**A ODONTOLOGIA HOSPITALAR E A
TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

OLGA MARIA PANHOCA DA SILVA

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de
Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo para obtenção do Grau
de Doutor.

Área de concentração:

Serviços de Saúde Pública

**ORIENTADOR: PROF. DR. ROBERTO AUGUSTO
CASTELLANOS FERNANDEZ**

São Paulo

1999

AGRADECIMENTOS

Meu sincero e profundo agradecimento à Prof. Associada Maria Lúcia Lebrão que, além de acreditar na possibilidade deste trabalho, orientou cuidadosamente todas as etapas do longo desenvolvimento do projeto até a análise final e, principalmente, pela dedicação e pelo apoio que só os grandes professores conseguem dar.

Agradeço também à Prof. Dra. Nilza N. da Silva pela criteriosa colaboração na amostragem e ao Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio pelas indicações de consultores que muito enriqueceram as minhas conclusões.

A todas as pessoas das instituições que foram objeto deste estudo e que responderam com consideração e interesse os questionários e entrevistas, assim como às que me auxiliaram na árdua consulta às fichas e prontuários.

A Celso Callegari da Silva, meu marido, pelas leituras e revisões constantes e a Luiz Panhoca, meu irmão querido, pelo apoio, dedicação e sugestões.

Esta tese foi realizada com o auxílio financeiro do CNPq (1994 e 1995) e FAPESP (1997 e 1998).

RESUMO

PANHOCA DA SILVA, OM. *A odontologia hospitalar e a traumatologia buco-maxilo-facial no Município de São Paulo*. São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Este estudo traz a traumatologia buco-maxilo-facial como problema de saúde pública no Município de São Paulo, a partir da descrição da dinâmica da rede de instituições governamentais e vinculadas ao sistema público que prestam esse atendimento, da verificação das instituições quanto o atendimento e reabilitação e do perfil da morbidade atendida em unidades de internações e unidades de emergência, através da especificação das consultas realizadas, segundo diagnóstico, causa, sexo, idade e instituição onde ocorreu o atendimento. **Método.** Triou-se as instituições que atendiam a emergência odontológica geral e a traumatologia buco-maxilo-facial através das fontes de dados governamentais do ano de 1996, meses ímpares (SIH-SUS e SIA-SUS) e configurou-se a rede de serviços através de questionários. Para os hospitais que atendiam a traumatologia buco-maxilo-facial elaborou-se uma amostra por conglomerado único, abrangendo 5% dos atendimentos de cada uma das instituições, onde foi estudada a morbidade. **Resultados.** Encontrou-se 57% dos atendimentos ligados à emergência odontológica comum e 34% à traumatologia buco-maxilo-facial, onde aparece prioritariamente o adulto jovem do sexo masculino, configurando um perfil semelhante ao encontrado na mortalidade por causas externas. Os atendimentos são feitos na maioria por unidades municipais, sendo que os mais graves ocorrem nos hospitais de ensino e pesquisa. **Conclusão.** As pessoas vítimas

de traumatismos buco-maxilo-faciais recebem na maioria somente o primeiro atendimento e a reabilitação com a reposição de dentes não ocorre, pois as instituições governamentais não contemplam esses procedimentos.

Descritores: Traumatologia buco-maxilo-facial. Odontologia hospitalar. Estudo de morbidade. Rede de atendimento odontológico governamental.

SUMMARY

PANHOCA OF SILVA, OM. The hospitalar odontology and bucal and maxillofacial traumatology of São Paulo city. São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objective. This study brings bucal and maxillofacial traumatology as a public health problem in São Paulo city, beginning with the dynamic of governmental institution net linked to public system which provides this attendance, the checking of institutions concerning attendance and rehabilitation and also the morbidity profile attended by internation and emergencial unities, through the specification of the consultations, made according to diagnosis, cause, sex, age and institution where the attendance occurred. **Method.** The institutions were selected according to sources of governmental data of 1996, odd months (SIH-SUS and SIA-SUS) and services net were shaped through questionnaires. To hospitals with bucal and maxillofacial traumatology attendance, a sample of single clousters was made, encompassing 5% of attendance of each institution where the morbidity was studied. **Results.** It was found that 57% of attendance linked at to common odontological emergency and 34% to bucal and maxillofacial traumatology, concentrated prioritarilly in the young adult male, configuring a profile similar to ones founds in external cause mortality. The attendance were made in great number by municipal units, and the most serious cases occurred in the teaching and researching hospitals. **Conclusion.** People with bucal and maxillofacial traumatisms receive in most cases only the first attendance and the

rehabilitation with dental replacement does not occur, therefore the governmental institutions do not provide these procedures.

Descritores: Bucal and maxillofacial traumatology. Hospitalar odontology.

Morbidity study. Governmental odontological attendance net.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	21
3 HIPÓTESE	22
4 DELIMITAÇÃO DO TEMA E DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	23
4.1 A POPULAÇÃO ATENDIDA	23
4.2 O CONTEXTO HISTÓRICO	24
4.3 OS TRAUMATISMOS BUCO-MAXILO-FACIAIS	26
5 MATERIAL E MÉTODO	29
5.1 IDENTIFICAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES	30
5.1.1 SIH-SUS	31
5.1.2 SIA-SUS	36
5.1.3 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	38
5.1.4 CONSOLIDAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES	40
5.1.5 INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE INFORMAÇÕES	44
5.1.6 VARIÁVEIS OBSERVADAS	44
5.2 ESTUDO DA MORBIDADE	50
5.2.1 AMOSTRAGEM	50
5.2.2 FONTES DE DADOS UTILIZADAS	51
5.2.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	55
5.2.4 VARIÁVEIS OBSERVADAS	55
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58

6.1 A MORBIDADE OBSERVADA E SEUS DETERMINANTES	58
6.2 A EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA HOSPITALAR E A TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL SOB A ÓTICA DAS INSTITUIÇÕES	97
6.3 O CONTROLE E A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À ODONTOLOGIA HOSPITALAR	108
7 CONCLUSÃO	136
8 SUGESTÕES	138
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
10 ANEXOS	151

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos diagnósticos selecionados segundo a CID-9	33
Quadro 2 - Instituições triadas para a verificação do atendimento à traumatologia buco-maxilo-facial no Município de São Paulo, 1996	41
Quadro 3 - Distribuição dos distritos administrativos agrupados em zonas do Município de São Paulo	46
Quadro 4 – In-stituições que atendem à traumatologia buco-maxilo-facial agrupadas segundo a natureza, Município de São Paulo, 1996	49
Quadro 5 - Modalidade do atendimento da odontologia hospitalar segundo as Instituições, Município de São Paulo, 1996	115

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Localização das instituições pelos subdistritos administrativos e zonas do Município de São Paulo, 1996/1997.....	105
Figura 2 – Matriz do atendimento odontológico e da traumatologia buco-maxilo-facial segundo a complexidade hospitalar e a forma de encaminhamento, Município de São Paulo, 1996/1997	118
Figura 3 - Localização das instituições que atendem odontalgias nos subdistritos segundo as zonas do Município de São Paulo, 1996/1997	120
Figura 4 - Localização das instituições que atendem traumatismo dental nos subdistritos segundo as zonas do Município de São Paulo, 1996/1997.....	123
Figura 5 - Localização das instituições que atendem a traumatologia buco-maxilo-facial nos subdistritos segundo as zonas do Município de São Paulo, 1996/1997.....	125
Figura 6 - Localização das instituições triadas para o estudo nos subdistritos segundo as zonas do Município de São Paulo, 1996/1997	127

Figura 7 - Matriz do atendimento odontológico e da traumatologia buco-maxilo-facial segundo localização geográfica e a forma de encaminhamento, Município de São Paulo, 1996/1997	130
Figura 8 - Matriz do atendimento odontológico e da traumatologia buco-maxilo-facial segundo a natureza e a forma de encaminhamento, Município de São Paulo, 1996/1997.....	132
Figura 9 - Matriz de reabilitação da traumatologia buco-maxilo-facial segundo a forma de encaminhamento, Município de São Paulo, 1996/1997	134

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Coeficientes de atendimento odontológico (por 1.000 habitantes da idade), segundo faixa etária e sexo, Município de São Paulo, 1996/1997	60
GRÁFICO 2 - Coeficiente de atendimento de traumatologia buco-maxilo-facial (por 1.000 hab. da idade) segundo faixa etária e sexo, Município de São Paulo, 1996/1997	69
GRÁFICO 3 - Número de atendimentos por sexo dos diagnósticos agrupados segundo <i>Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas</i>, CID-10, Município de São Paulo, 1996/1997.....	71
GRÁFICO 4 - Número de atendimentos dos diagnósticos de <i>ferimento da cabeça</i> classificados pela CID-OE segundo sexo, Município de São Paulo, 1996/1997	73
GRÁFICO 5 - Números de atendimentos dos diagnósticos de <i>traumatismo superficial da cabeça</i> classificados pela CID-OE segundo sexo, Município de São Paulo, 1996/1997 ...	74
GRÁFICO 6 - Número de diagnósticos de <i>Fratura do crânio e dos ossos da face</i> por tipo de fratura classificada pela CID-OE, segundo sexo, Município de São Paulo, 1996/1997	81
GRÁFICO 7 - Números de diagnósticos de fraturas de mandíbula, segundo localização anatômica, classificados pela CID-OE, Município de São Paulo, 1996/1997	83

GRÁFICO 8 - Número de atendimentos segundo a causa externa, Município de São Paulo, 1996/1997	88
GRÁFICO 9 - Número de atendimentos odontológicos gerais e de traumatologia buco-maxilo-facial segundo as instituições do Município de São Paulo, 1996/1997	97
GRÁFICO 10 - Distribuição do atendimento de traumatologia buco-maxilo-facial segundo a natureza das instituições, Município de São Paulo, 1996/1997.....	103

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa dos principais diagnósticos encontrados, agrupados segundo capítulos da CID-10, Município de São Paulo, 1996/1997	59
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos principais diagnósticos do grupo <i>Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares</i> segundo a classificação da CID-OE, Município de São Paulo, 1996/1997	62
Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa dos principais diagnósticos de <i>Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas</i>, segundo agrupamentos da CID-10, Município de São Paulo, 1996/1997	68
Tabela 4 - Números de atendimentos dos diagnósticos de <i>Outros traumatismos da cabeça e os não especificados</i>, CID-OE segundo sexo, Município de São Paulo, 1996/1997	75
Tabela 5 - Números de atendimentos dos diagnósticos de <i>Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos da cabeça</i>, CID-OE segundo sexo, Município de São Paulo, 1996/1997	76
Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa dos principais diagnósticos de <i>Fratura do crânio e dos ossos da face</i>, classificados pela CID-10, Município de São Paulo, 1996/1997	79
Tabela 7 – Número de atendimentos por traumatismos buco-maxilo-faciais no sexo masculino, segundo faixa etária e causa externa, Município de São Paulo, 1996/1997	90

Tabela 8 – Número atendimentos por traumatismos buco-maxilo-faciais no sexo feminino, segundo faixa etária e causa externa, Município de São Paulo, 1996/1997 _____ 90

Tabela 9 - Atendimento por traumatismos buco-maxilo-faciais segundo a causa externa e a natureza da lesão, Município de São Paulo, 1996/1997 _____ 93

Tabela 10 - Atendimento por fraturas dos ossos da face segundo a localização anatômica e a causa externa, Município de São Paulo, 1996/1997 _____ 94

Tabela 11 - Relação entre o atendimento da emergência odontológica geral e a traumatologia buco-maxilo-facial segundo natureza das instituições, Município de São Paulo, 1996/1997 _____ 99

Tabela 12 - Percentual da traumatologia buco-maxilo-facial no atendimento da emergência odontológica segundo a localização geográfica das instituições no Município de São Paulo, 1996/1997 _____ 101

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 CARTA ENVIADA PELO ORIENTADOR ÀS INSTITUIÇÕES _____ 152

Anexo 2 CARTA ENVIADA PELA PESQUISADORA ÀS INSTITUIÇÕES _____ 153

Anexo 3 QUESTIONÁRIO ENVIADO ÀS INSTITUIÇÕES _____ 154

Anexo 4 CARTA ENVIADA PELA PESQUISADORA ÀS INSTITUIÇÕES QUE NÃO RESPONDERAM AO QUESTIONÁRIO _____ 156

Anexo 5 FICHA DE CADASTRAMENTO DAS INFORMAÇÕES DOS PACIENTES ATENDIDOS _____ 157

Anexo 6 TELA DO BANCO DE DADOS QUE CONTÉM AS INFORMAÇÕES SOBRE OS PACIENTES ATENDIDOS _____ 158

CONVENÇÕES

Para facilitar a visualização das tabelas e gráficos utilizar-se-á a seguinte convenção:

Ambulatório A
Ambulatório de especialidade AE
Ambulatório regional especialidade ARE
Casa de saúde C
Centro de referência CR
Centro de referência e treinamento CRT
Faculdade F
Fundação FU
Hospital H.
Hospital geral HG
Hospital regional HR
Hospital infantil HI
Hospital universitário HU
Hospital municipal HM
Instituto I
Instituto brasileiro IB
Pronto-socorro PS
Pronto-socorro municipal PSM
Pronto-atendimento PA
Santa casa de misericórdia SCM
Sociedade assistencial SA
Unidade básica de saúde UBS
Universidade de São Paulo USP

Quanto ao atendimento, convencionar-se-á chamar de traumatismos buco-maxilo-faciais os atendimentos e acometimentos relativos a fraturas de ossos da face, e ferimentos de tecidos moles da região bucal realizados por equipes de cirurgiões dentistas com especialistas em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial. Pode-se supor que nesses atendimentos possam estar ocorrendo fraturas dentais e estas devem estar sendo observadas.

Quando ocorrerem fraturas dentais e luxações, sem o envolvimento descrito anteriormente chamar-se-á esse atendimento de traumatismos dentais, muito embora se saiba que as fraturas dentais possam ter comprometimento com o rebordo alveolar, mas esse tipo de lesão pode ser atendida como rotina da odontologia.

A partir da coleta dos dados sobre o atendimento, para resguardar as instituições, estas serão chamadas por um código alfanumérico evidenciando apenas a sua natureza. Este fato não afetará as conclusões deste trabalho e preservará as mesmas de algum constrangimento que poder-se-ia causar com a apresentação de sua produção.

Quanto aos dados do banco SUS, por estarem à disposição na Internet e em CD-rom, aparecerão com os respectivos nomes das instituições.

1 INTRODUÇÃO

A violência urbana, entendida em sua forma mais clara e direta como a criminalidade das grandes cidades, está diariamente nos jornais. Esta violência não tem como única causa a pobreza e a miséria que se abateram sobre a grande maioria da população (ALVES, 1992) após a falência do milagre econômico brasileiro; mas é com toda certeza, filha legítima desta situação (OLIVEIRA, 1993).

A insegurança e o medo invadem o espaço da própria moradia e das relações humanas, o sentimento de temor e insegurança é difuso, generalizado e alimentado pela engrenagem alucinante que isola os indivíduos, enfraquece os laços do homem com a comunidade e fragmenta o ser humano.

A ruptura do equilíbrio psicológico que a cidade provoca também produz desgraças domésticas. Mulheres e filhos espancados são cenas de violência que não raro acabam nas delegacias e desembocam, muitas vezes, em crimes contra a própria família (PIRES, 1985) . A violência é um problema mundial e pode ser observada mesmo nos países onde a segurança coletiva é encarada de frente; ela aparece nos torcedores de estádios, nas lutas separatistas, nos “serial killer”, nos “bombersman” (CASSWELL e col., 1982).

Uma sociedade violenta, que agride, dá muito pouco a seus indivíduos e cobra caro pelo simples espaço da sobrevivência, segregando alguns e privilegiando outros. Uma sociedade que produz imensas riquezas à custa do esforço de muitos e distribui injustamente em benefício de poucos impondo à grande maioria, em troca da sobrevivência para continuar produzindo bens que não usufrui , a espoliação da saúde,

do bem-estar, do equilíbrio físico e psíquico(YANG, 1981): enfim, a fragmentação da vida. É nesse modo de vida que surgem as diversas manifestações da violência, ora explícita, demonstrada com uma briga de bar resultando em um soco na cara, ora implícita como uma queda de uma criança que brinca em cima da laje da casa inacabada.

Chegamos pois a um universo maior para delimitar o que é violência urbana. Ela não pode ser reduzida à criminalidade, nem seus agentes podem ser confundidos exclusivamente com assaltantes e marginais. Abarca também o que alguns estudiosos chamam de “violência branca”, que pode ser resumida por uma série de pequenos crimes praticados diária e subterraneamente e acima de tudo acidentes que ocorrem por falta de condições habitacionais, de segurança no trabalho, de práticas esportivas violentas, lazer inadequado, enfim um modo de vida desorganizado e agressivo.

Esses acidentes, fatos que sem intenção produzem lesão corporal ou morte são também acontecimentos violentos e, assim como os suicídios, fazem parte das causas externas. São chamadas externas porque não se originam no organismo da pessoa, como as doenças de maneira geral e não são reações do organismo humano a estímulos externos. São atos ou acontecimentos externos que determinam lesões e estados patológicos em pessoas. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1978).

Em toda a América Latina as mortes, traumatismos e incapacidades ocorridos por causas externas estão aumentando a passos alarmantes. Tornou-se um problema de Saúde Pública bem caracterizado e muito debatido (LESER, 1988; ALVES, 1992). No Brasil estudos de mortalidade mostram que as mortes por causas violentas representaram em 1970 10,8% das mortes, aumentando para 11,9% em 1980 e 14,2% em 1990, acumulando um aumento de 32% nesses 20 anos. Dentre as

causas dessas mortes destaca-se o homicídio na cidade de São Paulo com uma taxa de 42,3 por 100 000 hab. no ano de 1990, enquanto se verificava 30,7 por 100.000 hab. em Nova York e 28,8 em Los Angeles (LOPES, 1994).

Os acidentes e violências em 1995 foram responsáveis por 75% do total de óbitos de jovens do sexo masculino e 40% para o sexo feminino e mostram uma tendência de crescimento (MELO JORGE, 1998).

A odontologia deve e pode estar preparada para se defrontar com esta metrópole violenta, verificando o que lhe é de direito neste contexto, que é a traumatologia buco-maxilo-facial. É seu dever entender, atender e prevenir.

Todas as necessidades sentidas pelas camadas populacionais de baixa renda de atenção à saúde dependem quase que exclusivamente de serviços públicos, resultando, frente à sua escassez, em um afluxo constante às unidades de emergência (PINTO, 1989; FUNDAÇÃO SEADE, 1992). Os serviços de emergência, de uma maneira geral, são usados para resolver problemas resultantes da incapacidade de atendimento à doença no sistema de saúde como um todo, (WHO, 1980) não diferindo quando se fala de odontologia.

As unidades de atendimento devem dar conta, nos pronto-socorros, dos problemas que se caracterizam como emergências, aliviando a expectativa do ponto de vista do paciente ferido, mas, nem por isso deixam de ter a sua determinação clara do ponto de vista epidemiológico (PEDROSO, 1984; SANTOS, 1988).

A emergência na área odontológica, embora não envolva risco de vida, é prontamente valorizada pela presença de dor, pela perda de função impossibilitando a alimentação e a fala ou pelo comprometimento estético (LASKIN, 1964; OKESON,

1995). Devemos observar os dois grandes determinantes das emergências: as condições violentas de vida e a falta de tratamento odontológico, evidenciados no contexto dos ambientes vividos pelos usuários (a casa, o bairro, o binômio trabalho-transporte) (JACOB, 1990). A atenção aos traumatismos buco-maxilo-faciais exige uma retaguarda tecnológica adequada e um perfil especializado de recursos que devem estar contemplados em alguns serviços.

A face é a chave de reconhecimento, o centro da atenção e nenhuma pessoa fica mais severamente marcada por um trauma do que aquela cuja face fica desfigurada (DEFELIPPI NOVOA e SAGASTUMA, 1967). A finalidade do tratamento é a restauração das relações anatômicas funcionais e incluem a restauração da oclusão dental funcional, assim como a restauração da simetria e da beleza intrínseca do semblante (DIGMAN e NATIVIG, 1983; GANDELMANN e CORTEZZI, 1986).

No tratamento de lesões e fraturas faciais é obrigação do serviço devolver ao paciente suas funções e aparências normais ou tão próximas ao normal quanto for possível, considerando-se, então, importantes tanto à função quanto a estética. Contudo, em alguns casos os problemas referem-se unicamente a função e em outros, unicamente à restauração da aparência. As instituições devem estar preparadas para encarar o atendimento nesse sentido amplo e não se justifica, com a atual tecnologia de que dispomos, abandonar o paciente antes que este esteja reabilitado.

A reabilitação deve ser entendida como a devolução da pessoa à sociedade, apta a voltar a atuar plenamente nos papéis nos quais ela atuava anteriormente ao traumatismo. Isso exige uma política de atendimento e um planejamento convenientemente traçados para serem executados (ELDERTON, 1990), a fim de

devolver o paciente a uma vida ativa e produtiva tão cedo quanto possível, com o mínimo de incapacidade funcional e estética e ainda com um custo viável (GANDELMANN e CORTEZZI, 1986).

A doença pode ser estudada, tanto do ponto de vista clínico como do social, sob vários aspectos dependendo do objetivo do pesquisador e das condições existentes para o estudo. Sob o aspecto epidemiológico observa-se não os traumatismos buco-maxilo-faciais mas a morbidade gerada por eles. Nenhuma doença pode ser totalmente explicada sendo que a morbidade aparece na população, intrincada por inúmeros fatores (variáveis) dinâmicos e é com certeza muito mais difícil de se quantificar e qualificar quando comparada à mortalidade (LEBRÃO, 1997).

Também há de se destacar que os estudos de morbidade são especialmente difíceis de serem conduzidos, pela diversidade de métodos que podem ser empregados e a dificuldade da classificação da morbidade, que pode ter uma causa com diversas lesões e conseqüências para sua saúde e nenhum estudo pode abranger todas essas variáveis. Por isso a descrição do método se faz tão primordial e a análise de resultados sempre deixa a desejar, induzindo a novos estudos (MONCIAUX e ROMER, 1991).

A morbidade por traumatologia buco-maxilo-facial pode, sob a ótica da formação dos recursos humanos em odontologia, encontrar-se com a especialidade de “cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial” e, do ponto de vista didático, deve estudar os procedimentos da área como cirurgias orais maior e menor, onde estão as extrações dentárias agrupadas no item cirurgias menores e as reduções de fraturas agrupadas no item de cirurgias maiores.

O que se observa na prática é um atendimento complexo, onde não se pode fazer essa precisa divisão, pois cirurgias maiores e menores podem ocorrer em uma pessoa em determinada situação, além do fato que as cirurgias menores podem complicar a ponto de se transformar em maiores. Portanto, sob a ótica da organização dos serviços, se encontra a “emergência odontológica e cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial” como uma unidade.

Esse enfoque vai ao encontro do próprio desenvolvimento da medicina que se estruturou na relação entre a experiência e a assistência, onde os socorros e o saber se constroem concomitantemente. É preciso situar o doente em um espaço coletivo e tempo determinado, onde a partir dessa fixação de variáveis torna-se a doença uma entidade homogênea e só aí pode-se fechar um diagnóstico.

O coletivo, no sentido do conhecimento dos padrões sadios e patológicos deve ser buscado, para o enquadramento da patologia através de uma classificação pré estabelecida. Os estudos de morbidade e mortalidade são enquadrados dentro de uma sociedade e delimitados no tempo (FOUCAULT, 1994).

Os estudos de morbidade por causas externas mostram mais claramente essa relação e o estudo da morbidade atendida mostra o relacionamento dessa sociedade dentro das políticas sociais, através da organização das instituições de atenção à doença, ou das preocupações com a prevenção. Ao estudar-se a morbidade atendida decidiu-se que a ótica da prática da atenção à saúde deveria ser a prevalente, pois toda a população estudada tem uma necessidade que aí também se reflete, e isto ocorre no mundo todo.

Apesar da complexidade de sua determinação, pode-se esboçar descrições através do estudo de algumas de suas variáveis. Esses estudos são delimitados principalmente pelas fontes de dados que são escassos.

Quando volta-se para o tema deste trabalho, a traumatologia buco-maxilo-facial no Município de São Paulo, a situação se agrava porque passa-se a ter como determinante o habitat da população, que é a cidade. Cada variável observada não pode se isolar de todos os fatores socio-econômicos, culturais e políticos que a permeiam, sendo portanto variáveis contextualizadas no tempo e lugar.

Este trabalho foi concebido na identificação dos serviços e na descrição das lesões decorrentes dos traumatismos buco-maxilo-faciais sofridos pela população.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é a caracterização da traumatologia buco-maxilo-facial como problema de saúde pública no Município de São Paulo, a partir:

- Da descrição da dinâmica da rede de instituições governamentais e vinculadas ao sistema público que prestam esse atendimento,
- Da verificação das instituições quanto ao atendimento e reabilitação, e,
- do perfil da morbidade atendida em unidades de internações e unidades de emergência, através da especificação das consultas realizadas, segundo diagnóstico, causa, sexo, idade, e instituição onde ocorreu o atendimento.

3 HIPÓTESE

Existe na rede de instituições do Município de São Paulo uma preocupação com o atendimento aos traumatismos buco-maxilo-faciais mas não existe uma estruturação da atenção a essa demanda e nem o enfoque da reabilitação do paciente do ponto de vista dental e oclusal. O paciente atendido pelo sistema público na pendência de seus próprios recursos para finalizar o tratamento.

4 DELIMITAÇÃO DO TEMA E DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

4.1 A POPULAÇÃO ATENDIDA

Este trabalho pretende estabelecer o perfil da morbidade atendida por traumatismo buco-maxilo-facial, no Município de São Paulo, através do estudo dos atendimentos prestados às pessoas pelo setor governamental, ou seja, Sistema Único de Saúde (SUS) e Programa de Assistência à Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (PAS).

Para tanto, é necessário identificar quem são essas pessoas partindo-se da descrição do Sistema de Saúde que é composto pelos setores público e privado. O setor privado é composto por instituições filantrópicas e instituições lucrativas sendo que as instituições filantrópicas, quase na sua totalidade, têm contratos de prestação de serviços com o SUS enquanto que apenas pequena parte das instituições lucrativas mantém esse vínculo (COHN e ELIAS, 1996).

O setor público pode ser dividido em três esferas, municipal, estadual e federal, ficando a rede de serviços, operacionalizada pelo Município e Estado.

