MARIA ANGÉLICA LOPES CHAVES MENDONÇA

**Estimativa de custo direto de lesões traumáticas maxilofaciais em
crianças e adolescentes em um hospital público do Município de São
Paulo**

**São Paulo
2010**

MARIA ANGÉLICA LOPES CHAVES MENDONÇA

**Estimativa de custo direto de lesões traumáticas maxilofaciais em
crianças e adolescentes em um hospital público do Município de São
Paulo**

Maria Angélica Lopes Chaves Mendonça

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor
Pelo Programa de Pós- Graduação em Odontologia Área
de Concentração: Clínicas Odontológicas

Orientador: Prof. Dr. Dalton Luiz de Paula Ramos

**São Paulo
2010**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Mendonça, Maria Angélica Lopes Chaves

Estimativa de custo direto de lesões traumáticas maxilofaciais em crianças e adolescentes em um hospital público do Município de São Paulo / Maria Angélica Lopes Chaves Mendonça; orientador Dalton Luiz de Paula Ramos. -- São Paulo, 2010.

151 p. : il.; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Traumatismos maxilofaciais - . 2. Perícias odontológicas – Danos - Custos 3. Odontologia Legal . I. Ramos, Dalton Luiz de Paula. II. Título.

CDD 614.1
BLACK D886

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mendonça MALC. Estimativa de custo direto de lesões traumáticas maxilo-faciais em crianças e adolescentes em um hospital público do Município de São Paulo. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas

Aprovado em: / /2010

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar, dedico esse trabalho a Deus e às pessoas que direta ou indiretamente me auxiliaram na sua conclusão. Dedico à minha família, cujo apoio foi fundamental para essa empreitada, meu esposo, Rubens Mendonça, por seu amor e dedicação, minha filha, Ana Carolina, pela sua paciência com a minha ausência, e minha querida irmã Rosa pela sua amizade e presença. Em memória pelos meus falecidos pais, e pela minha tia Rosália L de Oliveira, que me criou escolhendo-me como filha.

Em homenagem especial a Professora Doutora Livre Docente do Departamento de Odontologia Social Hilda Ferreira Cardozo, a quem acompanhei durante mais de dez anos, o trabalho de pesquisa, e tarefa árdua de ensinar, com quem tive o prazer de aprender o encanto da pesquisa comprometida com a sociedade. Infelizmente ela não pode acompanhar o desenrolar do presente trabalho por motivos de saúde e hoje não está mais entre nós; tendo eu sido agraciada com a paciência e dedicação do Prof Dalton L P Ramos, que contribuiu pra a conclusão do presente trabalho.

AGRADECIMENTOS

A elaboração de um trabalho de pesquisa exige a participação e a colaboração de muitas pessoas, que de variadas forma tornaram possível esse resultado. Destacar a contribuição de cada um não é possível, mas o meu muito obrigada a todos cujo nome destaquei e aqueles que indiretamente também participaram.

Especial agradecimento deve ser feito à Direção do Hospital Mandaqui e à Gerência da Informação na pessoa do Dr Sérgio Makabe e de toda a sua equipe administrativa. Agradecimento especial ao responsável pelo serviço de cirurgia buco-maxilo-facial Dr Eduardo Vasques e demais colegas cirurgiões dentistas da equipe .

Aos professores do departamento de Odontologia Social, às secretárias que nos atendem com atenção e cordialidade.

Aos funcionários do Serviço de Documentação Odontológica da FOUSP pela sua atenção e disponibilidade.

Finalmente ao Prof Dr Dalton L Paula Ramos e Dr Hilda Ferreira Cardozo (in memoriam) sem os quais esse trabalho não seria possível.

EPÍGRAFE

POEMA EM LINHA RETA

Nunca conheci quem tivesse levado porrada.
Todos os meus conhecidos têm sido campeões em tudo.

E eu, tantas vezes reles, tantas vezes porco, tantas vezes vil,
Eu tantas vezes irresponsavelmente parasita,
Indesculpavelmente sujo,...

'
...Eu, que, quando a hora do soco surgiu, me tenho agachado
Para fora da possibilidade do soco;
Eu, que tenho sofrido a angústia das pequenas coisas ridículas,
Eu verifico que não tenho par nisto tudo neste mundo.

Arre, estou farto de semideuses!
Onde é que há gente no mundo?

Álvaro de Campos

Fraturas na face, cicatrizes resultantes e lesões traumáticas, avulsões e traumatismos dentário têm consequências tanto funcionais como estéticas que repercutem na vida de relação dos envolvidos. Conforme já relatava o poeta Fernando Pessoa no heterônimo acima essas imperfeições não são bem toleradas em uma sociedade de “semideuses”. O custo para o traumatizado não pode ser limitado apenas às questões de ordem prática, mas devem incluir o dano subjetivo inerente à seqüela estética.

RESUMO

Mendonça MALC. Estimativa de custo direto de lesões traumáticas maxilofaciais em crianças e adolescentes em um hospital público do Município de São Paulo. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas

O presente estudo procurou obter uma estimativa dos custos diretamente ligados ao atendimento de lesões traumáticas maxilofaciais em crianças e adolescentes, comparados com a população adulta acometida do mesmo agravo, bem como o perfil sócio demográfico da população atendida em um Hospital Público do Município de São Paulo, Brasil, com o intuito de fornecer evidências para avaliação quantitativa do dano em perícias odontológicas.

Material e Método. Os dados dos prontuários foram colhidos, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2008 dos pacientes atendidos no serviço de Cirurgia Buco-Maxilofacial de um hospital do município de São Paulo. As variáveis classificatórias foram descritivamente apresentadas em tabelas de contingência contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). A associação entre elas foi avaliada com o teste Qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhança. Para a análise dos custos diretos foram utilizados os valores de referência da Tabela do Sistema de Informações de Tratamento Ambulatorial do Sistema Único de Saúde- SIA-SUS do Ministério da Saúde.

Resultados De 1.200 casos analisados, 419 preencheram os requisitos da pesquisa. O grupo caso obteve 108 registros (faixa etária até 19 anos), e os demais foram classificados, como grupo controle (acima de 20 anos de idade). O grupo caso apresentou uma incidência de 1,5% ao ano de lesões traumáticas, e a média de idade no grupo caso foi de 14,35 $\pm$ 4,76 e no grupo controle foi de 33,65 $\pm$ 11,73 anos de idade. Em relação ao sexo predominaram os indivíduos do sexo masculino em ambos os subgrupos. O tipo de tratamento cirúrgico prevaleceu em ambos os subgrupos, e o tempo de internação em dias foi cerca de duas vezes maior no grupo controle em relação ao grupo caso, entretanto as complicações foram mais frequentes no grupo caso em relação ao grupo controle. Os tipos de lesões mais frequentes no grupo caso foram as fraturas nasais/dentárias, seguidas das fraturas e

mandíbula, e que no grupo controle o quadro inverteu-se. A distribuição de custos teve o maior número de casos na faixa de custos até R\$500,00 em ambos os subgrupos amostrais. A frequência de ocorrência de complicações foi significativamente maior no grupo caso, em relação ao grupo controle, da mesma forma que os retornos ambulatoriais foram também significativamente maiores neste grupo. **Conclusões** A distribuição de custos teve o maior número de casos na faixa de custos até R\$500,00 em ambos os subgrupos amostrais; esses custos foram calculados com base no repasse de verbas da Tabela de Valores do Sistema Único de Saúde, onde não está discriminado o custo dos honorários profissionais. A valoração do dano nas atividades periciais deve considerar, além dos custos diretamente envolvidos com o atendimento do traumatizado, as consequências para suas atividades diárias especialmente quando se trata de criança ou adolescentes cuja função social ainda está por se definir

Palavras –Chave: Trauma; custos; ressarcimento do dano; odontologia -legal

ABSTRACT

Mendonça MALC. Direct cost estimate of maxillofacial trauma injuries in children and adolescents admitted in a public hospital in Sao Paulo. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de ao Paulo par a obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas

The aim of this study is to provide evidence for the quantitative assessment of injury in forensic dentistry investigation, thorough the estimate of costs directly linked to the care of maxillofacial trauma lesions in children and adolescents, compared to adults who suffered the same injuries, as well as trace a social demographic profile of the patients admitted in a public hospital in Sao Paulo.

Material and Method. The hospital chart data were collected from January 2002 to December 2008 and the charts belonged to patients cared for by the Buco-Maxillofacial Surgery Department of a hospital in Sao Paulo. Classification variables were described in contingency tables which comprise absolute (n) and relative (%) frequencies. Their association was assessed using the chi-square test. Reference prices from the Ambulatory Care Price Table, provided by the Unified Health System (SIA-SUS), the government managed Public Health System in Brazil, were used to determine direct costs. **Outcome:** out of the 1200 cases analyzed, 419 matched the requisites of this survey. The case group comprised 108 cases (up to 19 years old) and the other 311 were classified as the control group (above 20 years old). The incidence rate of trauma lesions was of 1,5% per year in the case group and the average age was of 14,35 +-4,76, while in the control group, the average age was 33,65 +-11,73. Male individuals prevailed in both groups and so did the surgical treatment. The number of days of hospital stay was about twice as big in the control group in relation to the case group. Complications, however, were more frequent in the case group. The most frequent kinds of lesion in the case group were the dental or nasal fractures, followed by jaw fractures, and this was directly opposite to what happened in the control group. The Unified Health System (SUS) reimbursed treatments of up to 500 reais in both groups. The frequency of complications and returns to the Ambulatory Care facilities were significantly higher in the case group.

Conclusion: The reimbursement of expenses happened more frequently when treatment cost up to 500 reais in both sample groups. These costs were calculated taking reference prices from the Ambulatory Care Price Table, provided by Unified Health System (SUS). The prices don't include professional fees. When calculating how much to refund, the Government should take into account not only the direct costs involved in caring for the injured patient, but also the consequences such treatments have on their daily activities, especially when we consider that children and adolescents do not have a their social roles defined yet.

Key Words: trauma, costs, reimbursement, forensic dentistry

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
APC	Autorização para Procedimento de Alta Complexidade
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS`	Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Notícias, produtos e serviços, dados sobre a saúde do Brasil.
FAEC	Fração Assistencial Especializada
IBGE	Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
IML	Instituto Medico Legal
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS	Sistema único de Saúde
UCA	Unidade de Capacitação da Rede
ISS Score)	Índice de Severidade da Lesão Traumática(IndexSeverity

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 EPIDEMIOLOGIA DO TRAUMA MAXILO-FACIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	25
2.2 ACIDENTES DE TRÂNSITO E LESÕES MAXILO-FACIAIS, ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	32
2.3 TRAUMA E CUSTOS	36
2.4 TRAUMA DENTÁRIO E FATORES ASSOCIADOS	44
3 PROPOSIÇÃO	50
4 MATERIAL E MÉTODOS	51
4.1 CRITÉRIO DE SELAÇÃO DA AMOSTRA	51
4.1.1 Coleta de dados – critérios para o grupo caso	52
4.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA	52
4.3 ATENDIMENTO ÀS NORMAS DE BIOÉTICA	53
5 RESULTADOS	54
6 DISCUSSÃO	65
6.1 TRAUMA E CUSTOS DIRETOS	65
6.2 PERFIL DOS ACOMETIDOS	74
6.3 OCORRÊNCIA DE FRATURAS FACIAIS E TRAUMATISMOS DENTÁRIOS NOS SUBCONJUNTOS AMOSTRAIS	78
6.4 ANÁLISE DOS SUBCONJUNTOS AMOSTRAIS EM RELAÇÃO AO TIPO DE TRATAMENTO, OCORRÊNCIA DE COMPLICAÇÕES E DIAS DE INTERNAÇÃO	81
7 CONCLUSÕES	84
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO

A prevalência de traumas dentários e lesões faciais em crianças e adolescentes é fartamente documentada na Literatura Científica Internacional (Al-Majed et al., 2001; Al-Jundi, 2003; Wood; Freer, 2003; Al Jundi, 2004; Wulcan et al, 2005). Nessa subpopulação, existem características especiais, inerentes ao estágio de desenvolvimento e de maturação óssea relacionados à idade que interferem no prognóstico do traumatizado (Glendor et al., 2001). O trauma é a principal causa de morbidade e mortalidade em crianças e adolescentes (Haeusler et al, 2006; Barbosa et al., 2007).

Estima-se que cerca de 22 milhões de crianças sofrem lesões nos Estados Unidos da América (EUA), 12% são resultantes desse agravo (Marcenes; Murray, 2001; Laloo, 2003). O trauma maxilofacial, especificamente, causa significativo impacto econômico no sistema público de saúde, decorrente dos custos imediatos de internação, atendimento médico, odontológico e também, os custos mediatos incidentes na sociedade são representados pelos procedimentos reabilitadores do indivíduo acometido (Altay; Güngör, 2001; Glendor et al.; 2001, Cosentino et al, 2003; Gassner et al., 2004; Cardozo, 2008). Em *New South Wales*, Austrália, em 2001, Wood; Freer (2003) avaliaram que o custo anual de saúde decorrente de causas externas excedeu \$105 milhões de dólares australianos (equivalentes a US\$ 93,3 milhões de dólares americanos), dos quais 30% foram destinados ao atendimento dos traumas maxilofaciais e craniofaciais. Na Suécia, Glendor et al. (2001), estimaram que o custo total odontológico com trauma dentário situava-se na faixa de US\$ 500 mil dólares americanos, exclusivamente, destinados à prestação de serviços de saúde, aos quais se somam os custos pessoais de transporte, medicamentos e danos materiais, denominados pelos autores citados, como custos indiretos.

Há uma variação de frequência da ocorrência desse agravo, quando se revisa a Literatura, muito provavelmente em razão das características específicas demográficas e culturais de cada amostra populacional estudada (Nik-Hussein,

2001; Rocha; Cardoso, 2001; Saroglu; Sönmez, 2002; Pacheco et al., 2003; Sadalli et al., 2005; Skaare; Jacobsen, 2005; Rahman et al., 2007; Ramos-Jorge et al., 2008).

A maioria dos estudos epidemiológicos internacionais registrou uma frequência que varia entre 12% a 35% na incidência de trauma dentário na infância (Hogg et al., 2000; Altay; Güngör, 2001; Kargull et al., 2003; Gassner et al., 2004; Horie et al., 2004; da Silva et al., 2004). No Brasil, um estudo realizado no Sul do País (Rocha; Cardoso, 2001) demonstrou índices variando entre 4% a 33% na infância e adolescência de acordo com o sexo e a idade dos indivíduos acometidos. Cosentino et al. (2002), demonstraram com base na avaliação de apólices de seguro escolar contra acidentes pessoais no Brasil, que a faixa etária das crianças com reporte de traumas no complexo maxilofacial era de 6 a 12 anos de idade. Andreassen et al. (2004) observaram em estudo epidemiológico que na faixa etária entre 8 e 12 anos, uma em cada duas crianças apresentava trauma dentário. Na maior parte dos estudos envolvendo trauma dentário, a etiologia predominante relacionava-se tanto a acidentes com veículos automotores (Cardozo, 1993; Fasola et al., 2003; Prigozen et al., 2006; Mello Jorge et al., 2001), como a quedas (Sobreira et al., 2002; Tapias et al., 2003; Traebert et al., 2003), seguida de acidentes durante as brincadeiras infantis (Marcenes; Murray, 2001; Nicolau et al., 2001), agressões e acidentes desportivos (Marcenes et al., 2001; Barbosa et al., 2007).

Em um estudo brasileiro, quando se avaliou a relação entre trauma facial e acometimento dentário, encontrou-se uma correlação positiva em 15,29% dos casos (Da Silva et al., 2004). Em virtude do aumento da frequência de ocorrência desse agravo, adicionou-se o fato que consequências mórbidas podem perdurar para a vida adulta das crianças e adolescentes acometidos (Cosentino et al., 2002; Cardozo, 2008). O trauma destaca-se como um problema de atenção em saúde pública, como tal exerce um impacto econômico e social passível de ser quantificado.

Em geral os altos índices de morbidade das lesões traumáticas justificam medidas de saúde pública para atuar na prevenção do trauma (Pressley et al., 2007; Ramos-Jorge et al., 2008). No Estado de São Paulo e na capital um exemplo de controle é o programa de vigilância às chamadas Doenças e Agravos Não

Transmissíveis (DCNT ou DANT- o primeiro pertence ao Estado e o último ao Município de São Paulo). Segundo informações publicadas no endereço eletrônico da Prefeitura do Município de São Paulo:

As DANT (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) são responsáveis por 76% da mortalidade geral, 63% das internações pagas e 73% dos gastos do SUS por internações de indivíduos residentes do Município de São Paulo.

Do vasto campo das DANT destacamos as seguintes doenças e agravos:

- 1) Doenças crônicas não transmissíveis, cuja característica mais comum é a ausência de infecção e/ou contágio clássico: doenças cardíacas e cérebro vasculares (acidente vascular cerebral, conhecido popularmente como “derrame”), cânceres, diabetes, hipertensão arterial;
- 2) Doenças mentais (depressão, síndrome do pânico, neuroses e psicoses, além, do uso de álcool e drogas ilícitas);
- 3) Doenças genéticas;
- 4) **Agravos causados por acidentes e violências, que têm como consequência lesões físicas e emocionais além do grande ônus social. Neste extenso grupo estariam inclusos os traumatismos em geral, os acidentes de trabalho e de trânsito e a violência doméstica.** (grifo nosso).

No tocante às consequências dos traumatismos, a idade das vítimas apresenta-se como um fator agravante dessa preocupante situação (Odoi et al., 2002; Caldas; Burgos, 2001). Alguns fatores contribuem para tornar a subpopulação de crianças e adolescentes (até 19 anos de idade) peculiar para o estudo da epidemiologia do trauma, entre eles podemos destacar (Chan et al., 2004; Dourado et al., 2004; Chang; Tsai, 2007).

- Alta prevalência de traumatismos dentoalveolares concomitantes a lesões que envolvem a cabeça (Gassner et al., 2004);
- Alta incidência de complicações pós-operatórias com evolução de deformidades e debilidades;
- Maxila e mandíbula apresentam dentição mista, muitos dentes não irrompidos, o que proporciona ao mesmo tempo estabilidade e elasticidade óssea quando comparadas à população adulta. Esses fatores concorrem de um lado para a diminuição da ocorrência de fraturas ósseas na face e ossos do crânio, mas por outro, na ocorrência de traumas severos, há uma probabilidade muito grande de envolvimento de estruturas vitais (trauma intracraniano).

A relação entre indicadores sociais e a ocorrência de trauma dentário (Marcenes et al., 2001; Marcenes; Murray, 2001), alguns autores demonstraram

relação positiva entre lesões traumáticas dentárias e indicadores socioeconômicos desfavoráveis. Acidentes de ordem geral são mais comuns em grupos populacionais vulneráveis. Estudos realizados no Reino Unido e duas pesquisas feitas no Brasil (Traebert et al., 2003; Ramos-Jorge et al., 2008) corroboraram para tais afirmações. Entretanto, em Belo Horizonte (Cortês et al., 2001), pesquisadores encontraram maior incidência de trauma em classes sociais economicamente privilegiadas, mas em outros dois estudos realizados no Brasil, um deles em Jaraguá do Sul (Traebert et al., 2004) e o outro em Blumenau (Marcenes et al., 2001), não foi possível demonstrar relação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Dados oficiais do Ministério da Saúde (SIA-SUS) permitem, com base nas informações obtidas das internações hospitalares, a observação da ocorrência de traumatismos em usuários do serviço público de saúde do Município de São Paulo, por causas externas, segundo a faixa etária (Fig.1). As quedas apresentaram-se como o principal fator etiológico em todas as faixas etárias, seguidas por acidentes de transporte, conforme a figura abaixo:

Figura 1- Proporção de internação por causa externa

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS- 2005.

Nota: Nas tabulações por faixa etária ou local de residência, estão suprimidos os casos com idade ou local de residência ignorada, respectivamente.

Figura 2 – Unidades de Saúde da Rede Municipal. Coordenadoria Regional Norte- Município de São Paulo

Relativamente existem poucas publicações comparando a incidência de trauma entre países em desenvolvimento aqueles totalmente industrializados (Pressley et al., 2007; Vyas et al., 2008) sobretudo, quando se compara a disponibilidade de dados epidemiológicos relativos à prevalência de cárie dentária e doença periodontal nos diferentes grupos populacionais. Da mesma forma, revendo a Literatura, há um menor número de publicações referentes aos custos diretos e indiretos do agravo tanto para o indivíduo acometido como à sociedade (Iunes, 1997; Nguyen et al, 2004; Haeusler et al., 2006).

No tocante aos fatores de risco que concorrem para as lesões traumáticas, alguns autores apontam sexo, idade, e certas características comportamentais (Nicolau et al., 2001; Odoi et al., 2003). Há um estudo que inclui a estrutura familiar como fator correlacionado à incidência desses agravos, crianças provenientes de famílias não nucleares teriam maior propensão a acidentes (Fakhruddin et al., 2008). Segundo Cardozo (1990), na cidade de São Paulo, no final da década de 1980, o custo diário referente aos acidentes de trânsito atingia a soma de \$400 mil dólares por dia. Desse modo, o presente estudo propõem-se estimar os **custos diretos das lesões traumáticas maxilofaciais em crianças e adolescentes (até 19 anos) em um hospital de referência para trauma na zona norte do Município de São Paulo durante um período de seis anos (2002 a 2008) com o objetivo de fornecer subsídios para o cálculo do ressarcimento de danos nas perícias odontolegais.**

2 REVISÃO DA LITERATURA

O trauma maxilofacial é um importante problema de saúde pública por se constituir em causa comum de morbidade e mortalidade e pelo fato de existirem meios para sua prevenção e controle. Trauma é definido como uma lesão no organismo vivo, resultante de uma força externa é, também, o principal fator de morbidade e mortalidade em crianças e adolescentes (Haug; Foss, 2000; Lida, 2001; Gassner et al., 2003).

Crianças e adolescentes constituem uma população distinta, quando se avaliam a distribuição e as consequências das lesões traumáticas, envolvendo face e dentes, em razão das características anatômicas, fisiológicas e psicológicas (Chan et al., 2004; Chang; Tsai, 2007) que os diferem da população adulta quanto ao prognóstico (Costello et al., 2005; Dourado et al., 2004).

A importância de se prever o efeito deletério do tecido cicatricial resultante, tanto da lesão como do procedimento cirúrgico de redução de fratura e suas consequências na restrição da função no crescimento e desenvolvimento facial é de suma importância quando se avaliam as intervenções terapêuticas em crianças com traumatismo facial (Costello et al., 2005; Kushner; Tiwana, 2009).

Assim, durante os primeiros anos de vida no desenvolvimento da criança, o tecido ósseo tem um alto potencial osteogênico, possuindo uma fina camada de tecido duro e um espaço medular espesso resultado em grande probabilidade de fraturas do tipo galho verde. (fratura em galho verde é uma fratura incompleta que atravessa apenas parte do osso e ocorre sobretudo em crianças). Dessa forma, o osso da criança: apresenta maior elasticidade e porosidade, o periósteo é mais resistente, há a presença das cartilagens de crescimento, como a criança está em crescimento, a capacidade de seu corpo de formar e desenvolver os ossos é superior à do adulto (Kushner; Tiwana, 2009). Estas condições anatomicamente determinadas oferecem ao indivíduo em crescimento algumas vantagens e desvantagens em relação ao adulto (Gassner et al., 2004):

- Maior dificuldade para a ocorrência de fraturas.
- Grande proporção de fraturas incompletas, tipo “galho verde” ou subperiosteal
- Menor incidência de fraturas cominativas (exceto quando em ferimentos por arma de fogo)
- Capacidade de remodelação,
- Cicatrização ou calo ósseo mais veloz, em até menos da metade do tempo necessário a um adulto.
- Melhor e mais rápida recuperação, após a fratura..
- Menor necessidade de cirurgia para reduzir e fixar as fraturas.
- A esses aspectos positivos, no entanto, contrapõem-se algumas desvantagens sérias:
- Fraturas próximas à cartilagem de crescimento podem causar deformidades e déficit no crescimento.
- Uma deformidade ou sequela pode ter repercussão em toda formação educacional, profissional, social e psicológica da pessoa.
- Menor cooperação para recomendações, como por exemplo, não andar, não correr, ter cuidado, etc.
- Capacidade de aceitar o gesso ou imobilizações prolongadas mais facilmente.

Esse evento dispendioso necessita de dados confiáveis que possam demonstrar seus custos e desdobramentos durante toda a vida do indivíduo acometido (Haeusler et al., 2006). Trauma nos dentes e estruturas faciais correlatas são os tipos de agravos mais frequentes encontrados na Literatura (Caldas; Burgos, 2001; AL-Jundi, 2003; AlShaarheed et al, 2003; Nguyen et al., 2004; Costello et al., 2005; Chang; Tsai, 2007; Caldas et al., 2008; Vyas et al., 2008), bem como sua alta prevalência na infância e adolescência (Zerfowski; Bremerich, 1998; Saroglu; Sömnez, 2002; Wong; Kolokotsa, 2004; Skaare; Jacobsen, 2005; Lin et al., 2008a; Vyas et al., 2008). Dentre as possíveis causas envolvidas nos traumas dentários e de face, pode-se incluir o aumento dos níveis de violência urbana, maior participação de crianças e adolescentes em atividades desportivas (Barbosa et al., 2007) e acidentes envolvendo veículos automotivos (Caldas et al., 2008; Ramos-Jorge et al., 2008).

da Silva et al. (2004), ressaltam que há escassez de dados sobre o trauma facial em crianças quando se compara àqueles referentes à população adulta, reforçando a indicação de baixa incidência (1% a 14% até os 16 anos de idade). Uma das possíveis hipóteses para justificar essa incidência, segundo os autores, é o fato das crianças nas idades mais precoces estarem menos expostas aos agentes externos. Já no que concerne às fraturas dos ossos da face, essa faixa etária apresenta maior elasticidade nos ossos, o que concorreria para uma maior resistência ao trauma (Haug; Foss, 2000; Odoi et al., 2002; Gassner et al., 2003; Gassner et al., 2004; Pappachon; Alexander, 2006; Pressley et al., 2007).

