



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

DAMIÃO EDGLEYS PORTO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM LESÕES
BUCO-MAXILO FACIAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A EFICIÊNCIA
DOS PROCESSOS DE GESTÃO HOSPITALAR**

CAMPINA GRANDE - PB

2015

DAMIÃO EDGLEYS PORTO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM LESÕES
BUCO-MAXILO FACIAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A EFICIÊNCIA
DOS PROCESSOS DE GESTÃO HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.
Área de concentração: Gestão Pública.

Orientador: Prof. Ms. Flávio Antonio Santos.

CAMPINA GRANDE - PB

2015

A345f

Porto, Damião Edgleys.

Perfil epidemiológico dos pacientes com lesões buco-maxilo faciais: contribuições para a eficiência dos processos de gestão hospitalar/ Damião Edgleys Porto. – 2015.

42 F. : IL.

MONOGRAFIA (ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE) – UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE, 2015.

“Orientador: Ms. Flávio Antônio Santos, Departamento de Gestão em Saúde”.

1. Anatomia da face. 2. Articulação temporomandibular. 3. Epidemiologia. I. Título.

21.ed. 611.92

DAMIÃO EDGLEYS PORTO

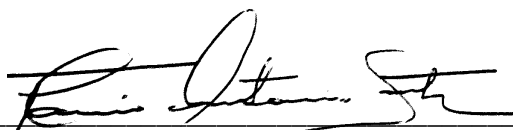
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM LESÕES
BUCO-MAXILO FACIAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A EFICIÊNCIA
DOS PROCESSOS DE GESTÃO HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

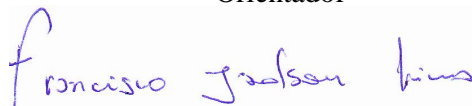
Área de concentração: Gestão Pública.

Aprovada em: 21/03/2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Flávio Antonio Santos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Orientador



Prof. Ms. Francisco Jadson Lima
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Membro



Ms. Thiara Karine de Araújo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Membro

A meus pais, Eronides Porto e Maria de Lourdes dos Santos Porto, pelo incentivo, apoio e dedicação, doando-se inteiramente e renunciando as suas prioridades e sonhos, para que, muitas vezes, pudesse realizar os meus.

A vocês, um muito obrigado não seria o bastante.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo sublime dom da vida, que por Sua força me faz perseverante diante dos obstáculos ao longo da jornada; por Sua fidelidade e providência e por ter me capacitado a conquistar mais um objetivo.

“Mesmo que eu esteja nas trevas, o Senhor será a minha luz”. (Mq 7,8).

Ao professor Ms. Flávio Antônio Santos (Orientador), que por sua dedicação e esforço deixou-nos passar que ao nos ensinar as lições técnicas e práticas da Gestão, também nos orientava para uma lição maior: a vida.

Ao professor Ms. Juarez Fernandes de Oliveira (Diretor do Centro de Ciências Tecnológicas da Universidade Estadual da Paraíba), pela sua preciosa e gentil colaboração na análise estatística dos dados desta pesquisa.

Aos funcionários do SAME (Serviço de Arquivo Médico Estatístico do Hospital Regional de Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB) que gentilmente auxiliaram na coleta dos dados para esta pesquisa.

Aos funcionários, médicos, enfermeiros, auxiliares e pacientes do Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB que respeitosa e contribuíram com seu profissionalismo, respeito e amizade.

Aos meus colegas de curso, de quem tive o privilégio de conquistar o respeito, admiração e amizade, dividindo as lutas, fracassos e vitórias durante a jornada desta Especialização.

A cada um dos professores que por aqui passaram, deixando, além dos conhecimentos, um pouco de si, e também levando um pouco de nós, contribuindo para o brilhantismo deste Curso.

Meus agradecimentos.

1 RESUMO

A gestão da saúde, e a hospitalar em particular, é uma das mais complexas. Quando se trata de um hospital de urgência e emergência, é imprescindível que a gestão do hospital disponha de dados atualizados do perfil dos pacientes atendidos por cada especialidade médica e odontológica a fim de melhor direcionar as estratégias de atendimentos e direcionar com efetividade o fomento dos recursos no hospital. Inserido num contexto de urgência e emergência hospitalares, o atendimento de urgências odontológicas é responsável por uma demanda variável entre 5% e 39% do total de atendimentos clínico-assistenciais por período trabalhado. Todavia, a escassez de estudos de gestão em odontologia hospitalar e sobretudo o conhecimento do perfil dos usuários desses serviços de odontologia hospitalar inseridos em um contexto multidisciplinar ainda é um desafio para gestores e autoridades, apresentando participação bastante incipiente nos processos decisórios sobretudo para nortear o planejamento, a gerência, a (re) orientação das políticas de saúde e a alocação de recursos. Baseado no exposto, esta pesquisa se propôs a traçar o perfil dos pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB, durante o período compreendido entre janeiro de 2012 a outubro de 2014 a fim de melhorar a eficiência no processo de gestão hospitalar. O estudo foi do tipo observacional, epidemiológico e retrospectivo, utilizando procedimento comparativo e estatístico descritivo com método de abordagem a observação indireta, utilizando-se como documentos a análise de 344 fichas ambulatoriais ou prontuários médico-hospitalares de todos os pacientes portadores de lesões buco-maxilo-faciais atendidos naquela unidade hospitalar durante o período mencionado. Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que o gênero masculino foi mais prevalente, em 53,5%, em relação ao feminino, com 46,5% e a faixa etária de 21 a 30 anos (28,8%) foi a mais acometida. As lesões patológicas foram, efetivamente, o principal agente etiológico das demandas em nosso serviço (32,6%), seguidos pelos acidentes de trânsito (41,3%) e quedas (11,3%). A fratura do complexo zigomático-orbital foi o diagnóstico mais prevalente dos traumatismos faciais (26,9%) e predominantemente no gênero masculino (34%), alcançando maior índice percentual em praticamente todas as idades, com destaque para a faixa etária de acima de 41 a 50 anos em que obtiveram o maior predomínio (55,5%). Para o gênero feminino, os processos patológicos foram os mais diagnosticados (43,9%), sendo mais prevalentes na faixa etária de 51 a 60 anos (41,2%). Entre as 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. Os traumatismos faciais foram mais prevalentes no domingo (16,3%) e o período da tarde (das 12h01 a 18h) foi o de maior ocorrência, com 24,7% dos casos. A maioria dos pacientes vítima de acidente de trânsito (29,7%) não fizeram uso de algum E.P.I. e alegou ter ingerido algum tipo de bebida alcoólica (22,7%), ou ter associado com alguma droga ilícita (tal como crack, cocaína). Espera-se que de posse desses resultados, esta pesquisa possa contribuir para melhorar a eficiência no processo de gestão hospitalar desta unidade de saúde e que sirva como subsídio técnico para melhoria da qualidade da assistência à saúde dos usuários do hospital através do suprimento e divulgação dos dados estatísticos sobre a prevalência das lesões buco-maxilo-faciais, a fim de que a gestão tenha melhores condições de formular políticas públicas de prevenção à população.

Palavras-chave: Traumatismos maxilofaciais; Doenças da boca; Administração hospitalar.

2 ABSTRACT

Health management, particularly hospital management, is one of the most complex. When it comes to an emergency care hospital, it is indispensable that hospital management dispose of updated data of patients profile attended by each medical and dental specialty in order to best target care strategies and direct effectively the promotion of resources at the hospital. Insert in a context of emergency care hospital, dental emergencies care is responsible for a variable demand between 5% and 39% of clinical-care service for time worked. Among various types of injuries that affect human body, facial trauma is evidenced by literature with special importance especially in public administration, mainly because injuries caused by the facial trauma are responsible for most of treatment presented by emergency and the morbidity and mortality in trauma centers. However, shortage of management studies in dentistry hospital, especially the knowledge about users profile these dentistry hospital services inserted in a multidisciplinary context is still a challenge for managers and authorities, presenting an incipient participation in decision-making processes especially to guide planning, management, (re) orientation of health policies and resource allocation. Based on above, this research aimed to evaluate patients profile attended by Surgery and Maxillofacial Service in Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí - Brazil, during January 2012 to October 2014 in order to improve efficiency in hospital management process. It was observational, epidemiological and retrospective study, using descriptive and statistical-comparative procedure and approach method of indirect observation, using like documents 344 outpatient or medical records analysis of all patients with oral and maxillofacial injuries attended in that hospital during that period. Based on obtained results, it was concluded that male was more prevalent in 53.5% in relation to female, with 46.5% and age group 21-30 years (28.8%) was most affected. Pathological lesions were, effectively, the main etiological agent on our service (32.6%), followed by traffic accidents (41.3%) and falls (11.3%). Zygomatic-orbital complex fracture was most prevalent diagnostic of facial trauma (26.9%) and predominantly in males (34%), reaching highest percentage rate in virtually all ages, especially for age group 41-50 (55.5%). For females, pathological processes were most diagnosed (43.9%), being more prevalent in the age group 51-60 years (41.2%). Among the pathological lesions diagnosed, 29.6% were benign tumors, especially fibrotic hiperplasy. 5.2% of disease corresponded to neoplasms, primarily squamous carcinoma type, predominantly in tong. Facial trauma were more prevalent on Sunday (16.3%) and the afternoon (from 12:01pm to 18:00) was the most frequent, with 24.7% of cases. Most traffic accident victims (29.7%) did not use any I.P. E and claimed to have ingested some type of alcoholic beverage (22.7%), or have associated with illegal drugs (such as crack, cocaine). It is expected that ownership results, this research contribute to improve efficiency in hospital management process of this health unit and served as a technical grant to improve health care quality of hospital users through the provision and dissemination of statistical data on the prevalence of oral and maxillofacial injuries in order that management be better able to design public policies to prevent the population.

