



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ANA MARLUSIA ALVES BOMFIM

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO
AO TRAUMATIZADO
DE FACE NO ESTADO DE SERGIPE**

**ARACAJU/SE
2006**

ANA MARLUSIA ALVES BOMFIM

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AO
TRAUMATIZADO
DE FACE NO ESTADO DE SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Epidemiologia, Planejamento e Avaliação de Serviços de Saúde.

ORIENTADOR: PROF. DR. VALDINALDO ARAGÃO DE MELO

**ARACAJU/SE
2006**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Saúde/UFS

	Bomfim, Ana Marlusia Alves
B695a	Avaliação dos serviços de atendimento ao traumatizado de face no Estado de Sergipe / Ana Marlusia Alves Bomfim. – Aracaju, 2006. 71 f. Orientador: Prof. Dr. Valdinaldo Aragão de Melo Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Medicina. 1. Trauma de face 2. Traumatismo facial 3. Lesões de face I. Título CDU 617.52-001

ANA MARLUSIA ALVES BOMFIM

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AO
TRAUMATIZADO DE FACE NO ESTADO DE SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

APROVADA EM: 28/07/2006

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Valdinaldo Aragão de Melo

Prof^ª. Dr^a. Regina Maria dos Santos

Prof^ª. Dr^a. Karina Santana Cruz

DEDICATÓRIA

*Dedico, em especial, a **PEDRO HENRIQUE**, meu filho e amigo, fonte inesgotável de alegria. Apesar de sua tenra idade soube compreender a minha ausência necessária. Você é o meu maior incentivador e motivo essencial de minha realização profissional. Compartilho a autoria desta obra com você.*

*Aos meus pais, **IVALDO E ALBERTINA**. Vocês me ensinaram o caminho pelo qual deveria andar e hoje sou eternamente grata. Através deste trabalho quero honrá-los e retribuir todo esforço a mim dedicado.*

*A **MELQUISEDEQUE**, esposo, companheiro e grande incentivador deste trabalho.*

*Ao Prof. Dr. **VALDINALDO ARAGÃO DE MELO**, amigo e conselheiro, a orientação e
apreciável contribuição no desenvolvimento deste trabalho, os conhecimentos relevantes a
mim transmitidos.*

Meus sinceros agradecimentos.

*Mestre não é aquele que dá de seu saber, mas aquele que faz germinar o saber do discípulo.
(N. Maccari).*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, Senhor e autor da minha vida, o meu muito obrigado.

A Universidade Federal de Sergipe, a oportunidade ímpar de fazer parte deste inestimável curso, no qual muito aprendi.

Ao DTCEA-MO (Destacamento de Controle do Espaço Aéreo de Maceió) na pessoa do Comandante Major Aviador Claudio Luiz Chaves da Silva, por me liberar das atividades para que pudesse galgar mais um degrau na minha vida profissional.

A Banca Examinadora, que de forma brilhante e pacientemente aceitaram participar da culminância desse trabalho, com certeza guardarei para sempre vossas sugestões e contribuições.

A todos os professores do Mestrado em Ciências da Saúde, que me auxiliaram e incentivaram com presteza e dedicação. A Prof^ª Dr^ª Maria Jésia Vieira, fonte inspiradora do saber, uma mestra incansável, a amizade e confiança que em mim depositou e sempre presente quando solicitada.

A Prof^ª Dr^ª Regina Santos, o exemplo de dedicação e amizade.

A minha divertida amiga Marta Gerusa, quão preciosas horas de contribuição e ricos conselhos que muito me ajudou na confecção deste trabalho.

A minha tia Almira, ontem dedicava e afirmava que os sobrinhos eram os motivos de sua realização profissional. Hoje agradeço e afirmo que você é fonte inspiradora para execução deste trabalho.

Aos colegas da pós-graduação, os momentos vivenciados, nos quais muito aprendi, em especial, a Valéria Melo Mendonça, pela amizade sincera.

Aos gestores das Unidades de Saúde pesquisadas por terem permitido a coleta de dados e, neste momento, demonstrarem interesse e preocupação com a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

RESUMO

Atualmente, as cidades brasileiras têm sido palco de atos violentos decorrentes do aumento da criminalidade, dos acidentes automobilísticos, das atividades esportivas violentas, das quedas e agressões interpessoais. Sob o ponto de vista da Odontologia, deve-se dar atenção para a face, que tem sido alvo de constantes traumas e lesões, pelo fato de ser o primeiro contato de interação entre as pessoas. Este trabalho tem como finalidade diagnosticar e analisar a atual situação do atendimento ao traumatizado de face no Estado de Sergipe no tocante à estrutura e ao funcionamento dos serviços de referência (hospitais e ambulatórios) de média e alta complexidade. Foram verificados alguns pontos relevantes quanto ao atendimento das vítimas desses traumas. A metodologia empregada foi um estudo exploratório descritivo em sete Municípios-Pólo das regiões de saúde do Estado de Sergipe. Foi aplicado formulário contendo 17 perguntas abertas, fechadas e mistas, as quais foram respondidas pelos gestores (coordenadores e diretores de equipe dos hospitais e ambulatórios) de cada serviço de referência. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, por meio da distribuição em percentagem dos resultados encontrados e evidenciaram que 65,1% das unidades estudadas estão precariamente estruturadas fisicamente para atender à pessoa vítima de trauma de face, enquanto que 34,9% estão satisfatoriamente preparadas em termos estruturais para esta atividade. No tocante ao funcionamento destas unidades, 61,6% apresentaram falhas nesta categoria, enquanto que 38,4% revelaram que funcionam satisfatoriamente. Esses resultados apontam fragilidades no sistema de atendimento ao traumatizado de face, considerando que são unidades de referência, permitindo que se façam sugestões no sentido de minimizar o problema.

PALAVRAS-CHAVE: Trauma de face; Odontologia; Atendimento ao trauma facial.

ABSTRACT

Today the Brazilian cities have been the site of violent acts as consequence of the raise in the criminality, car accidents, violent sport activities, fall and interpersonal aggressions. Under the dentistry perspective, one should give attention to the face because it has been the target of constant traumas and lesions once it is the first contact in the interaction between the people. This work had the objective of diagnosing and analyzing the current state of the assistance to the face trauma victims in the state of Sergipe in what concerns the structure and the operation of the reference services (hospitals and ambulatories) of medium and high complexity. It was identified some relevant points about the assistance of victims of those traumas. The methodology used in this work was the descriptive explanatory study on seven pole-municipal districts in the health regions of the state of Sergipe. It was applied a questionnaire with 17 opened, closed and mixed questions. They were answered by the managers (coordinators and directors of the personnel of the hospitals and ambulatories staff) from each service of reference service. The data were submitted to the descriptive statistic analysis by means of distribution in percentage of the results. They pointed out that 65.1% of the units are precariously physically structured to assist somebody victim of trauma in the face. While 34.9% were satisfactorily prepared in structural terms to this activity. In what concerns the operation of those units, 61.6% presented failures on that category while 38.4% showed that they work satisfactorily. Those results had shown fragilities in the system of assistance system to the face trauma victim, once considering that they are units of reference. It allowed doing some suggestions to minimize the problem.

KEYWORDS: Trauma in the face; Dentistry; assistance to the face-trauma.

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS - Sistema Único de Saúde.

IML – Instituto de Medicina Legal

NYSSF – The National Youth Sports Safety Foundation (Fundação Nacional Juvenil de Segurança em Esportes)

ATLS – Advanced Trauma Life Support (Suporte Avançado de Vida em Trauma)

MS – Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NEU - Núcleo de Educação em Urgência

CD – Cirurgião Dentista

CBMF - Cirurgião BucoMaxiloFacial

CTBMF - Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

CFM – Conselho Federal de Medicina

S – Satisfatório

P - Precário

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das Unidades segundo atendimento ao trauma de face.....	38
Tabela 2 – Distribuição das Unidades de Saúde estudadas em Sergipe nos itens de Estrutura, segundo as variáveis: Satisfatória e Precária.....	40
Tabela 3 - Distribuição das Unidades de Saúde em Sergipe na categoria Condição de Funcionamento, segundo as variáveis: Satisfatória e Precária.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Unidades de Saúde estudadas em Sergipe segundo os quesitos da Categoria Estrutura, conforme as variáveis: Satisfatório e Precário.....	39
Quadro 2 - Unidades de Saúde estudadas em Sergipe segundo os quesitos da Categoria Funcionamento, conforme as variáveis: Satisfatório e Precário.....	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 ACIDENTES DE TRÂNSITO.....	16
2.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTERPESSOAL.....	19
2.3 ACIDENTES POR ARMAS DE FOGO.....	21
2.4 ACIDENTES ESPORTIVOS.....	22
2.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO PERTINENTE.....	23
3 OBJETIVOS.....	32
3.1 OBJETIVO GERAL.....	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO.....	33
4.2 LOCAL.....	33
4.3 POPULAÇÃO.....	33
4.4 INSTRUMENTO.....	33
4.5 PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	36
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4.7 TRATAMENTO DOS DADOS.....	37
5 RESULTADOS.....	38
6 DISCUSSÃO	47

6.1	CONDIÇÕES EM QUE SE ENCONTRAM AS UNIDADES DE	
	SERGIPE.....	47
6.2	ESTRUTURA DAS UNIDADES ESTUDADAS.....	50
6.3	FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES ESTUDADAS.....	58
7	CONCLUSÕES.....	61
	REFERÊNCIAS.....	62
	ANEXOS.....	66
	ANEXO 1 – TCLE.....	67
	ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	68
	ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	71

1 INTRODUÇÃO

O trauma de face vem sendo visto como um problema dos mais sérios no contexto da atenção às urgências e emergências, dadas as implicações de suas marcas para o enfrentamento da vida. Por essa razão, acredita-se que casos dessa natureza devem ser atendidos de forma correta e imediata, a fim de reduzir o máximo possível os danos que possam causar.

As condições físicas, econômicas e sócio-culturais do ser humano, no contexto urbano, têm influenciado o crescimento exacerbado das vítimas de trauma de face. Uma boa parte dessas vítimas teve como consequência seus rostos lesados e continuamente trazem consigo essa marca.

A maioria das fraturas é causada por violência externa como, os acidentes automobilísticos, lutas com socos, pancadas ou traumas esportivos. Os fatores sócio-econômicos determinam as principais formas de traumas em face. Pode-se observar em hospitais particulares, um maior índice de traumas por acidentes automobilísticos; já nos hospitais públicos, observa-se uma maior incidência de traumas ocasionados por golpes, como socos ou por armas de fogo (DINGMAN; NATIVIG, 1983).

No Brasil, em relação aos acidentes de trânsito, os dados e estimativas revelam que cerca de 50.000 pessoas morrem e 300.000 são feridas em cerca de 1 milhão de acidentes de trânsito por ano. Os prejuízos são de 4,5 milhões em danos materiais, tratamentos médicos, homens-hora de trabalho, indenizações e pensões (SOUSA; REGIS; KOIZUMI, 1999). Esses dados confirmam, de certa maneira, as situações com as quais a população se depara freqüentemente com a realidade local, tornando sempre presente a preocupação com as condições em que as vítimas são atendidas e se esse atendimento, da forma como é feito, tem minimizado ou ampliado os problemas comumente enfrentados pelos lesados de face.

Tem sido cada vez mais comum a ocorrência de trauma de face e suas consequências para a sociedade. Sendo assim, pode-se considerar que existe um problema de saúde pública que precisa ser convenientemente tratado. Implica no entendimento de que, atender essas vítimas, numa unidade de emergência, requer alguns cuidados que dependem de infra-estrutura, conhecimento específico e manejo habilidoso de técnicas médicas e odontológicas.

Esses recursos precisam estar disponíveis nos serviços de urgência e emergência públicos e privados, a fim de que as vítimas não sejam ainda mais prejudicadas por um atendimento insuficiente ou inadequado. Sendo um assunto grave e relevante, onde a identidade social do indivíduo pode estar ameaçada, a própria legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece padrões de construção e funcionamento de unidades de emergência, como balizas para que se tenha confiabilidade na oferta de atendimento às vítimas de traumatismos faciais.

É importante esclarecer que o SUS, e toda a legislação que dele emana como política nacional de saúde foi construído no bojo de um movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária, cujo foco foi a discussão dos sistemas de saúde existentes naquela época e que não estavam respondendo às demandas. Pode-se dizer que a legislação referida resultou, então, de significativas discussões travadas na década de 80 e que culminaram com a inclusão na Constituição Federal de 1988 da saúde como direito de todos e dever do Estado, o que está escrito nos Artigos 196 a 200 (BRASIL, 1988).

Essas mudanças estão expressas na filosofia do SUS que carrega como princípios a universalidade, integralidade, equidade, hierarquização e a descentralização da atenção e a participação social na gestão. Ao estar falando do atendimento aos traumatizados de face, na verdade o que se faz é a referência explícita aos princípios de equidade e hierarquização, pois

a vítima desse tipo de trauma tem necessidades especiais que precisam ser consideradas, as quais requerem uma atenção especializada e, na maioria das vezes, de alta complexidade.

Tendo em vista a existência de inúmeros casos de trauma de face, que trazem ao ser humano resultados desastrosos na sua estética, e considerando ser a face o “cartão postal” de toda pessoa, uma vez que exerce grande influência na personalidade, impõe-se ao Poder Público a necessidade de um bom serviço de emergência, para o atendimento dos referidos casos.

