

Artigos originais

Trauma de face e níveis de escolaridade:
um estudo sobre a perspectiva da população*Facial trauma and background level: a study on the population's perspective*Natália de Castro e Silva Martins¹<https://orcid.org/0000-0001-5987-4018>Mirella Pereira Castelo Branco²<https://orcid.org/0000-0002-9887-4026>Luciane Spinelli de Figueirêdo Pessoa³<https://orcid.org/0000-0003-3518-5060>Giorvan Ânderson dos Santos Alves³<https://orcid.org/0000-0003-1619-0139>Luciana Moraes Studart-Pereira¹<https://orcid.org/0000-0003-0030-1463>

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Atendo Nursing Home, Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Conflito de interesses: Inexistente



RESUMO

Objetivo: averiguar a perspectiva da população sobre trauma de face, de acordo com nível de escolaridade.

Métodos: estudo observacional, transversal, documental, quantitativo, oriundo de 852 entrevistas, em duas capitais brasileiras. Investigou-se associação entre nível de escolaridade e demais conhecimentos sobre trauma de face. Dados foram analisados com testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, erro de 5%.

Resultados: houve associação estatisticamente significante da escolaridade e entendimento das consequências do trauma em: funções ($p=0,001$), mobilidade da boca ($p=0,005$) e questões dentárias ($p=0,003$). Na população mais acometida, escolaridade também se associou a jovens ($p=0,001$) e adultos ($p=0,044$). Sobre causas, houve associação com quedas ($p=0,034$) e acidentes de trânsito ($p=0,034$). Houve associação de ciclistas ($p=0,016$) e motociclistas ($p=0,001$) como população mais propensa. Escolaridade foi associada a todos profissionais. Com relação às consequências para a vida, houve também associação com saúde geral ($p=0,049$), atividades domésticas ($p=0,001$) e vida social ($p=0,001$). Imprudência foi a única causa com associação ($p=0,004$). Escolaridade foi associada ao conhecimento prévio sobre trauma ($p=0,001$).

Conclusão: entendimento sobre consequências do trauma, população mais acometida, principais causas, profissionais envolvidos no tratamento, repercussão para a vida das pessoas e conhecimento prévio sobre o assunto aumentaram de acordo com os níveis de escolaridade.

Descritores: Fonoaudiologia; Traumatismos Maxilofaciais; Saúde Pública; Escolaridade; Acidentes de Trânsito

ABSTRACT

Purpose: to verify the population's understanding on facial trauma, according to their level of schooling.

Methods: an observational, cross-sectional, quantitative, documentary study conducted, based on 852 interviews carried out in two Brazilian state capitals. The association between the levels of schooling and varied knowledge of facial trauma was investigated. The data were analyzed with Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, with a margin of error of 5%.

Results: there was a statistically significant association between the participants' schooling and their understanding on the consequences of trauma in: functions ($p = 0.001$), mouth mobility ($p = 0.005$), and dental issues ($p = 0.003$). In the most affected population, schooling was also associated with youth ($p = 0.001$) and adults ($p = 0.044$). Regarding causes, there was association with falls ($p = 0.034$) and traffic accidents ($p = 0.034$). There was association with bikers ($p = 0.016$) and motorcyclists ($p = 0.001$) as the population with greater propensity. Schooling was associated with all the professionals. Concerning the consequences to the victim's life, there was association also with general health ($p = 0.049$), household chores ($p = 0.001$), and social life ($p = 0.001$). Recklessness was the only cause with an association ($p = 0.004$). Schooling was associated with previous knowledge of trauma ($p = 0.001$).

Conclusion: their understanding on the consequences of trauma, most affected population, main causes, professionals involved in the treatment, repercussion for people's lives, and previous knowledge of the subject increased along with the levels of background.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Maxillofacial Trauma; Public Health; Educational Status; Accidents, Traffic

Recebido em: 09/04/2019
Aceito em: 23/03/2020

Endereço para correspondência:

Luciana Moraes Studart-Pereira
Avenida Professor Artur de Sá, 267 -
Cidade Universitária
CEP: 52171-011 - Recife, Pernambuco,
Brasil
E-mail: luciana.studart@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Os traumas craniofaciais podem ser definidos por lesões locais na região da face ocorrendo a ruptura da integridade tecidual anatômica. Esses traumatismos apresentam como característica significativa diversidade de lesões que podem atingir diversos tipos de tecidos, como por exemplo, partes moles, ossos, dentes e couro cabeludo¹.

