

Perfil epidemiológico dos pacientes com lesões buco-maxilo-faciais: contribuições para a eficiência dos processos de gestão hospitalar

Epidemiological profile of patients with oral and maxillofacial injuries: contributions to the efficiency of hospital management processes

RESUMO

Objetivos: Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com lesões buco-maxilo-faciais. **Métodos:** Estudo retrospectivo mediante análise de 344 fichas ambulatoriais ou prontuários médico-hospitalares. **Resultados:** O sexo masculino foi o mais prevalente, a faixa etária de 21 a 30 anos, a mais acometida (28,8%), com tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$). O acidente de moto foi o segundo principal agente etiológico (32,6%). Os traumatismos faciais foram mais prevalentes no domingo, no período da tarde (24,7%; $p \leq 0,01$). A maioria das vítimas de acidentes não fez uso de algum Equipamento de Proteção Individual e alegou ter consumido algum tipo de droga (22,7%). **Conclusão:** As lesões buco-maxilo-faciais é um tema amplo, que possui uma gama de etiologias distintas e envolve a interação de vários fatores. As injúrias provenientes dos acidentes motociclísticos contribuem para a morbimortalidade e para o aumento dos custos hospitalares.

Palavras-chave: Perfil Epidemiológico; Lesões Maxilofaciais; Traumatismos Maxilofaciais; Doenças da boca; Gestão Hospitalar.

ABSTRACT

Objectives: To outline the epidemiological profile of patients with buco-maxillofacial lesions. **Methods:** In this retrospective study, 344 outpatient records or medical records were analyzed. **Results:** The male gender was the most prevalent, the age group of 21 to 30 years was the most affected (28.8%), with a highly significant trend ($p \leq 0.01$). The motorcycle accident was the second major etiological agent (32.6%). Facial trauma was more prevalent on Sunday afternoon (24.7%, $p \leq 0.01$). Personal Protective Equipment was not used by most accident victims, who claimed to have used some type of drug (22.7%). **Conclusion:** Buco-maxillofacial lesions are a broad theme that has a range of distinct etiologies and involves the interaction of several factors. Injuries from motorcycle accidents contribute to morbidity and mortality and increase hospital costs.

Key-words: Epidemiological Profile; Maxillofacial injuries; Maxillofacial trauma; Diseases of the mouth Hospital Management; Hospital administration.

Damião Edgleys Porto

Mestrando em Saúde Pública.
Especialista em Cirurgia e Traumatologia
Buco-maxilo-facial pela Universidade
Estadual da Paraíba - UEPB

Rossana Dias Costa

Graduanda em Odontologia pela
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Érika Porto

Graduanda em Odontologia pela
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Maria José da Silva, 25C - Centro,
Montadas - PB/Brasil
CEP: 58145-000
Telefone: (83) 3381-1184
E-mail: edgleys.porto@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A gestão da saúde hospitalar é uma das mais complexas, pois existe um maior número de profissões e técnicas que em qualquer outra atividade, fazendo com que o cliente dos serviços de saúde tenha um limiar de suporte e leitura interpretativa muito mais intolerante, face à qualidade dos serviços que lhe estão sendo prestados¹.

O conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos por um serviço de saúde desempenha um importante papel na Gestão Pública, revelando, com precisão, a prevalência desses agravos, permitindo, ainda, uma distribuição epidemiológica dentro de características próprias, revelando perfil socioeconômico, fatores de risco, genéticos e ambientais associados e o agente etiológico propriamente dito a fim de compreender, estudar, tratar e combater não somente com abordagens terapêuticas, mas, sobretudo, preventivas^{2,3}.

Inserido num contexto de urgência e emergência hospitalares, os estudos reportam que o atendimento de urgências odontológicas é responsável por uma demanda variável entre 5% e 39% do total de atendimentos clínico-assistenciais por período trabalhado. Esses casos classificam-se por condições ou estados que requerem a intervenção imediata do Cirurgião-Dentista, o qual deverá efetuar rapidamente os procedimentos preliminares indicados, até que se viabilize o atendimento complementar adequado⁴.