Em sua revisão bibliográfica sobre acidentes na infância e adolescência, Martins (2006), revelou que em todo o Brasil, as lesões traumáticas e envenenamento são responsáveis por 5% a 6 % do total de internações conveniadas pelo Sistema Único de Saúde. O Brasil, Estados Unidos da América (EUA), Portugal e Coreia estão entre os países com taxas muito altas de óbitos por acidentes, envolvendo menores de 15 anos de idade. Em 2005, a mesma autora demonstra em estudo transversal realizado no Estado do Paraná, Sul do Brasil, que, dos 8.854 menores atendidos em 2001 no Pronto-Socorro, a causa principal foram as quedas seguidas de eventos de intenção indeterminada e de acidentes causados por forças inanimadas. Desses 8.854 menores atendidos, as internações somaram 4,1% do total (364) e foram, da mesma forma, predominantemente motivadas pelas quedas, seguidas de acidentes de trânsito.

Koizumi et al. (2001) apontaram que, do total de crianças internadas por traumatismo craniano pelo Sistema Público de Saúde no Brasil, cerca de 20% são menores de 10 anos, o que pode estar relacionado ao seu estágio de desenvolvimento, uma vez que seus reflexos incapacitam-nas de proteger a cabeça em caso de quedas, facilitando as lesões de face e de crânio nessa faixa etária.

Batista et al. (2006) estudaram os mecanismos de trauma, lesões e o perfil de gravidade das vítimas atendidas pelo serviço de atendimento pré-hospitalar do corpo de bombeiros em Catanduva- SP. Por um período de 7 anos, foram revisadas 1.486 fichas de atendimento de Suporte Básico de Vida (SBV), e os resultados demonstraram no que diz respeito à região corpórea lesada que 30,9% das lesões ocorreram em cabeça e pescoço, muito embora o perfil dos acometidos envolvesse

predominantemente os adultos. Da mesma forma, Martins (2006), Gawryzewski et al. (2007), Ladeira e Barreto, (2008) apontam para a necessidade de se formar um diagnóstico que auxilie na elaboração e implantação de estratégias de prevenção do agravo, inclusive com base nos dados do monitoramento da mortalidade e internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Barbosa et al. (2007), analisando o perfil associado à morbidade e mortalidade de adolescentes atendidos em um serviço de saúde em Recife, teve como resultado que a faixa etária mais acometida pela violência foi dos 16-19 anos de idade, concordando com um estudo realizado em Feira de Santana, Bahia, que registrou a morbidade e mortalidade entre jovens por acidentes de trânsito (Carvalho et al., 2005), como ocorrência frequente na faixa etária entre 17-19 anos. Segundo este último estudo, os registros obtidos baseados nos Boletins de Ocorrência Policial denotam as causas mais comuns dos acidentes, como alta velocidade, contramão na direção, embriaguez, desrespeito às leis de trânsito, o que concorre para a violência urbana. Carvalho et al. (2005) apontam os acidentes automobilísticos como um flagelo da humanidade, determinando a perda de inúmeras vidas e produzindo incapacidades permanentes, traduzindo-se em perda econômica tanto ao indivíduo como ao Estado.

Em geral, crianças tendem a apresentar um menor índice de massa corporal em relação aos adultos o que, em um episódio de trauma, resulta em uma intensidade maior de força por unidade de massa corporal (Gassner et al., 2004). A abordagem do tratamento é multidisciplinar e envolve sobretudo as especialidades de neurocirurgia, oftalmologia, cirurgia plástica e cirurgia buco-maxilofacial e sua avaliação e condução necessita de rápido início de tratamento para minimizar a morbidade e mortalidade (da Silva; Lebrão, 2001; Dourado et al., 2004; Rahman et al., 2007).

Guimarães et al. (2003), investigaram o ambiente doméstico como local de trauma pediátrico em razão das características que os autores definem de hostil às crianças pela presença de instrumentos cortantes, móveis, janelas, painéis contendo alimentos fumegantes. Os autores realizaram um estudo retrospectivo apoiado na análise do prontuário de 600 pacientes atendidos em um hospital na cidade de Fortaleza, Ceará, e os resultados demonstraram que os principais casos de trauma que demandaram internação tiveram como diagnóstico principal de queimadura, seguido de traumatismo cranioencefálico.

Cavalcanti (2009) avaliou em seu estudo o ambiente escolar como local de trauma relacionado à violência física baseado na análise de 42 laudos de exame de corpo de delito envolvendo crianças e adolescentes vítimas de violência física entre os anos de 2003 e 2006. O autor observou predominância do gênero masculino na amostra estudada, faixa etária predominante de 13 a 17 anos e as lesões na região da cabeça e face estavam presentes em 69% da amostra estudada

Perciaccante et al. (1999) analisaram o ambiente doméstico e as lesões de face, cabeça e pescoço como marcadores de violência doméstica em mulheres. Da amostra estudada participaram 100 mulheres apresentando lesões de trauma maxilofacial, com média de faixa etária de 40 anos. Desse total, 35% foram vítimas de violência doméstica e estas apresentaram um risco sete vezes maior de lesões na região de cabeça, face e pescoço em relação às demais.

Chan et al. (2004), afirmam que a incidência de fraturas de crânio e de face parecem estar ligadas à idade, pois a face é menor que o crânio na infância exibe padrões de fratura que são influenciados pelas mudanças na geometria facial com base no processo de crescimento. Para suportar essa afirmação, os autores revisaram os registros de 340 pacientes com fratura craniana durante um período de 7 anos e avaliaram a presença concomitante de fraturas faciais. Os resultados demonstraram uma ocorrência significativamente maior de fraturas de face associadas a fraturas de crânio em adultos do que aquela apresentada na população com até 17 anos de idade.

Chang e Tsai (2007) avaliaram a ocorrência de lesões craniofaciais baseadas em pequenas quedas e escorregões na população infantil. Os autores defenderam a hipótese de que, em crianças, a face e a cabeça são com mais frequência lesadas nesses pequenos acidentes domésticos, uma vez que especialmente nas crianças menores de 4 anos de idade, o controle dos mecanismos do sistema nervoso sensorial e das habilidades cognitivas em termos de evitar os acidentes, ainda não estão completamente desenvolvidos.

Outro fator já explanado por Gassner et al. (2004) e Costello et al. (2005), é a proporção cabeça/corpo nessa faixa etária, pois o maior peso está na metade superior do corpo da criança, e a cabeça, geralmente, é o primeiro ponto de contato quando da queda. Os resultados demonstraram que o ambiente doméstico é potencialmente perigoso às crianças, sobretudo durante o período pré-escolar, e os escorregões e tropeços foram mais prevalentes em relação às quedas, entretanto

estas últimas apresentaram maior índice de morbidade. Pautado no exposto pelos autores, pode-se concluir que o conhecimento da anatomia facial da criança é crítica para avaliação e diagnóstico no episódio do trauma (Costello et al., 2005).

Gassner et al. (2004) avaliaram retrospectivamente os dados dos prontuários de 3.385 crianças e adolescentes até 15 anos de idade que apresentavam trauma maxilofacial em um hospital de referência para trauma na Áustria. Os resultados demonstraram que os acidentes ocorridos durante as atividades recreativas foram os principais fatores etiológicos de trauma, seguidos das atividades desportivas e acidentes de trânsito. A média etária da amostra estudada foi de 7 anos de idade e a faixa etária de 1 a 4 anos obteve o maior percentual de acidentes comparativamente com as demais faixas etárias. Cerca de 11% da amostra estudada apresentaram fraturas faciais combinadas ou não com fraturas dentoalveolares. As fraturas do terço médio da face foram as mais frequentes, seguidas de fraturas de mandíbula. Cerca de metade dos envolvidos sofreu lesões nos tecidos moles da face, e os autores observaram que esse tipo de lesão em crianças requer uma atenção especial, visto que cicatriza mais rapidamente que em adultos, provocando cicatrizes hipertróficas e queloides com maior facilidade.

Franciozi et al. (2008) também, avaliaram o politrauma na infância e seus aspectos econômicos em um estudo retrospectivo que envolveu 182 prontuários de pacientes internados em um Centro de Trauma em um hospital de Pirajussara, Minas Gerais. Encontraram as internações motivadas, sobretudo por quedas com média de 4 dias de internação e concluíram que a população pediátrica tem particularidades que a tornam distinta da população adulta em relação à epidemiologia e manejo das lesões traumáticas.

Em seu estudo retrospectivo realizado em um hospital de referência para trauma na cidade do Porto em Portugal, Ferreira et al. (2004b) avaliaram a ocorrência de fraturas no terço médio da face em crianças e adolescentes. Foram revisadas as fichas de atendimento de 492 casos com idade até 18 anos e obtiveram um pico de incidência entre 16 e 18 anos. Entre os vitimados, predominaram aqueles do sexo masculino (77%) e os fatores etiológicos principais foram os acidentes de trânsito. Uma outra publicação liderada por Ferreira et al. (2004a), avaliou as características da população portuguesa no que diz respeito às fraturas da face em idades pediátricas. Os autores apontaram que esse tipo de fratura é raro em crianças e adolescentes, entretanto há poucos estudos que fazem

a revisão de um número significativo de casos. A amostra estudada envolveu 247 crianças e adolescentes até 19 anos de idade, e os tipos de fratura encontrados, predominantemente, foram as fraturas de mandíbula.

Ferreira et al. (2004a) avaliaram as características das fraturas de face na população portuguesa de crianças e adolescentes. Foram avaliados 247 registros de pacientes, vítimas de fraturas de face tratadas em um hospital, no período entre 1992 e 2002, predominaram os indivíduos do sexo masculino com idade entre 16-18 anos e os acidentes de trânsito foram as causas mais frequentes de fratura (57,1%), sendo as fraturas mandibulares o tipo mais comum na amostra estudada.

Iida et al. (2001) realizaram um estudo retrospectivo de 1.502 fraturas de face durante um período de 15 anos entre 1981 e 1996 no Japão e sua amostra apresentou faixa etária entre 10 e 29 anos de idade, predominância do sexo masculino e das fraturas de mandíbulas, causadas predominantemente por acidentes de trânsito, seguidos de quedas, agressões interpessoais e esportes. Os autores apontaram que as causas de fraturas faciais sofrem influência de fatores socioeconômicos diferentes em cada país.

Dourado et al. (2004) apontam que o trauma facial na população pediátrica trata-se de objeto de atenção especial no que diz respeito às condições psicológicas e fisiológicas próprias da idade. Os autores concluíram que embora haja diversas opções de tratamento; muitas vezes, o tratamento conservador prevalece em relação à abordagem cirúrgica. Também há de se avaliar o alto consumo de recursos econômicos consumidos no atendimento e reabilitação da criança e do adolescente envolvido no episódio de trauma facial (Dueck et al., 2001).

A seguir explanaremos sobre a frequência de ocorrência do trauma maxilo-facial em crianças e adolescentes na Literatura nacional e internacional.

2.1 EPIDEMIOLOGIA DO TRAUMA MAXILOFACIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Há uma grande variedade de publicações científicas que se propõem a avaliar os fatores de risco associados à incidência desse agravo (Marcenes et al., 2001;

Marcenes; Murray, 2001; Al-Jundi, 2003; Laloo, 2003; Guimarães et al, 2003; Andreasen et al., 2004; Lim et al., 2004; Levin et al., 2007; Fakhruddin et al., 2008). Em relação ao gênero, predominou a incidência no sexo masculino (Perheentupa et al., 2001; Prata et al., 2000; Rajab, 2003; Qudah; Bataineh (2002); Lin et al, 2008b; Rahman, 2007; Rocha; Cardoso, 2001; Levin et al, 2007; Kotecha et al., 2008; Love; Ponnambalam, 2008), sendo demonstrada a existência de fatores socioeconômicos adversos (Marcenes; Murray, 2001; Bendo et al., 2009). Desse modo, crianças que vivem na pobreza, pertencentes ao sexo masculino e em regiões onde os recursos disponíveis são escassos, apresentam maior índice de morbidade e mortalidade (Marcenes; Murray, 2001; Pressley et al., 2007). Poucos estudos foram realizados para estabelecer os riscos sociais envolvidos no trauma maxilofacial, Bendo et al. (2009), em um levantamento crítico da literatura avaliaram que os principais artigos científicos que abordaram o tema, apresentam uma diversidade de metodologia, impedindo a comparação entre eles.

Crianças, em função do menor índice de massa corporal, mantêm uma distribuição maior de forças de impacto por unidade de massa em um episódio de trauma em relação ao adulto (Costello et al, 2005). Sua maturação óssea é incompleta pela existência de diversos pontos de calcificação, especialmente na face, cuja dentição permanente está em formação. O atendimento e o tratamento de pacientes pediátricos com fraturas faciais requerem conhecimento da morfologia e fisiologia específica do indivíduo em crescimento, uma vez que na criança em crescimento inicialmente a proporção cabeça/ face nas idades mais precoces é cerca de 8:1 e chega a 2:1 no adolescente.

Haug e Foss (2000) relatam que os padrões das lesões maxilofaciais e fraturas na população pediátrica variam de acordo com a idade e ambiente externo a que estão expostas. Franciozi et al. (2008), estabelecem que as prioridades da avaliação e tratamento do politrauma na infância seguem os mesmos preceitos e dogmas aplicados à população adulta, salvaguardando a vida em primeiro lugar, visto que a primeira hora, após a lesão ser considerada a mais crítica, influencia nas taxas de mortalidade.

No que tange à prevalência, diagnóstico e tratamento de fraturas faciais, há de se avaliar as condições psicológicas características da idade na população

pediátrica (Dourado et al., 2004), pois apesar das diversas opções de tratamento desse tipo de lesão em crianças e adolescentes, nenhuma delas traz um resultado altamente satisfatório, tornando a prevenção a maior aliada nesse tipo de agravo. Durante a infância, os procedimentos cirúrgicos e internações interferem na dinâmica de alimentação e sono da criança, somando-se a isso o fato das ausências escolares que podem comprometer o ano letivo da criança acometida (Haug; Foss, 2000). Os mesmos autores enfatizam que no adolescente, o episódio de trauma e suas consequências podem comprometer a autonomia conquistada nessa fase da vida, levando a comportamentos negativos que desafiam a autoridade, regras e questionamento dos limites estabelecidos.

Kushner e Tiwana (2009), em seu artigo de revisão discutem as fraturas da mandíbula em fase de crescimento, observam que a face, além de sua importância estética, envolve funções altamente especializadas que incluem visão, mastigação, fala, olfato e audição. Assim uma brusca interrupção nesse processo de desenvolvimento em razão de um episódio de trauma ou a um tratamento cirúrgico de lesões traumáticas, pode produzir alterações deletérias à harmonia facial, resultando em danos estéticos e/ou funcionais difíceis de serem ignorados pelos demais.

Dourado et al. (2004) relatam que o campo mais comum da fratura facial em crianças é o nariz e o complexo dentoalveolar, seguidos pela mandíbula, órbita e o terço médio da face. Ferreira et al. (2004a), também, apontam em seu estudo a baixa incidência de fraturas no terço médio da face em crianças e adolescentes, e correlacionam essa incidência baixa ao estágio de desenvolvimento dos seios paranasais à presença de dentes não irrompidos (Haug; Foss, 2000) Essa anatomia da face em desenvolvimento, segundo os autores, levaria a uma força adicional à maxila e mandíbula em razão da elasticidade maior desses ossos. Gassner et al. (2004), em seu estudo concluíram que, dentre as lesões decorrentes de trauma na infância, a maioria delas está relacionada com o trauma dentoalveolar e dos tecidos moles adjacentes, concordando com Iida (2001) e Gassner et al. (2003).

Montovani et al. (2006) avaliaram os pacientes atendidos no Hospital Universitário na Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, e na amostra estudada de 513 pacientes com fraturas faciais, o tipo de fratura mais frequente foi a

de mandíbula, seguido da fratura de arco zigomático e de nariz. Olasoji et al. (2002), estudaram o padrão de ocorrência de fraturas faciais em um período de 4 anos em um Centro de Referência de Trauma na Nigéria e o tipo de fratura predominante também foi a fratura de mandíbula. O mesmo resultado foi encontrado por Qudah et al. (2002) em seu estudo retrospectivo de fraturas faciais em crianças na Jordânia, e Rahman et al. (2007) na Malásia. Shaikh e Worrall (2002) analisaram a epidemiologia de trauma facial em crianças e adolescentes de 1 a 18 anos de idade em um hospital universitário no Reino Unido, e dos 276 pacientes acometidos, o tipo de fratura predominante foi o de mandíbula, seguida da fratura de zigomático; enquanto Subhasharaj et al. (2007), avaliando retrospectivamente 2.748 casos de fraturas faciais em Chennai, Índia, encontraram maior ocorrência de fratura do terço médio da face, muito embora o espectro etário avaliado compreendeu a faixa de zero a 60 anos de idade. van Beck e Merckx (1999) na Holanda revisaram os prontuários de 2.703 pacientes com fratura facial, no período entre 1960 até 1974, predominando as fraturas de mandíbula nos acometidos.

Com relação à faixa etária de maior incidência do trauma de face, são encontradas na Literatura nacional e internacional diferentes incidências, relacionadas com as características de cada amostra populacional estudada. Pesquisas envolvendo a epidemiologia do trauma devem ser analisadas dentro do contexto sociodemográfico em que foram realizadas. Lim et al. (2004) analisando a ocorrência de lesões traumáticas que acometem crianças e adolescentes em Cincinnati, Ohio, durante o período de 2 anos, encontraram 92% das lesões com fatores etiológicos não intencionais. Os autores realçam que naquele município a ocorrência de violência urbana é baixa, por esse motivo não verificaram fatores etiológicos relacionados com violência infantil ou agressões.

Conforme as crianças crescem aumentam suas atividades sem a supervisão de adultos, facilitando a ocorrência de acidentes diversos, como: veículos automotivos, agressões, quedas, atividades desportivas, lesões não intencionais nas brincadeiras e lesões por arma de fogo (Haug; Foss, 2000; Andrade Filho et al., 2000; da Silva et al., 2004; Dourado et al., 2004). Kushner e Tiwana (2009), apontam que as crianças apresentam baixa incidência de fraturas faciais, muito provavelmente em razão do ambiente altamente protetor de que dispõem nos

primeiros anos de vida, muito embora as quedas sejam frequentes nesse período, em razão do centro de gravidade localizado na porção inferior do corpo desproporcional em relação ao tronco. As idades escolares apresentam outros riscos relacionados com o ambiente escolar e à participação em atividades desportivas e brincadeiras, sem a supervisão de adultos.

A amostra estudada por Gassner et al. (2003), com base em dados secundários de um hospital de referência de trauma na Áustria, teve média de 7 anos de idade com o maior pico de incidência do agravo, a mesma média etária apresentaram Zerfowski e Bremerich (1998) na Alemanha, e Guimarães et al. (2003), em Fortaleza no Brasil. Iida et al. (2001), encontraram em sua amostra obtida em um hospital de referência de trauma em Osaka, Japão, pacientes com fraturas faciais com um pico de ocorrência na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, Kotecha et al. (2008), em seu estudo retrospectivo de trauma maxilofacial em criança e adolescentes, encontraram um pico de incidência na faixa etária de zero a 3 anos, seguidos da faixa etária de 4 a 7 anos de idade. Ao avaliar dados das crianças participantes do Inquérito Nacional de Saúde na Inglaterra, Lalloo (2003) verificou que a faixa etária de 4-6 anos tem a maior ocorrência de lesões de face e dentes. Outro estudo realizado por Lin et al. (2008a), observou, apoiados em dados retrospectivos, as lesões faciais e dentárias em um centro de trauma em Israel no período de um ano, considerando a faixa etária como variável na ocorrência de trauma. Os resultados demonstraram maior ocorrência de lesões faciais, sem comprometimento dos dentes na faixa etária de zero-9 anos, enquanto que a faixa etária de 10-18 anos apresentou uma maior frequência de ocorrência de lesões traumáticas envolvendo os elementos dentários. Qudah e Bataineh (2002), em seu estudo retrospectivo, encontraram a média de idade de 11 anos em um grupo de crianças jordanianas, vítimas de trauma de face da mesma forma que Rahman et al. (2007) em seu trabalho de pesquisa de trauma em pacientes pediátricos no oeste da Malásia. Love e Ponnambalam (2008), na Nova Zelândia, estudaram por um período de 4 anos as lesões maxilofaciais na Universidade de Otago, e dos 1287 avaliados, predominou a ocorrência de lesões com a média de idade de 17 anos, enquanto Posnick et al. (1993), encontraram em sua amostra um pico de ocorrência dos 6-12 anos de idade. Shaikh e Worrall (2002) analisando os prontuários de

crianças e adolescentes de zero-18, anos vítimas de trauma de face, encontraram uma maior ocorrência entre 1 a 10 anos de idade de lesões traumáticas.

A análise da idade na avaliação descritiva da ocorrência de trauma tem uma particular importância quando se avaliam as consequências do agravo no indivíduo em crescimento (Haug; Foss, 2000; Holbrook et al., 2007), conforme já descrito, muito embora essa incidência varie dentre as diferentes regiões geográficas, com as respectivas diferenças econômicas, sociais e culturais que impedem uma comparação entre os resultados. Haug e Foss (2000) observam que até os 2 anos de idade, o crescimento da maxila está completo até a erupção dos dentes permanentes, quando novo surto de crescimento se instala no sentido vertical ânteroposterior. Após a puberdade e a erupção de todos os dentes, o seio maxilar atinge seu tamanho total. Dessa forma, as diferenças anatômicas entre crianças e adultos são fundamentais para determinar as consequências pós-traumáticas. Holbrook et al. (2007) avaliaram 401 pacientes de idade entre 12-19 anos envolvidos em politrauma e compararam com indivíduos saudáveis da mesma faixa etária, acompanhando-os por um período de 2 anos. Os resultados obtidos levaram os autores a concluir que o politrauma no adolescente leva a uma diminuição a longo prazo na qualidade de vida dos envolvidos quando comparados com os jovens saudáveis da mesma faixa etária.

No que diz respeito à etiologia das fraturas maxilofaciais, podemos defini-la como heterogêneas (Tanaka et al., 1994; van Beck; Merckx, 1999; Rahman et al., 2007) com base nos registros de diversos países. As estatísticas variam conforme com o país e a amostra populacional estudada e, é claro que essas variações podem em parte ser atribuídas às características sócio culturais e ambientais. Tanaka et al. (1994), encontraram como causa principal de fraturas maxilofaciais na população de Tóquio estudada, no período entre 1977 e 1989, os acidentes de trânsito como o fator etiológico preponderante, seguidos de quedas acidentais, lesões desportivas e violências interpessoais. Rahman et al. (2007), da mesma forma contabilizaram os acidentes automotivos como principal fator etiológico de trauma maxilofacial em crianças e adolescentes na Malásia em um estudo que obteve dados do período compreendido entre 1999 e 2001. No Canadá, Hogg et al. (2000), com base nos dados retrospectivos, no período entre 1992 e 1997 em Ontário,

avaliaram 2.969 vítimas de trauma facial, relacionados sobretudo com acidentes automotivos dentre os quais, cerca de 35% dos casos, o passageiro não utilizava cinto de segurança no momento do acidente. Love e Ponnambalam (2008), realizaram um estudo epidemiológico na Nova Zelândia, no período entre 2000 e 2004, descreveram a ocorrência de lesões dentárias nos ossos da face em pacientes atendidos na Universidade de Ontago. Os resultados demonstraram que a média de idade dos acometidos foi de 17 anos, o tipo de lesão mais frequente foi a fratura simples de coroas dentárias e os principais fatores etiológicos foram as quedas, agressões e acidentes automobilísticos. Haug e Foss (2000), em seu artigo de revisão de literatura a respeito do trauma maxilofacial em crianças apontam que a principal causa são os acidentes automobilísticos, seguidos de violência, quedas e acidentes desportivos. Por outro lado, em uma faixa etária composta por adultos jovens entre 20 e 39 anos de idade, a violência como fator etiológico, o trauma facial supera os acidentes automobilísticos e as quedas (Wulcan et al., 2005). Zerfowski e Bremerich (1998), em seu estudo de trauma facial em crianças e adolescentes realizado em um hospital universitário na Alemanha, encontraram as quedas como fator etiológico preponderante de trauma facial.

A violência interpessoal e os acidentes automotivos alternam-se na liderança da etiologia de lesões traumáticas que acometem crianças e adolescentes e adultos jovens na sociedade contemporânea. Lim et al. (2004) analisaram a ocorrência de trauma de cabeça e pescoço em crianças hospitalizadas em Cincinnati em um hospital de referência de trauma nível 1. Dos 257 prontuários avaliados, encontrou-se que o principal tipo de trauma de grande porte envolveu a face, a base e o crânio. A média etária foi de 9.3 anos e os principais fatores etiológicos foram os acidentes automobilísticos nos indivíduos maiores que 3 anos de idade. Verificaram também que quanto maior a idade maior o risco.

