entre 0 e 6 anos de idade apresentam ausência de dentes ou presença de dentição decídua, alta elasticidade óssea e pouco desenvolvimento dos seios da face, os quais têm como uma de suas funções o amortecimento de impacto. Indivíduos de 7 a 12 anos têm dentição mista, dentes permanentes com rizogênese incompleta e maior maturidade óssea. O diagnóstico é feito, basicamente, por exame clínico e por imagem, dependendo, em grande parte, da colaboração do paciente. Muitas vezes, o auxílio de um anestesiologista torna-se necessário, pois é preciso a sedação da criança para melhor coleta de dados (MANGANELLO-SOUZA; SHIGEOKA; RODRIGUES, 2006).

A seguir, são apresentados sinais e sintomas das fraturas que devem ser observados juntamente aos exames de imagem para, de acordo com Manganello-Souza; Shigeoka; Rodrigues, (2006), um melhor diagnóstico:

- Fraturas mandibulares: o paciente pode apresentar dor, edema e/ou hematoma, equimose, alteração oclusal, limitação dos movimentos mandibulares, podendo haver, também, laceração da mucosa gengival.
- Terço médio da face: pode ser observada assimetria facial, diplopia, distopia, enoftalmo, equimose, hematoma, alterações nas distribuições dos nervos, além de anormalidade na movimentação ocular.
- Fratura de arco zigomático: são raras, considerando-se a elasticidade óssea e o fato de o seio maxilar ser pouco desenvolvido. Para um melhor

diagnóstico, pode-se avaliar a limitação de abertura bucal em que se realiza abertura bucal forçada e verifica-se se não há interposição do processo coronoide. Fratura naso-orbita-etmoidal e de maxila: epistaxe (perda de sangue pelo nariz), obstrução nasal, desvio de septo, hematoma septal, má oclusão e alongamento do terço médio da face. As fraturas em maxila, normalmente, ocorrem nas linhas de sutura pelo fato de o esqueleto não ter condições de transmitir o impacto, acarretando na disjunção.

- Fratura de órbita: presença de telecanto traumático, diplopia e restrição de mobilidade ocular.
- Fratura nasal: são as que mais ocorrem em crianças, as fraturas são do tipo “livro aberto” (disjunção dos ossos nasais), o diagnóstico se baseia no histórico clínico e nos exames de imagem, sendo a tomografia o exame de primeira escolha.
- Fratura de côndilo: dor, edema em região pré-auricular, otorragia, ausência de excursão condilar à palpação durante os movimentos mandibulares, fratura de sínfise, corpo ou ângulo mandibular, fratura dental e alterações oclusais.
- Fratura dentoalveolar: o trauma acomete tecidos moles, tecido ósseo e dentes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Verificar as causas de traumatismos faciais em pacientes pediátricos atendidos no Hospital São Vicente de Paulo na cidade de Passo Fundo-RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar, por meio da consulta em banco de dados, as causas de fraturas faciais em pacientes pediátricos, de 0 a 12 anos de idade registradas no Hospital São Vicente de Paulo, da cidade de Passo Fundo, com as variáveis: sitio anatômico de maior acometimento e perfil epidemiológico dos pacientes, como: idade, sexo e etnia. ,

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO E AMOSTRA DO ESTUDO

O presente estudo tem um delineamento quantitativo, com um estudo descritivo retrospectivo e não probabilístico, cuja amostra foi de 35 crianças de 0 a 12 anos de idade, que sofreram fraturas faciais no período de 2009 a 2014, casos disponíveis no banco de dados do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) na cidade de Passo Fundo-RS. O referido hospital foi escolhido como local de pesquisa por ser um centro de referência em saúde no sul do Brasil. A cidade de Passo Fundo-RS apresenta uma população total de 193.739 habitantes, sua economia é baseada no agronegócio e na prestação de serviço, apresentando um IDH de 0,776, além de ser um polo regional de educação e se destacar pela representatividade na área médica, segundo o Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), senso populacional 2014 (www.ibge.gov.br/).

4.2 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no banco de dados do Hospital São Vicente de Paulo e são referentes a pacientes pediátricos que sofreram traumatismos faciais nos anos de 2009 a 2014. Verificou-se idade, sexo, local anatômico facial acometido por fratura,

etiologia, etnia e ano do trauma. As variáveis analisadas são qualitativas e quantitativas.

4.2.1 Critérios de inclusão

Foram usados como critérios de inclusão os dados de pacientes pediátricos de 0 a 12 anos com fratura de face no período de 2009 a 2014.