Para estarem no SUS as instituições precisam ter sede no território do Município e terem suas ações desenvolvidas pelas unidades públicas ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas). Necessitam estar organizadas e coordenadas, de modo que o Município possa garantir

à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Entende-se que a maioria das pessoas vítimas de traumatismos buco-maxilo-faciais esteja sendo atendida nessa modalidade do Sistema porque são compelidas a ele pela situação emergencial da ocorrência da lesão ou por não terem recursos para frequentar o sistema privado.

Em termos gerais, em 1993, o setor privado foi responsável por apenas 19% das internações hospitalares do Brasil. Dos atendimentos ambulatoriais o setor público se responsabilizava por 70% no ano de 1990. Para a região metropolitana da Cidade de São Paulo, verifica-se a relação de um hospital público para 4,5 privados, sendo que 2/3 destes são não lucrativos (COHN e ELIAS, 1996).

Embora não se tenha como quantificar a população geral atendida, deixa-se claro que não fazem parte desse estudo as pessoas atendidas pelo Sistema Supletivo de Assistência Médica, ou seja: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, o seguro saúde, a auto gestão e os planos de administração.

4.2 O CONTEXTO HISTÓRICO

O SUS foi criado pela Constituição de 1988 e entende a saúde como “um processo socialmente determinado e como um direito universal derivado do exercício da cidadania plena. As ações de saúde são caracterizadas pela relevância pública, cabendo ao poder público regulamentar, fiscalizar e controlar essas ações, que integram o sistema único” (LEVCOVITZ, 1993). O modelo de saúde hegemônico passa a ter caráter público, ficando o setor privado como agente complementar ao Sistema Único de Saúde (JUNQUEIRA, 1996).

Para o Estado de São Paulo, a implantação do SUS ocorreu principalmente no interior, ficando o Município de São Paulo à margem desse processo com parte das instituições recebendo o repasse de recursos e com parte fora desse processo, chegando em 1996 a um estágio de cisão à ideologia do SUS, isto é, um rompimento da possibilidade da intersetorialidade da esfera municipal com a esfera estadual/federal e privada contratada. Nessa situação surgiu o Programa de Assistência à Saúde (PAS).

O PAS foi instituído pela Lei 11.866 de 13 de novembro de 1995 e pelo conjunto de decretos e portarias do Executivo Municipal que o regulamenta, fundamentalmente o Decreto 35.726 de 16.11.95. Ele é constituído por 14 Módulos de Atendimento conveniados com a Prefeitura do Município São Paulo, através da Secretaria Municipal de Saúde e as cooperativas de trabalho, representadas pela Coperpas e Copermed, como parceria pública/privada na prestação de assistência à saúde. “Nesse convênio a municipalidade obriga-se a fornecer instalações e equipamentos para a prestação dos serviços de saúde, prover os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento do PAS e controlar e fiscalizar a prestação dos serviços. As cooperativas estão obrigadas a fornecer os recursos humanos necessários para o atendimento à saúde, prestando à população serviços de natureza preventiva e de assistência hospitalar e ambulatorial” (ELIAS e COHN, 1998). O PAS propõe-se a cobrir 4.950.569 habitantes (46% do total da população paulistana estimada para 1996) variando de acordo com os bairros que abrange, chegando a um máximo de proposição de cobertura (91% da população) para Pirituba e Perus e um mínimo (43% de cobertura) para a região do centro da cidade. Esse programa foi implementando os seus Módulos de Atendimento ao longo de 1996, sendo que a

maior parte deles já estava operacionalizada em junho desse ano. Houve, portanto, uma reestruturação do atendimento à população que se refletiu nas instituições da cidade como um todo” (ELIAS e COHN, 1998).

4.3 OS TRAUMATISMOS BUCO-MAXILO-FACIAIS

A face tem na fragilidade de seus ossos a grande resistência que é a preservação da vida. Quando a face sofre um grande impacto, seus ossos se fraturam e se cominutam facilmente absorvendo assim a força impactante e protegendo a caixa craniana de maiores intercorrências (HILL, 1989). Um impacto que no crânio poderia levar a morte imediata, se aplicado no terço médio da face, causaria apenas fraturas e rarissimamente, uma perda de consciência (BANKS, 1987).

A face é uma estrutura complexa, feita para suportar a mastigação, proteger as funções vitais e alojar os órgãos do sentido. Portanto, tolera bem forças que venham da mastigação, mas muito mal forças em outras direções. A força da mastigação é distribuída para a base do crânio através das linhas de reforço da maxila e mandíbula e amortecida pela articulação temporomandibular (ATM), aliviando a região nasal que é muito frágil. Os ossos nasais são muito pouco resistentes, seguindo-se imediatamente em fragilidade o arco zigomático e que tem particular fragilidade nas mulheres (HILL, 1989). A maxila, embora resistente, tolera mal impactos horizontais (GREGORI, 1989).

Os ossos faciais são muito interligados, sendo bastante comuns fraturas múltiplas, isto é, em mais de um osso ao mesmo tempo. Para as fraturas que incidem sobre o complexo zigomático achou-se que 48,5% resultam em afundamento total e 11,9% cominutam (TURCO e col., 1989). Nas fraturas de terço médio da face

podem ocorrer até 70 fragmentos ósseos, exigindo assim procedimentos reparativos altamente complexos.

Para se entender essa traumatologia de uma maneira mais sistemática divide-se a face em três segmentos: terço baixo ou mandibular, terço superior ou frontal e terço médio. O terço frontal é considerado pela traumatologia craniana (estando fora do objetivo deste trabalho). O terço mandibular é delimitado pela região da mandíbula, incluindo o processo alveolar, todos os dentes e a ATM. O terço médio que abarca 13 dos 14 ossos da face, delimita-se abaixo do ossos temporais, acima do processo alveolar da maxila e lateralmente à frente do pavilhão auditivo. No terço médio encontram-se os ossos maxilares, palatinos, zigomáticos¹, lacrimais, próprios do nariz, cornetos inferiores e o vomer. Esses ossos interligados determinam a região bucal (onde estão os dentes e a língua), a região nasal e os seios paranasais ou maxilares. Essas regiões se comunicam entre si, sendo que a boca se comunica posteriormente com o nariz pela orofaringe. A delimitação interna da face com o crânio se dá pelos ossos que formam a base do crânio e muitas vezes estes se fraturam juntamente com os ossos ditos propriamente da face, sendo eles (imaginados através de uma linha bizigomática): o osso etmóide, a porção orbito-nasal do osso frontal e o lado inferior do osso esfenóide (FIGUN e GARINO, 1978).

¹ Embora pela normatização da nomina-anatomica deva ser usado o termo “zigomático”, a CID usa a denominação antiga “malar”, portanto, ao classificar-se as fraturas usar-se-á o nome descrito na CID-10, adotada como padrão internacional para a classificação dos diagnósticos; sendo assim, o nome malar aparecerá nas descrições de tabelas e gráficos que resultaram da aplicação da CID.

A relação de oclusão central² é a base fundamental dos esforços realizados durante a mastigação e de todos os movimentos que a mandíbula realiza, através da ATM, tanto para falar, quanto mastigar, deglutir, etc. Quando ocorre uma perda dental ou fraturas ósseas que destruam essa relação organizada, ocorre um desequilíbrio de todos os elementos restantes e interdependentes (distribuição das forças mastigatórias, movimentos musculares, ligamentos periodontais, ATM, etc.). Para preservar as funções básicas, o corpo rearranja essa relação, dando origem às seqüelas e disfunções.

É importante salientar que os dentes em oclusão ajudam a mitigar as forças externas exercidas sobre a região e verifica-se na literatura relato de maior incidência de fraturas em desdentados (HILL, 1989).

Portanto, após fraturas múltiplas e perdas dentárias é necessária uma reabilitação completa, verificando-se os posicionamentos ósseos, as relações musculares e articulares onde ocorra a reposição dos dentes perdidos.

² A oclusão dental central é a posição normal da mandíbula onde ocorre o maior número de pontos de contato dos planos inclinados oclusais dos dentes, quando os dentes da mandíbula se embricam com os dentes da maxila cerrando-se completamente.

5 MATERIAL E MÉTODO

Para se atingir os objetivos propostos teve-se que estabelecer uma hierarquização de etapas de trabalho a fim de chegar aos dados sobre as pessoas vítimas de traumatismos buco-maxilo-faciais. A primeira etapa foi identificar no sistema de atendimento governamental as instituições que atendiam a essa patologia (**identificação das instituições**), a segunda etapa foi descrever essas instituições quanto ao atendimento (**descrição das instituições**) e a terceira foi estudar em cada uma das instituições selecionadas essa morbidade (**estudo da morbidade**).

Optou-se por um estudo epidemiológico descritivo dos traumatismos buco-maxilo-faciais por não se encontrar parâmetros dessa morbidade na literatura e por não se ter dados catalogados anteriormente disponíveis para estudo.

Para a seleção das variáveis centrais do estudo, partiu-se da identificação e do entendimento do setor da saúde e do sistema de cuidado à saúde voltado para a traumatologia. Para tanto adaptou-se a proposta de observação para acidentes e traumatologia, da Organização Mundial da Saúde (STEERING COMMITTEE ON FUTURE HEALTH SCENARIOS, 1989) resultando para o Município de São Paulo os questionamentos:

- Qual a casuística (tipo de injúria e quantidade) de traumatismos buco-maxilo-faciais atendidos,
- Quais são as instituições (nome e natureza) que atendem a essas pessoas,
- Como estas instituições estão hierarquizadas,
- Onde estão localizadas (bairros e zonas),

- E se conseguem devolver as pessoas reabilitadas para a sociedade.

Serão buscados os dados para a caracterização desses questionamentos ao longo da observação das três etapas de trabalho. Algumas variáveis serão observadas em mais de uma etapa do trabalho, trazendo informações que serão comparadas entre si na ocasião da análise.

5.1 IDENTIFICAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

Para a identificação dos serviços que prestavam o atendimento à traumatologia buco-maxilo-facial utilizou-se as informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Mapa de Urgência e Emergência da Secretaria da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (SMS), retrospectivamente, para o ano de 1996. Esses bancos de dados constituíam as informações anuais mais recentes de que se dispunham. O enfoque para a determinação das variáveis foi amplo, pois o objetivo nesta etapa do trabalho foi a identificação de todas as instituições que poderiam estar atendendo à essa especialidade, não se podendo correr o risco de perda de informação nessa fase preliminar. Estabeleceu-se, então, selecionar todas as instituições que prestaram um atendimento ou mais, nos meses ímpares do ano de 1996, no Município de São Paulo.

Os dados do SUS têm a lógica do pagamento por produção, abarcando todas as instituições prestadoras de serviços, inclusive o setor público e originando dados que, embora não sejam os ideais do ponto de vista epidemiológicos, estão à disposição de todo e qualquer interessado. Temos, assim, dois tipos de dados, o banco do SIH-SUS, que tem origem na remuneração das internações hospitalares e o

SIA-SUS, que tem origem na remuneração dos procedimentos realizados durante os atendimentos ambulatoriais, de prontos-socorros e nos serviços de apoio diagnóstico-terapêutico.

Muitos atendimentos ocorrem em unidades de emergência e ambulatorios justificando-se a busca das informações sobre as pessoas nessas duas fontes de dados pela observação da traumatologia buco-maxilo-facial, que na maioria das vezes, não tem gravidade para gerar uma internação hospitalar (MARQUEZ, 1986).

Além das instituições do SUS foi necessário também se buscar os Serviços da Prefeitura do Município de São Paulo pois, devido ao fato de o Município não ter ainda seus serviços de saúde municipalizados, permanecem independentes (isolados) do SUS.

Tendo cada fonte de dados uma lógica diferente, foram então escolhidas as variáveis para se identificar as instituições dentro da possibilidade de informações que cada fonte continha (COLIMON, 1990). Portanto, optou-se por variáveis diferentes em cada um dos três bancos, mas que apontavam para o objetivo desta fase do trabalho e que serão descritas e detalhadas a seguir.

5.1.1 SIH-SUS

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde contém os dados sobre as internações hospitalares de todos os Municípios do Brasil, colhidos dos hospitais através do documento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Desse banco foram colhidas as informações para configurarem as seguintes variáveis: diagnóstico, sexo, idade e natureza da instituição.

Diagnóstico: foram definidos os diagnósticos pertinentes à área de traumatologia buco-maxilo-facial, codificados pela Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão, (CID-9) (OMS, 1980), que é a versão utilizada nesse banco de dados, conforme o Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Descrição dos diagnósticos selecionados segundo a CID-9

CID-9	DIAGNÓSTICO
525.1	Perda de dentes devida a acidente, extração ou doença periodontal localizada
525.8	Outras doenças e afecções dos dentes e de suas estruturas de sustentação
525.9	Doenças e afecções dos dentes e de suas estruturas de sustentação, não especificadas
784.7	Epistaxe
802.0	Fratura dos ossos nasais, fechada
802.1	Fratura dos ossos nasais, aberta
802.2	Fratura da mandíbula, fechada
802.3	Fratura da mandíbula, aberta
802.4	Fratura dos ossos malar e maxilar, fechada
802.5	Fratura dos ossos malar e maxilar, aberta
802.6	Fratura do assoalho da órbita (explosão), fechada
802.7	Fratura do assoalho da órbita (explosão), aberta
802.8	Fratura de outros ossos da face, fechada
802.9	Fratura de outros ossos da face, aberta
804.0	Fraturas múltiplas atingindo o crânio/face com outros ossos, fechada sem menção de lesão intracraniana
804.1	Fraturas múltiplas atingindo o crânio/face com outros ossos, fechada com lesão intracraniana
804.2	Fraturas múltiplas atingindo o crânio/face com outros ossos, aberta sem menção de lesão intracraniana
804.3	Fraturas múltiplas atingindo o crânio/face com outros ossos, aberta com lesão intracraniana
830.0	Luxação temporomandibular simples
830.1	Luxação temporomandibular composta
873.2	Ferimento do nariz, sem menção de complicação
873.3	Ferimento do nariz, complicado
873.4	Ferimento da face, sem menção de complicação
873.5	Ferimento da face, complicado
873.6	Ferimento das estruturas internas da boca, sem menção de complicação
873.7	Ferimento das estruturas internas da boca, complicado
873.8	Outros ferimentos da cabeça e os não especificados, sem menção de complicação
873.9	Outros ferimentos da cabeça e os não especificados
905.0	Efeitos tardios de fratura do crânio e dos ossos da face
932.	Corpo estranho no nariz
935.0	Corpo estranho na boca
959.0	Outros traumatismos e os não especificados, da face e pescoço

Sexo: o serviço admite essa variável nos itens masculino, feminino e ignorado. Foram aproveitados os casos de sexo ignorado para a análise das outras variáveis, uma vez que o atendimento pode ser identificado.

Idade: essa variável foi classificada nas seguintes faixas etárias:

- 0 a 4 anos,
- 5 a 9 anos,
- 10 a 14 anos,
- 15 a 19 anos,
- 20 a 29 anos,
- 30 a 39 anos,
- 40 a 49 anos,
- 50 a 59 anos,
- 60 a 69 anos,
- 70 anos e mais

Essas faixas foram escolhidas para coincidir com aquelas fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo Demográfico e Estimativas - para o Município de São Paulo, população residente, 1996. Para este estudo, por ser necessária maior ênfase até 19 anos as faixas foram divididas a cada 5 anos e a partir daí, em intervalos de 10 anos, sendo que última faixa agrupa as pessoas com idade superior ou igual a 70 anos, devido à baixa incidência de atendimentos para esse grupo.

Natureza³: Possibilita a verificação da relação da instituição com o SUS através das categorias: estaduais, municipais, contratados, filantrópicos e universitários de pesquisa.

Para esclarecer essa variável e possibilitar uma discussão desses resultados sob a ótica da configuração do sistema de atendimento, definir-se-à com mais detalhe cada categoria observada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

- Os Hospitais públicos são hospitais que integram o patrimônio da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), assim como as autarquias, as fundações instituídas pelo poder público, as empresas públicas e as sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado).
- Os Hospitais contratados são hospitais privados ou particulares que têm fins lucrativos e integram o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público.
- Os Hospitais filantrópicos são hospitais privados que reservam para a população carente serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remuneram os membros de sua diretoria nem de seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros reverterem exclusivamente à manutenção da instituição.
- Os hospitais de ensino e pesquisa são hospitais públicos ou privados que, além de ter as suas funções tradicionais, também são centros formadores de recursos humanos em saúde e permanecem ligados a escolas de ensino médico e paramédico.

³ A descrição e aplicação desta variável será mantida para todas as fontes onde ela aparecer.

Após a aplicação dos critérios de triagem selecionou-se 40 instituições que tiveram uma ou mais internações pagas pelo SUS, segundo os diagnósticos escolhidos.

5.1.2 SIA-SUS

O Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) do Ministério da Saúde contém os dados sobre os procedimentos realizados segundo cada especialidade, para todos os atendimentos médicos efetuados em regime de não internação no Brasil, segundo os Municípios, em todos os níveis de gestão do SUS.

O SIA-SUS apresenta os atendimentos codificados segundo procedimento realizado, não contendo os diagnósticos correspondentes. Também não apresenta dados sobre sexo e idade, impossibilitando, assim, a utilização destas variáveis para um estudo epidemiológico. Os procedimentos se encontram agrupados e codificados segundo a Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, de forma que não se pode afirmar que o atendimento foi gerado exclusivamente por intercorrências da área da traumatologia buco-maxilo-facial.

Escolheu-se, então, como variáveis nesta fonte de dados, a natureza das instituições e os grupos de procedimentos.

Procedimento: Os grupos de procedimentos 251-8, 253-4, 255-0 e 261-5, especificados a seguir, foram selecionados para observação por representarem os atos mais comuns realizados na cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial. Muito embora não sejam exclusivos dessa área, abarcam a maior parte dos atos reparativos prestados nos atendimentos.

251-8 CIRURGIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA E FACE

- aprofundamento de vestibulo por arcada
- correção de hipertrofia da arcada bucal
- excisão em cunha de lábio e sutura
- excisão de glândula submaxilar
- reconstrução de sulco gengivo-labial
- reconstrução parcial de lábio traumatizado
- remoção de corpo estranho da cavidade oral
- remoção de cálculo salivar
- selamento de fistula cutânea odontogênica
- tratamento cirúrgico de fistula buco-sinusal

253-4 CIRURGIA TECIDOS DUROS DA BOCA E FACE I

- alveolotomia por arcada
- remoção de foco residual
- extração de dente incluso ou impactado
- cirurgia de tórus palatino ou mandibular
- correção de tuberosidade

255-0 CIRURGIA TECIDOS DUROS DA BOCA E FACE II

- apicetomia ou curetagem apical
- apicetomia com obturação retrógrada
- cirurgia para enucleação de cisto
- cirurgia de osteoma, odontoma e outros tumores
- cirurgia com finalidade ortodôntica, laçada, tunelização
- redução incruenta de articulação têmporo-mandibular
- reimplantação de dente por elemento
- retirada de corpo estranho na intimidade dos ossos da face
- sinusotomia maxilar (odontogênica) cada lado
- tratamento conservador de osteomelite da face.

261-5 TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL

- Fratura de mandíbula unilateral, redução incruenta
- fratura de mandíbula, bilateral, redução incruenta
- tamponamento nasal posterior
- redução incruenta de fratura nasal
- tratamento conservador de fratura dos ossos da face.

Natureza. Foi utilizado o critério descrito para o SIH-SUS.

Após a aplicação dos critérios de triagem selecionou-se 35 instituições que tiveram um ou mais atendimentos pagos pelo SUS, segundo os grupos de procedimentos escolhidos.

5.1.3 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Os dados obtidos do mapa de produção “Urgência e Emergência” da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (SMS) completam a triagem das instituições do sistema governamental com as informações sobre o atendimento à traumatologia buco-maxilo-facial executados pelas instituições municipais.

A lógica desses dados é a quantidade de pacientes atendidos, sem estarem subdivididos por sexo e idade, e sem especificar se foram atendidos em unidades de internação, prontos-socorros ou ambulatorios. As informações sobre a traumatologia buco-maxilo-facial aparecem nesse mapa agrupadas ora segundo procedimento realizado e ora segundo diagnósticos encontrados.

Decidiu-se abarcar todas as instituições que tiveram um ou mais pacientes atendidos para a realização de procedimento ou com indicação de diagnóstico pertinente. Alguns procedimentos não se incluem no mapa como reduções incruentas

e contenções dentais, assim também diagnósticos como: fratura dental, luxação dental, etc.

A variável observada foi o procedimento/diagnóstico já que a SMS não dispõe de dados sobre sexo e idade.

Procedimento: a partir do banco de dados da PMSP foram selecionados os seguintes procedimentos ou diagnósticos listados a seguir:

- ferimento corto-contuso na boca e anexos,
- ferimento corto-contuso na face,
- ferimento lacero-contuso,
- ferimento perfuro-contuso,
- fratura de alvéolo dentário unilateral,
- fratura de alvéolo dentário bilateral,
- fratura de malar - redução incruenta,
- fratura mandibular unilateral - redução incruenta,
- fratura mandibular bilateral - redução incruenta,
- fratura de maxila tipo Le Fort I - redução incruenta,
- fratura de maxila tipo Le Fort II - redução incruenta,
- reconstrução parcial de lábio traumatizado,
- vestibuloplastia,
- reconstrução de sulco gengivo-labial,
- redução incruenta de articulação temporomandibular,
- redução incruenta de fratura nasal,
- remoção de corpo estranho na cavidade oral,
- remoção de corpo estranho na face,
- retirada de corpo estranho na intimidade dos ossos da face,
- tamponamento nasal posterior e
- tamponamento nasal anterior.

Adotando-se o mesmo critério das outras fontes chegou-se então 17 instituições municipais.

5.1.4 CONSOLIDAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

Da união das informações obtidas nas três fontes acima descritas, após a devida interpolação, obteve-se 69 instituições, relacionadas no Quadro 2, que teriam a possibilidade de estar atendendo aos traumatismos buco-maxilo-faciais, mas que por possíveis sobreposições de procedimentos e diagnósticos com áreas correlacionadas à traumatologia buco-maxilo-facial, como por exemplo, cirurgias plásticas na face, otorrinolaringologia, cirurgias oncológicas bucais e procedimentos odontológicos de emergência, era necessário ir mais a fundo para identificar a natureza do atendimento. Portanto, para chegar-se às instituições que realmente atendiam ao interesse desse trabalho aplicou-se um questionário a cada uma das instituições a respeito da especificidade dos seus atendimentos (Anexo 3).

Quadro 2 - Instituições triadas para a verificação do atendimento à traumatologia buco-maxilo-facial no Município de São Paulo, 1996

INSTITUIÇÕES DE ENSINO E PESQUISA	
HOSP. DAS CLÍNICAS/FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA/USP	
HOSP. UNIVERSITÁRIO/USP	
HOSP. WLADIMIR ARRUDA/ORG. SANTAMARENSE DE EDUCAÇÃO E CULTURA	
HOSP. SÃO PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA	
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO/FAC. C. MED. S. CASA	
CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	
FACULDADE DE ODONTOLOGIA/USP	
INSTITUIÇÕES ESTADUAIS	
AMB. ESPECIALIDADE DO PARI	
AMB. JARDIM CLIPER	
AMB. REG. ESPECIALIDADE CENTRO NGA 55	
C.S. II JARDIM CASTRO ALVES	
C.S. II VILA MANCHESTER	
HOSP. PÉROLA BYGTON/CENT. REF.S.MULHER NUT DESENV. INFANTIL	
CENTRO DE REF. E TREINAMENTO DE AIDS	
C.S. II CIDADE PATRIARCA	
HOSP. DR. ÁLVARO SIMÕES DE SOUSA	
HOSP. INFANTIL DARCY VARGAS	
HOSP. BRIGADEIRO	
HOSP. DO MANDAQUI	
HOSP. GERAL DE GUAIANAZES	
HOSP. GERAL DE TAIPAS	
HOSP. GERAL DE VILA PENTEADO	
HOSP. HELIÓPOLIS	
HOSP. INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA	
HOSP. REGIONAL SUL	
HOSP. GERAL DE SÃO MATEUS	
HOSP. IPIRANGA	
INST. ASSISTÊNCIA MÉDICA DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL/HSPE	
INST. DO CORAÇÃO	
INST.DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS	
NGA 54 BELA VISTA	
U.B.S. GUAIANASES	

Continua

Continuação

INTITUIÇÕES MUNICIPAIS

HOSP. DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL
HOSP. MUN. DR. ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA
HOSP. MUN. DR. CARMINO CARICCHIO
HOSP. MUN. PROF. DR. ALÍPIO CORREA NETO
HOSP. MUN. DR. BENEDICTO MONTE NEGRO
HOSP. MUN. TIDE SETÚBAL
HOSP. MUN. DR. FERNANDO MAURO P. ROCHA
HOSP. MUN. PROF. WALDOMIRO DE PAULA
P.A. MAURICE PATE "PENHA DE FRANÇA"
P.S. CIDADE BANDEIRANTES
P.S. MUNIC. 21 DE JUNHO
P.S. MUNIC. MARIA ANTONIETA F DE BARROS
P.S. MUNIC. DA LAPA
P.S. MUNIC. DE PERUS
P.S. MUNIC. DR. LAURO RIBAS DA BRAGA
P.S. MUNIC. JOSÉ SYLVIO DE CAMARGO
P.A. DR. ATUALPA GIRÃO RABELO
P.A. DRA. GLÓRIA R. SANTOS BONFIM
P.A. PRES. JUSCELINO K DE OLIVEIRA

INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS

ASSOC. BENEF. DOS HOSPITAIS SOROCABANA
CASA DE SAÚDE D. PEDRO II/FUND. NELSON LÍBERO
INST. BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER
INST. DO CANCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO
REAL BENEMÉRITA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTO AMARO
SOCIEDADE ASSISTENCIAL BANDEIRANTES

INSTITUIÇÕES CONTRATADAS

ASSOC. PAULISTA PARA A CORREÇÃO DOS DEFEITOS DA FACE
CLÍNICA INFANTIL DO IPIRANGA
HOSP. A.C. CAMARGO
HOSP. DA SAÚDE LTDA.
HOSP. E MAT. LEÃO XIII/CÍRC. SOC. IPIRANGA
HOSP. MAT. P.S. NOSSA SENHORA DO PARI LTDA.
HOSP. MONUMENTO LTDA.
HOSP. SANTA EDWIGES/ SESI
INST. DIAG. E TRATAMENTO DO MORUMBI S/A
P.S. COM. VILA IOLANDA LTDA.
PRESTODONTO LTDA.