Dentre os diversos tipos de injúrias que acometem o corpo humano, o traumatismo de face é evidenciado pela literatura com peculiar importância, sobretudo na gestão pública, principalmente porque as injúrias ocasionadas pelo traumatismo de face são responsáveis por grande parte dos atendimentos efetuados na emergência e da morbimortalidade nos centros de trauma, refletindo-se na falta de leitos em hospitais e policlínicas, além dos gastos com o tratamento, a recuperação e a reabilitação dos pacientes, o que, na maioria das vezes, modifica o direcionamento das políticas públicas em saúde^{5,6,7}.

Na epidemiologia dos traumatismos faciais, reconhecer e identificar os agentes etiológicos mais prevalentes, o tipo de traumatismo e a população mais afetada são partes fundamentais para a estruturação de serviços, aperfeiçoamento do atendimento e melhoria das condições de vida dessa mesma população, incluindo desde os primeiros atendimentos até os acompanhamentos pós-operatórios, objetivando a reabilitação do indivíduo e seu retorno, com mais brevidade e na medida do

possível, a uma vida normal^{8,9,10}.

Nesse âmbito, tem sido extensamente relatado na literatura que os traumatismos faciais são mais correntes no sexo masculino, na faixa etária de 21 a 30 anos. Também está esclarecido que fatores, como o consumo de bebidas alcoólicas, a violência urbana e o desrespeito às normas de trânsito, contribuem sobremaneira para aumentar as estatísticas dos traumatismos faciais¹¹.

Todavia, estudos epidemiológicos realizados nas diversas regiões do país e do mundo apontam divergência quanto à etiologia mais prevalente dos traumatismos e ao tipo de fratura mais diagnosticada^{10,12,13,14}. Somado a isso, a escassez de estudos de gestão em odontologia hospitalar e, sobretudo, o conhecimento do perfil epidemiológico dos usuários desses serviços de odontologia hospitalar inseridos em um contexto multidisciplinar ainda é um desafio para gestores e autoridades¹⁵.

Portanto, este trabalho tem como propósito traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial em um hospital de referência da Paraíba, durante o período compreendido entre janeiro de 2012 e outubro de 2014.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa e procedimento descritivo. A técnica de pesquisa adotada foi a observação indireta por meio da análise de dados secundários. O estudo foi realizado no Hospital Regional Dr. Felipe Tiago Gomes, localizado na cidade de Picuí-PB.

Por meio da amostragem não probabilística, foram analisados 344 prontuários médico-hospitalares e/ou fichas ambulatoriais de pacientes acometidos com lesões buco-maxilo-faciais durante o período compreendido entre janeiro de 2012 e outubro de 2014.

Após a análise, os dados foram armazenados, organizados e tabulados com Software Microsoft Excel® (2010) e submetidos à análise estatística com o auxílio do programa SPSS (Statistical Packag for the Social Sciences) versão 18.0 (2009), por meio das técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, sendo as primeiras, por meio de tabelas, e a segunda, a análise inferencial, por meio do estudo do intervalo com 95% de confiança para a média e comparação de médias e significância de 0,05, com $p < 0,05$, atribuindo-se a associação

“Altamente Significativa” (AS) para $p \leq 0,01$; “Associação Significativa” (S) para $0,01 \leq p \leq 0,05$; e associação “Não Significativa” (NS), quando não havia associação entre as variáveis, ou seja, elas se mostravam independentes para a amostra em estudo, para $p > 0,05$. Os dados foram submetidos ao teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov. Para os dados paramétricos, foi aplicado o teste t-student e para os dados não paramétricos, foram aplicados os testes de Kruskal Wallis e X^2 .

O estudo foi devidamente registrado no SISNEP (37341314.2.0000.5187) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Pública no Estado da Paraíba, sem conflito de interesses, sendo, também, obtida anuência do hospital onde foi realizada a pesquisa.

RESULTADOS

Houve maior prevalência entre os pacientes atendidos e provenientes da própria cidade de Picuí (53,5%), seguido por Cuité (7,0%) e Baraúna (6,1%). Esses pacientes encontraram-se na faixa etária de 21 a 30 anos (28,8%), com predominância do sexo masculino (53,5%), numa proporção de 1:1, sendo que 49,7% eram leucodermas e 32,3% eram agricultores.