Keywords: Maxillofacial Injuries; Mouth Diseases; Hospital Administration.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição do número de pacientes segundo a cidade de origem.....	25
TABELA 2 – Distribuição do número de pacientes segundo a faixa etária.....	26
TABELA 3 – Distribuição do número de pacientes segundo o gênero.....	26
TABELA 4 – Distribuição do número de pacientes segundo a cor da pele.....	26
TABELA 5 – Distribuição do número de pacientes segundo a profissão.....	27
TABELA 6 – Distribuição do número de pacientes segundo a etiologia e o gênero.....	27
TABELA 7 – Distribuição do número de pacientes segundo a etiologia e a faixa etária	29
TABELA 8 – Distribuição do número de diagnósticos segundo o gênero.....	31
TABELA 9 – Distribuição do número de diagnósticos segundo a faixa etária.....	32
TABELA 10 – Distribuição do número de traumatismos faciais.....	33
TABELA 11 – Distribuição do número de lesões patológicas.....	34
TABELA 12 – Distribuição do número de tratamentos.....	34
TABELA 13 – Distribuição do número de diagnósticos segundo a etiologia.....	36
TABELA 14 – Distribuição do número de pacientes segundo o uso de E.P.I.....	37
TABELA 15 – Distribuição do número de pacientes segundo o consumo de álcool/ drogas.....	37
TABELA 16 – Distribuição do número de pacientes segundo o dia de atendimento.	38
TABELA 17 – Distribuição do número de pacientes segundo o horário de atendimento.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição do número de pacientes segundo o dia, horário e turnos.....	39
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS - Conselho Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

SAME – Serviço de Arquivo Médico

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RN – Rio Grande do Norte

PB – Paraíba

HUOC – Hospital Universitário Oswaldo Cruz

UPE – Universidade de Pernambuco

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

SISNEP – Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

MS – Ministério da Saúde

FRAT. – Fratura

F.I.E. –Fixação Interna Estável

E.P.I. – Equipamento de Proteção Individual

B.M.M. – Bloqueio Maxilo Mandibular

Km – Quilômetro

h – Hora

X² – Qui-quadrado

p – Condição de dependência do teste qui-quadrado

S - Condição de dependência significativa no teste qui-quadrado

AS - Condição de dependência altamente significativa no teste qui-quadrado

NS - Condição de dependência não significativa no teste qui-quadrado

n – Número

α – Alfa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 JUSTIFICATIVA	16
2.1 Justificativa Pessoal	16
2.2 Justificativa Acadêmica	16
2.3 Justificativa Social	18
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
4.1 Lesões buco-maxilo-faciais de origem não traumática	20
4.2 Lesões buco-maxilo-faciais de origem traumática	21
5 METODOLOGIA.....	23
5.1 Tipo de Pesquisa	23
5.2 População	23
5.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	23
5.4 Instrumento de Coleta de Dados	24
5.5 Procedimento de Coleta de Dados	24
5.6 Processamento e Análise dos Dados	24
5.7 Aspectos Éticos	24
6 RESULTADOS	25
7 DISCUSSÕES.....	40
7 CONCLUSÕES	44
8 REFERÊNCIAS	45
ANEXOS.....	47

1 INTRODUÇÃO

A gestão da saúde, e a hospitalar em particular, é uma das mais complexas. A existência de um maior número de profissões e técnicas do que em qualquer outra atividade, a situação contextual faz com que o cliente dos serviços de saúde seja um cliente com um limiar de suporte e leitura interpretativa muito mais intolerante face à qualidade dos serviços que lhe estão sendo prestados, e o grau de complexidade dos serviços desenvolvidos situa-se para além do entendimento técnico-científico da generalidade dos clientes (MENORCA, SALAVESA, 2014).

O conhecimento do perfil 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. É possível realizar o direcionamento do diagnóstico em vista das entidades patológicas mais comuns de uma região, grupo étnico e etário, direcionando para ações de promoção e de prevenção por meio de um planejamento em saúde (DIAS NETO et al., 2012, SEIXAS et al., 2014).

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. Estes 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 adequado (AUSTREGÉSILO et al., 2013).

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 morbi mortalidade nos centros de trauma, refletindo-se na falta de leitos em hospitais e policlínicas, além dos gastos com o tratamento, recuperação e reabilitação dos pacientes, o que na maioria das vezes modifica o direcionamento das políticas públicas em saúde que passam a dar maior prioridade à atenção secundária e terciária, ao invés de cuidar de programas preventivos para essa população (RAIMUNDO et al., 2008).

O paciente com lesão buco-maxilo-facial tem merecido crescente destaque visto que a cada dia se tem aumentado a quantidade de agressões a esta tão importante estrutura anatômica, com injúrias as mais diversas possíveis, sendo importante salientar que há aqui uma importante relação com a gestão pública uma vez que os traumatismos faciais, em especial as fraturas, assumem um papel de destaque nos atendimentos emergenciais em todo o mundo devido às consequências emocionais, à possibilidade de deformidade e também ao impacto econômico que os mesmos causam em um sistema de saúde (RAIMUNDO et al., 2008).

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 à reabilitação do indivíduo e seu retorno, com mais brevidade e na medida do possível, a uma vida normal (OLIVEIRA et al., 2008).

Nesse âmbito, tem sido extensamente relatado na literatura que os traumatismos faciais são mais correntes no gênero 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 faciais (CAVALCANTE et al., 2009).

Todavia, estudos epidemiológicos realizados nas diversas regiões do país e do mundo apontam divergência quanto à etiologia mais prevalente dos traumatismos e o tipo de fratura mais diagnosticada. Alguns relatam os acidentes de trânsito como o principal agente etiológico dos traumatismos faciais, outras etiologias principais citadas incluem a agressão física e queda da própria altura. Já com relação às fraturas faciais, as regiões anatômicas mais incidentes incluem nariz, complexo zigomático e mandíbula (PORTO et al., 2011; LOPES et al., 2011; CAVALCANTI et al., 2012).

Somado a isso, a escassez de estudos de gestão em odontologia hospitalar e sobretudo o conhecimento do perfil dos usuários desses serviços de odontologia hospitalar inseridos em um contexto multidisciplinar ainda é um desafio para gestores e autoridades, apresentando participação bastante incipiente nos processos decisórios. Principalmente porque a avaliação é elemento fundamental para se alcançar a qualidade na atenção à saúde e quando bem realizada reduz incertezas, melhora a efetividade das ações e propicia subsídios para a tomada de decisões, contribuindo para nortear o planejamento, a gerência, a (re) orientação das políticas de saúde e a alocação de recursos, tornando-se, portanto, um importante instrumento de transformação (GOES et al., 2009).

Portanto, baseado no exposto acima, este trabalho tem como propósito traçar o perfil dos pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB, durante o período compreendido entre janeiro de 2012 e outubro de 2014.

2 JUSTIFICATIVA

2.1 Justificativa pessoal

Conhecendo a realidade dos usuários dos serviços de Odontologia hospitalar sob a ótica dos traumatismos faciais e sua relação com a gestão pública em virtude do impacto que o trauma de face pode ocasionar tanto na vida do indivíduo como na gestão através dos custos para os cofres públicos são determinantes principalmente quando se elabora um estudo que se propõe a observar a realidade local desse impacto sob uma comunidade ou região.

2.2 Justificativa acadêmica

Em geral as políticas públicas são norteadas por estudos epidemiológicos de caráter geral a fim de traçar as medidas prioritárias ao atendimento da população. Quando se trata de um hospital de urgência e emergência, é imprescindível que a gestão do hospital disponha de dados atualizados do perfil dos pacientes atendidos por cada especialidade médica e odontológica a fim de melhor direcionar as estratégias de atendimentos e direcionar com efetividade o fomento dos recursos no hospital.

Neste aspecto, destacamos o município de Picuí. Localizado no extremo Norte do estado da Paraíba, a cidade tem população, segundo dados do IBGE (2010) de 18.226 habitantes em uma área de 665,57 km². Fica na mesorregião da Borborema entre a microrregião do Seridó Oriental e o Curimataú Ocidental Paraibano que congregam ao todo 20 municípios, perfazendo um total de 192.376 habitantes.

O Município dista a 128 km de Campina Grande e a 175 km da capital João Pessoa e faz parte do 4º núcleo regional de Saúde, composto pelos municípios de: Algodão de Jandaíra, Baraúna, Barra de Santa Rosa, Cubati, Cuité, Damião, Frei Martinho, Nova Floresta, Nova Palmeira, Pedra Lavrada, Picuí, São Vicente do Seridó e Sossego (PICUÍ, 2013).