Para a verificação e descrição das 69 instituições selecionadas foi criado um canal de comunicação, através de cartas, visitas e questionários, tentando-se deixar aberto o caminho para a coleta de dados sobre a morbidade.

Fez-se primeiramente uma carta de apresentação da pesquisadora pelo orientador (Anexo 1), juntamente com uma carta apresentando os objetivos e propostas deste trabalho de forma resumida (Anexo 2), pedindo-se a colaboração da instituição em dois momentos: na descrição da instituição e no estudo da morbidade. Enviou-se o questionário a ser respondido pela instituição, apresentado no Anexo 3, com um envelope resposta, já selado e endereçado para o retorno do questionário. Tentou-se sempre facilitar o trabalho das instituições com cartas curtas, respostas fechadas, envelope já selado e endereçado para o retorno da resposta.

Esse conjunto foi destinado ao Diretor Geral ou Clínico de cada uma das instituições identificadas, sendo entregue em mãos. Padronizou-se a entrada da correspondência via Diretor pois este é uma figura com poder de mando para responder ou delegar a outro de sua confiança a função de responder ao questionário e por ser um cargo comum a todas as instituições de saúde, independente do porte.

No momento da entrega anotou-se em protocolo o nome de quem recebeu a correspondência com ramal e telefone para contato. Após 15 dias da entrega os questionários não respondidos foram listados e as pessoas que constavam no protocolo de recebimento da correspondência foram contatadas via telefone. Quando, mesmo após muitos telefonemas, a instituição não respondia, foi entregue pessoalmente nova carta (Anexo 4), juntamente com o questionário e novo protocolo de recebimento.

Ao final do questionário foi colocada uma solicitação para que a pessoa inquirida se identificasse a fim de esclarecer-se eventuais dúvidas e para criar-se um contato no início da fase de estudo da morbidade.

5.1.5 INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE INFORMAÇÕES

O instrumento para coleta de informações sobre a descrição das instituições foi desenhado em forma de questionário (Anexo 3), onde tentou-se deixar as questões fechadas, facilitando o preenchimento e tabulação, mas com uma opção aberta para que a instituição tivesse a oportunidade de descrever as suas peculiaridades.

Através do questionário confirmar-se-ão as instituições que atendem à traumatologia buco-maxilo-facial, segundo critérios de hierarquização dos atendimentos, e buscar-se-á a rede de referência e a resolubilidade do atendimento.

O questionário foi pré-testado em três instituições que não se enquadravam no universo do estudo, localizadas no Município de Guarulhos e Santo André. Esse questionário foi revisto por docentes da disciplina de Semiologia do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

5.1.6 VARIÁVEIS OBSERVADAS

As variáveis bairro e nome que foram colhidas a partir do cadastro de instituições do SIA-SUS e, do PAS, obtidos da SMS, foram usadas no endereçamento da correspondência e para a identificação das mesmas.

Nome da Instituição: Será utilizado o nome da instituição seguido pelo nome da sua fundação mantenedora (para os casos pertinentes), de acordo com o cadastro dos bancos de dados do SUS.

Zonas geográficas: Apresentados segundo a configuração da divisão político-administrativa do Município de São Paulo de 1992, agrupa os distritos administrativos em cinco zonas. Na Figura 1 (pág. 105), ilustra-se a distribuição geográfica das instituições nos 96 distritos administrativos (SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, 1996).

Quadro 3 - Distribuição dos distritos administrativos agrupados em zonas do Município de São Paulo

Zona Norte:	Zona Sul:	Zona Leste:	Zona Oeste:	Centro:
1-Brasilândia	11-C Belo	37-Água Rasa	67-Alt Pinheiros	86-Bela Vista
2-Cachoeirinha	12-C Grande	38-Aricanduva	68-Ananguera	87-Belém
3-Jaçanã	13-C Limpo	39-Artur Alvim	69-Barra Funda	88-Bom Retiro
4-Mandaqui	14-Capão Redn	40-Cangaíba	70-Butantã	89-Brás
5-Santana	15-Cid Ademar	41-Carrão	71-Casa Verde	90-Cambuci
6-Tremembé	16-Cid Dutra	42-Cid Líder	72-Fregues do Ó	91-Consolação
7-Tucuruvi	17-Cursino	43-C Tiradentes	73-Jaguará	92-Liberdade
8-Vila Guilherme	18-Grajaú	44-E Matarazzo	74-Jaguareé	93-Pari
9-Vila Maria	19-Ipiranga	45-Guaianazes	75-Jaraguá	94-República
10-Vila Medeiros	20-Itaim Bibi	46-Iguatemi	76-Lapa	95-Sant Cecília
	21-Jabaquara	47-Itaim Paulist	77-Limão	96-Sé
	22-Jard Ângela	48-Itaquera	78-Perdizes	
	23-Jrd São Luiz	49-Jard Helena	79-Perus	
	24-Jd. Paulista	50-J Bonifácio	80-Pinheiros	
	25-Marsilac	51-Lajeado	81-Pirituba	
	26-Moema	52-Moóca	82-Rap Tavares	
	27-Morumbi	53-Parp Carmo	83-Rio Pequeno	
	28-Parelheiros	54-Penha	84-S Domingos	
	29-Pedreira	55-Ponte Rasa	85-V Leopoldina	
	30-Sacomã	56-SMi Paulista		
	31-Sant Amaro	57-São Lucas		
	32-Saúde	58-São Mateus		
	33-Socorro	59-São Rafael		
	34-Vil Andrade	60-Sapopemba		
	35-Vila Mariana	61-Tatuapé		
	36-Vila Sônia	62-Vila Curuçá		
		63-Vil Formosa		
		64-Vila Jacui		
		65-Vila Matilde		
		66-Vil Prudente		

As variáveis apresentadas a seguir foram inseridas nas questões do questionário.

Natureza da instituição: Para a determinação da natureza das instituições utilizou-se o critério descrito no SIH-SUS.

Unidade de atendimento: Para se resgatar a informação sobre essas pessoas traumatizadas, dentro das instituições, procurou-se determinar o local onde ocorreu o primeiro atendimento a elas, sendo esse local descrito como: Pronto-socorro ou Unidade de Emergência, Ambulatório, Unidade de Internação ou Outros. Cada instituição tem um fluxo físico de entrada do paciente e este fato gera diferentes tipos de registros e diversos arquivamentos.

Os prontos-socorros são unidades de atendimento contínuo para situações de urgência e emergência médica ou odontológica. Normalmente estão acoplados a um hospital mas apresentam leitos destinados à observação de curta duração ou para aguardar remoção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Tipo de atendimento: Para a especificação dessa variável realizou-se uma hierarquização do atendimento à emergência odontológica, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial através da escolha dos diagnósticos e sintomas mais comuns (sob a ótica do atendimento) dessa área (PANHOCA DA SILVA e col, 1996), sendo eles:

- dores de dente em geral, pulpites, pericoronarites, etc.
- escoriações, ferimentos corto-contusos e lesões de face.
- fraturas dentais, luxações dentais.
- fraturas de ossos da face tipo mandíbula, malar, nasal, etc.
- reconstruções de tegumento de face e enxertos ósseos.
- tumores benignos e malignos.
- diagnóstico de doenças dos tecidos moles e duros da face e boca.
- cirurgias ortognáticas
- Outros

Encaminhamento: Para as instituições que afirmavam não atender às pessoas com traumatologia buco-maxilo-facial, buscou-se a possibilidade da indicação por parte desse serviço de outros que atendiam essa casuística, isto é, a referência formal ou informal. Foi solicitada a citação do nome das instituições referenciadas para o atendimento.

Encaminhamento da reabilitação: No caso dos pacientes atendidos foi questionado se ocorria ou não a reabilitação oral. Quando isto não ocorria, solicitou-se a referência (citando-se os nomes da instituição referenciada) para os casos que tinham essa necessidade não realizada pela instituição. Questionou-se a existência de acordos informais ou formais.

As respostas dos questionários deram origem às planilhas que demonstrarão o relacionamento das instituições para encaminhamento e reabilitação. Após a verificação dos questionários respondidos onde algumas instituições apareciam duplicadas, isto é, embora fossem uma única entidade apareciam com nomes e endereços diferentes, e ainda para uma instituição que terceirizava o atendimento para outra e constavam na lista como duas entidades prestadoras de serviço distintas, fez-se novas visitas.

Chegou-se então a uma determinação final de 24 instituições a serem estudadas para a descrição da morbidade (Quadro 4).

Quadro 4 – Instituições que atendem à traumatologia buco-maxilo-facial agrupadas segundo a natureza, Município de São Paulo, 1996

INSTITUIÇÕES DE ENSINO E PESQUISA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS/FUND. FACULDADE DE MEDICINA/USP
IRM. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO/FAC. CIÊN. MÉD.
CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/USP
INSTITUIÇÕES ESTADUAIS
INSTITUTO ASSIST. MÉDICA SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL/HSPE
COMPLEXO HOSPITALAR HELIÓPOLIS
COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI
HOSPITAL GERAL DE VILA PENTEADO
HOSPITAL REGIONAL SUL
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS
INSTITUIÇÕES MUNICIPAIS
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA
HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. ALÍPIO CORREA NETO
HOSPITAL MUNICIPAL DR. FERNANDO MAURO PIRES ROCHA
HOSPITAL MUNICIPAL DR. CARMINO CARICCHIO
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL
P.S. MUNIC. JOSÉ SYLVIO DE CAMARGO
INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS
ASSOC. BENEFICENTE DOS HOSPITAIS SOROCABANA
SOCIEDADE ASSISTENCIAL BANDEIRANTES
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTO AMARO
CASA DE SAÚDE D. PEDRO II/FUNDAÇÃO NELSON LÍBERO
INSTITUIÇÕES CONTRATADAS
ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA A CORREÇÃO DOS DEFEITOS DA FACE
HOSPITAL MONUMENTO LTDA
HOSPITAL E MATERNIDADE LEÃO XIII/FUND NELSON LÍBERO
HOSPITAL MATER E P.S. NOSSA SENHORA DO PARI LTDA

5.2 ESTUDO DA MORBIDADE

Para se estudar a morbidade partiu-se da data de 1º de agosto de 1996 e observou-se até 31 de julho de 1997, perfazendo um período de um ano. Isto porque, a implantação do PAS dentro do Município de São Paulo e sua relação de conflito com o SUS, onde ocorreu o fechamento de alguns serviços de atendimento e a readequação de outros, impossibilitou a observação em período anterior, optando-se por estudar o período após essa reestruturação.

Os dados utilizados referem-se a pessoas cujas consultas estão arquivadas nas instituições onde elas foram atendidas. Estudou-se retrospectivamente as fichas desses atendimentos tanto nos serviços de emergência quanto nos prontuários. Enfocou-se portanto a morbidade atendida.

Optou-se pelo levantamento do primeiro atendimento do paciente, implicando em se conhecer o local, dentro de cada uma das instituições, onde essa primeira consulta ocorria e como seriam obtidas as informações para um período retrospectivo. Partiu-se então para uma série de visitas e conversas onde se localizou a fonte de dados a ser consultada.

5.2.1 AMOSTRAGEM

A população de estudo é composta por cerca de 40.000 primeiros atendimentos realizados, estimada a partir de um questionário aos profissionais responsáveis por cada uma das 24 instituições observadas. Com a finalidade de garantir estabilidade às estimativas de incidência de diagnósticos segundo as diversas variáveis a serem observadas nessa população optou-se pelo estudo de pelo menos 2000 atendimentos distribuídos proporcionalmente entre as instituições referidas

O procedimento de sorteio adotado foi o de conglomerados em estágio único (SILVA, 1997) chegando-se assim, a uma extração independente de 18 dias do período determinado para cada instituição; sendo que as 18 datas, a partir de 1º de agosto de 1996, eram diferentes para cada uma das instituições.

Foram coletados os primeiros atendimentos desprezando-se os retornos, os segmentos pós-cirúrgicos e os atendimentos que não se caracterizavam como a primeira busca do paciente para atendimento relativo à queixa em questão.

Segundo esta opção de amostra chegar-se-ia no final da coleta em no mínimo 2.000 primeiros atendimentos, pois, a fração esperada global de amostragem é igual a 24 instituições multiplicado por 18 dias, multiplicado por 4,63 sendo $24 \times 18 \times 4,63 = 0,05$. Relembrando que 4,63 é o número médio esperado de primeiros atendimentos em um dia por instituição. Se 40.000 é a população estimada, $40.000 \times 0,05 = 2.000$.

5.2.2 FONTES DE DADOS UTILIZADAS

Para cada local do hospital onde ocorria o primeiro atendimento ao paciente, (pronto-socorro, ambulatório, salas de odontologia, etc) identificou-se onde esse fato era anotado (livro, ficha, prontuário, etc), e a identificação da internação nos casos pertinentes. Verificou-se, também, onde e como estas informações estavam arquivadas. Foi estabelecido para cada serviço, como resgatar os dados, se através de prontuários médicos ou fichas de atendimento (D'AVILA, 1997).

Todo paciente ao ser atendido gera uma informação que é arquivada em prontuários quando ocorre hospitalização ou atendimento ambulatorial e em fichas no caso de consultas de emergência.

É usado o mesmo prontuário para os diferentes episódios de doenças ao longo da vida da pessoa, mas limita-se ao atendimento prestado por determinada instituição. Os prontuários são numerados e arquivados em ordem numérica.

As pessoas que são atendidas em unidades de emergência, dispensadas após consulta com ou sem procedimento ou após observação de duração inferior a 24 horas, tem como registro destas passagens pelas instituições as fichas de atendimento. Estas não constituem prontuários médicos e são arquivadas por dia da semana em lotes amarrados e guardados em prateleiras, normalmente em uma sequência de dias, sendo que cada atendimento gera uma folha de registro.

Para o levantamento desses registros, foi necessário se conhecer onde, dentro de cada uma das instituições, essa primeira consulta estava ocorrendo e como se obter as fichas de atendimento e os prontuários para os dias determinados.

Fez-se então visitas aos serviços a fim de se estabelecer um breve estudo para o direcionamento dessa coleta que foram seguidas por uma série de entrevistas.

Verificou-se também onde e como estas informações estavam arquivadas. Foi estabelecido, então, para cada serviço, como resgatar os dados, se através de prontuários ou fichas de atendimento.

De uma maneira geral pode-se destacar dois tipos de organização distintas: a organização do primeiro atendimento ou entrada do paciente no hospital via PS e a entrada via ambulatório e via PS.

Todos os hospitais municipais seguem o padrão de entrada via PS e registram em livro todos os atendimentos, gerando assim uma ficha para cada

atendimento. Essas fichas que informam se houve alta após o atendimento ou internação são arquivadas em pacotes diários.

O padrão “duas entradas”, ocorre na maioria dos hospitais estaduais e nos de ensino e pesquisa. Eles “triam” os pacientes mais graves para o PS e os menos graves são encaminhados verbalmente para o ambulatório. Geram então as fichas de pronto socorro e prontuários para os pacientes ambulatoriais. Seguem-se dois tipos de arquivamento, fichas pelo padrão “dia do atendimento” e os prontuários em sequência numérica.

Para todas as internações em ambos os modelos são criados prontuários. Conclui-se que os prontuários dos hospitais de padrão “uma entrada” são exclusivamente de pacientes que foram internados e pelo padrão “duas entradas”, existem prontuários para pacientes internados ou não. Os números dos prontuários são sequenciais.

Normalmente para o padrão “duas entradas” existe um livro de anotações somente para o ambulatório, sendo que alguns anotam o nome do paciente e alguns anotam o nome e o número do prontuário.

Os hospitais que são padrão “uma entrada” atendem em salas dentro do pronto socorro e realizam aí toda a evolução do paciente traumatizado, gerando assim uma grande quantidade de fichas (retorno para avaliação e procedimentos pós-operatórios), ou seja, um grande movimento de pacientes em P.S.

Alguns hospitais, embora seguindo o padrão “duas entradas”, subdividem o atendimento de odontologia em diversas clínicas de especialidades com espaços físicos distintos e livros de registro próprios. Reservam a traumatologia buco-maxilo-

facial só para a casuística específica. Existe ainda uma peculiaridade para um hospital de ensino e pesquisa, que por ser regionalizado, adota dois tipos de prontuários e dois arquivos distintos: um para pacientes da comunidade da universidade ao qual está ligado, ou seja, alunos, docentes e funcionários, e outro para pacientes da região de cobertura. Atende o PS gerando fichas que são anexadas aos prontuários nos casos citados acima e fichas avulsas arquivadas segundo o dia do atendimento para os pacientes avulsos, isto é, pacientes que pela gravidade são atendidos esporadicamente em seu PS.

Foi realizada uma análise criteriosa de cada serviço, com visita e diálogo para se poder determinar onde estava armazenada a informação que se desejava coletar. Isto demandou um grande tempo de observação e muita comunicação com cada uma das instituições, que só foi possível através dos canais estrategicamente abertos pela correspondência. Todos os entrevistados se lembravam do questionário e participaram da entrevista com muita cordialidade e interesse. A maioria agiu como facilitador no acesso aos prontuários e fichas.

Após a determinação do local onde estavam arquivados os dados, e com as datas foi-se a cada arquivo e transcreveu-se os dados para o instrumento de coleta (Anexo 5).

Deve-se destacar que o H BANDEIRANTES não permitiu o acesso a seus arquivos e após o levantamento de informações nas instituições: H DEFEITOS FACE e PRESTODONTO, verificou-se que não havia ocorrido atendimento nos dias sorteados para a coleta, totalizando assim, 21 instituições com atendimento.

5.2.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de informações sobre morbidade foi utilizado como base um formulário desenvolvido e aplicado em estudo que enfocava a classificação da morbidade por traumatologia buco-maxilo-facial. Partindo-se dessa experiência adaptou-se e redesenhou-se o formulário até sua adequação total e o resultado está mostrado no Anexo 5. Para se certificar da sua adequação, foi realizado um pré-teste do formulário em uma das instituições a ser estudada. Escolheu-se para tanto um hospital filantrópico do Município de São Paulo que conta com um serviço de traumatologia buco-maxilo-facial de referência nacional, estruturado como escola de aperfeiçoamento na especialidade. Aplicou-se o formulário em 250 atendimentos realizados e considerou-se o instrumento apto à coleta final.

Baseado no formulário apresentado foi desenhada a tela para o banco de dados a ser utilizado na realização da tese, conforme mostrada no Anexo 6.

5.2.4 VARIÁVEIS OBSERVADAS

Para caracterizar a morbidade por traumatismos buco-maxilo-faciais nas instituições escolhidas foram estudadas as variáveis:

Sexo, idade, nome e natureza da instituição, bairro e unidade de atendimento descritas anteriormente.

Número ou identificação da fonte consultada, tem a finalidade de possibilitar a identificação do atendimento e facilitar a checagem dos dados caso isso seja necessário. Anotou-se nesse campo os números de identificação de cada prontuário e de cada folha de atendimento.

Diagnóstico principal, sendo entendido como a afecção principal investigada ou tratada durante o episódio de importância. No caso da inexistência de um diagnóstico selecionar-se-á o sintoma descrito ou o problema principal. Foi usada para a classificação dos diagnósticos a Classificação Internacional de Doenças Em Odontologia e Estomatologia, (CID-OE) ou na sua inaplicabilidade a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão, (CID-10), sendo que, expressões que indicassem dúvidas quanto ao diagnóstico foram ignoradas, segundo a recomendação da CID-10 (OMS, 1996 e 1997).

Causa da lesão, para causas externas ou motivos violentos que originaram a afecção mórbida descrita no diagnóstico principal, utilizou-se a codificação pelo Capítulo XX da CID-10, Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade (LEBRÃO, 1993; 1997).

Para facilitar a análise as causas foram agrupadas em: queda, agressão, acidentes, acidentes de trânsito, atropelamento, ciclista traumatizado, forças inanimadas, forças animadas, arma de fogo e embriaguez.

Em forças animadas encontram-se os golpes, pancadas e mordeduras de animais, exceto as intencionais, que foram classificadas como agressões.

Em forças inanimadas encontram-se os contatos com objetos não definida a intenção, (facas, pedras, paus, etc.).

Tempo de permanência, aplicável apenas no caso de internação, utilizou-se o número de dias que a pessoa permaneceu hospitalizada pela afecção referida na variável diagnóstico principal.

Óbito: Escolheu-se essa variável para se identificar a ocorrência de morte nos casos atendidos por essa especialidade.

Os dados utilizados para a população foram coletados da Fundação SEADE, estimados para junho de 1996.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 A MORBIDADE OBSERVADA E SEUS DETERMINANTES

A característica dos diagnósticos encontrados mostrou que esses serviços atendem emergência odontológica de maneira ampla em relação à delimitação da traumatologia buco-maxilo-facial classicamente relatada na literatura.

As informações coletadas permitiram o reconhecimento de uma amostra de 2.134 atendimentos distribuída entre as 21 instituições estudadas compatível com a proposta de amostragem, sendo que, a distribuição dos atendimentos segundo os dias da semana foi considerada homogênea. Desses atendimentos, 1098 (51,4%) foram pessoas do sexo masculino, 1011 (47,4%) do feminino e para 25 atendimentos não foi descrito o sexo. Essa análise possibilita afirmar que as *Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas* representam de 32 a 37% dos casos odontológicos gerais.

Na Tabela 1 os diagnósticos encontrados estão agrupados segundo a classificação da CID-10. Verifica-se uma concentração de 1.269 atendimentos (59,5%), na categoria *Doenças do Aparelho Digestivo*, seguida pela categoria de *Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas*, com 734 casos (34,4%), tendo-se para os demais grupos apenas 6,1 % dos atendimentos.

Essa distribuição dos casos mostra que essa população está ainda sem condições de tratar as necessidades odontológicas básicas resultantes da cárie dentária, ainda que a sua prevalência esteja mundialmente em franco declínio, refletindo-se sobre os serviços de emergência mesmo que estes tenham retaguarda

hospitalar. PRICE (1979); FLEMING (1991) e ZENG e col. (1994) mostraram que está ocorrendo uma diminuição das consultas ambulatoriais e internações por essas doenças e um aumento dos casos originados nas causas externas. FERGUSON e col. (1992), através de um estudo em dois períodos distantes entre si por 10 anos, deixou clara essa afirmação.

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa dos principais diagnósticos encontrados, agrupados segundo capítulos da CID-10, Município de São Paulo, 1996/1997

<i>Diagnósticos</i>	<i>%</i>	<i>nº.casos</i>
Doenças do Aparelho Digestivo	59,5	1.269
Lesões, envenenamento e conseqüências de causas externas	34,4	734
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	2,2	47
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	0,9	20
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	0,9	20
Neoplasias (Tumores)	0,9	20
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	0,3	6
Doenças do Sistema Nervoso	0,3	6
Doenças do Aparelho Respiratório	0,2	4
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	0,2	4
Causas externas de morbidade e mortalidade	0,1	2
Doenças do Aparelho Circulatório	0,1	2
TOTAL	100	2134

O segundo maior grupo é o de lesões por causas externas, apresentando 734 atendimentos. Esse grupo requer, por sua gravidade, uma retaguarda de atendimento hospitalar e de profissionais especialistas integrados em equipes de atendimento imediato.

Ao se estimar, através da amostra observada, a demanda geral por emergência odontológica em hospitais, dentro do Município, percebe-se uma população de 42.680 casos, ou seja um coeficiente geral de atendimento de 4,2 por 1.000 habitantes.

Quanto à idade vê-se, através do coeficiente de atendimento, GRÁFICO 1, uma concentração de casos para os adolescentes e adultos jovens até 40 anos, declinando-se ao avançar a idade, sendo que as crianças se mantêm em um patamar intermediário. A literatura aponta sempre um acúmulo de casos de atendimento de emergência na faixa etária do adulto jovem, mas difere desses achados no que diz respeito às crianças e adolescentes.

GRÁFICO 1 - Coeficientes de atendimento odontológico (por 1.000 habitantes da idade), segundo faixa etária e sexo, Município de São Paulo, 1996/1997

Em odontologia de modo geral a idade é mais importante que o sexo na discussão dos determinantes das doenças, principalmente quando se fala da cárie e da doença periodontal, mas por tratar-se aqui da morbidade observada em serviços de

emergência, onde as lesões originadas nas causas externas são importantes, a análise segundo o sexo é decisiva. O sexo e a idade, embora não sejam determinantes dessas lesões, refletem a condição e a interação das pessoas na sociedade. Para a idade de 20 a 29 anos nota-se uma grande diferença entre os coeficientes do sexo masculino e do feminino.

Na categoria *Doenças do Aparelho Digestivo*, todos os diagnósticos (59,5% dos casos) pertencem ao grupo *Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares*, que contém os atendimentos resultantes da carência dessa população por um atendimento odontológico adequado e preventivo (PINTO, 1993). Isso fica evidente na leitura da Tabela 2 onde encontram-se 75,5% dos casos atendidos ligados à cárie e à doença periodontal, apesar de essas instituições serem hospitais e terem suporte para atendimentos complexos. Sob a ótica da hierarquização dos serviços esse fato é um absurdo, pois está se desperdiçando recursos tecnológicos e humanos altamente especializados em atendimentos de baixa complexidade, embora, sob o ponto de vista da população da cidade, estes são os únicos locais onde as pessoas encontram algum tipo de resolubilidade para seus problemas bucais.

