

# FRATURAS MAXILOMANDIBULARES NO HOSPITAL DE ENSINO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

*Maxillomandibular fractures teaching hospital: epidemiological profile and perception of users*

*Fracturas maxilomandibulares hospital docente: perfil epidemiológico y la percepción de los usuarios*

Augusto Mazzone Neto<sup>1</sup>, Priscila Eburneo Laposta<sup>2</sup>, Rafaela Aparecida Prata<sup>3</sup>, Jéssica Renata Reis de Meira<sup>4</sup>,  
Aristides Augusto Palhares Neto<sup>5</sup>, Marla Andréia Garcia de Avila<sup>6</sup>

**RESUMO:** **Objetivos:** Investigar o perfil epidemiológico dos pacientes com fraturas no complexo maxilomandibular e compreender a percepção desses usuários quanto ao evento trauma maxilomandibular. **Método:** Adotou-se o método misto, mediante uma abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a novembro de 2014, nos retornos dos usuários junto ao serviço odontológico. utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, com informações sociodemográficas dos usuários e três perguntas norteadoras. O referencial metodológico utilizado foi a análise de conteúdo de Bardin e a Teoria Geral da Enfermagem de Orem. **Resultados:** Predominaram indivíduos do sexo masculino, jovens, vítimas de acidentes com veículos motorizados, com fraturas na mandíbula. **Conclusões:** Os resultados encontrados neste estudo permitem considerar que os indivíduos, vítimas de trauma de face e bloqueio intermaxilar, apresentam déficit no autocuidado, sobretudo nos aspectos da higienização bucal e alimentação, além de comunicação verbal prejudicada, que pode comprometer ainda mais suas necessidades. **Palavras-chave:** Traumatismos faciais. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Enfermagem perioperatória.

**ABSTRACT:** **Objectives:** To investigate the epidemiological profile of patients with fractures of the maxillomandibular complex and to understand the perception of these users regarding the maxilomandibular trauma event. **Method:** Adopted a mixed method, through a quantitative and qualitative approach. Data collection was carried out from July to November 2014 on users' returns with the Dental Service. We used a semi-structured interview with socio-demographic information from users and three guiding questions. The methodological framework used was the Bardin content analysis and theoretical one was the General Theory of Orem Nursing. **Results:** There was a predominance of males, young people, victims of motor vehicle accidents, and fractures in the jaw. **Conclusions:** The results of this study support the conclusion that individuals face trauma and blocking intermaxilar have deficits in self-care, particularly in aspects of oral hygiene and diet and impaired verbal communication can further compromise the needs.

**Keywords:** Facial Injuries. Ambulatory Surgical Procedures. Perioperative Nursing.

**RESUMEN:** **Objetivos:** Investigar el perfil epidemiológico de los pacientes con fracturas del complejo maxilomandibular y comprender la percepción de estos usuarios en relación con el caso de un traumatismo maxilomandibular. **Método:** Se adoptó un método mixto, a través de un enfoque cuantitativo y cualitativo. La recolección de datos se llevó a cabo de julio a noviembre de 2014 los rendimientos de los usuarios con el Servicio Dental. Se utilizó una entrevista semiestructurada con información sociodemográfica de los usuarios y tres preguntas orientadoras. El marco metodológico utilizado fue el análisis de contenido de Bardin y teórico de la Teoría General de la Enfermería de Orem. **Resultados:** Hubo un predominio del sexo masculino, jóvenes, víctimas de accidentes de automóvil, fracturas en la mandíbula. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio apoyan la conclusión de que las personas enfrentan el trauma y bloqueo intermaxilar tienen déficits en el auto-cuidado, sobre todo en aspectos de la higiene oral, de la dieta y además la comunicación verbal alterada, que puede comprometer aún más a sus necesidades.

**Palabras clave:** Lesiones faciales. Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios. Enfermería perioperatoria.