Por assim compreender essa problemática, esse estudo foi proposto sobre as condições dos Municípios-Pólos do Estado de Sergipe no atendimento às vítimas de traumatismos de face. A conjuntura em que vivem os centros urbanos, de maneira geral, foi o principal motivo para a escolha desse objeto, uma vez que atualmente a violência tem crescido de forma assustadora, trazendo medo e insegurança à humanidade em geral. Esta circunstância se manifesta no elevado número de traumas que vêm exigir unidades bem estruturadas e funcionando ininterruptamente para atendê-los.

Tem-se que o presente trabalho pretende realizar uma avaliação dos serviços de saúde de média e alta-complexidade no atendimento ao traumatizado de face, nos Municípios-Pólos do Estado de Sergipe: Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro e Propriá.

Em se tratando de um estudo que implica numa avaliação de serviço, é necessário esclarecer que o Estado legisla sobre esta questão estabelecendo requisitos a serem cumpridos, para que se possa considerar uma unidade de atendimento como devidamente construída e equipada para atender às pessoas em condição de emergência, dentre estas as vítimas de trauma de face. A legislação específica, que regula esta situação, é a Portaria n.º 2048/2002-MS, que foi tomada como padrão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O trauma tem representado um flagelo para sociedade moderna, sendo a patologia mais freqüente e a que mais mata dos quatro aos 44 anos de idade. Não apenas o trauma é um flagelo, como também suas seqüelas, considerando que muitos são os que falecem ou ficam incapacitados para sempre (FRANCO, 2002).

No Brasil, os dados são preocupantes. Uma pesquisa recentemente realizada pela Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) em 60 países, evidenciou que o Brasil está em terceiro lugar no “ranking” da violência nos jovens de faixa etária entre 15 a 24 anos. Através desse estudo, verificou-se que o índice de assassinatos de jovens no país aumentou 48% nos últimos dez anos. O problema se agrava nas capitais, onde a taxa de homicídios de jovens chegou a 98,8 a cada 100 mil em 2000 (FRANCO, 2002).

O trauma reflete a história da própria humanidade. Atualmente, a saga do trauma se traduz em uma estatística preocupante, porque nos países industrializados é a terceira causa de morte, suplantada somente pelas doenças cardiovasculares e neoplasias (BOMBEIROS EMERGÊNCIA, 2005).

Levantando a literatura pertinente ao tema, verificou-se que cada autor apresenta a forma como visualizam o que seja um trauma, a partir de seu próprio entendimento, como se demonstra a seguir. Para Novo (2005), o trauma ou traumatismo corresponde a qualquer problema ou lesão de tecido, órgão ou parte do corpo, causado por um agente externo. Segundo este autor, o trauma tem sido considerado como um grave problema de saúde pública, afetando todas as faixas etárias, porém, sua maior incidência está na população jovem.

Considerando as inúmeras situações que podem resultar em trauma de face, a apresentação da revisão de literatura em grupos terá o efeito de organizar o conteúdo e

facilitar a leitura. Assim, foram selecionados quatro grupos, a saber: acidentes de trânsito, violência doméstica e interpessoal, acidentes por armas de fogo e acidentes esportivos.

2.1 ACIDENTES DE TRÂNSITO

Graziani (1976) afirmou que as fraturas mandibulares são mais constantes devido a algumas circunstâncias, como por exemplo, a velocidade dos meios de transportes, o dinamismo da vida cotidiana nas metrópoles, a industrialização e muitas outras ocorrências, as quais colaboraram para que a fratura do único osso móvel da face seja considerada a de maior frequência. Essa predominância é elucidada devido a posição mais saliente da mandíbula, dando-lhe maior vulnerabilidade.

Um outro aspecto a considerar é o econômico. As despesas relacionadas a acidentes automobilísticos são atemorizantes, abrangendo danos a propriedades, seguros, prejuízo de salários e honorários médicos. O álcool é um fator presente em mais de 50% dos sinistros automobilísticos. As fraturas faciais ocorrem na faixa etária entre 15 e 40 anos (DINGMAN; NATIVIG, 1983).

No tocante às fraturas dos maxilares, ocorrem freqüentemente devido às colisões automobilísticas e acidentes de modo geral, principalmente os industriais e lutas. Os veículos automotores contribuíram para que os maxilares se tornassem alvo comum dos traumatismos graves. Quando um carro está em alta velocidade e sofre uma desaceleração brusca, a tendência é que a cabeça bata no painel, na direção, no retrovisor ou no pára-brisa, podendo resultar em uma fratura do terço-médio da face na qual a maxila ou o nariz, o zigoma e talvez a mandíbula sejam fraturados (KRUGER, 1984).

As fraturas faciais, que resultam de acidentes automobilísticos, são mais freqüentes em pessoas que não usam o cinto de segurança na ocasião do acidente. Das

localizações anatômicas da face as que ocorreram com maior frequência foram a região nasal (24%) e a labial (20%) (PETERSON et al., 1996).

De maneira seqüencial, com relação aos fatores etiológicos de trauma de face, as causas mais comuns de fraturas na face foram os acidentes de trânsito, quedas ao solo e injúria física. Os indivíduos pertencentes à faixa etária entre 21 e 40 anos de idade, por se encontrarem na idade mais produtiva da vida e, em consequência, estarem nas ruas ou no mundo do trabalho, foram os mais expostos ao referido trauma (HOLDERBAUM; LORANDI, 1997).

O estudo realizado por Loducca (1997) concluiu que o principal fator etiológico dos acidentes de trânsito é o automóvel. Dentre os acidentados, os do sexo masculino foram os mais atingidos e, com relação à idade, a faixa etária dos 16 a 30 anos foi a mais predominante. Das localizações anatômicas da face as que ocorreram com maior frequência foram a região nasal (24%) e a labial (20%).

Dados da literatura a respeito do trauma de face no idoso revelaram que a melhoria tecnológica da medicina veio proporcionar um aumento na expectativa de vida, dando, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida aos mesmos. Do mesmo modo que cresce essa expectativa de vida para os idosos, em contrapartida, os “agentes agressores da vida moderna” aumentam progressivamente, transformando-os em alvos de vários traumatismos, inclusive os traumas buco-maxilo-faciais. Dentre os fatores etiológicos foi citado em primeiro lugar o acidente automobilístico (61,5%), seguido das quedas (16,9%), atropelamentos (10,8%), agressões (3,1%) e os 7,7% restantes foram considerados de causas não identificadas (SILVA et al., 2001).

Com a chegada da “era mecanicista” juntamente com a melhoria da tecnologia, o ser humano foi investido do domínio da velocidade sobre as rodas e, por conseguinte, perdeu a razão e se afastou do seu semelhante. Com o passar do tempo, o progresso atingiu elevado

grau de desenvolvimento, trazendo consigo as facilidades do dia-a-dia que passaram a controlar os hábitos e costumes dos seres humanos e, por vezes, pôr suas vidas em perigo (WILLEMAN, 2002).

Com as mudanças ocorridas no Brasil em relação à reforma sanitária, os acidentes de trânsito passaram a ser compreendidos como um problema de saúde pública, da mesma forma que o uso de drogas, acidentes de trabalho e condutas sexuais, além de outras características que interferem na saúde do povo brasileiro (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003).

A expectativa de vida média do cidadão brasileiro, nos últimos cinquenta anos, aumentou de forma considerável. Anteriormente, uma das causas de morte predominante no Brasil eram as doenças transmissíveis. Hoje, devido à aceleração da urbanização, as enfermidades crônico-degenerativas (neoplasmas e doenças cardiovasculares) somadas às causas externas que são os homicídios e acidentes automobilísticos, modificaram o perfil de mortalidade do povo brasileiro (MÉDICI, 2005).

Segundo a Secretaria de Saúde de São Paulo, foi realizada uma pesquisa no segundo semestre de 2004, onde se tomou como base 454 laudos do Instituto Médico Legal (IML). Observou-se que 42,7% dos acidentes fatais, no trânsito da capital paulista, foram devido à ingestão exacerbada de bebidas alcoólicas. A pesquisa revelou ainda que, das 454 pessoas que morreram em acidentes fatais no trânsito, 194 tinham concentração de álcool no sangue acima do que é permitido pela legislação brasileira (0,6 gramas por litro). Os jovens solteiros do sexo masculino, com faixa etária de 20 a 29 anos, apresentaram altas taxas de concentração alcoólica no sangue e a taxa de mortalidade por acidente de trânsito foi de 14 por 100.000 habitantes (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2005).

Nas metrópoles brasileiras tem sido vivenciada uma situação de guerra civil, considerando-se o número alarmante de vítimas fatais por acidentes de trânsito, pois, na visão do psicólogo Ricardo Moretzsohn, da secretaria de Saúde de São Paulo, acidente de trânsito é

antes de tudo um problema de cidadania. As estatísticas são as mais alarmantes possíveis, conforme constatado em um levantamento feito pelo Departamento de Polícia Rodoviária Federal (DPRF), no qual foi divulgado que, no ano de 2000, 6.543 pessoas morreram nas rodovias federais, de um total de 110.387 acidentes. Dos leitos destinados à traumatologia nos hospitais brasileiros, 63% são ocupados por vítimas de acidentes de trânsito (SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DE SÃO PAULO, 2005).

2.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTERPESSOAL

Estudos realizados acerca do perfil dos traumas de face, correlacionam as mudanças sociais, rurais e urbanas como agentes que produzem um efeito modificador da convivência entre os indivíduos, gerando atitudes violentas de grupo e ou individual, que são representadas pela violência no trânsito, doméstica e as injúrias físicas (FALCÃO, 1999).

De acordo com os relatos de Falcão em estudos realizados no Hospital da Restauração na cidade de Recife, as fraturas faciais totalizaram 1758 e o gênero masculino foi comprometido em 84%. A faixa etária predominante variou de 11 a 40 anos. A face, considerada isoladamente, foi acometida pelas fraturas em 78% e as causas mais frequentes dos traumas foram: autoviário com 32% e agressão com 43%, sendo a mandíbula (55%), osso zigomático (17 %), maxila (16%), ossos próprios do nariz (7%) e rebordo infra-orbitário (4%) as localizações anatômicas de maior frequência de lesão (FALCÃO, 1999).

Observa-se que, nas duas últimas décadas, tem havido um acréscimo preocupante na violência doméstica e interpessoal, o que sugere ter-se tornado o principal agente do trauma maxilo facial, a maior parte deles relacionados ao consumo de álcool e drogas. Santos credita essa alteração de cenário à disponibilidade das drogas, agregada a crise econômica e à dificuldade de conseguir emprego no mercado de trabalho. O desafio maior não é apenas

cuidar da vítima, já que os profissionais da área de saúde estão preparados para lidar com politraumatismo facial. O desafio mais difícil é o envolvimento do profissional no processo de reabilitação do segmento rompido da sociedade, a origem do problema, que é a unidade familiar inadequada (HOLT apud SANTOS, 2002).

As etiologias das fraturas faciais mudam de um lugar para outro, e o fato do número de fraturas faciais ter aumentado nos últimos dez anos, tem indicado que a agressão interpessoal chega a ultrapassar o lugar dos acidentes de trânsito como maior causa de fraturas faciais. As pessoas jovens são particularmente mais susceptíveis a terem fraturas faciais e essas fraturas estão geralmente relacionadas ao uso excessivo de álcool (MONAZZI et al., 2002).

Segundo Backes (2005), um estudo realizado com crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, cujos autores dessas agressões são geralmente os pais ou responsáveis, visando identificar os sinais e os sintomas de maus-tratos na infância e adolescência, descreve como sinais e sintomas encontrados na referida população: cortes e vergões na face, boca, lábios e queixo, fraturas dos ossos próprios do nariz, queimaduras químicas em torno dos orifícios bucal e nasal resultantes de esfregar pimenta ou soda cáustica, mordeduras humanas nas bochechas, etc.

O autor ainda retrata o enfoque dado à tecnologia médica, a busca de títulos por parte dos profissionais e os hospitais com boa estrutura e organizações burocráticas que caracterizam relações de poder que, no entanto, matam com os olhos fechados e o silêncio as crianças e os adolescentes que diariamente aprendem que a vida é violência e que o futuro não lhes pertence (BACKES, 2005).

Para os pesquisadores da área da saúde e ciências sociais, o tema violência tem despertado um grande interesse pelo fato de que, nas principais metrópoles de países ricos e subdesenvolvidos, tem havido um crescente aumento na taxa de violência, sendo uma

inquietação no campo da saúde pública em todo planeta. A endemização da violência tem levado muitos indivíduos à morte e ao afastamento do seu meio de sobrevivência, contribuindo de forma atemorizante para o aumento do percentual de mortalidade (LESSA, 2005).

2.3 ACIDENTES POR ARMA DE FOGO

Atualmente a violência tem crescido de forma considerável e, nas emergências de hospitais do Brasil tem sido habitual ocorrer atendimento a pacientes vítimas de projétil de arma de fogo. Os estudos comprovam, atualmente, que há mais mortes provenientes de acidentes e agressões interpessoais com projétil de arma de fogo, do que nas guerras mundiais que aconteceram nos últimos anos. Demonstrou-se o interesse pelo estudo de fraturas de face por projétil de arma de fogo devido à motorização veemente da tecnologia de guerra e desenvolvimento da arte bélica, através do emprego de armas modernas e artifícios mais agressivos (MELO et al., 2000).