Muitos hospitais bloqueiam essa demanda e as unidades básicas de atendimento odontológico mal dão conta da demanda infantil, historicamente privilegiada. Os adolescentes e adultos ficam à mercê de sua própria sorte e só conseguem atendimento quando as lesões já estão graves. Na Tabela 2 a categoria *Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação*, evidencia esse fato onde 68,8% dos casos são *dor de dente* e 23,2%, *raiz dentária retida*, que é na realidade fragmento de um dente que já foi destruído. Dentro do grupo *Doenças da polpa e dos tecidos periapicais*, vemos que 88,1% dos casos são abscessos dentários.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos principais diagnósticos do grupo *Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares* segundo a classificação da CID-OE, Município de São Paulo, 1996/1997

<i>Diagnósticos</i>	<i>%</i>	<i>nº .casos</i>
Outros transtornos/ dentes e estruturas de sustentação	56,1	712
Outros transtornos especificados dos dentes e estruturas	41,4	525
Dor de dente SOE	38,6	490
Raiz dentária retida	13,0	165
Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	18,5	235
Abscesso periapical sem fistula	16,3	207
Anomalias dentofaciais (inclusive maloclusão)	9,7	123
Transtornos da articulação temporomandibular	8,4	107
Síndrome da dor e disfunção da ATM	7,4	94
Cárie dentária	3,9	49
Gengivite e doenças periodontais	3,7	47
Outras doenças do lábio e da mucosa oral	1,8	23
Estomatite e lesões correlatas	1,5	19
Outras doenças dos maxilares	1,5	19
Doenças das glândulas salivares	1,0	13
Dentes inclusos e impactados	0,9	11
Cistos da região bucal, não classificados em outra parte	0,5	7
Distúrbios do desenvolvimento e da erupção dos dentes	0,5	6
Doenças da língua	0,4	5
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>1.269</i>

Os abscessos dentários são quadros que caracterizam grande dor na fase aguda seguida por bacteremia, podendo se agravar e evoluir para celulite, osteomielite (4 casos do grupo), ou drenar no rosto deixando cicatrizes difíceis de serem corrigidas (abscessos na face do grupo *Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo*). Os abscessos debilitam o organismo e provocam em alguns casos anginas que apareceram na amostra em 2 casos (SHAFFER e col., 1981). Dos atendimentos relativos ao grupo de doenças do aparelho digestivo, a maioria liga-se diretamente a cárie e doença periodontal, refletindo a triste realidade odontológica brasileira.

BLANK e CHARBENEOU, (1986); WIDSTROM e col. (1988); GIBSON e col. (1993) afirmam que a dor é o grande determinante da emergência odontológica em todo o mundo. SEGAL (1986) estudando os determinantes da emergência odontológica na Pensilvânia, EUA, relata que das pessoas que procuraram serviços para atendimento odontológico de emergência, 67% tinham a dor como motivo da procura e em 36,7% a intensidade da dor era tão grande que já não conseguiam dormir; 45% dessas pessoas já sofriam dor por um período de 2 dias a 1 semana antes de procurar atendimento e 22% tinham esse sintoma de uma semana a um mês. Pode-se pensar que as pessoas de modo geral relutam em procurar atendimento frente a dor de dente.

Quando se olha a distribuição dos abscessos por faixa etária, vê-se que eles se apresentam de modo uniforme dos 10 até os 40 anos, declinando após essa idade; destacando-se desses abscessos 27,3% dos 10 aos 19 anos, 31,6% dos 20 aos 29 anos e 23,4% dos 30 aos 39 anos. As *Dores de dentes* aparecem mais concentradas sendo 33,0% dos 20 aos 29 anos, 26,3% dos 30 aos 39 anos e 14,7% dos 10 aos 19 anos, declinando para os idosos. Esse declínio deve ocorrer pelo fato de que aos 50 anos, 40% da população brasileira já se encontra edêntula e, portanto, não busca mais de atendimento nessa modalidade (PINTO, 1997).

O sexo feminino supera o número de casos do masculino, tanto no geral desse grupo, com 56,9%, como para os *abscessos*, com 58,0%, *raiz dentária retida* (55,7%) e *dor de dente* (55,7%). Isso se confirma em outros estudos de demanda e faz supor que essa distribuição acompanhe a curva da população por sexo (SEADE, 1996).

Para a *síndrome da dor e disfunção da articulação temporomandibular*, encontrou-se um percentual de 72,3% no sexo feminino, confirmando padrão semelhante observado nesta cidade em 1993 e na literatura básica de odontologia (TOMMASI, 1982; PANHOCA DA SILVA, 1993). A discussão dessa patologia e a classificação adequada passa pela valorização dessa entidade como uma especialidade, que vem ocorrendo principalmente após os anos 80. Por ser a ATM a única articulação do corpo humano que pode ser deslocada sem ação de uma força externa ocorrendo por interrupção da coordenação muscular durante o fechamento da boca, (sem um ato violento), surge a dificuldade de enquadramento dessa luxação na classificação traumática, uma vez que o diagnóstico é anotado sem evidenciar a causa. A luxação traumática ocorre por violência, ou seja, pela ação de uma força externa que tira o côndilo da fossa articular, (podendo ser unilateral ou bilateral) e estar associada ao deslocamento de fratura da articulação no lado oposto. A luxação espontânea do côndilo pode ser muito penosa para o paciente, especialmente quando ocorre pela primeira vez.

Aparecem ainda, 103 casos com origens diversas, podendo-se destacar no grupo de outras *doenças do lábio e da mucosa oral*, as hiperplasias e leucoplasias, no grupo *estomatites e lesões correlatas*, as aftas e em outras *doenças dos maxilares* os cistos. Essas doenças de origem diversa têm diferentes encaminhamentos e podem ser simplesmente diagnosticadas (como as aftas) ou podem exigir procedimentos cirúrgicos (como no caso dos cistos e algumas hiperplasias e leucoplasias).

Voltando para os demais grupos de diagnósticos encontrados na Tabela 1, que não foram enfocados acima, organizados segundo os Capítulos da CID-10: 47 atendimentos no Cap. XVIII, *Sintomas, sinais e achados anormais de exames*

clínicos e de laboratório não classificados em outra parte, destacando-se aí as “epistaxes” com 17 casos e as “dores na face sem outras especificações”, com 10 casos. Pode-se salientar que as epistaxes mesmo quando tem origem sistêmica acabam encaminhadas para a equipe odontológica por necessitarem de tamponamento nasal.

Aparecem, ainda, 20 atendimentos para *Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias*, onde se encontram as manifestações da AIDS na cavidade oral, observando-se que 75% desses casos ocorreram para o sexo masculino e foram atendidos pelo Hospital Emilio Ribas. Essa instituição conta com uma equipe treinada para atender os traumatismos buco-maxilo-faciais de pessoas portadoras de moléstias infecto-contagiosas. Ocorre para a odontologia, só nesse local, mais de um atendimento novo por dia de doenças pelo HIV representado por herpes simples, sarcoma de Kaposi e candidíase.

De acordo com o Ministério da Saúde o número de casos de AIDS aumentou em 30 vezes de 1985 para 1992 (ELDERTON, 1990; GUIMARÃES, 1992) e neste estudo já representam 1% dos atendimentos observados, equiparando-se em número de casos às seguintes doenças: estomatites e lesões correlatas, outras doenças dos maxilares (alveolites) e outras doenças do lábio e da mucosa oral (leucoplasias e hiperplasias).

Os grupos *Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo*, linfadenites e abscessos cutâneos e *Neoplasias* apresentam também, 20 ocorrências e todos os demais grupos citados na Tabela 2 perfazem 23 atendimentos.

Atualmente sob o aspecto epidemiológico, pode-se afirmar que as lesões traumáticas variam de acordo com as populações onde elas são observadas, podendo-

se considerar a geografia, a densidade populacional, o padrão sócio-econômico e a cultura. Portanto, ao se falar de morbidade por causa externa, deverá ser descrito o espaço e o tempo onde ela foi observada (HAUG e GREENBERG, 1992 ; LASKIN, 1997).

Verificou-se nesta análise que esta é uma sociedade onde não foram resolvidos problemas como a cárie dentária e a doença periodontal, mas já apresenta o impacto das causas externas. Outros estudos também mostram um padrão intermediário de saúde, com problemas clássicos originados na pobreza somados aos de uma megametrópole desenvolvida (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 1992; TRAVASSOS e LEBRÃO, 1998). Ao detalhar os diagnósticos que se originaram na violência aparecerá um envolvimento pleno da mulher no cotidiano e uma agressividade deliberada nas relações masculinas.

A idade e o sexo são importantes fatores na determinação do tipo de lesão facial e do seu tratamento. Quanto à anatomia, existem ténues agravantes para o sexo feminino, (a fragilidade do arco zigomático em relação ao masculino), e para a idade, o adelgaçamento da mandíbula devido à situação edêntula dos idosos. Em contrapartida pode-se citar como vantagem a elasticidade dos ossos da face nas crianças.

No grupo dos adultos jovens tanto a recuperação de uma lesão, seu tratamento e os resultados finais são influenciados pela presença de dentes, ausência de moléstias locais ou gerais e capacidade de regeneração dos tecidos, que nessa fase da vida normalmente é boa. Fraturas faciais em crianças, dada a maior porcentagem de estrutura orgânica dos ossos, são raras e normalmente incompletas, enquanto que em um adulto, quando sujeito a uma força comparável, ocorreria a quebra total do

osso com probabilidade de grande deslocamento (DINGMAN e NATIVIG, 1989). Salvo essas considerações os outros achados podem ser relacionados com a sociedade e a cultura muito mais do que com a anatomia e as condições fisiológicas do ser humano.

Pode-se observar os diagnósticos de *Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas*, classificados pela CID-10, na Tabela 3. Esses casos concentram-se nos agrupamentos de *Fratura do crânio e dos ossos da face*, com 270 atendimentos, *Ferimento da cabeça*, 170 atendimentos, *Traumatismo superficial da cabeça*, 136 atendimentos, *Outros traumatismos da cabeça e os não especificados*, 74, e *Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos da cabeça*, 51.

Esses traumatismos se distribuem em 483 casos para o sexo masculino (65,8%) e 244 casos para o feminino (33,3%). LANGER (1996) escrevendo sobre os problemas de saúde das mulheres latino-americanas mostra que, com exceção das agressões domésticas, as mulheres apresentam um estilo de vida protetor para a violência, sendo portanto, menos susceptíveis a esses agravos.

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa dos principais diagnósticos de *Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas*, segundo agrupamentos da CID-10, Município de São Paulo, 1996/1997

<i>Grupos de diagnósticos de traumatismos da cabeça</i>	<i>nº casos</i>	<i>%</i>
Fratura do crânio e dos ossos da face	270	36,8
Ferimento da cabeça	170	23,2
Traumatismo superficial da cabeça	136	18,5
Outros traumatismos da cabeça e os não especificados	74	10,0
Luxações, entorse ou distensões das articulações e ligamentos da cabeça	51	6,9
Outros	33	4,6
<i>Total</i>	<i>734</i>	<i>100</i>

O coeficiente de atendimento para a traumatologia, GRÁFICO 2, mostra-se bastante diferenciado para os dois sexos e alto na faixa de 20 a 29 anos assim como para os adolescentes até 19 anos do sexo masculino, o que confirma outros estudos onde enfocou-se a morbidade geral e a mortalidade por causas externas no Brasil, (TRAVASSOS e LEBRÃO, 1998; MELLO JORGE, 1998).

Comparando-se o GRÁFICO 1 e o GRÁFICO 2 estabelece-se um coeficiente elevado nas crianças até 4 anos onde as lesões por causas externas compõem mais de 80% do atendimento odontológico geral para a mesma faixa etária decaindo para os meninos de 5 a 9 anos onde se vê 66,5% e as meninas dessa faixa etária com 54,5%; essas faixas etárias se colocam acima do achado geral que é 34%, de casos de lesões por causas externas em relação ao atendimento de emergência odontológica geral. Essa relação é importante após os 70 anos, quando surge um padrão acima de 50%.

GRÁFICO 2 - Coeficiente de atendimento de traumatologia buco-maxilo-facial (por 1.000 hab. da idade) segundo faixa etária e sexo, Município de São Paulo, 1996/1997

A concentração dos casos de traumatologia buco-maxilo-facial se dá no sexo masculino entre os adolescentes e adultos até 29 anos. Para as mulheres o coeficiente se apresenta baixo, assim como para as pessoas acima de 40 anos. PENNYCOOK e col. (1993) encontraram para as crianças e adolescentes com até 14 anos, parâmetros baixos e constantes e, a partir dessa idade, o padrão do adulto jovem.

A literatura aponta para um acúmulo de casos na faixa etária do adulto jovem, mas difere no que diz respeito às crianças e adolescentes, dependendo da causa externa associada e das condições locais. Os casos de traumatologia buco-maxilo-facial na Itália ocorrem 38% na segunda década e 28% na terceira (BERRONE et al., 1989; RUSSO et al., 1997). A revisão da literatura destaca essa concentração entre os jovens de 20 a 30 anos em diversos países: , MARTUCCI e col., 1988; MIOTTI e col., 1996 na Itália, TIMONEY et al., na Inglaterra, (1990);

ADI et al., França (1990); HITCHIN e SHUKER, (1973) e TANAKA et al., Japão, 1994.

TRAVASSOS e LEBRÃO (1998), estudando internações agudas hospitalares no Brasil em 1995 por diagnósticos originados em causas externas nos jovens, encontraram um coeficiente de 7,0 por 1.000 homens na idade enquanto que apenas 2,3 por 1.000 mulheres na idade, mostrando uma relação entre os sexos semelhante à encontrada neste trabalho para a mesma faixa etária. Enfatizaram que “esse grupo de causas corresponde ao principal motivo de hospitalizações entre os homens jovens (mais de um quarto das internações masculinas), sendo três vezes o valor das internações no sexo feminino, principalmente na faixa etária da 20 a 24 anos.”

Embora possa parecer que os casos de traumatismos superficiais devam ser os mais comuns em uma população, o mais freqüente neste estudo são as fraturas, seguidas pelos ferimentos, (GRÁFICO 3), isso porque está sendo estudada a demanda atendida e as pessoas só buscam um serviço para serem atendidas quando sentem a necessidade diante da gravidade da lesão. Essa percepção de gravidade passa por determinantes específicos em cada comunidade tendo componentes culturais e respostas de resolubilidade do atendimento (ALMEIDA FILHO, 1992; BOBADILLA, 1993).

GANDELMAN e CORTEZZI (1986), estudando um hospital público da cidade do Rio de Janeiro, encontraram 64,4% dos casos com lesões em tecidos moles da face, enquanto que neste trabalho achou-se 35,2%. As comparações entre diversos autores tornam-se difíceis por não se usar um critério de classificação comum para os diagnósticos. Cada autor enfoca a morbidade sob a sua ótica e a classifica pelo seu

interesse deixando pouca margem para as comparações. Embora não seja perfeita, a CID é a classificação internacionalmente preconizada mas é pouco aplicada na odontologia (LEBRÃO, 1997).

GRÁFICO 3 - Número de atendimentos por sexo dos diagnósticos agrupados segundo *Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas*, CID-10, Município de São Paulo, 1996/1997

DIAGNÓSTICOS

Para melhor elucidar o enquadramento dos diagnósticos nos grupos da CID, em *Ferimentos da cabeça* e em *traumatismos superficiais*, salienta-se que no primeiro grupo estão incluídos os cortes, ferimentos perfurantes, lacerações e mordidas de animais; nos *Traumatismos superficiais* estão as abrasões, bolhas (não devido ao calor), contusões (incluindo equimose e hematoma), picada de inseto não venenoso e traumatismos por corpo estranho superficial sem ferimentos (OMS, 1996). Pelo GRÁFICO 3 percebe-se para o sexo feminino que o número de atendimentos se equívale nos três grupos principais de lesões, enquanto que para o sexo masculino o número de casos cresce com a gravidade dos grupos. Sessenta por cento (60%) dos

casos foram de fraturas e ferimentos que são as lesões mais graves desse grupo. Reafirmando essa distribuição vê-se destacada pela Organização Mundial de Saúde que as pequenas injúrias (traumatismos superficiais) são negligenciadas nas pesquisas, pois raramente chegam aos hospitais e estes são a fonte principal de dados sobre a morbidade, (MONCIAUX e ROMER, 1991).

As lesões estão fortemente ligadas com sua causa externa (ALMEIDA FILHO, 1992; SANTO, 1996), podendo-se citar que, em um acidente automobilístico, pela velocidade do veículo a face das pessoas é arremessada contra uma superfície, provocando lesões de auto impacto onde ocorrerá esmagamento e fraturas específicas. A queda de uma bicicleta, onde a face se choca contra o chão, mostrará lesões por esmagamento geralmente mais brandas que a anterior, diferindo ainda de uma facada que é contundente e penetra em profundidade na intimidade dos tecidos moles e duros. Uma arma de fogo, que tem suas peculiaridades dependendo do calibre e da velocidade do projétil, provocará na face lesões intrínsecas ao seu porte. Enfim, as lesões de face são resultado de causa externa que a originou, estando essa causa ligada à cultura e ao ambiente onde essas populações vivem (WALKER e FRAME, 1986; BERRONE, 1989; TIMONEY et al., 1990; DIMITROULIS e EYRE, 1992).

GRÁFICO 4 - Número de atendimentos dos diagnósticos de *ferimento da cabeça* classificados pela CID-OE segundo sexo, Município de São Paulo, 1996/1997

DIAGNÓSTICOS

Ao detalhar-se os *ferimentos da cabeça*, como era de se esperar, encontra-se que o maior grupo é o de *ferimentos na boca e lábio*. Seguem-se os ferimentos não especificados e nariz, GRÁFICO 4. Deve-se salientar que as informações contidas nas fichas e prontuários eram de baixa especificidade ou eram anotados apenas os procedimentos no campo de diagnóstico, portanto, *os ferimentos de face não especificados* é o segundo maior grupo dessas lesões, mantendo esse destaque também para o grupo de *traumatismos superficiais*. Essa falta de detalhamento na descrição das lesões, permitindo classificação somente em grupos gerais é confirmada por outros autores que também alertam para a má qualidade das anotações hospitalares.

No grupo de *Traumatismos superficiais*, GRÁFICO 5, evidencia-se mais casos para o nariz do que para os lábios e cavidade oral, tendo-se a certeza que o

cirurgião dentista acaba atuando em ferimentos da face como um todo, não se limitando somente à boca.

Nos grupos de lesões *traumatismos superficiais e ferimentos da cabeça* a distribuição por sexo se mostra mais equitativa do que no grupo de *fraturas da face*. A discussão sobre a gravidade da lesão e a relação de gênero aparece também mais adiante dentro do detalhamento das fraturas, e sugere que os homens estejam sendo mais alvo de lesões e de lesões mais graves quando comparados com as mulheres.

GRÁFICO 5 - Números de atendimentos dos diagnósticos de *traumatismo superficial da cabeça* classificados pela CID-OE segundo sexo, Município de São Paulo, 1996/1997

Estima-se que o número de lesões em tecidos moles seja muito superior ao encontrado neste estudo e que estas ocorrências devam estar sendo atendidas por

cirurgiões gerais e por cirurgiões plásticos. Embora ressaltando-se o estudo da Grã-Bretanha para 20 hospitais, pois esse bem diferente do enfocado neste estudo, observa-se que, considerando-se todo o corpo e não somente a face, para acidentes domésticos os ferimentos representam 34,4% dos casos, as fraturas 12,1% e as contusões (ferimentos superficiais) 10,7% (WHO, 1982).

O grupo *Outros traumatismos da cabeça e os não especificados*, Tabela 4, reforça a fragilidade da anotação do diagnóstico pois este grupo residual abarca os diagnósticos onde as lesões não estão convenientemente descritas podendo-se supor que essas descrições são falhas por falta de treinamento do corpo clínico quanto à anotação, só restando para o classificador ou o pesquisador uma vaga idéia e o enquadramento em um grupo geral de lesões por causa externa.

Tabela 4 - Números de atendimentos dos diagnósticos de *Outros traumatismos da cabeça e os não especificados*, CID-OE segundo sexo, Município de São Paulo, 1996/1997

<i>Diagnóstico</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Total</i>
Traumatismo dental	15	5	20
Traumatismos múltiplos de cabeça	6	1	7
Traumatismos não especificados da cabeça	26	21	47
Total	47	27	74

Nesse grupo depara-se com um percentual de 63,5% de casos para o sexo masculino, sendo que os sem nenhuma especificação foram os mais comuns. A traumatologia dental, se devidamente descrita, deveria aparecer no grupo de *Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos da cabeça*, Tabela 5.

Não existem estudos voltados especificamente para a traumatologia dental e, uma vez que nem os atendimentos hospitalares e nem os ambulatoriais dão resolubilidade para essa demanda torna-se uma incógnita a sua prevalência. Como representam apenas 6,9% das lesões por causas externas, não se saberia dizer se eles são mesmo de baixa incidência ou se a população não está buscando atendimento e, portanto, não gerando informação. O índice que mede a prevalência de cárie dentária (CPO-D), embute parte dessa morbidade quando considera os dentes restaurados sem discriminar se por ataque de cárie ou fraturas originadas em causa externa, e, anotar dente perdido (ausente na arcada) sem discriminar também se foi extraído para sanar o ataque da cárie ou se avulsionou por causa externa, ou ainda se perdido por lesão originada externamente.

Salienta-se na literatura que dos traumatismos dentais os mais comuns na dentição decídua são as intrusões, e na dentição permanente as fraturas de coroa. MUELLER (1989), estudando traumatismos por causas externas encontrou 16% dos casos para traumatismos dentais.

Tabela 5 - Números de atendimentos dos diagnósticos de *Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos da cabeça*, CID-OE segundo sexo, Município de São Paulo, 1996/1997

<i>Diagnóstico</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Total</i>
Luxação dentária	5	3	8
Intrusão ou extrusão de dente	7	7	14
Avulsão de dente	8	5	13
Entorse e distensão do maxilar	8	8	16
Total	28	23	51

Para os *entorses e distensão do maxilar*, que são problemas de ATM relacionados com a causa externa, resta a observação da dificuldade em se classificar um diagnóstico nessa categoria, sem a anotação correta: o diagnóstico e a causa externa relacionada.

A maioria dos estudos epidemiológicos nessa área se restringem às fraturas e mesmo assim cada autor parte de sua visão de fratura, que nem sempre coincide com os demais. HAUG e col. (1992) e STROM e col. (1996) analisam a dificuldade em se classificar as fraturas de mandíbula e maxila, detalhando os traços de quebra, os rompimentos das linhas de suturas ósseas, as particularidades das fraturas parciais e totais e os deslocamentos.

Poder-se-ia pensar que as informações ligadas às fraturas fossem de melhor qualidade, (devido à gravidade da lesão) ou que as informações coletadas a partir dos prontuários fossem mais detalhadas do que as das fichas de PS, (permitindo uma análise mais criteriosa) mas isso não foi observado.

Segundo FERGUSON e col., (1992) as múltiplas ocorrências por traumatismos buco-maxilo-faciais são raríssimas. Em 1975 e 1985 eles encontraram 1,01 e 1,02 admissões por pessoas nessa especialidade para o período de um ano. Esse tipo de estudo, que faz o seguimento das pessoas, exige qualidade de registro hospitalar e de informação que só será viável com a adoção de um número único para o prontuário em todos os serviços de saúde, sendo isso ainda impossível na realidade brasileira.

A literatura não é unânime para a incidência das fraturas de face, mostrando distribuições bem diversas, mesmo sob a ótica da localização anatômica (BLOCH e STROVER, 1969; RUSSO et al., 1997). Pode-se afirmar que as metodologias

diferem e os dados são específicos para um determinado hospital e na grande maioria, não cobrem uma cidade toda. Os casos coletados em um centro de trauma serão com certeza mais graves que os encontrados em um hospital geral, e este, por sua vez, terá casuística mais complexa em relação a observação de serviços menores. Portanto, a revisão dos achados dos autores citados abaixo é heterogênea e deve ser utilizada com a devida cautela. Nos estudos de MARTUCCI e col., (1988) vê-se maior frequência de casos de fraturas de mandíbula e arco zigomático; TANAKA e col. (1994) com 68,6% de mandíbula, HAUG e col. (1990), 67% e RUSSO e col. (1997)., 57%; já para DIMITROULIS e EYRE (1989), e para BERRONE e col. (1989), mandíbula e fraturas do terço médio da face aparecem em equilíbrio numérico.

As fraturas dos ossos da face (270 casos) representam 12,6% do atendimento odontológico geral e podem ser agrupadas segundo a CID-10 em: *fraturas de mandíbula*, 91 casos; *fraturas dos ossos nasais*, 74 casos; *fraturas dos ossos malares e maxilares*, 54 e *fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face*, 31 casos (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa dos principais diagnósticos de *Fratura do crânio e dos ossos da face*, classificados pela CID-10, Município de São Paulo, 1996/1997

<i>Diagnóstico</i>	<i>Nº casos</i>	<i>%</i>
Frat de mandíbula	91	33,7
Frat dos ossos nasais	74	27,4
Frat dos ossos malares e maxilares	54	20,0
Frat. múltiplas envolvendo os ossos da face	31	11,5
Frat de dentes	10	3,7
Outras fraturas do crânio e dos ossos da face	5	1,8
Frat. crânio ou ossos face em parte não especif.	3	1,1
Frat da base do crânio	1	0,4
Frat do assoalho orbital	1	0,4
<i>Total</i>	<i>270</i>	<i>100</i>

As fraturas mais comuns são as mandibulares e as nasais, que por determinação anatômica, ficam mais expostas que os demais ossos da face, evidenciando-se que o nariz é extremamente frágil. A combinação de anatomia e forças impactantes determinam o tipo de lesão em tecido mole e o sítio e trajeto da fratura.

As fraturas nasais e mandibulares podem resultar em importante incapacidade estética e funcional. Em casos de injúria aguda a restauração da aparência e função é melhor alcançada pelo pronto tratamento das fraturas e deslocamentos cartilaginosos. Todos os golpes severos ao nariz devem levantar suspeitas de haver provocado fraturas ou deslocamentos. O tratamento desses dois tipos de fraturas é relativamente fácil e geralmente satisfatório quando executados em PS. A demora para o atendimento ou a negligência no diagnóstico das fraturas de ossos nasais podem resultar numa deformidade difícil ou impossível de corrigir.

No grupo de lesões por causas externas existe uma concentração de casos para o sexo masculino, com 78% nas fraturas nasais para esse sexo, 77,3% nas fraturas do malar e maxilar e 71,95% para mandíbula, GRÁFICO 6. Ao discutir-se essa relação para fraturas múltiplas, que geralmente são casos gerados em acidentes automobilísticos e não em golpes específicos, vê-se que a relação é de 67,7% para os homens.

As fraturas dentais aparecem, (GRÁFICO 6), com menor frequência (10 casos), e assim como o grupo de *Luxação, entorse e distensão*, elas devem estar sendo atendidas em PS odontológicos e serviços ambulatoriais, ou ainda, não sendo atendidas.

GRÁFICO 6 - Número de diagnósticos de *Fratura do crânio e dos ossos da face* por tipo de fratura classificada pela CID-OE, segundo sexo, Município de São Paulo, 1996/1997

DIAGNÓSTICOS

Na infância o diagnóstico da fratura de ossos da face é muito dificultado pela presença da dentição permanente intra-óssea. Alguns autores relatam baixa incidência desses casos até os 16 anos (THALLER e HUANG, 1992 e LAVORGNA et al., 1994). Para o Japão encontrou-se 14,7% dos atendimentos para crianças até 13 anos (TANAKA et al., 1993) sendo que as fraturas alveolares em crianças tem como seqüela mais freqüente a maloclusão.