Tabela 1 - Distribuição do número de pacientes segundo a etiologia e o sexo

ETIOLOGIA	SEXO (%)		TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA			
	M	F		X^2	p	CONDIÇÃO	SEXO
Acidente de moto	40,2	16,3	29,1	23,8	0,000	AS	M
Queda da própria altura	10,9	11,9	11,3	0,08	0,769	NS	-
Agressão física	8,2	6,9	7,6	0,02	0,655	NS	-
Acidente esportivo / recreativo	6,0	2,5	4,4	2,5	0,115	NS	-
Lesão patológica	27,2	57,5	41,3	32,5	0,000	AS	F
Outros acidentes de trânsito ¹	3,8	3,1	3,5	0,11	0,732	NS	-
Acidente de trabalho	3,7	1,8	2,8	1,129	0,288	NS	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0				
TOTAL DE PACIENTES	184	160	344				

¹ Foram citados na categoria “Outros acidentes de trânsito”: acidente de automóvel, atropelamento, acidente de bicicleta.

Tabela 2 - Distribuição do número de pacientes segundo a etiologia e faixa etária

ETIOLOGIA	FAIXA ETÁRIA (ANOS) (%)							TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA		
	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	+ 60		p	CONDIÇÃO	FAIXA ETÁRIA
Acidente de moto	3,0	34,4	39,4	29,8	37,1	23,3	6,9	29,1	0,000	AS	11 a 60
Queda da própria altura	33,3	3,3	-	7,0	17,1	10,0	44,8	11,3	0,000	AS	0 a 10/ + 60
Agressão física	3,0	14,8	9,1	5,3	11,4	-	-	7,6	0,066	NS	-
Acidente esportivo/ recreativo	12,1	6,6	4,0	-	-	-	-	8,7	0,265	NS	-
Lesão patológica	42,4	37,7	36,4	50,9	28,6	56,7	44,8	41,3	0,179	NS	-
Outros acidentes de trânsito ¹	6,2	3,2	4,0	1,8	2,9	6,7	-	3,5	0,778		
Acidente de trabalho	-	-	7,1	3,5	-	3,3	-	2,9	0,091	NS	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
TOTAL DE PACIENTES	33	61	99	57	35	30	29	344			

¹ Foram citados na categoria “Outros acidentes de trânsito”: acidente de automóvel, atropelamento, acidente de bicicleta.

Tabela 3 - Distribuição do número de diagnósticos segundo o sexo

DIAGNÓSTICOS ¹	SEXO (%)		TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA			CONDIÇÃO SEXO
	M	F		X ²	p		
Processos patológicos ²	18,6	43,9	29,8	29,0	0,000	AS	F
Fratura de ossos próprios do nariz	15,3	14,6	15,0	0,04	0,842	NS	-
Fratura do complexo zigomático-orbital ³	34,0	18,1	26,9	12,1	0,000	AS	M
Fratura de mandíbula	5,6	2,9	4,4	1,6	0,206	NS	-
Ferimento em face	10,7	3,5	7,5	7,1	0,008	AS	M
Outros ⁴	9,3	14,6	11,7	2,6	0,106	NS	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0				
Total de diagnósticos	215	171	386				

¹ Um paciente pode apresentar mais de um diagnóstico.

² Foram citados na categoria "Processos Patológicos": processos inflamatórios (cisto, abscesso, granuloma e osteomielite), tumores e neoplasias.

³ Complexo zigomático-orbital: abrangendo órbita, corpo, pilar e arco zigomáticos.

⁴ Foram citados na categoria "Outros": Síndrome do ardor bucal, trauma fechado de face, factiniorragia, Disfunção têmporo-mandibular e corpo estranho.

Tabela 4 - Distribuição do número de pacientes segundo o diagnóstico e faixa etária