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa crianças com idade maior de 12 anos e que tiveram atendimento fora do período de 2009 a 2014.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados foram anotados e digitados em um Banco de Dados específicos para realização da análise descritiva da presente pesquisa. Os dados foram processados com a utilização do programa Microsoft Excel, versão 2010. Após tabulação, os dados foram descritos, comparados e analisados estatisticamente, a partir das informações obtidas no instrumento de coleta de dados, utilizando-se a análise descritiva, com critérios de porcentagem e prevalência dos dados.

4.4 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à aprovação do CEP/IMED e à comissão científica do Hospital São Vicente de Paulo s.

5 RESULTADOS

Com base na aplicação da metodologia mencionada, foram alcançados os resultados apresentados a seguir:

O gráfico que segue, Figura 1, descreve a distribuição dos dados na variável gênero. É possível observar que o sexo masculino foi o de maior prevalência (63%) nas fraturas de ossos da face.

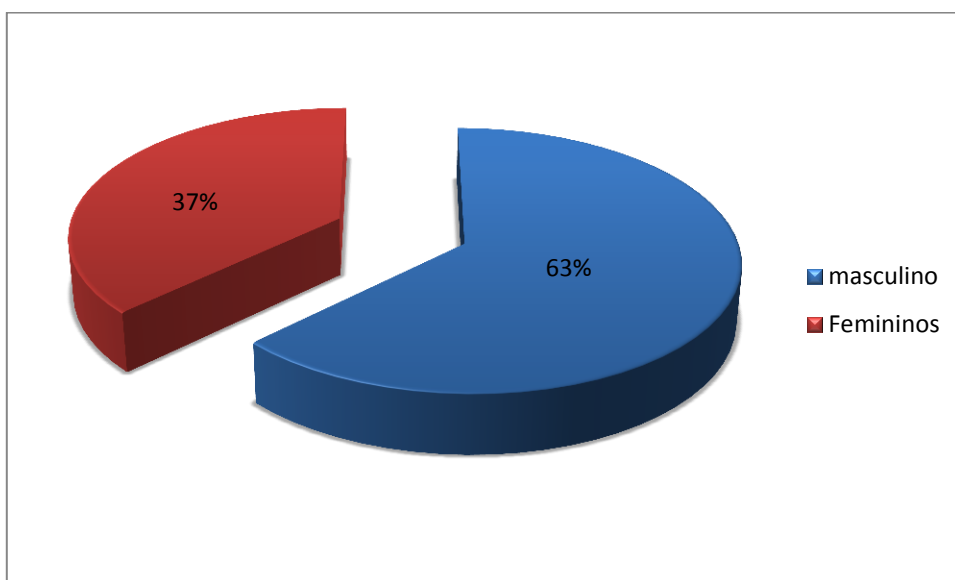


Figura 1: Percentual por gênero acometido

A Figura 2 apresenta o gráfico com os dados da variável faixa etária, o qual exhibe que de 08 a 12 anos foi a faixa mais acometida pelos acidentes.