DINGMAN e NATVIG, em 1983, citando uma observação mundial para as fraturas de todo o corpo humano, afirmaram que as fraturas nasais são as segundas em ocorrência, vindo depois das fraturas de clavícula e do punho. Para São Paulo essa afirmação deve ser contestada, uma vez que a mandíbula é o maior achado.

Pode-se ainda especificar a localização das fraturas nas regiões da mandíbula e do malar segundo a CID-OE, GRÁFICO 7, ocorrendo nova divergência: o côndilo e a região subcondilar aparecem com maior frequência nas fraturas de mandíbula para MARTUCCI e HILL, (1989). EMSHOFF, (1997) concluiu que a causa externa determina a localização da fratura na mandíbula, portanto para cada causa aparecerão lesões específicas e localização de traço peculiares.

A robustez da mandíbula também varia consideravelmente conforme a presença ou ausência de dentes. Com o envelhecimento, a perda de dentes e a reabsorção do osso alveolar originam uma diminuição da dimensão vertical da mandíbula, tornando-a mais sujeita às fraturas, o adelgaçamento do ângulo da mandíbula também predispõe a fraturas nesta região. GOLDSCHMIDT e col. em 1995 estudando os idosos com mais de 60 anos e os adultos descreveram que em 49,5% dos idosos existiam fatores que agravavam o quadro da fratura como: diabetes, osteoporose, distúrbios articulares, doenças respiratórias, cardiovasculares e neurológicas; ainda 13% destes idosos tinham história de abuso de álcool. Estes dois componentes levam a uma média de permanência maior na internação dos idosos em comparação com os adultos.

Para as fraturas de ossos da face as comparações acabam ocorrendo sem levar em consideração as diferenças socioculturais, devendo-se pois se estudar a relação de causa externa e o tipo de fratura e ainda o meio ambiente vivenciado pela população e a causa externa. Cada comunidade tem seu perfil de lesões por causa externa diferindo de outra comunidade, dependendo se esta é mais envolvida com acidentes, violência doméstica, violência esportiva, lazer inadequado, etc. Ainda podem alterar as conclusões a composição da população por idade e sexo. Como

exemplo citar-se-á uma sociedade que ao se desenvolver em tecnologia para o uso de automóveis implanta normas de segurança para os automóveis e para o trânsito, verificando-se conseqüente diminuição das fraturas múltiplas de face.

O GRÁFICO 7 mostra que para as fraturas de mandíbula a maioria dos casos descritos são fraturas múltiplas e em menor número fraturas de côndilo, entretanto essa análise fica prejudicada frente à pobreza das anotações, uma vez que a maioria dos atendimentos não oferecia detalhamento da localização anatômica.

GRÁFICO 7 - Números de diagnósticos de fraturas de mandíbula, segundo localização anatômica, classificados pela CID-OE, Município de São Paulo, 1996/1997

As fraturas do rebordo alveolar podem ocorrer independentemente da fratura completa da mandíbula. Isso geralmente ocorre como resultado de golpe sobre os

dentes, mas pode ocorrer também por força direcionada ao rebordo alveolar. Grandes segmentos do osso alveolar se rompem levando os dentes no fragmento ou causando avulsões. Essas fraturas podem ser classificadas separadamente das outras fraturas de mandíbula, mas, pela falta de detalhamento dos dados, pode-se observar poucos casos como estes. Esses tipos são mais comuns na região anterior da mandíbula, onde os segmentos ósseos podem ser fraturados, ficando quatro a seis dentes solidamente ligados ao fragmento alveolar. Em alguns casos os segmentos fraturados podem conter raízes ou dentes quebrados ou severamente afetados, exigindo reabilitação complexa.

As fraturas da maxila e zigomático estão relacionadas a grandes impactos como os sofridos por esmagamento facial, ocorridas em colisões de automóveis e aviões. São difíceis de serem diagnosticadas e muito complexas, sendo objeto de estudos especializados. A terminologia “lesão por esmagamento”- foi empregada no “Papiro de Smith” que data dos antigos egípcios e descreve com detalhes essas lesões. A maxila é capaz de absorver forças consideráveis transmitindo estas forças aos ossos articulados adjacentes. Essa absorção de impactos torna-se um fator de proteção do crânio portanto um fator de proteção da vida.

Para os 54 casos de *fraturas dos ossos malares e maxilares* tem-se que 79,2% são fraturas de arco zigomático, achado esse que caracteriza a fragilidade dessa porção do osso (GRÁFICO 6). Raramente a separação ocorre exatamente na linha de sutura, e pode envolver vários ossos levando Gerrie e Lindsay, em 1953, a proporem a denominação de fraturas do complexo zigomático-maxilar.

Devido a essa relação complexa dos ossos da face vemos ainda *31 fraturas múltiplas de ossos da face*, que associadas às anteriores demandam procedimentos complexos e retaguarda hospitalar.

Existe uma grande diferença para a incidência de fraturas de face no mundo todo mas os homens são sempre os mais atingidos, HITCHIN e SHUKER, na Inglaterra (1973) encontraram 74,9% e na Finlândia, 87,5% dos casos para o sexo masculino. Na Itália em 1996, aparece 69,3% para MIOTTI e col., e 82,7% para MARTUCCI e col., em 1988. No Japão TANAKA e col., encontraram 76,4% no ano de 1994.

Ao se analisar a morbidade atendida por traumatismos buco-maxilo-faciais no Município de São Paulo, certifica-se que essas equipes devem trabalhar intensamente frente à quantidade e complexidade dos casos observados.

É importante salientar que, segundo regras internacionais (OMS/CID-10), os diagnósticos de causas externas a serem codificados nos registros de morbidade devem dar ênfase à natureza da lesão. Esses diagnósticos são codificados como causa principal e o tipo de acidente ou violência que causou essa lesão será o diagnóstico secundário (LEBRÃO, 1997). Essas duas abordagens em conjunto darão a noção exata do acontecimento, permitindo o uso dessas informações não só para as questões administrativas mas, também, para as ações de prevenção (WHO, 1991). Dessa forma, é importante que, ao se fazer o registro dos atendimentos, anote-se *o que* aconteceu ao paciente e também *como e onde* o fato ocorreu.

Nos EUA em 1962, McCoy e col., no centro médico de Cornel, correlacionando causa e lesões, indicaram que 72% das pessoas feridas em acidentes automobilísticos sofriam lesões na face, sendo que a maioria das lesões nos tecidos

moles, mas um número crescente se associava a fraturas das estruturas ósseas. Relacionou-se esse fato ao aumento da potencial velocidade dos veículos, enfatizando que para a época 40% das fraturas faciais na região de Kansas City eram fraturas faciais múltiplas. A partir daí estudos de proteção aos passageiros começaram a ser assumidos pela sociedade e hoje vêm-se medidas concretas sendo adotadas no mundo inteiro.

Sobre o grupo de *lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas*, dos 734 atendimentos, 184 casos (25%) não tinham a causa externa da lesão descrita em nenhum campo da ficha ou do prontuário, restando 550 casos com as duas informações. Esses atendimentos serão utilizados para a análise do relacionamento da causa externa com a lesão.

A falta de qualidade no preenchimento das fichas e prontuários foi amplamente debatida, (GALLAGHER, 1984; D'AVILA, 1997) e soluções para a unificação das informações sobre as causas externas estão sendo buscadas atualmente através da união do interesse jurídico (onde se descreve bem a causa), com o interesse médico (onde se descreve a lesão). Essa descrição completa possibilita que a pessoa lesada consiga comprovar os danos sofridos em ações judiciais.

Muitas vezes o clínico, por não saber a utilidade da informação acaba dando pouca importância às anotações de um modo geral, tanto na identificação do paciente atendido, quanto nos diagnósticos e na descrição da história do acidente tornando-se conseqüentemente inútil um dado que seria de alto valor para se planejar ações voltadas para a prevenção e a organização da cidade. A grande maioria dos 550 casos com descrição de causa externa não oferecia detalhes da história do acidente/violência, de maneira que pudessem ser classificados adequadamente, ficando

sempre nos agrupamentos residuais, tal como “Exposição a outros fatores e aos não especificados” ou nas descrições como “queda sem outra especificação”.

Pouquíssimas instituições mantêm os arquivos organizados, dando a impressão que não existe uma padronização na anotação das informações e nem no modo de arquivamento. As instituições de ensino e pesquisa não diferem das outras a esse respeito. Muitos prontuários não apresentam as folhas numeradas seqüencialmente e apresentam as anotações em folhas soltas, com grande risco de perda. Alguns sequer apresentam uma padronização para a identificação do paciente. Muitos prontuários não apresentam as folhas numeradas seqüencialmente e as anotações em folhas soltas, com grande risco de perda. Alguns sequer observam uma padronização para a identificação do paciente.

Ao considerar-se os 550 casos pode-se ver que 363 (66,0%), foram do sexo masculino e 3 não tinham informação sobre o sexo. A principal causa dos traumatismos foi a queda, com 37% dos casos, seguido pelas agressões e os acidentes de trânsito (GRÁFICO 8). Dos atendimentos com causa externa de “queda”, 55,2% ocorrem nas idades até 10 anos e 12,6% acima de 60 anos. Para SCHWARTZ, (1994) e neste estudo, a distribuição das quedas por sexo na infância é equilibrada, uma vez que se originam no aprendizado da motricidade que é igual para ambos os sexos (FLEMING, P. et al., 1991). A partir dos 5 anos já se nota que começa a aparecer a superioridade numérica para o sexo masculino (Tabela 7 e Tabela 8).

GRÁFICO 8 - Número de atendimentos segundo a causa externa, Município de São Paulo, 1996/1997

DIAGNÓSTICOS

Ao observar-se os casos de quedas, pode-se pensar na terceira informação necessária para se desenvolver ações preventivas, que é o local onde a causa externa deu origem à lesão (WHO, 1992). Infelizmente esse dado não apareceu nos registros encontrados e mesmo o tipo de queda não era definido.

Para os idosos verifica-se uma inversão na relação de gênero, 11 casos para o sexo feminino e 5 para o masculino, confirmando os relatos que mostram as injúrias faciais atingindo mais as mulheres idosas. Em números absolutos as mulheres serão a maioria, (CHEW e EDMONDSON, 1996) mas, quando se observa os coeficientes essa observação equivocada se desfaz. Para a cidade de São Paulo, a partir da faixa

etária de 15 a 19 anos, as mulheres passam a ser a maioria e essa diferença aumenta ao longo do envelhecimento dessa população, chegando para o grupo de 80 anos e mais a ser o dobro do masculino (SEADE, 1996). Isso acaba distorcendo as análises de morbidade que na literatura consultada usam o número absoluto de casos e não coeficientes por faixa etária e sexo.

As quedas, embora em maior número de casos são menos graves, pois causam mais ferimentos e traumatismos superficiais do que fraturas e representam a principal causa das luxações dentárias (Tabela 9). As fraturas por quedas incidem prioritariamente na mandíbula, seguida pelo complexo zigomático-maxilar, causando menos que 1% de fraturas múltiplas (Tabela 10).

Das 100 pessoas (18,2% dos casos com causa descrita) que tiveram como causa agressão, 67,0% são homens e destes 48% tiveram fraturas, enquanto que das mulheres agredidas, 21,2% sofreram fraturas, podendo-se pensar que as mulheres são menos agredidas que os homens e quando o são, ocorre de uma maneira menos grave.

Recomenda-se atualmente que a expressão “vítima” de agressão, seja substituída nos textos por “participante” de agressão, pois o termo “agredido” pode dar a impressão de passividade, fato que raramente ocorre. BARON e RICHARDSON, (1994), relatam que mesmo em assaltos a pessoa que tem uma atitude calma é raramente ferida enquanto que as pessoas que agredem, mesmo que por gestos ou palavras tornam-se mais alvo de lesões.

Tabela 7 – Número de atendimentos por traumatismos buco-maxilo-faciais no sexo masculino, segundo faixa etária e causa externa, Município de São Paulo, 1996/1997

Causa externa	<i>Idade em anos</i>									Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-59	60 e +	desc	
Quedas	33	22	6	7	9	22	10	5	1	115
Agressão	1	1	5	12	23	16	8	0	1	67
Trânsito	1	6	3	8	21	8	7	1	1	56
Acidentes	0	2	2	7	22	5	6	1	1	46
Ciclista	1	3	8	6	7	3	2	0	0	30
Atropelamento	0	0	0	0	6	4	2	0	1	13
For. Inanimada	1	1	1	1	2	3	0	1	0	10
Arma de fogo	0	0	0	3	4	1	1	0		9
For. Animadas	0	0	1	2	6	0	0	0	0	9
Embriaguez	0	0	0	0	2	1	1	1	0	5
Outros	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3
Total	37	36	26	47	103	63	37	9	5	363

Tabela 8 – Número atendimentos por traumatismos buco-maxilo-faciais no sexo feminino, segundo faixa etária e causa externa, Município de São Paulo, 1996/1997

Causa externa	<i>Idade em anos</i>									Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-59	60 e +	Desc	
Quedas	31	17	3	3	6	6	9	11	1	87
Agressão	0	2	1	8	12	5	5	0	0	33
Acidentes	0	0	1	2	11	5	2	3	1	25
Trânsito	5	1	1	3	1	3	4	0	0	18
Atropelamento	0	2	2	2	0	0	3	1	0	10
Ciclista	2	1	1	1	0	1	0	0	0	6
For. Inanimadas	2	1	0	0	0	1	1	0	0	5
For. Animadas	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Outros	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total	40	24	9	21	30	21	25	15	20	187

Os acidentes de trânsito aparecem como a terceira causa de traumatismos de face, levando a pensar que a cidade de São Paulo ainda não resolveu seus problemas de urbanismo e educação para o trânsito.

Dos atendimentos por atropelamento 61,9% foram do sexo masculino assim como dos acidentes automobilísticos, 67,1% ocorreram também para esse sexo, fato que de está de acordo com as mortes por causas externas, que são mais prevalentes no sexo masculino (GOTLIEB, 1977; MELLO JORGE, 1998). A mulher apresenta risco menor de sofrer lesões por essas causas do que o homem na vida urbana.

As agressões, acidentes de transporte e atropelamentos, causam fraturas em mais de 50% das pessoas atingidas em cada grupo. As agressões geram fraturas que incidem em 50,1% dos casos no nariz e aproximadamente 20% na mandíbula e complexo zigomático-maxilar, enquanto que os acidentes de trânsito geram fraturas em mandíbula e múltiplas.

Os acidentes (10% dos casos) são um grupo pouco especificado e seguem mais a distribuição das agressões do que a distribuição das quedas, levando-se a suspeitar da veracidade dessa causa acidental. SHEPHERD, (1989) alertou para a camuflagem da causa real nos registros hospitalares de países desenvolvidos, salientando-se que as fraturas do complexo zigomático e mandíbula escondem surras e violência doméstica e são informadas como “acidentes” e onde o abuso de álcool e mulheres espancadas, aparecem citados como “quedas”.

A distribuição dos acidentes por faixa etária no sexo feminino se mostra relativamente uniforme, enquanto que para o sexo masculino existe uma concentração para as idades que vão de 20 a 29 anos.

Os ciclistas envolvidos em acidentes são na maioria homens, assim como nas lesões causadas por arma de fogo e embriaguez. Lesões ligadas ao uso de arma de fogo estão tomando vulto crescente na Inglaterra e nos Estados Unidos, causando grande preocupação na saúde pública, pois são lesões graves que dilaceram a face (WALKER e FRAME, 1986; PELLERIN e col., 1980). Para o Município de São Paulo, temos 9,6% dos casos registrados por esta causa, todos para o sexo masculino, ou seja, está sendo atendido 1 caso a cada 2 dias dentro do Município. Novamente a anotação que se refere a “ferimento por arma de fogo” não permite a informação se esse fato é deliberado ou acidental.

O envolvimento do sexo masculino nas lesões por causa externa se evidencia até nos acidentes esportivos, onde 86,7% dos casos atendidos eram homens e destes 92,3% sofreram fraturas na face. HAUG, e col (1994) mostraram que para as fraturas faciais nos EUA, a proporcionalidade de homens nas lesões por causa externa diminuiu de 1984 para 1990, e desta data para 1993 e a gravidade da lesão também decaiu.

Em New Jersey, EUA, a principal causa de fraturas faciais é o atropelamento (ANDREW, 1992) e para a Nigéria encontrou-se os acidentes de transporte, que estão relacionados às estradas sem manutenção, seguida pelas agressões (OJI, 1996).

Em relação aos casos com causa externa descrita, para as mulheres a queda representa 47,0% dos atendimentos enquanto que para os homens 31,6%. A agressão gera para ambos os sexos em torno de 18% de casos, ocorrendo uma concentração para o sexo feminino dos 15 aos 29 anos, enquanto que para o sexo masculino observa-se dos 20 aos 39 anos. Pode-se afirmar que a mulher através do seu “modo

de vida protetor” se expõe menos às lesões por causas externas, mas a distribuição proporcional por categorias de causas é muito semelhante ao homem.

Tabela 9 - Atendimento por traumatismos buco-maxilo-faciais segundo a causa externa e a natureza da lesão, Município de São Paulo, 1996/1997

	<i>Lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causa externa</i>					
<i>Causa externa</i>	<i>Fraturas</i>	<i>Ferimentos</i>	<i>Traum. Superf.</i>	<i>Outros</i>	<i>Luxações</i>	<i>Total</i>
Quedas	46	57	49	30	24	206
Agressões	55	19	21	4	1	100
Trânsito	43	14	9	13	4	83
Acidentes	31	15	18	5	5	74
Ciclistas	17	8	7	3	1	36
Atropelamento	11	2	4	4	0	21
Forças animadas	4	7	3	0	1	15
Arma de fogo	5	3	1	1	0	10
Embriaguez	0	4	1	0	0	5
<i>Total</i>	<i>212</i>	<i>129</i>	<i>113</i>	<i>60</i>	<i>36</i>	<i>550</i>

Os ferimentos e os traumatismos superficiais têm como principal causa as quedas e agressões. As fraturas múltiplas são geradas principalmente por acidentes de trânsito e as fraturas do complexo zigomático-maxilar, pelas quedas. O nariz é fraturado principalmente nos atos de agressão (50% das fraturas nasais são por agressões), enquanto que a mandíbula aparece fraturada por acidentes de trânsito, quedas e apenas secundariamente por agressões.

HITCHIN e SHUKER, em 1973 e ADI em 1990, citam as agressões como a maior causa de fraturas de face na Inglaterra e como segunda causa apontam as quedas; esses autores afirmam que os traumatismos buco-maxilo-faciais causados por brigas estão aumentando, enquanto que aqueles causados por acidentes de trânsito estão diminuindo na cidade de Londres, que adotou medidas concretas com essa

finalidade (DIMITROULIS e EYRE, 1992). Na Finlândia, as agressões representam apenas 5% dos casos de fraturas na face enquanto que para este estudo elas representam 25,9%. As brigas são também a mais freqüente causa das fraturas de mandíbula estudadas na Escócia (HITCHIN e SHUKER, 1973) onde 87,5% dos que apresentam essa lesão são homens. LAMBERG e col. (1975) mostram que a tendência de lesões por agressões foi constantemente crescente desde 1972 até 1975.

SHEPHERD em uma revisão de bibliografia onde enfocou os componentes da agressão, relata uma crescente violência onde lesões específicas se originam no espancamento de crianças e muitas vezes a causa passa despercebida para o profissional que atende, se este não é alertado. Para este autor as brigas são consideradas as causas mais comuns de fraturas faciais isoladas, principalmente onde os problemas de trânsito estão controlados.

Tabela 10 - Atendimento por fraturas dos ossos da face segundo a localização anatômica e a causa externa, Município de São Paulo, 1996/1997

<i>Causa externa</i>	<i>Localização anatômica</i>						<i>Total</i>
	<i>Mandíbula</i>	<i>Nariz</i>	<i>Maxila/zigo</i>	<i>Múltiplas</i>	<i>Dente</i>	<i>Outras</i>	
Agressões	12	28	9	5	1	0	55
Queda	18	8	12	2	3	3	46
Trânsito	18	7	5	11	1	1	43
Acidentes	8	13	6	2	0	2	31
Ciclista	9	0	3	2	1	2	17
Atropelamentos	3	2	3	3	0	0	11
Armas de fogo	2		3		0		5
Forças animais	1	2	1				4
<i>Total</i>	<i>71</i>	<i>60</i>	<i>42</i>	<i>25</i>	<i>6</i>	<i>8</i>	<i>212</i>

Os atropelamentos afetam a face de modo uniforme e as fraturas múltiplas são tão comuns quanto as outras.

Há uma relação entre lesões na face e violência nos bares, discotecas e ruas de intenso movimento ligado ao lazer noturno, principalmente entre as 22:00 e as 3:00 horas da madrugada (RAMSAY, 1982; ASHLEY, 1984; SHEPHERD, 1987). Para a cidade de São Paulo, esse fatos são vistos nos jornais mas não aparecem como uma preocupação fundamentada em registros oficiais e estudos epidemiológicos. A literatura não é unânime quanto à associação da violência com o consumo de álcool, e para isso o registro imediato do fato deve ocorrer de forma correta, relatando a lesão e a causa associando-se nela a embriaguez. Esse diagnóstico é de difícil obtenção pois deve ser feito enquanto os efeitos do álcool são evidentes e isso requer um treinamento específico das equipes de atendimento.

CHANG e col. (1994), relacionando as lesões com as causas externas mostram que os acidentes com motocicletas, quando o motociclista não usa o capacete, leva a gravíssimas fraturas de ossos da face com muitas seqüelas e difícilima reabilitação. Encontrou-se 9 casos descritos por essa causa, mas sem a gravidade que o autor descreveu acima, provavelmente por ser obrigatório o uso de capacete. Como medidas profiláticas, os cintos de segurança, protetores de ombros, capacetes protetores e similares são eficientes.

Embora existam alguns relatos de fraturas de face relacionadas à prática de esportes, não foi essa uma causa comum neste trabalho, talvez por ser a população pobre e não ter acesso a essas práticas. Os acidentes ciclísticos levam a 50% de fratura, na maioria situadas na mandíbula (Tabela 10) ocorrendo em homens dos 10 aos 29 anos enquanto que as forças animadas (na maioria mordidas de cão) levam mais a ferimentos do que a fraturas.

Em Innsbruck, Áustria, a principal causa de fraturas faciais é a prática esportiva, (EMSHOFF e col, 1997) reforçando a hipótese que a da causa externa é a resultante da interação da pessoa no meio ambiente.

TAYLOR (1973) cita como causa externa da perda de dentes no processo de entubação para cirurgias, sendo consideradas como consequência do ato e não como uma iatrogenia.

Algumas medidas preventivas podem contribuir para a diminuição dessas lesões como, por exemplo, a fiscalização do limite de velocidade em zona urbana, sinalização adequada para pedestres, uso de cinto de segurança para todos os passageiros, conscientização do perigo das crianças dentro das cozinhas, tampas adequadas contra fogo para garrafas de líquidos combustíveis, uso de equipamento de proteção para a prática de esportes, etc. Em muitos países essas práticas vêm demonstrando sua validade, mas para os casos de brigas e agressões, medidas de prevenção ficam difíceis de serem elaboradas, muito mais quando esse comportamento está associado a países e regiões pobres.

Para o Município de São Paulo, a identificação da causa externa é um fator preponderante para poder-se pensar em medidas preventivas e delineamento de políticas voltadas para a promoção da segurança da população. Na data atual, a causa deve ser buscada nos boletins policiais e as lesões nos relatos médicos, sendo que assim dissociadas não atingem o seu objetivo epidemiológico e preventivo, para prejuízo da saúde pública.

6.2 A EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA HOSPITALAR E A TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL SOB A ÓTICA DAS INSTITUIÇÕES

Quando o atendimento odontológico geral e a traumatologia buco-maxilo-facial são observados nas diversas instituições, eles apresentam comportamentos distintos. Embora a traumatologia buco-maxilo-facial esteja inserida no atendimento da emergência odontológica geral, algumas instituições a privilegiam e outras quase não atendem esses casos. Algumas instituições (FC1, M1) apresentam um volume de atendimento muito alto (GRÁFICO 9), mas pouco atendem a traumatologia, comportando-se como um PS dentário, não requerendo portanto uma retaguarda hospitalar.

GRÁFICO 9 - Número de atendimentos odontológicos gerais e de traumatologia buco-maxilo-facial segundo as instituições do Município de São Paulo, 1996/1997

Para uma análise do atendimento dentro das instituições adotou-se a relação do número de diagnósticos de traumatologia em relação ao número de casos de

emergência odontológica geral. Sendo assim possibilitar-se-á uma visão da “gravidade” do atendimento observado no estudo da morbidade segundo cada instituição. As instituições que apresentaram menos do que 18 atendimentos odontológicos não serão consideradas, pois isso representa que esses serviços não chegam a atender em média um caso por dia e esse pequeno volume poderia distorcer a análise geral.

Na Tabela 11 aparece a distribuição dos atendimentos segundo a natureza das instituições, onde as de ensino e pesquisa (P) estão com o número de casos de traumatologia em relação ao atendimento da emergência odontológica geral alta, indicando que são voltadas para casos mais graves e são referência para as complicações dessa área. A instituição P3 apresenta 32,5% de atendimento de traumatologia, bem mais baixa que as outras de sua natureza pois, por se encontrar regionalizada, tem a sua população alvo diferenciada das demais.

Tabela 11 - Relação entre o atendimento da emergência odontológica geral e a traumatologia buco-maxilo-facial segundo natureza das instituições, Município de São Paulo, 1996/1997

<i>Instituição</i>	<i>Nº de atend. traumatologia</i>	<i>Nº de atend. odontologia</i>	<i>Percentual traum/geral</i>
P1	54	98	55,1%
P2	56	102	54,9%
P3	27	83	32,5%
P4	37	49	75,5%
E1	66	88	75,0%
E2	19	32	59,4%
E3	26	32	81,2%
E4	7	30	23,3%
E5	9	33	27,3%
E6	1	20	5,0%
M1	10	192	5,2%
M2	143	217	65,9%
M3	95	189	50,3%
M4	80	169	47,3%
M5	66	121	54,5%
M6	8	40	20,0%
FC1	-	587	-
FC2	24	25	96%
FC3*	2	13	-
FC4*	3	10	-
FC5*	1	4	-
<i>Total</i>	30	2134	-

* apresenta na média menos de um atendimento diário

Do grupo de instituições estaduais (E) pode-se verificar uma relação alta em comparação com as demais instituições (Tabela 11), com exceção de E5 que não oferece serviço de pronto-socorro e E4 e E6 que atendem populações fechadas. O grupo de instituições municipais (M) mantém uma relação mais baixa que os estaduais, com exceção de M2 que foi por muitos anos uma escola de

aperfeiçoamento nessa área. M6 apresenta essa relação baixa pois atende a uma demanda populacional específica e o M1 com 5,2% é um PS.