Perheentupa et al. (2001), em seu estudo de coorte, analisaram os riscos associados à ocorrência de trauma durante toda a vida dos participantes. Foram entrevistados 5.737 pacientes com 31 anos de idade, dos quais 52% eram do sexo feminino. Os questionários investigaram a ocorrência de lesão traumática na face e nos dentes dos participantes ao longo da vida. Os resultados demonstraram que fatores como sobrepeso, consumo elevado de álcool, cansaço mental contribuíram

positivamente para aumentar o risco de reincidência do agravo. A atividade física regular foi considerada um fator de proteção na amostra estudada.

Cardozo (1990) verificando a ocorrência de lesões de face e dos dentes nos acidentes automobilísticos referiu que os acidentes automobilísticos ocorrem quando há um desequilíbrio entre o homem e o meio ambiente e que, para sua prevenção deve ser considerada a relação entre homem e fatores do meio físico e social que concorrem para o agravo. Nossa proposta de trabalho, com base no levantamento dos dados constantes em arquivos hospitalares, levou em consideração a importância dos acidentes de trânsito, como fator de etiologia de trauma. Portanto, a seguir, explanaremos as características epidemiológicas que envolvem o trauma de face e dos dentes, com esse importante fator etiológico.

2.2 ACIDENTES DE TRÂNSITO E LESÕES MAXILOFACIAIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Em sua dissertação de mestrado, Cardozo (1990) verificou a ocorrência de traumatismos faciais e de elementos dentários decorrentes de acidentes de trânsito apoiada na análise de 11.787 laudos, no período entre 1984 e 1986, em função do tempo decorrido entre o acidente e o exame pericial. Os resultados demonstraram que no levantamento dos laudos em que o lapso de tempo, decorrido entre o acidente e o exame da vítima, a porcentagem de ferimento de tecido mole na face foi maior que a apresentada nos laudos em que o lapso de tempo não foi observado. O inverso ocorreu em relação aos ferimentos de tecidos duros. E entre as 1.000 vítimas de acidentes de trânsito, 482 apresentaram ferimentos faciais e a faixa etária mais envolvida foi aquela dos 15 aos 40 anos de idade. Frente ao número de mortes, lesões e incapacidades e o alto custo econômico gerados pelos acidentes de trânsito, fazem-se necessárias a adoção de medidas preventivas que alterem esse panorama calamitoso. A autora explana ainda que a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança constitui-se em medida de saúde pública, estimando que a cada 10% do crescimento verificado no uso do cinto, salvam-se 1.500 vidas, evitando o

gasto de, quase, 800 milhões de dólares somente relacionados a custos diretos, uma vez que os motoristas não usuários do cinto de segurança, quando envolvidos em acidentes requerem tratamentos duas vezes mais custosos que aqueles usuários que utilizam o referido cinto.

Carvalho et al. (2005), apontam que no Brasil os acidentes de trânsito são importantes causas de morbidade e mortalidade entre jovens e adolescentes. Os autores avaliaram retrospectivamente os Boletins de Ocorrência Policial da Secretaria de Segurança Pública da Bahia, os Laudos Técnicos do Instituto de Medicina Legal. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a taxa de incidência e mortalidade dentre adolescentes, em 2001, no Município de Feira de Santana. Os resultados demonstraram que os atropelamentos vitimaram, sobretudo, a faixa etária de 10 a 16 anos, embora a faixa etária de 25 a 29 anos tenha obtido as maiores proporções de acidentes de trânsito. A taxa de incidência e de mortalidade para a faixa etária de 10-16 anos foi de, respectivamente 26 e 7,8 óbitos e de 172,8 e 6,8 óbitos para a faixa etária de 17 a 19 anos de idade por 100 000 habitantes (população de Feira de Santana em 2001- 480000 habitantes).

Marín e Queiroz (2000), em seu artigo de revisão sobre a os acidentes de trânsito, observaram a forte associação entre a ingestão de álcool e os acidentes de trânsito, alertando que concentrações de álcool de 50 mg/100ml no sangue podem provocar inaptidão para conduzir veículos (OMS, 1984). Os autores concluem enfatizando a necessidade de o Estado implementar políticas públicas específicas para a prevenção dos acidentes de trânsito.

Deslandes et al. (2001), realizaram um estudo descritivo da morbidade por acidentes de trânsito (atropelamentos, colisões e outros) em dois hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro, Brasil, no período entre maio e junho de 1996. Os resultados demonstraram a ocorrência de 610 casos, dos quais 60,5% encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos de idade em sua maioria do sexo masculino. Os autores concluíram haver necessidade de uma melhor organização das equipes para o atendimento e maior rigor nos registros hospitalares. A qualidade de 2.391 registros odontológicos dos hospitais municipais de São Paulo, Brasil, no período entre 1996 e 1997, foi avaliada por da Silva et al. (2001), que observaram no campo de diagnóstico que a maioria foi vaga ou inespecífica, em 54 casos não se

identificou sequer o nome e idade do paciente, e em 25% dos casos ligados à violência e acidentes a descrição da causa externa da lesão não foi mencionada, impossibilitando a ligação da lesão à causa externa. Os autores enfatizam que a importância do conhecimento adequado do diagnóstico e das características dos pacientes pode permitir o desenvolvimento de ações de prevenção desses agravos. Outro estudo realizado no Município de São Paulo, Brasil, avaliou a organização do atendimento da odontologia hospitalar e traumatologia buco-maxilofacial (Marin; Queiroz, 2000; da Silva; Lebrão, 2001), baseado nas fontes de dados oficiais (Sistema de Informações Hospitalares - SIH SUS e Sistema de Informações Ambulatoriais e os relatórios da Secretaria Municipal de Saúde. Questionários foram enviados para as Instituições a fim de se obter os relatos do atendimento prestado na área odontológica. Os resultados revelaram que os atendimentos são feitos na maioria por unidades municipais, e os mais graves são atendidos nos hospitais de ensino e pesquisa. As vítimas de traumatismos buco-maxilofaciais recebem, na maioria das vezes, somente o primeiro atendimento, pois essas instituições não oferecem possibilidade de acompanhamento e de reabilitação. Os autores concluíram que não existe no Município de São Paulo, uma rede governamental que esteja preparada para atender a traumatologia dental e buco-maxilofacial.

De Oliveira et al. (2008) observaram a evolução dos acidentes de trânsito no Brasil no Município de Salvador, no período de 1991 e 2000, apoiados em dados oficiais do Departamento Estadual de Trânsito da Bahia. Os resultados demonstraram que as taxas de acidentes de trânsito e de vítimas apresentaram-se elevadas e estáveis, entretanto a mortalidade reduziu, entre 1995 e 1998, com a adoção de medidas de intervenção como o uso obrigatório do cinto de segurança e o Código Nacional de Trânsito. Entretanto os autores alertam que a persistência de elevada frequência das vítimas dos acidentes de trânsito indica a necessidade de intensificar esforços para a mudança de comportamento de motoristas e pedestres. Farage et al. (2002), analisaram a efetividade das medidas de segurança no trânsito (cinto de segurança, dispositivos de redução de velocidade e faixa de pedestre) usadas, como parâmetro dados secundários sobre a diminuição da frequência dos casos ou da gravidade do traumatismo cranioencefálico no Brasil, Distrito Federal no período entre 1992 e 1997. Os resultados demonstraram um aumento relativo e absoluto do número de casos de traumatismo cranioencefálico em razão de

acidentes automobilísticos no período estudado, sugerindo que as medidas de segurança não foram efetivas para diminuir o número de casos, entretanto podem ter sido satisfatórias para reduzir a mortalidade pela mesma causa.

Sauer e Wagner (2003) realizaram um estudo ecológico, buscando verificar a possível associação entre os acidentes de trânsito e a mortalidade infantil e adolescente, no período de 1995 a 1998, nas capitais brasileiras e Distrito Federal, sem considerar a associação da taxa de mortalidade infantil com mortalidade por acidentes de trânsito uma hipótese preliminar, ou relação de causa e efeito e, sim uma possível causa que concorra para o aumento do referido indicador social. Os resultados demonstraram a existência de uma forte associação entre o indicador social de mortalidade infantil dos acidentes de trânsito, ou seja, quanto menos desenvolvida for uma sociedade maior tenderá a ser sua mortalidade no trânsito. Muito embora, os acidentes de trânsito não sejam o único parâmetro do nível de desenvolvimento ou causa única de mortalidade no trânsito (Kilsztajn et al 2001). Nesse estudo, outro achado demonstrou associação entre mortalidade no trânsito e proporção de residentes jovens, indicando uma possível relação entre adolescência e mortalidade no trânsito. Vale ressaltar que a taxa de mortalidade infantil corresponde a um conhecido marcador universal de saúde infantil e, também, do nível socioeconômico de uma população, ou seja, quanto menor as taxas de mortalidade infantis de uma população melhores serão suas condições de vida e saúde.

Em seu estudo, Prigozen et al. (2006) avaliam a ocorrência de acidentes com veículos de tração nas quatro rodas (All-Terrain) utilizado nas áreas rurais em Charleston, Estados Unidos da América (EUA). Em um único hospital de referência para trauma em um período de 4 anos, os autores conduziram um estudo retrospectivo, descritivo que avaliou a frequência de lesões craniofaciais em crianças. Os resultados demonstraram 26 crianças, com idade em média de 13 anos, com lesões craniofaciais das quais uma criança morreu. Holmes et al. (2004) examinaram também a frequência de lesões maxilofaciais em colisões com veículos de tração nas quatro rodas muito utilizados em áreas rurais nos Estados Unidos da América (EUA) e compararam com os acidentes de motocicleta durante um período de 5 anos na Universidade de Alabama em Birmingham. Os resultados

demonstraram que, do total de pessoas acidentadas, tanto em acidentes com motocicletas como com veículos de tração nas quatro rodas, os últimos apresentaram um maior número de lesões maxilofaciais (32%). O grupo que sofreu acidente com motocicleta obteve apenas 8% de lesões maxilofaciais. A distribuição das fraturas faciais foi similar em ambos os grupos, com a predominância das fraturas do complexo zigomático seguidas das fraturas de mandíbula.

As estatísticas de trauma nos diferentes países refletem não apenas distintos padrões culturais e estilos de vida, mas o impacto da legislação preventiva na população. Um exemplo é a contribuição da legislação que obriga o uso de cinto de segurança e seu impacto na diminuição da mortalidade por trauma craniano nos acidentes de trânsito (Marcenes et al., 2001). Outro exemplo é o efeito da chamada “Lei Seca” em São Paulo, Lei nº 11.705, que prevê mais rigor contra motoristas que ingerirem bebidas alcólicas. A partir do limite de dois decigramas de álcool por litro de sangue para os motoristas, a pessoa será multada em R\$ 955, perde a carteira e tem o carro apreendido.

Apesar de bem-sucedida em São Paulo, a lei seca ainda não pegou nas cinco capitais brasileiras campeãs nas taxas de mortalidade no trânsito: Porto Velho (RO), Macapá (AP), Palmas (TO), Cuiabá (MT) e Campo Grande (MS). Em duas dessas cidades, não há bafômetros. Nas outras, as blitzes, quando ocorrem, são tímidas. As cinco registraram, em 2006, de 26 a 29 mortos no trânsito a cada 100 mil habitantes, segundo o Ministério da Saúde. São índices próximos aos das cidades africanas, que em 2004 tiveram média de 28,3 mortos --considerada alarmante pela Organização Mundial da Saúde (Folha de São Paulo on line 26/07/2008 - 03h20 <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u426409.shtml> acessado em 20/01/2010).

2.3 TRAUMA E CUSTOS

A odontologia legal, assim como a medicina legal constituem uma ciência que trabalha em situações relacionadas com o fenômeno da vitimação, onde a vítima, como pessoa apresenta-se, como seu principal objeto de intervenção (Magalhães, 2005). Tendo em conta que as vítimas não são apenas aquelas que sofrem diretamente as consequências do fenômeno vitimizante, mas, também, aquelas que o sofrem indiretamente, é fundamental compreender o impacto do trauma para a

vítima direta e indireta, e as lesões a ele resultantes. Essa percepção está relacionada ao dano pessoal resultante e com necessidade de reparação desse dano, figura existente no sistema judiciário vigente (Magalhães, 2005). A vítima de trauma, dessa forma sofre consequências diretas orgânicas que, em termos legais, são mais estudadas e valorizadas, somadas às consequências psicológicas (danos intangíveis) e sociais.

O episódio de trauma é uma grande preocupação orçamentária ao sistema de saúde e para a economia do País (Haeusler et al., 2006) uma vez que o indivíduo que apresenta incapacidade temporária (absenteísmo) ou permanente (invalidez) não pode retornar ao trabalho e representa um fardo econômico para a sua família e ao País. No caso de crianças e adolescentes, são observados danos emocionais devastadores para os envolvidos e seus responsáveis (Dueck et al., 2001).

Davis et al. (2007), observaram que a despeito da alta prevalência de trauma nos Estados Unidos da América (EUA), muito pouco se tem publicado a respeito do montante de gastos gerados na saúde pública em decorrência do trauma. No intuito de estimarem os custos, os autores utilizaram dados retrospectivos com base nas seguradoras de saúde, analisando 12.615 apólices de indivíduos maiores de 18 anos hospitalizados com lesões contusas e perfurocontusas no período compreendido, entre janeiro de 2003 e fevereiro de 2005. O parâmetro utilizado para comparação foi o período de um semestre antes e após a hospitalização, avaliando o aumento de custos para a seguradora no semestre, após a hospitalização. A amostra foi dividida em três grupos: traumatismo craniano isolado, outros traumas relacionados a traumatismo craniano e traumas sem comprometimento cranioencefálico. Os resultados demonstraram que os custos maiores foram associados a traumas diversos associados a traumatismo craniano (US\$130,997). Em relação aos custos decorrentes do acompanhamento após a alta, houve uma variação de US\$16,361,00 para o trauma craniano isolado até US\$23,761,00 para outros traumas associados a trauma cranioencefálico, que demonstra um significativo peso financeiro para os administradores do setor de saúde (third-party payor). Os autores concluíram que os resultados justificam a necessidade de medidas de redução da incidência do agravo e, conseqüente, melhora no gerenciamento dos recursos econômicos para os serviços de saúde.

No Brasil, Mello-Jorge et al. (2001) avaliaram os gastos do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo com internações por causas externas comparadas

àquelas motivadas por causas naturais, observaram que, embora as primeiras obtivessem um tempo de permanência menor, seus gastos médios foram maiores. Os principais fatores etiológicos de internação por causas externas foram quedas e acidentes de transporte, correspondendo a maior gasto médio e custo-dia quando comparados às internações motivadas por causas naturais.

lunes (1997) analisou o impacto econômico das causas externas no Brasil e para tanto considerou que:

Conceitualmente, o custo econômico introduzido por uma doença ou problema de saúde pode ser classificado em duas grandes categorias: os chamados custos diretos e custos indiretos (Hodgson; Meiners, 1982, apud lunes, 1997). Os primeiros, referem-se aos custos (médicos e não médicos) relacionados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da doença. Os custos diretos médicos são, obviamente, aqueles impostos por ações e prescrições médicas. Incluem-se aí os custos de exames e procedimentos diagnósticos, consultas, internações, reabilitação, e outros.

No que diz respeito aos custos indiretos, referem-se à perda de produção e produtividade trazidas pela doença ou problema de saúde, como a perda de dias de trabalho e a menor produtividade gerada por limitações físicas ou psicológicas. Assim como no caso dos custos diretos não médicos, os custos indiretos devem ser estimados, considerando-se, também, o impacto do problema de saúde sobre outras pessoas, além do próprio paciente.

O consumo de recursos financeiros motivado pelo trauma pediátrico é um fator crítico no planejamento e alocação de recursos do sistema de saúde e, segundo Dueck et al. (2001), seus custos podem ser divididos em diretos e indiretos, dos quais são classificados, como diretos os custos relativos ao atendimento, tais como dias de internação, honorários dos profissionais responsáveis pelo atendimento (médicos, dentistas, enfermagem, etc.). Os mesmos autores classificaram como indiretos os custos relacionados com a perda de eventuais benefícios ou produtividade em razão dos dias de incapacidade temporária ou permanente e consideraram esses últimos como os de maior dificuldade para serem quantificados, pois tratam-se de perdas em potencial.

lunes (1997) aponta, também, a existência de custos relativos ao trauma de uma categoria designada como custos intangíveis, em que se classificam os custos psicossociais de mensuração difícil ou impossível por revelarem os custos

psicológicos que não se limitam à pessoa afetada, mas atingem terceiros, como familiares e amigos. Cardozo (2008) em sua dissertação de Livre docência, também, corrobora com a importância dos danos psicossociais, avaliando dez vítimas de acidente de trânsito com lesões da face que comprometeram a estética facial dos envolvidos. Segundo a autora, as lesões traumáticas na região da face, frequentemente, levam a dano funcional e estético que podem estigmatizar suas vítimas pelo resto de suas vidas.

Dueck et al. (2001) avaliaram os custos do trauma pediátrico no Canadá, considerando os registros de atendimento de um hospital de referência para trauma. Foram analisados 221 registros de pacientes com idades de até 18 anos, vítimas de episódio de trauma, no período entre abril de 1991 e março de 1997. Dentre os registros avaliados, 71,5% das crianças obtiveram lesões na região da cabeça, e o custo total do atendimento da amostra estudada correspondeu a \$ 1 675 734 (dólares canadenses), originando uma média de gasto para cada paciente de \$7583 (dólares canadenses). Os autores concluíram que o trauma pediátrico no Canadá resulta em custos elevados correlacionados com a severidade da lesão traumática, entretanto novos estudos devem ser realizados para avaliar o impacto desses custos no decorrer do tempo.

Mellione e Mello-Jorge (2008) estudaram os gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas no Município de São José dos Campos, São Paulo, e encontraram os acidentes de transporte como principal fator etiológico totalizando um gasto médio/pessoa de R\$ 614, 63, seguido das agressões (R\$ 594,90). Os autores também demonstraram em seus resultados que as internações com maior custo/dia foram as fraturas do crânio e ossos da face (R\$166,72) e concluíram haver necessidade de elaboração de políticas públicas voltadas para o problema.

Em Portugal, Caldas et al. (2008) avaliaram, a partir de laudos periciais realizados no Instituto Médico Legal da delegação de Oporto, as características epidemiológicas das lesões orofaciais e suas sequelas decorrentes de acidentes automobilísticos. Nesse país, todos os acidentes automobilísticos têm suas vítimas examinadas no Instituto Médico-Legal para avaliação das possíveis sequelas, o que gerou laudos periciais que foram utilizados no estudo. Da avaliação de 108 exames forenses 92,6% apresentaram sequelas, 64,8% das quais se refletiram na vida social dos indivíduos acometidos. Dificuldades na fala, mastigação ou dor foram as mais,

frequentemente, relatadas, seguidas de diminuição das atividades profissionais em 12% dos casos.

Haeusler et al. (2006) ressaltaram a dificuldade em avaliar de forma abrangente os custos econômicos do trauma no âmbito dos custos médicos, por não haver dados confiáveis a respeito dos custos vitalícios envolvidos no politrauma. Os autores desenvolveram um estudo piloto em que acompanharam os dados retrospectivos de 63 sobreviventes de politrauma na Suíça, ocorridos no período entre 1995 e 1996, e acompanharam por 5 anos o tratamento dos indivíduos selecionados. A metodologia utilizada considerou custos diretos do tratamento para restauração da normalidade, o capital humano (custo indireto relacionado à perda da produtividade), o método de contingente de validação (custos humanos relativos à perda na qualidade de vida) e estimativas macroeconômicas. Os resultados demonstraram que do total dos custos dois terços foram atribuídos aos custos indiretos relativos ao capital humano e perda de produtividade e apenas um terço foram considerados diretos. O tratamento hospitalar inicial foi a menor fração do custo total envolvido ao longo do estudo, indicando que os custos relativos ao trauma são geralmente subestimados.

Da mesma forma, nos Estados Unidos da América (EUA), também, se demonstrou a importância dos elevados gastos no sistema de saúde com as causas externas em crianças e adolescentes até 19 anos de idade (Pressley et al., 2007). Os autores observaram que esses pacientes correspondem a 10% das altas hospitalares e consomem um quinto dos gastos com internações atingindo uma média de US\$10,808, dos quais 37,7% são custeados pelos recursos públicos. Os acidentes automobilísticos foram os mais dispendiosos tanto para o setor público como para o setor privado, contando com dois terços da despesa total de gastos destinados a adolescentes que somaram mais de 40% dos motoristas envolvidos nos acidentes. A principal seguradora envolvida no reembolso das despesas de internação foi a Medicaid, que representa a maior seguradora que cobre crianças moradoras das regiões socialmente desprovidas. Os autores concluíram que o estabelecimento de medidas preventivas apresenta um grande potencial de redução de custos para as internações motivadas por causas externas.

Vyas et al. (2008) analisaram o Kids'Inpatient Database-banco de dados nacional de trauma nos Estados Unidos da América (EUA) de onde retiraram informações sobre os pacientes pediátricos, de 1997 a 2003, verificando que as fraturas faciais nos pacientes de zero a 17 anos de idade foram 14,7% do total, e dos quais 5,6% representaram crianças de 1 a 4 anos de idade. Os autores verificaram que a despeito de sua incidência relativamente baixa, a fratura de face em crianças incorre em altos custos, pois seus ferimentos exigem maior estadia na unidade de tratamento intensivo. A pesquisa nacional nos EUA KID (Kids Inpatient Database) foi parte do projeto de avaliação do Sistema de Saúde, Custos e Utilização, uma parceria federal, estadual e da indústria patrocinada pela Agência de Pesquisa em Serviços de Saúde e Qualidade (Agency for Healthcare Research and Quality)

Moncrieff et al. (2004) analisaram a epidemiologia e os custos do trauma maxilofacial em Sidney, Austrália, comparando o tratamento dos indivíduos acometidos por lesões maxilofaciais isoladas ou combinada com outros tipos de trauma. Os autores avaliaram os diferentes tipos de fraturas e seus respectivos custos operacionais incluindo as taxas de hospitalização, salários dos profissionais (equipe médica, cirurgiões maxilofaciais, e enfermagem), dias de internação, utilização de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), exames de imagem, exames laboratoriais. Os resultados revelaram que no ano de 1998 a 1999 os recursos totais utilizados para o tratamento de lesões maxilofaciais chegaram a \$ 2.004.101,00 dólares australianos e no ano seguinte a soma foi de \$2.113.242,00. Do total demonstrado, cerca de 50% do valor foram em razão dos custos operacionais, para os quais a maior contribuição foi devida aos salários dos profissionais. A média de custo do tratamento de lesões maxilofaciais por indivíduo foi de \$8.044,00 e de \$23.562,00 às lesões maxilofaciais combinadas com outros tipos de lesões traumáticas.

Laverick et al. (2009) analisaram a necessidade de se estabelecerem padrões mínimos de equipes que promovem atendimento de urgência aos traumatismos maxilofaciais. Os autores concluíram que o número crescente desse tipo de lesões no Reino Unido requer uma revisão no conceito da equipe mínima para esse tipo de atendimento, para 2,6 milhões de pessoas seriam necessárias oito equipes e os esforços deveriam se concentrar nos finais de semana.

Visando a abranger o aspecto análise de custo, Mello-Jorge et al. (2001), pontuaram que, no Brasil, embora a partir da década de 1980, os acidentes e a violência atingiram níveis epidêmicos, mas pouco se tem estudado a respeito do impacto econômico que esse agravo proporciona para o planejamento das ações de saúde. Iunes (1997) estimou que, no Brasil, os gastos por internações por causas externas em 1981, eram de 0,7% do PIB do País, (R\$287 milhões por ano) que embora o tempo de internação motivada por causas externas obtivesse um tempo médio de 5,2 dias (comparado a 6,1 dias para as outras causas), depende de um maior volume de recursos, o que resulta em um aumento de 60% no custo/dia. No que refere ao custo indireto, os autores concluíram que há um aumento da mortalidade por causas externas, entre 1981 e 1991, em 30%. e consequente aumento dos potenciais anos de vida perdidos que configurariam um aumento do custo indireto, segundo os parâmetros utilizados nessa pesquisa. Em 2001 foi promulgada a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência, pois o aumento da morbidade e mortalidade demonstrou a demanda significativa que representa as causas externas para os serviços de emergência, bem como a importante carga social pelos custos diretos e indiretos que oneram a sociedade (Santos et al., 2008).

Franciozi et al. (2008) estudaram o politrauma na infância e adolescência incluindo a variável custo na sua análise, da mesma forma que o presente estudo. Os autores encontraram uma média de interna, ao de 4,1 dias, com gasta estimado de R\$ 649,50 para cada paciente, entretanto o diagnóstico primário da amostra estudada pelos autores envolveu trauma de membros superiores e inferiores, não havendo ocorrência do trauma de face na amostra estudada.