<sup>1</sup>Mestre. Dentista Responsável pelo Serviço Odontológico - Departamento de Cirurgia e Ortopedia, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista UNESP. E-mail: agmazzone@icloud.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Botucatu. E-mail: priscila\_laposta@hotmail.com

<sup>3</sup>Mestranda em enfermagem. Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Botucatu. E-mail:rafaela17prata@hotmail.com

<sup>4</sup>Graduanda em enfermagem. Departamento de Enfermagem, FMB, UNESP. E-mail: jessica.meira11@gmail.com

<sup>5</sup>Professor Assistente Doutor - Departamento de Cirurgia e Ortopedia, FMB, UNESP. E-mail: palhares@fmb.unesp.br

<sup>6</sup>Professora Assistente Doutora Departamento de Enfermagem, FMB, UNESP. E-mail:marla@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista. Distrito de Rubião Júnior, sn. CEP: 18618-970. Botucatu (SP), Brasil. Telefone: (14) 3880-1707.

Recebido: 14 ago. 2015 - Aprovado: 01 set. 2015

DOI: 10.5327/Z1414-4425201500030005

## INTRODUÇÃO

As fraturas do complexo maxilomandibular apresentam maior incidência em indivíduos do sexo masculino, jovens, vítimas de acidente de trânsito, agressões e quedas, sendo mais comum as fraturas na mandíbula e do complexo zigomático, podendo estar associadas a outros tipos de trauma<sup>1-4</sup>. Essas fraturas são tratadas de forma cirúrgica, quando é necessária a redução e estabilização dos fragmentos ósseos envolvidos, ou de maneira conservadora, como a realização de bloqueios intermaxilares<sup>4,5</sup>. Grande parte das fraturas tratadas cirurgicamente necessitam também de bloqueio intermaxilar para promover adequado posicionamento interdentário<sup>4,5</sup>. Em decorrência do trauma ser um evento agudo, os profissionais de saúde não têm a oportunidade de preparar o usuário para a realização do tratamento cirúrgico ou conservador, nem para a realização do bloqueio intermaxilar.

O sucesso do tratamento com o bloqueio intermaxilar depende do procedimento médico-odontológico e da assistência de enfermagem prestada. É preciso orientar os pacientes para a realização da higiene bucal, alimentação especial líquida e pastosa, com ajuda de canudos ou colheres pequenas, em caso de vômito proceder com o rompimento do bloqueio, a fim de se evitar asfixia ou broncoaspiração<sup>6</sup>. Ressalta-se que o bloqueio intermaxilar prejudica o processo de comunicação, que é considerado um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz, além de proporcionar a compreensão do paciente em sua complexidade, com resultados qualitativos de atenção, dignidade e respeito ao ser cuidado<sup>7</sup>.

A inclusão de um familiar ou acompanhante nesse processo pode favorecer uma evolução pós-operatória satisfatória, livre de desconfortos físicos e emocionais. Estudo que objetivou identificar as necessidades de informação do paciente sobre o período pós-operatório da cirurgia ortognática, um procedimento eletivo, destaca a dificuldade em relação à memorização das orientações pós-operatórias, o que mostra a importância de um material educativo impresso a ser entregue aos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico, de modo a reforçar as orientações verbais e auxiliar no enfrentamento das dificuldades vivenciadas no período pós-operatório do tratamento ortognático<sup>6</sup>. Considera-se que essas dificuldades podem ser ainda maiores nos indivíduos vítimas de trauma de face, por não se tratar de um procedimento eletivo e também pela possibilidade de existir outros traumas associados.

Justifica-se a realização do estudo considerando que o conhecimento da epidemiologia do trauma maxilomandibular e os sentimentos dos usuários submetidos ao bloqueio intermaxilar podem subsidiar melhorias na gestão dos serviços com vistas a qualidade da assistência médico-odontológica e de enfermagem.

Desse modo, o estudo tem por objetivo investigar o perfil epidemiológico dos pacientes com fraturas no complexo maxilomandibular atendidos pelo serviço odontológico de um hospital de ensino e compreender a percepção desses usuários quanto ao evento trauma maxilomandibular e o tratamento com o bloqueio intermaxilar.

## MÉTODO

Adotou-se o método misto (QUAN → qual), buscando um entendimento mais profundo do objeto de estudo<sup>8</sup>. Na abordagem quantitativa, realizou-se um estudo transversal e retrospectivo, utilizando uma amostra de conveniência e buscando conhecer o perfil epidemiológico dos usuários vítimas de trauma maxilomandibular. Na abordagem qualitativa, objetivou-se conhecer a experiência dos usuários a fim de elucidar diferentes facetas do fenômeno.