As instituições filantrópicas e contratadas (FC) ou estão apresentando poucos casos de um modo geral, não permitindo conclusões ou mostram-se voltadas exclusivamente para a emergência (no caso do FC1) ou traumatologia (FC2), podendo-se suspeitar que estão triando essa demanda antes do atendimento. Vê-se aí que não são necessárias para a área da especialidade de traumatologia buco-maxilo-facial.

Essas instituições observadas sob o aspecto geográfico (Figura 1) situam-se na maioria das vezes na zona central da cidade e nos bairros da zona sul que a margeiam. Pode-se dizer que não existem serviços ao sul do bairro de Santo Amaro (periferia da zona sul); assim como na região nordeste e na região oeste, onde estão localizados bairros muito pobres e violentos, nota-se, também, que a zona central está respaldada pelas imediações da zona sul com número de casos e percentual de traumatismos equilibrada, como mostra a Tabela 12, muito embora, o P4, por ser uma escola de aperfeiçoamento antiga atraia essa demanda até de fora do Município e isto aparece na relação de traumatologia elevada. A zona norte embora com apenas dois serviços mostra uma casuística equilibrada.

Tabela 12 - Percentual da traumatologia buco-maxilo-facial no atendimento da emergência odontológica segundo a localização geográfica das instituições no Município de São Paulo, 1996/1997

<i>Instituição</i>	<i>nº de atend. traumatologia</i>	<i>nº de atend. odontologia</i>	<i>Percentual traum/geral</i>
Zona central			
P4	37	49	75,5%
M6	8	40	20,0%
FC2	24	25	96%
FC5*	1	4	-
Zona norte			
E2	19	32	59,4%
E3	26	32	81,2%
Zona sul			
P1	54	98	55,1%
E6	1	20	5,0%
M5	66	121	54,5%
E5	9	33	27,3%
FC3*	2	13	-
FC4*	3	10	-
E1	66	88	75,0%
M1	10	192	5,2%
FC1	-	587	-
M4	80	169	47,3%
Zona oeste			
P3	27	83	32,5%
Zona leste			
P2	56	102	54,9%
M2	143	217	65,9%
M3	95	189	50,3%
<i>Total</i>	294	508	34,9%

* apresenta na média menos de um atendimento diário

Essas pessoas que estão buscando atendimento na rede governamental, além de sofrerem por suas lesões, sofrem também a carência por atendimento, devido à escassez da oferta de serviços básicos e de referência. A dificuldade de acesso aos existentes, torna mais complexo ainda a abordagem do atendimento dessa morbidade e verificar-se-á que as condições de vida das populações periféricas são agravadas quando observa-se a localização geográfica do atendimento. Na história destes

serviços ve-se as pessoas caminhar por todo o Município à procura de resolução de seus agravos.

Ao se observar os atendimentos de traumatologia buco-maxilo-facial (GRÁFICO 10), vê-se que as instituições municipais atendem à maioria dos casos, seguida pelas instituições de ensino e pesquisa e as estaduais. Embora dêem conta de 55% desse atendimento não se torna auto-suficiente e não cobre toda a população do Município, como é a pretensão do PAS. Por estarem localizadas mais periféricamente do que as unidades estaduais e de ensino e pesquisa são parte estratégica da rede governamental e se integradas com as demais instituições poderiam ser referenciadas e melhor aproveitadas. Vê-se que essa rede municipal não é uma preocupação da SMS pois não propõe políticas para a especialidade e não se preocupa em controlar esse atendimento, uma vez que não dispõe sequer de informações quantitativas a este respeito. Aparece sim, uma determinação de profissionais da área que se fixaram nessas unidades e tomaram para si o propósito de atender a essa demanda específica.

GRÁFICO 10 - Distribuição do atendimento de traumatologia buco-maxilo-facial segundo a natureza das instituições, Município de São Paulo, 1996/1997

Na rede estadual nota-se que uma das instituições (E2) foi montada recentemente, está bem estruturada, mas não aparece no banco SIH-SUS para o período estudado e deve suprir o fechamento de outra unidade na zona norte do Município. A implantação do PAS rompeu o acordo entre estado e Município para o atendimento da emergência odontológica, onde as instituições estaduais sediavam os recursos humanos municipais. Com isso, o E3 e o E5 sofreram perda de parte de suas equipes, ficando no período estudado com deficiência no atendimento, sendo que o E3 se reestruturou em 1998 com uma equipe 50% menor e o E5 fechou o PS dessa especialidade. Embora o PAS afirme que dá cobertura para a totalidade da população na área da emergência, no caso dos traumatismos buco-maxilo-faciais não há sequer uma instituição municipal nas zonas oeste e norte. A população dessa região tem que se deslocar para a região central ou sul em busca desses serviços e a população da

região norte fica totalmente por conta dos serviços estaduais; como resposta a esse dilema se inaugurou então o E2.

Cabe salientar, para a zona oeste, que o P3 (com apenas 32,5% dos atendimentos para traumatologia) tem recursos ideais para atender a esse tipo de demanda. Nesse hospital funciona um curso de especialização ligado à universidade à qual ele pertence, mas como ele é regionalizado e tem uma população alvo específica, não se configura como bem utilizado (Tabela 12). Essa relação baixa ocorre também nos hospitais que trabalham com demandas relativamente fechadas como o E4 (23,3%) e o M6 (20,0%).

Figura 1 - Localização das instituições pelos subdistritos administrativos e zonas do Município de São Paulo, 1996/1997

A maioria das instituições se localiza na zona sul e só no bairro de Santo Amaro pode-se ver três delas, das quais somente a estadual está atendendo à traumatologia, enquanto as outras duas atendem as emergências odontológicas gerais, constatado pela relação de traumatologia (Tabela 11). No bairro do Sacomã vê-se o E5 que, mesmo sem um PS para essa especialidade, está atendendo a traumatologia buco-maxilo-facial e pelo seu porte e infra estrutura (verificado nas entrevistas) poderia ser melhor aproveitado. Na região sul, o Hospital Ipiranga entrou em reforma física desativando esse atendimento, fato que agrava ainda mais a perda sofrida pelo fechamento do PS do E5.

A zona leste mostra um atendimento intenso e para o M2 o percentual de traumatologia é mais elevado que os demais da região, talvez por estar localizado em fácil acesso às marginais e às saídas das estradas Via Dutra e Rodovia Ayrton Sena.

Quanto à distribuição da ocupação dos recursos físicos dentro de cada instituição verificou-se que, dos atendimentos de traumatologia buco-maxilo-facial, 92,3% dos casos são recebidos em unidades de emergência (PS), seguindo-se a alta logo após a consulta e somente 7,6% são internados. Isso mostra que esses casos não tem gravidade para gerarem internações e após a realização do atendimento o paciente tem condições de ir para sua casa.. Os pacientes internados tiveram uma media de permanência de 4,3 dias, sendo que a moda dessa distribuição é 1 e 2 dias com 14 casos em cada um deles. Para casos de fraturas faciais, na Cidade do Cabo, África do Sul, foi encontrado um padrão semelhante tanto na distribuição do atendimento quanto na média de internação (BLOCH e STROVER, 1969).

De todo o atendimento observado somente duas pessoas foram a óbito por intercorrências durante a anestesia geral, evidenciando o consenso que existe entre os

autores que estudaram essa morbidade em outros países, afirmando que esses agravos não levam à morte quando estão dissociados de traumatismos intracranianos, mesmo quando observados casos graves como vítimas de atentados a bomba e explosões. Não se pode esquecer que este trabalho analisa a morbidade atendida e usou-se para tal a classificação dos primeiros atendimentos, onde nem sempre se consegue fechar um diagnóstico e onde as anotações são apressadas e pouco detalhadas. Perde-se na finalização do diagnóstico e ganha-se na realidade da descrição de uma morbidade muito pouco estudada. Estima-se que estão sendo atendidos dentro do Município de São Paulo 14.680 casos novos de traumatismos buco-maxilo-faciais no período anual, significando 40,2 casos por dia, ou seja, dois casos por dia para cada instituição.

Ao estimar-se a demanda total desses serviços, verificar-se-á 42.720 primeiros atendimentos, sendo 117 casos novos por dia onde se incluem os traumatismos buco-maxilo-faciais, 5,6 casos para cada instituição. Essa rede comporta essa demanda, mas seria melhor aproveitada se as emergências odontológicas simples não fossem tão abundantes.

Existe, portanto, a necessidade de se estruturar essas instituições e se criar serviços intermediários com resolubilidade. O processo de crescimento urbano não será solucionado a curto prazo e o enfoque da odontologia social se mostra ultrapassado frente à nova realidade metropolitana. Controlar a violência e promover a não violência é uma questão ampla onde se deve identificar as suas matrizes sociológicas e as respostas odontológicas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1996).

6.3 O CONTROLE E A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À ODONTOLOGIA HOSPITALAR

A hierarquização de serviços de saúde consagrada no artigo 198 da Constituição Federal, e detalhada na Lei Complementar n. 791/95, do Estado de São Paulo, (Lei Orgânica da Saúde, ou Código de Saúde), como sendo a organização de uma rede de atendimento em nível crescente de complexidade de atenção enfocada como base para a finalização e conclusão do atendimento, com exceção à emergência que deve ser prontamente atendida em qualquer nível (SANTOS, 1997).

As fontes governamentais de dados existentes poderiam ser utilizadas para o controle da rede, desde que todas as instituições do sistema governamental aparecessem nessas fontes, ou seja, desde que todas estivessem presentes nestes dados. Essa discussão passa pela “municipalização” do atendimento à saúde no Município de São Paulo.

As fontes de dados SIH-SUS e SIA-SUS, que foram a base para a triagem das instituições aqui estudadas, oferecem a possibilidade do controle da rede através da observação dos procedimentos realizados e das internações. Embora não sejam ideais, uma vez que a traumatologia buco-maxilo-facial é prioritariamente ambulatorial, essas fontes não podem ser desprezadas.

No caso da odontologia hospitalar, a morbidade ambulatorial necessitaria de um controle periódico mais detalhado, como foi por exemplo, a coleta trimestral realizada pela SMS no período de 1993/1994 e esses instrumentos de gestão poderiam ser buscados pelos administradores de saúde. Em relação às internações hospitalares, que já são dados mais elaborados (pois apresentam a informação do diagnóstico, sexo, idade, instituição, natureza da instituição, etc.) poder-se-ia pensar

em abarcar todos os hospitais (incluindo os particulares) e associar-se ao diagnóstico principal (nos casos de acidentes e violências), um diagnóstico secundário com a causa externa, segundo a especificação da OMS (LEBRÃO, 1996).

Tão importante quanto a fonte de dados é a transformação destes em instrumentos de gestão e sua utilização na administração dos serviços. Essa passagem é que possibilita a reavaliação da qualidade do dado.

Neste estudo que se baseou em uma amostra de 5% dos primeiros atendimentos odontológicos hospitalares dentro do Município, vislumbra-se a análise da morbidade e a possibilidade da utilização dos dados para estudos epidemiológicos e para a administração dos serviços.

As deliberações nacionais para a saúde bucal, que são as bases mobilizadoras da opinião pública e que ocorreram a partir da VII Conferência Nacional de Saúde (MÍNISTÉRIO DA SAÚDE, 1980) não deixam evidente a problemática da traumatologia buco-maxilo-facial. A Política Nacional de Saúde Bucal oriunda da VII Conferência cita como primeiro nível de serviços os que dão cobertura à dor e à infecção, dando margens a várias interpretações.

Em 1983, quando foi enfocada a reformulação e reequipamento dos serviços de odontologia próprios do INAMPS, citava-se que estes “deverão voltar-se especialmente para a atenção individual a adultos e gestantes, com prioridades claramente definidas em termos de custo/benefício para as extrações, restaurações e cirurgias buco-maxilo-faciais” (CONASP, 1983).

A Política Nacional de Saúde Bucal, promulgada em 1989, não citava os traumatismos por causa externa como problema, embora enfocasse o grupo etário de

6 a 12 anos seguido pelo grupo de 2 a 5 anos, respectivamente como prioridades para atendimento odontológico, sendo que neste último grupo é onde os casos hospitalares são quase na sua totalidade originados por quedas que levam à lesões faciais importantes. Para os adolescentes de 13 a 19 anos, que são o segundo grupo enfocado por esse documento não se traduz a preocupação das lesões por violência que incide nesse segmento. Quanto à descrição de danos, os traumatismos dentais e buco-maxilo-faciais não aparecem.

No plano quinquenal de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989) embora fosse ressaltada a importância de se fomentar o diagnóstico do câncer bucal, novamente nada se fala da traumatologia, mesmo com os epidemiologistas alertando para o aumento de mortes por causas externas e a OMS apontando para as injúrias e seqüelas que elas acarretam (OMS, 1989).

Em 1993, a II Conferência Nacional de Saúde Bucal conclama o direito de consulta de emergência para toda a população, mas não salienta os traumatismos dentais e suas implicações, assim como os traumatismos buco-maxilo-faciais (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1993).

Dentro da perspectiva das peculiaridades regionais, as políticas de saúde devem enfatizar principalmente para os centros urbanos a necessidade de se integrar o atendimento básico à retaguarda hospitalar, não só para o atendimento da traumatologia buco-maxilo-facial mas para o diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e as manifestações bucais do HIV. Os procedimentos restauradores e reabilitadores que envolvem tecnologia devem ser desmistificados e incorporados na prática odontológica (WHO, 1995) uma vez que são deveres constitucionais e conclusão do atendimento (entendida neste trabalho como a reabilitação do paciente

traumatizado); além disso com a compreensão da rede hospitalar a odontologia deverá enfocar as lesões por causas externas, buscando sua causalidade.

Dentro dessa linha vê-se a preocupação da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo com o Projeto Resgate que está sendo reimplantado no ano de 1998, abrangendo também a área de traumatologia buco-maxilo-facial e integrando as ações de primeiros socorros com referências regionalizadas.

Os PS dentários (existentes principalmente na rede municipal) atendem contingentes imensos de casos, onde se presta um atendimento voltado para a extração e para as dores de dente e abscessos dentoalveolares, (restauração provisória da cavidade cariada onde normalmente é usado material de forramento tendo como uma das suas características a baixa durabilidade); não ocorrendo o atendimento do traumatismo dental, (não há manobras de contenção de dentes luxados, reimplante de avulsões ou sequer acompanhamento para a reabilitação das perdas dentais traumáticas). O mais importante é que não há o encaminhamento para um serviço de referência.

A construção de uma rede de atenção à emergência odontológica hospitalar passa pela reestruturação do Município de São Paulo e principalmente pela solução do impasse SUS/PAS. Uma rede de atenção dividida, onde não ocorre comunicação entre as partes e não existe uma unidade de coordenação não caracteriza um sistema, e portanto, não tem controle (PAIM, 1997).

Ao se comparar os dados obtidos neste trabalho com as fontes governamentais verifica-se no SIH-SUS 1.734 internações pagas por emergência odontológica, sendo este número 25,6% superior ao observado aqui, (1380 internações); pode-se supor que internações por ferimentos de face realizados por

cirurgiões plásticos e algumas cirurgias otorrinolaringológicas estejam aparecendo nos banco SIH-SUS, o que permite essa sobreposição de especialidades. A comparação dessas fontes, embora discrepantes no número absoluto, mostra uma coerência na distribuição por sexo, onde os casos do sexo masculino no SIH-SUS são 74,2% do total e na amostra os casos relativos ao sexo masculino são 67,2%. Esse achado é compatível com a mortalidade por causas externas que é, para o sexo masculino, de 65,8%.

Os procedimentos ambulatoriais (SIA-SUS) pagos por traumatologia e cirurgia buco-maxilo-facial, (43.072 procedimentos), se mostraram 1% superiores aos observados neste trabalho (42.680 casos).

Estas comparações estão sendo feitas com a ressalva da diferença na abordagem deste trabalho (número de primeiros atendimentos) com a abordagem dos bancos governamentais, (número de internações e número de procedimentos realizados), citado no Material e Método. Além da ressalva da abordagem existe também o erro decorrente da codificação dos diagnósticos. É sabido que a mesma informação codificada por diferentes pessoas gera uma distorção e que a qualidade da codificação é questionada, não só nos serviços brasileiros, como é objeto de auditorias específicas em outros países (LEBRÃO, 1997; DIXON, 1998).

Ao contrário do observado por este trabalho, onde existe uma correspondência entre as fontes governamentais e a observação real, e portanto enfatiza-se a possibilidade de se exercer uma gestão da rede através dos dados oficiais, BARBOSA (1997) afirma que “para o parque hospitalar vinculado ao SUS, tanto em relação aos hospitais estatais quanto aos contratados, as iniciativas controlistas centradas exclusivamente sobre as faturas (AIH e UCA) não parecem ter

muito futuro”. Na realidade, pode-se supor o não uso dessas fontes para controle da rede e portanto, o desperdício do potencial das mesmas para a administração do sistema de saúde. Elas se mostram, apesar das ressalvas enfocadas ao longo deste trabalho, um bom instrumento.

Devido à traumatologia buco-maxilo-facial se caracterizar como um atendimento de urgência/emergência, ela deve estar caminhando na sua grande maioria para o sistema governamental de assistência a saúde.

Observa-se que o número de procedimentos pagos pelo SUS aparece em grande quantidade para poucas instituições de natureza filantrópica e contratada, mas em acordo com o número de casos observados. Nas instituições estaduais esse número é muito baixo frente ao atendimento observado na amostra, provavelmente devido a falhas na anotação da realização do procedimento. As instituições filantrópicas e contratadas têm clara essa preocupação e seus procedimentos têm relação com o atendimento observado. As instituições municipais não aparecem nesse banco, pois, não são municipalizadas e, portanto, não recebem repasse de verbas diretamente do SUS (MALIK e VECINA NETO, 1991).

Os dados fornecidos pela SMS não permitiram análise quantitativa (por falta de continuidade) e nem qualitativa pois não apresenta especificidade. Na realidade parece que não há normas para a apresentação dos dados de produção dessa área, nem uma política geral do atendimento do Município, ficando para as cooperativas todas as responsabilidades, acarretando a perda da visualização geral dessa morbidade e a impossibilidade de se desenvolver ações concretas para melhorar o atendimento à população da cidade.

No Quadro 5 apresenta-se a rede de atendimento odontológico do Município relacionando cada uma das instituições segundo a modalidade de serviço que ela presta, assinalada nas colunas sequenciais ao nome da instituição. Elas parecem assinaladas com “S” para o atendimento prestado e “N” para o não prestado, nas seguintes especificações:

- dores de dente em geral, pulpites, pericoronarites, etc., na coluna “dor”
- fraturas dentais, luxações dentais, na coluna “frat. dental”
- fraturas de ossos da face tipo mandíbula, malar, nasal, etc., na coluna “traum”
- tumores benignos na coluna “t.be”
- tumores malignos na coluna “t.mal”
- diagnóstico de doenças dos tecidos moles e duros da face e boca, na coluna “diag”.
- cirurgias ortognáticas, na coluna “c.ort”.

O Quadro 5 permite avaliar o atendimento odontológico do Município de São Paulo hierarquizando a rede segundo tipos de atendimento, onde fica facilitada a possível integração de ações voltadas para uma atendimento integral desde a emergência simples até a traumatologia buco-maxilo-facial, passando pelos diagnósticos de lesões bucais até as cirurgias oncológicas.

Quadro 5 - Modalidade do atendimento da odontologia hospitalar segundo as Instituições, Município de São Paulo, 1996

<i>Instituição</i>	<i>dor</i>	<i>frat.de</i>	<i>traum</i>	<i>Diag</i>	<i>t.ben</i>	<i>t.mal</i>	<i>c.orto</i>
H CLÍNICAS USP	S	S	S	S	S	S	S
SCM SÃO PAULO	S	S	S	S	S	S	S
HSPE	S	S	S	S	S	S	S
H HELIOPOLIS	S	S	S	S	S	S	N
H MANDAQUI	S	S	S	S	S	S	N
HM ARTHUR R.SABOYA	S	S	S	S	S	S	N
PRESTODONTO	S	S	S	S	S	S	N
HSPM	S	S	S	S	S	S	N
I EMÍLIO RIBAS	S	S	S	S	S	S	N
H D.PEDRO II	N	S	S	S	S	S	S
H MONUMENTO	N	S	S	S	S	S	S
HM FERNANDO M.P.ROCHA	N	S	S	S	S	S	S
H DEFEITOS DA FACE	S	S	S	S	S	N	S
HU USP	N	S	S	S	S	N	S
HG V PENTEADO	N	S	S	S	S	N	S
HM ALÍPIO CORREA NETO	S	S	S	S	S	N	N
SCM SANTO AMARO	S	S	S	S	N	N	S
HR ZONA SUL	S	S	S	S	N	N	N
PSM JOSÉ SYLVIO CAMARGO	S	S	S	S	N	N	N
HM CARMINO CARICCHIO	N	S	S	S	N	N	S
H LEAO III	N	N	S	S	S	S	N
H SANTA MARCELINA	N	N	S	S	N	N	S
H PARI	N	N	S	N	N	N	S
H BANDEIRANTES	N	N	S	N	N	N	N
HI DARCY VARGAS	S	S	N	S	S	S	N
CRT AIDS	S	S	N	S	S	S	N
AE J. CLIPER	S	N	N	N	N	N	N
F ODONTOLOGIA USP	S	S	N	N	N	N	N
PS CIDADE BANDEIRANTES	S	S	N	S	N	N	N
I CORAÇÃO	S	S	N	S	N	N	N
HG SÃO MATEUS	S	S	N	S	N	N	N
PSM MARIA A.F.BARROS	S	S	N	S	N	N	N
H WLADIMIR ARRUDA	S	S	N	S	N	N	N
PSM 21 DE JUNHO	S	S	N	S	N	N	N
NGA 55 CENTRO	S	S	N	N	N	N	N
HM TIDE SETÚBAL	S	S	N	N	N	N	N
PSM. LAURO RIBAS BRAGA	S	S	N	N	N	N	N
CS II J CASTRO ALVES	S	S	N	N	N	N	N
PA GLÓRIA SANTOS BONFIM	S	S	N	S	N	N	N
PA JUSCELINO K DE OLIVEIRA	S	S	N	S	N	N	N
PSM DE PERUS	S	N	N	S	N	N	N
PSM LAPA	S	N	N	N	N	N	N
HM BENEDICTO MONTE NEGRO	S	N	N	N	N	N	N
CS II CIDADE PATRIARCA	S	N	N	N	N	N	N
PA MAURICE PATE	S	N	N	S	N	N	N
H BRIGADEIRO	S	N	N	N	N	N	N
UBS GUAIANASES	S	N	N	N	N	N	N
AE PARI	S	N	N	N	N	N	N
PA ATUALPA GIRÃO RABELO	S	N	N	N	N	N	N

A partir da obtenção dessa rede as instituições foram hierarquizadas para a visualização da rede governamental triada para este estudo, com os resultados da tabulação das respostas dos questionários (Anexo 3, pág.154), sendo criadas a partir desse conceito de rede, duas planilhas de dados: a planilha de atendimento (Figura 2) e a planilha de reabilitação (Figura 9).

Nas planilhas pode-se ver as instituições relacionadas e numeradas. Essa sequência nominal e numérica aparece tanto nas linhas como nas colunas para facilitar a compreensão da dinâmica do atendimento. As instituições aparecem listadas na cor de acordo com o atendimento prestado na área de odontologia.

As instituições que não atendem a odontologia aparecem evidenciadas em azul (Figura 2) e são:

- HG TAIPAS,
- HM WALDOMIRO DE PAULA,
- HG GUAIANAZES que encerrou o atendimento a essa área.
- CSII V MANCHESTER,
- PS V IOLANDA,
- I MORUMBI S/A (não atende pacientes SUS desde 1º de janeiro de 1996).
- NGA 54 BELA VISTA, (exclusivamente a especialidade de odontopediatria),
- H SOROCABANA (relatou ter terceirizado o atendimento de odontologia para a PRESTODONTO LTDA).

- H SAÚDE
- CI IPIRANGA
- HM ÁLVARO SIMÕES
- H PÉROLA BYGTON (declarou ter atendido esporadicamente pacientes vítimas de atropelamento nos seus arredores, mas não possui esse serviço).
- H BENEFICÊNCIA PORTUGUESA e
- H SÃO PAULO, (não atendem especificamente fraturas de ossos da face tipo mandíbula, malar, nasal, etc.; reconstruções de tegumento de face e enxertos ósseos, tumores benignos e malignos, diagnóstico de doenças dos tecidos moles e duros da face e boca, cirurgias ortognáticas , realizadas especificamente por equipes médicas).

Declararam atender exclusivamente tumores benignos, malignos e diagnóstico de doenças dos tecidos moles e duros da face e boca as instituições:

- H SANTA EDWIGES,
- H AC CAMARGO,
- I CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO,
- IB DO CONTROLE DO CÂNCER,
- H IPIRANGA,

As instituições restantes atendem à odontologia e estão divididas em dois grupos: o grupo que atende a área de traumatologia buco-maxilo-facial, evidenciadas em verde, e o grupo que não atende essa área mas que realiza alguma modalidade de atendimento na área odontológica, evidenciadas em amarelo (Figura 2).