Sanger et al. (2004) avaliaram no período de um ano os custos incorridos no tratamento cirúrgico de fraturas isoladas no terço médio da face e fraturas de mandíbula em dois grupos de pacientes (admitidos diretamente do Departamento de Urgência e procura espontânea). Os resultados demonstraram uma diminuição significativa de custos nos procedimentos eletivos em relação àqueles realizados nos pacientes admitidos na urgência. A meta principal do tratamento de pacientes com fraturas faciais é o pronto atendimento com qualidade, afastadas as condições

de risco iminente de morte, dessa forma, a cirurgia eletiva representa uma diminuição de custos quando indicada para o paciente.

Schmidt et al. (2000) realizaram uma análise financeira em relação ao tipo de tratamento cirúrgico adotado no intuito de avaliar o custo-efetividade nas reduções cirúrgicas de fraturas mandibulares, com base nos dados retrospectivos obtidos de um hospital referência para trauma em São Francisco, Califórnia, nos EUA. Os autores verificaram que, na amostra estudada, a redução e fixação fechada demonstrou ser o tratamento cirúrgico de menor custo quando comparado à redução e fixação aberta de mandíbula. Os resultados demonstraram uma considerável economia de recursos quando a primeira opção cirúrgica foi indicada para o paciente. Nesse mesmo aspecto, Abubaker e Lynam (1998), verificaram, a partir de dados retrospectivos obtidos de um hospital universitário em Virgínia (entre 1991 e 1993), EUA, o aumento de custos associados à hospitalização de pacientes com fraturas mandibulares e a diminuição do lucro líquido da Instituição.

O principal objetivo da reabilitação do trauma de face associado a lesões dentárias é o restabelecimento da oclusão e da estética facial (Lieber et al., 2009; Holmes, 2009), pois as lesões nos tecidos duros dos dentes podem ser um fator complicador que usualmente requer tratamento dentário, após o tratamento cirúrgico hospitalar adicionando custos e sofrimentos ao paciente (Da Silva et al., 2004), o que nos leva a avaliar na Literatura Científica a incidência e fatores associados ao trauma dentário em crianças e adolescentes.

No que diz respeito ao trauma dentário, Glendor et al. (2001) realizaram um estudo na Dinamarca, com base nos registros obtidos de uma companhia de seguro, selecionando 192 atendimentos de trauma dentário de crianças e adolescentes, os quais acompanharam prospectivamente por um período de 2 anos, após o ocorrido. O estudo avaliou o custo total envolvido no atendimento denominado custo direto (atendimento de saúde, perdas pessoais, medicação e transporte), custos indiretos (lucros cessantes ou perdas referente a lazer ou tempo livre) e fatores associados. Os resultados demonstraram que os custos diretos dependem inicialmente do grau e severidade da lesão, enquanto que os indiretos são maiores devido à questão do acesso ao serviço de saúde e suas implicações na dentadura permanente tanto para o traumatizado e seu acompanhante.

O tempo despendido para o tratamento motivado por lesões traumáticas nos dentes de crianças e adolescentes foi demonstrado por Glendor et al. (2000), em um estudo prospectivo e dois anos de acompanhamento de uma amostra aleatória de 192 crianças e adolescentes. O tempo gasto para o atendimento foi classificado em direto, quando envolvia o atendimento profissional ao traumatizado e como indireto relativo ao acompanhante do menor à consulta. Os resultados demonstraram que o tempo direto relativo ao atendimento odontológico propriamente dito representou em média apenas 16% do tempo total gasto. O transporte, classificado como tempo indireto, representou 30% do tempo total representando um forte fator associado ao acesso ao serviço de saúde.

A substituição protética dos incisivos perdidos por etiologia relacionada ao trauma em crianças, teve seu custo econômico e social avaliado por Nguyen et al. (2004), em Ontário no Canadá onde foram analisados os registros do atendimento de 87 crianças com idade média de 10; 6 anos de idade no período entre 1998 a 1999. A média estimada de custos e de tempo diretamente ligado ao episódio de trauma foi de \$1456 dólares canadenses e 7,2 horas (tempo do cirurgião-dentista) respectivamente. No tocante ao acompanhante e as demais perdas motivadas pelo reimplante do incisivo central avulsionado, 90% dos participantes e 86% dos responsáveis relataram faltas à escola e ao trabalho. Os autores argumentaram que embora a avulsão do incisivo central superior seja um episódio raro, ele, com frequência afeta crianças e adolescentes e, dessa forma, necessariamente envolve a participação dos responsáveis no processo reabilitador.

2.4 TRAUMA DENTÁRIO: INCIDÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

No que se refere ao trauma dentário, a frequência de ocorrência em crianças é maior quando se compara com a população adulta. No Reino Unido (Marcenes; Murray, 2001), uma pesquisa epidemiológica de abordagem nacional sobre a saúde bucal infantil demonstrou que 20% das crianças já sofreram lesões traumáticas em seus dentes permanentes anteriores. Saroglu e Sönmez (2002) demonstraram a

prevalência de lesões traumáticas nos dentes e estruturas adjacentes, com base em uma amostra populacional de 147 crianças atendidas na clínica pediátrica da Universidade de Ankara, Turquia. Os autores avaliaram que o arco maxilar é o mais frequentemente envolvido nas lesões (95,72%), e os fatores etiológicos predominantes foram as quedas. Sandalli et al. (2005), investigaram na Turquia (Yedepe), durante um período de 3 anos, a etiologia e tipos de lesões traumáticas nos dentes de 92 pacientes cuja faixa etária foi em média 7,6 anos. Também nesse grupo estudado os indivíduos afetados foram em sua maioria do sexo masculino (1:1,60), e os dentes permanentes foram os mais afetados na amostra estudada. Em relação ao fator etiológico predominante, as quedas foram a maior fonte de trauma, o que é bastante comum se encontrar na literatura que descreve a ocorrência em diversas amostras populacionais (Flores, 2002).

As consequências do trauma maxilofacial e dentário podem se estender durante toda a vida do indivíduo, apresentando componentes emocionais e econômicos, pelo fato de necessitarem de reabilitações que representam um aporte de gastos para o traumatizado e /ou a comunidade (Hogg et al., 2000). Os custos diretos e indiretos que perduram por toda a vida do indivíduo são geralmente subestimados (Lieger et al., 2009) com probabilidade em razão da dificuldade de estabelecer o impacto na qualidade de vida do indivíduo acometido (Glendor et al., 2001), já que os custos diretamente ligados ao atendimento, hospitalização do traumatizado corresponde a terça parte do total gasto. Neste aspecto, o tratamento odontológico reabilitador contribuiu significativamente para a quantificação do dano, Nguyen et al. (2004) avaliaram em \$1465 (em dólares canadenses, o que corresponderia a - US\$1450 dólares americanos) o valor do reimplante de um incisivo central avulsionado por trauma, além das 7,2 horas de procedimentos durante o primeiro ano, após o acidente que motivou a lesão. Vale ressaltar o risco desse tipo de tratamento, caso o tempo decorrido entre a lesão e o reimplante supere os primeiros 5 minutos.

Al-Omiri et al. (2009) estudaram o impacto da perda dos dentes anteriores superiores na vida diária dos indivíduos, e concluíram que quanto maior o número de dentes perdidos menor o nível de satisfação com os próprios dentes na rotina pessoal. Da mesma forma, Berger et al. (2009) avaliaram os efeitos do trauma dentoalveolar severo na qualidade de vida das crianças e seus pais, concluindo que

existem efeitos deletérios na qualidade de vida tanto dos pais como das crianças acometidas.

Os estudos descritivos envolvendo trauma dentário em crianças e adolescentes variam, de acordo com a metodologia utilizada e as características de cada amostra populacional. Nik-Houssein (2001) examinou adolescentes de 16 anos de idade escolarizada na Malásia, com base na pesquisa nacional de saúde bucal em 1997 da qual participaram 4.085 adolescentes. Os resultados demonstraram que desse total 4,1% dos indivíduos apresentava um ou mais dentes permanentes afetados por trauma, sendo mais atingidos os indivíduos do sexo masculino.

Perheentupa et al. (2001), avaliaram a prevalência de trauma durante a vida de 5.737 indivíduos que participaram de uma pesquisa de avaliação de ocorrência do agravo. A população de estudo constituiu-se de indivíduos com 31 anos de idade dos quais 52% eram do sexo feminino no norte da Finlândia. A pesquisa envolveu a distribuição de questionários, solicitando informações sobre lesões traumáticas nos dentes, estilo de vida, consumo de álcool, entre outros itens. A prevalência de trauma durante a vida dos indivíduos foi 43% maior nos homens em relação às mulheres. Em relação ao estilo de vida, o histórico de lesões prévias, consumo de álcool e problemas mentais foram associados com o maior risco de ocorrência de trauma dentário na amostra estudada. Os resultados demonstraram que fatores sociais, físicos e psíquicos influenciam a ocorrência do agravo estudado.

Al-Jundi (2003), avaliou as emergências dentárias de origem traumática atendidas na clínica-escola da Universidade da Jordânia. Os resultados demonstraram uma maior ocorrência no sexo masculino, a média de idade dos atendidos foi de 9,3 anos, e as quedas foram o principal fator etiológico que motivou a consulta. Em 2004, o mesmo autor avaliou as consequências terapêuticas oriundas do episódio de trauma dentário de 195 crianças, cujos dados retrospectivos foram colhidos nos prontuários da clínica de odontopediatria da Universidade de Ciência e tecnologia da Jordânia. O autor avaliou que o número de consultas necessárias para reabilitação do elemento dentário traumatizado variou de 3 a 17 dependendo do tipo e da complexidade do tratamento executado (apicificação foi o tipo de tratamento que consumiu o maior número de consultas). Nesse país, Rajab (2003) coletou os dados retrospectivos de lesões traumáticas nos dentes de crianças que foram

atendidas na clínica do Departamento de Pediatria na Faculdade de Odontologia da Universidade da Jordânia. Dos 2.751 examinados, encontrou-se uma prevalência de 14,2% com o pico de incidência na faixa etária de 10-12 anos de idade, sendo maior a ocorrência no sexo masculino, em relação ao feminino, prevalecendo as quedas como fator etiológico, e o dente mais envolvido nos eventos foi o incisivo central maxilar. Também na Jordânia, em Jerusalém, Sgan-Cohen et al. (2008) investigaram a ocorrência de lesões traumáticas dentárias em escolares do quinto e sexto ano, totalizando uma amostra de 453 crianças e uma prevalência de 33,8%. A principal causa foram as quedas seguidas de atividades desportivas, violência e brincadeiras. Os autores procuraram verificar se a pluralidade sociocultural de Jerusalém (árabes e judeus) poderia interferir na ocorrência do agravo, entretanto os resultados demonstraram não haver diferenças significativas entre as etnias que compuseram a mostra estudada. A prevalência encontrada foi pouco maior que os 29,6% conforme demonstrada em estudos anteriores em escolares (Sgan-Cohen et al., 2005). Outro estudo demonstrou a prevalência de 33% de trauma em crianças árabes, semelhante ao encontrado por Sgan-Cohen et al. (2008), foi realizado por Al-Majed et al. (2001), envolvendo exclusivamente meninos de 5 – 6 e 12 a 14 anos de idade em Riyadh na Arábia Saudita.

Um estudo transversal realizado em Kerala, sul da Índia, David et al. (2009), verificaram os fatores associados aos traumas nos dentes anteriores de crianças aos 12 anos de idade. Os resultados demonstraram uma baixa frequência de ocorrência (6% dos 838 examinados) de lesões traumáticas nos dentes anteriores, com maior incidência no sexo masculino. Neste estudo, observou-se por meio de um questionário estruturado, não haver impactos negativos quanto à satisfação com a própria aparência entre os indivíduos acometidos do agravo.

Alonge et al. (2001), realizaram um estudo transversal em 1.039 crianças em idade escolar no Texas, Estados Unidos da América (EUA), e encontraram uma prevalência de fratura incisal de 2,4% independente do sexo da criança. Também se verificou que a prevalência maior de dentes fraturados teve uma correlação positiva para fatores sociais e étnicos. Dessa forma, crianças provenientes de famílias de menor poder aquisitivo, afro-americanas e hispânicas apresentaram uma maior ocorrência de trauma dentário em relação às crianças brancas.

Fakhruddin et al. (2008) avaliaram a importância do fator ambiental na ocorrência de lesões traumáticas nos dentes, em uma amostra constituída por escolares de 12 a 14 anos em Ontário, Canadá. Foram examinadas 2.422 crianças por examinadores previamente calibrados, foi verificada a prevalência de 11.4% de ocorrência de trauma dentário afetando, sobretudo, os incisivos maxilares, os indivíduos do sexo masculino e o principal fator etiológico foram as quedas. A relação entre os indicadores socioeconômicos e o agravo não mostrou diferenças estatisticamente significativas, entretanto notou-se uma relação positiva entre a ocorrência de cáries e de trauma simultaneamente, o que levou os autores a concluir que fatores comportamentais afetem ambas as doenças. Odoi et al. (2002) já haviam demonstrado a importância dos fatores comportamentais na ocorrência do trauma dentário, pois em seu estudo demonstraram que um comportamento mais sociável tende a ter um efeito protetor em relação ao agravo, ao contrário do que foi observado em outros estudos que observaram esse aspecto (Al-Omiri et al, 2009; Berger et al., 2009).

No Brasil, Ramos-Jorge et al. (2008) estimaram a incidência de lesões dentárias de origem traumática em adolescentes por um período de 2 anos. O grupo de estudo foi dividido em dois subgrupos, um deles já havia sido exposto ao agravo e o outro subgrupo não teve informe de lesões anteriores ao estudo. A pesquisa foi desenvolvida no Município de Biguaçu, em Santa Catarina e como resultado houve uma maior incidência de trauma no subgrupo com história pregressa de lesões traumáticas.

Rocha e Cardoso (2001) avaliaram os fatores relacionados com a ocorrência de trauma em dentes permanentes de crianças atendidas na clínica-escola da Universidade Federal de Santa Catarina durante um período de 18 meses. A faixa etária do grupo estudado variou de 7 a 12 anos de idade, e o pico de ocorrência de trauma foi entre 8 e 9 anos, predominantemente no sexo masculino sendo o incisivo central responsável por mais de 90% dos registros de trauma.

da Silva et al. (2004) investigaram a incidência de trauma dentário associado ao trauma de face durante um ano, no intuito de averiguar a epidemiologia dos agravos correlatos e, também, verificar o tipo de lesão traumática dentária mais frequente quando da ocorrência do trauma de face. Os resultados demonstraram que de todos os traumas faciais, 15% apresentavam conjuntamente trauma nos

dentes e as lesões dentárias mais comumente associadas foram as luxações e avulsões. Em relação ao sexo, a frequência de ocorrência no sexo masculino foi três vezes maior que no sexo feminino, o período do ano que obteve maior taxa desses incidentes foi o mês de outubro, seguido do mês de março e junho. O episódio de trauma ocorreu predominantemente nos finais de semana.

Caldas Jr e Burgos (2001) realizaram um estudo retrospectivo para analisar os registros dos pacientes que foram atendidos na clínica de emergência odontológica em Recife, durante o período compreendido entre 1997-1999. Foram avaliados registros de 250 pacientes com idade variando de 1 a 59 anos, e em relação ao sexo, houve predominância de ocorrência no sexo feminino, a fratura de esmalte foi o tipo prevalente de lesão, seguida de fratura envolvendo esmalte e dentina. Os pacientes com idade até 15 anos foram os que sofreram as lesões mais graves e o fator etiológico predominante foram as quedas seguidas de colisões contra objetos, violência e acidentes de trânsito.

Em Araçatuba, na Faculdade de Odontologia da UNESP, Cunha et al. (2001) avaliaram a ocorrência de trauma em pacientes de zero a 3 anos de idade que utilizavam a clínica de pediatria, e encontraram uma prevalência de 16,3% de lesões dentárias de origem traumática. De acordo com os demais estudos, também houve uma maior ocorrência no sexo masculino, o dente incisivo maxilar foi o mais acometido e o fator etiológico preponderante forma as quedas.

Prata et al. (2000) descreveram a ocorrência de lesões dentárias na população que procurou atendimento no Centro de Traumatismos Dentários da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNESP. Foram avaliados 151 casos e a média de idade dos atendidos foi de 9 anos, sendo as quedas as causas mais frequentes, seguidas por acidentes desportivos (bicicleta), e o principal elemento dentário afetado foi o incisivo central superior (92%).

Martins (2006) analisando acidentes, em geral, que ocorrem na infância, equalizam a necessidade de um enfoque preventivo com base no conhecimento dos fatores de risco para a ocorrência de acidentes na infância. Alguns autores apontam que esses acidentes guardam relação com uma rede ampla de fatores, tais como as condições ambientais, físicas, culturais e sociais da família. Outros fatores anteriormente citados envolvem o sexo, a idade da criança e sua etapa de desenvolvimento neuropsicomotor (imaturidade física e mental, inexperiência, etc.), além das particularidades orgânicas ou anatômicas.

3 PROPOSIÇÃO

No Brasil as bases oficiais de dados permitem o monitoramento das internações no Sistema Único de Saúde (SUS), decorrentes das causas externas, entre elas, violências e acidentes. Em 2005 foram realizadas 788.701 internações motivadas por causas externas representando 6,9% do total de internações no País (Gawryszewski et al., 2007). A distribuição, segundo a faixa etária, mostrou que os adolescentes e adultos jovens na faixa de 15 a 29 anos concentraram o maior número de morbidades e os coeficientes de mortalidade mais altos, segundo os autores citados. Essa realidade repete-se nos países industrializados e tem suscitado mobilizações sociais no sentido de prevenir sua ocorrência, maximizando esforços para redução de custos sem diminuir a qualidade no atendimento.

Traumas comprometem recursos econômicos, públicos e privados e representam um peso econômico para o Sistema de Saúde, entretanto seu impacto econômico tem sido subestimado (Iunes, 1997). Zweig (2009) afirma que qualquer trauma de intensidade suficiente para fraturar uma mandíbula pode resultar em lesões concomitantes intra-abdominais, torácicas ou cervicais, além das lesões de tecidos moles que podem levar a hemorragias e comprometimento das vias respiratórias pela possibilidade da aspiração de sangue, o que pode levar a óbito uma criança ou adolescente a morrer. O objetivo deste trabalho é estimar o custo direto do tratamento de crianças e adolescentes com lesões maxilofaciais a partir de um estudo retrospectivo, com seis anos de abrangência, em um Hospital Público de referência para trauma da zona norte do Município de São Paulo, de modo a produzir parâmetros para os processos periciais de ressarcimento de danos em perícias odontolegais. **O presente estudo propõem-se estimar os custos diretos das lesões traumáticas maxilofaciais em crianças e adolescentes (até 19 anos) em um hospital de referência para trauma na zona norte do Município de São Paulo durante um período de seis anos (2002 a 2008) com o objetivo de fornecer subsídios para o cálculo do ressarcimento de danos nas perícias odontolegais.**

4 MATERIAL E MÉTODO

O levantamento de dados foi realizado retrospectivamente por meio dos arquivos obtidos da totalidade de prontuários médicos e odontológicos de internações motivadas por lesões traumáticas que acometeram tecidos duros e moles da face; admitidos no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2008, no serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilofacial que compõe a clínica cirúrgica do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, referência de trauma na zona norte do Município de São Paulo. Os registros selecionados foram divididos em função da faixa etária, denominou-se grupo caso aquele formado por indivíduos de Zero a 19 anos de idade (composto por 108 registros) e grupo controle formado por indivíduos acima de 20 anos composto por 319 registros.

4.1 METODOLOGIA

4.1.1 Critério de seleção da amostra do grupo caso

- Prontuários médico-odontológicos dos pacientes que procuraram o serviço de urgência com lesão de trauma de face e trauma dentário do Hospital Mandaqui referência para trauma para a zona norte do Município de São Paulo.
- Critérios de inclusão: só serão avaliados os casos que preencherem os seguintes requisitos para a pesquisa:
 - Faixa etária- crianças e adolescente- até 19 anos de idade;
 - Lesões traumáticas que envolveram tecidos duros e moles da face e/ou complexo maxilomandibular;
 - Retornos ambulatoriais para acompanhamento.

4.1.2 Coleta de dados- orientação para o grupo caso

A coleta dos dados observou as seguintes informações pertencentes ao prontuário dos pacientes de Zero a 19 anos de idade:

- Sexo
- Idade- na época da internação- registrada no prontuário
- Justificativa da internação
- Diagnóstico
- Etiologia
- Tipo de tratamento: cruento –/não cruento
- Data da internação
- Data da alta
- Complicações

Grupo Controle

O grupo controle foi avaliado pela mesma metodologia de coleta de dados selecionando os prontuários dos pacientes acima de 20 anos de idade

4.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis classificatórias foram descritivamente apresentadas em tabelas de contingência contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). A associação entre elas foi avaliada com o teste Qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhança.

As variáveis quantitativas foram apresentadas descritivamente em tabelas contendo média, desvio-padrão. As médias das variáveis com distribuição normal foram comparadas com teste t-Student, as demais distribuições das variáveis foram avaliadas com o teste de McNemar. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes (Rosner) 1994. Os dados foram analisados com a utilização do software SPSS.

Para a análise dos custos diretos foram utilizados os valores de referência da Tabela do Sistema de Informações de Tratamento Ambulatorial do Sistema Único de Saúde- SIA-SUS do Ministério da Saúde, para os procedimentos secundários e terciários (Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais- disponível no Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde- Data SUS- site saude.gov.br/DATASUS- anexo A)

4.3 ATENDIMENTO AS NORMAS DE BIOÉTICA

A coleta de dados nos prontuários foi precedida pela autorização da Gerência de Informação do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, uma vez que o referido hospital não possui Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos. A avaliação ética da metodologia foi realizada pelo Comitê de Ética da Universidade de São Paulo, aprovada sob o número **133/2008** (anexo B), cuja aprovação foi apresentada àquela Gerência para a coleta dos dados.

5 RESULTADOS

“O **Hospital Mandaqui** foi fundado em 1 de dezembro de 1938, foi também o primeiro hospital governamental especializado em tuberculose instalado no Estado de São Paulo. O hospital funcionou inicialmente em três pavilhões com capacidade de 100 leitos destinados a adultos, posteriormente, foram aumentados com as instalações de novos pavilhões até atingir em torno de 450 leitos. Atualmente o Conjunto Hospitalar do Mandaqui é referência para politraumatizados da zona norte de São Paulo.” (www.hospitalmandaqui.com.br/home).

No período entre janeiro de 2002 e março de 2008 foram encontrados cerca de 1.200 registros válidos de pacientes internados por meio do setor de cirurgia buco-maxilofacial da clínica cirúrgica por todos os tipos de diagnósticos. Dos pacientes internados nesse período, 419 preencheram os requisitos da metodologia da pesquisa, 108 foram classificados como o grupo caso de acordo com os requisitos metodológicos, perfazendo uma incidência de cerca de 1,5% ao ano dentro período examinado.

Os demais foram classificados no grupo controle (311 adultos pertencentes ao denominado grupo controle). Os dados coletados foram tabulados e analisados com o auxílio do software SPSS - **S**tatistical **P**ackage for the **S**ocial **S**ciences e apresentados acima nos dados da Tabela 1. A associação entre as variáveis analisadas foram avaliadas com o teste qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhança, conforme descrito na metodologia, e as variáveis quantitativas foram apresentadas descritivamente em tabelas, contendo média e desvio padrão. As médias das variáveis com distribuição normal foram comparadas com teste t-Student, as demais distribuições das variáveis foram avaliadas com o teste de McNemar. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes e estão representados nos dados da Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos resultados nos subgrupos amostrais

	Caso	Controle	p	
Idade (anos)	14,35 + 4,76	33,65 + 11,73		
Sexo (M)	79 (73,15%)	247 (77,67%)	0,338	qui-quadrado
Etiologia				
acidente desportivo	17 (15,74%)	0 (0%)	<0,001	razão de verossimilhança
Acidente transito	27 (25%)	0 (0%)		
fratura mandíbula	0 (0%)	3 (0,94%)		
fratura combinada de face	0 (0%)	39 (12,26%)		
fratura isolada de face	0 (0%)	70 (22,01%)		
fratura mandíbula	0 (0%)	122 (38,36%)		
fratura nasal/dental	0 (0%)	75 (23,58%)		
Implante	0 (0%)	2 (0,63%)		
Abcesso dentário pos trauma	0 (0%)	2 (0,63%)		
Quedas	48 (44,44%)	0 (0%)		
Tumor	0 (0%)	1 (0,31%)		
violencia interpessoal	15 (13,89%)	0 (0%)		
Diagóstico				
acidente automobilístico	0 (0%)	97 (30,5%)	<0,001	razão de verossimilhança
acidente de percurso	0 (0%)	5 (1,57%)		
acidente de trabalho	0 (0%)	7 (2,2%)		
acidente desportivo	0 (0%)	34 (10,69%)		
fratura combinada de face	12 (11,11%)	0 (0%)		
fratura de mandíbula	31 (28,7%)	0 (0%)		
fratura isolada de face	17 (15,74%)	0 (0%)		
fratura nasal/dental	48 (44,44%)	0 (0%)		
Ac Domésticos	0 (0%)	46 (14,47%)		
Queda	0 (0%)	43 (13,52%)		
violencia interpessoal	0 (0%)	86 (27,04%)		
Ambulatório	20 (18,52%)	3 (0,94%)	<0,001	Qui-quadrado Continua

Conclusão

Tratamento				
Cirúrgico	97 (89,81%)	293 (92,14%)	0,129	razão de verossimilhança
Conservador	9 (8,33%)	12 (3,77%)		
Reimplante	2 (1,85%)	2 (0,63%)		
Tempo de Internação (dias)	3,65 + 3,75	6,12 + 10,26	<0,001	Mann-Whitney
Complicações	12 (11,11%)	9 (2,83%)	0,001	qui-quadrado

Tabela 1 - Distribuição dos dados nos subgrupo amostrais

O grupo caso formado por crianças e adolescentes de faixa etária de Zero a 19 anos apresentou uma média de idade de 14,3 anos; e o grupo controle foi constituído por adultos acima de 20 anos com idade média de 33,6 anos, conforme está demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2- Média de faixa etária e desvio padrão dos subgrupos amostrais

Variável	Caso	Controle
Idade (anos)	14,35 + 4,76	33,65 + 1,73

Em relação aos dados demográficos dos subgrupos estudados, procurou-se classificar em relação ao gênero e predominaram os indivíduos do sexo masculino em ambos os subgrupos amostrais (Figura 3). Conforme se pode observar nos dados da Tabela 3 não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo quando se compara o grupo caso com o grupo controle.