A etiologia do trauma facial é multifatorial, sendo associada às condições sociodemográficas e culturais². A causa mais frequente dessas lesões são os acidentes de trânsito, seguido por agressões interpessoais e quedas¹⁻⁵. Em colisões automobilísticas, a motocicleta é o veículo que mais produz esse tipo de lesão na população^{2,3}. Entretanto, o capacete quando devidamente utilizado previne as possíveis fraturas e lesões cerebrais decorrentes de acidentes⁶. O horário com maior índice de acidentes de trânsito é à noite, entre 18h e 23h59min, sendo o maior percentual aos finais de semana. Tal fato pode ser explicado pelo maior número de atividades sociais que envolvem a ingestão de bebidas alcoólicas, aumentando dessa forma a probabilidade de colisões^{7,8}.

Fatores como o aumento populacional e da frota de veículos, associados à imprudência e negligência às leis de trânsito vigentes no país, são alguns exemplos, que fazem crescer os índices de incidência e severidade dos traumas faciais causados por acidentes de trânsito⁶. Dados recentes demonstram que mais de 69% dos acidentes ocorridos em rodovias federais no ano de 2014 tiveram como causa a imprudência dos motoristas, como por exemplo, o excesso de velocidade, ultrapassagens forçadas, direção sob efeito de álcool, falta de atenção, entre outros⁹.

As principais vítimas são adultos do sexo masculino, com faixa etária entre os 20 e 40 anos e baixa escolaridade^{1,3,7,8,10}. A prevalência nos grupos com essa idade pode ser atribuída a um maior acesso dos jovens a veículos automotores, direção em alta velocidade, pequena divulgação e fiscalização das leis de trânsito². Estudos afirmam que a escolaridade da população mais acometida é o ensino fundamental e que são pessoas que apresentam baixa renda^{3,11}. Alguns autores^{2,5} destacam que a prevalência masculina no envolvimento com esse tipo de acidente pode ser reflexo do maior consumo de álcool e outras drogas, além de representarem a população economicamente mais ativa do país.

As lesões faciais são consideradas um grave problema de saúde pública, tanto em países

desenvolvidos como em desenvolvimento, isso porque constitui uma demanda significativa de atendimento e tratamentos prolongados⁷. Os acidentes de trânsito são causa, ainda, de diversos outros custos com impactos sociais e econômicos diretos e indiretos nas receitas públicas da União¹². O custeio do atendimento das vítimas por parte das equipes de saúde, os danos às propriedades envolvidas no momento do trauma, as perdas de salários e as incapacidades permanentes ou transitórias conduzem frequentemente a dificuldade na reinserção social das vítimas e o seu retorno ao mercado de trabalho⁴.

Uma questão que precisa ser considerada é que as lesões de face podem trazer graves consequências para as vítimas, como alterações nas funções de mastigação, deglutição e fala, sendo fatores preditivos a prejuízos nas atividades diárias e na qualidade de vida⁸. É importante destacar que acometimentos não envolvem apenas tecidos moles e ossos, mas também, por extensão, pode envolver o cérebro, olhos, seios da face e dentição⁹. Entre os danos causados aos pacientes que sobrevivem aos acidentes de moto, por exemplo, destacam-se as sequelas motoras, psicológicas e mutilações⁸.

O diagnóstico e tratamento das lesões faciais envolvem um atendimento de abrangência multidisciplinar¹³. Nos grandes centros e, principalmente, em serviços de saúde ligados às instituições de ensino, o diagnóstico e o manejo destas lesões são sempre lembrados e difundidos entre os profissionais de saúde, visando prevenir sequelas tardias, muitas vezes de difícil tratamento¹⁴. O referido atendimento envolve equipe multiprofissional de saúde desde a assistência imediata posterior ao acometimento, como nos cuidados referente ao período de reabilitação.

Tendo em vista a alta prevalência de traumas faciais resultantes de acidentes de trânsito e a importância do estabelecimento de medidas educativas e de prevenção, o objetivo do trabalho foi averiguar a perspectiva da população sobre o trauma de face de acordo com o nível de escolaridade. Ressalta-se a importância de estudos como esse, uma vez que possibilitam resgate de informações relacionadas à população sobre o entendimento acerca do trauma de face, contribuindo, dessa forma, para o aporte do conhecimento e fomentando a criação de políticas públicas eficientes nessa área.

MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, sob o protocolo de número 2.131.348, com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo referido CEP.

Tratou-se de um estudo observacional, transversal, documental e quantitativo, a partir da consulta de um banco de dados de questionários estruturados, oriundos de 951 entrevistas aplicadas em transeuntes de ambos os sexos, provenientes de uma campanha pública, ocorrida nas cidades de Recife e João Pessoa, cujo objetivo foi sensibilizar a população em geral sobre as causas, consequências e possibilidades terapêuticas para pessoas vítimas de traumas de face.

A coleta de dados foi realizada, inicialmente, analisando os itens que compunham o banco de dados dos questionários aplicados na ação e seleção dos conjuntos de respostas que se apresentavam de forma completa, sendo este o critério de inclusão. Foram excluídos o referente a 99 questionários. O critério adotado foi a falta da informação em algum item e/ou

questito do questionário aplicado. Ao final, 852 participaram da pesquisa.