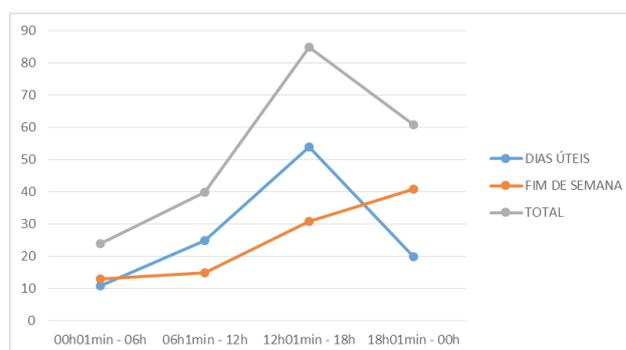
DIAGNÓSTICO ¹	FAIXA ETÁRIA (ANOS) (%)								TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA		FAIXA ETÁRIA
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	+ 60	P		CONDIÇÃO		
Processos patológicos ²	39,4	28,8	26,5	36,1	10,0	41,2	34,4	29,8	0,041	S	Todas	
Fratura de ossos próprios do nariz	18,2	19,2	14,2	9,8	15,0	17,6	12,5	15,0	0,816	NS	-	
Fratura do complexo zigomático-orbital ³	3,0	19,2	31,9	27,9	55,0	23,5	18,8	26,9	0,000	AS	Acima de 11	
Fratura de mandíbula	9,1	6,8	5,3	4,9	-	-	-	4,4	0,246	NS	-	
Ferimento em face	-	17,8	8,0	3,3	-	8,8	6,3	7,5	0,004	AS	11 a 20	
Outros ⁴	18,2	4,1	9,7	14,8	17,5	5,9	21,9	11,7	0,061	NS	-	
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0				
TOTAL DE DIAGNÓSTICOS	33	73	113	61	40	34	32	386				

¹ Um paciente pode apresentar mais de um diagnóstico;

² Foram citados na categoria "Processos patológicos": processos inflamatórios (cisto, abscesso, granuloma e osteomielite), tumores e neoplasias;

³ Complexo zigomático-orbital: abrangendo órbita, corpo, pilar e arco zigomáticos;

⁴ Foram citados na categoria "Outros": Síndrome do ardor bucal, trauma fechado de face, factiniorragia, disfunção têmporo-mandibular e corpo estranho

**Figura 1** - Percentual do número de pacientes segundo o dia, horários e turnos.

A tabela 1 aponta que, no sexo masculino, o agente etiológico mais prevalente foi o acidente de moto (40,2%). Para o sexo feminino, a maior prevalência foi de lesões patológicas (57,5%). Existiu uma tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$) de o sexo masculino estar relacionado predominantemente com o acidente de moto. Por outro lado, no sexo feminino, essa tendência foi observada nas lesões patológicas. Para as demais etiologias, não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$).

Foi possível observar, na Tabela 2, que os acidentes de moto foram o agente etiológico predominante em praticamente todas as faixas etárias, com tendência altamente significativa

na faixa etária compreendida entre 21 e 30 anos (39,4%; $p \leq 0,01$). Entretanto, nos extremos da idade, foi mais prevalente a queda da própria altura: 0 a 10 anos (33,3%) e acima de 60 anos (44,8%), com tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$). As demais etiologias não demonstraram associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), sendo, portanto, independentes para os dados em estudo.

A tabela 3 aponta que a fratura do complexo zigomático-orbital foi o diagnóstico mais prevalente dos traumatismos faciais (26,9%), predominantemente no sexo masculino (34,0%), havendo tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$). Para o sexo feminino, os processos patológicos foram os mais diagnosticados (43,9%), com tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$). Dos 386 diagnósticos apresentados pelos pacientes atendidos por nosso serviço, as fraturas faciais somaram 46,3% dos casos. Para os demais diagnósticos, não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$).

Como visto na Tabela 4, as fraturas do complexo zigomático-orbital alcançaram maior índice percentual em praticamente todas as idades, com destaque para a faixa etária entre 41 e 50 anos (55,5%), com diferença altamente significativa ($p \leq 0,01$). Os processos patológicos foram mais prevalentes na faixa etária de 51 a 60 anos (41,2%), com dependência significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$). As fraturas de nariz e os ferimentos em face foram mais observados nas idades de 11 a 20 anos: 19,2% e 17,8, respectivamente, ambos sem diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Do total de 208 traumatismos faciais, 86,1% corresponderam a traumatismos em tecido duro (fraturas), e 13,9%, a danos em tecidos moles (ferimentos). Entre as fraturas faciais, as fraturas do complexo zigomático-orbital foram as mais diagnosticadas (50%), seguidas pelas fraturas de ossos próprios do nariz, 27,9%. Das 115 lesões patológicas diagnosticadas, 29,6% corresponderam a tumores benignos, destacando-se, entre eles, a predominância de fibromas. 5,2% das patologias corresponderam a neoplasias, essencialmente do tipo carcinoma espinocelular, com predominância na língua.