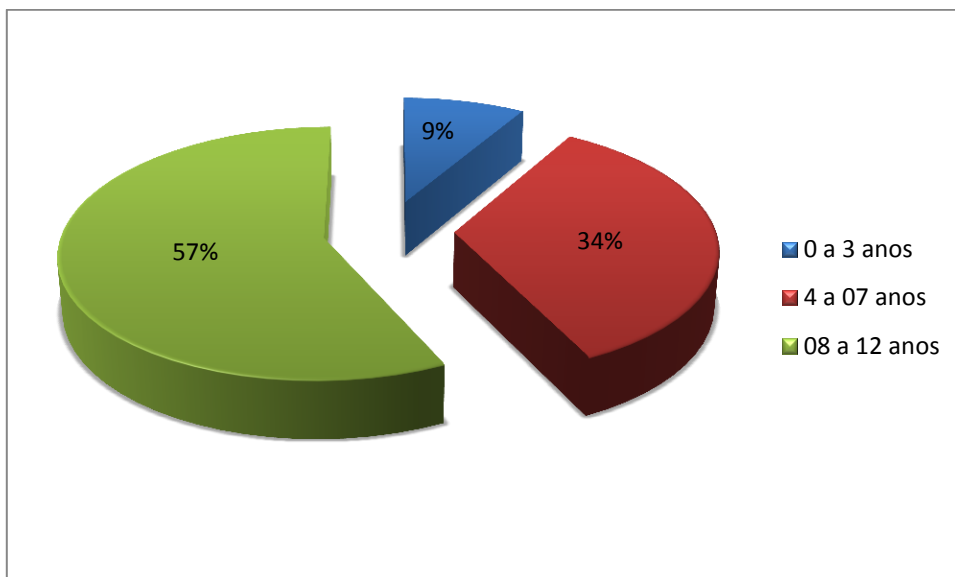


Figura 2: Ocorrência de fraturas por faixa etária

Pode-se observar que, no ano de 2009, houve um maior índice de fraturas causadas por queda de altura seguida de acidente automobilístico e queda de escada. No ano de 2010, houve um maior número de fraturas causadas por queda de altura e atropelamento, seguido por queda de bicicleta. Em 2011, a maior incidência se deu por queda de altura, seguida por ocorrências causadas por coice de cavalo. Em 2012, houve um aumento acentuado em fraturas por queda de bicicleta, sendo essa causa a de maior predominância, seguida por acidentes automobilísticos, queda de altura, atropelamento, coice de cavalo e agressão com pedra, respectivamente. Notou-se, também, que, o ano de 2012, foi o que mais apresentou índices de fraturas de ossos faciais em pacientes pediátricos. Em 2013, observou-se significativa redução no número de fraturas em relação ao ano anterior, sendo que os registros mostram atropelamento e queda de bicicleta como as etiologias de maior frequência, seguidas por acidente automobilístico. No ano de 2014, o maior número de fraturas foi gerado por quedas de altura, acidente automobilístico e queda de bicicleta respectivamente (Figura 3).

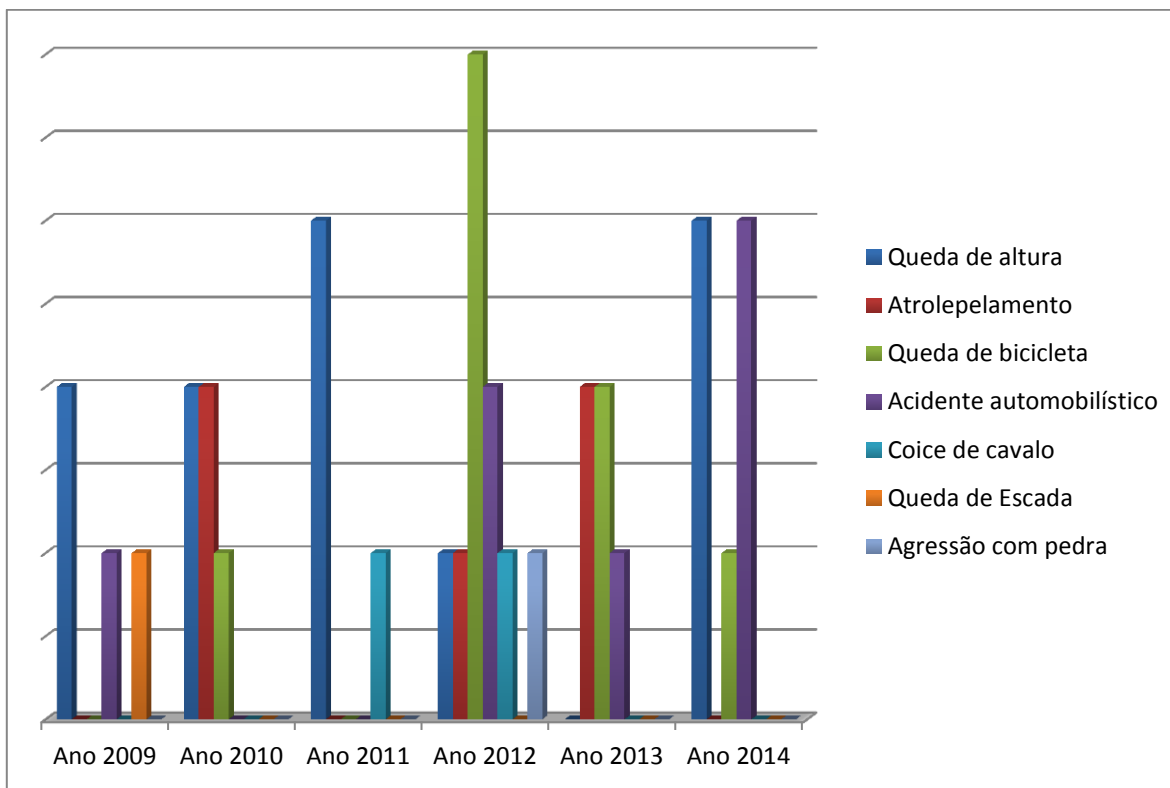


Figura 3: Etiologias da fratura por período pesquisado

Observou-se que a queda de altura acarretou em fraturas dos ossos maxilares (mandíbula e maxila), ossos nasais, fratura dentoalveolar e fratura de órbita. Os atropelamentos geraram fraturas dos ossos maxila, complexo zigomático e nasal. A queda de bicicleta foi a etiologia responsável por fraturas de maxila, mandíbula, complexo zigomático, terço médio da face, nasal e fratura dentoalveolar. Os acidentes automobilísticos causaram fraturas de maxila, mandíbula, complexo zigomático, nasal, naso-orbito-etmoidal e fraturas de órbita. O coice de cavalo motivou fratura nasal e de mandíbula, a queda de escada proporcionou fratura de côndilo mandibular e a agressão com pedra originou fratura da maxila (Figura 4).