O questionário foi composto por 15 perguntas, do tipo resposta única e múltipla escolha, denominadas de p1 a p15 (Figura 1). As indagações foram sobre os dados de caracterização do sujeito em relação ao sexo (masculino ou feminino), idade (jovem, adulto e idoso), escolaridade (“não estudou e ensino fundamental incompleto”, ensino fundamental completo, ensino médio e ensino superior). Agrupou-se os níveis de escolaridade não estudou e ensino fundamental incompleto devido ao número reduzido de entrevistados sem alfabetização. Além dessas, existiram questões relacionadas ao que o entrevistado entende sobre os aspectos gerais do trauma de face (causas, consequências para as funções e estruturas, população mais acometida, profissionais que atuam nos cuidados, tempo de duração das sequelas, conhecimento sobre o que é o trauma, locais de veiculação onde já teve informações sobre o assunto, interesse em saber mais sobre a temática e o que acha sobre campanhas de educação em saúde), consideradas, nesse estudo, como variáveis dependentes.

p1: Idade
p2: Sexo
p3: Escolaridade
p4: Conhecimento sobre o trauma de face
p5: Consequências do trauma de face
p6: População mais acometida
p7: Principais causas do trauma de face
p8: População mais propensa a sofrer trauma de face no trânsito
p9: Profissionais que atuam no tratamento de pessoas com trauma de face
p10: Duração das consequências do trauma de face
p11: Consequências do trauma de face para a vida do sujeito
p12: Causas de trauma de face no trânsito
p13: Informações anteriores sobre o trauma de face
p14: Desejo de ampliar o conhecimento sobre o trauma de face
p15: Importância de campanhas sobre o trauma de face

Figura 1. Questionário aplicado nos transeuntes

As idades foram agrupadas em três faixas: 10-19 anos (jovem), 20-39 anos (adulto jovem), 40-59 anos (adulto) e igual e a partir de 60 anos (idoso). O grupo de adultos foi dividido em dois, pois na primeira faixa etária encontra-se o grupo risco de maior vulnerabilidade para os traumas de face de acordo com o que está descrito na literatura⁴.

Para esse estudo, buscou-se verificar a associação entre a variável independente “nível de escolaridade” e as respostas que os candidatos assinalaram em cada questão do dispositivo (p5 a p15).

Os dados coletados no referido banco de dados foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. Para avaliar associação entre duas

variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS na versão 23.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra os resultados relativos à caracterização dos pesquisados. Destaca-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino, com idade entre 20 e 39 anos e possuíam o ensino médio completo.

Tabela 1. Caracterização dos entrevistados quanto ao sexo, faixa etária e escolaridade

Variável	População entrevistada		Valor de p
	n	%	
Total	852	100,0	
Sexo			$p^{(1)}=0,001^*$
Masculino	394	46,2	
Feminino	458	53,8	
Faixa etária (anos)			$p^{(1)}<0,001^*$
10 a 19	238	27,9	
20 a 39	351	41,2	
40 a 59	181	21,2	
60 ou mais	82	9,6	
Escolaridade			$p^{(1)}<0,001^*$
Não estudou e fundamental incompleto	113	13,3	
Ensino fundamental	254	29,8	
Ensino médio	338	39,7	
Superior	147	17,3	

Associação significativa a 5%; Teste Qui-quadrado.

No que diz respeito à avaliação das respostas em relação à perspectiva da população sobre o trauma de face associado aos níveis de escolaridade, ressalta-se que foram registradas associações significantes entre o grau de escolaridade com as variáveis estudadas. É importante destacar que os percentuais dos que consideravam cada um dos problemas “comprometimento nas funções” e “mobilidade boca/face” como consequências do trauma de face (p5) aumentaram com o grau de escolaridade significativamente ($p=0,001$ e $p=0,005$ respectivamente). Na variável “questões dentárias” o percentual mais elevado correspondeu aos que tinham ensino superior ($p=0,003$).

Na questão sobre quem é mais propenso a sofrer trauma de face (p6), a resposta “jovens” foi mais elevada entre os que tinham ensino superior, seguido dos que tinham ensino médio e variou de 15,0% a 16,5% nas outras duas categorias de ensino ($p = 0,001$). Os participantes que responderam serem os “adultos” as principais vítimas dos traumas estavam no grupo dos que tinham ensino médio (31,1%), variando de 22,0% a 23,1% nas outras três categorias ($p = 0,044$) (Tabela 2).

Em relação às principais causas do trauma de face (p7), o grupo do ensino superior foi o que apresentou maior percentual para a resposta “acidentes de

trânsito” (81,6%), seguido dos que tinham ensino médio e ensino fundamental (71,3%) com $p=0,034$.