Figura 2 – Matriz do atendimento odontológico e da traumatologia buco-maxilo-facial segundo a complexidade hospitalar e a forma de encaminhamento, Município de São Paulo, 1996/1997

DE	PARA	1	2	3	4	5	6	12	13	14	15	16	17	18	20	22	23	28	33	34	35	53
1	H CLÍNICAS USP																F					
2	SCM SÃO PAULO																					
3	HSPE																					
4	H HELIOPOLIS	ATENDIMENTO DIURNO																				
5	H MANDAQUI																					
6	HM ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA																					
7	PRESTODONTO	I								I												
8	HSPM		I																			
9	I EMÍLIO RIBAS																					
10	H D PEDRO II	ATENDIMENTO DIURNO																				
11	H MONUMENTO																					
12	HM FERNANDO M PIRES ROCHA															F						
13	H DEFEITOS DA FACE																					
14	HU USP	I																				
15	HG V PENTEADO		I																		I	
16	HM ALÍPIO CORREA NETO																					
17	SCM SANTO AMARO																					
18	HR ZONA SUL																					
19	PSM JOSÉ SYLVIO DE CAMARGO													I								
20	HM CARMINO CARIOCHIO		I																			
21	H LEAO XIII																					
22	H SANTA MARCELINA																					
23	H PARI LTDA																					
24	H BANDEIRANTES		I		I																	
25	HI DARCY VARGAS	I	I					I										I				
26	CRT AIDS																					
27	AE J. CLIPER																	I		I		
28	F ODONTOLOGIA USP	ATENDIMENTO DIURNO																				
29	PSM LAPA		I					F														
30	PS CIDADE BANDEIRANTES																					
31	I CORAÇÃO	I																				
32	HG SÃO MATEUS																					
33	PSM MARIA A F DE BARROS																					
34	H WLADIMIR ARRUDA																					
35	PSM 21 DE JUNHO																					
36	NGA 55 CENTRO		I		I																	I
37	HM TIDE SETÚBAL												F									
38	PSM LAURO RIBAS DA BRAGA																					
39	CS II J CASTRO ALVES																					
40	PA GLÓRIA R. SANTOS BONFIM												F						I	I		
41	PA P JUSCELINO K DE OLIVEIRA											F										
42	PSM DE PERUS																F					
43	HM BENEDICTO MONTE NEGRO							F														
44	CS II CIDADE PATRIARCA																	I	I			
45	PA MAURICE PATE																					
46	H BRIGADEIRO	F																				
47	UBS GUAINASES			I																		
48	AE PARI																					
49	PA ATUALPA GIRÃO RABELO												F						I			
50	H A C CAMARGO	PACIENTES COM CANCER																				
51	IB CONTROLE DO CANCER	PACIENTES COM CANCER																				
52	I ARNALDO V. DE CARVALHO	PACIENTES COM CANCER																				
53	H IPIRANGA				I		I															
54	NGA 54 BELA VISTA																					
55	I MORUMBI S/A		I																			
56	H SAUDE LTDA																					
57	H SOROCABANA	F																				
58	PS C V IOLANDA LTDA																					
59	CS II V MANCHESTER																					
60	HG GUAIANASES																					
61	H PÉROLA BYGTON																					
62	H SANTA EDWIGES																					
63	H SÃO PAULO																					
64	H BENEFICENCIA PORTUGUESA																					
65	HI CANDIDO FONTOURA																					
66	HG TAIPAS		I																			
67	CI IPIRANGA		I																			
68	H ALVARO SIMOES DE SOUSA		I																			
69	HM WALDOMIRO DE PAULA																					

LEGENDA

	INSTUIÇÕES QUE ATENDEM A TRAUMATOLOGIA		ENCAMINHAMENTO INFORMAL
	INSTUIÇÕES QUE NÃO ATENDEM A TRAUMATOLOGIA		ENCAMINHAMENTO FORMAL
	INSTUIÇÕES QUE NÃO POSSUEM ATENDIMENTO NA ÁREA ODONTOLÓGICA		

Da rede que atende também a dor de dente, Figura 3, 9 instituições atendem somente dor de dente em geral, pulpites e pericoronarites que caracterizam o atendimento emergencial no nível de unidade básica de saúde):

- PA DR. ATUALPA GIRÃO RABELO,
- PA MAURICE PATE "PENHA DE FRANÇA,
- PSM PERUS,
- PSM LAPA
- AE PARI,
- UBS GUAIANASES,
- CS II CIDADE PATRIARCA,
- AE JD. CLIPER
- HM BENEDICTO MONTE NEGRO,
- H BRIGADEIRO,

Há de se questionar porque essas instituições não atendem traumatismos dentais e porque aparecem dois hospitais desperdiçando seus recursos num atendimento tão simples. Existe uma preocupação com a hierarquização da oferta do atendimento da emergência, pois ela acaba impactando os PS hospitalares que não deveriam ser usados para problemas de resolução simples, mas por falta de opção a população acaba indo direto para eles. Estudos mostram que a localização geográfica e o acesso aos serviços são fatores importantes na determinação da demanda (PIETILA e WIDSTROM, 1991; HOLMES e SUTCLIFFE, 1993).

Figura 3 - Localização das instituições que atendem odontalgias nos subdistritos segundo as zonas do Município de São Paulo, 1996/1997

Dos que atendem a dores de dente em geral, pulpites, pericoronarites e traumatismo dental:

- PSM D. MARIA ANTONIETA F BARROS
- PSM LAURO RIBAS DA BRAGA
- PSM LAPA,
- PSM 21 DE JUNHO
- PA GLÓRIA R. SANTOS BONFIM
- PA PRES JUSCELINO K DE OLIVEIRA
- PS CIDADE BANDEIRANTES
- F ODONTOLOGIA USP
- I CORAÇÃO (funcionários e familiares)
- CRT AIDS (portadores do virus HIV),
- CS II JARDIM CASTRO ALVES,
- ARE CENTRO
- HG SÃO MATEUS
- HI DARCY VARGAS (exclusivamente crianças)
- HM TIDE SETÚBAL,
- H WLADIMIR ARRUDA OSEC

Novamente pode-se perguntar porque hospitais desperdiçam seus recursos com ofertas de serviços que não caracterizam seu porte, principalmente por estarem

localizados em regiões periféricas como São Mateus, (zona leste), São Miguel Paulista (zona leste) e Grajaú (zona sul) salientando-se a importância do atendimento da traumatologia buco-maxilo-facial num hospital infantil de renome como o H Darcy Vargas.

Quanto à resolubilidade do atendimento referido dessas 16 instituições, Figura 4, somente uma reabilita o paciente com oclusão ajustada e reposição dos dentes perdidos, mas mesmo assim citou verbalmente que este fato ocorre só quando o paciente consegue vaga. As 15 restantes não oferecem reabilitação.

As informações sobre escoriações, ferimentos corto-contusos, lesões de face, reconstruções de tegumento de face e enxertos ósseos, obtidas nas respostas do questionário foram usadas para facilitar a identificação do atendimento e a caracterização, compondo informação com a traumatologia buco-maxilo-facial.

Figura 4 - Localização das instituições que atendem traumatismo dental nos subdistritos segundo as zonas do Município de São Paulo, 1996/1997

Finaliza-se então as 24 instituições que atendem à traumatologia buco-maxilo-facial, descritas no Quadro 5.

As instituições que atendem a todas as modalidades de doenças inquiridas, ou seja, dores de dente em geral, pulpites, pericoronarites; escoriações, ferimentos corto-contusos e lesões de face; fraturas dentais, luxações dentais; fraturas de ossos da face tipo mandíbula, malar, nasal; reconstruções de tegumento de face e enxertos ósseos; tumores benignos e malignos; diagnóstico de doenças dos tecidos moles e duros da face e boca; cirurgias ortognáticas são:

- SCM SÃO PAULO
- H CLÍNICAS USP
- HSPE

Os dois primeiros são considerados de ensino e pesquisa e o terceiro estadual, chamando atenção para a complexidade da modalidade de hospitais de ensino e pesquisas que parecem deter os casos mais complexos para si.

Observa-se que dessas instituições que atendem à traumatologia buco-maxilo-facial, 5 instituições são particulares e 3 filantrópicas, ficando a maior parcela do atendimento da traumatologia buco-maxilo-facial a cargo das instituições estaduais e municipais. Pode-se observar na Figura 5 a localização geográfica desta rede no Município de São Paulo.

Atendem exclusivamente os traumatismos buco-maxilo-faciais:

- CS SANTA MARCELINA, por ter esse suporte em ambulatório localizado na mesma entidade e

- H PARI

- H LEAO XIII

- SA BANDEIRANTES não consideravam de seu interesse atender a odontologia de maneira mais abrangente.

Quanto à resolubilidade do atendimento verificou-se que das 24 instituições, nenhuma reabilita o paciente com oclusão ajustada e reposição dos dentes perdidos, 24% oferecem acompanhamento de reabilitação ao paciente sem enfoque na reposição dental enquanto as 75% demais não tem essa preocupação. Quanto ao acompanhamento da lesão 10% das instituições afirmaram prestar somente o primeiro atendimento, 5% declarou dar continuidade em pós operatórios esporádicos e 62,5% dão continuidade em pós operatórios de rotina.

Do total das 69 instituições estudadas (Figura 6), pode-se salientar que:

- 79,6% atendem a emergência odontológica e traumatologia buco-maxilo-facial em seus PS, enquanto que as restantes em Ambulatório (Figura 3).

- 33,3% declaram atender tumores malignos e benignos e 6% afirmam atender exclusivamente tumores benignos,

- 59% declaram fazer diagnóstico de lesões de boca

- 23,2% das instituições realizam cirurgias ortognáticas.

As instituições que não atendem à traumatologia buco-maxilo-facial estão encaminhando essa casuística para outras instituições, seja de modo informal ou formal. Pode-se ver essa referência na planilha de atendimento (Figura 2). Nas linhas vê-se as instituições que estão encaminhando pacientes (DE) e nas colunas as que os estão recebendo (PARA). Essa dinâmica aparece no relacionamento da planilha, sendo que a célula vermelha indica uma referência informal e a célula azul, uma referência formal.

Como exemplo pode-se ver o HI DARCY VARGAS, que não atende esses traumatismos, encaminhando de modo informal (célula vermelha) pacientes para o H CLÍNICAS USP e a SCM SÃO PAULO, que atendem essa demanda, mas também, para a F ODONTOLOGIA USP, que não atende. Outro exemplo é o encaminhamento formal (célula azul) da F ODONTOLOGIA USP para o HU USP.

De modo geral as instituições que atendem são conhecidas, ainda que os encaminhamentos sejam prioritariamente informais. Destacam-se os formais nas instituições municipais que estão estruturadas em módulos e oferecem resistência para receber demanda externa.

Mesmo algumas instituições que atendem estão encaminhando, podendo-se suspeitar que o fazem para diminuir a sua demanda, não atender a casos mais complexos ou não ser de seu interesse atender. Como exemplo o H BANDEIRANTES, que embora relate que atenda essa demanda, encaminha informalmente para o H HELIÓPOLIS e SCM SÃO PAULO. O H CLÍNICAS USP, refere formalmente pacientes para o H BANDEIRANTES e H PARI LTDA e afirmou em conversa que assim o faz para aliviar o seu PS. Dentre os encaminhamentos equivocados o que ocorre para a F ODONTOLOGIA USP é o mais freqüente.

Pode-se ainda observar essa planilha ordenada por zonas geográficas (Figura 7) a saber: zona central C, zona leste L, zona norte N, zona oeste O e zona sul S. Nesse arranjo pode ser evidenciado os encaminhamentos através da localização das instituições dentro do Município. Evidencia-se a importância do conhecimento da rede e do estabelecimento de encaminhamentos formais corretos, já que eles ocorrem cruzando toda a cidade.

Figura 7 - Matriz do atendimento odontológico e da traumatologia buco-maxilo-facial segundo localização geográfica e a forma de encaminhamento, Município de São Paulo, 1996/1997

DE	Nº	NOME	ZONA	PARA	2	23	16	20	22	5	15	14	1	3	4	6	12	13	17	18	28	35	33	34	53
					C	C	L	L	L	N	N	O	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O	S	S	S
	2	VILA BUARQUE	C	SCM SÃO PAULO																					
	10	MOOCA	C	H D PEDRO II	ATENDIMENTO DIURNO																				
	28	PARI	C	H PARI LTDA																					
	24	LIBERDADE	C	H BANDEIRANTES	I										I										
	38	CENTRO	C	NGA 55 CENTRO	I										I										
	48	CANINDÉ	C	AE PARI																	I				
	50	LIBERDADE	C	H A C CAMARGO	PACIENTES COM CANCER																				
	51	MOOCA	C	IB CONTROLE DO CANCER	PACIENTES COM CANCER																				
	62	VILA BUARQUE	C	I ARNALDO V. CARVALHO	PACIENTES COM CANCER																I				
	54	BELA VISTA	C	NGA 54 BELA VISTA																					
	64	PARAISO	C	H BENEFICENCIA PORTUG.																					
	65	BELENZINHO	C	HI CANDIDO FONTOURA				I											I						
	16	E MATARAZZO	L	HM ALIPIO CORREA NETO																					
	20	TATUAPE	L	HM CARMINO CARICCHIO	I																				
	22	ITAQUERA	L	H SANTA MARCELINA																					
	27	JD. ESMERALDA	L	AE J. CLIPER																	I				I
	32	SÃO MATEUS	L	HG SÃO MATEUS																					
	37	SÃO MIGUEL	L	HM TIDE SETUBAL		F																			
	38	JD CASTRO ALVES	L	CS II J CASTRO ALVES																	I				
	40	CID. TIRADENTES	L	PA GLÓRIA R. S BONFIM		F																			
	41	GUAIANASES	L	PA JUSCELINO K OLIVEIRA		F																			
	43	JD IVA	L	HM BENEDICTO M. NEGRO													F								
	44	CID. PATRIARCA	L	CS II CIDADE PATRIARCA				I	I																
	45	PENHA DE FRANCO	L	PA MAURICE PATE		F																			
	47	GUAIANASES	L	UBS GUAINASES											I										
	49	ITAIM PAULISTA	L	PA ATUALPA G. RABELO		F																			
	58	GUAIANAZES	L	PS C V IOLANDA LTDA																					
	59	TATUAPÉ	L	CS II V MANCHESTER																					
	60	S MIGUEL PTA	L	HG GUAIANAZES																					
	69	ITAQUERA	L	HM WALDOMIRO DE PAULA																					
	5	SANTANA	N	H MANDAQUI																					
	15	VILA PENTEADO	N	HG V PENTEADO	I																	I			
	38	SANTANA	N	PSM LAURO R. DA BRAGA				I																	
	66	PARADA TAIPAS	N	HG TAIPAS	I																				
	68	CACHOERINHA	N	H ALVARO S. DE SOUSA	I																				
	7	LAPA	O	PRESTODONTO									I	I											
	8	ACLIMAÇÃO	O	HSPM	I																				
	14	BUTANTA	O	HU USP										I											
	28	BUTANTA	O	F ODONTOLOGIA USP	ATENDIMENTO DIURNO																				
	29	LAPA	O	PSM LAPA	I														F						
	30	JD. PINHEIROS	O	PS CIDADE BANDEIRANTES																					
	35	FREGUESIA DO Ó	O	PSM 21 DE JUNHO				F				I													
	42	PERUS	O	PSM DE PERUS				F																	
	57	LAPA	O	H SOROCABANA										F											
	61	BELA VISTA	O	H PÉROLA BYGTON																					
	1	CERQ CESAR	S	H CLINICAS USP		F																			
	3	VILA CLEMENTINO	S	HSPE																					
	4	SACOMA	S	H HELIOPOLIS	ATENDIMENTO DIURNO																				
	6	JABAQUARA	S	HM ARTHUR R DE SABOYA																					
	9	JD AMERICA	S	I EMILIO RIBAS																					
	11	IPIRANGA	S	H MONUMENTO																					
	12	VILA MARACANA	S	HM FERNANDO M P ROCHA																	F				
	13	INDIANOPOLIS	S	H DEFETOS DA FACE																					
	17	SANTO AMARO	S	SCM SANTO AMARO																					
	18	SANTO AMARO	S	HR ZONA SUL																					
	19	SANTO AMARO	S	PSM JOSÉ S CAMARGO																	I				
	21	IPIRANGA	S	H LEAO XIII																					
	25	MORUMBI	S	HI DARCY VARGAS	I									I								I			
	26	CERQ. CESAR	S	CRT AIDS																					
	31	CERQ. CESAR	S	I CORAÇÃO										I											
	33	JD REIMBERG	S	PSM MARIA A F DE BARROS																					
	34	SANTO AMARO	S	H WLADIMIR ARRUDA																					
	48	JD PAULISTA	S	H BRIGADEIRO										F											
	53	IPIRANGA	S	H IPIRANGA				I								I	I								

LEGENDA

	INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM A TRAUMATOLOGIA		ENCAMINHAMENTO INFORMAL
	INSTITUIÇÕES QUE NÃO ATENDEM A TRAUMATOLOGIA		ENCAMINHAMENTO FORMAL
	INSTITUIÇÕES QUE NÃO POSSUEM ATENDIMENTO NA ÁREA ODONTOLÓGICA		

Na Figura 8 a planilha de atendimento aparece ordenada por natureza da instituição, a saber: as instituições de ensino e pesquisa aparecem seguidas pelo número 90, as instituições filantrópicas pelo número 60, as estaduais 50, as municipais 40 e as contratadas 20. Verifica-se nesse arranjo que as instituições municipais estão encaminhando de maneira mais organizada e coerente do que as instituições estaduais, que encaminham somente de maneira informal e não sabem quem realmente atende a traumatologia buco-maxilo-facial.

Figura 8 - Matriz do atendimento odontológico e da traumatologia buco-maxilo-facial segundo a natureza e a forma de encaminhamento, Município de São Paulo, 1996/1997

NOME	NATUR	PARA	1 2 3 4 5 6 12 13 14 15 16 17 18 20 22 23 28 33 34 35																											
			S	C	S	S	N	S	S	S	O	N	L	S	S	L	L	C	O	S	S	O	S							
CERQ CESAR	90	H CLÍNICAS USP																	F											
VILA BUARQUE	90	SCM SÃO PAULO																												
BUTANTA	90	HU USP	I																											
ITAQUERA	90	H SANTA MARCELINA																												
BUTANTA	90	F ODONTOLOGIA USP													F															
SANTO AMARO	90	H WLADIMIR ARRUDA																	I											
VILA CLEMENTINO	90	H SÃO PAULO																												
MOOCA	60	H D PEDRO II																												
SANTO AMARO	60	SCM SANTO AMARO																												
LIBERDADE	60	H BANDEIRANTES	I		I																									
MOOCA	60	IB CONTROLE CANCER																												
VILA BUARQUE	60	I ARNALDO V. CARVALHO																									I			
LAPA	60	H SOROCABANA	F																											
PARAISO	60	H BENEFIC. PORTUGUESA																												
JABAQUARA	50	HM ARTHUR R DE SABOYA																												
ACLIMAÇÃO	50	HSPM			I																									
VILA MARACANA	50	HM FERNANDO M P. ROCHA																												
E MATARAZZO	50	HM ALIPIO CORREA NETO																												
SANTO AMARO	50	PSM JOSÉ S. CAMARGO																												
TATUAPE	50	HM CARMINO CARICCHIO			I																									
LAPA	50	PSM LAPA			I																									
JD. PINHEIROS	50	PS CID BANDEIRANTES																												
JD REIMBERG	50	PSM MARIA A F BARROS																												
FREGUESIA DO Ó	50	PSM 21 DE JUNHO																												
SÃO MIGUEL	50	HM TIDE SETÚBAL																												
SANTANA	50	PSM LAURO R. BRAGA																												
CID. TIRADENTES	50	PA GLÓRIA R.S. BONFIM																												
GUAIANASES	50	PA JUSCELINO K OLIVEIRA																												
PERUS	50	PSM DE PERUS																												
JD IVA	50	HM BENEDICTO M. NEGRO																												
PENHA DE FRANÇO	50	PA MAURICE PATE																												
ITAIM PAULISTA	50	PA ATUALPA G. RABELO																												
ITAQUERA	50	HM WALDOMIRO PAULA																												
VILA CLEMENTINO	40	HSPE																												
SACOMA	40	H HELIOPOLIS																												
SANTANA	40	H MANDAQUI																												
JD AMERICA	40	I EMILIO RIBAS																												
VILA PENTEADO	40	HG V PENTEADO																												
SANTO AMARO	40	HR ZONA SUL																												
MORUMBI	40	HI DARCY VARGAS																												
CERQ. CESAR	40	CRT AIDS																												
JD. ESMERALDA	40	AE J. CLIPER																												
CERQ. CESAR	40	I CORAÇÃO																												
SÃO MATEUS	40	HG SÃO MATEUS																												
CENTRO	40	NGA 55 CENTRO																												
JD CASTRO ALVES	40	CS II J CASTRO ALVES																												
CID. PATRIARCA	40	CS II CIDADE PATRIARCA																												
JD PAULISTA	40	H BRIGADEIRO																												
GUAIANASES	40	UBS GUAINASES																												
CANINDÉ	40	AE PARI																												
IPIRANGA	40	H IPIRANGA																												
BELA VISTA	40	NGA 54 BELA VISTA																												
TATUAPE	40	CS II V. MANCHESTER																												
S MIGUEL PTA	40	HG GUAIANASES																												
BELA VISTA	40	H PEROLA BYGTON																												
BELENZINHO	40	HI CANDIDO FONTOURA																												
PARADA TAIPAS	40	HG TAIPAS																												
CACHOERINHA	40	H ALVARO S SOUSA																												
LAPA	20	PRESTODONTO																												
IPIRANGA	20	H MONUMENTO																												
INDIANOPOLIS	20	H DEFEITOS DA FACE																												
IPIRANGA	20	H LEO XIII																												
PARI	20	H PARI LTDA																												
LIBERDADE	20	H A C CAMARGO																												

LEGENDA

	INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM A TRAUMATOLOGIA		ENCAMINHAMENTO INFORMAL
	INSTITUIÇÕES QUE NÃO ATENDEM A TRAUMATOLOGIA		ENCAMINHAMENTO FORMAL
	INSTITUIÇÕES QUE NÃO POSSUEM ATENDIMENTO NA ÁREA ODONTOLÓGICA		

Como as 24 instituições que atendem aos traumatismos buco-maxilo-faciais não reabilitam o paciente e das 16 que relataram atender traumatismos dentais somente uma afirma reabilitar, suspeita-se então que as 39 estejam delegando essa conclusão de tratamento para algum serviço dentro do Município. Verificou-se que nenhuma delas tem um acordo formal para a reabilitação e todas encaminham ou indicam informalmente ao paciente outro serviço. Essa referência pode ser observada na planilha de reabilitação (Figura 9).

Figura 9 - Matriz de reabilitação da traumatologia buco-maxilo-facial segundo a forma de encaminhamento, Município de São Paulo, 1996/1997

DE	PARA	1	2	15	17	28	34	OUT INSTITUIÇÕES			
1 H CLÍNICAS USP						I					
2 SCM SÃO PAULO	Não indica										
3 HSPE						I	I	I	I		
4 H HELIOPOLIS						I					
5 H MANDAQUI											
6 HM ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA											
7 PRESTODONTO	Não indica										
8 HSPM											
9 I EMÍLIO RIBAS	Não indica										
10 H D PEDRO II						I					
11 H MONUMENTO						I	I				
12 HM FERNANDO M PIRES ROCHA						I					
13 H DEFEITOS DA FACE	Não indica										
14 HU USP						I					
15 HG V PENTEADO	Não indica										
16 HM ALIPIO CORREA NETO						I		I			
17 SCM SANTO AMARO						I	I				
18 HR ZONA SUL	Não indica										
19 PSM JOSÉ SYLVIO DE CAMARGO					I	I					
20 HM CARMINO CARICCHIO	Não indica										
21 H LEO XIII	Não indica										
22 H SANTA MARCELINA	Não indica										
23 H PARI LTDA	Não indica										
24 H BANDEIRANTES						I	I				
25 HI DARCY VARGAS		I	I			I					
26 CRT AIDS	Não indica										
27 AE J CLIPER	Não indica										
28 F ODONTOLOGIA USP											
29 PSM LAPA	Não indica										
30 PS CIDADE BANDEIRANTES	Não indica										
31 I CORAÇÃO						I					
32 HG SÃO MATEUS	Não indica										
33 PSM MARIA A F DE BARROS											
34 H WLADIMIR ARRUDA						I					
35 PSM 21 DE JUNHO											
36 NGA 55 CENTRO	Não indica										
37 HM TIDE SETÚBAL	Não indica										
38 PSM. LAURO RIBAS DA BRAGA	Não indica										
39 CS II J CASTRO ALVES	Não indica										
40 PA GLÓRIA R. SANTOS BONFIM	Não indica										
41 PA P JUSCELINO K DE OLIVEIRA	Não indica										

LEGENDA

	INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM TRAUMATOLOGIA
	INSTITUIÇÕES QUE NÃO ATENDEM TRAUMATOLOGIA
	RE-ENCAMINHAMENTO PARA A F ODONTOLOGIA USP
	NÃO REABILITA E NÃO ENCAMINHA
	ENCAMINHAMENTO PARA A F ODONTOLOGIA USP
	ENCAMINHAMENTO PARA FORA DA REDE SUS
	(fora do escopo da pesquisa)

Na referida planilha se observa que 20 instituições (51,3%) não citam nominalmente ninguém para realizar a reabilitação e as outras 19 citam 6 serviços diferentes dentro da rede SUS. A F ODONTOLOGIA USP é um dos seis indicados, recebendo referência de 10 dessas 19 instituições. Porventura vê-se que dentre essas 3 reencaminham para a F ODONTOLOGIA USP.

Essa falta de conclusão no tratamento dado por hospitais também é citado por GIBSON e col. (1993) que trabalhando com o HU de Vancouver, Canadá, somente encontraram resolubilidade para a dor em 80% dos atendimentos e voltaram para dar continuidade ao atendimento 49,1% dos atendidos, isto porque o próprio serviço encorajava os pacientes a buscar atendimento em outros locais como escolas de odontologia e consultórios particulares.

Aparecem citados também três serviços que não apareceram na triagem da rede SUS. São citados nominalmente na planilha, sendo duas escolas de odontologia e uma associação odontológica.

Confirma-se então que dentro da rede governamental de atendimento à traumatologia buco-maxilo-facial e traumatismos dentais não existe reabilitação e os acompanhamentos de pós procedimentos não são constantes dentro do Município de São Paulo.

7 CONCLUSÃO

Verificou-se que a traumatologia buco-maxilo-facial atingiu aproximadamente 14.700 pessoas, no período observado, e pela especificação dos diagnósticos essas lesões são importantes. Como mostra a revisão da literatura esse número alarmante de vítimas da violência tende a crescer pois nada está sendo feito para que esse quadro se reverta.

A rede de instituições governamentais que atende à emergência odontológica e a traumatologia buco-maxilo-facial não está integrada em um sistema de referência para um atendimento hierarquizado e nem para a reabilitação.

Tanto a administração municipal quanto a estadual não apresentam instrumentos de gestão baseados em dados epidemiológicos e/ou administrativos adequados para o controle e a administração dessa área da odontologia.

Existe uma única instituição governamental dentro do Município de São Paulo que está reabilitando pessoas após traumatismos buco-maxilo-faciais, mas, sem que essa reabilitação faça parte de um processo organizado do sistema de saúde.