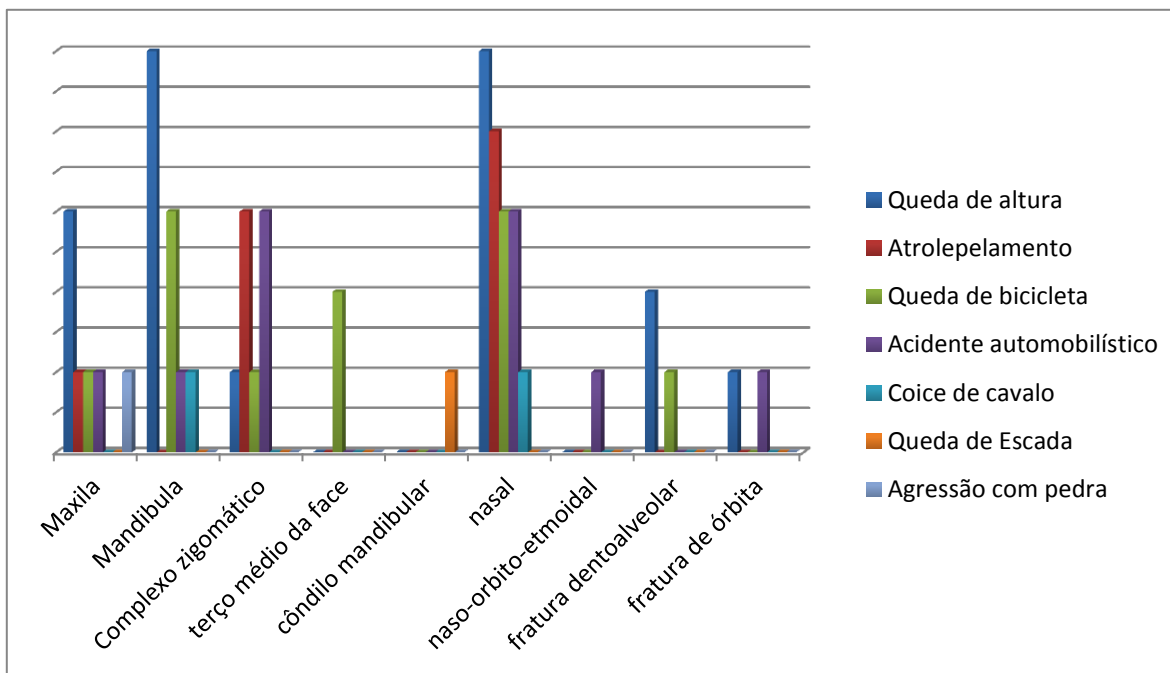


Figura 4: Etiologia das fraturas por área pesquisada

A seguir, apresenta-se a tabela da distribuição de local de fratura, cuja amostra foi cinquenta casos, pois alguns dos pacientes apresentavam mais de um local anatômico acometido por fratura, de forma que observou-se que 14% das fraturas acometeram a maxila, 20% acometeram a mandíbula, 16% compreendem as fraturas do complexo zigomático, apenas 4% das fraturas atingiram o terço médio da face e 2% acometeram côndilo mandibular. Ainda, ossos nasais foram os mais acometidos em fraturas registrados em 32% dos casos, 2% acometeram ossos naso-orbito-etmoidal, 6% das fraturas foram dentoalveolares e 4% envolveram a órbita (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de local de fratura no período de 5 anos de pesquisa.

FRATURA	N(50)	100%
Maxila	7	14
Mandíbula	10	20
Complexo Zigomático	8	16
Terço Médio da Face	2	4
Côndilo Mandibular	1	2
Nasal	16	32
Naso-orbito-etmoidal	1	2
Dentoalveolar	3	6
Órbita	2	4

A Tabela 2, apresentada a seguir, demonstra as etiologias dos traumatismos de face que mais acometem crianças de 0 a 12 anos de idade. A amostra foi composta por 35 casos, sendo que 31% dessas fraturas foram causadas por queda de altura, 23% por queda de bicicleta, 20% por acidentes automobilísticos, 14% por atropelamento.