Sobre quem é mais propenso a sofrer trauma de face no trânsito (p8) o percentual dos que responderam “ciclista” foi mais elevado entre os que tinham ensino superior (40,8%), seguido dos que tinham ensino médio (35,2%) e variou de 27,2% a 27,4% nas outras categorias ($p=0,016$); o percentual dos que responderam “motociclista” aumentou com o nível de escolaridade, sendo 41,6% no grupo “não estudou e ensino fundamental incompleto”, 55,1% nos que tinham ensino fundamental, 65,1% nos que tinham ensino médio e 71,4% nos que tinham ensino superior ($p<0,001$) (Tabela 2).

Em relação aos profissionais que podem se envolver no tratamento de pessoas com trauma de face (p9) em todas as categorias o maior percentual ocorreu entre os que tinham ensino superior e o segundo maior percentual nos que tinham ensino médio. Para as opções: “fisioterapeutas”, “psicólogos” e “enfermeiros” o menor percentual ocorreu entre o grupo “não estudou e ensino fundamental incompleto”; o percentual de entrevistados que responderam serem os “médicos” variou de 56,3% a 78,4% ($p=0,002$), já para a alternativa “fisioterapeutas” de 51,3% a 74,1% ($p=0,001$), no grupo dos “psicólogos” de 21,2% a

35,4% ($p<0,040$), e para a opção “dentistas” de 29,9% a 53,7% ($p<0,001$), nos “fonoaudiólogos” de 23,9% a 69,4% ($p<0,001$) e nos “enfermeiros” de 16,9% a 34,0% ($p=0,001$) (Tabela 2).

Na Tabela 2, a questão sobre as consequências do trauma de face para a vida do sujeito (p11), o maior percentual da resposta que alega ter impacto para a “saúde geral” foi entre os que tinham ensino superior ($p=0,049$). O percentual dos que responderam consequências no âmbito “emocional” também aumentou com o nível de escolaridade, sendo 46,9% no grupo “não estudou e ensino fundamental incompleto”, 52,4% nos de ensino fundamental, 63,6% no grupo com ensino médio e 73,5% entre os que tinham ensino superior ($p<0,001$). Os que citaram “atividades domésticas” novamente eram pertencentes ao grupo com ensino superior ($p=0,018$). O mesmo aconteceu com os que informaram impactos na “vida social e/ou amorosa”, isto é, aumentou com a escolaridade ($p<0,001$).

Por fim, em relação à opinião sobre as causas do trauma de face no trânsito, o percentual dos que responderam “imprudência” aumentou mais uma vez com a escolaridade, com valores 74,3%, 76,0%, 81,7% e 89,1%, de “não estudou e ensino fundamental incompleto” ao ensino superior, respectivamente.

Tabela 2. Entendimento sobre aspectos gerais do trauma de face em associação com a escolaridade

Variável	Escolaridade								Grupo total		P valor
	Não estudou e fundamental incompleto		Ensino Fundamental		Ensino Médio		Superior				
	N	%	n	%	N	%	N	%	n	%	
Total	113	100,0	254	100,0	338	100,0	147	100,0	852	100,0	
p5											
Função	79	69,9	191	75,2	268	79,3	132	89,8	670	78,6	$p^{(1)}=0,001^*$
Mobilidade Boca/Face	77	68,1	200	78,7	267	79,0	127	86,4	671	78,8	$p^{(1)}=0,005^*$
Questões dentárias	66	58,4	147	57,9	216	63,9	111	75,5	540	63,4	$p^{(1)}=0,003^*$
Dor/Sensibilidade	81	71,7	210	82,7	265	78,4	121	82,3	677	79,5	$p^{(1)}=0,080$
p6											
Criança	25	22,1	67	26,4	87	25,7	49	33,3	228	26,8	$p^{(1)}=0,197$
Jovens	17	15,0	42	16,5	84	24,9	47	32,0	190	22,3	$p^{(1)}=0,001^*$
Adultos	25	22,1	56	22,0	105	31,1	34	23,1	220	25,8	$p^{(1)}=0,044^*$
Idosos	66	58,4	137	53,9	196	58,0	80	54,4	479	56,2	$p^{(1)}=0,710$
p7											
Briga	30	26,5	66	26,0	87	25,7	53	36,1	236	27,7	$p^{(1)}=0,101$
Acidente doméstico	16	14,2	43	16,9	76	22,5	37	25,2	172	20,2	$p^{(1)}=0,055$
Prática de esportes	21	18,6	38	15,0	62	18,3	33	22,4	154	18,1	$p^{(1)}=0,308$
Queda	27	23,9	84	33,1	128	37,9	57	38,8	296	34,7	$p^{(1)}=0,034^*$
Acidente de trânsito	75	66,4	181	71,3	241	71,3	120	81,6	617	72,4	$p^{(1)}=0,034^*$