Para os traumatismos em tecidos duros (fraturas), destacamos que o tratamento cirúrgico com redução incruenta foi realizado em 116 pacientes (30,1%). Dentre estas, merece destaque a

redução cirúrgica da fratura dos ossos próprios do nariz (16,7%). A redução cruenta foi aplicada em 61 casos (15,8%) com grifo para a redução cruenta de fratura do complexo zigomático-orbital como sendo a mais realizada (17,6%). Para as lesões patológicas, o tratamento cirúrgico foi realizado em 86,1% dos casos, e o tratamento conservador, em 13,9%.

Dos 119 pacientes atendidos vítimas de acidente de trânsito, apenas 4,9% utilizaram algum E.P.I. (Equipamento de Proteção Individual), tal como capacete ou cinto de segurança, enquanto que a maioria (29,7%) não fez uso. 22,7% alegaram ter ingerido algum tipo de bebida alcoólica ou além de ter consumido bebida alcoólica, confessaram ter associado com alguma droga ilícita (tal como crack, cocaína), e 18,3% negaram ter consumido bebida ou ter utilizado droga.

De acordo com o gráfico 1, é possível observar o comportamento dos traumatismos faciais, segundo o horário, turno e dia da semana. Em linhas gerais, o dia da semana de maior ocorrência dos traumatismos faciais foi o domingo (16,3%), com tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$). O período da tarde (das 12h01 às 18h) foi o de maior ocorrência dos traumatismos faciais (24,7%), com tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$), sendo o horário de maior pico das 16h01 às 18h (34,2%).

DISCUSSÃO

Embora o sexo feminino venha se expondo mais aos fatores etiológicos das lesões buco-maxilo-faciais nas últimas décadas, com participação mais efetiva no trânsito, no trabalho e nas atividades esportivas, que envolvem contato físico,^{9,16} a literatura aponta uma tendência maior para o sexo masculino ser mais acometido por lesões buco-maxilo-faciais, principalmente o traumatismo de face. Isso se deve, principalmente, ao fato de este ter participação mais intensa na vida social, na violência urbana, nos acidentes de trânsito, no consumo de drogas, entre elas, o álcool. Neste estudo, os sexos masculino e feminino apresentaram relação de 1:1, dados que se aproximam dos de Cavalcante *et al.*,¹¹ Porto *et al.*,¹² e Cavalcanti *et al.*¹⁴

A faixa etária de 21 a 30 anos segue esse mesmo paradigma em relação à idade de maior comprometimento das lesões buco-maxilo-faciais, concordando com os trabalhos de Raimundo⁵, Oliveira *et al.*,⁹ Xavier *et al.*¹⁶ Adicionalmente, Lopes

et al.,¹³ sugerem que é possível que, no ímpeto de participarem mais da vida moderna, esses adultos jovens têm se lançado arbitrariamente no consumo de bebidas alcoólicas, na imprudência no trânsito, excedendo os limites de velocidade e desrespeitando as leis de trânsito, envolvendo-se mais em brigas e, dessa forma, estão mais propensos a sofrerem um maior número de traumatismos físicos.

A maioria dos pacientes atendidos pelo serviço originava-se da cidade de Picuí, leucodermas e agricultores. Tais informações corroboraram os achados de Vieira *et al.*¹⁷ e Silva *et al.*¹⁸ Esse fato pode ser justificado pelas próprias características geoeconômicas do Seridó paraibano, onde a agricultura ainda continua sendo a principal fonte de renda da maioria da população. Para Austregésilo *et al.*,⁴ o fator “profissão” em um estudo epidemiológico representa um importante indicativo de renda da população, apesar de esta variável não ter sido neste estudo, ela está estreitamente ligada na relação com as lesões buco-maxilo-faciais no dizer de Raimundo *et al.*,⁵. Recomendam-se estudos epidemiológicos que incluam essa variável devido ao seu nível de relevância em direcionar as políticas de gestão para essa população.