Tabela 2: Etiologia dos traumatismos faciais no período de 5 anos

ETIOLOGIA DO TRAUMA	N(35)	100%
Queda de altura	11	31
Atropelamento	5	14
Queda de bicicleta	8	23
Acidente automobilístico	7	20
Coice de cavalo	2	6
Queda de escada	1	3
Agressão com pedra	1	3

6 DISCUSSÃO

O estudo apresentado teve um delineamento quantitativo, com uma investigação descritiva de caráter retrospectivo e não probabilístico, semelhante ao de Silva et al. (2011), diferentemente do estudo realizado por Patrocínio et al. (2005), o qual utilizou como método de pesquisa um estudo observacional. A amostra foi composta por 35 prontuários, pois foi o número de fraturas maxilo-faciais que acometeram crianças de 0 a 12 anos de idade atendidas no HSVP, no período de 2009 a 2014. Discordando de Pham-Dang et al. (2014), que em seu estudo analisou pacientes com idade superior a 18 anos acometidos por fraturas faciais. Comparado com a pesquisa de Faverani et al. (2009), os quais avaliaram em seu estudo 1190 prontuários num período de 6 anos, fica

evidente que, no HSVP, há um baixo número de pacientes com fraturas de ossos faciais.

Neste estudo, o objetivo foi avaliar as etiologias de fraturas faciais em pacientes pediátricos, além de idade, sexo, etnia, local anatômico acometido e ano do trauma, aproximando-se dos trabalhos de Ramposo et al. (2012), Allareddy et al. (2015) e Souza et al. (2010). Já Faverani et al. (2009), em seu estudo, além de analisarem etiologia e idade, observaram a história médica, as complicações, o tratamento e a evolução do paciente, sendo esses dados não considerados relevantes para o presente estudo.

Dos casos analisados, 63% eram do sexo masculino e 37% pertenciam ao sexo feminino, concordando com Silva et al. (2011), que em seu estudo verificaram que 63,5% dos pacientes acometidos por fraturas de face eram do sexo masculino e 36,5% do feminino e, também, com Gonzales et al. (2014), que descreveram que 62,3% dos pesquisados pertenciam ao sexo masculino e os 37,7% restantes eram do sexo feminino, ficando claro que, independentemente do período e local de pesquisa, os índices se repetem. Pode-se relacionar o alto índice de fraturas que acomete o sexo masculino com a falta de cuidado e atenção desses indivíduos por se submeterem a atividades de maior risco, se comparados com o sexo feminino.

Com relação à idade, a faixa etária mais acometida foi de 08 a 12 anos de idade resultando em 57% das fraturas observadas, resultado semelhante ao encontrado no estudo realizado por Amaral et al. (2009), no qual os autores observaram que a faixa etária mais acometida entre crianças foi de 07 a 11 anos de idade, ambos divergentes de Gonzales et al. (2014), que em sua pesquisa constataram que 56,3% das crianças acometidas por traumatismos de face tinham idade inferior a 5 anos. Desse modo, pode-se relacionar a faixa etária de 08-12 anos com a diminuição da supervisão e dos cuidados maternos e paternos, resultando na independência precoce das crianças as quais, sem noção da gravidade de seus atos, acabam por sofrer injúrias ao submeterem-se a situações de perigo. Sugere-se, portanto, proporcionar às crianças ensinamentos de cuidados em atividades de risco.

Concordando com Bejarano e Rendón (2009) e Ykeda et al. (2012), as fraturas faciais acometendo pacientes pediátricos são ocasionadas, em sua maioria, por queda

de altura. Igualmente se aproximando dos estudos realizados por Amaral et al.(2009) e Gonzales et al. (2014), em que a queda de altura prevalece em crianças seguida pela queda de bicicleta como causadoras. Diferentemente, Silva et al. (2001) observaram, em sua pesquisa, que a agressão física predominou como etiologia de fraturas de ossos da face em crianças. Pode-se aclarar a queda de altura como fator etiológico de maior ocorrência em crianças devido à falta de maturação motora e cognitiva e ao início e à aprendizagem de caminhar, já a queda de bicicleta torna-se um fator etiológico no instante em que não há conscientização dos pais e das crianças sobre a importância da prevenção das fraturas com uso de capacete e protetores bucais. O aconselhamento aos pais da necessidade e da importância de prevenir essas injúrias deve ser repassado pelos profissionais de saúde e por uma ação de prevenção a acidentes infantis, que, sugere-se, seja coordenado por órgãos públicos.