O Hospital Regional Felipe Tiago Gomes é a principal Unidade de Saúde dessa região conveniada integralmente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência nas principais especialidades médico-odontológicas, tais como: Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Geral e Obstetrícia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Pediatria, Oftalmologia, Cardiologia, Dermatologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Mastologia, e Ultrassonografia. Atende uma demanda média mensal de 4.541 pacientes provindos das cidades do 4º núcleo regional de saúde da Paraíba e de cidades do Estado vizinho: Rio Grande do Norte. Realiza 380 cirurgias ao mês em caráter de urgência e eletivas (CNES, 2013).

A estrutura física do hospital é composta de: recepção, sala de triagem, consultórios, centro cirúrgico, sala de urgência e trauma, sala de radiologia, laboratório de análises clínicas, hemonúcleo, farmácia, telefonia, copa, refeitório, repouso masculino e feminino, central de esterilização, lavanderia, almoxarifado e setor administrativo, abrangendo sala de recursos humanos, SAME (arquivo médico), faturamento, tesouraria e direção. Além disso, o hospital contém 4 alas de enfermaria, a saber: Ala cirúrgica com 18 leitos, Ala clínica com 47 leitos, Obstetrícia com 18 leitos e Pediatria com 17 leitos. A unidade hospitalar está atualmente em fase de conclusão de um processo de reforma e ampliação, em que passará a contar com U.T.I, salas de ultrassonografia, ecocardiograma, eletrocardiograma, endoscopia, sala de sutura/curativo, sala de gesso e mais 6 enfermarias.

2.3 Justificativa social

Mesmo diante de uma estrutura física e de recursos humanos que fazem do Hospital Regional Felipe Tiago Gomes um hospital geral habilitado para o atendimento de urgência e emergência nas mais diversas especialidades, observa-se ainda que em virtude de alguma falha, seja na divulgação dos serviços ofertados, seja no sistema de referência e contra referência ou, em alguns casos, devido ao grau de complexidade de algumas lesões tem feito com que uma demanda elevada de pacientes, sobretudo com lesões buco-maxilo-faciais venham a ser encaminhados para clínicas e hospitais de grandes centros mais distantes, tais como Campina Grande-PB, João Pessoa-PB e Natal-RN, causando superlotação naqueles ambientes nosocomiais, enormes filas de espera e muitas vezes até retorno desses pacientes para suas cidades de origem sem terem a resolução de suas patologias.

Desta forma, um planejamento para resolução desses problemas apontados resultaria numa série de benefícios não somente para a população assistida, visto que esses pacientes teriam a resolutividade de suas patologias em menor tempo e, conseqüentemente, melhor recuperação, o que contribuiria para um desafogamento nos hospitais e clínicas dos grandes centros e menor custo aos cofres públicos.

Por estas razões é mister que se faça uma análise sobre o perfil dos pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial em nossa região, com o propósito de esclarecer as principais semelhanças e divergências entre os resultados obtidos com as atuais pesquisas na área em outras regiões do país, visando a traçar políticas públicas adequadas a esta população, buscando otimizar a gestão pública com melhores estratégias de prevenção e atendimento, evitando-se, entre outros problemas a superlotação nos hospitais e clínicas especializadas nos grandes centros urbanos.

3 OBJETIVOS

Geral

Identificar o perfil dos pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB, durante o período compreendido entre janeiro de 2012 a outubro de 2014 a fim contribuir com dados preponderantes ao exercício de planejamento e eficiência no processo de gestão hospitalar.

Específicos

- Traçar o perfil do paciente quanto ao gênero, faixa etária, cor da pele, condição socioeconômica, etiologia, diagnóstico e tipo de tratamento;
- Investigar a procedência do paciente, se a maioria provém da cidade de Picuí, outras cidades Curimataú e Seridó da Paraíba ou de outros estados do Brasil;
- Verificar o período (dia da semana e horário) em que os traumatismos buco-maxilo-faciais são mais prevalentes e o tempo médio de internação dos pacientes;
- Averiguar se o paciente vítima de acidente de trânsito fazia ou não uso de equipamento de proteção individual;
- Observar se o paciente vítima de acidente de trânsito tinha ou não ingerido bebida alcoólica ou usado algum tipo de droga ilícita;
- Fornecer ao hospital e aos órgãos competentes, tal como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, Imprensa, bem como a sociedade civil em geral, dados estatísticos sobre a prevalência das lesões buco-maxilo-faciais atendidas no Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB, a fim de que tenham melhores condições de formular políticas públicas de prevenção à população;
- Fundamentar estudos sobre essa realidade a fim de melhorar o atendimento a pacientes do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial quanto a eficiência do processo de gestão da unidade.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Lesões buco-maxilo-faciais de origem não-traumática

O conhecimento sobre frequência e distribuição das lesões buco-maxilo-faciais é útil, não somente para o estabelecimento do diagnóstico, tratamento e preservação do paciente, como também, pode auxiliar nas políticas de prevenção para a saúde bucal (XAVIER et al, 2009; VIEIRA, 2010).

Estudos epidemiológicos fornecem informações importantes para compreensão da prevalência, incidência e severidade da doença bucal de uma população e numerosos são os trabalhos na literatura em relação à prevalência das lesões buco-maxilo-faciais, porém, a maioria deles fornece dados restritos a algumas lesões, o que não permite uma visão ampla da ocorrência das patologias (SILVA et al., 2011).

Vieira et al (2010) realizaram um estudo com 270 fichas clínicas de pacientes atendidos na clínica de Estomatologia da Universidade Federal da Paraíba das quais 72 (26,7%) eram de homens e 198 (73,3%) de mulheres, correspondendo à proporção de aproximadamente 3:1. A maioria dos pacientes (70,8%) tinha entre 18 e 50 anos de idade e a estomatite protética (11,9%) foi a mais prevalente seguida por candidose (3,3%), úlcera traumática (3%), hiperplasia fibrosa inflamatória (2,6%), abscesso dento-alveolar (2,2%).

Silva et al (2011) realizaram uma pesquisa com pacientes com lesões do complexo buco-maxilo-facial, atendidos nas clínicas odontológicas da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Dos 75 pacientes selecionados, 10 foram do gênero masculino e 20 do gênero feminino; quanto à cor da pele, 27 eram leucodermas, e 03, melanodermas. Houve uma maior prevalência de pacientes com faixa etária entre 18 e 60 anos. Os sítios anatômicos mais comuns das lesões foram: mucosa jugal, lábio inferior, borda lateral de língua.

Dias Neto et al (2012) realizaram uma pesquisa avaliando 1095 fichas de biópsias, encaminhadas ao Serviço de Patologia Oral da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, durante o período de 2001 a 2010. Verificou-se que 644 (58,81%) correspondiam a indivíduos do gênero masculino, enquanto que 451 (41,19%) correspondiam ao gênero feminino. O maior percentual de lesões concentrou-se nas 3º, 4º, 5º e 6º décadas de vida. A hiperplasia fibrosa foi a entidade mais representativa, constituiu 48,53% das lesões. Já no grupo correspondente às neoplasias malignas de tecidos moles, o carcinoma espinocelular destacou-se como a lesão mais prevalente. 15,66% das lesões localizaram-se na mandíbula e 12,13% na maxila.

4.2 Lesões Buco-Maxilo-Faciais de Origem Traumática

As lesões buco-maxilo-faciais, incluindo-se nestas as fraturas, assumem um papel de destaque nos atendimentos nos atendimentos a pacientes politraumatizados nas emergências hospitalares. Os agentes etiológicos das lesões traumáticas buco-maxilo-faciais variam muito de acordo com a comunidade avaliada, dos costumes e hábitos sociais. As principais etiologias do traumatismo facial são: violência, acidentes de trânsito, queda e acidentes esportivos (CAVALCANTE et al., 2009; PORTO et al., 2011).

A literatura atual continua sendo unânime em atribuir o gênero masculino como sendo o mais acometido nos traumatismos faciais, sendo que a maioria das lesões ocorre entre 21 e 30 anos (OLIVEIRA et al., 2008, CAVALCANTE et al., 2009; CAVALCANTI et al 2012; PORTO et al., 2011).

Lopes et al (2009) realizaram um levantamento epidemiológico de 1.084 pacientes com traumas buco-maxilo-faciais atendidos no Hospital Walfredo Gurgel (Natal-RN), no período de janeiro a abril de 2009. Dentre as etiologias apontadas, as quedas acometeram 37,8% (371 casos), seguidas dos acidentes de trânsito com 262 casos (26,7%) e da violência com 204 casos (20,8%). Quanto aos sítios anatômicos, a região bucal foi acometida com 172 casos (14,5%); seguida pelos ossos nasais, com 171 casos (14,4%).

Raimundo et al (2008) propuseram-se a relatar o perfil epidemiológico de pacientes portadores de fratura de mandíbula, diagnosticadas e tratadas no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC/UPE através de um estudo descritivo-retrospectivo de um total de 27 pacientes, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2006 (03 anos). Concluíram que essas fraturas foram mais ocasionadas por acidente automobilístico e agressão física (08 casos - 29,6% cada), de ocorrência maior na 2ª e 3ª décadas de vida e que as fraturas mandibulares ainda são mais frequentes nos indivíduos adultos jovens do sexo masculino e, geralmente, ocorrem mais nas regiões de corpo e ângulo mandibular (12 casos - 44,4%).

Porto et al (2011) realizaram um estudo retrospectivo de 3509 prontuários médico-hospitalares de pacientes com lesões buco-maxilo-faciais atendidos no Hospital Antônio Targino e Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande-PB e observaram que os acidentes de trânsito (motocicletas, automóveis, bicicletas e atropelamentos) são, efetivamente, o principal agente etiológico dos traumatismos em nossa região (42,3%), seguidos pelas quedas (21,1%) e agressões físicas (16,2%). A fratura do complexo zigomático foi a mais diagnosticada.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Pesquisa

De acordo com Gil (2007), quanto ao tipo e objeto da pesquisa, o estudo foi do tipo observacional, epidemiológico, com dados documentais retrospectivos.

5.2 População e Amostra

O universo da pesquisa constou de 100% dos prontuários médico-hospitalares de pacientes que foram internados no Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB, durante o período compreendido entre janeiro de 2012 a outubro 2014. Deste universo, foi extraída a amostra aleatória das fichas ambulatoriais ou prontuários médico-hospitalares de pacientes com lesões buco-maxilo-faciais atendidos durante o período supracitado, perfazendo um grupo amostral de 344 fichas ambulatoriais ou prontuários médico-hospitalares.

5.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas na pesquisa todos as fichas ambulatoriais ou prontuários médico-hospitalares de pacientes com lesões buco-maxilo-faciais atendidos durante o período de janeiro de 2012 a outubro de 2014, uma vez que serviram como subsídio para atender os objetivos propostos no estudo, além de que este era o período em que foi implantado o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no Hospital Regional de Picuí-PB.

Não foram incluídas na pesquisa as fichas ambulatoriais ou prontuários médico-hospitalares de pacientes que não apresentassem lesões buco-maxilo-faciais e/ou que não atendessem ao período proposto neste trabalho, uma vez que descaracterizaria o estudo proposto assim como entraria em conflito com os objetivos deste estudo.

5.4 Instrumento de Coleta de Dados

Foram utilizadas como documentos as fichas ambulatoriais ou prontuários médico-hospitalares de todos os pacientes portadores de lesões buco-maxilo-faciais atendidas no Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB, durante o período de janeiro de 2012 a outubro de 2014.

5.5 Procedimento de Coleta de Dados

Para a realização da pesquisa foram utilizadas as fichas ambulatoriais ou prontuários médico-hospitalares dos pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, disponíveis no SAME (Serviço de Arquivo Médico) do Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB, sendo os dados extraídos e individualizados em um formulário específico (Anexo)

5.6 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram armazenados, organizados e tabulados com o Software Microsoft Excel (2010) e submetidos à análise estatística com o auxílio do programa SPSS 18.0 (2010), através do teste qui-quadrado de Pearson, tomando como base um nível de significância de $\alpha = 0,05$.

5.7 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, aprovada e devidamente registrada no SISNEP (CAAE 37341314.2.0000.5187), conforme preconiza o estudo com seres humanos, conforme Resolução 466/12 CNS/MS, especificamente no tratamento de dados em arquivo e também obtida anuência do hospital no qual foi realizado o estudo. Será elaborado relatório da pesquisa ao final da investigação.

6 RESULTADOS

6.1 PERFIL DOS PACIENTES

Após coleta dos dados, análise das fichas e/ou prontuários e considerações dos critérios propostos pela presente pesquisa, o estudo per fez uma amostra de 344 fichas e/ou prontuários dos pacientes. Tais informações estão dispostas nos tópicos subsequentes.

6.1.1 Cidade de Origem

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO A CIDADE DE ORIGEM.

CIDADES	n	%
PICUÍ	184	53,5
BARAÚNA	21	6,1
CUITÉ	24	7,0
BARRA DE SANTA ROSA	13	3,8
NOVA PALMEIRA	23	6,7
DAMIÃO	13	3,8
NOVA FLORESTA	16	4,7
PEDRA LAVRADA	13	3,8
SOSSÊGO	13	3,8
FREI MARTINHO	16	4,7
SÃO VICENTE DO SERIDÓ	3	0,9
RIO GRANDE DO NORTE ¹	4	1,2
CUBATI	1	0,3
TOTAL DE PACIENTES	344	100,0

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

¹ Foram citados aqui os pacientes oriundos das cidades potiguares circunvizinhas: Carnaúba dos Dantas, Jaçanã e Coronel Ezequiel.

A maioria dos pacientes atendidos foi proveniente da própria cidade de Picuí (53,5%), seguido por Cuité (7,0%) e Baraúna (6,1%).

6.1.2 Faixa Etária

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	n	%
0 A 10	33	9,6
11 A 20	61	17,7
21 A 30	99	28,8
31 A 40	57	16,6
41 A 50	35	10,2
51 A 60	30	8,7
ACIMA DE 60	29	8,4
TOTAL DE PACIENTES	344	100,0

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

A maior parte dos pacientes atendidos está na faixa etária de 21 a 30 anos (28,8%).

6.1.3 Gênero

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO O GÊNERO.

GÊNERO	n	%
MASCULINO	184	53,5
FEMININO	160	46,5
TOTAL DE PACIENTES	344	100,0

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

O gênero masculino (53,5%) foi ligeiramente mais prevalente em relação ao feminino (46,5%), numa proporção de 1:1.

6.1.4 Cor da Pele

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO A COR DA PELE.

COR DA PELE	n	%
LEUCODERMA	171	49,7
FEODERMA	107	31,1
MELANODERMA	66	19,2
TOTAL DE PACIENTES	344	100,0

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

A maioria dos pacientes atendidos pelo serviço era leucoderma (49,7%).

6.1.5 Profissão

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO A PROFISSÃO.

PROFISSÃO	n	%
AGRICULTOR	111	32,3
ESTUDANTE	72	20,9
APOSENTADO/PENSIONISTA	34	9,9
FUNCIONÁRIO ¹	51	14,8
AUTÔNOMO	26	7,6
DOMÉSTICA	23	6,7
ESPECIAL ²	18	5,2
OUTROS ³	9	2,6
TOTAL DE PACIENTES	344	100,0

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

- (1) – Foram considerados na categoria FUNCIONÁRIO, aqueles que desempenham sua função em empresa pública ou privada com remuneração de até 2 salários mínimos.
- (2) – Paciente portador de necessidades especiais.
- (3) – Foram citados na categoria OUTROS: menores que ainda não estão em idade escolar e desocupados.

Os agricultores (32,3%) foram a população mais atendida pelo serviço, em relação às outras profissões.

6.2 PERFIL DO ATENDIMENTO

6.2.1 Agente etiológico por Gênero

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO A ETIOLOGIA E O GÊNERO							
ETIOLOGIA	GÊNERO (%)		TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA			
	M	F		X ²	P VALOR ⁽²⁾	CONDIÇÃO ⁽³⁾	GÊNERO
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 TRANSITO ⁽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				

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

- (1) – Foram citados na categoria OUTROS ACIDENTES DE TRÂNSITO: acidente de automóvel, atropelamento, acidente de bicicleta.
- (2) – Para $\alpha = 0,05$; temos $p \leq 0,05$ = Existe associação entre as variáveis; $p > 0,05$ = Não existe associação entre as variáveis.
- (3) – AS = Associação altamente significativa ($p \leq 0,01$); S = Associação significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$); NS = Não há associação (variáveis independentes para a amostra em estudo) ($p > 0,05$).

A tabela aponta que no gênero masculino o agente etiológico mais prevalente foi o acidente de moto (40,2%). Para o gênero feminino a maior prevalência foi de lesões patológicas (57,5%).

A análise estatística pelo teste qui-quadrado de Pearson para estabelecimento de uma possível associação entre o gênero e a etiologia do atendimento revelou que existiu uma tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$) do gênero masculino estar relacionado predominantemente com o acidente de moto ($X^2 = 23,8$). Já no gênero feminino essa tendência foi observada nas lesões patológicas ($X^2 = 32,5$).

Para as demais etiologias não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), elas se mostraram independentes para os dados em estudo. Ou seja, as etiologias: queda da própria altura, agressão física, acidente esportivo/recreativo, outros acidentes de trânsito e acidente de trabalho podem ocorrer no gênero masculino e/ou feminino de forma independente, sem qualquer associação entre elas.

6.2.2 Agente etiológico por Faixa Etária

TABELA 7 – 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	Acima de 60		X ²	p VALOR ⁽²⁾	CONDIÇÃO ⁽³⁾	FAIXA ETÁRIA
ACIDENTE DE MOTO	3,0	34,4	39,4	29,8	37,1	23,3	6,9	29,1	25,3	0,000	AS	11 A 60
QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	33,3	3,3	–	7,0	17,1	10,0	44,8	11,3	67,1	0,000	AS	0 a 10/ Acima de 60
AGRESSÃO FÍSICA	3,0	14,8	9,1	5,3	11,4	–	–	7,6	11,8	0,066	NS	–
ACIDENTE ESPORTIVO/ RECREATIVO	12,1	6,6	4,0	–	–	–	–	8,7	3,97	0,265	NS	–
LESÃO PATOLÓGICA	42,4	37,7	36,4	50,9	28,6	56,7	44,8	41,3	8,9	0,179	NS	–
OUTROS ACIDENTES DE TRÂNSITO ⁽¹⁾	6,2	3,2	4,0	1,8	2,9	6,7	–	3,5	3,2	0,778		–
ACIDENTE DE TRABALHO	–	–	7,1	3,5	–	3,3	–	2,9	10,9	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				

Fonte: Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

(1) – Foram citados na categoria OUTROS ACIDENTES DE TRÂNSITO: acidente de automóvel, atropelamento, acidente de bicicleta.

(2) – Para $\alpha = 0,05$; temos $p \leq 0,05$ = Existe associação entre as variáveis; $p > 0,05$ = Não existe associação entre as variáveis.

(3) – AS = Associação altamente significativa ($p \leq 0,01$); S = Associação significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$); NS = Não há associação (variáveis independentes para a amostra em estudo) ($p > 0,05$).

Os acidentes de moto foram o agente etiológico predominante em praticamente todas as faixas etárias, em relação às outras etiologias, com maior destaque na faixa etária de 21 a 30 (39,4%). 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%). As lesões patológicas foram mais prevalentes na faixa etária de 51 a 60 anos (56,7%).

A análise estatística apontou que houve uma tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$) na relação entre as variáveis: acidente de moto e idade, com maior predomínio numa larga faixa etária que compreende 11 a 60 anos ($X^2 = 25,3$). Também foi estabelecida uma condição de dependência altamente significativa ($p \leq 0,01$) entre as variáveis idade e queda da própria altura ($X^2 = 67,1$), com maior destaque nas faixas etárias de 0 a 10 e acima de 60 anos.

Para as demais etiologias não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), elas se mostraram independentes para os dados em estudo. Ou seja, as etiologias: agressão física, acidente esportivo/recreativo, lesão patológica, outros acidentes de trânsito e acidente de trabalho podem ocorrer em qualquer faixa etária de forma independente, sem qualquer associação entre elas.

6.2.3 Diagnóstico por Gênero

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS SEGUNDO O GÊNERO.							
DIAGNÓSTICOS ⁽¹⁾	GÊNERO (%)		TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA			
	M	F		X ²	P VALOR ⁽²⁾	CONDIÇÃO ⁽³⁾	GÊNERO
PROCESSOS PATOLÓGICOS ⁽⁴⁾	18,6	43,9	29,8	29,0	0,000	AS	F
FRAT. DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	15,3	14,6	15,0	0,04	0,842	NS	–
FRAT. DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-ORBITAL ⁽⁵⁾	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 ⁽⁶⁾	9,3	14,6	11,7	2,6	0,106	NS	–
TOTAL	100,0	100,0	100,0				
TOTAL DE DIAGNÓSTICOS	215	171	386				

Fonte: Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

(1) – Um paciente pode apresentar mais de um diagnóstico.

(2) – Para $\alpha = 0,05$; temos $p \leq 0,05$ = Existe associação entre as variáveis; $p > 0,05$ = Não existe associação entre as variáveis.

(3) – AS = Associação altamente significativa ($p \leq 0,01$); S = Associação significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$); NS = Não há associação (variáveis independentes para a amostra em estudo) ($p > 0,05$).

(4) – Foram citados na categoria PROCESSOS PATOLÓGICOS: processos inflamatórios (cisto, abscesso, granuloma e osteomielite), tumores e neoplasias.

(5) – Complexo zigomático-orbital: abrangendo órbita, corpo, pilar e arco zigomáticos.

(6) – Foram citados na categoria OUTROS: Síndrome do ardor bucal, trauma fechado de face, factiniorragia, DTM e corpo estranho.

A tabela aponta que a fratura do complexo zigomático-orbital foi o diagnóstico mais prevalente dos traumatismos faciais (26,9%) e predominantemente no gênero masculino (34%). Para o gênero feminino, os processos patológicos foram os mais diagnosticados (43,9%). Dos 386 diagnósticos apresentados pelos pacientes atendidos por nosso serviço, as fraturas faciais somaram 46,3% dos casos. Destas, 60,8% foram fraturas isoladas (fratura de apenas um osso) e 10,3% fraturas múltiplas (mais de um osso fraturado). 7,5% dos diagnósticos corresponderam a traumatismos envolvendo apenas tecidos moles da face (ferimentos).

A aplicação do teste qui-quadrado para estabelecimento de uma possível associação entre o gênero e o diagnóstico proposto revelou que existiu uma tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$) das fraturas do complexo zigomático-orbital e os ferimentos em face serem mais prevalentes no gênero masculino, $X^2 = 12,1$ e $X^2 = 7,1$, respectivamente. Para o gênero feminino a mesma tendência foi observada na associação com os processos patológicos ($X^2 = 29,0$). Para os demais diagnósticos não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), elas se mostraram independentes para os dados em estudo. Ou seja, os diagnósticos: fratura de nariz, fratura de mandíbula e outros diagnósticos podem ocorrer no gênero masculino e/ou feminino de forma independente, sem qualquer associação entre eles.

6.2.4 Diagnóstico por Faixa Etária

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO E FAIXA ETÁRIA

DIAGNÓSTICO ⁽¹⁾	FAIXA ETÁRIA (ANOS) (%)							TOTAL (%)	ANÁLISE ESTATÍSTICA			
	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	Acima de 60		X ²	p VALOR ⁽²⁾	CONDIÇÃO ⁽³⁾	FAIXA ETÁRIA
PROCESSOS PATOLÓGICOS ⁽⁴⁾	39,4	28,8	26,5	36,1	10,0	41,2	34,4	29,8	13,2	0,041	S	Todas
FRAT. DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	18,2	19,2	14,2	9,8	15,0	17,6	12,5	15,0	2,9	0,816	NS	–
FRAT. DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-ORBITAL ⁽⁵⁾	3,0	19,2	31,9	27,9	55,0	23,5	18,8	26,9	30,5	0,000	AS	Acima de 11
FRATURA DE MANDÍBULA	9,1	6,8	5,3	4,9	–	–	–	4,4	7,9	0,246	NS	–
FERIMENTO EM FACE	–	17,8	8,0	3,3	–	8,8	6,3	7,5	18,8	0,004	AS	11 a 20
OUTROS ⁽⁶⁾	18,2	4,1	9,7	14,8	17,5	5,9	21,9	11,7	12,0	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				

Fonte: Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

(1) – Um paciente pode apresentar mais de um diagnóstico

(2) – Para $\alpha = 0,05$; temos $p \leq 0,05$ = Existe associação entre as variáveis; $p > 0,05$ = Não existe associação entre as variáveis.

(3) – AS = Associação altamente significativa ($p \leq 0,01$); S = Associação significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$); NS = Não há associação (variáveis independentes para a amostra em estudo) ($p > 0,05$).

(4) – Foram citados na categoria PROCESSOS PATOLÓGICOS: processos inflamatórios (cisto, abscesso, granuloma e osteomielite), tumores e neoplasias.

(5) – Complexo zigomático-orbital: abrangendo órbita, corpo, pilar e arco zigomáticos.

(6) – Foram citados na categoria OUTROS: Síndrome do ardor bucal, trauma fechado de face, factiniorragia, DTM e corpo estranho.

As fraturas do complexo zigomático-orbital alcançaram maior índice percentual em praticamente todas as idades, com destaque para a faixa etária de acima de 41 a 50 anos em que obtiveram o maior predomínio (55,5%). Os processos patológicos foram mais prevalentes na faixa etária de 51 a 60 anos (41,2%). As fraturas de nariz e os ferimentos em face foram mais observadas nas idades de 11 a 20 anos: 19,2% e 17,8, respectivamente. Outros diagnósticos foram predominantes acima de 60 anos, 21,9%.

Quanto à análise estatística, ficou-se evidenciado que houve uma condição de dependência altamente significativa ($p \leq 0,01$) na associação entre as variáveis diagnóstico e faixa etária, para as fraturas do complexo zigomático-orbital, predominantemente acima de 11 anos ($X^2 = 30,5$) e para os ferimentos em face, significativamente de 11 a 20 anos ($X^2 = 18,8$).

A condição de dependência significativa ($0,01 \leq p \leq 0,05$) foi apontada na associação entre processos patológicos e todas as faixas etárias estudadas ($X^2 = 13,2$).

Para os demais diagnósticos não houve associação estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), ou seja, elas se mostraram independentes para os dados em estudo.

6.2.5 Distribuição dos traumatismos faciais.

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS TRAUMATISMOS FACIAIS.

DIAGNÓSTICO	n	%
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-ORBITAL ⁽¹⁾	104	50,0
FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	58	27,9
FERIMENTO EM FACE	29	13,9
FRATURA DE MANDÍBULA	17	8,2
TOTAL	208	100

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

(1) – Complexo zigomático: corpo, pilar e/ou arco zigomático.

(2) – Fraturas múltiplas de face: quando envolve mais de um osso da face.

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%.