No que concerne à etiologia das lesões buco-maxilo-faciais, verificou-se neste estudo que as lesões patológicas são as mais prevalentes, seguidas dos acidentes de trânsito e quedas. Esses dados são concordantes com os de Dias Neto *et al.*,² Vieira *et al.*,¹⁷ Silva *et al.*,¹⁸ e divergentes dos reportados por Raimundo *et al.*,⁵ Porto *et al.*,¹² Xavier *et al.*¹⁶, que consideram os acidentes de trânsito como os mais prevalentes, e Oliveira *et al.*,⁹ a violência/agressão física como principal causa. Dos acidentes de trânsito encontrados em nosso estudo, a maioria foi ocasionada por acidente de motocicleta, semelhante aos dados de Cavalcante *et al.*¹¹ e Cavalcanti *et al.*¹⁴

Podemos considerar como justificativa plausível para o aumento de acidentes envolvendo motociclistas em nossas estatísticas, o crescente número desse meio de transporte, que circula no trânsito, em especial, na região do Curimataú e Seridó; associamos ainda à imprudência, relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas e o desrespeito às leis de trânsito desses condutores, principalmente nas cidades circunvizinhas e interioranas do estado da Paraíba e de outros estados vizinhos, onde a fiscalização é mais precária, e a Lei Seca ainda não

tem se mostrado efetiva.

Também se pôde contatar que as quedas de altura foram mais frequentes nos extremos das faixas etárias, 0 a 10 anos e acima de 60 anos, concordando com os estudos de Cavalcante *et al.*,¹¹ Lopes *et al.*¹³ e Xavier *et al.*¹⁶. Tais resultados podem ser justificados pelo fato de na fase infantil, a coordenação motora não estar totalmente aguçada, bem como, as crianças experimentarem maior independência e interação com a sociedade, tendendo a sofrerem quedas. Na terceira idade, patologias ósseo-articulares e no labirinto ocasionam episódios de fraqueza e tontura, influenciando, assim, no aumento da prevalência de queda nesses indivíduos. As lesões patológicas foram mais prevalentes na faixa etária de 51 a 60 anos, corroborando os estudos de Vieira *et al.*,¹⁷ e Silva *et al.*¹⁸

Quanto aos diagnósticos, as fraturas faciais foram as mais prevalentes, especificamente as fraturas de apenas um osso, seguidas das fraturas múltiplas, que foram concordantes com os resultados de Porto *et al.*,¹² e Cavalcanti *et al.*¹⁴ Uma minoria dos diagnósticos corresponderam a traumatismos envolvendo apenas tecidos moles da face (ferimentos), em concordância com os apontamentos de Cavalcante *et al.*,¹¹ e Lopes *et al.*¹³

As fraturas do complexo zigomático-orbital foram o diagnóstico mais prevalente dos traumatismos faciais no sexo masculino em praticamente todas as idades, com destaque para a faixa etária de acima de 41 a 50 anos, corroborando os resultados encontrados por Cavalcante *et al.*,¹¹ Lopes *et al.*,¹³ e Porto *et al.*,¹² e divergindo dos de Oliveira *et al.*,⁹ que encontraram as fraturas de nariz, e no trabalho de Raimundo *et al.*,⁵ que identificaram maior prevalência nas fraturas de mandíbula. O maior acometimento do complexo zigomático-orbital pode ser justificado pelo fato de que este se encontra em uma posição mais proeminente da face, tornando-se um local comum para a fratura.

Entre as patologias diagnosticadas por nosso serviço, os tumores benignos, particularmente os fibromas, foram os mais prevalentes, corroborando com os encontrados por Dias Neto *et al.*,² Xavier *et al.*,¹⁶ Silva *et al.*¹⁸ e refutados por Vieira *et al.*,¹⁷ em que as estomatites foram o diagnóstico mais prevalente. Para o sexo feminino, os processos patológicos foram os mais diagnosticados, sobretudo na faixa etária de 51 a 60 anos, corroborando Dias Neto *et al.*,² Silva *et al.*¹⁸ e divergindo com Vieira *et al.*,¹⁷ que

obtiveram maioria na faixa etária de 18 a 50 anos.

Na tentativa de justificar a divergência entre os autores em relação aos resultados deste estudo, corrobora-se a opinião de Cavalcanti *et al.*,¹⁴ ao salientarem que as influências ambientais, culturais, étnicas e sócio-econômicas, a amostra e o período do estudo podem afetar sensivelmente o perfil epidemiológico das lesões buco-maxilo-faciais tanto em relação à etiologia quanto ao diagnóstico mais prevalente. Isso ainda somado às características de cada região do país estudado, sobretudo quando se trata do Brasil, um país de dimensões continentais, onde existem disparidades físicas, sociais, econômicas e culturais marcantes de uma região para outra.