Variável	Escolaridade										P valor
	Não estudou e fundamental incompleto		Ensino Fundamental		Ensino Médio		Superior		Grupo total		
	N	%	n	%	N	%	N	%	n	%	
p8											
Pedestre	44	38,9	88	34,6	131	38,8	62	42,2	325	38,1	p ⁽¹⁾ =0,491
Condutor de veículos grandes	6	5,3	19	7,5	37	10,9	14	9,5	76	8,9	p ⁽¹⁾ =0,237
Ciclista	31	27,4	69	27,2	119	35,2	60	40,8	279	32,7	p ⁽¹⁾ =0,016*
Motociclista	47	41,6	140	55,1	220	65,1	105	71,4	512	60,1	p ⁽¹⁾ =0,001*
Condutor de veículos pequenos	11	9,7	28	11,0	49	14,5	24	16,3	112	13,1	p ⁽¹⁾ =0,262
p9											
Médico	68	60,2	143	56,3	221	65,4	110	74,8	542	63,6	p ⁽¹⁾ =0,002*
Fisioterapeuta	58	51,3	159	62,6	230	68,0	109	74,1	556	65,3	p ⁽¹⁾ =0,001*
Psicólogo	24	21,2	61	24,0	93	27,5	52	35,4	230	27,0	p ⁽¹⁾ =0,040*
Dentista	34	30,1	76	29,9	142	42,0	79	53,7	331	38,8	p ⁽¹⁾ =0,001*
Fonoaudiólogo	27	23,9	92	36,2	157	46,4	102	69,4	378	44,4	p ⁽¹⁾ =0,001*
Enfermeiro	24	21,2	43	16,9	79	23,4	50	34,0	196	23,0	p ⁽¹⁾ =0,001*
p10											
Não há problemas	2	1,8	3	1,2	0	0,0	2	1,4	7	0,8	p ⁽¹⁾ =0,174
Dias	3	2,7	14	5,5	15	4,4	14	9,5	46	5,4	p ⁽²⁾ =0,066
Meses	33	29,2	71	28,0	95	28,1	44	29,9	243	28,5	p ⁽²⁾ =0,971
Anos	78	69,0	181	71,3	249	73,7	108	73,5	616	72,3	p ⁽²⁾ =0,763
p11											
Saúde geral	60	53,1	117	46,1	189	55,9	86	58,5	452	53,1	p ⁽²⁾ =0,049*
Emocional	53	46,9	133	52,4	215	63,6	108	73,5	509	59,7	p ⁽²⁾ =0,001*
Atividades domésticas	29	25,7	46	18,1	60	17,8	42	28,6	177	20,8	p ⁽²⁾ =0,018*
Trabalho	46	40,7	107	42,1	159	47,0	75	51,0	387	45,4	p ⁽²⁾ =0,227
Vida social e/ou amorosa	43	38,1	119	46,9	184	54,4	102	69,4	448	52,6	p ⁽²⁾ =0,001*
p12											
Falta de sinalização	21	18,6	48	18,9	59	17,5	27	18,4	155	18,2	p ⁽¹⁾ =0,974
Não utilização de equipamento de segurança	48	42,5	108	42,5	164	48,5	81	55,1	401	47,1	p ⁽¹⁾ =0,067
Falta de orientação	26	23,0	45	17,7	55	16,3	23	15,6	149	17,5	p ⁽¹⁾ =0,378
Imprudência	84	74,3	193	76,0	276	81,7	131	89,1	684	80,3	p ⁽¹⁾ =0,004*

p5: Consequências do trauma de face; p6: População mais acometida; p7: Principais causas do trauma de face; p8: População mais propensa a sofrer trauma de face no trânsito; p9: Profissionais que atuam no tratamento de pessoas com trauma de face; p10: Duração das consequências do trauma de face; p11: Consequências do trauma de face para a vida do sujeito; p12: Causas de trauma de face no trânsito; *Associação significativa a 5%; ⁽¹⁾Teste Qui-quadrado; ⁽²⁾Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 3, a questão p13, o percentual que respondeu afirmativamente sobre a obtenção de informações anteriores sobre o trauma de face aumentou com o grau de escolaridade (p=0,004). O percentual dos que citaram “jornais/revistas” foi nulo entre os que tinham primeiro grau incompleto e variou de 30,0% a 39,4% nas outras três categorias (p=0,023). Entre os que disseram que a fonte de informação foi

“profissionais de saúde”, o maior percentual está no grupo dos que tinham ensino superior (38,5%), o menor entre os que tinham ensino fundamental (10,0%) e variou de 20,0% a 23,1% nas outras duas categorias de ensino consideradas (p = 0,005). Em relação à questão do conhecimento prévio sobre o trauma de face (p4), os percentuais dos que responderam positivamente aumentaram com o grau de escolaridade.