O estudo foi realizado no serviço odontológico de um hospital de ensino no município de Botucatu, interior paulista, que atende, anualmente, 60 usuários vítimas de trauma do complexo crânio facial com a indicação do bloqueio intermaxilar. Além da discussão dos casos, juntamente com as especialidades de otorrinolaringologia e cirurgia plástica, cabe ao serviço odontológico, a instalação de aparelhos ortodônticos que permitem, por meio da fixação das arcadas dentárias com elásticos ortodônticos, a realização do bloqueio intermaxilar. Os bloqueios intermaxilares são realizados no transoperatório, quando a fratura é tratada cirurgicamente. Quando o tratamento é o conservador (incruento) os bloqueios intermaxilares são realizados no próprio serviço odontológico.

O estudo aconteceu em duas etapas. Na primeira, utilizou-se dados secundários dos anos de 2012 a 2013, incluindo os usuários vítimas de traumas craniofaciais com fratura de maxila e/ou mandíbula atendidos no serviço odontológico, com 18 anos ou mais. Verificou-se os dados sociodemográficos dos usuários, além da causa do trauma, tipo de fratura e tratamento realizado. Excluiu-se do estudo os usuários cujos dados estavam incompletos.

Na segunda etapa, considerando os mesmos critérios, incluiu-se os usuários que compareceram ao retorno no serviço odontológico e que se comunicaram verbalmente. O término da coleta de dados qualitativa ocorreu na medida em que as informações tornaram-se reincidentes, não resultando em novos achados.

Para a realização da entrevista, empregou-se um roteiro contendo dados sociodemográficos dos usuários e do tratamento e as questões norteadoras: Conte-me como foi realizar a higiene oral; Conte-me como foi realizar sua alimentação; Conte-me como você se comunicou durante o bloqueio intermaxilar. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2014, após a aprovação pela Comissão de Ética e de Pesquisa do HCB (CAAE: 32256914.5.0000.5411-Protocolo nº 737.515).

Para transformar as entrevistas em narrativas, empregou-se a transcrição, a textualização e a transcrição. Na transcrição, o conteúdo gravado foi ouvido detalhadamente e o discurso dos usuários reproduzidos com fidelidade, transformando a linguagem oral em escrita. Para organização e análise dos dados qualitativos a partir das questões norteadoras, adotou-se como referencial metodológico a Análise de Conteúdo segundo Bardin<sup>9</sup>.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de comunicação que visa obter procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mesmas, que a definem como uma técnica de pesquisa para descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação. Na análise qualitativa, é a presença ou ausência de uma característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomada em consideração<sup>9</sup>.

O método de análise de conteúdo é composto de três fases: pré-análise (organização dos dados, leitura inicial de todo o conteúdo, escolha dos documentos ou registros e determinação de critérios); exploração do material (codificação em temas, que permite atingir a representação temática do conteúdo, compondo as categorias) e interpretação (os dados são tratados de maneira a serem significativos e válidos)<sup>9</sup>.

Os achados foram discutidos à luz da Teoria Geral de Enfermagem proposta por Orem<sup>10</sup> apoiada na premissa de que todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob sua responsabilidade. Essa teoria é constituída por três construtos teóricos – autocuidado, déficit de autocuidado e sistema de enfermagem. O autocuidado descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde

e o bem-estar. O déficit de autocuidado constitui a essência da Teoria por delinear a necessidade da assistência de enfermagem, justifica-se quando o indivíduo se acha incapacitado ou limitado para prover o cuidado contínuo e eficaz. E, por último, o sistema de enfermagem descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem e do sistema totalmente compensatório quando o indivíduo é incapacitado ou limitado; parcialmente compensatório, quando o enfermeiro e pacientes participam das ações; e sistema de apoio e educação, quando o indivíduo necessita de orientação e ensinamento<sup>10</sup>.