O PAS atende apenas 55% dos casos do Município e necessita da rede estadual e contratada para possibilitar a cobertura do atendimento dessa traumatologia. Os hospitais contratados não filantrópicos não apresentam significativo atendimento nessa área e são portanto desnecessários.

Os bancos de dados governamentais (SIA-SUS e AIH-SUS) não são adequados para os estudos na área da odontologia, pois a AIH refere-se unicamente às internações, os atendimentos mostram-se eminentemente ambulatoriais e o SIA

descreve os procedimentos ainda sem discriminar sexo ou idade, servindo apenas como referência grosseira para a verificação do montante geral da especialidade.

Os profissionais de odontologia e as instituições que prestam esse atendimento, não estão sendo informados para observarem e anotarem os diagnósticos conforme a preconização da OMS, prejudicando estudos epidemiológicos nessa área e impossibilitando as pessoas com traumatismos dentais e buco-maxilo-faciais de moverem ações judiciais, para cobertura de gastos com a reabilitação.

Não existe no Município de São Paulo uma política para o atendimento da emergência odontológica e traumatismos buco-maxilo-facial.

As instituições de ensino de odontologia e saúde pública não estão atentas para esse novo perfil epidemiológico onde as causas externas já representam mais de 30% do atendimento da odontologia hospitalar.

Essa morbidade não está sendo estudada e nem debatida sob a ótica da sociedade e embora represente um grande impacto nesta cidade tanto em termos numéricos como em importância de lesões e possíveis seqüelas, não é considerada um problema de saúde pública.

Verificou-se também que a hipótese de trabalho é verdadeira.

8 SUGESTÕES

- Criar um atendimento odontológico real em unidades básicas de saúde, levando-se em conta a emergência odontológica voltada para a cárie e a doença periodontal, com resolubilidade e evitando-se assim que estas chegassem aos PS dos hospitais
- A curto prazo poderia-se utilizar serviços voltados para a emergência odontológica em regime de 24 horas. Essa alternativa aparece em outros países que mesmo contando com programas de prevenção e atendimento efetivos, não dão conta das emergências em suas rotinas.
- Preparar a rede para as intercorrências surgidas nas causas externas, pois estas serão um constante desafio, uma vez que enraízam-se profundamente na cultura humana que arrasta a violência como um estigma ao longo da história.
- Implantar serviços de traumatologia buco-maxilo-faciais em hospitais infantis, pois verificou-se grande contingente de crianças nessa morbidade sem amparo específico frente as suas peculiaridades.
- Estruturar a coleta de informações pois as emergências são uma fonte rica que reflete a falência do sistema de saúde, com um enfoque distinto da mortalidade e da morbidade sendo o seu estudo ainda um desafio.
- Integração da rede de atendimento existente municipal, estadual e de ensino e pesquisa, não sendo necessárias complementações dessa rede com os contratados e os filantrópicos.

- Estruturação do encaminhamento para o atendimento, divulgada para todas as instituições de saúde do Município.
- Hierarquização das instituições para melhor se utilizar os recursos existentes, uma vez que a distribuição da gravidade do atendimento já está estabelecida informalmente e direcionada para os de ensino e pesquisa
- Integração da rede de atendimento para melhor cobrir o território do Município.
- Criação de serviços para a reabilitação dos pacientes que sofreram traumatismos buco-maxilo-faciais e estão atualmente em total abandono.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADI, M. et al. An analysis of mandibular fractures in Dundee, Scotland. *Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 28:194-9, 1990.
- ALVES, J.F. *Metrópoles: cidadania e qualidade de vida*. São Paulo, Moderna, 1992. (Coleção Polêmica)
- ANDREW, C.T. et al. Is routine cervical spine radiographic evaluation indicated in patients with mandibular fractures? *Am. Surg.*, 58:369-72, 1992.
- ASHLEY, K.M. A study of disorderly behaviour in Sunderland town centre. Newcastle: Northumbria police. (on line)
- BANKS, P. *Kelley's fractures of the middle third of the facial skeleton*. 5th ed. London, Butterworth, 1987.
- BARBOSA, P.R. Gestão em saúde o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo o sistema de saúde. In: Fleury, S., org. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo, Lemos Editora, 1997. p.143-162.
- BARON, R.A. & RICHARDSON, D.R. *Human aggression*. 2nd. ed. New York, Plenum, 1994.
- BERRONE, S. et al. Rapporto fra dinamica del trauma e sede di frattura del massiccio facciale. *Minerva Stomatol.*, 38:161-72, 1989.
- BLANK, L.W. & CHARBENEU, G.T. Urgent care. *Dent. Clin. North. Am.*, 30:489-501, 1986.
- BLOCH, C. & STROVER, R.M. Facial fractures: a preliminary report. *S. Afr. Med. J.*, 5:81-83, 1969.
- BOBADILLA, C.Q. O papel da mídia nos serviços de saúde. In: Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas. *Ciências sociais e*

medicina: atualidades e perspectivas latino-americana. Campinas, CEMICAMP, 1993. p.293-314.

BORGES, W.H. *Violência, direito e trabalho na organização social: uma análise crítico historicista*. São Paulo, Germinar, 1997.

CASSWELL, A. et al., Bombs for kicks. *Practitioner*, 226:111-9, 1982.

CHANG, C. et al. Maxillary involvement in central craniofacial fractures with associated head injuries. *J. Trauma*, 37:807-11, 1994.

CHEW, D.J. & EDMONDSON, H.D. A study of maxillofacial injuries in the elderly resulting from falls. *J. Oral Rehabil.*, 23:505-9, 1996.

COHN, A. & ELIAS, P.E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo, Cortez, 1996.

COLIMON, K.M. *Fundamentos de epidemiologia*. Madrid, Díaz de Santos, 1990.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Conferência Nacional de Saúde Bucal*, 2ª, 25 a 27 nov. 1993. CFO, Brasília, 1993.

CONSELHO NACIONAL DE REFORMA DA SAÚDE E PREVIDENCIA.

Assistência odontológica no âmbito da previdência social – análise e proposta de reorientação. In: *Programa de Reorientação da Assistência Odontológica*. Brasília, CONASP, 1983.

COSTA, D.C. et al. *Epidemiologia teoria e objeto*. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1994.

D'AVILA, A.M.M.P. Estudos dos sistemas de informações em morbimortalidade por causas externas no Município de Ribeirão Preto, SP. São Paulo, 1997.
[Dissertação de mestrado-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP]

DEFILIPPI NOVOA, E.C.A. & SAGASTUME, J.M. *Tratado de traumatologia médico-legal*. Buenos Aires, Martinez de Murguia, 1967.

- DIGMAN, T.M. & NATVIG, A.C. *Cirurgia das fraturas faciais*. São Paulo, Editora Santos, 1983.
- DIMITROULIS, G. & EYRE, J. A 7-year review of maxillofacial trauma in a central London hospital. *Br. Dent. J.*, 170:300-2, 1992.
- DIXON, J. et al. Assessment of the reproducibility of clinical coding in routinely collected hospital activity data: a study in two hospitals. *J. Public Health Med.*, 20:63-9, 1998.
- ELDERTON, R.J. *Evolution in dental care*. Bristol, Clinical Press, 1990.
- ELIAS, P.E. & COHN, A. O plano de assistência à saúde do Município de São Paulo: uma modalidade alternativa de gestão. *Rev. Adm.*, 33: 44-50, 1998.
- EMSHOFF, R. et al. Trends in the incidence and causes of sport-related mandibular fractures: a retrospective analysis. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 55:585-92, 1997.
- FERGUSON, J. A. et al. Workload in oral and maxillofacial surgery: analysis of trends from linked statistics in a defined population. *Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 30:142-7, 1992.
- FLEMING, P. et al. Analysis of an emergency dental service provided at a children's hospital. *Int. J. Paediatr. Dent.*, 1:25-30, 1991.
- FÍGUN, M.E. & GARINO, R.G. *Anatomía odontológica funcional y aplicada*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 4ª ed. São Paulo, Forense Universitária, 1994.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Saúde: pesquisa de condições de vida na região metropolitana de São Paulo*. São Paulo, 1992.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Anuário estatístico do Estado de São Paulo, 1996*. São Paulo, 1996.

- GANDELMANN, I.H.A. & CORTEZZI, W. Incidência e tratamento das lesões traumáticas à mandíbula, maciço facial e às estruturas dentárias na cidade do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Odontol.*, 43:32-9, 1986.
- GIBSON, G.B. et al. A prospective survey of hospital ambulatory dental emergencies: patients and emergency characteristics. *Spec. Care Dent.*, 13:61-9, 1993a.
- GIBSON, G.B. et al. A prospective survey of hospital ambulatory dental emergencies: follow-up to emergency treatment. *Spec. Care Dent.*, 13:110-3, 1993b.
- GOLDSCHMIDT, M.J. et al. Craniomaxillofacial trauma in the elderly. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 53:1145-9, 1995.
- GOTLIEB, S.L.D. Mortalidade diferencial por causas – São Paulo, 1970: tábua de vida de múltiplo decremento. São Paulo, 1977. [Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- GREGORI, C. *Cirurgia odontológica para o clínico geral*. São Paulo, Saraiva, 1988.
- GUIMARÃES, M.D.C. Epidemiologia da AIDS/HIV no Brasil. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2. Belo Horizonte, 1992. *Anais: Qualidade de vida, compromisso histórico da epidemiologia*. Belo Horizonte, COOPMED/ABRASCO, 1993.
- HAUG, R.H. et al. An epidemiologic survey of facial fractures and concomitant injuries. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 48:926-32, 1990.
- HAUG, R.H. & GREENBERG, A.M. *Etiology, distribution, and classification of fractures*, in Craniofacial fractures.
- HAUG, R.H. et al. Cranial fractures associated with facial fractures: a review of mechanism, type, and severity of injury. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 52:729-33, 1994.

- HILL, I.R. Fractures potential of the mandible. *J. Forensic. Odontostomatol.*, 7:17-23, 1989.
- HITCHIN, A.D. & SHUKER, S.T. Sociological aspects of maxillofacial injuries in the east of Scotland. *Soc. Med.*, 66:699-700, 1973.
- HOLMES, C. & SUTCLIFFE, P. Out of hours emergency dental service provision in Scotland: a survey of health boards. *Health Bull.*, 51:49-52, 1993.
- JACOB, P. Habitat e saúde na periferia. *São Paulo Perspect.*, 4:121-30, 1990.
- JUNQUEIRA, L.A.P. *Mudança uma causa compartilhada: do ERSA ao SUS*. São Paulo, 1996. [Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- LAMBERG, M.A. et al. Maxillo-facial fractures caused by assault and battery. Victims and their injuries. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, 71:162-75, 1975.
- LANGER, A. Condicion de la mujer y salud reproductiva en Mexico. In: Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas. *Ciencias sociais e medicina: atualidades e perspectivas latino-americanas*. Campinas, CEMICAMP, 1993. p.21-42.
- LASKIN, D.M. *Management of oral emergencies*. Springfield, Charles C. Thomas, 1964.
- LASKIN, D.M. Giving your patients a sporting chance. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 55:113, 1997.
- LAVORGNA, G. et al. Le fratture dello scheletro maxillo-facciale in età pediatrica. *Minerva Stomatol.*, 43:343-9, 1994.
- LEBRÃO, M.L. *Utilização da classificação internacional de doenças em informações de morbidade*. São Paulo, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1993. (Série Divulgação, 8)
- LEBRÃO, M.L. *Estudos de morbidade*. São Paulo, EDUSP, 1997. (Acadêmica, 13)

- LESER, W. et al. *Elementos de epidemiologia geral*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988.
- LEVCOVITZ, E. *A capacidade operativa da rede assistencial do SUS: recuperação e adequação*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 66).
- LOPES, A.G.S. *Mortalidade por causas externas e alguns aspectos da qualidade dos dados*. Rio de Janeiro, CIDE, 1994. (Boletim Técnico, 9).
- MALIK, A.M. & VECINA NETO, G. *Desenhando caminhos alternativos para a gerência de serviços de saúde*. São Paulo, 1991. [mimeo, FGV]
- MARQUEZ, I.M. et al. Fraturas faciais; incidência no hospital odontológico da FAEPU em 1984/85. *Rev. Cent. Ciênc. Biomed.*, 2: 23-31, 1986.
- MARTUCCI, E. et al. Revisione clinico-statistica su 388 pazienti con fratture maxillo-facciali. *Minerva Stomatol.*, 37:869-74, 1988.
- MELLO JORGE, M.H.P. *Investigação sobre mortalidade por acidentes e violência na infância*. São Paulo, 1988. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- MELLO JORGE, M.H.P. Como morrem nossos jovens. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília, CNPD, 1998. p.209-89.
- MINARI, F.C. *Morbidade um estudo conceitual e empírico*. São Paulo, 1998. [Dissertação de mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP]
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conferencia Nacional de Saúde Bucal*, 1ª, Brasília, 1986.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. *Terminologia básica em saúde*. Brasília, DF., 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos e prioridades*. Brasília, DF., 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Quinquenal de Saúde-1990/1995: a saúde do Brasil novo*. Brasília, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional básica do SUS. NOB-SUS 01/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF., 6 nov. 1996. Seção , p.

MIOTTI, A. et al. Studio statistico-epidemiologico dei traumi cranio-maxillo-facciali nella regione Friuli Venezia Giulia. *Minerva Stomatol.*, 45:149-56, 1996.

MONCIAUX, M. & ROMER, C.J. *Accidents childhood and adolescence, the role of research*. Geneva, World Health Organization, 1991.

MUELLER, W.A. Emergency dental care. *Pediatrician*, 16:147-52, 1989.

NOVAES, H.M.D. *Diagnosticar e classificar: o limite do olhar*. São Paulo, 1987.
[Tese doutorado. Faculdade de Medicina da USP]

OJI, C. Maxillofacial injuries. *Plast Reconstr. Surg.*, 97:866-8, 1996.

OKESON, J.P. *Bell's orofacial pains*. 5th ed. Chelsea, Quintessence, 1995.

OLIVEIRA, I.C. Metrôpolis "favelizada": Rio de Janeiro continua siendo. In: Heck, M., coord. *Grandes metrôpolis de América Latina*. São Paulo, Fundação Memorial da América Latina, 1993. P. 258-76.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Conferencia Interamericana sobre Sociedad Violencia y Salud, nov. 1994. *Memorias*. Washington D.C., 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito: 9ª revisão*. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação internacional de doenças em odontologia e estomatologia*: 3ª ed. São Paulo, Editora Santos, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito*: 10ª revisão. São Paulo, EDUSP, 1997.

PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. Fleury, S., org. São Paulo, Lemos Editora, 1997.

PANHOCA DA SILVA, O.M. et al. The morbidity in odontology according to the ICD-DA and the ICD-10. [Presented at the Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases. Tokyo, Japan, 1996]

PEDROSO, O.P. *Evolução conceitual da assistência médico-hospitalar*. São Paulo, Cortez, 1984.

PELLERIN, Y.D. et al. Particularités des plaies de la face par balle a basse vélocité. *Ann. Chir. Plast.*, 25:347-50, 1980.

PENNYCOOK, A. et al. The management of dental problems presenting to an accident and emergency department. *J. R. Soc. Med.*, 86:702-3, 1993.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995.

PIETILA, I. & WIDSTROM, E. Organization and problems in emergency dental care at finnish health centres. *Scand. J. Prim. Health Care*, 9:173-7, 1991.

PINTO, V.G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção à odontologia. *Rev. Saúde Pública*, 23: 509-14, 1989.

PINTO, V.G. *A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir*. São Paulo, Editora Santos, 1993.

PINTO, V.G. Epidemiologia e doenças bucais. In: Kriger, L., org., *Promoção da saúde bucal*. São Paulo, Artes Médicas, 1997. p.29-41

- PIRES, C.A. *Violência no Brasil*. 8ª ed. São Paulo, Moderna, 1985. (Coleção Polêmica)
- PRICE, J.D. An emergency dental service. *J. Dent.*, 7:43-51, 1979.
- RAMSAY, M.N. City centre crime: the scope for situational prevention. Research and planning, unit paper 10. London: home office. (on line)
- RUSSO, A. et al. Contributo statistico alle fratture del distretto maxillo-facciale. *Minerva Stomatol.*, 46:139-45, 1997.
- SANTOS, L. O poder regulamentador do Estado sobre as ações e os serviços de saúde. In: Fleury, S., org. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo, Lemos Editora, 1997. p.241-80.
- SANTOS, J.M. et al. Atención en el cuerpo de guardia: nuestra experiencia. *Rev. Cubana Salud Publica*, 14 (3):7-14, 1988.
- SHAFFER, W.G. et al. *Patologia bucal*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981.
- SCHWARTZ, S. A one year statistical analysis of dental emergencies in a pediatric hospital. *Scan Dent. Assoc.*, 60:959-68, 1994.
- SEGAL, H. Categories of emergency patients. *Gen. Dent.*, 34:37-42, 1986.
- SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. *Regulamento da promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da SES: decreto nº 12 342, de 27 de setembro de 1978*. São Paulo, s.d.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO. *Dossiê São Paulo, 1996*. São Paulo, SEPLAN, 1996.
- SHEPHERD, J.P et al. Injuries resulting from assault in Bristol. *J. Dent. Res.*, 66:855, 1987.
- SHEPHERD, J.P. Surgical, socio-economic and forensic aspects of assault: a review. *Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 27:89-98, 1989.

- SILVA, N.N. *Amostragem probabilística: um curso introdutório*. São Paulo, EDUSP, 1998. (Acadêmica, 18).
- STEERING COMMITTEE ON FUTURE HEALTH SCENARIOS. *Accidents in the Year 2000. accidents and traumatology scenarios*. Dordrecht, Kluwer Academic, 1989.
- STROM, C. et al. Jaw fractures in Stockholm 1988-90. *Swed. Dent. J.*, 20:221-6, 1996.
- TANAKA, N. et al. Maxillofacial fractures in children. *J. Craniomaxillofac. Surg.*, 21:289-93, 1993.
- TANAKA, N. et al. Actiology of maxillofacial fracture. *Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 32:19-23, 1994.
- TAYLOR, J.L. Some typical recent cases in negligence. *N. Z. Med. J.*, 77:325-6, 1973.
- THALLER, S.R. & HUANG, V. Midfacial fractures in the pediatric population. *Ann. Plast. Surg.*, 29:348-52, 1992.
- TIMONEY, N. et al. A comparative study of maxillo-facial trauma in Bristol and Bordeaux. *J. Craniomaxillofac. Surg.*, 18:154-7, 1990.
- TOMMASI, A.F. *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo, Artes Médicas, 1982.
- TRAVASSOS, C. & LEBRÃO, M.L. Morbidade hospitalar nos jovens. In: Comissão Nacional de População de Desenvolvimento. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília, CNPD, 1998. p.165-96.
- TURCO, C. et al. Contributo clinico-casistico su 126 casi di fracture del complesso orbito-maxillo-zigomatico. *Minerva Stomatol.*, 38:873-5, 1989.
- WALKER, R.V. & FRAME, J.W. Civilian maxillo-facial gunshot injuries. *Int J. Oral. Surg.*, 13:263-77, 1984.

- WIDSTROM, E. et al. Analysis of patients utilizing emergency dental care in two finnish cities. *Acta Odontol. Scand.*, 46: 105-12, 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Planning oral health service*. Geneva, 1980.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The epidemiology of accident traumas and resulting disabilities*. Copenhagen, 1982.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Strengthening of health services.: WHO's response to the changing needs of countries*. Geneva, 1995.
- YANG, H.K. et al. Self-inflicted ocular mutilation. *Am J. Ophthalmol.*, 91:658-63, 1981.
- ZENG, Y. et al. Epidemiology of dental emergency visits to an urban children's hospital. *Pediatr. Dent.*, 16:419-23, 1994.

10 ANEXOS

Anexo 1 CARTA ENVIADA PELO ORIENTADOR ÀS INSTITUIÇÕES

Senhor diretor,

Tem a presente a finalidade de apresentar a cirurgiã dentista OLGA MARIA PANHOCA DA SILVA, aluna do curso de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP, que está elaborando um trabalho acadêmico sobre atendimento à traumatologia buco-maxilo-facial.

Este trabalho tem como foco os diagnósticos efetuados em serviços de prontos-socorros, ambulatorios e unidades de internação, em todas as entidades que prestam esse serviço no Município de São Paulo.

Pela importância e relevância do estudo, que conta ainda com o apoio da FAPESP, estou solicitando sua valiosa colaboração de proporcionar as informações solicitadas pela doutoranda, minha orientada, a qual fica a sua disposição para os esclarecimentos que julgue necessário.

Com meus protestos de estima e consideração,

Atenciosamente

Roberto Augusto Castellanos Fernandez
Professor Doutor
HSP/FSP/USP

Anexo 2 CARTA ENVIADA PELA PESQUISADORA ÀS INSTITUIÇÕES

Caro senhor(a):

Como aluna de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP estou elaborando um trabalho sobre o Atendimento à Traumatologia Buco-maxilo-facial, que tem como foco os diagnósticos encontrados em serviços de Pronto Socorro e Unidades de Internação.

Esse trabalho coletará informações sobre o atendimento à emergência nas principais instituições do Município de São Paulo. Através de levantamentos de bancos de dados de órgãos governamentais e algumas entrevistas foram selecionados os serviços qualificados para esse tipo atendimento.

Dessa forma venho solicitar sua colaboração, pois a sua instituição é uma das selecionadas sendo de extrema importância para mim a sua participação. Caso o senhor(a) aceite contribuir para a realização deste trabalho, será solicitado em dois momentos: primeiramente respondendo a um questionário sucinto e em um segundo momento propiciando a coleta de dados do seu arquivo.

Tomo a liberdade de enviar em anexo o questionário (formulário verde). Por gentileza queira me retornar somente o formulário verde no envelope que já está endereçado e selado. Peço que encaminhe a resposta em até uma semana da data de recebimento

Desde já agradeço a sua atenção, pondo-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

OLGA MARIA PANHOCA DA SILVA

Anexo 3 QUESTIONÁRIO ENVIADO ÀS INSTITUIÇÕES

Assinale as colunas com X na opção que lhe parecer mais adequada, podendo assinalar várias alternativas na mesma questão. Em caso de dúvidas responda o que acontece na maioria das vezes não se preocupando com as exceções, ou entre em contato comigo.

ATENDIMENTO À TRAUMATOLOGIA BUCAL E MAXILO-FACIAL

I Em que local se faz o atendimento à emergência odontológica e traumatologia buco-maxilo-facial nesse serviço:

- 1 ☐ Pronto-Socorro ou Unidade de Emergência
- 2 ☐ Ambulatório
- 3 ☐ Unidade de Internação (incluindo centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva)
- 4 ☐ Outro. Qual ? _____

II Assinale os atendimentos prestados por esse Serviço:

- 1 ☐ dores de dente em geral, pulpites, pericoronarites, etc.
- 2 ☐ escoriações, ferimentos corto-contusos, e lesões de face.
- 3 ☐ fraturas dentais, luxações dentais.
- 4 ☐ fraturas de ossos da face tipo mandíbula, malar, nasal, etc.
- 5 ☐ reconstruções de tegumento de face e enxertos ósseos.
- 6 ☐ tumores benignos e malignos.
- 7 ☐ diagnóstico de doenças dos tecidos moles e duros da face e boca.
- 8 ☐ cirurgias ortognáticas
- 9 ☐ Outro. Qual ? _____

III Para os atendimentos não prestados por essa Instituição, citados na questão acima, existe um encaminhamento?

- 1 ☐ não recebemos esse tipo de demanda
- 2 ☐ não há nenhum tipo de encaminhamento
- 3 ☐ existe um encaminhamento informal
- 4 ☐ existe um acordo formal para encaminhamento

Anexo 4 CARTA ENVIADA PELA PESQUISADORA ÀS INSTITUIÇÕES QUE NÃO RESPONDERAM AO QUESTIONÁRIO

Caro senhor(a):

Novamente venho solicitar sua colaboração, já que não houve resposta da sua Instituição na primeira carta. Sabendo da grande importância dos serviços prestados por vocês e da grande lacuna de informações que a falta da sua resposta acarretará para nosso trabalho, volto a insistir na sua colaboração.

A sua instituição é uma das 9 entre as 70 instituições selecionadas que ainda não retornaram o formulário; sendo de extrema importância para mim a sua participação.

Agradeço a sua participação e para eventuais extravios do material inicialmente remetidos a vocês volto a enviá-los agora.

OLGA MARIA PANHOCA DA SILVA

P.S. Segue anexo o questionário

**Anexo 5 FICHA DE CADASTRAMENTO DAS INFORMAÇÕES DOS
PACIENTES ATENDIDOS**

INSTITUIÇÃO: _____	
CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO: ☐ ☐ ☐ ☐	CÓDIGO ZONEAMENTO: ☐ ☐
UNIDADE DE ATENDIMENTO:	
AMBULATÓRIO ☐	P.S. ☐ INTERNAÇÃO ☐
NÚMERO DE MATRÍCULA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
SEXO: M ☐ F ☐	
IDADE: ☐ ☐	DATA NASCIMENTO ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	DATA CONSULTA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____	

CID-10 ☐ ☐ ☐ ☐	CID-OE ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
CAUSA: _____	

CID-10 ☐ ☐ ☐ ☐	
ÓBITO: SIM ☐ NÃO ☐ TEMPO DE PERMANÊNCIA: ☐ ☐ ☐ dias	

Anexo 6 TELA DO BANCO DE DADOS QUE CONTÉM AS INFORMAÇÕES SOBRE OS PACIENTES ATENDIDOS

Microsoft Access

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda

FORMFICHA : Formulário

FICHAS DE COLETA DE DADOS

INSTITUIÇÃO: A. R. Saboya (Jabaquara)

CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO: 5001 CÓDIGO ZONEAMENTO: 22

UNIDADE DE ATENDIMENTO: ☐ AMBULATÓRIO ☒ P.S. ☐ INTERNAÇÃO

NÚMERO DE MATRÍCULA: 1201645

SEXO: ☒ M ☐ F ☐ I

IDADE: 2 DATA NASCIMENTO: DATA CONSULTA: 04/07/97

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: FCC labio superior CID-06: #Nome?

CAUSA: Queda de bicicleta CID-10: #Nome?

ÓBITO: ☐ SIM ☒ NÃO

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 0 dias

Modo Formulário

Iniciar Microsoft Word - ... CD Player - [01] 0... Controle de volume Microsoft Acc... 21:49