Faz parte da atuação do cirurgião buco-maxilo-facial tratar fraturas de ossos da face, as quais foram relatadas nessa pesquisa. Os ossos da base do crânio, frontal e de calota craniana foram excluídos da pesquisa, por não fazerem parte da região de abrangência odontológica. Igualmente, na pesquisa realizada por Ykeda et al. (2012) e Allareddy et al. (2015), os ossos mais acometidos foram os nasais, seguidos pelo osso mandibular. Segundo Rocha e Souza (2006), pode-se esclarecer a fratura de ossos nasais, os quais ocupam uma posição central e possuem uma estrutura delgada e, ainda, as fraturas de mandíbula como as predominantes pelo fato de os ossos envolvidos estarem projetados na face. O diagnóstico dessas fraturas é essencial para que não comprometa a estética, a função e o desenvolvimento do paciente. Os mesmos autores ainda explicam que o diagnóstico se dá basicamente por anamnese, exame clínico e exames complementares como radiografias e tomografias. Deve-se considerar no momento do diagnóstico, o comportamento da criança, pois essa demanda uma atenção maior e um tempo prolongado para tal, e, muitas vezes, se ela não colaborar, pode-se optar por sedação juntamente com a supervisão de um anestesista para melhorar a coleta dos dados nos exames clínicos e por imagem. No caso de fraturas não tratadas, essas podem alterar o desenvolvimento esquelético da criança além de as fraturas em ossos nasais pode provocar alterações importantes na fisiologia respiratória.

Torna-se de extrema importância o estudo e a irradiação de pesquisas sobre traumatismos faciais em pacientes pediátricos, com a finalidade de ressaltar aos médicos e cirurgiões dentistas a necessidade de diagnóstico, tratamento e aconselhamento, elucidação da importância da prevenção desses acidentes por meio de palestras e propagandas aos pais, responsáveis e, também, para as crianças.

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados foi possível concluir que:

- A faixa etária mais cometida por traumatismos faciais foi de 08 a 12 anos com 57% das fraturas.
- 63% dos pesquisados pertenciam ao sexo masculino.
- O sítio anatômico mais acometido foram os ossos nasais seguidos pelo mandibular.
- A etnia mais prevalente foi a branca.
- A queda de altura foi a etiologia que mais gerou fraturas.

REFERÊNCIAS

ALLAREDDY. V. et al. Emergency Department Visits With Facial Fractures Among Children and Adolescents: An Analysis of Profile and Predictors of Causes of Injuries. **Rev. Journal Of Oral and Maxillofacial Surger**. v.72, n.9, p.1756-17565., august., 2015.

AMARAL,E.M.S. et al.Incidência de acidentes com crianças em um pronto-socorro infantil.**RevInstCiêncSaúde**,São Paulo,v.27,n.4,313-7,2009.

BEJARANO,M.;RENDÓN,L.F.Lesiones de causa externa em menores y mayores de 18 años em um hospital colombiano.**Rev. Panam SaludPublica**,Washington USA,v.25,n.3,p.234-241,2009.

BORGHESE,B.;CALDERONI,D.R.;PASSERI,L.A.Estudo Retrospectivo da Abordagem das Fraturas Nasais no Hospital de Clínicas da Unicamp. **Rev.Bras Cir. Plást.**,Campinas São Paulo, v.26, n.4, p. 608-612,2011.

CARVALHO,T.B.O.etal.Seis anos de atendimento em trauma facial: análise epidemiológica de 355 casos.**Rer. braz j otorhinolaryngol**,v.76,n.5,p.565-574,2010.

CAVALCANTI,A.L.Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar.**Rev Ciência e Saúde Coletiva**,Rio de Janeiro,v.14,n.5,p.1835-1842,2009.

CHRCANOVIC,B.R. et al.Fraturas de face: um estudo retrospectivo de 1 ano em um hospital de Belo Horizonte.**Rev.Braz Oral Res**,São Paulo,v.18,n.4,p.322-328,2004.

FARIAS. L. G.et al.Maxillofacial injuries among Brazilian children and adolescents victims of traffic accidents.**Rev. Gaúcha de odontology**,Porto Alegre,v.63, n.1, p. 19-24, jan./mar.,2015.

FAVERANI,L.P.etal. Traumas faciais: estudo retrospectivo de 1190 casos na região de Araçatuba.**Rev.BrasCir Cabeça e Pescoço**,São Paulo,v.38,n.1,p.22-25,jan/fev/mar.2009.

FIGUEIREDOJUNIOR,I.;CARVALHO,M.V.;LIMA,G.M.Taumapediátrico devido a acidenteveicular em via de grande trafego.**Einstein**,São Paulo,v.10,n.1,p.29-32,fev2012.

GONZALES,C.C. et al.Epidemiology of pediatric facial trauma in Chile: A retrospective study of 7,617 cases in 3 years.**Oral Medicine and Pathology**,San Tiago Chile,v.1,n.2,p.99-105,mar.2014.

Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Populacional 2014 (acesso em 22 de maio de 2015). Disponível em: www.ibge.gov.br/.

MACEDO,J.L.S.M.etal.Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. **RevColBrasCir**,Rio de Janeiro,v.35,n.1,p.9-13,jan./fev.2008.