## RESULTADOS

Foram incluídos 54 pacientes com fratura maxilomandibular, preponderando o sexo masculino (87%). A média de idade foi de 30,6 anos, variando entre 18 e 64, com maior concentração (50%) dos pacientes entre 18 e 29 anos, procedentes, principalmente, de outras cidades do estado de São Paulo. A Tabela 1 descreve as características dos participantes do estudo.

Quanto à etiologia do trauma destacam-se os acidentes com veículos motorizados (53%) e em relação à localização das fraturas, elas foram mais frequentes na mandíbula (68,51%) das quais 6 (11,11%) foram no condilo (Tabela 2).

Seguindo as recomendações de Bardin, foi realizado o tratamento dos dados com igualdade, agrupando-os e

**Tabela 1.** Caracterização dos usuários atendidos pelo serviço odontológico nos anos de 2012 e 2013. Hospital das Clínicas de Botucatu (SP), Brasil; 2014.

Variáveis	n	% Relativo
Sexo		
Masculino	47	87,00
Feminino	7	13,00
Idade (anos)		
18–29	27	50,00
30–39	18	33,33
40–49	5	9,25
≥50	4	7,40
Procedência		
Botucatu	15	27,77
Outras cidades estado SP	36	66,66
Outros estados	3	5,55
Ano do Atendimento		
2012	27	50,00
2013	27	50,00

categorizando-os de maneira a interpretá-los. Assim, emergiram-se três categorias, a saber:

## Categoria 1: Higienização bucal insatisfatória

As falas revelaram diferentes práticas na realização do autocuidado no que se refere à higiene bucal:

- E1 – *Difícil... não dá... Porque faz o bloqueio e trava o dente. Aí não dá pra você limpar por dentro, limpar no meio, aqui atrás, não dá pra limpar quase nada, só na frente. E a sensação era de que não estava limpo. A primeira coisa era o mau hálito... Mesmo com o enxaguante. Ah, dá um pouco de vergonha.*
- E2 – *Foi difícil... além do bloqueio tinha os pontos por dentro e por fora. Não dava para fazer. Depois fui fazendo devagar com a escova e pasta... mas fica um gosto amargo. Uma sensação de que não está limpo.*
- E3 – *não fazia... não dava para fazer.*
- E5 – *Era meio complicado. Não tem como escovar... não tem como fazer muito, então era mais bochecho, era com bochecho. Escovação era complicado, não tinha como escovar.*
- E6 – *Eu cortei uma escova no meio assim, fiz uma tirinha dela e ficava devagarinho, as vezes eu enrolava algodão e ficava... Não ficava limpo tudo não. Aí que eu comprei o... fui lá na farmácia, eles passaram um remédio bem ardido, ruim pra caramba, aí que eu consegui fazer a limpeza. E aí eu ficava de hora em hora, eu bochechava com isso.*
- E7 – *passava antisséptico... mas a sensação era horrível... de boca suja.*
- E8 – *foi muito ruim ... ah, eu comprava antisséptico bucal e limpava com ele ... umas três vezes.*

**Tabela 2.** Caracterização da causa do trauma, local da fratura e tratamento realizado nos usuários atendidos pelo serviço odontológico nos anos de 2012 e 2013. Hospital das Clínicas de Botucatu (SP), Brasil; 2014.

Variáveis	n	% Relativo
Causa do trauma		
Acidente veículo motorizado	29	53,70
Agressão	12	22,22
Queda altura	10	18,51
Desconhecida	3	5,55
Local da Fratura		
Mandíbula	37	68,51
Maxila	12	22,22
Múltiplas fraturas	5	9,25
Tipo de Tratamento		
Conservador	25	46,3
Cirúrgico	29	53,7

- E9 – *com “colgate®”, aquele bochecho. Agora não, agora consigo escovar por fora, porque ainda ta amarrado. Aí agora eu faço o bochecho e escovo.*
- E10 – *ah, higiene eu tinha que depender da família né, pra poder ajudar, mãe, pai... eu lavava só com antisséptico bucal, porque escovar mesmo, não tinha como escovar, só por fora... três vezes ao dia, cedo, na hora do almoço e na hora da janta.*