Para os traumatismos em tecidos duros (fraturas), destacamos que o tratamento cirúrgico com redução incruenta foi realizado em parte considerável dos pacientes, merecendo destaque para as reduções cirúrgicas da fratura dos ossos próprios do nariz e do complexo zigomático-orbital. Tais resultados estão de acordo com os estudos de Raimundo *et al.*,⁵ Cavalcanti *et al.*,¹⁴ quando explicam que tanto os resultados do tratamento conservador quanto do cirúrgico foram satisfatórios, considerando os critérios de reabilitação funcional e retorno às atividades e convívio social, e que o cirurgião buco-maxilo-facial deve possuir “bom senso” na indicação da forma de tratamento a ser empregada, levando-se em consideração as condições gerais do paciente e se o ambiente é favorável, inclusive economicamente, para que seja aplicado o método de tratamento adequado.

A minoria dos pacientes atendidos vítimas de acidente de trânsito utilizaram algum Equipamento de Proteção Individual, tal como capacete ou cinto de segurança, semelhantemente aos achados de Cavalcante *et al.*,¹¹ e Porto *et al.*,¹². A maioria dos pacientes com traumatismos faciais alegou ter ingerido algum tipo de bebida alcoólica ou além de ter consumido bebida alcoólica, confessou ter associado com alguma droga ilícita (tal como crack, cocaína). Esses achados sustentam-se naqueles obtidos por Lopes *et al.*¹³

Os traumatismos faciais foram mais prevalentes nos finais de semana, com destaque para o domingo; durante a semana, o dia de maior ocorrência foi a terça-feira. Esses resultados foram semelhantes aos achados de Cavalcante *et al.*¹¹ e Porto *et al.*¹² Isso pode ser atribuído ao fato de que,

no final de semana, as pessoas se envolvem mais com os fatores de risco, participando de festas, bares, entre outros, sendo comum que façam uso de drogas, entre elas, o álcool.

O período da tarde foi o de maior ocorrência dos traumatismos faciais, sendo o horário de maior pico das 16h01 às 18h, corroborando a opinião de Raimundo *et al.*⁵ e divergindo do reportado por Oliveira *et al.*,⁹ os quais consideraram o período noturno como o de maior prevalência. Ressalta-se que a noite é o período de maior envolvimento social dos indivíduos e de exposição aos agentes etiológicos.

O tempo médio de internação foi de 3 dias, resultado que se aproxima do encontrado por Porto *et al.*¹² Em alguns casos, esse tempo pode ser aumentado, no dizer de Oliveira *et al.*,⁹ em virtude da gravidade do traumatismo, muitas vezes havendo politraumatismo, comprometimento neurológico, necessidade de terapia intensiva e, também, devido à dificuldade de encaminhamento e transporte do paciente do local do traumatismo até o hospital onde ele receberá o atendimento definitivo.

Os órgãos de gestão do SUS, tais como o Ministério da Saúde em nível Federal, e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nas esferas Estadual e Municipal, respectivamente, bem como os órgãos reguladores de trânsito podem se subsidiar de estudos como este, a fim de que haja um planejamento mais consistente das ações e serviços direcionados em especial à população vitimada por lesões buco-maxilo-faciais, com maior ênfase na prevenção de agravos, promoção da saúde e qualidade de vida. Para os gestores hospitalares, esse banco de dados fornece um norteamento das políticas setoriais com o intuito de otimizar o trabalho, melhorar o atendimento e diminuir os custos operacionais, além de fornecer subsídios para se formular em programas preventivos com maior eficiência.

CONCLUSÃO

O trauma facial acomete predominantemente adultos jovens do sexo masculino. O acidente de moto foi um dos agentes etiológicos mais evidentes, com fratura do complexo zigomático-orbital. O tratamento executado para a maioria das vítimas foi a redução incruenta. Grande parte não fez uso de nenhum equipamento de proteção individual, além de ingerirem algum tipo de droga lícita e/ou

ilícita. O dia da semana em que houve mais casos de traumatismos foi no domingo, no período da tarde.