Figura 3 - Análise da distribuição dos subgrupos amostrais segundo o sexo

Tabela 3- Análise da distribuição dos subgrupos amostrais segundo o sexo

Sexo	Caso	Controle	P
F	26,85%	22,33%	0,338
M	73,15%	77,67%	

Os mecanismos responsáveis pelas lesões traumáticas no grupo caso foram as quedas (44,86%) seguidas dos acidentes de trânsito (25,23%), acidentes desportivos (15,89%) e violência interpessoal (14,02%) durante o período estudado e estão relacionados nos dados da Tabela 4 e Figura 4.

Tabela 4 - Distribuição de frequência dos diagnósticos encontrados no grupo controle e dos fatores etiológicos encontrados no grupo caso

Diagnóstico por categorias/Etiologia	Caso	Controle
fratura mandíbula	0,00%	0,96%
fratura combinada de face	0,00%	12,42%
fratura isolada de face	0,00%	22,29%
fratura mandíbula	0,00%	38,85%
fratura nasal/dental	0,00%	23,89%
violência interpessoal	14,02%	0,00%
acidente desportivo	15,89%	0,00%
Acidente trânsito	25,23%	0,00%
Quedas	44,86%	0,00%

No grupo controle os principais mecanismos responsáveis pelas lesões foram os acidentes de trânsito (30,50%), seguidos de violência interpessoal (27,04%) e quedas (13,52%), conforme pode ser observado nos dados da Tabela 5 Figura 5.

Tabela 5 - Distribuição da frequência dos diagnósticos encontrados no grupo caso e dos fatores etiológicos encontrados no grupo controle

Diagnóstico por categorias/Etiologia	Caso	Controle
acidente automobilístico	0,00%	30,50%
acidente de percurso	0,00%	1,57%
acidente de trabalho	0,00%	2,20%
acidente desportivo	0,00%	10,69%
trauma contra obstáculo	0,00%	14,47%
Queda	0,00%	13,52%
violência interpessoal	0,00%	27,04%
fratura combinada de face	11,11%	0,00%
fratura isolada de face	15,74%	0,00%
fratura de mandíbula	28,70%	0,00%
fratura nasal/dental	44,44%	0,00%

Figura 4 - Distribuição da amostra, segundo a etiologia do grupo caso e o diagnóstico do grupo controle

Figura 5 - Distribuição da amostra segundo diagnóstico do grupo caso e etiologia do grupo controle

Os retornos ambulatoriais oriundos das complicações pós-operatórias, documentados no prontuário, foram mais frequentes no grupo caso, em relação ao grupo controle, muito embora o número de retornos apresentados tenha sido pouco expressivo em ambos os grupos como está demonstrado nos dados Tabela 6 e Figura 6.

Figura 6- Frequência de ocorrência de retornos ambulatoria por complicações

Tabela 6 - Frequência de ocorrência dos retornos ambulatoriais devido a complicações após o primeiro atendimento nos subgrupos amostrais

Ambulatório		
	Caso	Controle
N	81,48%	99,06%
S	18,52%	0,94%

O presente estudo observa com base nos registros obtidos nos prontuários, que a ocorrência de complicações dos casos atendidos que motivaram novas internações pelo mesmo diagnóstico, foi maior no grupo de crianças e adolescentes

atendidos, em relação ao encontrado na população adulta atendida no mesmo período. A ocorrência de complicações foi tabulada e apresentada nos dados da Tabela 7 e Figura7.

Tabela 7 - Frequência de ocorrência das complicações após o atendimento do trauma nos subgrupos amostrais

Complicações		
	Caso	Controle
N	88,89%	97,17%
S	11,11%	2,83%

Figura 7 - Frequência de ocorrência de retornos complicações nos subgrupos amostrais

No que diz respeito ao tipo de tratamento, em ambos os grupos predominaram os tratamentos cirúrgicos, o número menor de tratamento conservador apresentou-se nos dois casos com um ligeiro aumento da ocorrência no grupo caso, conforme está apresentado nos dados da Tabela 8 e Figura 8.

Tabela 8 - Classificação dos grupos quanto ao tipo de tratamento

Tipo de tratamento		
	Caso	Controle
Cirúrgico	89,81%	95,44%
conservador	8,33%	3,91%
Reimplante	1,85%	0,65%

Figura 8- Distribuição dos grupos quanto ao tipo de tratamento

A análise dos custos diretos foi obtida por meio dos valores cobrados pela tabela e procedimentos repassado pelo Sistema Único de Saúde. A distribuição dos custos predominou na faixa que compreende os de Zero a R\$ 500, 00 em ambos os grupos, como se pode observar na Figura 9 e nos dados da Tabela 9.

Figura 9 - Distribuição dos custos em relação aos grupos etários atendidos

Custos- tabela SUS

	Caso	Controle
0 a 500 Reais	72	168
501 a 1000 Reais	35	143
1000 a 2000 Reais	0	8

Tabela 9 - Distribuição dos custos segundo a Tabela de Valores do Sistema Único de Saúde

6 DISCUSSÃO

6.1 TRAUMA E CUSTOS DIRETOS

Com base nos resultados encontrados, foram feitas algumas considerações que podem ter influenciado tais achados, como: o fato dos dados serem originados de Hospital de referência em atendimentos de Emergência na região norte; a presença de duas importantes rodovias que cortam o Município de São Paulo, a Rodovia Presidente Dutra e a Rodovia Fernão Dias, bem como a proximidade da Via Expressa Marginal Tietê, cujos acessos ficam relativamente próximos ao Conjunto Hospitalar do Mandaqui. Somando-se o fato de não haver outro serviço de atendimento de cirurgia buco-maxilofacial pelo Sistema Único de Saúde na Região Norte da capital do Estado de São Paulo. Como consequência o perfil dos indivíduos atendidos não reflete unicamente a população residente, mas abrange a população itinerante e a que transita pelas rodovias já citadas.

Em relação aos custos, principal objetivo do presente estudo, assim a maior parte da amostra concentrou-se na faixa de custos até R\$ 500,00 (Figura 9 e Tabela 9) com um custo médio de R\$ 250,00 (o equivalente a US\$ 133- câmbio comercial a R\$ 1,89 o dólar) por paciente, tanto no grupo caso como no grupo controle. Esses custos estão relacionados ao repasse do Sistema Único de Saúde para os procedimentos realizados na Autorização de Internação Hospitalar de maneira pré-fixada. Dessa forma, devem ser considerados como valores mínimos de referência quando se pretende quantificar os danos sofridos pelo indivíduo acometido. Esses valores correspondem ao primeiro atendimento realizado pelo setor público de saúde vigente em nosso País e, da forma como são calculados, não envolvem os custos relacionados com a mão de obra que realiza esse atendimento, tampouco com os procedimentos reabilitadores, muitas vezes, necessários nos episódios de trauma maxilofacial. Os custos de internação hospitalar e do tratamento das lesões traumáticas maxilofaciais são um desafio para o sistema de saúde no Brasil e em outros países desenvolvidos (Moncrieff et al., 2004). Nosso estudo tem o objetivo de

fornecer subsídios baseados em evidências científicas para estimar os valores relativos ao ressarcimento do dano nas perícias odontológicas.

Cardozo (1990) verificou as consequências médico-legais dos danos maxilofaciais presentes nos laudos do Instituto Médico-Legal do Município de São Paulo nos casos de acidentes de trânsito. Em seu estudo a autora apontou o despreparo dos profissionais nas funções periciais no que tange à valoração das lesões dento-maxilofaciais, uma vez que nos laudos estudados situações similares apresentaram diferentes avaliações do dano, estas são procedidas nas perícias cíveis e, também, naquelas criminais realizadas no Instituto Médico Legal. As perícias cíveis são feitas por profissionais escolhidos pelo juiz e, geralmente experts no assunto. Quando a questão envolve um fato odontológico, sobretudo nas ações indenizatórias, o juiz nomeia um cirurgião dentista, como perito do juízo e determina o prazo de entrega do laudo, além de arbitrar os honorários periciais (Galvão, 2008). Segundo o autor, os objetivos da perícia civil são as análises quantitativa e qualitativa da lesão ou dano sofrido pela vítima ou suposta vítima, além do estabelecimento das limitações e incapacidades temporárias ou definitivas, totais ou parciais para o exercício de sua capacidade laborativa e as perdas socioeconômicas decorrentes dos danos encontrados e suas consequências.

O dano pode ser funcional, estético, psíquico e moral. O autor continua afirmando que diferente do foro penal, a função que o indivíduo exerce na sociedade é relevante na avaliação quantitativa e qualitativa do dano. Assim, uma cicatriz facial em um indivíduo trabalhador braçal de face marcada por sequelas de espinhas e cravos não pode ser comparada com lesão semelhante em uma atriz de cinema ou de televisão. Utilizando esse mesmo raciocínio, pode-se avaliar a complexidade da qualificação e quantificação do dano na criança ou adolescente, cuja função na sociedade ainda não está definida e, por uma lesão traumática, suas potencialidades podem ser comprometidas. A avaliação quantitativa do dano corporal não é tarefa fácil, sobretudo quando se trata de menor de idade. Os parâmetros valoradores do dano corporal, em regra geral são as *“consequências da enfermidade objetiva avaliativa, avaliação da capacidade de realizar as atividades da vida diária, universalização territorial da valoração do dano, período da avaliação do dano e dos graus de incapacidade”* (Galvão, 2008, p 188).

Os parâmetros utilizados são vários nos diversos países adequados às suas normas jurídicas, Galvão (2008) pontua que a França e a Alemanha possuem as melhores tabelas para avaliação e valoração do dano corporal. O perito que irá avaliar o dano sofrido pelo indivíduo deverá preocupar-se com os seguintes pontos, segundo o autor:

- a) Valoração das situações de “menusvalia”(conjunto de incapacidades e fatores sociais) e determinação do seu grau.
- b) Verificar agravo, melhora ou erro de diagnóstico.
- c) Avaliar a necessidade da participação de outros profissionais na realização das atividades da vida diária
- d) Avaliar as perdas pessoais e lucros cessantes

Dueck et al. (2001) analisaram os custos do tratamento de trauma em crianças até 18 anos no Canadá e encontraram um custo médio por paciente de \$ 7582 (dólares canadenses) incluindo apenas os custos diretos da amostra estudada. Moncrieff et al. (2004) avaliaram os custos do trauma maxilofacial na Austrália e, em sua amostra encontraram que os custos envolvidos para internação e tratamento de uma fratura de mandíbula variaram entre \$1723 a \$ 16492 dólares australianos (Au\$1 = US\$0,90). No Canadá, os autores apontam que o repasse de verbas do Ministério da Saúde ocorre para cada província e está vinculado ao Índice de Gravidade da lesão (ISS), em Ontário, onde o estudo foi desenvolvido, os custos repassados para o trauma pediátrico ocorrem a partir do Índice de Gravidade da Lesão (ISS) de 12.

Deve-se ressaltar que comparações diretas em relação aos custos não podem ser feitas em relação à Literatura Científica disponível, pela variabilidade dos critérios de inclusão da amostra dos diferentes estudos, bem como os distintos sistemas de financiamento de saúde (Moncrieff et al. 2004; Holbrook et al. ,2007). Todavia o fato das lesões traumáticas concorrerem para a morbidade e mortalidade em crianças e adolescentes, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, os impactos financeiros desse agravo nos diversos grupos populacionais auxiliam o planejamento de ações preventivas do agravo.

Nosso estudo teve como objetivos fornecer evidências para o auxílio da tarefa de quantificação do dano corporal nas lesões traumáticas que acometem a face e os dentes de crianças e adolescentes, estabelecendo parâmetros de comparação com a população adulta, vítima do mesmo tipo de lesão. Para tanto, a avaliação de

custos utilizou os registros de atendimento de um Hospital gerenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cujo financiamento e repasse de verbas atendem padrões estabelecidos pela Constituição de 1988 e pela legislação complementar, em especial pela Lei Orgânica da Saúde. Regulado por sucessivas Normas Operacionais (Levcovitz et al., 2001). A Norma Operacional Básica SUS NOB 01/91 instituiu um sistema de alocação de recursos estruturado em quatro fluxos:

- 1) o destinado ao financiamento das **internações hospitalares**, baseado no **pagamento direto**, por parte do Ministério da Saúde (MS), aos prestadores de serviços, públicos e privados, mediante sistema de pagamento prospectivo por procedimento;
- 2) o relacionado ao financiamento de **assistência ambulatorial**, calculado em base *per capita* (UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial), com valores diferenciados entre grupos de estados, multiplicados pelo tamanho da população;
- 3) o referente aos recursos destinados a **investimentos em equipamentos e ampliação das unidades assistenciais já existentes** (UCR – Unidade de Capacitação da Rede), que variava entre 1% a 5% do teto ambulatorial e era inversamente proporcional ao valor da UCA; e
- 4) o **fator de estímulo à municipalização**, calculado com base em um valor *per capita* correspondente a 5% do valor da UCA, multiplicado pelo tamanho da população, destinado aos municípios que cumprissem os requisitos estabelecidos pela norma.

No que tange à **assistência hospitalar**, para cada Estado estabeleceu-se uma quota máxima em **número** de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O teto quantitativo anual de internações, correspondente a cada unidade da federação, foi calculado com base na população, tomando-se como parâmetro 0,10 AIH/habitante-ano, ou seja, número de habitantes X 0,10. Note-se que esse modelo alocativo destinado ao financiamento das internações hospitalares instituiu uma distribuição de recursos determinada meramente pela capacidade instalada e efetivava-se, mediante o pagamento direto pelo Ministério da Saúde dos serviços prestados por unidades públicas e privadas (Ugá et al., 2003).

Existem atualmente quatro grandes fluxos de recursos que, por sua vez, estão subdivididos em vários tipos de repasses financeiros. Por outro lado, dentre esses, alguns correspondem a transferências globais de recursos calculadas em base a um valor *per capita*, outros constituem-se em incentivos à implementação de programas específicos e outros referem-se ao pagamento por serviços médico-assistenciais prestados pelas unidades pertencentes às esferas infranacionais de governo. Assim, os grandes fluxos de transferências intergovernamentais conformados ao longo da implementação da NOB/96 são:

- 1) o **Piso de Atenção Básica**, compreendendo a) uma **parte fixa**, calculada e b) uma **parte variável**, destinada ao estímulo financeiro à implementação dos programas;;
- 2) os recursos destinados a **procedimentos ambulatoriais de alto e médio custo/complexidade**, que incluem a) a FAE (Fração Assistencial Especializada), destinada ao financiamento de procedimentos de média complexidade, medicamentos e insumos especiais e órteses e próteses ambulatoriais; b) a APAC, relativa ao financiamento de Procedimentos de Alto Custo/ Complexidade (pagamentos prospectivos por procedimento); e c) o FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação), destinado a compensar os municípios pela realização de procedimentos de alta e média complexidade para pessoas não residentes; este Fundo também envolve os recursos para a municipalização das unidades da Funasa, para o financiamento de medicamentos excepcionais e para a assistência à população indígena;
- 3) os recursos destinados a **Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária** (distribuídos segundo valores *per capita*, conjugadamente a incentivos proporcionais ao volume de arrecadação de taxas de fiscalização);
- 4) os recursos transferidos sob a forma de pagamentos prospectivos por procedimento (via AIH – Autorizações para Internação Hospitalar) combinados com fatores de compensação a unidades que atuam com custos hospitalares diferenciados: a) FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa), destinado a hospitais de ensino e pesquisa; e b) o IVHE (Índice de Valorização Hospitalar de Emergência)(Ugá et al 2003),.

Em nossa pesquisa os procedimentos avaliados classificam-se dentro dos recursos destinados a Ações de Média e Alta Complexidade no item 2 da Norma Operacional Básica NOB/96, de cuja tabela foram retirados os valores para cálculo dos custos relacionados aos procedimentos realizados, inclusive dias de internação previstos para cada procedimento. Dessa forma, os valores foram calculados e estabelecidos pela Legislação acima descrita e são atualizados na forma da tabela, de acordo com as deliberações do Ministério da Saúde, o que nos leva a crer que não é a demanda de per si que estabelece a modificação na tabela de custos, tampouco a mão de obra especializada envolvida no atendimento aos pacientes internados. O sistema de saúde vigente no País organiza o atendimento de cirurgia e traumatologia buco-maxilofacial, em hospitais regionalizados e o atendimento se resume aos primeiros cuidados do trauma. Não há locais de encaminhamento para os tratamentos reabilitadores protéticos na área odontológica, isso significa que os

eventuais custos decorrentes da reabilitação dentária incorrerão às expensas do traumatizado e seus familiares.

O presente estudo realizou um recorte dentro do universo de internações por causas externas, analisou apenas os pacientes atendidos e internados pelo serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilofacial. Assim, encontrou um custo médio, por paciente em ambos os grupos (caso e controle), na faixa de até R\$500,00 (valor médio de R\$ 250,00/paciente) seguidos da faixa de custo entre R\$500 a 1000,00 (custo médio de R\$500,00/paciente), apresentando lesões envolvendo os tecidos duros e moles da face e estruturas dentárias. Também foram considerados apenas os custos diretamente envolvidos no atendimento, internação e procedimentos executados, excetuando-se os valores de remuneração salarial aos profissionais envolvidos nesses atendimentos, o que podemos considerar como uma limitação encontrada, uma vez que há custos diretos que não puderam ser contabilizados. Outro fator limitante foi a utilização de dados secundários inerentes a estudos retrospectivos, visto que, nesses casos, a real demanda é subestimada, já que os casos que não foram internados não puderam ser analisados.

As limitações que encontramos para avaliar os custos ligados ao episódio de trauma, também, são apontadas na Literatura (Dueck et al., 2001); Melione; Mello-Jorge, 2008; Cardozo, 2008), também o verdadeiro impacto econômico do agravo em questão é de difícil avaliação, pois afora os custos médicos e odontológicos do primeiro atendimento da vítima, teríamos de contabilizar o tratamento reabilitador mediato e a longo prazo, gastos com o sistema judiciário e penal, custos sociais indiretos envolvendo a perda de produtividade, faltas ao trabalho e escola e possíveis prejuízos estéticos que comprometam uma positiva entrada no mercado de trabalho da criança ou adolescente acometido (Cardozo, 2007). Abubaker e Lynam (1998) analisaram os custos hospitalares associados ao tratamento de pacientes vítimas de fraturas de mandíbula no período compreendido entre 1991 e 1993 nos Estados Unidos da América (EUA), baseados nos dados financeiros administrados pelos hospitais participantes da pesquisa. Em seu estudo, os autores relataram que para se identificar seus componentes há de se analisar uma série de itens que incluem dias de internação, custo da diária hospitalar, procedimentos realizados, custos dos itens utilizados para a fixação óssea rígida e medicamentos.

Em nosso estudo, esses valores foram computados na Tabela de Procedimentos Próteses e órteses do Sistema único de Saúde e forma pré-fixados para os hospitais públicos, como no caso do Hospital Mandaqui, portanto, não representam um valor atualizado com o valor de mercado desses insumos hospitalares e sim um valor mínimo a ser repassado para as Instituições.

Resultados similares àqueles encontrados neste estudo foram descritos por Mendonça e Alves (2004), que analisaram os custos hospitalares com crianças e adolescentes, vítimas de traumatismos. Os autores encontraram um custo médio de R\$ 370,66 para a faixa etária de Zero a 19 anos, nos quais as lesões ortopédicas analisadas não envolveram os ossos da face ou crânio. Os diagnósticos principais de fratura na amostra estudada relacionaram-se com os membros superiores e inferiores. Mello-Jorge e Koizumi (2000), em relação aos custos de internações do SUS, apontaram que as causas externas correspondem a maior gasto médio e custo-dia de internação do que às causas naturais, apesar da menor proporção de internações e menor tempo médio de permanência. Mellione e Melo-Jorge (2008), analisando os gastos do Sistema único de Saúde com internações motivadas por causas externas no Município de São José dos Campos, encontraram em seus resultados que, quando o segmento corporal afetado foi o pescoço, o custo médio de internação foi de R\$ 1.433,00 (equivalentes a US\$ 789 dólares americanos)

Do ponto de vista odontolegal, avaliar os custos diretos relacionados ao atendimento da criança e adolescente, vítimas de lesões traumáticas de etiologia diversa, auxilia a qualificação do dano e o ressarcimento do indivíduo traumatizado. A avaliação de traumatismos envolvendo o complexo maxilomandibular e facial, especialmente, é tarefa bastante árdua como pontua Cardozo (1990). Segundo a autora, o complexo estomatognático e a fisiologia da face desempenham funções complexas, além da importância estética que figura na sociedade moderna. A odontologia legal, da mesma forma que a medicina legal, constitui uma ciência que trabalha direta e muito particularmente com situações relacionadas com fenômenos de vitimação (Magalhães, 2005) nas quais as consequências das lesões, podem ser qualificadas do ponto de vista jurídico e demandam uma reparação do dano corporal por meio de uma compensação financeira. As bases para o cálculo dessa reparação encontram-se no exame pericial realizado por profissional qualificado, geralmente,

muito tempo após o evento traumático que motivou o dano. Esse profissional tem a responsabilidade de avaliar os desdobramentos da lesão traumática para a vida do acometido e, no caso da vítima se tratar de criança ou adolescente, essa avaliação deverá ser muito mais cuidadosa pelo fato de que não se pode dizer que o dano já extinguiu ou se é definitivo, enquanto o crescimento não houver se completado (Cardozo,1990).

Em nosso estudo, a coleta de dados organizada permite a reflexão sobre uma pequena parcela de multiplicidade de aspectos que envolvem a avaliação do dano. Verificou-se na amostra estudada que as complicações que motivaram novas internações foram significativamente maiores no grupo caso (11%) em relação ao grupo controle (2,8%). A possibilidade de prejuízo estético acentua-se com a presença de complicações pós-operatórias. Um maior número de intervenções cirúrgicas pode comprometer o resultado estético do adolescente ou criança vitimado por lesões traumáticas. A qualificação do dano na criança e adolescente envolve, segundo Cardozo (1990), o mesmo que avaliar como seria a sua vida de adulto se o dano não tivesse ocorrido. Holbrook et al. (2007), avaliaram teoria semelhante em adolescentes e crianças e sua qualidade de vida a longo prazo, após o episódio de trauma. Os autores entrevistaram 401 pacientes de idade entre 12 e 19 anos, vítimas de todo o tipo de lesões traumáticas e compararam os resultados até 2 anos após o primeiro atendimento. Os resultados demonstraram que o trauma de grande porte em criança e adolescentes foi associado a uma diminuição a longo termo na qualidade de vida dos envolvidos.

Al-Omiri et al. (2009) estudaram o impacto da perda de dentes anteriores nas atividades da vida de relação dos indivíduos acometidos com faixa etária de 18 anos ou mais. Os autores concluíram que a perda dentária tem um impacto mensurável na qualidade de vida dos acometidos, quanto maior o número de dentes perdidos pelo indivíduo menor seu grau de satisfação com sua aparência e com suas atividades funcionais diárias. Da mesma forma, Berger et al. (2009) e Rodd et al. (2010) estudaram os julgamentos sociais feitos pelas crianças em relação aos traumas dentários, cujas sequelas são aparentes.

Em nossa amostra, a ocorrência de traumas nasal/dentário foi maior no grupo caso, quando se compara com o grupo controle, e os reimplantes ocorreram em

1,85% do grupo caso contra 0,63% do grupo controle. A baixa incidência de reimplantes encontrada em nossos resultados, provavelmente, seja pela ausência de registros dos atendimentos emergenciais que não resultaram em internações, uma vez que a metodologia do presente estudo utilizou os registros de internações realizados pelo serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilofacial. Os atendimentos que não geram internação, não estão disponíveis nos registros computadorizados do sistema de informação, apenas dão origem a uma Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), preenchida pelo profissional e arquivada, posteriormente.