## Categoria 2 – Nutrição alterada e emagrecimento

Apesar do grande avanço da cirurgia, as fixações maxilomandibulares no pós-operatório permitem a alimentação do paciente apenas com dieta líquida, conseqüentemente há o prejuízo no estado nutricional, conforme podemos comprovar na fala dos participantes:

- E1 – *Canudo e só sopa e pela lateral; de legumes, frutas, vitamina, purê de batata, umas sete vezes por dia. E doía um pouco mas dava pra sugar. Antes eu chegava a abrir garrafa no dente. Tinha mais força. Hoje pra mastigar mesmo, se eu ficar mastigando muita coisa começa a doer.*
- E2 – *60 dias só de líquido, de sopa, e no começo não tinha força para sugar. Perdi 15 kg.*
- E3 – *muito difícil... fiquei 50 dias tomando caldo, precisava tomar muitas vezes no dia, e doía tudo. Perdi 4,5kilos.*
- E4 – *perdi 35 kilos, fiquei 45 dias bloqueado, comecei tomando sopa batida...mas não sustentava; então passei a bater arroz, feijão, carne... qualquer coisa que me sustentasse... só sopa não dá.*
- E6 – *inchou muito eu não conseguia abrir a boca, eu não conseguia comer nada... Três dias. Eu não aguentava comer nada. Nem sopa eu aguentava engolir. Depois a alimentação foi no canudinho, passei muitos dias comendo... Tudo no canudo, eu tomava muito iogurte, muita vitamina e tomei muita vitamina, feijão, caldo de feijão... tomava muito caldo de feijão.*
- E5 – *... você tá numa mesa, aí sua família, aí todo mundo tão comendo a vontade e por mais que você beba o líquido, você não está matando a sua vontade, então era complicado porque você tinha que tomar tudo, mas você sabia que aquilo não suplementava a sua alimentação.*
- E7 – *tinha e tenho muita insegurança para comer. No começo só comia coisas batidas, perdi 12 kilos... hoje ainda tenho medo de mastigar com, por exemplo, carne, uma maçã... ainda dói.*
- E8 – *eu perdi 5 kg... tinha vez que eu batia no liquidificador, tomava muito iogurte, muito líquido. Sopa, feijão, fazia uma vitamina... pra tomar dava sim, no canudinho... engasgava, porque tinha vez que tinha que puxar, assim, e descia de vez.*

### Categoria 3: Comunicação verbal prejudicada

- E1 – ...não dava pra abrir a boca .... dava pra falar, mas pra pessoa entender era bem difícil. Chato, bem chato.
- E2 – Ah, no começo não dava muito pra falar. Daí depois foi dando pra falar. Falava meio enrolado ainda.
- E3 – Eu dava um jeito de falar mesmo com a boca presa.
- E5 – .... era a mesma coisa que você fechar os dentes e não conseguir abrir, aí você consegue falar um pouco... Eu conseguia ainda falar com os dentes cerrados, ficava fechado.
- E6 – Ah! Eu conseguia falar. Falar eu conseguia, mesmo com a boca com aqueles negócios eu conseguia. Agora no primeiro dia eu, no dia que eu machuquei mesmo, eu conseguia falar até com as enfermeiras lá, eu falava no papel, escrevia no papel e falava.
- E7 – Escrevia mensagem no celular ou no papel... era bem difícil... não conseguia falar.
- E9 – Pra falar não conseguia. Escrevia, e fazia gestos pra minha mulher, minha filha, quando entendia bom, quando não entendia eu escrevia... a dificuldade era a língua.
- E10 – Pra comunicar era difícil, pra poder falar era complicado... pra poder comunicar antes da cirurgia já era difícil, aí depois da cirurgia mesmo, aí já foi ficando mais fácil... eu falava meio “enroladão”, mas eles tinham paciência de se esforçar pra perguntar o que é que era...

## DISCUSSÃO

Em conformidade com achados da literatura, na amostra estudada houve uma predominância de pacientes jovens (menos de 30 anos), do sexo masculino<sup>11,12</sup>. Considerando que o serviço atende uma grande área do estado de São Paulo, a maior parte dos participantes do estudo é de diferentes municípios do estado de São Paulo. Observou-se, também, que nos dois anos em que foi realizado o estudo, não houve variação significativa no número de traumas atendidos em nosso serviço.

Quanto à etiologia, o principal agente causal é o traumatismo ocorrido com veículo motorizado (53,70%), seguido de agressão (22,22%), o que coincide também com demais estudos<sup>11,12</sup>. A grande maioria das fraturas foi de mandíbula, o que também corrobora com os dados da literatura<sup>11</sup>. Houve uma discreta predominância de casos cirúrgicos (53,7%) em relação aos que foram tratados de forma conservadora (46,3%), corroborando com dados da literatura<sup>1-4</sup>.

O tratamento cirúrgico e o conservador têm resultados semelhantes, desde que com indicação precisa. Do ponto

de vista de gestão, o tratamento conservador, quando bem indicado, tem menor custo, pois não necessita intervenção cirúrgica e internação hospitalar, além das repercussões aos usuários em decorrência desses eventos. Ademais, mesmo nos casos cirúrgicos, a instalação prévia de *brackets* ortodônticos com *power armys*, realizados no serviço odontológico, reduz sensivelmente o tempo cirúrgico se comparado à instalação de arco ou barra de Erick ou parafusos bicorticais, ambos instalados no centro cirúrgico. Ressalta-se que, geralmente, a instalação do arco ou barra de Erick leva, em média, 90 minutos, quando realizada por cirurgião experiente. Entende-se que o trabalho multidisciplinar (serviço odontológico e cirúrgico) no tratamento conservador das fraturas maxilomandibulares pode minimizar o custo da cirurgia, além de não provocar sequelas no periodonto e raízes dentais, como as que ocorrem na utilização do arco de Erick e de parafusos bicorticais<sup>13</sup>.

As falas dos usuários permitem uma discussão acerca do trauma seguido pelo bloqueio intermaxilar e a vivência desses usuários na realização do autocuidado. Os requisitos universais relacionados ao autocuidado, tais como: alimentação equilibrada, ingestão suficiente de água, prática de exercícios e higiene corporal e bucal são comuns a todos os seres humanos, durante todos os estágios do ciclo da vida e devem ser vistos como fatores inter-relacionados, um afetando o outro<sup>10</sup>. Numa visão sistêmica, em que os múltiplos elementos interagem para produzir um resultado, o cuidado com a saúde bucal é compreendido como um dos componentes essenciais do sistema de cuidado com a saúde, nas suas múltiplas dimensões<sup>14</sup>.

Na categoria Higienização bucal insatisfatória, é notório o espaço para que o enfermeiro, utilizando a educação em saúde, desenvolva nesses indivíduos alternativas para a realização da higiene bucal, orientando a importância do autocuidado. Os cuidados com a saúde bucal objetiva diminuir a colonização bucal, prevenir e controlar infecções, manter a integridade da mucosa, além de proporcionar conforto<sup>15</sup>. Observa-se, pelas falas dos sujeitos, que o bloqueio impede ou prejudica a realização adequada da higienização oral, prejudicando ainda mais o conforto do usuário.

Ademais, a Organização Mundial da Saúde reconheceu que as doenças bucais causam dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, acarretando prejuízos em nível individual e coletivo<sup>16</sup>. Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade<sup>17</sup>.

O cuidado com a saúde bucal, intrínseco ao fenômeno do cuidar, implica, nas esferas individual e coletiva, um processo de reconhecimento da influência das condições bucais nas diversas dimensões do processo de viver humano e a consequente tomada responsável de decisões e ações dirigidas à promoção da saúde bucal, com vistas a proteger a vida. O cuidado com a saúde bucal, assim, é construção cotidiana que vai além do espaço-tempo presente e que pressupõe uma visão integral do ser humano e das suas relações com outros seres, com a sociedade e com o meio ambiente<sup>14</sup>.

A Teoria Geral de Orem proporciona a visão do fenômeno da enfermagem, permitindo que o enfermeiro, juntamente com o indivíduo, implementem ações de autocuidado adaptadas de acordo com as suas necessidades, de maneira que a relação de ajuda se expresse no diálogo aberto e promova o exercício do autocuidado<sup>10</sup>. A teórica identifica cinco métodos de ajuda, no déficit de autocuidado: agir ou fazer para o outro; guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente); proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e ensinar o outro<sup>10</sup>.