Kummoona e Muna (2006) realizaram um estudo onde avaliaram o atendimento na fase imediata de 100 pacientes que sofreram ferimentos de mísseis na região maxilofacial. O tratamento dos pacientes foi realizado na Unidade Maxilofacial do Hospital Médico de Cirurgias especializadas em Bagdá durante um ano. Foram estudados 79 homens e 21 mulheres. A idade variou de 3 a 72 anos. A maioria dos ferimentos foi causada por balas de rifle (49%), seguidos por fragmentos (29%), por balas de revólver (15%), balas de festim (6%), e por espingarda (1%). Os ferimentos consistiram principalmente de fraturas mandibulares encontradas em 56 pacientes. Particularmente desafiadores são os ferimentos de mísseis que envolvem a face, não somente por problemas de reconstrução óssea e dos

defeitos nos tecidos moles, mas também por causa dos problemas emergentes com obstrução de vias aéreas superiores e o comprometimento neurovascular.

2.4 ACIDENTES ESPORTIVOS

Ultimamente, tem havido uma maior conscientização a respeito da saúde bucal, portanto é desejo da sociedade buscar ter um organismo saudável. A vida moderna tem trazido inúmeros riscos às estruturas bucomaxilofaciais e, na atualidade, têm se dado maior enfoque à prática de esportes violentos e recreações na infância e adolescência. É de suma importância apontar o valor da prevenção dos traumas buco-faciais e dentários já que, através do uso correto de protetores intra e extra-orais, nos esportes de contato, é possível atenuar a incidência de injúrias na prática desses esportes (PRIETO; DAVIDOWICZ; MOURA, 1996).

O enfoque priorizado por Prieto, Davidowicz e Moura (1998) salienta o uso habitual de protetores bucofaciais em países desenvolvidos, devido a uma conscientização plena da real necessidade de prevenção a acidentes e incidentes infortúnios, ressaltando a necessidade de inserir essa conscientização em países que ainda não se enquadraram nessa filosofia, como por exemplo, o Brasil. Os autores analisaram entidades esportivas na cidade de São Paulo, e concluíram pela necessidade de criar programas que visem orientar e conscientizar a população de risco a utilizar protetores bucofaciais. O esporte que se destacou no uso e conscientização do emprego desse método foi o boxe (100%), seguido em ordem decrescente pelo rugby (75%), basquete (63,6%), jiu-jitsu (58%) e vôlei (0%).

A entidade norte-americana The National Youth Sports Safety Foundation (NYSSF) apresentou uma pesquisa a respeito de traumas esportivos concluindo que, todo atleta que pratica atividade esportiva onde ocorre contato físico tem até 10% de chance de sofrer lesões na face durante uma temporada; e durante toda sua carreira a probabilidade de

sofrer as referidas lesões varia de 33% a 56%. A obrigatoriedade do uso de protetor bucal ocorre apenas em alguns esportes como pugilismo e o futebol americano, onde há contato corporal direto. Nos outros esportes, o uso dos referidos protetores depende do discernimento de cada atleta, o qual demonstra ter resistência a usá-lo, muitas vezes aderindo ao uso do mesmo quando é acometido por acidente grave (FERREIRA, 1998).

Segundo Ranalli e Demas (2002), devido ao aumento de atividades físicas vigorosas em todo o mundo, há uma preocupação também por parte da medicina esportiva em orientar o uso de equipamentos protetores com o intuito de prevenir injúrias bucofaciais. Homens e mulheres que são praticantes de esportes têm descoberto os benefícios originados de exercícios físicos, além de que os mesmos proporcionam bem-estar físico e psicológico. Porém, certas atividades físicas como os esportes radicais, estão associadas a inúmeros riscos que podem lesionar os tecidos moles e duros da face. Os autores enfatizam, ainda, a importância de haver na equipe, além do médico esportista, um dentista esportista disponível para atender as emergências ocorridas na região buco-facial.

2.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO PERTINENTE

Como conseqüências da mudança ocorrida no Sistema de Saúde, foram sancionadas as Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, as quais definem atribuições e responsabilidades institucionais das três esferas de governo para a gestão do SUS, e que conferem às secretarias estaduais, municipais, Ministério da Saúde e seus respectivos serviços, uma reorganização administrativa para adequação aos atuais papéis e compromissos legais. A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, que normatiza o Sistema Único de Saúde no Brasil, preconiza como objetivo do sistema, a assistência às pessoas por intermédio de ações

de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Tendo como respaldo as leis anteriormente citadas juntamente com o advento da tecnologia, as unidades de saúde devem estar adequadamente instaladas e o pessoal devidamente preparado para agir rápida e eficientemente, uma vez que o mundo globalizado e as atividades corriqueiras têm levado o ser humano, em geral, a se expor cada vez mais a situações de risco. O profissional de saúde precisa estar não apenas bem qualificado como também, de forma urgente, imbuído de espírito comunitário para que os serviços de atendimento ao trauma de face se tornem ícones junto à sociedade, cujo objetivo maior seja evitar consternações e desperdício de vidas.

Peterson et al. (1996) descrevem que nas salas de emergência dos hospitais especializados e equipados há, constantemente, a participação de uma equipe multidisciplinar, uma vez que pacientes com politraumas precisam do diagnóstico e do plano de tratamento de profissionais de várias especialidades, simultaneamente. Afirmam, ainda, que essas equipes geralmente contêm especialistas em cirurgia geral, cardiotorácica, vascular, ortopédica, neurocirúrgica e anestesiológica. Segundo os autores, esses especialistas estão de prontidão para dar atenção imediata a pacientes em salas de emergência. Outros especialistas que também participam dessas equipes são os da cirurgia oral e maxilofacial, oftalmologistas, urologistas, otorrinolaringologistas e cirurgiões plásticos. O esforço conjunto desses profissionais é freqüentemente solicitado para se fazer um atendimento adequado das lesões apresentadas pelo paciente.

A cirurgia viabiliza o exercício das outras especialidades nos hospitais, agregando a Odontologia às atividades multidisciplinares na área da saúde. Afirmam, ainda, que um dos grandes obstáculos para o desempenho do especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-facial é a falta de esclarecimento do corpo de enfermagem e medicina para conduzir o

paciente ao cirurgião bucomaxilofacial. O desconhecimento ainda é grande e, em muitos casos, o corporativismo acaba por privilegiar médicos não-capacitados para tratamentos bucomaxilares (PURICELLI, 1996).

Para Loducca (1997), como profissional que convive com o drama dos acidentados, muito em breve não só o número de acidentes virá a decrescer, como também novos avanços na área científica passarão a contribuir na redução do índice de ferimentos e seqüelas, permitindo tratamentos mais efetivos. Sendo indispensável aperfeiçoar o diagnóstico e as técnicas cirúrgicas, enfatizou a importância do atendimento com equipes multidisciplinares, cuja finalidade é dar um atendimento primoroso e adequado para as vítimas de politraumatismo de face (LODUCCA, 1997).

Existem muitos questionamentos acerca da eficácia dos serviços de saúde pública quanto ao acesso dos indivíduos. Constantemente, a mídia traz denúncias de desassistência ou casos de não atendimento e mortes por superlotação de hospitais e maternidades. A explicação dada na maioria dos casos pelos gestores é a insuficiência de leitos, de profissionais, de insumos e recursos tecnológicos indispensáveis para ser exercido um atendimento de boa qualidade. O setor saúde tem sido alvo da angustiante crise fiscal que penaliza este país. Apesar das modificações e da redefinição dos papéis dos setores público e privado na prestação dos serviços, é imprescindível reconsiderar métodos de organização e descobrir alternativas que lhes permitam oferecer serviços de atendimento à saúde que correspondam às reais necessidades da população (CAVALCANTI, 2001).

Considerando-se, então, que as condições violentas do dia-a-dia são uma das causas do atendimento odontológico de emergência e que os traumatismos bucomaxilofaciais são consequência das condições impróprias de existência provenientes do aspecto urbanístico e econômico ou das relações sociais no tratamento de lesões e fraturas de face, é primordial que o serviço de saúde tenha o compromisso de devolver ao paciente as funções e feições

normais ou tão próximas ao normal quanto for possível, considerando-se tanto a função quanto a estética. Considerando ainda que, comumente, há pluralidade nas lesões sofridas pelo paciente, é mister que as instituições de saúde estejam preparadas para encarar o atendimento nesse sentido amplo, uma vez que tem como aliada, a esse serviço, a alta tecnologia moderna disponível, não existindo, portanto, justificativa para desamparar o paciente antes que esteja reabilitado (SILVA; LEBRÃO, 2001).

Por outro lado, o problema do trauma de face não existe apenas no Brasil. Nas estradas do Peru é freqüente a incidência dos acidentes automobilísticos vitimando dezenas de pessoas, onde os casos mais graves são transportados para a capital, Lima, pelo fato da mesma oferecer unidades de serviço de saúde de maior complexidade tecnológica. Os serviços de saúde não devem apenas existir; devem funcionar e fazê-lo bem, prestando um serviço de qualidade em ambientes que promovam a segurança e o conforto dos usuários e prestadores, ou seja, o conjunto de serviços deve estar integrado e deve ter sustentabilidade técnica, social e econômica (SOTO, 2001).

Para Mantovani apud Willeman (2002), o trauma é definido como um problema de saúde pública. No Brasil é a segunda causa de morte, sendo a primeira causa de morte de seres humanos dentro da faixa etária de 11 e 40 anos, deixando grande número de indivíduos jovens incapacitados, além de levar grande parte dessas vítimas à morte.

Neste sentido, a obediência ao princípio da Hierarquização da Assistência significa a preparação das unidades de saúde de forma organizada e com complexidade crescente, a fim de que os casos mais leves sejam atendidos em unidades de menor complexidade e os de maior gravidade sejam imediatamente encaminhados para instituições mais complexas. Esses níveis são hierarquizados em baixa, média e alta complexidade, guardando em cada um deles determinadas características de funcionamento.

Como preceitua a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - 01/2002 (NOAS-SUS 01/2002), conforme Portaria nº 2048/2002, os serviços de saúde de **média complexidade** abrangem um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender as principais dificuldades de saúde da população com profissionais especializados, recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Já os serviços de **baixa complexidade**, também denominados de **atenção básica**, que constituem o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, compreendem um conjunto de ações de caráter individual e coletivo que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Com relação aos serviços de saúde de **alta complexidade** pode-se dizer que é o último nível de atenção à saúde no SUS, o qual deve apresentar recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências e emergências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O tema da equidade em saúde alcançou distinção no setor público e tem como meta lograr êxito nas condições de saúde da população brasileira em todo território nacional. Através da valoração da experiência do dia-a-dia da sociedade, dos usuários do sistema, dos profissionais de saúde e dos gestores locais, é preciso identificar e avaliar os problemas, necessidades e falhas no funcionamento do sistema de saúde (LUCCHESI, 2003).

Mantovani (2003) relata que, nas últimas décadas, aumentou de forma significativa o número de vítimas de traumas craniofaciais, devido, essencialmente, a acidentes de trânsito e injúrias físicas. Apesar do avanço com relação ao diagnóstico e terapêutica, grande parte do setor de emergência dos hospitais não está preparada para este tipo de atendimento, fazendo-o de maneira fragmentada e até caótica. Nos pronto-socorros normalmente há situações críticas concernentes ao discernimento de quem deve tratar esses pacientes, essencialmente profissionais com áreas de atuação em comum. Aparentemente, essa disputa é exarcebada pela ausência de uma classificação dos traumas craniofaciais nos

serviços de emergências, dificultando as várias especialidades que estão envolvidas no atendimento ao traumatizado a realizar o referido atendimento de forma racional e integralizada.

Queiroz e Oliveira (2003) realizaram uma pesquisa cuja análise foi sob a perspectiva das vítimas de acidente de trânsito que estiveram hospitalizadas no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Através dos relatos dos entrevistados, verificou-se que, do ponto de vista das mencionadas vítimas estarem hospitalizadas, denota alteração nos costumes diários dos pacientes, pois o hospital passa a ser um lugar estranho, o qual pouco contribui para equilibrar o fator emocional. As vítimas continuaram a relatar os seus anseios e perspectivas em relação às possíveis seqüelas físicas oriundas do acidente, com medo de perder algum membro do corpo, preocupadas com os riscos da cirurgia, com a questão da morte e com a reabilitação da saúde. Foi observada, de uma forma geral, a preocupação por parte dos entrevistados no que diz respeito à volta as atividades laborais, ou seja, ao fato de voltarem a assumir o mais rápido possível o controle de suas vidas e, conseqüentemente, voltar ao convívio familiar e a retomar as atividades diárias (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003).

Tem-se que o atendimento à vítima de trauma de face é particularmente importante porque:

O rosto representa o centro da atenção humana e nada pode ser mais pesaroso do que a sua deformação. Mesmo com a atual tecnologia, ainda podemos nos deparar com cicatrizes, marcas e perda de função que transformam seres segregados, à parte do convívio social e do trabalho. (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2003).

Albino e Riggenbach (2004) relatam que o tratamento oferecido no atendimento hospitalar inicial certamente interfere na conclusão das fases seguintes, pois, a partir da maneira como é dispensado esse atendimento inicial, pode haver influência na evolução do quadro, estando nas mãos do médico responsável por esse primeiro acolhimento do politraumatizado grande parte do êxito do tratamento definitivo a ser proporcionado.

De acordo com o pesquisador Augusto Cury, o ser humano, em particular das sociedades modernas, está adoecendo coletivamente. A cada dia, a tristeza, a solidão e a angústia se expandem e o diálogo está morrendo. Tornou-se algo comum a discriminação e a exclusão entre os seres humanos. A sociedade atual busca qualidade de vida, porém a mesma está se deteriorando. Do ponto de vista das ciências da psique, é dada maior ênfase ao tratamento do que à prevenção. Portanto, segundo Cury “nada é tão injusto como produzir um ser humano doente para depois tratá-lo, produzir as lágrimas para depois aliviá-las” (CURY, 2004).

Uma assistência adequada e qualificada é imprescindível para que o paciente chegue ao hospital com vida. O traumatizado deve ser considerado um paciente potencialmente grave, sendo esse o motivo pelo qual é necessário que o atendimento inicial siga uma seqüência coerente centrada na estabilização dos sinais vitais da vítima. Com relação à fase do planejamento, é de suma importância que aconteça antes mesmo que o acidente ocorra. A equipe do trauma, no ambiente pré-hospitalar, deve estar preparada com relação a equipamentos e recursos humanos.

Mais pacientes seriam salvos se fossem beneficiados por um sistema de atendimento pré-hospitalar projetado e regionalizado de forma ajustada, ou seja, uma assistência com precisão é importantíssima para que o paciente chegue ao hospital com vida. (BOMBEIROS EMERGÊNCIA, 2005).

É sábio afirmar que a prevenção é a melhor terapêutica, sendo assim, havendo falha nesse aspecto, é de suma importância planejar o atendimento inicial ao paciente traumatizado de face na cena do acidente e no hospital onde se realizam as condutas diagnósticas e/ou terapêuticas iniciais na transferência do paciente para um centro especializado e também na fase de reabilitação (BOMBEIROS EMERGÊNCIA, 2005).

O trauma constitui importante fator de mortalidade e morbidade, destinando-se gastos enormes com o seu tratamento, além da injúria pela perda irreparável de um ente querido geralmente jovem. Através da adoção de medidas severas para controlar preventivamente os acidentes de trânsito em nosso país, o índice destes caiu para 50%. Já em relação à frequência do trauma de origem na violência tem atingido números alarmantes. (COLOMBINI, 2005).

O trauma craniofacial representa 72,1% de comprometimento no chamado politraumatismo. O que tem contribuído no aumento de taxa de sobreviventes é a formação dos médicos no curso de ATLS¹ no atendimento ao trauma na cidade de São Paulo. No tocante ao tratamento de fraturas de face nos dez últimos anos houve uma mudança radical devido ao uso de tomografia computadorizada com melhor aprimoramento diagnóstico e do plano de tratamento, além do ótimo trabalho realizado pelo corpo de bombeiros nos atendimentos imediatos e nos transportes de vítimas com destino aos centros especializados (COLOMBINI, 2005).

As ações de saúde devem estar harmonizadas e simultaneamente direcionadas para prevenção e cura. Os serviços de saúde devem estar prontos para atender o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e morrer. O ser humano não deve ser visto sob a ótica de um aglomerado de partes e disperso no mundo; ele deve ser visto como um cidadão que, de forma biológica, psicológica e social, está exposto aos perigos do dia-a-dia. Compreende-se que o atendimento venha a erradicar as causas e atenuar os riscos, além de tratar os agravos (SCAFF, 2005).

Por tudo o que foi visto e que mostra a complexidade do trauma de face e da responsabilidade inerente aos serviços e profissionais que recebem e atendem pessoas portando lesões faciais, pode-se afirmar a relevância e importância deste estudo. Por se

¹ ATLS (Advanced Trauma Life Support), ou seja., (Suporte Avançado de Vida em Trauma) é um sistema de atendimento programado que surgiu nos Estados Unidos, na década de 70, cujo objetivo fundamental é a padronização de atendimento ao paciente vítima de trauma (FRANCO, 2002).

configurar como uma avaliação dos Serviços de média e alta complexidade do estado de Sergipe, realizada in “loco”, cujos resultados, ao serem encaminhados aos respectivos gestores, podem contribuir para melhorar o atendimento a esses pacientes.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Avaliar o sistema de atendimento aos traumatizados de face nos Municípios-Pólo do Estado de Sergipe, quanto aos serviços de referência (hospitais e ambulatórios) de média e alta complexidade.

Objetivos Específicos:

- Diagnosticar a situação do atendimento aos traumatizados de face nos Municípios-Pólo quanto a sua estrutura.
- Analisar as condições de funcionamento das unidades de média e alta complexidade em relação aos parâmetros traçados pelo Ministério da Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipologia do estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo.

4.2 Local

O estudo foi realizado em 07 Municípios-Pólo das Regiões de Saúde do Estado de Sergipe para avaliar o sistema de atendimento aos traumatizados de face.

O critério de seleção dos Municípios-Pólo recaiu no fato de já terem implantado e implementado serviços de média e alta complexidade (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SERGIPE, 2002). Os Municípios-Pólo são: Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro e Propriá.

4.3 Material

Nesse trabalho, o material foi obtido nas unidades de serviços de atendimento de Urgência e Emergência pertencentes aos Municípios-Pólo do Estado de Sergipe, citados anteriormente.

4.4 Instrumento

Para verificação do sistema de atendimento aos traumatizados da face, foi realizada uma pesquisa utilizando-se um formulário (Anexo 2) contendo 17 perguntas abertas,

fechadas e mistas, as quais foram respondidas pelos gestores (coordenadores e diretores de equipe dos hospitais e ambulatórios) de cada serviço de saúde.

O levantamento foi realizado nos serviços de referência (hospitais e ambulatórios) de média e/ou alta complexidade, e os aspectos analisados foram aqueles apontados na legislação pertinente sobre os requisitos a serem cumpridos na montagem e funcionamento de uma unidade de emergência, incluindo os aspectos necessários para o atendimento ao trauma de face. Neste sentido, foram estabelecidas duas categorias de análise, quais sejam estrutura e funcionamento.

Entende-se como estrutura o conjunto dos elementos indispensáveis ao atendimento do traumatizado de face, do ponto de vista da estrutura física propriamente dita, dos recursos humanos, do material e do equipamento necessários para este atendimento. Dentro dessa estrutura, foram averiguados alguns componentes julgados essenciais para o atendimento ao traumatizado de face, como os seguintes:

- Estrutura física (onde o atendimento é realizado) - nesse trabalho foi delimitada apenas a sala de atendimento de Urgência e Emergência das Unidades de Serviço de Saúde de média e/ou alta complexidade inseridas no Estado de Sergipe. Essa estrutura física deve ser organizada conforme o tamanho e a complexidade da unidade de atendimento de urgências e emergências, conforme o estabelecido na Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde. A sala de atendimento, a urgência e emergência devem ter acesso coberto por ambulâncias, portas amplas para a entrada de pacientes em macas e fluxo ágil para atender a demanda. Materiais, equipamentos e medicamentos utilizados na primeira abordagem do paciente grave devem estar disponíveis na própria sala, com a finalidade de prestar um atendimento com qualidade, rapidez e eficácia.

- Material – este componente trata das condições de equipamentos e material que as Unidades dispõem para atender aos traumatizados, tendo sido usadas como parâmetro as descrições da Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde.
- Equipe de trabalho – neste item, foi considerada qual a equipe de profissionais que atua no atendimento, dando-se especial destaque para a presença do cirurgião buco-maxilo-facial, tomando-se como parâmetro a Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde.

Por outro lado, a segunda categoria de análise desse trabalho foi o funcionamento, entendido este como a dinâmica em que o serviço funciona, ou seja, a forma como o serviço se organiza para atender ao usuário, prestando-lhe a atenção que necessita. O funcionamento de um serviço de saúde implica na disponibilização do atendimento para a população, em regime de jornada de atendimento e em grau de complexidade de acordo com a hierarquização da assistência à saúde preconizada pela Lei nº 8080/90, a Lei do SUS (BRASIL, 1990).

A definição do regime de funcionamento é decisão do gestor institucional e ele também decide que grau de complexidade do atendimento a instituição vai oferecer. Na rede pública de atenção à saúde, essa decisão obedece ao Plano Diretor e ao princípio da hierarquização das ações de saúde. Não obstante, a tomada dessa decisão vai incidir na organização do serviço para funcionar em condições de oferecer as ações condizentes ao grau de complexidade assumido.

Isso implica, por sua vez, nos tipos de procedimentos que serão executados, os exames que serão realizados, a organização oferecida para o primeiro atendimento e o tempo que estará aberta para o atendimento. De acordo com a legislação específica, esse atendimento em unidades de média e alta complexidade deve ser ininterrupto, funcionando 24 horas por dia.

Essas duas categorias foram analisadas a partir de duas variáveis, quais sejam:

- Satisfatória – a análise das categorias foi considerada satisfatória quando atendeu às exigências legais, tomando-se como parâmetro a Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde.
- Precária – toda vez que o estudo mostrou que as exigências legais não estavam sendo cumpridas, o componente da categoria foi considerado precário. Tomou-se como base de análise a mesma Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde.

Neste caso, a avaliação foi feita comparando-se as condições objetivas existentes nas Unidades de Saúde de média e alta complexidade com a Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde, sendo as determinações contidas neste instrumento legal que compuseram as perguntas do instrumento.

4.5 Processo de Coleta dos Dados

A coleta de dados nos Municípios-Pólo ocorreu da seguinte forma: foi feito um contato prévio com as secretárias dos gestores para marcar a entrevista com os mesmos. Escolheu-se tratar com os gestores das Unidades de Saúde, por serem os responsáveis pela administração das unidades avaliadas, devendo ser conhecedores da legislação que embasou este trabalho.

Na data marcada, a pesquisadora foi a cada unidade de saúde, entregou ao gestor um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que o mesmo autorizasse a utilização do instrumento de pesquisa, passando então a entrevistá-lo. O transporte até os Municípios-Pólo foi feito através de veículo particular. As perguntas eram feitas e os gestores respondiam,

permitindo que a pesquisadora anotasse no formulário as respostas, principalmente aquelas dadas às questões abertas.

4.6 Aspectos Éticos

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos gestores que participaram da pesquisa (Anexo 1). Esse cuidado veio em resposta à Resolução nº 196/96, que regula a pesquisa realizada com a participação de seres humanos. Antes que o TCLE fosse apresentado, a pesquisadora esclareceu qual o objeto do estudo que estava realizando e seus objetivos, relatando a importância de assegurar aos lesados de face um atendimento que contribuísse para minimizar os problemas que poderiam ter como seqüela do acidente sofrido. Foi assegurado o sigilo das informações e o respeito ao desejo do gestor em recusar-se a participar do estudo.

Ainda a pesquisadora colocou-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa ou sobre o instrumento de coleta de dados, comprometendo-se a respeitar a individualidade dos respondentes, bem como externou o seu desejo de publicar o trabalho em revista científica ou em congressos odontológicos, sem que os respondentes possam ser identificados. Somente após esses esclarecimentos a pesquisadora perguntou se aceitaria participar do estudo e lhes solicitou que referendassem sua participação assinando o respectivo TCLE.

4.7 Apresentação dos Dados

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, através da distribuição, em % dos resultados encontrados. Os resultados foram sistematizados e são apresentados com o apoio de tabelas.

5 RESULTADOS

Os dados coletados nesse trabalho mostram que a preocupação existente é pertinente, apontando falhas nas Unidades estudadas, as quais são unidades de média e alta complexidade, localizadas nos Municípios-Pólo, recebendo os casos referenciados por todos os demais municípios que não possuem as condições necessárias para resolver esse tipo de problema. Esta situação pode ser vista mais detalhadamente nos resultados que agora se apresentam:

Tabela 1 – Distribuição das Unidades segundo atendimento ao trauma de face. Aracaju, 2006.

<i>Atende ao Trauma de face</i>	N	%
Sim	7	53,8
Não	6	46,2
TOTAL	13	100,0

Os dados da Tabela 1 revelam que 53,8% das Unidades de média e alta complexidade localizadas nos sete Municípios-Pólo atendem os casos de trauma de face, enquanto que 46,2% das Unidades destes municípios não praticam este tipo de atendimento. Na questão onde se pergunta “A Unidade recebe pacientes com trauma de face?” definia se o formulário seria aplicado ou não. Com as respostas desta questão, observou-se que seis das treze unidades visitadas não possuíam qualquer serviço e/ou estrutura de atendimento referente a esse tipo de trauma. Dessa forma, somente 7 formulários foram utilizados para toda a análise do trabalho. Ou seja, todas as observações e conclusões do trabalho estão pautadas em 53,8% das Unidades de Saúde.

Quadro 1 – Unidades de Saúde estudadas em Sergipe segundo os quesitos da Categoria Estrutura, conforme as variáveis: Satisfatório ou Precário. Aracaju, 2006.

UNIDADES DE SAÚDE QUESITOS - ESTRUTURA	A	B	C	D	E	F	G
SALA RESERVADA	P	P	P	S	P	P	S
SALA PARA RAIOS-X	S	S	S	S	S	P	S
LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA	S	S	S	S	P	P	S
CENTRAL DE MAT. ESTERILIZADO	S	S	S	S	S	P	S
EQUIPE DE PRONTOATENDIMENTO	S	S	S	S	P	P	P
HABILITAÇÃO EM N.E.U	S	P	P	P	P	S	P
CD COM PÓS-GRADUAÇÃO	S	S	P	S	P	P	S
CBMF NA SALA DE EMERGÊNCIA	S	S	P	P	P	P	P
EQUIPAMENTOS	S	S	S	S	S	S	S
MEDICAMENTOS	S	S	S	S	S	S	P
AMBULÂNCIA	S	S	S	S	P	S	P

Legenda :

S - Satisfatório

P - Precário

NEU - Núcleo de educação em urgência.

CD - Cirurgião dentista

CBMF - Cirurgião bucomaxilofacial

Os dados do Quadro 1 proporcionam uma visão panorâmica da situação das Unidades de Saúde estudadas do ponto de vista da estrutura, verificando-se que a unidade A é a que está em melhores condições, enquanto que as Unidades E e F possuem estrutura precária em quase todos os aspectos previstos na Portaria nº 2048/2002.

Tabela 2 – Distribuição das Unidades de Saúde estudadas em Sergipe nos itens de Estrutura , segundo as variáveis: Satisfatória e Precária. Aracaju, 2006.

ITEM DE ESTRUTURA \ VARIÁVEIS	SATISFATÓRIA		PRECÁRIA	
	F	%	F	%
Sala Reservada	2	28,57	5	71,43
Sala para Raios-x	6	85,71	1	14,29
Laboratório de Patologia Clínica	5	71,43	2	28,57
Central de Material Esterilizado	6	85,71	1	14,29
Equipe de Pronto Atendimento	4	57,14	3	42,86
Habilitação em NEU	2	28,57	5	71,43
CD com pós-graduação	4	57,14	3	42,86
CBMF na sala de Emergência	2	28,57	5	71,43
Equipamentos	7	100,00	0	0,00
Medicamentos	6	85,71	1	14,29
Ambulância	5	71,43	2	28,57
Total de respostas / Percentual	49	63,64	28	36,36

Legenda: NEU - Núcleo de educação em urgência.
 CD - Cirurgião dentista
 CBFM – Cirurgião bucomaxilofacial.

Os dados da Tabela 2 apresentam as condições de atendimento ao trauma de face, do ponto de vista da estrutura nas 7 unidades que recebem estes casos. Não obstante seja capaz de provocar impacto pela clareza com que diagnostica a situação dessas Unidades, a análise detalhada dos principais itens de sua composição pode evidenciar aspectos vitais para o adequado atendimento da pessoa que sofreu um trauma de face. Assim, pode-se observar:

Sobre a **Existência de Sala Reservada para o atendimento do traumatizado de face**, os dados da Tabela 2 revelaram que 28,57% atendem de forma satisfatória e 71,43% atendem de forma precária, ou seja, a maioria das Unidades visitadas.

No que diz respeito à **Unidade de Saúde dispor de Sala para Raios-X**, os dados da Tabela 2 expõem que 85,71% das unidades dispõem da referida sala, enquanto que

14,29% não possuem a mesma. A distribuição em percentual com referência a este item demonstra que as Unidades de Saúde visitadas apresentaram um grau considerável de satisfação e sendo pautado segundo a portaria Ministerial nº. 2048/2002.

Sobre a existência de **Laboratório de Patologia Clínica na Unidade de Saúde**, os dados da Tabela 2 revelaram que 71,43% das unidades apresentam-se de forma satisfatória e 28,57% não possuem o referido laboratório. A distribuição em percentual com referência a este item revela que o grau de satisfação é relevante e está de acordo com os padrões da portaria de nº. 2048/2002/MS e a não satisfação nesse item é relativamente baixa.

No que diz respeito à Unidade dispor de **Central de Material Esterilizado**, os dados da Tabela 2 revelaram que 85,71 % das unidades pesquisadas dispõem de Central de Material Esterilizado, sendo que 14,29 % não dispõem desta central. A distribuição em percentual com menção a este item mostra que o nível de satisfação é acentuado e está de acordo com a exigência da portaria de nº2048/2002/MS.

A respeito dos **Profissionais que compõem a Equipe de Pronto Atendimento**, os dados da Tabela 2 revelaram que 57,14 % apresentam composição dessas equipes de forma satisfatória e 42,86 % de forma precária.

Relativamente à **Habilitação dos Profissionais que integram a Equipe de Pronto Atendimento**, os dados da Tabela 3 revelaram que 28,57% das Unidades pesquisadas afirmaram que seus profissionais são habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências ou cursos específicos na área de urgência, diferentemente de 71,43% das unidades pesquisadas.

Em se tratando da presença de **Cirurgião Dentista com pós-graduação na Unidade de Saúde**, os dados da Tabela 2 revelaram que 57,14% apresentaram resultado satisfatório, onde estas Unidades dispõem de Cirurgião BucoMaxiloFacial. Já 42,86% das unidades não possuem o referido profissional, significando que essas unidades não se preocupam em ter em seu quadro de profissionais o dentista com pós-graduação.

Quanto à presença de **Cirurgião Buco-maxilo-facial na sala de Emergência**, os dados da Tabela 2 revelaram que 28,57% das Unidades de Saúde contam com o Cirurgião buco-maxilo-facial na sala de urgência. Já o percentual de 71,43% representa um alto índice de unidades sem o referido profissional. A distribuição percentual, neste caso, mais uma vez se apresenta preocupante, sob a perspectiva de que as Unidades de Saúde estudadas não cumpriram as regras determinadas na Portaria do Ministério da Saúde de nº 2048/2002.

Para o item relacionado aos **Equipamentos disponíveis na sala de Emergência nas Unidades de saúde**, os dados da Tabela 2 revelaram que 100% das unidades de saúde apresentam-se de forma satisfatória, mostrando que elas cumpriram o que preceitua a Portaria nº 2048/2002/MS, quanto aos equipamentos dispostos na sala de Emergência.

Quanto ao item relativo aos **Medicamentos disponíveis na sala de Emergência nas Unidades de Saúde**, os dados da Tabela 2 revelaram que 85,71% das unidades atendem de forma satisfatória a este item, uma vez que possuem os referidos medicamentos. Não obstante, não deve passar despercebido que 14,29% não contam com os medicamentos indispensáveis para o atendimento de urgência na referida sala.

Sobre a Unidade de Saúde possuir **Ambulância**, os dados da Tabela 3 revelaram que 71,43% delas atendem satisfatoriamente a este item, uma vez que dispõem deste veículo. No entanto, 28,57% não contam com ambulância para o transporte de pacientes.

O conjunto dos dados da Tabela 2 demonstra que, apesar da categoria **Estrutura** se enquadrar num percentual de satisfação de 63,64% do total das respostas do questionário, alguns critérios de análise apresentaram um grau mais elevado que outros, confirmando assim que, sob alguns aspectos, a Estrutura das Unidades de Saúde visitadas estão enquadradas segundo as normas da portaria nº2048/2002/MS. Entretanto, aspectos como Sala Reservada, Habilitação e presença do CBMF (Cirurgião buco-maxilo-facial) na sala de Emergência, estão enquadrados num grau significativo de desconformidade, o que leva à consideração de uma

situação precária, revelando que as referidas Unidades possuem um perfil inadequado com relação aos itens supra citados quanto ao atendimento ao trauma de face.

No que diz respeito ao item **Equipamentos**, as Unidades visitadas apresentaram um nível excelente de satisfação, ou seja, a totalidade das referidas Unidades apresentaram os equipamentos exigidos conforme as normas da portaria nº 2048/2002/MS.

A respeito dos itens **Sala para Raios – X, Laboratório de Patologia Clínica, Central de Material Esterilizado e Medicamentos e Ambulância**, percebe-se que o nível de satisfação das unidades visitadas está ajustado segundo a norma pertinente do Ministério da Saúde sob o nº 2048/2002.

Quanto aos itens **Equipe de Pronto Atendimento e Cirurgião-Dentista com pós-graduação**, mais da metade das Unidades pesquisadas atendem aos referidos itens, classificando-se essas unidades como satisfatórias nesses aspectos. No entanto, as demais Unidades não obedecem a esta norma do Ministério da Saúde, podendo ser vistas como de risco para o atendimento de vítimas de traumas de face.

Tabela 3 – Distribuição das Unidades de Saúde em Sergipe na categoria condição de funcionamento, segundo as variáveis Satisfatória e Precária, Aracaju, 2006.

ITEM DE FUNCIONAMENTO VARIÁVEIS	SATISFATÓRIA		PRECÁRIA	
	N	%	N	%
Procedimentos executados	5	71,43	2	28,57
Primeiro Atendimento	6	85,71	1	14,29
Tipos de Radiografia	5	71,43	2	28,57
Tipos de Exames	5	71,43	2	28,57
Regime de Funcionamento	6	85,71	1	14,29
Total de respostas/Percentual	27	77,14	8	22,86

Quanto aos **Procedimentos executados no paciente vítima de Trauma de face**, os dados da Tabela 3 demonstraram que 71,43% realizam satisfatoriamente os procedimentos necessários ao atendimento do paciente portador de trauma de face, enquanto que 28,57% não os realizam. A distribuição percentual das respostas, com referência a este item, denota que a maior parte das Unidades de Saúde visitadas realiza os procedimentos de forma coerente, enquanto que 28,57% se encontram fora dos padrões mínimos preconizados, o que pode significar risco para aqueles que buscam socorro nessas Unidades.

Sobre o **Primeiro Atendimento prestado à vítima de trauma de face**, os dados da Tabela 3 demonstraram que 85,71% realizam de forma satisfatória o referido atendimento e 14,29% não realizam de forma satisfatória. Esses resultados evidenciam que, embora a maioria das Unidades preste o primeiro atendimento de forma satisfatória, esse índice pode ser considerado baixo, posto que o ideal é que a satisfação alcance 100% dos atendimentos.

Com relação aos **Tipos de radiografia executados nos pacientes traumatizados de face**, os dados da Tabela 3 revelaram que 71,43% enquadram-se como satisfatória e 28,57% apresentam-se de forma precária. O resultado para este item mostrou que o item é satisfatório, de acordo com a portaria nº. 2048/2002/MS.

Acerca dos **Tipos de Exames realizados no Laboratório de Patologia**, os dados da Tabela 3 revelaram que 71,43 % responderam de forma satisfatória e 28,57% responderam de forma precária. A distribuição em percentual, com referência a este item desvenda que o nível de satisfação é proeminente e está de acordo com os padrões da portaria de nº 2048/2002/MS, enquanto que os itens que foram considerados precários não foram os mais relevantes, não significando risco para a qualidade do atendimento.

Quanto ao **Regime de funcionamento das Unidades de Saúde**, os dados da Tabela 3 revelaram que 85,71 % apresentaram-se de forma satisfatória e 14,29 % mantêm um regime precário de funcionamento considerando que não funcionam 24 horas por dia, como

preconiza a norma do Ministério da Saúde. A distribuição em percentual relativa a esse item mostra que o nível de satisfação é marcante e está de acordo com os padrões da portaria de nº 2048/2002/MS, porém o fato de haver Unidade de média complexidade que não funciona ininterruptamente é preocupante quando se considera que a ocorrência de acidentes acontece de maneira indeterminada, além do que estas Unidades precisam obedecer na íntegra à portaria nº 20048/2002/MS.

Os dados da Tabela 3 indicam que, apesar da categoria **Funcionamento** enquadrar-se num percentual de satisfação de 77,14% do total das respostas do questionário, percebe-se que algumas questões tiveram um grau mais elevado que outras, demonstrando assim que o funcionamento das Unidades de Saúde visitadas está enquadrado segundo as normas da portaria nº2048/2002/MS, considerando-se alguns aspectos e outros não.

Quanto aos itens **Procedimentos, Primeiro Atendimento ao traumatizado de face, Tipos de radiografias, Tipos de Exames e Regime de Funcionamento**, as Unidades visitadas apresentaram um nível satisfatório na categoria funcionamento.

Considerando os resultados apresentados, sentiu-se a necessidade de demonstrar, também de maneira global, as condições em que estão funcionando as Unidades de Saúde estudadas.

Quadro 2 - Unidades de Saúde estudadas em Sergipe segundo os quesitos da Categoria Funcionamento, conforme as variáveis: Satisfatório ou Precário. Aracaju, 2006.

UNIDADES DE SAÚDE QUESITOS FUNCIONAMENTO	A	B	C	D	E	F	G
PROCEDIMENTOS	S	S	P	S	S	S	P
PRIMEIRO ATENDIMENTO	S	S	S	S	S	S	P
TIPOS DE RADIOGRAFIAS	S	S	S	S	S	P	P
TIPOS DE EXAMES	S	S	S	S	P	P	S
REGIME DE FUNCIONAMENTO	S	S	S	S	S	S	P

Legenda:

S - Satisfatório;

P - Precário;

Os dados do Quadro 2 demonstram as fragilidades das Unidades de Saúde estudadas em relação ao seu Funcionamento, evidenciando que as Unidades A, B e D são satisfatórias e a Unidade G funciona muito precariamente.

Como se pode ver, é uma situação que está a exigir reflexão por parte dos gestores e profissionais de saúde, no sentido de buscar alternativas para os problemas detectados.

6 DISCUSSÃO

Esse trabalho objetivou verificar as condições em que se encontram as Unidades de média e alta complexidade do Estado de Sergipe em relação aos parâmetros traçados pelo Ministério da Saúde, a fim de diagnosticar como se dá o atendimento às pessoas em situação de trauma de face. Os dados coletados permitiram identificar as fragilidades existentes nessas Unidades, bem como as questões que estão de acordo com a Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde. É o que se discute em seguida:

6.1 Condições em que se encontram as Unidades de Sergipe

Discutindo-se o conjunto das condições em que se encontram as unidades estudadas, por ocasião da visita, foi possível constatar que a unidade A foi a que estava em melhores condições. Sua estrutura estava de acordo com o que dispõe a legislação vigente, assim como o seu funcionamento, como foi visto nos Quadros 1 e 2. Nesta Unidade, somente não existe uma sala reservada para o atendimento ao traumatizado de face, como seria desejável. No entanto, este problema não chega a comprometer a qualidade do atendimento, podendo ser resolvido com a incorporação de divisórias ou mesmo se recorrendo aos biombos que conseguem conferir alguma privacidade aos pacientes. Já a unidade de saúde B (Quadro 1), não apresenta o item sala reservada, como também a equipe que lida com uma demanda significativa de pacientes vítimas de trauma facial diariamente, não tem todo o pessoal habilitado no tratamento imediato ao trauma. Acerca da categoria Funcionamento (Quadro 2), contempla uma rotina satisfatória dentro dos parâmetros estabelecidos. Esta unidade precisa rever seu programa de educação permanente, corrigindo assim a deficiência encontrada.

A unidade de saúde C (Quadro 1), não contempla os itens sala reservada, o número de profissionais habilitados é mínimo, estes profissionais devem ser capacitados e treinados em serviço, sendo relevante a necessidade de estes profissionais estarem qualificados para este tipo de enfrentamento. Não apresenta cirurgião dentista com pós-graduação, nem Cirurgião bucomaxilofacial na sala de emergência. Já a respeito da categoria Funcionamento (Quadro 2), apresenta o item “procedimentos executados no paciente vítima de trauma facial” em situação precária, comprometendo a qualidade do atendimento ao traumatizado. Os demais itens estão satisfatórios. O ideal é que a Instituição apresente-se sem falhas para evitar um resultado ineficaz no atendimento emergencial a uma demanda que procura esse serviço.

No caso da unidade D (Quadro 1), a equipe de pronto atendimento possui poucos membros habilitados para o enfrentamento de um atendimento que cresce diariamente em todo o lugar. O cirurgião bucomaxilofacial não está de plantão diariamente no bloco de emergência desta unidade, o que pode retardar o atendimento correto. A categoria Funcionamento (Quadro 2) é satisfatória em todos os itens.

A unidade E (Quadro 1), tem vários pontos relevantes com relação a estrutura, os quais já foram citados nas unidades anteriores, daí ajuda no entendimento que a unidade de saúde deve ter uma estruturação física definida, com a finalidade, ao receber um caso urgente, a equipe não perca tempo procurando um local ou equipamentos, materiais e medicamentos essenciais ao atendimento. A referida unidade não possui laboratório de patologia clínica na unidade. Quanto à categoria Funcionamento (Quadro 2) é unânime a satisfação nesses itens. Essas unidades que se apresentam com falhas estruturais mas conseguem manter um funcionamento satisfatório devem rever suas estruturas, no sentido de buscar corrigir os problemas detectados. É preciso estar atento para o fato de que o funcionamento mantido em condições materiais adversas trará, ao longo do tempo, o estresse para os profissionais, o desânimo, a impaciência, a naturalização do inadequado, acabando

por tornar o atendimento desumanizado. Isso, por sua vez, poderá ter como conseqüências falhas evitáveis no atendimento que poderão comprometer a vítima em grau maior ou menor.

Uma estratégia para encaminhar solicitações de mudança nessas unidades capazes de favorecer os gestores das unidades na luta política por mais recursos junto à Secretaria Estadual de Saúde é levar o problema ao Conselho Estadual de Saúde, instância deliberativa na gestão do SUS, atuando de forma cidadã no controle social da aplicação dos recursos do SUS, compreendendo que esta questão é mais complexa do que um problema local.

As unidades F e G (Quadro 1), têm várias falhas estruturais e funcionais (Quadro 2). Ao deparar-se com esta realidade percebe-se que é necessário uma atenção por parte dos gestores focalizada no acolhimento inicial a vítima de trauma facial nestas unidades, pelo fato deste tipo de atendimento ser responsável pelo desfecho das fases seguintes, podendo resultar em lesões mais críticas do que as causadas pelo trauma inicial, com evolução desfavorável.

Sendo assim, torna-se importante encarar não só a questão da necessidade de ter um atendimento de qualidade, como ter o olhar para muito desses acidentes geradores de seqüelas graves à sociedade como problema de saúde pública. Exercendo a cidadania, alivia-se de forma mais eficaz o que cada um de nós tem para lutar contra a epidemia de traumas que tem destruído tantas vidas, diariamente, em todos os lugares em que nos encontrarmos, por muitas vezes nos alcançando de forma direta ou indireta.

O ser humano tem se deparado com crises dos mais diversos tipos como a social, financeira e ainda no setor da saúde tem encontrado descaso, desatenção, enfim, inúmeras decepções. Os profissionais de saúde precisam estar atentos a este processo, pois, além do conhecimento técnico, tem-se como aliada a experiência de anos consecutivos, o que dá uma visão mais ampla da real necessidade da população.

Compreende-se o ser humano desta forma e aceitando-se que a situação de emergência é, para a pessoa, algo inesperado, angustiante e que exige atendimento imediato,

pode-se depreender e defender que a unidade que recebe e atende a pessoa em situação de emergência deve estar devidamente preparada, tanto do ponto de vista físico como de equipamentos e pessoal para prestar o atendimento com competência, humanidade e solidariedade.

6.2 Estrutura das Unidades Estudadas

É o caso da inexistência de sala reservada para o atendimento dos traumatizados de face em 71,43% das unidades estudadas. Isso é complicado, porque se entende ser fundamental para a vítima de trauma de face ser atendido emergencialmente em uma sala reservada para essa finalidade, pelo fato desse tipo de vítima ser penalizado por estar exposto aos olhares de curiosos que estejam em circulação no bloco de atendimento ao trauma. Sendo assim, compreende-se que a referida vítima, sendo atendida em uma sala específica para esse fim, terá tranquilidade e será preservada de possíveis constrangimentos.

Albino e Riggensbach (2004) descrevem que os cuidados hospitalares iniciais incluem uma sala de reanimação cardio-respiratória organizada de forma adequada, com profissionais habilitados para atendimento específico aos traumatizados. Acredita-se que é necessário haver, também, uma sala reservada para atendimento à pessoa que chega em situação constrangedora, como é o caso do trauma de face. Isso se justifica porque o indivíduo que chega à unidade de saúde apenas com seu rosto injuriado de lesões e o restante de seu corpo intacto, após ter sido feito o primeiro atendimento e diagnosticadas lesões somente na face, requer que lhe seja garantido um espaço resguardado, evitando assim, que a referida vítima sofra constrangimentos, os quais foram citados anteriormente (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

A precariedade neste item é demonstrada pela ausência da sala reservada para atender ao traumatizado de face, coisa que as Unidades de Saúde de média e alta complexidade precisam providenciar, principalmente aquelas que são referência para o Estado todo. Caso isto não seja possível, é outra solução estabelecer como rotina de atendimento receber essas pessoas na sala de trauma, protegidas por biombo.

No caso das Unidades, que atendem ao trauma de face, possuem salas adequadamente aparelhadas para a execução de Raios-X, 85,71% (Tabela 2) apresentam-se satisfatoriamente. Entende-se que esse exame, apesar de ser de caráter complementar, é de grande valia para o auxílio diagnóstico do trauma de face. A legislação pertinente, portaria nº 2048/MS no capítulo III, item 2.4.2, torna obrigatória a existência da referida sala no Bloco de Apoio Diagnóstico. Não havendo a mencionada sala na Unidade de Saúde, deve existir garantia de acesso e transporte entre as unidades, de modo que o exame não deixe de ser realizado. Kruger (1984) relata que, se houver suspeita de fratura no paciente traumatizado, o mesmo deve ser examinado através de radiografias. Já a existência de 14,29% de unidades em situação precária neste item vem corroborar com o entendimento de que a falta desta sala demonstra um risco para o acidentado que procura assistência nestas Unidades.

Os dados revelam que 85,71% das Unidades de Saúde apresentam Laboratório de Patologia Clínica. As demais unidades, que não possuem o referido laboratório, informaram que procedem encaminhando o paciente ao serviço mais próximo, a fim de que sejam realizados os exames necessários ao traumatizado de face, estando previsto tal procedimento no Capítulo III, item 2.4.2 da Portaria nº 2048/MS.

Ressalta-se a importância da existência do referido laboratório na Unidade de saúde, não apenas por ser uma exigência da portaria ministerial nº 2048/2002, como também pelo fato desses exames assegurarem o possível diagnóstico e prognóstico das doenças

sistêmicas. Melo et al., (2003) descrevem a importância do uso de exames hematológicos, os quais podem diagnosticar a existência de doenças crônicas degenerativas de base.

Quanto à existência de Central de Material Esterilizado, 85,71% das unidades apresentam-se de forma satisfatória. A portaria nº 2.048/MS/2002, em seu Capítulo III, item 2.4.5, afirma que o bloco de apoio Logístico deve ser composto por uma Central de Material Esterilizado, exigindo assim a existência dessa área física, devendo localizar-se em uma área contígua de maior racionalidade aos fluxos internos e à organização do processo de trabalho. Segundo Peterson et al. (1996), há a necessidade do profissional de saúde estar consciente em manter tanto o paciente quanto a equipe de saúde e os objetos o mais livre possível de agentes que causem infecção. Para Guandalini, Melo e Santos (1999) o profissional de saúde deve estar consciente da necessidade em se adotar medidas preventivas de controle de infecção durante suas atividades hospitalares e clínicas, bem como em observar as normas de biossegurança, cuja finalidade é o combate à transmissão de doenças. Pelo alto nível de doenças transmissíveis na atualidade é preocupante o percentual de 14,29%, uma vez que não estão de acordo com a exigência recomendada pela referida portaria, representando um risco para os indivíduos que procuram atendimento emergencial nestas Unidades pela imperiosa necessidade de tomar iniciativa quanto ao controle de infecção e ao fiel cumprimento de normas de biossegurança.

No que diz respeito à composição da Equipe de Pronto Atendimento foi verificado que 85,71% das unidades visitadas apresentaram resultados satisfatórios. Albino e Riggensbach (2004) relataram que depende muito do atendimento hospitalar inicial dado à vítima o sucesso no desfecho do tratamento, estando nas mãos do médico responsável por este atendimento inicial grande parte do êxito do tratamento decisivo a ser proporcionado. Sabe-se que essa equipe deve ser composta de médicos de várias especialidades, profissionais de enfermagem de nível superior e médio e, considerando o nível de complexidade da Unidade

pode haver necessidade, também, de acionar um cirurgião-dentista pós-graduado em cirurgia e traumatologia facial, compondo assim uma equipe multidisciplinar a qual deve atuar de forma harmoniosa para prestar um atendimento qualificado ao paciente. A distribuição de percentual, quanto a este item, apresenta um resultado preocupante, uma vez que revela um dado importante a respeito da Equipe de Pronto Atendimento nas Unidades de Saúde. Um traumatizado de face pode se apresentar apenas com uma lesão localizada, mas poderá também ser portador de um traumatismo crânio-encefálico que vai requerer um atendimento especial. Por outro lado, é impossível prever o momento em que surgirá um traumatizado de face que necessitará da habilidade do odontólogo ou do cirurgião buco-maxilo-facial.

A principal implicação é que as unidades estudadas são Unidades de referência, justamente porque estão equipadas e preparadas para atender situações de média ou alta complexidade, para onde são drenados os pacientes que NÃO encontraram condições de atendimento em outros locais. Isso remete à imperiosa necessidade de contarem com uma equipe multidisciplinar para atender de forma qualificada e eficaz a vítima de trauma de face, segundo a Portaria Ministerial nº 2048/2002

O item Habilitação foi visto como precário, uma vez que apenas 28,57% das unidades estudadas apresentaram em suas equipes de saúde profissionais habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências. Essa interpretação baseou-se na portaria nº2.048/MS/2002, Capítulo VII, que indica a necessidade do profissional que lida com as emergências ser habilitado e capacitado nos NEUS (Núcleos de Educação em Urgências), os quais têm como meta qualificar os profissionais para atuar nas situações emergenciais. Segundo Franco (2002) essa capacitação é imprescindível, considerando-se que o profissional que lida com Urgência e Emergência precisam conhecer previamente os problemas que poderá enfrentar em seu dia-a-dia, para evitar possíveis seqüelas, uma vez que isso ocorre repetidamente. A distribuição percentual relacionada a esse item, mais uma vez apresenta

resultados inquietantes sob a perspectiva das Unidades de Saúde não terem se preocupado em cumprir fielmente as regras determinadas na portaria do Ministério da Saúde de nº2048/2002, referente ao item Habilitação dos profissionais de Saúde que atuam nos blocos de Emergência e Urgência desse Estado. Logo, o percentual de 71,43%, fora das especificações, indica a responsabilidade dos gestores em incentivar e exigir que os membros de sua equipe estejam habilitados para o referido atendimento.

Diante dos dados apresentados, é importante ressaltar que a população faz jus a um serviço de Saúde, no tocante às Urgências e Emergências, com profissionais de nível técnico e superior, qualificado e requalificados, considerando que a condição dos serviços prestados depende do desempenho de pessoas qualificadas e requalificadas, pois são elas as responsáveis pelos resultados.

Considera-se de fundamental importância as Unidades de Saúde, quer sejam de média e/ou alta complexidade, terem em seus quadros o Cirurgião-Dentista (CD) com pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial (CTBMF). Concorde-se com Puricelli (1996) em afirmar que o CTBMF deve ter curso de pós-graduação em nível de especialização, como também, deve possuir prática cirúrgica constante e conhecimentos aprofundados de Farmacologia, Anestesiologia, Patologia e Radiologia, entre outros. Segundo Santos et al., (2004) o Cirurgião Buco-maxilo-facial deve possuir na sua formação e prática diária conhecimentos aprimorados, no que diz respeito à anatomia da face, fisiologia, farmacologia, noções de balística e suporte básico de vida no trauma. Sendo assim, é prudente acatar o que ensinam Silva, Panhoca e Blachman (2003) e Silva e Lebrão (2001), quando frisam que o rosto representa o centro da atenção humana e tê-lo deformado traz consequências indelévels ao ser humano, não sendo aceitável com a atual tecnologia disponível que o paciente seja abandonado, enquanto não estiver totalmente recuperado. De acordo com Madeira (1999) e Falcão (1999), a desfiguração facial leva o indivíduo a reagir

com sentimentos de comiserção, temor e agonia. Esse trauma pode levar ao desânimo, marginalização e alienação social.

Para o item presença de Cirurgião bucomaxilofacial de plantão na sala de emergência, foi constatado que 71,43% das Unidades de Saúde de média e alta complexidade, responsáveis pelo atendimento ao trauma de face não contam com a presença de um CBMF (Cirurgião BucoMaxiloFacial) de plantão na sala de emergência. A resposta de um gestor entrevistado demonstrou de forma concisa que, em sua Unidade (a qual é referência no Estado, no tocante às Urgências e Emergências), a importância do CBMF no plantão tem sido relevante pelo fato de receber um número grande de vítimas com suas faces comprometidas, cujo agente etiológico principal é a motocicleta, e que uma grande parte dessas vítimas é oriunda do interior do Estado, de municípios como Itabaiana e Lagarto, onde a fiscalização não é rigorosa quanto ao uso do capacete.

Neste aspecto em particular, verifica-se que França (2001) constatou que dos 64,85% pacientes atendidos no Hospital Governador João Alves Filho eram oriundos dos interiores do Estado. As localizações anatômicas da face mais atingidas foram a mandíbula, o complexo zigomático e fraturas associadas. Por outro lado, como a reforçar a necessidade da presença do CBMF nas Unidades de urgência e emergência, salientamos que, durante as visitas a estes municípios, pode-se observar a grande quantidade de motociclistas e caronas que não usavam o referido equipamento de proteção individual (capacete).

Loducca (1997) e Willeman (2002) retrataram de maneira concisa e contextualizada os acidentes de motos. Os motociclistas que sofrem traumas de face provocados por impactos com o chão, mesmo o indivíduo usando capacete, têm injúria de tecidos moles, e os que não usavam nenhum equipamento de proteção individual, além de injúria dos tecidos moles e fraturas faciais, tiveram perda de órgão ou de função temporária. Portanto, o uso do capacete é muito importante, pois ele reduz a incidência de injúrias durante

a queda. Não é considerado ideal que o paciente traumatizado de face deixe de ser atendido por um profissional que apresente em seu currículo curso de pós-graduação em Cirurgia BucoMaxiloFacial (CBMF), uma vez que o rosto representa o cerne da atenção humana, sendo necessário evitar qualquer tipo de seqüelas e deformação.

Com respeito ao item relativo aos equipamentos existentes na sala de emergência, todas as Unidades, de média e/ou alta complexidade, apresentam-se de forma satisfatória com equipamentos de alta tecnologia recomendados pela portaria de nº 2048/MS/2002, demonstrando preocupação por parte dos gestores quanto ao fiel cumprimento da mesma, assegurando ao traumatizado um equipamento capaz de reanimá-lo, se a situação exigir, bem como tirá-lo do estado de choque e, se for necessário, ressuscitá-lo. Albino e Riggensbach (2004) enfatizam o que preconiza a portaria Ministerial nº2048/2002, capítulo III item 2.5, onde os equipamentos e materiais dos mais simples aos mais complexos devem estar organizados de tal forma que o acesso aos mesmos seja fácil e rápido.

Segundo Monazzi et al. (2002), com relação ao tratamento das fraturas faciais, houve uma melhoria estimável utilizando-se técnicas desde o bloqueio intermaxilar até a fixação interna rígida. Franco (2002) relata que o atendimento e a capacitação técnica das equipes de atendimento em emergências nos hospitais do Brasil não deixam nada a dever em relação aos hospitais do exterior, por haver uma preocupação dos profissionais e dos governantes em atender melhor o traumatizado. O que pode ocasionar alguma diferença entre os hospitais citados é justamente a falta de material.

Assim sendo, é necessário levar em conta os estudos de Queiroz e Oliveira (2003), os quais analisaram depoimentos das vítimas de acidentes de trânsito que estiveram internadas no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Sob o ponto de vista das vítimas, estar hospitalizado traz insegurança e medo. As vítimas demonstraram ter incerteza quanto ao tratamento, com medo de perder algum membro do corpo, preocupadas com os riscos da cirurgia, com a morte

e com possíveis seqüelas. Será que as Unidades de Saúde destinadas a atender e dar continuidade ao tratamento aos traumatizados de face impõem medo e insegurança à população como um todo? Será que essas pessoas voltarão ao convívio familiar e ao trabalho sem marcas ou deformações na face, a ponto de serem devolvidas ao convívio social sem maiores traumas, inclusive psicológicos?

No caso dos medicamentos existentes na sala de emergência, os dados revelaram que 85,71% das Unidades de média e/ou alta complexidade têm um arsenal de medicamentos pertinentes ao atendimento ao traumatizado de face, demonstrando assim uma preocupação no tocante a salvar a vítima, tirá-la do estado de choque e se for necessário ter os medicamentos para a sua manutenção no hospital até a sua recuperação por completo. Albino e Riegenbach (2004) enfatizaram o que preconiza a portaria nº 2048/2002/MS no capítulo III, item 2.6 a respeito dos medicamentos a serem usados no primeiro atendimento ao trauma. Esses devem estar dispostos em locais de pronto uso, de maneira que o acesso aos referidos medicamentos seja fácil e rápido.

No caso das Unidades de saúde possuir ambulância, verificou-se que 71,43% contam com ambulância em seus estacionamentos, porém quando isto não ocorre, solicitam a ambulância do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), como também de outras Unidades de maior complexidade para o encaminhamento de seus pacientes. A portaria nº. 2048/2002/MS define “Ambulância” como sendo um veículo que se destine de forma exclusiva ao transporte de enfermos. A ambulância tem sua importância desde o lugar onde ocorreu o acidente até a chegada ao hospital de referência, como também no transporte da vítima de uma unidade de menor complexidade a outra de maior complexidade, quando o caso exigir.

Albino e Riegenbach (2004) enfatizaram a necessidade da transferência do paciente a outro hospital, sendo fundamental que o médico reconheça a sua competência e

limitação, bem como o de sua Instituição, distinguindo o paciente que pode ser tratado em sua Unidade daquele que deve ser transferido.

6.3 Funcionamento das unidades estudadas

Quanto aos procedimentos executados com relação ao paciente vítima de trauma de face, 71,43% das Unidades responderam de forma satisfatória. Isto significa que estes pacientes, ao chegarem numa Unidade de Emergência, têm recebido os procedimentos necessários para preservar sua vida e sua integridade. Segundo Peterson et al. (1996), Pereira (2000), o paciente traumatizado de face deve ser avaliado de imediato, examinando-se a sua estabilidade cardiopulmonar, vias aéreas superiores e os sinais vitais. Nos casos de sangramentos abundantes devem ser tomadas algumas medidas imediatas como pinçamentos de vasos. Em seguida, examina-se o estado neurológico do paciente e a coluna cervical. A partir desse momento, avaliam-se as estruturas da face e, antes de se começar o exame minucioso, devem ser removidos coágulos, resquícios de areia ou outros detritos que possam dificultar a visualização da extensão do trauma. É sabido que este atendimento é norteador de todos os desdobramentos futuros e, quando se trata de lesões na face, a situação ainda é da maior exigência, considerando-se o rosto como determinante da primeira impressão sobre a pessoa. Por outro lado, a existência de 42,86% de Unidades de Saúde de média e alta complexidade funcionando em estado de precariedade vem maximizar o efeito negativo das condições insatisfatórias do atendimento imediato ao trauma de face.

Com relação ao profissional que dá o Primeiro Atendimento ao chegar um traumatizado de face na Unidade de Saúde, 57,14% dos Gestores responderam de forma satisfatória. O médico plantonista, conforme art. 4º da Resolução CFM nº1.536/98, tem sido o profissional apto a oferecer o acolhimento inicial a este tipo de vítima, pois geralmente um

traumatizado de face é, em potencial, um traumatizado de crânio, além de que por muitas vezes apresentam comprometimento de outros órgãos vitais.

Segundo Mantovani (2003) o primeiro atendimento passa, via de regra, por um Clínico Geral e, de acordo com a localização do trauma, o referido paciente é encaminhado ao especialista específico. Para Kruger (1984), nos grandes hospitais, os traumatizados de crânio são rotineiramente examinados por um cirurgião buco-maxilo-facial, enquanto o paciente estiver no pronto-socorro.

Peterson et al. (1996), Puricelli (1996) e Pereira (2000) são unânimes em afirmar que a avaliação do paciente traumatizado deve ser submetida a uma equipe multidisciplinar. É necessário considerar a advertência de Puricelli (1996) a respeito da ausência de esclarecimento da equipe de enfermagem e medicina em relação ao não encaminhamento de forma adequada ao Cirurgião bucomaxilofacial. É preciso compreender que, uma pessoa numa situação como a que está sendo estudada, necessita de vários saberes e fazeres para além do que um ou dois profissionais pode oferecer. Cada profissional deve atuar de maneira responsável na sua área de conhecimento específico, não desprezando o colega que poderá atuar de forma sinérgica e eficaz, devendo estar a referida equipe imbuída de espírito comunitário para trazer à vítima esperança, segurança e a certeza de que terá a sua saúde restabelecida.

A respeito dos tipos de radiografia utilizados como auxílio diagnóstico ao trauma de face, em 71,43% das Unidades pesquisadas percebe-se que as mesmas estão de acordo com o padrão estabelecido, pois há necessidade de exploração radiológica mais ampla, por incluir nesses casos, regiões anatômicas maiores capazes de proporcionar um estudo radiográfico completo da região crânio-facial (FREITAS; ROSA; SOUZA, 2000). Sem ignorar que existe precariedade em aspectos fundamentais, uma vez que as radiografias são essenciais para avaliação do trauma sofrido, tornando-se determinante do tratamento a ser instituído. Assim

sendo, isto não isenta a responsabilidade dos gestores em realizá-la, pelo fato da importância no auxílio diagnóstico que os exames radiológicos representam.

Acerca dos Tipos de Exames realizados no Laboratório de Patologia, 71,43% das Unidades apresentaram resultado satisfatório. Salienta-se a relevância da execução dos exames laboratoriais, por oferecer uma margem de segurança no diagnóstico e prognóstico das doenças sistêmicas do paciente traumatizado. Incluem-se como essenciais os exames hematológicos principais como hemograma, coagulograma, glicemia, dosagens de enzimas próprias da patologia cardíaca, tipagem sanguínea, PO₂ e PCO₂, entre outros que são solicitados a depender do diagnóstico médico (MARTINS; SOUTO, 2003).

No caso do Regime de funcionamento das Unidades visitadas, 14,29% não realizam atendimento 24h. Esta constatação revela que a população não tem garantia completa de atendimento. Isto é complicado porque o termo acidente significa acontecimento casual ou não, de que resulta ferimento, dano (FERREIRA, 2000). Considerando a descrição acima, a Portaria nº 2.048/MS/2002, em seu Capítulo III, item 2, prevê que os gestores de cada Município devem desenvolver esforços para que disponham de pelo menos uma Unidade não-hospitalar de atendimento às Urgências e Emergências, funcionando durante as 24 horas do dia, pois acidente não tem hora nem lugar marcado, é algo imprevisível.

Contudo, quando se fala a respeito de situação emergencial, vários protagonistas são envolvidos, desde o usuário (vítima e familiares), operadores de serviço (hospitais e serviços pré-hospitalares), os gestores das unidades de saúde, e a sociedade em si, que expressam seus sentimentos e opiniões publicamente, como também através dos meios de comunicação. Isso significa estar atento para o fato de que **o acidente é imprevisível ou inesperado para a vítima**. Para a unidade de atendimento é um evento para o qual tudo deve estar preparado, profissionais a posto 24 horas por dia.

7 CONCLUSÕES

Em função da metodologia empregada e dos resultados obtidos, pode-se concluir que:

1. Das 13 (treze) unidades estudadas, sete atendem à vítima de trauma de face, enquanto as demais não dispõem de meios para atenderem o referido paciente.
2. Na categoria estrutura, 65,1% das unidades estudadas estão precariamente estruturadas para atender a vítima de trauma de face, enquanto que 34,9% estão satisfatoriamente preparadas em termos estruturais para o referido atendimento.
3. Quanto ao funcionamento destas unidades, 61,6% apresentaram falhas nesta categoria, enquanto que 38,4% funcionam satisfatoriamente.

REFERÊNCIAS

ALBINO, R. M.; RIGGENBACH, V. Atendimento hospitalar inicial ao politraumatizado. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v.33, n. 3, p.18-22, 2004.

BACKES, D. L. **Indicadores de maus tratos em crianças e adolescentes para uso na prática de enfermagem**. Disponível em: <<http://www.pericias-forenses.om.br/indic.htm>>. Acesso em: 14 set. 2005.

BOMBEIROS emergência. **Acidentes automobilísticos**. Disponível em: <<http://www.bombeirosemergencia.com.br/acidentransito.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**, nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

CAVALCANTI, S. **A descentralização das ações e serviços de saúde em três dimensões: o caso de Murici/Al**. 2001. 206f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Maceió, AL.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 1536/98**. Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Disponível em: <<http://www.bucomaxilo.org.br/resolucao.htm>> . Acesso em 28.07.2005

COLOMBINI, N. E. P. **Controvérsias no Tratamento do Trauma Crânio Facial**. Disponível em: <http://www.brasilmedicina.com.br/especial/_check_print.asp?>. Acesso em: 26 jul. 2005.

CURY, A. **12 semanas para mudar uma vida**. São Paulo: Academia de Inteligência, 2004. 243p.

DINGMAN, R.; NATIVIG, P. **Cirurgia das fraturas faciais**. São Paulo: Santos, 1983. 376p.

FALCÃO, M. L. F. **Estudo epidemiológico das fraturas faciais tratadas no Hospital da Restauração na cidade do Recife, Pernambuco, no período de 1988 a 1998**. 1999. 38f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) - Faculdade de Odontologia de Pernambuco, FOP, Camaragibe, PE.

FERREIRA, A. B. H. Mini Aurélio - **O Mini Dicionário da Língua Portuguesa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. 790p.

FERREIRA, R. A. Impacto Radical. **Revista da APCD**, São Paulo, v.52, n.4, p.265-271, jul./ago, 1998.

FRANCO, S. Trauma: um problema da saúde pública. **Revista Trauma Multidisciplinar**, ano 1, n. 1, jul./ago. 2002. Sociedade Brasileira de Traumatologia Dentária. Disponível em: <<http://www.sbtld.org.br/artigos/franco.htm>>. Acesso em: 22 dez. 2005.

FRANÇA, L. H. **Frequência das fraturas faciais em pacientes atendidos no hospital Governador João Alves Filho**. 2001. 45f. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Odontologia da Universidade Tiradentes, UNIT, Aracaju, SE.

FREITAS, A.; ROSA, E. J.; SOUZA, I. F. **Radiologia Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000, 748p.

GUANDALINI, S. L.; MELO, N.S.F.O.; SANTOS, E.C. P. **Biossegurança em Odontologia**. Curitiba: Ed Odontex, 1999. 161p.

GRAZIANI, M. **Cirurgia buco maxilo facial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976. 676p.

HOLDERBAUM, A. M.; LORANDI, C. S. Levantamento epidemiológico das fraturas de face na comunidade atendida junto ao Grupo Hospitalar Conceição. **Revista Odonto Ciência**, Faculdade de Odontologia. PUCRS, n. 24, p.45-66, 1997.

KUMMOONA, R; MUNA, A. M. Evaluation of Immediate Phase of Management of Missile Injuries Affecting Maxillofacial Region in Iraq. **J Craniofac Surg**, Bagdá, Iraq, v.17, n. 2, p. 217-223, 2006.

KRUGER, G. O. **Cirurgia Bucal e Maxilo-Facial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. p.244-295.

LESSA, A. **Arqueologia da agressividade humana: a violência sob uma perspectiva paleoepidemiológica**. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid>. Acesso em: 08 jul. 2005.

LODUCCA, F. E. **Estudo epidemiológico dos Traumatismos de Face, causados por Acidentes de Trânsito, em um serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do município de São Paulo**. 1997. 75f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p.439-448, 2003.

MADEIRA, M.C. **Anatomia da Face. Base Anátomo-Funcionais para a Prática Odontológica**. 2 ed. São Paulo: Editora Sarvier, 1999. 176p.

MANTOVANI, J. C. Traumatologia da face em foco. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 69, ed.3, p.3-5, maio/jun. 2003. Disponível em: <http://www.rborl.org.br/suplementos/detalhes_print.asp?id=23>. Acesso em: 28 jul. 2005.

MARTINS, S.; SOUTO, M.I.D. **Manual de Emergências Médicas: Diagnóstico e Tratamento**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

MEDICI, A. C. **Indicadores básicos e políticas governamentais**. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/apresent/apresent.htm>>. Acesso em: 01 out. 2005.

MELO, R. E. V. A. et al. Fraturas dos ossos da face por projétil de arma de fogo: análise em 2620 pacientes. In: **Anais Faculdade de Odontologia da UFPE**, 2000, Recife, v.10, n.2, p.133-141, 2000.

_____. Traumatismos Faciais em Crianças e Adolescentes. Estudo em 516 pacientes. **Pesq. Bras. Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.3, n.1, p.23-34, jan./jun. 2003.

MINISTÉRIO da Saúde. **Portaria 2.048**, de 5 de novembro de 2002.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS/SUS**, 01/2002.

MONAZZI, M. S. et al. Avaliação de complicações tardias em fraturas maxilares do tipo Le Fort. **Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru**, Bauru, v.10, n.4, p. 257-262, 2002.

NOVO, F. C. F. **Trauma: Você pode evitar...** Disponível em: <www.fcc.org.br/pesquisa/detranldeias3.htm>. Acesso em: 19 out. 2005.

PEREIRA, C.U. **Neurotraumatologia**. Rio de Janeiro: Revinter. 2000, 252.p.

PETERSON, L. J. et al. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.493- 539.

PORTAL Brasil Medicina. **Secretaria de Saúde de São Paulo**. Disponível em: <http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/check_printnot.asp?id=324108312005.asp>. Acesso em: 02 out. 2005.

PRIETO, G. B.; DAVIDOWICZ, H.; MOURA, A. A. M. Métodos preventivos frente aos traumas dentários. **Rev.Inst. Ciênc. Saúde**, v.14, n.1,p.33-35, jan./jun.1996.

_____. Protetor Bucal. **Rev.Inst. Ciênc. Saúde**, v.06, n.2, p.99-102, jul./dez.1998.

PURICELLI, E. A face hospitalar da Odontologia. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia Nacional**, Porto Alegre, v.4 , n.1, p.8-13, fev./mar. 1996.

QUEIROZ, M. S.; OLIVEIRA, P. C. P. Acidentes de trânsito: uma análise a partir da perspectiva das vítimas em Campinas. **Associação Brasileira de Psicologia Social**, v.15, n.02, p.101-115, dez. 2003.

RANALLI, N. D.; DEMAS, N. P. Orofacial Injuries from Sport: preventive measures for sports medicine. **Sports Med**, Pennsylvania, USA, v.32, n. 7, p.409-418, 2002.

SANTOS, M.E.S.M. et al. Trauma Facial causado por acidente com arma de fogo. **Revista Odonto Ciência – Fac.Odonto/PUCRS**, v.19, n.44, abr./jun. 2004.

SANTOS, M. A. F. **Traumatismos Buco Maxilo Faciais por Agressão: Estudo em um hospital da periferia de São Paulo**. 2002. 124f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia e

Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

SCAFF, A. **SUS** - Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<www.consaude.com.br/sus/indice.htm>. Acesso em: 01 out. 2005.

SECRETARIA de Estado da Saúde de Sergipe. **Plano Diretor de Regionalização**. Governo do Estado de Sergipe, junho de 2002.

SECRETARIA de Segurança Pública do Estado de SP. **Seção Aberta**: Rumos para uma “circulação humana” menos caótica. Disponível em:
<http://crpsp.org.br/a_acerv/jornal_crp/132/frames/fr_secao_aberta.htm>. Acesso em: 02 out. 2005.

SILVA, E. D. O. et al. Trauma no Idoso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.1, n.2, p.7-12, jul./dez. 2001.

SILVA, O. M. P.; PANHOCA, L.; BLACHMAN, I. T. Traumatismos faciais causados pela violência ocorrida na cidade de São Paulo, ao longo do séc. XX. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 32, n.2, p. 81-8, jul./dez. 2003.

SILVA, O. M. P; LEBRÃO, M. P. A organização do atendimento da odontologia hospitalar e da traumatologia buco-maxilo-facial no município de São Paulo. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 30, n.1, p. 43-4, jan./jun., 2001.

SOTO, N. R. M. Algunas consideracions para la organizacion de servicios de salud para emergencias y desastres. **An. Fac. Med**, Peru, p. 44-55, 2001.

SOUSA, R. M. C.; REGIS, F. C.; KOIZUMI, M. S. Traumatismo Crânio-encefálico: diferenças das vítimas pedestres e ocupantes de veículos a motor. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.3, p. 1-16, fev. 1999.

WILLEMANN, E. R. **Levantamento Estatístico do trauma de face por acidente de trânsito com uso da motocicleta, no período de janeiro a dezembro de 2002 na grande Florianópolis**. 2002. 104f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) - Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, SC.

ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MEDICINA MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Pesquisa Científica

“Avaliação dos Serviços de Atendimento ao Traumatizado de Face no Estado de Sergipe.”

Prezado(a) Senhor(a),

Pedimos o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado.

Em virtude do curso de Mestrado em Ciências da Saúde, promovido pela Universidade Federal de Sergipe, estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre Situação do Atendimento aos Traumatizados de Face dos Municípios Pólo Regional do Estado de Sergipe. A escolha do tema justifica-se pela necessidade de um mapeamento e diagnóstico do atendimento aos Traumatizados de face no Estado. Sua participação é voluntária e não lhe acarretará ônus de qualquer espécie. Caso haja concordância de vossa parte o Senhor responderá a um questionário e todas as informações serão confidenciais assim como a sua identidade não será revelada. O Senhor deve ficar a vontade para recusar a participar ou parar sua participação a qualquer momento. Sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização da pesquisa, é valiosa e imprescindível. Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para:

Pesquisadora: Ana Marlusia Alves Bomfim
Orientador: Valdinaldo Aragão de Melo

Telefone: 82-33208465 / 91056560

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde pública em nosso Estado e no Brasil.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdinaldo Aragão de Melo
Coordenador da Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Situação do Atendimento ao Traumatizado de Face dos Municípios Pólo Regional, do Estado de Sergipe”, **AUTORIZO** minha participação na mesma e a utilização dos dados coletados.

Ass. Voluntário

_____, ____/____/____

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Código da Instituição:****FORMULÁRIO****01) A unidade recebe paciente com trauma de face? SIM () NÃO ()****Se a resposta for negativa, para qual serviço (cidade) é encaminhado?**

Obs. Se a resposta à pergunta 01 for positiva responda as perguntas seguintes.**02) A unidade tem uma sala reservada para o atendimento à vítima de trauma de face? SIM () Não ()**

3) Quais os procedimentos executados com relação ao paciente vítima de trauma de face? _____**4) Ao chegar um traumatizado de face, quem dá o primeiro atendimento? _____**

5) No bloco de apoio diagnóstico a unidade dispõe de sala para radiologia?**Sim () Não ()****6) Quais os tipos de radiografia executados com relação ao trauma de face?****Especifique _____**

7) No bloco de apoio diagnóstico, a unidade dispõe de laboratório de patologia clínica? SIM () NÃO ()

8) Quais os tipos de exame realizado no laboratório de patologia clínica?

9) No bloco de apoio logístico a unidade possui central de material esterilizado?
SIM () NÃO ()

10) Unidade funciona às 24 horas do dia? SIM () NÃO ()

11) Quais profissionais compõem a equipe de pronto atendimento?

12) Dos profissionais que compõem a equipe de pronto atendimento, quais são habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências ou cursos específicos na área de urgência?

13) A unidade dispõe de cirurgião dentista com pós-graduação?
SIM () NÃO () Se a resposta for positiva cite a pós-graduação.

14) A unidade dispõe da presença de um cirurgião bucomaxilofacial de plantão na sala de emergência? SIM () NÃO ()

Porque? _____

15) Quais equipamentos existentes na sala de emergência?

16) Quais medicamentos existem na sala de emergência?

17) A unidade possui ambulância? SIM () NÃO ()

Se a resposta for positiva, especifique os tipos_____.

ANEXO 3 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
Rua Cláudio Batista, s/n – prédio do CCBS/HU - Bairro Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone/Fax: (79) 218-1805
E-mail: cep.hu.ufs@bol.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa "*ATENDIMENTO AOS POLITRAUMATIZADOS DE FACE DO ESTADO DE SERGIPE*", sob a orientação da **Profª Dr. Valdinaldo Aragão de Melo**, tratando-se do Projeto para seleção do Mestrado em Ciências Sociais desta Universidade, de **Ana Marlusia Alves Bonfim**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe-CEP/HU/UFS, em reunião realizada dia **07/05/2004**.

Aracaju, 10 de maio de 2004.


Prof. Dr. Manuel Hermínio de Aguiar Oliveira
Coordenador do CEP/HU/UFS