6.2.6 Distribuição das lesões patológicas.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES PATOLÓGICAS.

DIAGNÓSTICO	n	%
PROCESSOS INFECCIOSOS ⁽¹⁾	28	24,3
NEOPLASIA	6	5,2
CISTO ODONTOGÊNICO ⁽²⁾	24	20,9
TUMORES BENIGNOS ⁽³⁾	34	29,6
PROCESSOS INFLAMATÓRIOS ⁽⁴⁾	14	12,2
PATOLOGIA DE GLÂNDULA SALIVAR ⁽⁵⁾	9	7,8
TOTAL	115	100

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

(1) – Foram citados na categoria PROCESSOS INFECCIOSOS: abscesso dentário, celulite, pericoronarite e osteomielite.

(2) – Foram citados na categoria CISTO ODONTOGÊNICO: cisto periapical, cisto residual e cisto dentífero.

(3) - Foram citados na categoria TUMORES BENIGNOS: fibroma, lipoma, odontoma e osteoma.

(4) - Foram citados na categoria PROCESSOS INFLAMATÓRIOS: pulpite, granuloma piogênico, queilite actínica

(5) - Foram citados na categoria PATOLOGIA DE GLÂNDULA SALIVAR: rânula, mucocele, sialólito.

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.

6.2.7 Distribuição do tratamento realizado.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE TRATAMENTOS.

TRATAMENTO	n	%
REDUÇÃO INCRUENTA ⁽¹⁾	116	30,1
EXÉRESE/ RESSECÇÃO	90	23,3
REDUÇÃO CRUENTA ⁽²⁾	61	15,8
SUTURA/ RECONSTRUÇÃO CIRÚRGICA	50	13,0
TRATAMENTO CONSERVADOR ⁽³⁾	42	10,9
DRENAGEM	27	7,0
TOTAL DE TRATAMENTOS	386	100,0

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

(1) Quando se utiliza bloqueio maxilo-mandibular (BMM); cerclagem; odontossíntese, ou técnica de Ginestet.

(2) Quando se utiliza osteossíntese + fixação interna estável (F.I.E.) com miniplaca e parafusos.

(3) Foram citados na categoria TRATAMENTO CONSERVADOR: consulta, medicação, encaminhamentos, orientações.

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%.

6.2.8 Diagnósticos por Agente etiológico

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS SEGUNDO A ETIOLOGIA.

ETIOLOGIA	DIAGNÓSTICO ¹ (%)						TOTAL (%)
	PROCESSOS PATOLÓGICOS ²	FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-ORBITAL ³	FRATURA DE MANDÍBULA	FERIMENTO EM FACE	OUTROS ⁴	
ACIDENTE DE MOTO	2,6	24,1	77,9	47,1	38,3	6,7	32,9
QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	–	22,4	7,7	17,6	21,3	20	11,1
ACIDENTE ESPORTIVO/ RECREATIVO	–	17,2	1,0	–	8,5	2,2	4,1
AGRESSÃO FÍSICA	–	24,1	6,7	35,3	19,1	–	9,3
LESÃO PATOLÓGICA	97,4	–	–	–	–	64,4	36,5
OUTROS ACIDENTES DE TRÂNSITO ⁵	–	5,2	5,8	–	6,4	2,2	3,4
ACIDENTE DE TRABALHO	–	6,9	1,0	–	6,4	4,4	2,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL DE DIAGNÓSTICOS	115	58	104	17	47	45	386

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

(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, DTM e corpo estranho.

(5) – Foram citados na categoria OUTROS ACIDENTES DE TRÂNSITO: acidente de automóvel, atropelamento, acidente de bicicleta.

A tabela mostra que, no geral, a principal etiologia de todos os traumatismos diagnosticados foi o acidente de moto (32,9% dos casos). Sendo que essa etiologia ocasionou mais predominantemente as fraturas do complexo zigomático-orbital (77,9%).

6.2.9 Uso de E.P.I.

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO O USO DE E.P.I.

USO DE EPI¹	n	%
SIM	17	4,9
NÃO	102	29,7
NÃO SE APLICA	225	65,4
Total	344	100

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

(1) Equipamento de proteção individual.

A tabela e o gráfico apontam que dos 119 pacientes atendidos vítimas de acidente de trânsito, apenas 4,9% utilizaram algum E.P.I., tal como capacete ou cinto de segurança, enquanto que a maioria (29,7%) não fizeram uso.

6.2.10 Consumo de drogas

TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO O CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS.

CONSUMO DE	n	%
ÁLCOOL/DROGAS		
ÁLCOOL/DROGAS	78	22,7
NÃO	63	18,3
NÃO SE APLICA	203	59,0
Total	344	100,0

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

De um total de 119 pacientes atendidos por nosso serviço vítimas de acidente de trânsito, a maioria (22,7%) 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), e 18,3% negou ter consumido bebida ou ter utilizado droga.

6.2.11 Dia do Atendimento

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO O DIA DE ATENDIMENTO.

DIAS DE ATENDIMENTO	n	%
DIAS ÚTEIS		
SEGUNDA FEIRA	33	9,6
TERÇA FEIRA	35	10,2
QUARTA FEIRA	18	5,2
QUINTA FEIRA	24	7,0
TOTAL	110	32,0
FINAL DE SEMANA		
SEXTA FEIRA	14	4,1
SÁBADO	30	8,7
DOMINGO	56	16,3
TOTAL	100	29,1
DIAS ÚTEIS	110	32,0
FINAL DE SEMANA	100	29,1
NÃO SE APLICA	134	39,0
TOTAL GERAL	344	100,0

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

O dia da semana de maior ocorrência dos traumatismos faciais foi o domingo (16,3%). Considerando apenas dias úteis, o dia de maior prevalência foi a terça-feira (10,2%).

6.2.12 Horário de Atendimento

TABELA 17 – PERCENTUAL DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO O HORÁRIO DE ATENDIMENTO.

HORÁRIO	TURNO	n	%
00h01 A 06h	MADRUGADA	24	7,0
06h01 A 12h	MANHÃ	40	11,6
12h01 A 18h	TARDE	85	24,7
18h01 A 00h	NOITE	61	17,7
NÃO SE APLICA		134	39,0
TOTAL		344	100,0

Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

O período da tarde (das 12h01 a 18h) foi o de maior ocorrência dos traumatismos faciais, com 24,7% dos casos, sendo o horário de maior pico das 16h01 às 18h (34,2%).

6.2.13 Horário de Atendimento por Dias da Semana

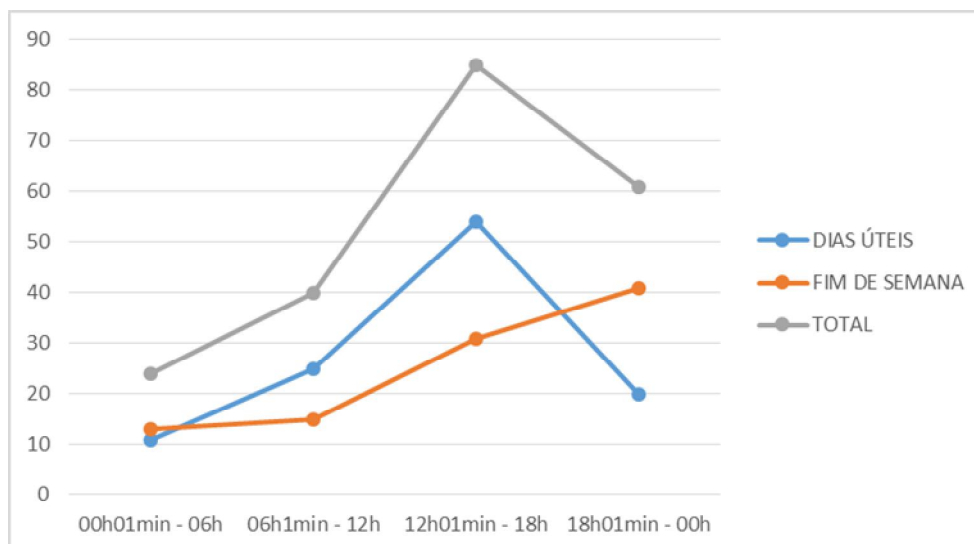


GRÁFICO 1 – PERCENTUAL DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO O DIA, HORÁRIOS E TURNOS.
Fonte: Hospital Regional Felipe Tiago Gomes, Picuí – PB. 2012-2014.

O gráfico mostra o comportamento dos traumatismos faciais segundo o horário, turno e dia da semana. Foi observado que nos dias úteis (segunda a quinta-feira) a prevalência dos traumatismos apresenta um pico de elevação desde as primeiras horas da madrugada até chegar no ponto máximo às 17h, a partir de onde começa a declinar. Nos finais de semana, a curva se mantém estável durante as primeiras horas do dia até as 9h quando começa a ganhar um delineamento ascendente até atingir um pico máximo por volta das 23h, quando então começa a decair. No geral, constatou-se que há um declínio no atendimento a partir das 17h até as 00h1min quando então a curva do atendimento começa a ganhar um delineamento ascendente.

A análise estatística mostrou uma tendência altamente significativa ($p \leq 0,01$) na associação entre as variáveis, dias da semana e horário de atendimento ($X^2 = 394,3$), sendo o domingo o dia de maior ocorrência dos traumatismos faciais (66,7%), predominantemente no período tarde (12h1min a 18h).

O período mínimo de internação foi de 24 horas e o máximo foi de 17 dias, com tempo médio aproximado de 3 dias.