Diante dos relatos na categoria nutrição alterada e emagrecimento, entende-se que as famílias devem ser capacitadas para a realização e administração da dieta. A abordagem deve ser realizada por equipe multidisciplinar, incluindo enfermeiro, cirurgião, odontólogo, nutricionista, entre outros. A transição do cuidado hospitalar para o domiciliar, deve ser realizado com cautela, considerando as características de cada indivíduo e família, inserindo também a estratégia saúde da família no processo. Deve-se reforçar, ainda, seu engajamento no planejamento da assistência de enfermagem, considerando-a como um ser com capacidade criativa e reflexiva que pode optar e decidir o que é melhor para si.

As teorias existem para a promoção de mudança na prática profissional, possibilitam criar novas pesquisas para serem aplicadas na prática e remodelar as estruturas de regras e princípios. O trabalho de Orem tem contribuído para o aprendizado do autocuidado na prática de enfermagem, podendo ser aplicado aos pacientes vítimas de trauma facial e fixação maxilar<sup>10</sup>.

Na categoria Comunicação verbal prejudicada, observou-se que enquanto o paciente está com o bloqueio intermaxilar, a comunicação verbal é prejudicada, o que pode aumentar sua ansiedade. O enfermeiro juntamente com paciente e familiares devem estabelecer códigos, a fim de que o processo de comunicação aconteça.

Para implementar as ações de autocuidado aos indivíduos submetidos à fixação mandibular, faz-se necessário

a comunicação entre enfermeiros, pacientes e família. A comunicação é uma necessidade humana básica e, portanto, determina e efetua o atendimento da área expressiva de assistência ao paciente, sendo o denominador comum de todas as ações dos profissionais de saúde<sup>18</sup>. A dimensão não-verbal da comunicação envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, cuja significação está vinculada ao contexto em que ocorrem<sup>18</sup>. Os sinais não-verbais foram utilizados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal, conforme as falas dos entrevistados.

A competência em comunicação é uma condição para o exercício da Enfermagem com qualidade e cidadania, a capacitação em comunicação prepara a equipe de enfermagem para ser profissional, como exigem os usuários do sistema de saúde<sup>7</sup>. Comunicação é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz, proporcionando a compreensão do usuário em sua complexidade, com resultados qualitativos de atenção, dignidade e respeito ao ser cuidado<sup>7</sup>.

Estudo, considerando indivíduos que também realizaram bloqueio intermaxilar, aponta a necessidade de informações escritas e da presença de familiares no momento da orientação para auxiliar o reforço e apreensão das informações verbais, bem como a elaboração de material educativo impresso<sup>6</sup>. Concorda-se que os cuidados realizados no domicílio são continuação dos cuidados realizados pela equipe de enfermagem, sendo esses profissionais, também, os responsáveis pela capacitação e suporte às famílias. Não basta só orientar, mas é preciso conhecer a realidade de cada usuário e, assim, fazer um planejamento individual<sup>19</sup>. A educação em saúde, realizada pela equipe multidisciplinar assume uma importância ainda maior neste estudo, considerando o evento agudo do trauma e, em alguns casos, a presença de múltiplas lesões.

Considerando o sistema de apoio educativo proposto por Orem, que é indicado quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento, faz-se necessário capacitar as famílias de forma sistemática, considerando suas necessidades, sendo uma medida adequada para minimizar o estresse vivido pelos usuários e seus familiares durante o bloqueio intermaxilar<sup>10</sup>.

Por fim, observou-se que os pacientes com bloqueio intermaxilar apresentam diferentes necessidades para a realização do autocuidado, ligadas ao estágio de recuperação que se encontram. No entanto, compreender suas necessidades abre espaço para a realização de um cuidado planejado, humanizado e com qualidade.

Este trabalho indica a oportunidade de novos estudos e sinaliza a importância do Enfermeiro junto à equipe multidisciplinar.