REFERÊNCIAS

1. Menarca MLG, Salavessa MRO. Aplicabilidade dos sistemas de qualidade na gestão hospitalar. Disponível em: <http://http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2232532>. Acesso em: 21 de junho de 2016.
2. Neto BD, Medrado AP, Reis SRA. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos de um centro de referência em patologia bucomaxilofacial, em um período de 10 anos. *Rev Bahiana Odonto*. 2012 Dez; 3(1): 3-15.
3. Seixas MAS, Melo HT. Desafios do administrador hospitalar. *Rev Gestão e Planejamento*; 2004 jan.-jun,5(9):16-20.
4. Austregésilo SC, Leal MCC, Góes PSA, Figueiredo N. Avaliação de serviços odontológicos de urgência (SOU): a visão dos gestores, gerentes e profissionais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2013 abr.-jun; 13(2): 161-69.
5. Raimundo RC, Guerra LAP, Antunes AA, Carvalho RWF, Santos TS. Fraturas de mandíbula: análise retrospectiva de 27 casos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac*. 2008 jan.-mar; 8(1): 57-62.
6. Oliveira MG, Paes JV, Paes FLSV, Valiati R, Gomes FV, Massotti FP. et al. Epidemiological profile of maxillofacial traumatic injuries in southern Brazil. *Int J Maxillofac Surg*; 2010 ago; 21(2): 77-82.
7. Silva EM, Matos FRRO, Pimenta RMC, Rodrigues JLSA, Marques JAM, Musse JO, et al., Epidemiological profile and characterization of oral and maxillofacial injuries in women victims of interpersonal violence. *Int J Odontostomat*. 2016 Abr;10(1):11-16.
8. Vasconcelos BG, Silva LAC, Júnior AF, Neto CRM, Pereira CM. Perfil epidemiológico dos pacientes com fraturas faciais atendidos em um hospital de Goiânia-Goiás. *J Health Sci Inst*. 2014 jul.-set;32(3):241-5.
9. Oliveira CMCS, Santos SOJS, Brasileiro BF, Santos TS. Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac*. 2008 jul.-set; 8(3): 57-68.
10. Carvalho filho MAM, Saintrain MVL, Anjos RES, Pinheiro SS, Cardoso LCP, Moizain JA, et al. Prevalence of oral and maxillofacial trauma in Elders admitted to a reference Hospital in Northeastern Brazil. *PLoS ONE*. 2015 Ago;10(8) 1-15.
11. Cavalcante JR, Guimarães KB, Vasconcelos BCE, Vasconcelos RJH. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos com trauma de face no Hospital Antônio Targino - Campina Grande/Paraíba. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009 Set.-Out;75(5):628-633.
12. Porto DE, Tavares GR, Tavares SSS, Cavalcante JR. Perfil epidemiológico dos traumatismos faciais de pacientes atendidos em hospitais de emergência e trauma de Campina Grande – PB. *Int J Dent, Recife*. 2011 nov;10(4):204-222.
13. Lopes ALC, Rangel CLG, Paiva KRG, Camara THQ, Ferreira MAF. Prevalência dos traumas buco-faciais em pacientes atendidos no Hospital Walfredo Gurgel (Natal-Rio Grande do Norte). *Rev Cir Traumatol*. 2011 abr.-jun;11(2):123-130.
14. Cavalcanti AL, Assis KM, Cavalcante JR, Xavier AFC, Aguiar YPC. Traumatismos maxilofaciais em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012 jun.-set;12(3):439-345.
15. Góes PSA, Figueiredo N, Rocha RACP. Aspectos teóricos e metodológicos da avaliação de serviços e programas. In: Pereira AC. *Tratado de saúde coletiva em odontologia*. São Paulo: Nova Odessa: Napoleão; p. 395-412, jun. 2009.
16. Xavier JC, Andrade SC, Arcoverde CAL, Lucena KCR, Cavalcanti DNT, Carvalho AAT. Levantamento epidemiológico das lesões bucais apresentadas por pacientes atendidos no serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Pernambuco, durante o período de janeiro de 2006 a julho de 2008. *Int J Dent*. 2009 jul.-set; 8(3): 135-139.
17. Vieira TTP. Prevalência de lesões e/ou alterações bucais em pacientes da Clínica de Estomatologia da Universidade Federal da Paraíba. 2010. 40f. Trabalho de Conclusão

de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

18. Silva TFA, Souza RB, Rocha RD, Araújo FAC, Morais HHA. Levantamento das biópsias realizadas no serviço de cirurgia buco-maxilo-facial do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2011 Abr-Jun; 11(2):91-100.