7 DISCUSSÕES

Embora o gênero 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, (OLIVEIRA et al., 2008, Xavier et al, 2009), a literatura aponta uma tendência maior para o gênero masculino ser mais acometido com lesões buco-maxilo-faciais, principalmente o traumatismo de face. Isso se deve, principalmente, pelo 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. Em nossa pesquisa, o gênero masculino apresentou 53,5% e o feminino 46,5%, numa relação de 1:1, dados que se aproximam dos de Cavalcante et al., (2009); Cavalcanti et al., (2012) e Porto et al., (2011).

A faixa etária de 21 a 30 anos segue esse mesmo paradigma em relação à idade de maior comprometimento das lesões buco-maxilo-faciais. 28,8% dos jovens nessa faixa etária apresentaram algum tipo de lesão buco-maxilo-facial em nosso estudo, concordando com os trabalhos de Raimundo (2008), Oliveira et al. (2008), Xavier et al., (2009). Adicionalmente, Lopes et al. (2009), sugerem que é possível que no ímpeto de participar 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, estando mais propensos a sofrerem um maior número de traumatismos físicos.

A maioria dos pacientes atendidos pelo serviço foram da cidade de Picuí (53,5%). Em sua maioria eram leucodermas (49,7%) e os agricultores (32,3%), concordando com Vieira et al 2010; Silva et al., (2011). Este fato observado 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., (2013), o fator “profissão” em um estudo epidemiológico representa um importante indicativo de renda da população, mesmo que seja indireto e isso está diretamente ligado na relação com as lesões buco-maxilo-faciais no dizer de Raimundo et al., (2008), uma vez que direciona as políticas de gestão para essa população.

No que concerne à etiologia das lesões buco-maxilo-faciais, em nosso trabalho observamos que as lesões patológicas são, efetivamente, o principal agente etiológico dos traumatismos em nossa região (32,6%), seguidos pelos acidentes de trânsito (motocicletas, automóveis, bicicletas e atropelamentos), (41,3%) e quedas (11,3%), dados que são concordantes com os de Vieira et al., (2010), Silva et al., (2011), Dias Neto et al., (2012) e divergentes dos reportados por Xavier et al., (2009), Raimundo et al (2008), Porto et al. (2011) que consideram os acidentes de trânsito como os mais prevalentes. Oliveira et al. (2008), que descreveram a violência/agressão física como principal causa. Dos acidentes de trânsito encontrados em nosso estudo, a maioria (29,1%) foi ocasionada por acidente de motocicleta, semelhante aos dados de Cavalcante et al., (2009) e Cavalcanti et al., (2012).

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 para a justificativa, a 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 pudemos relatar que as quedas de altura foram mais frequentes nos extremos das faixas etárias, 0 a 10 anos (33,3%) e acima de 60 anos (44,8%) em acordo com os apontamentos de Xavier et al., (2009), Cavalcante et al (2009) e Lopes et al 2009. As lesões patológicas foram mais prevalentes na faixa etária de 51 a 60 anos (56,7%), corroborando com os estudos de Vieira et al., (2010) e Silva et al., (2011).

Quanto aos diagnósticos, as fraturas faciais somaram 46,3% dos casos. Destas, 60,8% foram fraturas isoladas (fratura de apenas um osso) e 10,3% fraturas múltiplas (mais de um osso fraturado), resultados semelhantes encontrados por Cavalcanti et al., (2012) e Porto et al (2011), 7,5% dos diagnósticos corresponderam a traumatismos envolvendo apenas tecidos moles da face (ferimentos), em concordância com os apontamentos de Lopes et al., (2009) e Cavalcante et al (2009).

As fraturas do complexo zigomático-orbital foram o diagnóstico mais prevalente dos traumatismos faciais (26,9%) e predominantemente no gênero masculino (34%) e em praticamente todas as idades, com destaque para a faixa etária de acima de 41 a 50 anos, em que obtiveram o maior predomínio (55,5%) Esses resultados se aproximam dos encontrados por Lopes et al 2009, Cavalcante et al., (2009) e Porto et al., (2011) e divergentes dos achados de Oliveira et al., (2008) que encontraram as fraturas de nariz e do trabalho de Raimundo et al., (2008) que encontraram maior prevalência nas fraturas de mandíbula.

Entre as patologias diagnosticadas por nosso serviço, os tumores benignos, particularmente os fibromas, foram os mais prevalentes (29,6%), achados corroborados por Xavier et al, (2009), Silva et al., (2011), Dias Neto et al., (2012) e refutados por Vieira et al., (2010), em que as estomatites foram o diagnóstico mais prevalente. As neoplasias atingiram 5,2%, essencialmente do tipo carcinoma espinocelular, concordando com os estudos de Dias Neto et al., (2012).

Para o gênero feminino, os processos patológicos foram os mais diagnosticados (43,9%), sobretudo na faixa etária de 51 a 60 anos (41,2%), corroborando com Silva et al (2011); Dias Neto et al 2012 e divergindo com Vieira et al., (2010) que obtiveram maioria na faixa etária de 18 a 50 anos.

Na tentativa de justificar a divergência entre os autores em relação aos nossos resultados, corroboramos com a opinião de Cavalcanti et al., (2012), 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, em que 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 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%).

Estamos de acordo com a opinião de Raimundo et al., (2008), Cavalcanti et al., (2012) 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.

Dos 119 pacientes atendidos vítimas de acidente de trânsito, apenas 4,9% utilizaram algum E.P.I., tal como capacete ou cinto de segurança, enquanto que a maioria (29,7%) não fizeram uso, resultados compartilhados com aqueles encontrados nos trabalhos de Cavalcante et al., (2009) e Porto et al., (2011).

A maioria dos pacientes com traumatismos faciais (22,7%) 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), e 18,3% negou ter consumido bebida ou ter utilizado droga. Esses achados sustentam-se naqueles obtidos por Lopes et al., (2009).

Os traumatismos faciais foram mais prevalentes nos finais de semana (29,1%), com destaque para o domingo (16,3%); durante a semana, o dia de maior ocorrência foi a terça-feira (10,2%), resultados semelhantes aos achados de Cavalcante et al., (2009) e Porto et al., (2011). Isso pode ser atribuído, no dizer de Lopes et al (2009) que é no final de semana que as pessoas se envolvem mais aos fatores de risco, participando de festas, bares, etc. e quando é comum o uso de drogas, entre elas, o álcool. Oliveira et al (2008) não observaram diferença das estatísticas no sábado, domingo e segunda feira.

O período da tarde (das 12h01 a 18h) foi o de maior ocorrência dos traumatismos faciais, com 24,7% dos casos, sendo o horário de maior pico das 16h01 às 18h (34,2%), corroborando com a opinião de Raimundo et al (2008) e divergindo do reportado por Oliveira et al (2008) os quais consideraram o período noturno como o de maior prevalência dos traumatismos faciais sustentando que é a noite reconhecidamente o período de maior envolvimento social dos indivíduos e exposição aos agentes etiológicos.

O tempo médio de internação foi de 3 dias, resultado que se aproxima do encontrado por Porto et al (2011). Em alguns casos, esse tempo pode ser aumentado, no dizer de Oliveira et al (2008), 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.

8 CONCLUSÕES

De posse dos resultados apresentados, conclui-se que a maioria dos pacientes atendidos pelo Serviço foi oriunda da própria cidade de Picuí, estando na faixa etária de 21 a 30 anos com leve prevalência do gênero masculino em relação ao feminino. A maioria dos pacientes era leucoderma, formada preponderantemente por agricultores.

As lesões patológicas foram, efetivamente, o principal agente etiológico das demandas em nosso serviço e os acidentes de moto foram o agente etiológico predominante em praticamente todas as faixas etárias, em relação às outras etiologias, com maior destaque na faixa etária de 21 a 30.

Estatisticamente, os homens têm cerca de 3 vezes mais chances de se envolverem em acidente de trânsito do que as mulheres. As mulheres tiveram 3 vezes mais chances de serem diagnosticadas com alguma lesão patológica na boca (como cistos e tumores, por exemplo) do que os homens. Os adultos de 21 a 30 anos tem cerca de 3 vezes mais chances de sofrerem acidentes de trânsito do que as demais idades.

A fratura do complexo zigomático-orbital foi o diagnóstico mais prevalente dos traumatismos faciais, predominantemente no gênero masculino, alcançando maior índice percentual em praticamente todas as idades. Entre as lesões patológicas diagnosticadas, a maior parte correspondeu a tumores benignos, destacando-se entre eles a predominância de hiperplasias fibrosas. 5,2% das patologias corresponderam a neoplasias, essencialmente do tipo carcinoma espinocelular, com predominância na língua.

O tratamento cirúrgico com redução incruenta foi o mais praticado. A maioria dos pacientes vítima de acidente de trânsito não fizeram uso de algum E.P.I. e alegou ter ingerido algum tipo de bebida alcoólica, ou ter associado com alguma droga ilícita (tal como crack, cocaína);

Os traumatismos faciais foram mais prevalentes no domingo, no período da tarde (das 12h01 a 18h). O período mínimo de internação foi de 24 horas e o máximo foi de 17 dias, com tempo médio aproximado de 3 dias.