As limitações do estudo são em decorrência da utilização de dados secundários e amostra por conveniência, sendo importante a realização de novas investigações por meio de estudos com outros desenhos.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os pacientes com fraturas maxilomandibulares atendidos pelo serviço odontológico do Hospital das Clínicas são, em sua grande maioria: do sexo masculino (87%), jovens entre 18 e 40 anos (50%), vítimas de veículos

motorizados (53,70%), com maior incidência na mandíbula e predomínio do tratamento cirúrgico.

Os resultados encontrados neste estudo permitem considerar que os indivíduos vítimas de trauma de face e bloqueio intermaxilar apresentam déficit no autocuidado, sobretudo nos aspectos da higienização bucal e alimentação, sendo que a comunicação verbal prejudicada pode comprometer, ainda mais, suas necessidades.

O tratamento requer uma abordagem multidisciplinar, incluindo odontólogos, médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos e enfermeiros. A equipe deve preparar usuários e familiares, no processo de transição do cuidado hospitalar para o domiciliar, para a realização do autocuidado e, assim, minimizar o desconforto causado pelo bloqueio.

## REFERÊNCIAS

- de Andrade Filho EF, Fadul Jr R, Azevedo RAA, da Rocha MAD, Santos RA, Toledo SR, et al. Fraturas de mandíbula: análise de 166 casos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2000;46(3):272-6.
- Junior JCM, Keim FS, Helena ETS. Aspectos epidemiológicos dos pacientes com traumas maxilofaciais operados no Hospital Geral de Blumenau, SC, de 2004 a 2009. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2010;14(2):192-8.
- Silva JLL, Lima AAAS, Dantas TB, Frota MHA, Parente RV, Lucena ALSPN, et al. Fratura de mandíbula: estudo epidemiológico de 70 casos. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2011; 26(4):645-48.
- Roccia F, Rossi P, Gallesio C, Boffano P. Self-Tapping and Self-Drilling Screws for Intermaxillary Fixation in Management of Mandibular Fractures. *J Craniomaxillofac Surg.* 2009;20(1):68-70.
- Roccia F, Tavolaccini A, Dell'acqua A, Fasolis M. An audit of mandibular fractures treated by intermaxillary fixation using intraoral cortical bone screws. *J Craniomaxillofac Surg.* 2005;33(4):251-4.
- Santos MRM, Sousa CS, Turrini RNT. Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(spe):78-85.
- Razera APR, Braga EM. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):632-7.
- Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisión de los diseños de investigación relevantes para la Enfermería: Parte 3: métodos mixtos y múltiples. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007;15(5):1046-9.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Foster PC, Benett AM, Dorothea E. Orem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4a ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2000. p. 83-101.
- Malta OT. Perfil epidemiológico das fraturas faciais – Revisão de Literatura. [Monografia]. Feira de Santana (BA): Programa de Especialização em Cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial do ICS – FUNORTE/ SOEBRÁS; 2011.
- Pereira MD, Kreniski T, Santos RA, Ferreira LM. Trauma craniofacial: Perfil epidemiológico de 1233 fraturas atendidas entre 1999 e 2005, no Hospital São Paulo São Paulo – UNIFESP-EPM. *Rev Soc Bras Cir Craniomaxifac.* 2008;11(2):47-50.
- Montes JM, González-Lagunas J, Bueno JM, Madrid JAH, Martí GR. Complicaciones de los tornillos de bloqueo intermaxilar en el tratamiento de las fracturas mandibulares. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofacial.* 2008;30(4):265-9.
- Mello ALF de, Erdmann AL. Investigando o cuidado à saúde bucal de idosos utilizando a teoria fundamentada nos dados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;15(5):1-7.
- Orlandini GM, Lazzari CM. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2012;33(3):34-41.
- World Health Organization (WHO). Food and Agriculture Organization of the United Nations. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO; 2003.
- Doris JM, Davis E, Du Pont C, Holdaway B. Social work in dentistry: the Cares model for improving patient retention and access to care. *Dent Clin North Am.* 2009;53(3):549-59.
- Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais na área da saúde. 8ª ed. São Paulo: Loyola; 2011.
- Avila MAG, Pereira GJC, Bocchi SCM. Informal caregivers of older people recovering from surgery for hip fractures caused by a fall: fall prevention. *Ciênc. saúde coletiva* 2015;20(6):1901-7.