A despeito das limitações encontradas no presente trabalho, pudemos localizar uma pequena proporção de reimplantes de avulsões dentárias entre os pacientes internados, ocorrendo cerca de três vezes mais nos pacientes até 19 anos de idade do que na população adulta. Nguyen et al. (2004) avaliaram o impacto socioeconômico do reimplante de incisivos centrais nas crianças e seus pais. A média estimada de custo direto no primeiro ano após o episódio de trauma foi de Can\$ 1465 (dólares canadenses equivalentes a US\$ 1.371 dólares americanos fonte Thomson Reuters acessado em 01/02/2010) e um gasto tempo de 7,2 horas por paciente. Os valores foram significativamente maiores nos casos de insucesso do reimplante, gerando exodontia do elemento dentário. Moncrieff et al. (2004), para o trauma nasal/dental da amostra estudada, encontraram um custo médio de \$6.181 dólares australianos (equivalentes a US\$ 5470 dólares americanos), no período entre 1998 e 1999. Yeng e Parashos (2007), investigaram, na Austrália, as possíveis barreiras que impediriam os dentistas de oferecer o melhor atendimento ao paciente vítima de trauma nos incisivos maxilares. Seus resultados demonstraram não haver restrição por parte dos profissionais generalistas em relação a esse tipo de atendimento. Os nossos resultados nos impedem de realizar semelhante avaliação financeira ou de aceitação do atendimento ao trauma dentário pelo fato de que o procedimento de reimplante dentário é um procedimento ambulatorial de média complexidade. Segundo a tabela de procedimentos ambulatoriais, não prevê pagamento de internação e tampouco acompanhamento, e o valor pago por procedimento é de R\$19,18 (equivalentes a US\$ 10 dólares americanos, fonte Thomsom Reuters 1/2/2010). A esse valor, deve-se somar a contenção do elemento

e possíveis tratamentos endodônticos e estéticos que não estão previstos no âmbito hospitalar.

No tocante às fraturas de face, nossos resultados demonstraram que a fratura de mandíbula teve maior ocorrência no grupo controle (38,36%) em relação ao grupo de estudo (28,7%). O custo unitário da redução cirúrgica desse tipo de fratura pela tabela de procedimentos do SUS é de R\$503,19, resultando no total de R\$ 61.892,00 (US\$ 32.747 dólares americanos (câmbio: US\$ 1= R\$ 1,8900 fonte: Thomson Reuters 1/02/2010) e no grupo caso temos um total de R\$ 15 598,00 equivalentes a US\$ 8253 dólares americanos, analisados no período de 2002 a 2008. Em Sidney, Austrália, Moncrieff et al. (2004), realizaram um estudo comparativo de custos de trauma maxilofacial em um hospital de referência, comparando os custos no período entre 1998 e 1999, com os custos no período entre 1999 e 2000. No primeiro período o custo médio total da amostra para as fraturas de mandíbula foi de \$ 5.061 dólares australianos, equivalentes a US\$ 4.779 dólares americanos, no segundo período os custos aumentaram para \$7.948 dólares australianos equivalentes a US\$ 7.034 dólares americanos.

A seguir passaremos a analisar o perfil da amostra estudada, em relação ao gênero, faixa etária, diagnóstico, etiologia, tipo de tratamento e complicações.

6.2 PERFIL DOS ACOMETIDOS

Os resultados demonstraram uma predominância de vítimas de trauma pertencentes ao sexo masculino, o que tem sido relatado na Literatura com resultados próximos àqueles encontrados em nosso estudo, ou seja, acima de 70% (Figura 3 e Tabela 2), como encontrado em Cardozo (1990), Andrade Filho et al. (2000), Gabris et al. (2001), Fasola et al. (2003), Al-Jundi (2003), Traebert et al., 2003; Caldas et al (2008) e Bormann et al. (2009). A porcentagem de mulheres como vítimas de trauma de face vem crescendo (Prince, 1983), entretanto pesquisadores de diferentes países identificaram uma predominância expressiva de

ocorrência do agravo no sexo masculino, o que se comprovou verdadeiro nos resultados de nosso estudo. O grupo de trabalho envolvendo crianças e adolescentes apresentou uma incidência de 73,15%, e no grupo adulto a incidência aumentou para 77,67% nesse sexo.

A maior ocorrência de traumas faciais e dentários em meninos na infância e adolescência pode estar ligada a fatores culturais que determinam estilos diversos na educação (Dourado et al., 2004) e, conseqüentemente, no comportamento das crianças do sexo masculino e feminino. Apesar da diversidade das amostras populacionais estudadas na Literatura Científica, divergentes nos aspectos sociais, culturais e ambientais, permanece uma maior ocorrência de traumas faciais no sexo masculino em relação ao feminino (Nik-Hussein, 2001; Qudah; Bataineh (2002); Puzovic et al. (2004); Montovani et al. (2006); Pappachan; Alexander (2006); Rahman et al. (2007); Vyas et al., 2008).

Fakhruddin et al. (2008), analisaram a participação dos fatores ambientais na etiologia de traumas dentários em crianças em idade escolar de 12 a 14 anos em Ontário, Canadá. Os autores encontraram predomínio das lesões nos meninos e não verificaram relação estatisticamente significativa entre fatores socioeconômicos e uma maior incidência de trauma; Cortês et al. (2001) no Brasil demonstraram, na amostra populacional estudada, que crianças pertencentes a um melhor nível socioeconômico apresentaram 1,4 vezes maior o risco de trauma comparado a crianças pertencentes a um nível socioeconômico menos favorecido.

Ao considerarem a multifatorialidade da etiologia das lesões traumáticas, os fatores comportamentais e sociais relacionados ao gênero podem auxiliar as medidas preventivas. O presente estudo não considerou os indicadores socioeconômicos ou comportamentais da amostra, já que a análise dos dados secundários foi obtida com base em um hospital público onde, supostamente, a população de menor poder aquisitivo é atendida na grande maioria dos casos.

A seguir, serão analisados os dados referentes à idade dos vitimados em ambos os subgrupos estudados. Os dados da Tabela 1 apresentaram a distribuição dos subgrupos em relação à média das idades dos participantes. Em média, a idade dos participantes do grupo caso variou entre 14 $\pm$ 4,76 anos de idade. A importância da caracterização pela idade ocorre em função da análise do objetivo principal dessa pesquisa que seria estimar o custo relacionado ao atendimento de lesões maxilofaciais em crianças e adolescentes. Por causa do crescimento e

desenvolvimento, a criança que sofre traumatismo pode apresentar sequelas, sobretudo se a fratura atingir centros de desenvolvimento facial (Barros; Souza, 2000). Essas sequelas podem comprometer a estética e função do indivíduo e perpetuar para a idade adulta, prejudicando o seu desenvolvimento social e profissional, visto que a face humana não envolve considerações unicamente de ordem estética, mas desenvolve funções altamente especializadas que incluem mastigação, fala, visão e audição. Enfim, a face é a finalização de um processo extremamente complexo de crescimento e desenvolvimento que proporciona a estabilidade estética e funcional (Kushner; Tiwana, 2009). A interrupção desse processo, por episódios de trauma, pode produzir alterações deletérias na dinâmica facial, produzindo déficits difíceis de serem ignorados pelos demais.

A gravidade das fraturas faciais em crianças depende dos seguintes fatores (Dourado et al., 2004):

- 1- Extrínsecos: direção e sentido da força e forma do objeto contundente;
- 2- Intrínsecos: áreas anatômicas envolvidas, resistência dos seios paranasais e maleabilidade óssea (maxilares com dentes não eruptados)

Em relação aos fatores extrínsecos, Montovani et al. (2006) apontaram o aumento dos acidentes automobilísticos e da violência urbana, como as principais causas de traumatismos em indivíduos jovens, com especial, ênfase nos primeiros, em razão da grande transmissão de energia cinética neste tipo de trauma. A amostra populacional estudada pelos autores, dois terços das fraturas faciais ocorreram entre idades de 11 a 39 anos, apresentando uma proporção significativa de crianças e adolescentes, corroborando com o presente estudo. A amostra populacional estudada por nós aponta o grupo de estudo composto por crianças e adolescentes até 19 anos, as quedas foram o fator etiológico predominante, seguidas pelos acidentes automobilísticos na faixa etária em média de 14 anos. No grupo controle, os acidentes automobilísticos foram os principais fatores etiológicos seguidos pela violência interpessoal na faixa etária de adultos jovens com idade média de 33,65 anos, compatível com os achados de Cardozo (1990), Al- Majed et al. (2001) e Barbosa et al. (2007).

No que diz respeito aos fatores intrínsecos, Plaisier et al. (2000) avaliaram a relação existente entre trauma de face e óbito por lesões neurológicas e verificaram que, dentre os registros dos 6.117 pacientes, os sobreviventes apresentaram maior frequência de ocorrência de fraturas de mandíbula isoladas e foram os mais jovens.

Por outro lado, os pacientes que faleceram, apresentaram fraturas no terço médio da face e foram os mais velhos. Os autores encontraram um risco de 75 a 13 vezes maior de morte por lesões neurológicas em pacientes com fraturas do terço médio da face em relação às fraturas isoladas de mandíbula. Em nosso estudo, embora os óbitos não tenham sido considerados, fraturas isoladas de face e de mandíbula juntas somaram mais de 50% dos casos (Tabela 4) no grupo controle, e, cerca de 45% no grupo caso, concordando com os achados de Plaisier et al. (2000), Pappachan; Alexander (2006).

Outro aspecto importante a ser destacado quando se lista a faixa etária de crianças e adolescentes é a complexidade do tratamento oferecido. Segundo Kushner e Tiwana (2009), a Associação Americana de Cirurgia Oral e Maxilofacial define paciente pediátrico com até 12 anos de idade, em razão da alta capacidade regenerativa dessa faixa etária, os tratamentos fechados ou conservadores possuem uma alta probabilidade de sucesso, diminuindo o custo e a necessidade de intervenção cruenta. Somando-se a isso o fato de que esse tipo de trauma pode ser altamente perturbador do ponto de vista psicológico, tanto para o acometido como a seus cuidadores. Nosso estudo demonstrou predominarem os tratamentos cirúrgicos em relação aos tratamentos conservadores (Figura 7 e tabela 7), o que concorda com os autores supracitados, uma vez que a faixa etária do grupo caso foi superior àquela encontrada pelos já citados autores, o que, consequentemente, aumentaria a probabilidade de tratamentos cirúrgicos e demonstrou-se verdadeiro em nossos achados. Entretanto, no que se refere aos custos, a faixa de custos até R\$500,00 (Figura 9) atendeu a maior parte da amostra estudada, tanto no grupo caso como no grupo controle. Vale ressaltar que a base de cálculo foi pautada em uma tabela pré-fixada, o que não representa a totalidade dos custos diretamente ligados ao atendimento do traumatizado no setor público de nosso País.

Qhudah e Bataineh (2002), em um estudo de trauma maxilofacial em crianças da Jordânia, encontraram um pico de incidência da faixa etária de 10 a 15 anos de idade, o que concorda com a presente investigação, pois os acometidos tinham em média 14 anos de idade. Vale ressaltar que há diferenças sociais, culturais e ambientais nos distintos países que interferem, tanto na etiologia como na faixa etária dos acometidos. Entretanto pode-se notar uma incidência menor de fraturas de face na faixa etária abaixo de 18 anos (Plaisier et al., 2000; Montovani et al. 2006; Rahman et al., 2007). Exceção feita nos achados de Shaikh e Worrall (2002),

em que foi encontrado o pico de incidência abaixo dos 5 anos de idade, ressaltando que o trauma de menor proporção que envolve tecidos moles é negligenciado na maior parte dos estudos de epidemiologia do agravo em crianças

6.3 OCORRÊNCIA DE FRATURAS FACIAIS E TRAUMATISMOS DENTÁRIOS NOS DOIS SUBCONJUNTOS AMOSTRAIS

Em seguida, os dados referentes às lesões que atingiram os tecidos duros da face, serão analisados mais detalhadamente. Como pudemos observar nos dados da Tabela1 e Figura3 o grupo caso apresentou 44,4% de fraturas nasal/dentária, seguidas pelas fraturas de mandíbula, e, em menor porção, ocorreram as chamadas fraturas combinadas de face, que envolveram mais de um osso facial (11,11%). No grupo controle o inverso aconteceu, predominaram as fraturas de mandíbula (38,36%) seguidas pelas fraturas nasais/dentárias (23,58%), sendo as fraturas combinadas de face com percentuais bem próximos àqueles encontrados no grupo caso (12,26%). Há uma série de fatores que podem estar relacionados com a maior ocorrência de fratura nasal/dentária no grupo caso, como por exemplo, o fato de quanto menor for a idade maior a atenção dada pelos cuidadores ao procurar cuidados o mais breve possível.

Crianças apresentam diferentes padrões de fraturas dependendo da faixa etária envolvida. A média da faixa etária do grupo caso foi de 14 anos de idade, o que pode levar a crer que essa faixa etária está mais exposta a atividades desportivas que não envolvem a intensa supervisão do adulto. Rahman et al. (2007) afirmam que a etiologia do trauma na criança parece estar ligada ao grau de independência da criança, e na faixa etária dos 14 anos as agressões e as atividades desportivas frequentemente estão relacionadas a tais eventos.

A mandíbula foi o osso mais afetado pelas fraturas no grupo controle, concordando com os achados de Tanaka et al. (1994), Shaikh e Worrall (2002), Cpocu et al. (2004), Wulcan et al. (2005), Rahman et al. (2007), e Vyas et al. (2008), de Matos et al, 2010. As consequências do trauma envolvendo o complexo maxilomandibular, especialmente na ocorrência de fraturas são difíceis de serem avaliadas, uma vez que essa região desempenha funções complexas e tem grande

importância no que respeita a estética facial, podendo até comprometer a impressão que o indivíduo tem de si mesmo (Cardozo, 1990; Cosentino et al., 2002; Cardozo, 2007).

No grupo caso, a ocorrência de fraturas de mandíbula foi de 28,07%, seguidas de 11,11% de fraturas combinadas de face, ou seja, fratura que envolveu mais de um osso da face. Juntas elas contam para o segundo maior diagnóstico no grupo caso (39,18%). Copcu et al. (2004) analisaram prospectivamente a participação dos fatores etiológicos nos padrões de fraturas mandibulares e concluíram que os principais determinantes de fraturas de mandíbula são as zonas de fragilidade óssea naqueles casos, onde os fatores etiológicos foram os acidentes automobilísticos. Em nossa amostra, os acidentes automobilísticos, também, figuraram como fator etiológico importante no grupo caso e no grupo controle, concordando com esses autores, visto que, dentre os fatores determinantes de fraturas mandibulares, podemos incluir a natureza e o caráter da força aplicada contra a estrutura óssea, sua direção, a posição da mandíbula no momento do impacto, entre outros (Copcu et al. 2004; Holmes, Parbhoo, 2008). Andrade Filho et al. (2000) referem que as fraturas mandibulares podem levar a deformidades, seja por deslocamentos ou perdas ósseas, alteração de oclusão e Articulação Têmporo-Mandibular (ATM), gerando sequelas tanto estéticas como funcionais. Em nossa pesquisa, não verificamos registros de sequelas e, sim, de complicações que motivaram novo atendimento e nova intervenção cirúrgica e foram mais comuns no grupo caso em relação ao grupo controle conforme pode ser observado nos dados da Tabela 7 e Figura 7.

Laski et al. (2004), acompanharam os pacientes vítimas de trauma facial na Universidade de Medicina e Odontologia de Newark (New Jersey), seus resultados demonstraram que as fraturas de mandíbula ocorreram em maior proporção, e o principal fator etiológico foi a violência interpessoal. Outra importante consideração feita pelos autores foi o alto índice de recorrência de episódios de trauma relacionados à violência interpessoal, bem como houve uma maior aceitação por parte dessa população em aderir a programas preventivos.

As fraturas no terço médio da face ficaram inclusas no grupo onde se encontraram as fraturas combinadas de face e foram, percentualmente, semelhantes em ambos os grupos (11,11% no grupo caso e 12% no grupo controle) na amostra estudada. Esse tipo de fratura foi pouco frequente na casuística estudada,

concordando com outros estudos realizados de epidemiologia do trauma de face em crianças e adolescentes (Haug; Foss, 2000; Guimarães et al., 2003; Ferreira et al., 2004a; Ferreira et al., 2004b; Gassner et al., 2004; Franciozi et al., 2008). As possíveis explicações para esse fato, relacionam-se em parte às características anatômicas do indivíduo em crescimento, conforme previamente foi argumentado. Por outro lado os fatores etiológicos, tais como intensidade da força aplicada, direção, também influenciam esses padrões de traumatismos (Karlson, 1982; Iida et al., 2001; Copcu et al., 2004; Lim et al., 2004). Subhashraj et al. (2007) realizaram uma revisão das lesões maxilofaciais ocorridas em Chennai, Índia. Os autores verificaram que 37% dos 2.748 registros examinados sofreram fraturas no terço médio da face, em sua maior parte envolvendo a região do complexo zigomático. Os fatores etiológicos predominantes foram os acidentes automobilísticos, particularmente, envolvendo motocicletas, e a maior parte dos acometidos encontrava-se na faixa etária entre 21- 30 anos de idade, corroborando para a hipótese de que esse tipo de fratura estaria relacionado, entre outros fatores, com as características anatômicas do indivíduo adulto. van Beek e Merckx (1999), estudaram dois grupos de pacientes que apresentavam fraturas maxilofaciais, tratados em um mesmo serviço de cirurgia buco-maxilofacial em Nijmegen, Holanda. O estudo em questão utilizou dois diferentes períodos de tempo (1960- 1974 e 1975 – 1987) e, comparativamente, houve uma diminuição na incidência de fratura no terço médio da face nos dois períodos sendo o fator etiológico predominante a violência interpessoal.

A fratura nasal/dentária, embora apresente um melhor prognóstico em relação à fratura óssea, também oferece consequências mediatas à criança ou adolescente afetado. Berger et al. (2009) analisaram os efeitos do trauma dental de grande porte na qualidade de vida das crianças afetadas e seus pais, concluíram que ambos apresentaram uma piora na qualidade de vida, após o evento traumático. Nosso estudo foi realizado baseado em dados retrospectivos que impediram a análise dos possíveis custos indiretos relacionados ao trauma nasal/dental, principal diagnóstico encontrado no grupo caso (44,44%); entretanto pode-se inferir a necessidade de tratamentos reabilitadores nesse grupo caso. Novos estudos devem ser realizados de maneira prospectiva para acompanhar os desdobramentos terapêuticos dessas lesões em crianças e adolescentes no intuito de se estabelecer padrões mais precisos e custos a longo prazo. Glendor et al. (2000) acompanharam os custos

indiretos dos traumatismos dentários por um período de dois anos após o episódio de trauma e concluíram que os aumentos dos custos nos traumatismos que envolvem dentes permanente devem-se principalmente à necessidade de tratamentos de manutenção e acompanhamento.

6.4 ANÁLISE DOS SUBCONJUNTOS AMOSTRAIS EM RELAÇÃO AO TIPO DE TRATAMENTO, OCORRÊNCIA DE COMPLICAÇÕES E DIAS DE INTERVENÇÃO

O tipo de tratamento predominante em ambos os subconjuntos amostrais foi o cirúrgico, em relação ao tratamento conservador, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nesse item. Desse modo, uma possível justificativa para esses achados possivelmente esteja ligada aos aspectos metodológicos do presente estudo. O fato da coleta de dados ter sido realizada apenas com registros de pacientes internados, justifica a maior ocorrência de tratamentos cirúrgicos, uma vez que aqueles que não geraram internações não puderam ser analisados. Outro fator a ser considerado foi a própria internação ser mais indicada nos quadros mais graves, o que nos leva a crer que mesmo os pacientes que receberam tratamentos conservadores na amostra estudada, eram casos cuja gravidade requeria, no mínimo, uma observação do quadro clínico pela equipe médica e odontológica.

Nossos resultados demonstraram uma frequência de ocorrência de 8,3% de tratamentos conservadores no grupo caso e 3,9% no grupo controle, demonstrando maior internação para tratamentos conservadores no grupo caso. Uma possível explicação para esse fato seria a relação entre idade e incidência de fraturas craniofaciais. O fato da face ser menor em relação ao crânio em crianças diferentemente da população adulta, demanda maior cuidado no manejo de pacientes vítimas de trauma de face. As crianças, em virtude de seu menor tamanho, sustentam uma maior unidade de força por unidade de massa nos episódios de trauma. O esqueleto pediátrico, incluindo a face é incompleto em sua fundação e calcificação (Costello et al., 2005). Haug e Foss (2000) apontam que pela alta incidência de lesões múltiplas sistêmicas concomitantes com o trauma maxilofacial, o manejo desse tipo de lesão em crianças requer um preparo maior dos

profissionais que prestam o primeiro atendimento. Chan et al. (2004) proporcionaram evidências clínicas de que a relação entre fraturas faciais e fraturas de crânio são dependentes da idade. Estes autores analisaram em um hospital em Albany, EUA, os registros de interações de pacientes entre Zero e 17 anos de idade, vítimas de lesões de trauma que acometeram a face. Seus resultados demonstraram que o espectro das lesões craniofaciais está relacionado com o específico estágio de desenvolvimento do esqueleto craniofacial.

No que diz respeito aos os dias de internação, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados, ocorrendo um maior tempo de internação para os indivíduos do grupo controle (média de 6,12 dias) em relação ao grupo caso (média de 3,65 dias). Lunes (1997) analisou as internações por causas externas, sua duração e custos, encontrou que, quando comparadas às internações por outras causas ou doenças, as internações por causas externas tendem a ser mais dispendiosas e menos longas que a média das hospitalizações pagas pelo SUS no Brasil, Martins e Andrade (2005) avaliaram as causas externas em menores de 15 anos em uma cidade do Sul do Brasil, averiguaram a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde para o atendimento dos casos de menor complexidade. Nosso estudo concorda com os resultados exibidos por Martins e Andrade (2005), pois o serviço de Cirurgia Buco-Maxilofacial não prevê atendimentos reabilitadores, gerando uma demanda por serviços especializados de reabilitação que acabam sendo preenchidos pela iniciativa privada.

Em relação à ocorrência de complicações, houve maior ocorrência no grupo caso em relação ao grupo controle, sendo as diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos estudados (Tabela 7, Figura 7). Este aspecto é de grande importância para os profissionais cirurgiões dentistas nas funções periciais de avaliação do dano. A qualificação das consequências pós-traumáticas deve levar em consideração os desdobramentos mediatos e a longo ao indivíduo vitimado. Magalhães (2005) aponta a importância da compreensão do impacto do trauma para a vítima, de forma direta e indireta em suas diversas circunstâncias, ou seja, o tipo do trauma, a vivência (experiências nos períodos pré e pós-traumático), as lesões dele resultantes (ainda que não haja um nexo causal direto entre sua gravidade e a gravidade das consequências do trauma), bem como a percepção que a pessoa tem do mesmo

Finalmente outro fator relevante encontrado no presente estudo foi a frequência de ocorrência dos retornos ambulatoriais demonstrados na Figura 6 e nos dados da Tabela 6. O percentual apresentado no grupo caso foi cerca de duas vezes maior que o grupo controle, o que nos leva a crer que embora os custos entre os grupos estudados tenham sido semelhantes, há de se considerar que as complicações frequentes no grupo caso contribuem para um aumento desses custos diretos iniciais, decorrentes dos procedimentos mediatos e a longo prazo, certamente, mais custosos para o indivíduo em crescimento. Conforme foi referido anteriormente, a avaliação quantitativa do dano corporal por parte do cirurgião-dentista nas funções periciais deve levar em conta as consequências da enfermidade para as atividades da vida diária, e, em se tratando do grupo caso, composto por crianças e adolescentes, os transtornos indiretos têm maior impacto que no grupo controle. As consultas de retorno, a ocorrência de complicações no grupo caso envolvem necessariamente a presença de um acompanhante aos retornos, gerando custos indiretos à família da vítima em questão.

A atividade que o indivíduo exerce na sociedade é de especial relevância quando da quantificação do dano corporal nas lesões traumáticas que acometem o complexo maxilofacial. Kurita et al. (2010) avaliaram a satisfação dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de redução de fratura de zigomático, e concluíam que a deformidade residual e as dores influenciaram de maneira significativa na satisfação do indivíduo. Fraturas faciais resultam consequências estéticas e funcionais que perduram pela vida do indivíduo vitimado (Iida et al., 2001), portanto, a avaliação do dano em crianças e adolescentes deve ter o cuidado de realizar um exame minucioso e detalhado, sempre que possível utilizar fotografias para ilustrar seu laudo e comparar com o período anterior à lesão traumática (Cardozo, 1994).

A Lei nº 6.194 de 1994 criou o DPVAT, seguro obrigatório de veículos para acidentes pessoais, essa legislação atende ao usuário no ressarcimento de danos pessoais. As seguradoras conveniadas ao Estado que procedem ao pagamento do sinistro, contratam cirurgiões-dentistas para avaliar os danos odontológicos, estabelecer o nexo-causal com o acidente e suas consequências (Cosentino, 2005).

7 CONCLUSÕES

O trauma maxilofacial representa grande impacto no indivíduo e acarreta elevados custos ao sistema de saúde. As crianças e adolescentes envolvidos nas lesões de trauma de face e dentes apresentaram menor prevalência em comparação com a população adulta na amostra estudada, com a mesma média de custos. A frequência de ocorrência de complicações foi significativamente maior no grupo caso, em relação ao grupo controle, da mesma forma que os retornos ambulatoriais foram também, significativamente maiores neste grupo. O risco de trauma foi maior no sexo masculino em ambos os subgrupos amostrais, e a média etária no grupo caso foi de 14,35 +- 4,76 e no grupo controle, de 33,65 +- 11,73 anos de idade. Os fatores etiológicos predominantes no grupo caso foram as quedas, seguidas dos acidentes de trânsito, no grupo controle predominaram os acidentes automobilísticos seguidos de violência interpessoal. O tipo de tratamento cirúrgico prevaleceu em ambos os subgrupos, e o tempo de internação em dias foi cerca de duas vezes maior no grupo controle em relação ao grupo caso. Entretanto as complicações foram mais frequentes no grupo caso em relação ao grupo controle. Os tipos de lesões mais comuns no grupo caso foram as fraturas nasais/dentárias, seguidas das fraturas e mandíbula, mas que no grupo controle o quadro inverteu-se.