Esses dados tornam-se importantes para os gestores ao ponto que tais informações podem ser usadas no planejamento e gestão hospitalares, com intuito de otimizar o trabalho, melhorar o atendimento e diminuir os custos operacionais, além de fornecer subsídios para se formular programas preventivos com maior eficiência.

9 REFERÊNCIAS

AUSTREGÉSILO, S.C.; LEAL, M.C.C.; GÓES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N. Avaliação de serviços odontológicos de urgência (SOU): a visão dos gestores, gerentes e profissionais. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.13, n.2, p.161-69, abr./jun., 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2011**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>. Acesso em: 25 de março de 2013.

CAVALCANTE, J. R. et al. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos com trauma de face no Hospital Antônio Targino - Campina Grande/Paraíba. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v.75, nº 5, p. 628-633 set. – out. 2009.

CAVALCANTI, A. L. Traumatismos maxilofaciais em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 12, nº 3, p. 439-345, jul. - set., 2012.

CNES. Estabelecimento de Saúde: Hospital Regional de Picuí. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2511402757710. Acesso em 25 de fevereiro de 2013.

DIAS NETO, B.; MEDRADO, A. P.; REIS, S. R. A. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos de um centro de referência em patologia bucomaxilofacial em um período de 10 anos. **Revista Bahiana de Odontologia**, Salvador, v. 3, nº 1, p. 3 – 15, dez. 2012.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GÓES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; ROCHA, R.A.C.P. 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, 2009.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=25&dados=1>. Acesso em 27 de fevereiro de 2013.

LOPES, A. L. C. et al. Prevalência dos traumas buco-faciais em pacientes atendidos no Hospital Walfredo Gurgel (Natal-Rio Grande do Norte). **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.11, n.2, p. 123-130, abr. - jun. 2011.

MENORCA, M.L.G. SALAVESSA, M.R.O. Aplicabilidade dos sistemas de qualidade na gestão hospitalar. Disponível em: [http:// http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2232532](http://http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2232532). Acesso em 20 de abril de 2014.

OLIVEIRA, C. M. C. S.; et al. Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac.**, Camaragibe, v. 8, n. 3, p. 57-68, jul.- set. 2008.

PICUÍ. Dados Gerais do Município. Disponível em: http://www.picui.pb.gov.br/portall/dado_geral/mumain.asp?iIdMun=100125142. Acesso em 25 de fevereiro de 2013.

PORTO, D. E. et al. Perfil epidemiológico dos traumatismos faciais de pacientes atendidos em hospitais de emergência e trauma de Campina Grande – PB. **Int J Dent**, Recife, v. 10, n° 4, p. 204 – 222, out. – dez. 2011.

RAIMUNDO, R. C.; et al. Fraturas de mandíbula: análise retrospectiva de 27 casos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe, v.8, n.1, p. 57 - 62, jan.- mar. 2008.

SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/index.html

SEIXAS, M.A.S. Desafios do administrador hospitalar. Disponível em: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/185/188>. Acesso em 10 de abril de 2014.

SILVA, T. F. A. et al. 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.**, Camaragibe, v.11, n.2, p. 91-100, abr. - jun. 2011.

VIEIRA, T. T. P. **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.

XAVIER, J. C. et al. 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**, Recife, v.8, n° 3, p.135-139, jul. - set. 2009.

ANEXOS**FORMULÁRIO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS****1. Número do Formulário** ____**2. Número do Prontuário** _____**3. Cronografia do atendimento**

1 Data do atendimento/admissão: __/__/__

2 Dia da semana: _____

3 Horário: _____

4 Data da alta: _____

5 Dias internados: _____

4. Gênero1 Masculino2 Feminino**5. Faixa etária**1 00 a 17 anos2 18 a 35 anos3 36 a 59 anos4 60 anos ou mais**6. Origem do paciente**1 Picuí2 Baraúna3 Barra de Santa Rosa4 Cuité5 Damião6 Frei Martinho7 Nova Floresta8 Nova Palmeira9 Pedra Lavrada10 São Vicente do Seridó11 Sossêgo12 Rio Grande do Norte**7. Profissão**1 Agricultor2 Aposentado/Pensionista3 Estudante4 Doméstica5 Funcionário6 Autônomo7 Outros

8. Agente Etiológico

- 1 Acidente de motocicleta
- 2 Queda da própria altura
- 3 Acidente Esportivo ou recreativo
- 4 Agressão física
- 5 Lesão patológica
- 6 Outros

9. Diagnóstico

- 1 Processos inflamatórios
- 2 Tumores/neoplasias
- 3 Fratura de ossos próprios do nariz
- 4 Fratura de complexo zigomático
- 5 Fratura de terço médio da face
- 6 Fratura de mandíbula
- 7 Fraturas múltiplas de face
- 8 Ferimento em face

10. Tratamento

- 1 Sutura/reconstrução
- 2 Exérese da lesão
- 3 Redução cirúrgica de fratura de ossos próprios do nariz + contenção
- 4 Drenagem
- 5 Redução incruenta de fratura do complexo zigomático
- 6 Redução cruenta de fratura do complexo zigomático + F.I.E
- 7 Redução incruenta de mandíbula + B.M.M
- 8 Redução cruenta de fratura de mandíbula + F.I.E
- 9 Redução incruenta de fratura de terço médio da face + cerclagem
- 10 Redução de fraturas múltiplas de face
- 11 Recusou-se ao tratamento ou evadiu-se.

11. Uso de capacete

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não se aplica

12. Consumo de álcool/drogas

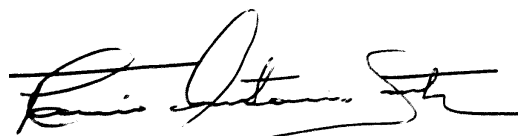
- 1 Álcool
- 2 Álcool/drogas
- 3 Não
- 4 Não se aplica

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM LESÕES
BUCO-MAXILO FACIAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A EFICIÊNCIA
DOS PROCESSOS DE GESTÃO HOSPITALAR**

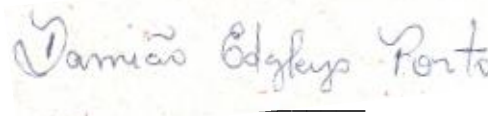
Eu, **FLÁVIO ANTONIO SANTOS**, professor do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG: 2285755, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande-PB, 08/10/2014



Pesquisador Responsável

Orientador



Orientando

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS
TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS**

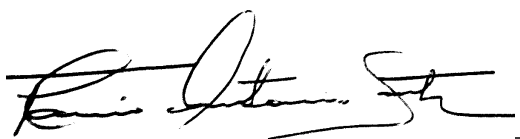
**Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM LESÕES BUCO-MAXILO
FACIAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A EFICIÊNCIA DOS PROCESSOS DE GESTÃO
HOSPITALAR**

Eu, **FLÁVIO ANTONIO SANTOS**, professor do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG: 2285755 e CPF: 039.370.574-98 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande-PB, 08/10/2014



**Assinatura do Pesquisador responsável
Orientador**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO
(PRONTUÁRIOS)**


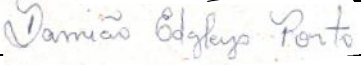
Título do projeto:	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM LESÕES BUCO-MAXILO FACIAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A EFICIÊNCIA DOS PROCESSOS DE GESTÃO HOSPITALAR
Pesquisador responsável:	FLÁVIO ANTONIO SANTOS
Nome dos Pesquisadores participantes:	Damião Edgleys Porto
Banco de dados do:	Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB – Serviço de Arquivo Médico (SAME).

O (s) pesquisador (es) do projeto acima identificado (s) assume (m) o compromisso de:

- I** - Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II** - Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III** - Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

De modo que, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande-PB/PB, 20 de Outubro de 2014.

Assinar o nome legível de todos os pesquisadores:	Assinatura
Flávio Antônio Santos	
Damião Edgleys Porto	



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ “Felipe Tiago Gomes”**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estou ciente da intenção da realização do projeto intitulado **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM LESÕES BUCO-MAXILO FACIAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A EFICIÊNCIA DOS PROCESSOS DE GESTÃO HOSPITALAR** desenvolvido pelo aluno Damião Edgleys Porto do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do professor Flávio Antônio Santos.

Picuí-PB, 29/10/2014

Rommel Marques Moura

Diretor Geral





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ “Felipe Tiago Gomes”

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA DE
DADOS EM ARQUIVOS

Estou ciente da intenção da realização do projeto intitulado **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM LESÕES BUCO-MAXILO FACIAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A EFICIÊNCIA DOS PROCESSOS DE GESTÃO HOSPITALAR** desenvolvido pelo Prof. Flávio Antônio Santos do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba com a participação do orientando Damião Edgleys Porto. A coleta de dados será do tipo documental e acontecerá no Arquivo Médico localizado no SAME do Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB. A referida pesquisa será para Traçar o perfil dos pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital Regional Felipe Tiago Gomes de Picuí-PB, durante o período compreendido entre janeiro de 2012 a janeiro de 2015 a fim de melhorar a eficiência no processo de gestão hospitalar. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, toda a documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em papel) a esta instituição sediadora da pesquisa que também arquivará por cinco anos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Picuí-PB, 29/10/2014

Rommel Marques Moura

Diretor Geral