Tabela 3. Conhecimento e interesse dos entrevistados sobre informações acerca do trauma de face

Variável	Escolaridade								Grupo total	P valor	
	Não estudou e fundamental incompleto		Ensino Fundamental		Ensino Médio		Superior				
	n	%	n	%	N	%	N	%			n
Total	113	100,0	254	100,0	338	100,0	147	100,0	852	100,0	
p13											
Sim	15	13,3	50	19,7	104	30,8	65	44,2	234	27,5	0,001*
Jornais/Revistas	0	0,0	15	30,0	41	39,4	21	32,3	77	32,9	0,023*
Internet/Redes Sociais	3	20,0	16	32,0	28	26,9	16	24,6	63	26,9	0,754
Amigos/Parentes	6	40,0	18	36,0	39	37,5	13	20,0	76	32,5	0,090
Televisão	6	40,0	19	38,0	44	42,3	18	27,7	87	37,2	0,291
Profissionais de Saúde	3	20,0	5	10,0	24	23,1	25	38,5	57	24,4	0,005*
p4											0,001*
Não	88	77,9	183	72,0	201	59,5	60	40,8	532	62,4	
Sim	25	22,1	71	28,0	137	40,5	87	59,2	320	37,6	
p14											0,538
Não	16	14,2	21	8,3	42	12,4	19	12,9	98	11,5	
Sim	86	76,1	205	80,7	265	78,4	117	79,6	673	79,0	
Não sei	11	9,7	28	11,0	31	9,2	11	7,5	81	9,5	
p15											0,287
Não	2	1,8	3	1,2	9	2,7	2	1,4	16	1,9	
Sim	111	98,2	250	98,4	326	96,4	141	95,9	828	97,2	
Não sei	0	0,0	1	0,4	3	0,9	4	2,7	8	0,9	

p13: Informações anteriores sobre o trauma de face; p4: Conhecimento sobre o trauma de face; p14: Desejo de ampliar o conhecimento sobre o trauma de face; p15: Importância de campanhas sobre o trauma de face; *Associação significante a 5%; ⁽¹⁾Teste Qui-quadrado; ⁽²⁾Teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, percebe-se que a população com níveis de escolaridade mais baixos apontou menor conhecimento sobre os aspectos gerais relativos ao trauma de face, tais como consequências do trauma, população mais acometida, principais causas, entre outros. Isso desperta preocupação, uma vez que na literatura está descrito que a frequência de participação em acidentes de trânsito, segundo o nível de escolaridade, é maior entre as pessoas com nível fundamental completo e médio incompleto¹⁵⁻¹⁷. Com isso, constata-se que, na população estudada, o grupo que mais é acometido pelo trauma de face não tem conhecimento sólido sobre o tema. Isso é um alerta para necessidade de investimentos em educação em saúde, na prevenção de acidentes com educação no trânsito e na criação de protocolos de atendimentos a vítimas de traumatismo¹⁸.

Em relação ao entendimento da população sobre as causas de traumas de face nos acidentes de trânsito, ressalta-se que o maior percentual que assinalou a “imprudência” foi o grupo com ensino

superior. Esse resultado encontra-se em linha com um estudo¹⁶, no qual as pessoas com essa formação acadêmica apresentaram maiores percentuais para o uso dos equipamentos de segurança em automóveis e motocicletas. Isso é um indicativo que o aumento do nível de escolaridade do cidadão é proporcional ao crescimento do entendimento sobre as causas do trauma no trânsito e a necessidade de utilização dos equipamentos de segurança.

No presente estudo, a resposta condizente com o motociclista sendo o público mais propenso a sofrer trauma de face aumentou com a escolaridade. Estudos apontam que os motociclistas são, de fato, os mais lesionados em acidentes de trânsito, principalmente por sua maior exposição e vulnerabilidade⁹. Alguns autores¹¹ afirmam, ainda, que os traumas faciais causados por acidentes motociclísticos têm alta incidência e são predominantes em homens de renda e escolaridade baixa. Em outro estudo¹⁷, que também observa o nível de escolaridade, destaca que existe a identificação do baixo nível de escolaridade como um

maior fator de risco para os acidentes de trânsito por motocicletas.

Os achados demonstram que a população com menor nível de escolaridade não identifica alterações nas funções do sistema estomatognático como possíveis consequências do trauma de face. Tal fato é alarmante, já que se sabe que no momento do diagnóstico dos pacientes acometidos com o trauma de face, há um grande percentual de queixas, como a dificuldade em comer e dificuldade em pronunciar palavras¹⁹. Ressalta-se que as alterações nas funções orofaciais podem ser minimizadas com o tratamento fonoaudiológico específico para as lesões em face, eliminando as queixas principais, diminuindo sinais clínicos observados e sequelas inerentes aos traumas, promovendo assim a reabilitação miofuncional ou adaptações funcionais²⁰.

Alguns autores afirmam que o fonoaudiólogo contribui para a viabilização do funcionamento adequado do Sistema Estomatognático^{21,22}. Dessa forma, é um profissional de suma importância na equipe de reabilitação, como também na atuação perante ações de prevenção a esse tipo de acidente. Nessa investigação, verificou-se que apenas os entrevistados com maior nível escolar identificam o fonoaudiólogo como participante da equipe de assistência às vítimas de trauma de face.

O fato de os percentuais dos participantes que responderam positivamente terem aumentado com o grau de escolaridade realça a importância da necessidade do investimento de educação em saúde e ações de prevenção ao trauma de face na população menos escolarizada, uma vez que são as pessoas em situação de vulnerabilidade para esse tipo de acidente.

A indicação de lacunas no entendimento sobre aspectos gerais do trauma de face é percebida a partir do alto percentual de entrevistados que afirmaram o desejo em ampliar o conhecimento sobre o assunto. Com isso, identifica-se que a gravidade e a complexidade do trauma facial não exigem somente a cooperação interdisciplinar no cuidado desses pacientes, mas, também, medidas constantes de educação da população quanto às estratégias preventivas, sendo esta a forma mais barata de reduzir direta e indiretamente os custos das sequelas ocasionadas pelo trauma²². Medidas preventivas têm custo econômico e social significativamente menor do que arcar com todas as despesas necessárias à garantia irrestrita da saúde¹².

Estudos apontam que a baixa escolaridade e a falta de informação podem dificultar a compreensão da população acerca dos cuidados essenciais para a promoção à saúde, prevenção de doenças e suas complicações, além de influenciar nas habilidades para o comportamento de autocuidado, prejudicando, dessa forma, a prevenção e o diagnóstico precoce, aumentando assim a predisposição para outras complicações²³⁻²⁵.

Programas de educação em saúde são de suma importância para a maior visibilidade da prevenção do trauma de face. A educação popular em saúde se organiza a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, por meio de diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde e na análise crítica da realidade²⁶.

A educação em saúde pode ser considerada um instrumento promocional e de estímulo ao autocuidado, tornando-se a base das políticas de promoção da saúde, incluindo métodos de avaliação do conhecimento oriundo do processo educativo, de detecção de possíveis falhas para a elaboração de estratégias de reversão e de absorção dessas informações pela população²⁷.

A criação de políticas públicas para educação em saúde fomentadas a partir das características socio-demográficas do público de maior vulnerabilidade se faz importante, tendo em vista a necessidade da diminuição de acidentes de trânsito e suas consequências, dentre elas o trauma de face.

O estudo apresenta como limitação o desequilíbrio entre o número de participantes, entre os níveis de escolaridade dos participantes, bem como o perfil sociodemográfico das duas cidades, o que impossibilitou comparação entre elas. Reconhece-se, ainda, que diante da complexidade do tema e da possível influência de outros fatores no entendimento dos entrevistados, outras variáveis além da escolaridade devem ser investigadas. Nesse sentido, sugere-se, para estudos futuros, a observação dos aspectos relacionados à renda e gênero, por exemplo.

CONCLUSÃO

Após investigação da perspectiva da população desse estudo sobre o trauma de face, conclui-se que a escolaridade dos entrevistados se relaciona com o entendimento sobre as consequências do trauma, população mais acometida, principais causas, profissionais envolvidos no tratamento de vítimas de trauma

de face, consequências que o trauma de face pode causar para a vida das pessoas e conhecimento prévio sobre o assunto.

A identificação dos motociclistas como principais vítimas de trauma de face e da imprudência como uma das causas de acidentes de trânsito, o reconhecimento dos impactos nas funções e mobilidade como consequências do trauma de face e o entendimento sobre os impactos na saúde geral, nos aspectos emocionais e na vida social/amorosa das vítimas de trauma de face aumentaram de acordo com os níveis de escolaridade.

As informações encontradas nessa pesquisa contribuem para a criação de campanhas, ações sociais e políticas públicas direcionadas para a população de maior vulnerabilidade, com o objetivo de sensibilizar os cidadãos sobre a importância da prevenção ao trauma de face.

REFERÊNCIAS

- Soller ICS, Poletti NAA, Beccaria LM, Squizzato RH, Almeida DB, Matta PRA. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismos faciais atendidos em emergência hospitalar. *Rev Min Enferm.* 2016;20:e935.
- Moura MTLF, Daltro RM, Almeida TF. Traumas faciais: uma revisão sistemática da literatura. *RFO UPF.* 2016;21(3):331-7.
- Vieira CL, Araújo DCC, Ribeiro MLS, Filho JRL. Soft tissue injury in victims of bucco-maxillo-facial trauma. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2013;13(1):89-96.
- Zamboni RA, Wagner JCB, Volkweis MR, Gerhardt EL, Buchmann EM, Bavaresco CS. Levantamento epidemiológico das fraturas de face do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – RS. *Rev Col Bras Cir.* 2017;44(5):491-7.
- Araújo CFSN, Braga PLS. Epidemiologia do trauma maxilofacial num hospital terciário da cidade de Macapá. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.* 2016;45(4):121-5.
- Silva MGP, Silva VL, Lima MLLT. Craniofacial injuries resulting from motorcycle accidents: an integrative review. *Rev. CEFAC.* 2015;17(5):1689-97.
- D'ávila S, Barbosa KGN, Bernardino IM, da Nóbrega LM, Bento PM, Ferreira EF. Facial trauma among victims of terrestrial transport accidents. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82(3):314-20.
- Silva MGP, Lima MLLT, Silva VL. Influence of helmet use in facial trauma and moderate traumatic brain injury victims of motorcycle accidents. *Distúrb. Comun.* 2015;27(1):204-05.
- IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras: caracterização, tendências e custos para a sociedade. [cited 2015]. Available from: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/150922_relatorio_acidentes_transito.pdf>.
- Ykeda RBA, Ballin CR, Moraes RS, Ykeda RRA, Miksza AF. Epidemiological profile of 277 patients with facial fractures treated at the emergency room at the ENT Department of Hospital do Trabalhador in Curitiba/PR, in 2010. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* 2012;16(4):437-44.
- Santos MESM, Silva EKP, Rocha WBSS, Vascondelos JM. Perfil epidemiológico das vítimas de traumas faciais causados por acidentes motociclistas. *Rev Cir e Traumatologia Buco-Maxilo-Fac.* 2016;16(1):29-38.
- Souza DFM, Santili C, Freitas RR, Akkari M, Figueiredo MJPS. Epidemiologia das fraturas em crianças num pronto-socorro de uma metrópole tropical. *Acta Ortop Bras.* 2010;18(6):335-8.
- Motta M. Análise epidemiológica das fraturas faciais em um hospital secundário, São Lourenço, MG. *Rev. bras. cir. plást.* 2009;24(2):162-9.
- Santos MS, Almeida TF, Silva RA. Traumas faciais: perfil epidemiológico com ênfase nas características sociais e demográficas e características da lesão, Salvador, BA, 2008. *Rev Bai de Sau Pub.* 2013;37(4):1003-14.
- Malta DC, Andrade SSCA, Gomes N, Silva MMA, Neto OLM, Reis AAC et al. Lesões no trânsito e uso de equipamento de proteção na população brasileira, segundo estudo de base populacional. *Cienc. saúde coletiva.* 2016;21(2):399-409.
- Silva MGP, Silva VL, Vilela MRB, Gomes AOC, Falcão IV, Cabral AKPS et al. Factors associated with speech-language disorders in motorcycle accident victims. *CoDAS.* 2016;28(6):745-52.
- Santos F, Casagrande LP, Lange C, Farias JC, Pereira PM, Jardim VMR et al. Traumatismo cranioencefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro de pelotas/rio grande do sul, brasil. *Rev Min Enferm.* 2013;17(4):882-7.
- Teixeira JRB, Santos NA, Sales ZN, Moreira RM, Boery RNSO, Boery EN et al. Use of personal protective equipment for motorcycle taxi drivers:

- perception of risks and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(4):885-90.
19. Conforte JJ, Alves CP, Sanchez MPR, Ponzoni D. Impact of trauma and surgical treatment on the quality of life of patients with facial fractures. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2015;45(5):575-81.
 20. Bianchini EMG, Mangili LD, Marzotto SR, Nazário D. Pacientes acometidos por trauma de face: caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. *Rev. CEFAC*. 2004;6(4):388-95.
 21. Câmara GO, Mangilli LD, Sassi FC, Andrade CRF. Sistema miofuncional orofacial e trauma de face: revisão crítica da literatura. *Rev. bras. cir. plást*. 2014;29(1):151-8.
 22. Gassner R, Tarkan T, Hachl O, Rudisch A, Ulmer H. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9543 cases with 21 067 injuries. *J Cra-Maxi Sur*. 2003;31(1):51-61.
 23. Cortez MB, Trindade ZA, Menandro MCS. Racionalidade e sofrimento: homens e práticas de autocuidado em saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2017;18(2):556-66.
 24. Baquedano IR, Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(6):1-9.
 25. Rezende Neta DS, Silva ARV, Silva GRF. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):111-6.
 26. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(3):847-52.
 27. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate*. 2015;39(105):480-90.