A distribuição de custos teve o maior número de casos na faixa de custos até R\$500,00 em ambos os subgrupos amostrais; e estes custos foram calculados com base no repasse de verbas da Tabela de Valores do Sistema Único de Saúde, onde não está discriminado o custo dos honorários profissionais. A valoração do dano nas atividades periciais deve considerar, além dos custos diretamente envolvidos com o atendimento do traumatizado, as consequências para suas atividades diárias, especialmente, quando se trata de criança ou adolescentes cuja função social ainda está por se definir.

REFERÊNCIAS¹

- Abubaker AO, Lynam GT. Changes in charges and costs associated with hospitalization of patients with mandibular fractures between 1991 and 1993. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998;56:161-67.
- Al- Jundi SH. Type of treatment, prognosis, and estimation of time spent to manage dental trauma in late presentation cases at a dental teaching hospital: a longitudinal study. *Dent Traumatol.* 2004;20:1-5.
- Al-Jundi SH. Dental emergencies presenting to a dental teaching hospital due to complications from traumatic dental injuries. *Dent Traumatol.* 2003;18:181-85.
- Al-Majed I, Murray JJ, Maguire A. The prevalence of dental trauma in 5-6 and 12-14-year-old boys in Riyadh, Saudi Arabia. *Dent Traumatol.* 2001;17:153-58.
- Alonge OK, Naredran S, Williamson DD. Prevalence of fractured incisal teeth among children in Harris County, Texas. *Dent Traumatol.* 2001;7:218-21.
- Al-Omiri MK, Karasneh AJ, Lynch E, Lamey PJ, Clifford TJ. Impacts of missing upper anterior teeth on daily living. *Int Dent J.* 2009;59:127-32.
- Altay N, Güngör HC. A retrospective study of dento-alveolar injuries of children in Ankara, Turkey. *Dent Traumatol.* 2001;17(5):201-04.
- AlShaarheed M, Bedi R, Hunt NP. Traumatized teeth in 11-16 year-old Saudi Arabian children with a sensory impairment attending special schools. *Dent Traumatol.* 2003;19:123-25..
- Andrade Filho EF, Fadul Jr R, Azevedo RA, Rocha MAD, Santos RA, Toledo Junior SR, Cappucci A, Toledo CS, Ferreira LM. Fraturas de mandíbula: análise de 166 casos. *Rev Ass Med Brasil* 2000;46(3):272-76.
- Andreassen JO, Andreassen FM, Mejàre L, Cvek M. Healing of 400 intra-alveolar root fractures. 1- Effect of pre-injury and injury factors such as sex, age, stage of root development, fracture type, location of fracture and severity of dislocation. *Dent Traumatol.* 2004;20:192-202.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Barbosa HSC, Bezerra SNNS, Lyra DM, Acioli EE, Oliveira LS. Perfil e fatores associados à morbidade e mortalidade por causas externas de adolescentes atendidos em um serviço de emergência em Recife entre 2004 a 2005. *Rev Enferm UFPE* 2007;1 (1):143-48.

Barros, JJ; Souza LCM. *Traumatismo Buco-Maxilofacial*. 2 ed., c16, Ed Roca, São Paulo, 2000.

Batista SEA, Baccani JG, Silva RAP, Gualda KPF, Vianna Jr RJA. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva- SP. *Rev Col Bras Cir* 2006;33(1):6- 10.

Bendo CB, Scarpelli AC, Vale MPP, Zarzar PMPA. Correlation between socioeconomic indicators and traumatic dental injuries: a qualitative critical literature review. *Dent Traumatol*. 2009;25:420-25.

Berger TD, Kenny DJ, Casas MJ, Barret EJ, Lawrence HP. Effects of severe dentoalveolar trauma on the quality-of-life of children and parents. *Dent Traumatol*. 2009;25:462-69.

Bormann KH, Wild S, Gellrich NC, Kokemüller H, Stühmer C, Schmelzeisen R, Schön R. Five year retrospective study of mandibular fractures in Freiburg, Germany: Incidence, etiology, treatment, and complications. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009;67:1251-55.

Caldas Jr AF, Burgos MEA. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. *Dent Traumatol*. 2001;17:250-53.

Caldas IM, Magalhães T, Afonso A; Matos E. Orofacial damage resulting from Road accidents. *Dent Traumatol*. 2008;24:410-15.

Cardozo HF. Avaliação psicossocial do dano no traumatizado [tese de Livre Docência], São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2008.

Cardozo HF. Verificação da ocorrência de traumatismos faciais e de elementos dentários, em ocupantes de veículos, decorrentes de acidentes de trânsito. [Dissertação de Mestrado], São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, 1990

Cardozo HF. Avaliação das perdas dentária em âmbito penal e civil. *Anais da Reunião de Pesquisa FOU SP* 1994;2.

Cardozo HF. Avaliação do dano nas sequelas faciais traumáticas em vítimas de acidentes de trânsito [tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 1993.

Cardozo HF. Avaliação pericial dos danos estéticos e morais das sequelas faciais: Estudo em traumatizados em idade pediátrica [tese de Livre Docência]. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2007.

Carvalho C, Costa COM, da Silva JM, Rebouças MC. Acidentes de trânsito envolvendo adolescentes: o registro da situação em Feira de Santana, Bahia em 2001. Rev Baiana Saúde Pública 2005;29(1):22- 34.

Cavalcanti AL. Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar. Ciênc Saúde Coletiva 2009;14(5):1835-42.

Chan J, Putnam MA, Feustel PJ, Koltai PJ. The age dependent relationship between facial fractures and skull fractures. Int J Ped Otorhinolaryngol. 2004;68:877-81.

Chang LT, Tsai MC. Craniofacial injuries from slip, trip, and fall accidents of children. J Trauma 2007;63:70-4.

Copcu E, Sisman N, Oztan Y. Trauma and fracture of the mandible. Eur J Trauma 2004;30:110-15.

Cortês MIS, Marcenes W, Sheiham A. Prevalence and correlates of traumatic injuries to the permanent teeth of schoolchildren aged 9-14-years in Belo Horizonte, Brazil. Dent Traumatol. 2001;17:22-6.

Cosentino SRC. Perícias de ressarcimento de danos em companhias seguradoras análise da adequação dos tratamentos propostos, dos custos de tratamentos e da documentação [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia ; 2005.

Cosentino SRC; Mendonça MALC; Bastos KAS e Cardozo HF Avaliação da documentação em apólices de seguros de acidentes pessoais. RPG 2003; 10:259.

Cosentino SRC, Mendonça MALC, Cardozo HF. Atendimento ao traumatizado e Ressarcimento do dano [resumo Ib087]. Pesq Odontol Bras. 2002;16 Supl:71.

Costello BJ, Pappadopouls H, Ruiz R. Pediatric craniomaxillofacial trauma. Clin Pediatr Emerg Med 2005;6:32-40.

Cunha RF, Pugliesi DMC, Vieira AEM. Oral trauma in Brazilian patients aged 0-3-years. Dent Traumatol. 2001;17:210-12.

da Silva AC, Passeri LA, Mazzonetto R, de Moraes M, Moreira RWF. Incidence of dental trauma associated with facial trauma in Brazil: a 1-year evaluation. Dent Traumatol. 2004;20:6-11.

da Silva OMP, Lebrão ML. A organização do atendimento da odontologia hospitalar e da traumatologia buco-maxilo-facial no Município de São Paulo. Rev Odontol UNESP 2001;30(1):43-54.

da Silva OMP, Lebrão ML, Blachman IT. A qualidade dos registros odontológicos dos hospitais do Setor Governamental do Município de São Paulo. Rev Odontol UNESP 2001;30(1):67-74.

David J, Astrom NA, Wang NJ. Factors associated with traumatic dental injuries among 12-year-old schoolchildren in South India. Dent Traumatol. 2009;25:500- 05.

Davis KL, Joshi AV, Tortella BJ, Candrilli SD. The direct economic burden of blunt and penetrating trauma in a managed care population. J Trauma 2007;62:622-30.

de Matos FP, Arnez MFM, Svezut CE, Trivellato AE. A retrospective study of mandibular fracture in a 40- month period. Int J Oral Maxillofac Surg. 2010;39:10-5.

De Oliveira ZC, Mota ELA, Costa MCN. Evolução dos acidentes de trânsito em um grande centro urbano, 1991-200. Cad Saúde Pública 2008;24(2):364-72.

Deslandes SF, Mello Jorge MHP, Nóbrega LRB, Waters C. Crianças internadas por traumatismo crânio-encefalico no Brasil, 1998: causas e prevenção. Inf Epidemiol SUS 2001;10(2):93- 101.

Dourado E, Cypriano RV, Cavalcanti CDS, Domingues AA. Trauma facial em pacientes pediátricos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilofacial 2004;4(2):105-14

Dueck A; Poenaru D; Pichora DR. Cost factors in Canadian pediatric trauma. Can J Surg. 2001;44(2):117-21.

Fasola AO, Lawoyin JO, Obiechina AE, Arotiba JT. Inner city maxillofacial fractures due to road traffic accidents. *Dent Traumatol.* 2003;19:2-5.

Farage L, Colares VS, Capp Net M, Moraes MC, Barbosa MC, Branco Junior JA. As medidas de segurança no trânsito e a morbimortalidade intra-hospitalar por traumatismo cranioencefálico no Distrito Federal. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48(2):163-6

Fakhruddin KS, Lawrence HP, Kenny DJ, Locker D. Etiology and environment of dental injuries in 12- 14 year-old Ontario schoolchildren. *Dent Traumatol.* 2008;24:305-08.

Ferreira P, Marques M, Pinho C, Rodrigues J, Amarante J. Midfacial fractures in children and adolescents: a review of 492 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004a;42:501-05.

Ferreira P, Silva N, Silva A, Cardoso A, Rodrigues J; Reis J; Amarante J. Fracturas da face em idades pediátricas: características da população portuguesa. *Acta Med Portuguesa* 2004b;17:123-28.

Flores MT. Traumatic injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol.* 2002;18:287-98.

Franciozi CES, Tamaoki MJS, Araújo EFA, Dobashi ET, Utumi CE, Pinto JA; A Ishida. Trauma na infância e adolescência: epidemiologia, tratamento e aspectos econômicos m um hospital publico. *Acta Ortop Brás.* 2008;16(5):261-65.

Gabris K, Tarján I, Rózsa N. Dental Trauma in children presenting for treatment at the Department of Dentistry for Children and Orthodontics, Budapest, 1985-1999. *Dent Traumatol.* 2001;17:103-08.

Galvão LCC. Medicina legal. São Paulo: Ed. Santos; 2008.

Gassner R, Tuli T, Hachi O, Rudisch A, Ulmer H. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9543 cases with 21067 injuries. *J Cranio Maxillofac Surg.* 2003;31:51-61.

Gassner R, Tarkan T, Oliver H, Moreira R, Ulmer H. Cranio-maxillofacial trauma in children: A Review of 3,385 cases with 6,060 Injuries in 10 years. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:399-407.

Gawryszewski VP, da Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC; Matos SG, Moraes Neto OL, Monteiro RA, Carvalho CG, Magalhães ML. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;11 (sup):1269-78.

Glendor U, Jonsson D, Halling A, Lindqvist K. Direct and indirect costs of dental trauma in Sweden: a 2-year prospective study of children and adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29:150-60.

Glendor U, Halling A, Bodin L, Andersson L, Nygren A, Karlsson G, Koucheiki B. Direct and indirect time spent on care of dental trauma: a 2-year prospective study of children and adolescents. *Endod Dent Traumatol.* 2000;16:16-23.

Guimarães SB, Silva Filho AC, Correia AA, Ribeiro JPA, Walnickson A, Lima DBC. Acidentes domésticos em crianças: uma análise epidemiológica. *Rev Pediatr Ceara* 2003;4(2):27- 31.

Haeusler J-M C, Tobler B, Arnet B, Huesler J, Zimmermann H. Pilot study on this comprehensive economic costs of major trauma: consequential costs are well in excess of medical costs. *J Trauma* 2006;61:723-31.

Haug RH, Foss J. Maxillofacial injuries in the pediatric patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000:126-34.

Hogg NJ, Stewart TC, Armsrong JE, Girotti MJ. Epidemiology of maxillofacial injuries at trauma hospitals in Ontario, Canada, between 1992 and 1997. *J Trauma* 2000;40(3): 425-32.

Holbrook TL, Hoyt DB, Coimbra R, Potenza B, Sise MJ, Sack DI, Anderson JP. Trauma in adolescents causes long-term marked deficits in quality of life: Adolescent Children do not recover preinjury quality of life or function up to two years postinjury compared to national norms. *J Trauma* 2007;62:577-83.

Holmes PJ, Koehler J, McGwin G, Rue III LW. Frequency of maxillofacial injuries in All-Terrain Vehicle Collisions J. *Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 697-701.

Holmes S. Facial trauma- who should provide care? *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009;47:179-81.

Holmes S, Parbhoo AE. Review of pertinent papers trauma 2004. Br J Oral Maxillofac Surg. 2008;46:70-2.

Horie N, Shimoyama T, Hasegawa K, Kaneko T. Oral injuries in children: comparison of those children who visit and do not visit the after-hours clinic after telephone consultation. Dent Traumatol. 2004;21:201-05.

Iida S, Kogo M, Sugiura T, Mima T, Mtsuya T. Retrospective analysis of 1502 patients with facial fractures. Int J Oral Maxillofac Surg. 2001;30:286-90.

Iunes RF. III Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. Rev Saúde Pública 1997;31(4):38-46.

Kargull B, Çağlar E, Tanboga I. Dental trauma in Turkish children, Istanbul. Dent Traumatol. 2003;19:72-5.

Karlson T. Incidence of Hospital-treated Facial Injuries from Vehicles. J Trauma 1982; 22: 303-310.

Kilsztajn S, Da Silva RL, Da Silva DF, Michelin AC, De Carvalho AR, Ferraz ILB . Taxa de Mortalidade por acidentes de trânsito e frota de veículos. Rev Saúde Pública 2001;35(3):262- 68.

Koizumi MS, Mello Jorge MHP, Nobrega LRB, Waters C. Crianças internadas por traumatismo crânio-encefálico no Brasil, 1998: causas e prevenção. Inf Epidemiol SUS 2001;10:93 101.

Kotecha S, Sacannell J, Monaghan A, Willians RW. A four year retrospective study of 1,062 patients presenting with maxillofacial emergencies at a specialist paediatric hospital. Br J Oral Maxillofac Surg. 2008;46:293-96.

Kurita M, Okazaki M, Ozaki M, Tanaka Y, Tsuji N, Takushima A, Harii K. Patient satisfaction after pen reduction and internal fixation of Zygomatic bone fractures. J Caniofac Surg. 2010;21:45-9.

Kushner GM, Tiwana PS. Fractures of the Growing Mandible. Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin N AM 2009;17:81-91.

Ladeira RM, Barreto SM. Fatores associados ao uso de serviços de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidente de trânsito. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2):287-94.

Lalloo R. Risk factors for major injuries to the face and teeth. *Dent Traumatol.* 2003;19:12-4.

Lasky R, Ziccardi VB, Broder HL, Malvin J. Facial trauma: A recurrent disease? The potential Role of Disease prevention. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:685-88.

Laverick S, Siddappa P, Jones DC. Patterns of emergency maxillofacial referrals and provision of services. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009;47:99-101.

Levcovtz E, Lima L, Machadio C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6(2):269-91.

Levin L, Samorodnitzky GR, Schwartz-Arad D, Geiger SB. Dental and oral trauma during childhood and adolescence in Israel: occurrence, causes, and outcomes. *Dent Traumatol.* 2007;23:356-59.

Lieger O, Zix J, Kruse A, Iizuka T. Dental injuries in association with facial fractures. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:1680-84.

Lim HY, Kumar MJ, Myer III CM. Head and Neck trauma in hospitalized pediatric patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130(2):255-61.

Lin S, Levin L, Goldman S, Pefeg K. Dentoalveolar and maxillofacial injuries: a 5-year multi-center study. Part 1: General vs facial and dental trauma. *Dent Traumatol.* 2008a; 24:53-5.

Lin S, Levin L, Goldman S, Sefa G. Dento-alveolar and maxillofacial injuries: a 5-year multi-center study. Part 2: Severity and location. *Dent Traumatol.* 2008b;24:56-8.

Love RM, Ponnambalam Y. Dental and maxillofacial skeletal injuries seen at the University of Otago School of Dentistry, New Zealand 2000- 2004. *Dent Traumatol.* 2008;24(2):170-76.

Magalhães T. A vítima como objecto da intervenção médico-legal. *Acta Med Port.* 2005;18:453-58.

Marcenes W, Murray S. Social deprivation and traumatic dental injuries among 14-year-old schoolchildren in Newham, London. *Dent Traumatol.* 2001;17:17-21.

Marcenes W, Zabet NE, Traebert J. Socioeconomic correlates of traumatic injuries to the permanent incisors in schoolchildren aged 12 –years in Blumenau, Brazil. *Dent Traumatol.* 2001;17:222-26.

Marin L, Queiroz MS. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. *Cad Saúde Pública* 2000;16(1):7-21.

Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimento em pronto-socorro, internações e óbitos. *Ver Bras Epidemiol.* 2005;8(2):194-204.

Martins CBG. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(3):344-48.

Mellione LPR, Mello-Jorge MHP. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(8):1814-24.

Mello-Jorge MHP, Koizumi MS, Gawryszewski VP, Borges F. Acidentes de moto no final do Segundo Milênio. *ABRAMET* 2001;36:53-62.

Mendonça RNS, Alves JGB. Custos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de traumatismos no Estado de Pernambuco em 1999. *Acta Ortop Brás* 2004;12(3):141-145.

Moncrieff NJ, Qureshi C, Deva AK. A comparative cost analysis of maxillofacial trauma in Australia. *J Craniofac Surg.* 2004;15(4):686-91.

Montovani JC, Campos LMP, Gomes MA, Moraes VRS, Ferreira FDF, Nogueira EA. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(2):235-41.

Nicolau B, Marcenes W, Sheiham A. Prevalence, causes and correlates of traumatic dental injuries among 13-year-olds in Brazil. *Dent Traumatol.* 2001;17:213-17.

Nguyen P-M T, Kenny DJ, Barret EJ. Socio-economic burden of permanent incisor replantation on children and parents. *Dent Traumatol.* 2004;20:123-33.

Nik-Hussein NN. Traumatic injuries to anterior teeth among schoolchildren in Malaysia. *Dent Traumatol.* 2001;17:149-52.

Odoi R, Croucher R, Wong F, Marcenes W. The relationship between problem behavior and traumatic dental injury amongst children aged 7- 15 years old. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30:392-96.

Olasoji HO, Tahir A, Arotiba GT. Changing picture of facial fractures in Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2002;40:140-43.

OMS (Organización Mundial de la Salud). Accidentes del tráfico en los países en desarrollo. *Série Inf Técnicos 703.* Ginebra: WHO; 1984.

Pacheco LF, Garcia Filho PF, Letra A, Menezes R, Villoria GEM, Ferreira SM. Evaluation of the knowledge of the treatment of avulsions in elementary school teachers in Rio de Janeiro, Brazil. *Dent Traumatol.* 2003;19:76-8.

Pappachan B, Alexander M. Correlating facial fractures and cranial Injuries. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:1023-29.

Perciaccante VJ, Ochs HA, Dodson TB. Head, Neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57:760-62.

Perheentupa U, Laukkanen P, Veijola J, Joukamaa M, Järvelin M-R, Laitinen J, Oikarinen K. Increased lifetime prevalence of dental trauma is associated with previous non-dental injuries, mental distress and high alcohol consumption. *Dent Traumatol.* 2001;17:10-6.

Plaisier BR, Punjabi AP, Super DM, Haug RH. The relationship between facial fractures and death from neurologic injury. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;8:708-12.

Posnick JC, Wells M, Pron G. Pediatric facial fractures: evolving patterns of treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993;51:836.

Prata THC, Duarte MSR, Miquilito JL, Valera MC, Araújo MAM. Etiologia e frequência das injúrias dentárias da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos- UNESP. Rev Odontol UNESP 2000;29(1/2):43-53.

Pressley JC, Trieu L, Kending T, Barlow B. National Injury-related Hospitalizations in Children: public versus private expenditures across preventable injury mechanisms. J Trauma 2007;63:S10-S19.

Prigozen JM, Horswell BB, Flaberty BS, Henderson JM, Habib JH, Lukowski DE. All-terrain vehicle - related maxillofacial trauma in the Pediatric Population. J Oral Maxillofac Surg. 2006;64:1333-37.

Prince JD. Facial fracture and seat belts. Br Dent J. 1983;155-12.

Puzovic D, Konstantinovic VS, Dimitrijevic M. Evaluation of Maxillofacial weapon injuries: 15- years Experience in Belgrade. J Craniofac Surg. 2004;15(4):543-46.

Qudah MA, Bataineh AB. Retrospective study of selected oral and maxillofacial fractures in a group of Jordanian children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002;94:310-14.

Rahman RA, Ramli R. Rahman N A, Hussaini HM, Al Idros SM Hamid ALA. Maxillofacial trauma of pediatric patients in Malaysia: A retrospective study from 1999 to 2001 in three hospitals. Int J Paediatr Otorhino. 2007;71:929-36.

Rajab LD. Traumatic dental injuries in children presenting for treatment at the Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, University of Jordan, 1997-2000. Dent Traumatol. 2003;19:6-11.

Ramos-Jorge ML, Peres MA, Traebert J, Ghisi CZ, de Paiva SM, Pordeus I, Marques LS. Incidence of dental trauma among adolescents: a prospective study. Dent Traumatol. 2008;24(1):159-63.

Rocha MJC, Cardoso M. Traumatized permanent teeth in Brazilian children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. Dent Traumatol. 2001;17:245-49.

Rodd HD, Barker C, Barker SR, Marshman Z, Robinson PG. Social judgements made by children in relation to visible incisor trauma. Dent Traumatol. 2010;26:2-8.

Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 4a ed. New York: Duxbury Press; 1994.

Sandalli N, Cildir S, Guler N. Clinical investigation of traumatic injuries in Yeditepe University, Turkey during the last 3 years. *Dent Traumatol.* 2005;21:188-94.

Sanger C, Argenta LC, David LR. Cost-effective management of isolated facial fractures. *J Craniofac Surg.* 2004;15(4):636-41.

Santos AMR, Moura MEB, Nunes BMVT, Leal CFS, Teles JBM. Perfil das vítimas de acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. *Cad Saúde Pública* 2008;24(8):1927-38.

Saroglul, Sönmez H. The prevalence of traumatic injuries treated in the pedodontic clinic of Ankara University, Turkey, during 18 months. *Dent Traumatol.* 2002;18:299-303.

Sauer MTN, Wagner MB. Acidentes de trânsito fatais e sua associação com taxa de mortalidade infantil e adolescência. *Cad Saúde Pública* 2003;10(5):1519-26.

Schmidt BL, Kearns G, Gordon N, Kaban LB. A financial analysis of maxillomandibular fixation versus rigid internal fixation for treatment of mandibular fractures. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58:1206-10.

Sgan-Cohen HD, Megnagi G, Jacobi Y. Dental trauma and its association with anatomic, behavioral, and social variables among fifth and sixth grade schoolchildren in Jerusalem. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33:174-80.

Sgan-Cohen HD, Yassin H, Livny A. Dental trauma among 5 th and 6 th grade Arab School children in Eastern Jerusalem. *Dent Traumatol.* 2008;24:458-61.

Shaikh ZS, Worrall SF. Epidemiology of facial trauma in a sample of patients aged 1-18 years. *Injury Int J Care Injured* 2002;33:669-71.

Skaare AB, Jacobsen I. Primary tooth injuries in Norwegian children (1-8 years). *Dent Traumatol.* 2005;21:315-19.

Skaare AB, Jacobsen I. Dental injuries in Norwegians aged 7-18 years. *Dent Traumatol.* 2003;19:67-71.

Sobreira T, Vieira JAO, Lobo AR, Wanderley JNB, Costa LJ. Prevalência de Traumatismos Bucomaxilofaciais em João Pessoa- Paraíba, Brasil. Rev. Bras Ciênc Saúde 2002;6(1):25-32.

Subhashraj K, Nandakumar N, Ravindran C. Review of maxillofacial injuries in Chennai Índia: A study of 2748 cases. Br J Oral Maxillofac Surg. 2007;45:637-39.

Tanaka N, Tomitsuka K, Shinoya H, Andou, Y Kimijima, TashiroT, Amagasa T. Aetiology of maxillofacial fracture. Br J Oral Maxillofac Surg. 1994;32:19-23.

Tapias MA, Jiménez-Garcia R, Lamas F, Gil AA. Prevalence of traumatic crown fractures to permanent incisors in a childhood population: Mósteles, Spain. Dent Traumatol. 2003;19:119-22.

Traebert J, Peres MA, Blank V, Böell RS, Pietruza JA. Prevalence of traumatic injury and associated factors among 12-year-old school children in Florianópolis, Brazil. Dent Traumatol. 2003;19:15-8.