MARTÍNEZ,F. et al. Estudiodescriptivodel Sistema Hospitalario em Relación a Pacientes Sometidos a TratamientoQuirúrgico por Trauma Facial e nel Hospital HernánHenríquezAravena de Temuco, Chile.**Int j Odontostomat**,Temuco Chile,v.5,n.2,p.141-146,2011.

MARTINI,M.Z. et AL. Epidemiologi of Mandibular Fractures Treated in a Brazilian Level I Trauma Public Hospital in the City of São Paulo, **Brazil.Braz Dent J**,São Paulo,v.17,n.3,p.243-248,2006.

MONTOVANI,J.C.etal.Etiologia e incidência das fraturas em adultos e crianças: experiência em 513 casos.**Rev.BrasOtorrinolaringol**,São Paulo,v.72,n.2,p.235-241,2006.

PATROCINIO,L.G.etal.Fratura de mandíbula: análise de 293 pacientes tratados no Hospital de Clinicas da Universidade de Uberlândia.**RerBrasOtorrinolaringol**,São Paulo,v.71,n.5,p.560-565,set./out.2005.

PHAM-DANG,N. et al. Etiology, distribution, treatment modalities and complications of maxillofacial fractures. **Rev Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.19, n.3,p.261-269,2014.

RAMPASO,C.L.et al.Avaliação da prevalência do tratamento das fraturas de côndilo mandibular.**Rev. Col. Bras. Cir.**,São Paulo,v.39,n.5,p.373-376,2012.

ROCHA,D.L.,MANGANELLO-SOUZA,L.C. Fraturas de Face em Crianças. In: MANGANELLO-SOUZA,L.C.M.;SHIGEOKA,A.A.;RODRIGUES,W.A. **Tratamento Cirúrgico do Trauma Bucomaxilofacial**. Nº 3. São Paulo: Roca,2006.293-301.

ROCHA,D.L.,MANGANELLO-SOUZA,L.C. Fraturas de Face em Crianças. In: SILVEIRA,M.E.;**Tratamento Cirúrgico do Trauma Bucomaxilofacial**. Nº 3. São Paulo: Roca,2006.163-178.

ROCHA,D.L.,MANGANELLO-SOUZA,L.C.M.;Fraturas Nasais. In: SOUZA,L.C.M.,LUZ,J.G.C. **Tratamento Cirúrgico do Trauma Bucomaxilofacial**. Nº 3. São Paulo: Roca,2006.154-162.

SILVA,C. J. P.et al. A violência urbana contra crianças e adolescentes em Belo Horizonte: uma historia contada através dos traumas maxilofaciais.**Revista de Saúde Coletiva**,*Rio de Janeiro*,v.21,n.3,p.1103-1120,2011.

SILVA,J.J.L.et al. Fratura de mandíbula:estudo epidemiológico de 70 casos.**RevBrasCirPlást**,*São Paulo*,v.26,n.4,p.645-648,2011.

SOUZA,D.F.M.etal.Epidemiologia das fraturas de face em crianças num pronto-socorro de uma metrópole tropical.**ActaOrtopBras**,*São Paulo*,v.18,n.6,p.335-338,2010.

YKEDA,R.B.A.etal. Perfil epidemiológico de 277 pacientes com fratura facial atendidos no pronto atendimento, pelo Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Trabalhador em Curitiba/PR, no ano de 2010.**Int ArchOtorhinolaryngol**,*São Paulo*,v.16,n.4,p.437-444,out/nov/dez,2012.

APÊNDICES A- TERMO CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Eu, LARISSA CUNHA CÉ, declaro que todos os pesquisadores envolvidos no projeto intitulado FRATURAS DE FACE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO NA CIDADE DE PASSO FUNDO realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a: somente iniciar o estudo após a aprovação pelo CEP-IMED e, se for o caso, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento do estudo; utilizar os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste estudo apenas para atingir o objetivo proposto no mesmo e não utilizá-los para outros estudos, sem o devido consentimento dos participantes. Declaro, ainda, que não há conflitos de interesses entre os pesquisadores e participantes da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Passo Fundo, ____ de _____ de ____.

APÊNDICE B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO

Eu, _____, Coordenador do Serviço de Prontuário de Paciente do HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, autorizo a coleta de dados nos prontuários dos pacientes submetidos a tratamento de fratura de face, no período de 2009 a 2014, para o projeto de pesquisa intitulado FRATURAS DE FACE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS, coordenado por LARISSA CUNHA CÉ e ALEXANDRE BASUALDO

Atenciosamente,

Coordenador

Passo Fundo, _____ de _____ de _____

**APÊNDICE C- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE ARQUIVO DE
DADOS**

Eu, _____, responsável pelo Hospital são Vicente de Paula, autorizo LARISSA CUNHA CÉ, CPF 827.456.500-25, RG 1062973241, ALEXANDRE BASUALDO, CPF 560.561.680-34, RG 8035962003e o seu aluno Natalie Lusa Benites, CPF 032.810.840-52, RG 1105410243 a utilizar o arquivo de dados, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada FRATURAS DE FACE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS e de futuras publicações em jornais e revistas do país e do exterior.

Atenciosamente,

Assinatura do Responsável

Passo Fundo, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE D- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE LOCAL

Eu, _____, responsável pelo Hospital São Vicente de Paulo, autorizo o pesquisador LARISSA CUNHA CÉ e ALEXANDRE BASUALDO a coletar dados para a pesquisa intitulada FRATURAS DE FACE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Meridional – CEP / IMED.

Assinatura do Responsável

Cidade, ____ de _____ de ____.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr. (Sra.) _____,

Estamos desenvolvendo um estudo que visa analisar as causas de traumatismos faciais em pacientes pediátricos atendidos no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo- RS cujo título é FRATURAS DE FACE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS. Você está sendo convidado a participar deste estudo.

Esclareço que durante o trabalho não haverá riscos ou desconfortos, nem tampouco custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

Eu, professora Larissa Cunha Cé e a minha orientada Natalie Lusa Benites, estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através do telefone (54)99467900 e endereço Rua Borges de Medeiros,178, Bairro Recreio, Passo Fundo-RS.

A presente pesquisa não apresenta **riscos** direto aos pesquisados, pois, o estudo é somente coleta de dados do paciente através do banco de dados do Hospital São Vicente de Paulo, não havendo nenhuma **intervenção** clínica. A entrevistadora, se certificará de que o entrevistado está confortável em participar efetivamente da pesquisa. Como **benefícios**, os resultados da presente pesquisa terão aplicabilidade para a comunidade acadêmica, no conhecimento sobre as causas dos traumatismos faciais em pacientes pediátricos. Todos os resultados serão apresentados para os entrevistados (endereços anotados pelo pesquisador), a fim de retornar as informações analisadas.

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Pedimos a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização deste trabalho, em concordância com a Resolução CNS nº 466/12 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desde já agradecemos a sua atenção.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____, após a leitura deste consentimento, declaro que compreendi o objetivo deste estudo e confirmo o meu interesse em participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante.

Passo Fundo, ____ de _____ de ____.

APÊNDICE F – TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “FRATURAS DE FACE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS”, que será realizada no Hospital São Vicente de Paulo, sob a responsabilidade dos pesquisadores Professora Larissa Cunha Cé e graduanda Natalie Lusa Benites.

Esta pesquisa visa a analisar as causas de traumatismos faciais em pacientes pediátricos atendidos no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo- RS, a fim de melhorar a qualidade de atendimento aos pacientes.

Na sua participação, serão recolhidos dados, como idade, sexo, etnia e local de acometimento da fratura, através do banco de dados do Hospital São Vicente de Paulo.

Em nenhum momento, você será identificado e após, a pesquisa terminada, os resultados serão publicados e ainda assim, a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

A presente pesquisa não apresenta **riscos** direto aos pesquisados, pois, o estudo é somente coleta de dados do paciente através do banco de dados do Hospital São Vicente de Paulo, não havendo nenhuma **intervenção** clínica. A entrevistadora certificar-se-á de que o entrevistado está confortável em participar efetivamente da pesquisa. Como **benefícios**, os resultados da presente pesquisa terão aplicabilidade para a comunidade acadêmica, no conhecimento sobre as causas dos traumatismos faciais em pacientes pediátricos. Todos os resultados serão apresentados para os entrevistados (endereços anotados pelo pesquisador), a fim de retornar as informações analisadas.

Mesmo seu responsável legal tendo consentido na sua participação na pesquisa, você não é obrigado a participar da mesma se não desejar. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Esclarecimento ficará com você, em concordância com a **Resolução CNS n° 466/12** que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Eu, Prof. Larissa Cunha Cé e a minha aluna orientada Natalie Lusa Benites, estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através do telefone (54) 99467900 e do endereço Rua Borges de Medeiros, 178, Bairro Recreio - Passo Fundo.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Meridional de Passo Fundo: Rua Senador Pinheiro, 304 – Bairro Cruzeiro – Passo Fundo, RS, CEP: 99070-220; fone: 54-3045-6100.

Passo Fundo, de.....de 2015.

Assinatura do pesquisador responsável

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO
(APROVAÇÃO CEP E DO HSVP)

- **ARTIGO**

CIENTÍFICO

-

- A queda de altura foi a que mais gerou fraturas.