Traebert J, Almeida ICS, Garghetti C, Marcenes W. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes de traumatismo dentário na dentição permanente em escolares de 11 a 13 anos de idade. Cad Saúde Pública 2004;20(2):403-10.

Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Cienc Saúde Coletiva (on line) 2003;8(2):417-37.

van Beek GJ, Merkx CA. Changes in pattern of fractures of maxillofacial skeleton. Int J Oral Maxillofac Surg. 1999;28:424-28.

Vyas RM, Dickinson BP, Wasson KL, Roostaeian J, Bradley JP. Pediatric facial fractures: Current National Incidence, Distribution, and Health Care Resource Use. J Craniofacial Surg. 2008;19(2):339-48.

Wong FSL, Kolokotsa K. The cost of treating children and adolescents with injuries to their permanent incisors at a dental hospital in the United Kingdom. Dent Traumatol. 2004;20:327-33.

Wood E, Freer TJ. Incidence and aetiology of facial injuries resulting from motor vehicle accidents in Queensland for a three-year period. *Aust Dent J*. 2003;46(4):284-88.

Wulcan M, Parreira Jr JG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. *Rev Assoc Med Brás*. 2005;51(1):290-95.

Yeng T, Parashos P. Na investigation into dentists' perception of barriers to providing care of dental trauma to permanent maxillary incisors in children in Victoria, Australia. *Aust Dent J*. 2007;52(3):210-15.

Zerfowski M, Bremerich A Facial trauma in children and adolescents. *Clin Oral Invest*. 1998;2:120-24.

Zweig B. Complications of mandibular fractures. *Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2009;17:93-101.

Anexo A - Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.001-9 CONTENCAO DE DENTES POR SPLINTAGEM

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 20,10 **Valor Ambulatorial Total:** 20,10
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

Serviço / Classificação:

114 - Serviço de atenção em saúde bucal - 006 - Cirurgia buco-maxilo-facial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248,
223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10061010

04.14.01.002-7 MOLDAGEM / IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 20 Ano(s) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 4 **Número de Pontos:** 850
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00
Valor Hospitalar S.P.: 349,95 **Valor Hospitalar S.H.:** 436,69 **Valor Hospitalar Total:** 786,64

Complexidade: Alta Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia
004 - Admite permanência à maior
006 - CNRAC

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

Habilitação:

Grupo de Habilitação

1707 - UNACON com serviço de radioterapia

Relatório Analítico de Procedimentos

1712 - CACON

1713 - CACON com serviço de oncologia pediátrica

1715 - Serviço de radioterapia de complexo hospitalar

CID:

C000, C001, C002, C003, C004, C005, C006, C008, C01, C020, C021, C022, C023, C024, C028, C030, C031, C040, C041, C048, C050, C051, C052, C058, C060, C061, C062, C068, C091, C098, C52

CBO:

223110, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.43002013

04.14.01.003-5 MOLDAGEM / IMPLANTE EM PELE / MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 20 Ano(s) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 2 **Número de Pontos:** 850

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 349,95 **Valor Hospitalar S.H.:** 436,69 **Valor Hospitalar Total:** 786,64

Complexidade: Alta Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

006 - CNRAC

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

Habilitação:

Grupo de Habilitação

1707 - UNACON com serviço de radioterapia

1712 - CACON

1713 - CACON com serviço de oncologia pediátrica

1715 - Serviço de radioterapia de complexo hospitalar

CID:

S001, S002, S005, S015, S017, S018, S019

CBO:

223110, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.43001017

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.004-3 OSTEOTOMIA DE MAXILAR SUPERIOR

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 2 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 146,65 **Valor Hospitalar S.H.:** 219,48 **Valor Hospitalar Total:** 366,13

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

K100, K101, K102, K108, S024, S030

CBO:

223108, 223110, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.37004050

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.005-1 OSTEOTOMIA DO MAXILAR INFERIOR

Sexo: Ambos	Idade Mínima: 1 Mes(es)	Idade Máxima: 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 1	Qtd. Dias Permanência: 2	Número de Pontos: 150
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00	Valor Ambulatorial Total: 0,00	
Valor Hospitalar S.P.: 146,65	Valor Hospitalar S.H.: 219,48	Valor Hospitalar Total: 366,13

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

C022, C023, C031, C040, C041, C048, C060, C061, C068, K070, K108, S024, S030

CBO:

223110, 223111, 223146, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.37001051

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.006-0 OSTEOTOMIA ETMOIDEO-ORBITARIA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 2 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 183,30 **Valor Hospitalar S.H.:** 240,82 **Valor Hospitalar Total:** 424,12

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

J323, J330, S023, S028

CBO:

223108, 223110, 223149, 223268

Origem:

H.37035010

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.007-8 REDUCAO CRUENTA DE AFUNDAMENTO DO MALAR C/ FIXACAO

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 142,30 **Valor Hospitalar S.H.:** 266,77 **Valor Hospitalar Total:** 409,07

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S024, S027, S028, S029

CBO:

223110, 223146, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.37006053, H.37007050

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.008-6 REDUCAO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLO-DENTARIA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 2 **Número de Pontos:** 250

Valor Ambulatorial S.A.: 20,10 **Valor Ambulatorial Total:** 20,10

Valor Hospitalar S.P.: 146,74 **Valor Hospitalar S.H.:** 117,37 **Valor Hospitalar Total:** 264,11

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S025, S028

CBO:

223110, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10061029, H.44015054

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.009-4 REDUCAO CRUENTA DE FRATURA BILATERAL DA MANDIBULA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 150
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00
Valor Hospitalar S.P.: 143,63 **Valor Hospitalar S.H.:** 318,04 **Valor Hospitalar Total:** 461,67

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência

0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência

0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência

0.00 50.00 50.00

CID:

S026

CBO:

223110, 223146, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.44004052

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.010-8 REDUCAO CRUENTA DE FRATURA COMINUTIVA DA MANDIBULA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 140,97 **Valor Hospitalar S.H.:** 312,21 **Valor Hospitalar Total:** 453,18

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S026

CBO:

223110, 223146, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.44005059

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.011-6 REDUCAO CRUENTA DE FRATURA DO MALAR C/ APARELHO DE CONTENCAO

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 2 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 133,33 **Valor Hospitalar S.H.:** 367,23 **Valor Hospitalar Total:** 500,56

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S024, S027, S028

CBO:

223110, 223146, 223149, 223268

Origem:

H.44012055

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.012-4 REDUCAO CRUENTA DE FRATURA DO MAXILAR SUPERIOR - LE FORT III

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 133,42 **Valor Hospitalar S.H.:** 239,44 **Valor Hospitalar Total:** 372,86

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S024, S028

CBO:

223110, 223146, 223268

Origem:

H.44010052

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.013-2 REDUCAO CRUENTA DE FRATURA DO MAXILAR SUPERIOR - LE FORT III C/ APARELHO DE

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 183,38 **Valor Hospitalar S.H.:** 230,06 **Valor Hospitalar Total:** 413,44

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S024, S028, S029

CBO:

223110, 223146, 223149, 223268

Origem:

H.44009054

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.014-0 REDUCAO CRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS PROPRIOS DO NARIZ

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 89,80 **Valor Hospitalar S.H.:** 162,60 **Valor Hospitalar Total:** 252,40

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S022, S027

CBO:

223108, 223110, 223146, 223147, 223149, 223268

Origem:

H.37011057

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.015-9 REDUCAO CRUENTA DE FRATURA UNILATERAL DE MANDIBULA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 135,67 **Valor Hospitalar S.H.:** 367,52 **Valor Hospitalar Total:** 503,19

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S026

CBO:

223110, 223146, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.44003056

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.016-7 REDUCAO CRUENTA DE LUXACAO DA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 2 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 121,21 **Valor Hospitalar S.H.:** 217,88 **Valor Hospitalar Total:** 339,09

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

S030

CBO:

223110, 223146, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.37012053

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.017-5 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLO-DENTARIA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 1 **Número de Pontos:** 50
Valor Ambulatorial S.A.: 21,01 **Valor Ambulatorial Total:** 21,01
Valor Hospitalar S.P.: 60,41 **Valor Hospitalar S.H.:** 62,66 **Valor Hospitalar Total:** 123,07

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)
03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

01 - Ambulatorial
02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico
07 - Pediátricos

Incremento:

	S.A.	S.H.	S.P.
2701 - Hospital Tipo I em Urgência	0.00	20.00	20.00
2702 - Hospital Tipo II em Urgência	0.00	35.00	35.00
2703 - Hospital Tipo III em Urgência	0.00	50.00	50.00

CID:

S025, S028

CBO:

223110, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10061037, H.44014058

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.018-3 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DO MAXILAR SUPERIOR - LE FORT I

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 146,73 **Valor Hospitalar S.H.:** 217,82 **Valor Hospitalar Total:** 364,55

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

S024

CBO:

223110, 223146, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.44006055

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.019-1 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DO MAXILAR SUPERIOR - LE FORT II

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 181,92 **Valor Hospitalar S.H.:** 217,82 **Valor Hospitalar Total:** 399,74

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S024

CBO:

223110, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.44008058

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.020-5 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA UNILATERAL DA MANDIBULA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 146,66 **Valor Hospitalar S.H.:** 217,88 **Valor Hospitalar Total:** 364,54

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S024, S026

CBO:

223110, 223146, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.44001053

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.021-3 REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO TEMPORO-MANDIBULAR

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0

Valor Ambulatorial S.A.: 21,01 **Valor Ambulatorial Total:** 21,01

Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 21,01 **Valor Hospitalar Total:** 21,01

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

04 - AIH (Proc. Especial)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

02 - Hospitalar

Incremento:

S.A. S.H. S.P.

2701 - Hospital Tipo I em Urgência 0.00 20.00 20.00

2702 - Hospital Tipo II em Urgência 0.00 35.00 35.00

2703 - Hospital Tipo III em Urgência 0.00 50.00 50.00

CID:

S030

CBO:

223110, 223146, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051201, H.37015052, H.37016059

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.022-1 REVISAO E TROCA DE APARELHO GESSADO EM LESAO DE OSSOS DA FACE

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 22,11 **Valor Ambulatorial Total:** 22,11
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223108, 223110, 223146, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.09044019

04.14.01.023-0 SEPTOPLASTIA REPARADORA NAO ESTETICA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 1 **Número de Pontos:** 250
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00
Valor Hospitalar S.P.: 73,32 **Valor Hospitalar S.H.:** 140,43 **Valor Hospitalar Total:** 213,75

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

J342, J348, S020, S022, S031

CBO:

223110, 223147, 223149, 223268

Relatório Analítico de Procedimentos

Origem:

H.38006081

04.14.01.024-8 TRATAMENTO CIRURGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 5 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 2 **Número de Pontos:** 150

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 146,62 **Valor Hospitalar S.H.:** 226,47 **Valor Hospitalar Total:** 373,09

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

K076, M246, S026

CBO:

223110, 223146, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.37008056, H.38001039

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.025-6 TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BUCO-SINUSAL / BUCO-NASAL

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 2 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 1 **Número de Pontos:** 250

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 283,37 **Valor Hospitalar S.H.:** 216,28 **Valor Hospitalar Total:** 499,65

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

J018, J328, K046

CBO:

223110, 223146, 223149, 223268

Origem:

H.44017049

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.026-4 TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BUCO-SINUSAL EM PACIENTE C/ DEFORMIDADES

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 1 **Número de Pontos:** 250

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 327,10 **Valor Hospitalar S.H.:** 217,64 **Valor Hospitalar Total:** 544,74

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

Q188

CBO:

223110, 223149, 223268

Origem:

H.44030045

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.027-2 TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA CUTANEA DE ORIGEM DENTARIA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 2 **Número de Pontos:** 250

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 146,74 **Valor Hospitalar S.H.:** 117,37 **Valor Hospitalar Total:** 264,11

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

K041, K046, K102

CBO:

223110, 223149, 223268

Origem:

H.44018045

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.028-0 TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA /OUTROS TUMORES

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 1 **Número de Pontos:** 250

Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00

Valor Hospitalar S.P.: 201,60 **Valor Hospitalar S.H.:** 200,80 **Valor Hospitalar Total:** 402,40

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

K056, K090, K091, K092, K099, K101

CBO:

223110, 223146, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.44007043

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.029-9 TRATAMENTO CIRURGICO EM OSSOS DA FACE

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 24,12 **Valor Ambulatorial Total:** 24,12
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223108, 223111, 223146, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.09024050, A.09034013

04.14.01.030-2 TRATAMENTO CIRURGICO EM OSSOS DO NARIZ

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 24,12 **Valor Ambulatorial Total:** 24,12
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223108, 223111, 223146, 223268

Origem:

A.09024042

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.01.031-0 TRATAMENTO CIRURGICO NO ARCO ZIGOMATICO

Sexo: Ambos	Idade Mínima: 0 Mes(es)	Idade Máxima: 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0	Qtd. Dias Permanência: 0	Número de Pontos: 0
Valor Ambulatorial S.A.: 24,12	Valor Ambulatorial Total: 24,12	
Valor Hospitalar S.P.: 0,00	Valor Hospitalar S.H.: 0,00	Valor Hospitalar Total: 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223108, 223111, 223146, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.09024034

04.14.01.032-9 TRATAMENTO CIRURGICO P/ ENUCLEACAO DE CISTO

Sexo: Ambos	Idade Mínima: 0 Mes(es)	Idade Máxima: 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 1	Qtd. Dias Permanência: 1	Número de Pontos: 250
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00	Valor Ambulatorial Total: 0,00	
Valor Hospitalar S.P.: 161,41	Valor Hospitalar S.H.: 199,70	Valor Hospitalar Total: 361,11

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

CID:

K047, K048, K090, K091, K092, K098, K099

CBO:

223108, 223110, 223111, 223112, 223147, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228,

Relatório Analítico de Procedimentos

223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

H.44005040

04.14.01.033-7 TRATAMENTO DE FRATURA DA MANDIBULA (POR HEMIFACE)

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 24,12 **Valor Ambulatorial Total:** 24,12
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223108, 223111, 223146, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.09024018

04.14.02.001-4 ALVEOLOTOMIA / ALVEOLECTOMIA (POR ARCO DENTARIO)

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 12,98 **Valor Ambulatorial Total:** 12,98
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

Relatório Analítico de Procedimentos

A.10051031

04.14.02.002-2 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURACAO RETROGRADA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0

Valor Ambulatorial S.A.: 21,92 **Valor Ambulatorial Total:** 21,92

Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051015, A.10051376

04.14.02.003-0 APROFUNDAMENTO DE VESTIBULO ORAL (POR SEXTANTE)

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0

Valor Ambulatorial S.A.: 21,92 **Valor Ambulatorial Total:** 21,92

Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051023

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.004-9 CORRECAO DE BRIDAS MUSCULARES

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 12,98 **Valor Ambulatorial Total:** 12,98
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051058

04.14.02.005-7 CORRECAO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 21,92 **Valor Ambulatorial Total:** 21,92
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051066

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.006-5 CORRECAO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 12,98 **Valor Ambulatorial Total:** 12,98
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051074

04.14.02.007-3 CURETAGEM PERIAPICAL

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 21,92 **Valor Ambulatorial Total:** 21,92
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051082

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.008-1 ENXERTO GENGIVAL

Sexo: Ambos	Idade Mínima: 0 Mes(es)	Idade Máxima: 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0	Qtd. Dias Permanência: 0	Número de Pontos: 0
Valor Ambulatorial S.A.: 2,56	Valor Ambulatorial Total: 2,56	
Valor Hospitalar S.P.: 0,00	Valor Hospitalar S.H.: 0,00	Valor Hospitalar Total: 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10021027

04.14.02.009-0 ENXERTO OSSEO DE AREA DOADORA INTRABUCAL

Sexo: Ambos	Idade Mínima: 0 Mes(es)	Idade Máxima: 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0	Qtd. Dias Permanência: 0	Número de Pontos: 0
Valor Ambulatorial S.A.: 12,98	Valor Ambulatorial Total: 12,98	
Valor Hospitalar S.P.: 0,00	Valor Hospitalar S.H.: 0,00	Valor Hospitalar Total: 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051090

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.010-3 EXCISAO DE CALCULO DE GLANDULA SALIVAR

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 2 **Número de Pontos:** 200

Valor Ambulatorial S.A.: 18,72 **Valor Ambulatorial Total:** 18,72

Valor Hospitalar S.P.: 160,08 **Valor Hospitalar S.H.:** 512,54 **Valor Hospitalar Total:** 672,62

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

02 - Hospitalar

03 - Hospital Dia

Atributo Complementar:

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

09 - Leito Dia / Cirúrgicos

CID:

C081

CBO:

223108, 223109, 223110, 223111, 223112, 223208, 223212, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.08011265, A.10051104, H.33702020

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.011-1 EXCISAO DE GLANDULA SUBMANDIBULAR / SUBMAXILAR / SUBLINGUAL

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 2 **Número de Pontos:** 200

Valor Ambulatorial S.A.: 21,01 **Valor Ambulatorial Total:** 21,01

Valor Hospitalar S.P.: 146,74 **Valor Hospitalar S.H.:** 453,40 **Valor Hospitalar Total:** 600,14

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

02 - Hospitalar

03 - Hospital Dia

Atributo Complementar:

004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

07 - Pediátricos

09 - Leito Dia / Cirúrgicos

CID:

C080, C081

CBO:

223108, 223110, 223111, 223112, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051120, H.33703027

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.012-0 EXODONTIA DE DENTE DECIDUO

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Atenção Básica

Tipo de Financiamento: 01 - Atenção Básica (PAB)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.03041018

04.14.02.013-8 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Atenção Básica

Tipo de Financiamento: 01 - Atenção Básica (PAB)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.03041026

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.014-6 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 12,98 **Valor Ambulatorial Total:** 12,98
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051147

04.14.02.015-4 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 12,98 **Valor Ambulatorial Total:** 12,98
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10021035

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.016-2 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 12,98 **Valor Ambulatorial Total:** 12,98
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10021051

04.14.02.017-0 GLOSSORRAFIA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Atenção Básica

Tipo de Financiamento: 01 - Atenção Básica (PAB)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223110, 223115, 223116, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051155

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.018-9 IMPLANTE DENTARIO OSTEOINTEGRADO EM PACIENTE C/ ANOMALIAS CRANIO-FACIAIS

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 260,10 **Valor Ambulatorial Total:** 260,10
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Alta Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

06 - APAC (Proc. Principal)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

Serviço / Classificação:

114 - Serviço de atenção em saúde bucal - 005 - Cirurgia oral

CID:

Q351, Q353, Q355, Q359, Q360, Q361, Q369, Q370, Q371, Q372, Q373, Q374, Q375, Q378, Q379, Q380, Q381, Q382, Q383, Q384, Q385, Q386

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10071024

04.14.02.019-7 IMPLANTE OSTEOINTEGRADO EXTRA-ORAL BUCO-MAXILO-FACIAL

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 3 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 1 **Qtd. Dias Permanência:** 3 **Número de Pontos:** 450
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00
Valor Hospitalar S.P.: 230,66 **Valor Hospitalar S.H.:** 2365,24 **Valor Hospitalar Total:** 2595,90

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Modalidade:

02 - Hospitalar

Atributo Complementar:

001 - Inclui valor da anestesia
004 - Admite permanência à maior

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico
07 - Pediátricos

Relatório Analítico de Procedimentos

CID:

K000, K004, K005, K009, K039, K055, K069, K081

CBO:

223110, 223149, 223224, 223268

Origem:

H.44040032

04.14.02.020-0 MARSUPIALIZACAO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)

Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0

Valor Ambulatorial S.A.: 12,98 **Valor Ambulatorial Total:** 12,98

Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051163, A.10051171

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.021-9 ODONTOSECCAO / RADILECTOMIA / TUNELIZACAO

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18 **Valor Ambulatorial Total:** 19,18
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223208, 223212, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051384

04.14.02.022-7 RECONSTRUCAO DE SULCO GENGIVO-LABIAL

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18 **Valor Ambulatorial Total:** 19,18
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051180

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.023-5 RECONSTRUCAO PARCIAL DO LABIO TRAUMATIZADO

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18 **Valor Ambulatorial Total:** 19,18
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223108, 223109, 223110, 223111, 223112, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051198

04.14.02.024-3 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18 **Valor Ambulatorial Total:** 19,18
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051210

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.025-1 REMOCAO DE CISTO

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18 **Valor Ambulatorial Total:** 19,18
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051228

04.14.02.026-0 REMOCAO DE CORPO ESTRANHO DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18 **Valor Ambulatorial Total:** 19,18
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223109, 223110, 223111, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051236

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.027-8 REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 11,36 **Valor Ambulatorial Total:** 11,36
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051244

04.14.02.028-6 REMOCAO DE FOCO RESIDUAL

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 11,36 **Valor Ambulatorial Total:** 11,36
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051260

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.029-4 REMOCAO DE TORUS E EXOSTOSES

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 11,36 **Valor Ambulatorial Total:** 11,36
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051252

04.14.02.030-8 RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE OSSEA / DENTARIA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 29,84 **Valor Ambulatorial Total:** 29,84
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223108, 223109, 223110, 223112, 223149, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051279

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.031-6 SELAMENTO DE FISTULA CUTANEA ODONTOGENICA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18 **Valor Ambulatorial Total:** 19,18
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051287

04.14.02.032-4 SINUSOTOMIA MAXILAR UNILATERAL

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18 **Valor Ambulatorial Total:** 19,18
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051295

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.033-2 TRATAMENTO CIRURGICO DE DENTE INCLUSO EM PACIENTE C/ ANOMALIA CRANIO-

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 126,00 **Valor Ambulatorial Total:** 126,00
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Alta Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

06 - APAC (Proc. Principal)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CID:

Q351, Q353, Q355, Q359, Q360, Q361, Q369, Q370, Q371, Q372, Q373, Q374, Q375, Q378, Q379, Q380, Q381, Q382, Q383, Q384, Q385, Q386

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051392

04.14.02.034-0 TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA INTRA / EXTRA-ORAL

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18 **Valor Ambulatorial Total:** 19,18
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223108, 223109, 223110, 223111, 223112, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051325, A.10051333

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.035-9 TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL

Sexo: Ambos	Idade Mínima: 0 Mes(es)	Idade Máxima: 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0	Qtd. Dias Permanência: 0	Número de Pontos: 0
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00	Valor Ambulatorial Total: 0,00	
Valor Hospitalar S.P.: 0,00	Valor Hospitalar S.H.: 0,00	Valor Hospitalar Total: 0,00

Complexidade: Atenção Básica

Tipo de Financiamento: 01 - Atenção Básica (PAB)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.03041069

04.14.02.036-7 TRATAMENTO CIRURGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL

Sexo: Ambos	Idade Mínima: 0 Mes(es)	Idade Máxima: 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0	Qtd. Dias Permanência: 0	Número de Pontos: 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18	Valor Ambulatorial Total: 19,18	
Valor Hospitalar S.P.: 0,00	Valor Hospitalar S.H.: 0,00	Valor Hospitalar Total: 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051040

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.037-5 TRATAMENTO CIRURGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)

Sexo: Ambos	Idade Mínima: 0 Mes(es)	Idade Máxima: 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0	Qtd. Dias Permanência: 0	Número de Pontos: 0
Valor Ambulatorial S.A.: 2,24	Valor Ambulatorial Total: 2,24	
Valor Hospitalar S.P.: 0,00	Valor Hospitalar S.H.: 0,00	Valor Hospitalar Total: 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10021019

04.14.02.038-3 TRATAMENTO DE ALVEOLITE

Sexo: Ambos	Idade Mínima: 0 Mes(es)	Idade Máxima: 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0	Qtd. Dias Permanência: 0	Número de Pontos: 0
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00	Valor Ambulatorial Total: 0,00	
Valor Hospitalar S.P.: 0,00	Valor Hospitalar S.H.: 0,00	Valor Hospitalar Total: 0,00

Complexidade: Atenção Básica

Tipo de Financiamento: 01 - Atenção Básica (PAB)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.03041050

Relatório Analítico de Procedimentos

04.14.02.039-1 TRATAMENTO EMERGENCIAL P/ REDUCAO DE FRATURA ALVEOLO-DENTARIA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 19,18 **Valor Ambulatorial Total:** 19,18
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.10051350

04.14.02.040-5 ULOTOMIA/ULECTOMIA

Sexo: Ambos **Idade Mínima:** 0 Mes(es) **Idade Máxima:** 110 Ano(s)
Qtd. Máxima: 0 **Qtd. Dias Permanência:** 0 **Número de Pontos:** 0
Valor Ambulatorial S.A.: 0,00 **Valor Ambulatorial Total:** 0,00
Valor Hospitalar S.P.: 0,00 **Valor Hospitalar S.H.:** 0,00 **Valor Hospitalar Total:** 0,00

Complexidade: Atenção Básica

Tipo de Financiamento: 01 - Atenção Básica (PAB)

Instrumento de Registro:

01 - BPA (Consolidado)

Modalidade:

01 - Ambulatorial

CBO:

223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 2232B1

Origem:

A.03041077, A.10051368

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
FR - 215146
Protocolo 133/2008

O grupo de trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa "**Estimativa de curso social de lesões traumáticas maxilo-faciais em crianças e adolescentes**", de responsabilidade do(a) pesquisador(a) Maria Angélica Lopes Chaves Mendonça, sob orientação do(a) Prof(a). Dr(a). Dalton Luiz de Paula Ramos.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 18 de setembro de 2008.

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP