

Luís Cristóvão Santos de Almeida<sup>1</sup>  
Roberta Francisca Martins de Castro<sup>2</sup>  
Luis Marcelo Aranha Camargo<sup>3</sup>

**Brazilian Single Health System  
deficiency on service ordered  
to geographically isolated  
communities: an example of a  
riverside resident from Eastern  
Amazon**

## **| Inadequação do Sistema Único de Saúde na atenção à saúde de populações isoladas geograficamente: o exemplo de um morador ribeirinho da Amazônia Ocidental**

**Abstract** | *Introduction: To offer an integral and humanized health care are two of most principal policies of Brazilian Single Health System. Objective: Based on Brazilian Single Health System guidelines, this paper comments an oral health care offered outside hospital to a patient with mandible fracture. Case report: A habitant of an isolated Amazonian riverside community suffered a physis aggression that leads him a crack of mandible and he did not received any care at the community nearest hospital. A research staff arrived at this community forty days after this fact and offered him surgical assistance by repositioning his mandible fracture under bad conditions and the results of this action was satisfactory. Conclusion: This fact shows a careless of some public health professional with people who need this service, specially habitants of isolated communities, that commonly live at precarious conditions.*

**Keywords** | *Single Health System; Medically underserved area, Amazon.*

**RESUMO** | *Introdução: A integralidade na atenção à saúde e a humanização do atendimento ao usuário estão entre as diretrizes principais do Sistema Único de Saúde. Objetivo: Fundamentando-se em tais princípios, relata-se um atendimento a um paciente com fratura de mandíbula feito em ambiente não hospitalar. Relato do caso: O fato ocorreu com um paciente residente em uma comunidade ribeirinha amazônica, que teve sua mandíbula fraturada após agressão física e não recebeu socorro no hospital mais próximo de sua comunidade. Quarenta dias após o fato, quando a equipe da pesquisa chegou à comunidade, foi realizado procedimento cirúrgico de reposicionamento da fratura em condições adversas, obtendo-se resultado satisfatório. Conclusão: O fato ilustra a falta de atenção de alguns profissionais da saúde pública às pessoas que precisam dos serviços, em especial, moradores de comunidades isoladas, que convivem em condições precárias de sobrevivência.*

**Palavras chaves** | *Sistema Único de Saúde; Área carente de assistência médica; Amazônia.*

<sup>1</sup>Cirurgião-dentista.

<sup>2</sup>Professora mestre de Saúde Coletiva da Faculdade São Lucas, Porto Velho-RO.

<sup>3</sup>Professor doutor, coordenador do Núcleo Avançado de Pesquisa do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo – ICB5-USP, Monte Negro-RO.

## Introdução |

A integralidade da atenção à saúde, somada aos conceitos de humanização do atendimento à saúde, está entre os objetivos primordiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a sua implantação, na década de 90, pessoas que anteriormente não tinham acesso aos serviços públicos de saúde passaram não somente a contar com os atendimentos como também a ter possibilidade de participar das decisões tomadas dentro do sistema em nível local, caracterizando, assim, um sistema regionalizado e descentralizado<sup>3</sup>. Com a inserção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC) e do Programa de Saúde da Família (PSF) dentro do contexto do SUS, de uma maneira muito particular, populações historicamente isoladas, social ou geograficamente, começaram a ter minimamente um vínculo com o sistema de saúde, mesmo que seja unicamente por meio da figura do agente comunitário de saúde.<sup>12</sup>

Além disso, as barreiras geográficas acabam induzindo também reduções qualitativas e quantitativas no processo de educação formal das populações, de modo que fica especialmente fácil a criação e o desenvolvimento de mitos acerca das questões da saúde<sup>14</sup>.

Em relação à saúde bucal, a literatura mostra evidências relacionando condições sociais, geográficas, culturais e econômicas precárias com alta prevalência de doenças bucais, em particular aquelas que se previnem com higiene pessoal. De maneira mais específica, entre ribeirinhos do Rio Machado, Estado de Rondônia, encontrou-se alta prevalência de cárie aliada ao baixo índice de dentes restaurados na infância e ao elevado número de dentes perdidos entre jovens, adultos e idosos, caracterizando, assim, a falta de acesso precoce ao tratamento<sup>15</sup>.

O Estado de Rondônia está localizado no leste amazônico e nem todos os 52 municípios oferecem ainda aos usuários do SUS assistência odontológica básica, embora a grande maioria o faça. Em relação ao atendimento especializado em Odontologia, especificamente na área de cirurgia bucomaxilofacial, a capital, Porto Velho, oferece atendimento na rede pública de saúde, pelo Governo do Estado, com atuação de seis especialistas. Em alguns municípios, como Ariquemes, Ji-Paraná e Vilhena, são oferecidos atendimentos nessa área em redes públicas municipais pelos centros especializados. Mesmo assim, em determinados casos, por conta das insuficientes vagas disponíveis na rede,

os pacientes que sofrem algum tipo de trauma de face e necessitem de atendimento na rede pública de saúde têm necessidade de se deslocar até a Capital para atendimento.

No tratamento das fraturas mandibulares, a pronta redução e imobilização dos fragmentos devem ser realizadas tão logo quanto permitam as condições gerais do paciente. O retorno imediato dos fragmentos à sua posição anatômica reduz o tamanho da ferida, promove alívio da dor e possibilita uma redução exata, fixação estável e rápida cicatrização dos tecidos.<sup>10</sup> Uma fratura de mandíbula, quando não tratada, pode consolidar-se com deformidade ou evoluir para uma pseudoartrose.<sup>1</sup>

Os objetivos deste trabalho são: relatar um tratamento de fratura de mandíbula em um morador do distrito de Tabajara (S 8°55'57" e W 62°03'20"), pertencente ao município de Machadinho D'Oeste, Rondônia, e discutir, a partir desse exemplo, a definição de prioridades no atendimento dos casos de urgência em Odontologia, especificamente no caso de urgências cirúrgicas, e a estrutura do SUS em Rondônia para atendimentos de casos semelhantes.

## Relato do caso |

Este trabalho é parte de um projeto denominado "Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população não-indígena em região rural ribeirinha através de expedição ao longo do Rio Madeira – Estado de Rondônia", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru, sob número de processo 82/2004. Tal projeto teve financiamento do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), processo 403696/2004-6, edital Saúde Bucal 382004 DECIT, e previa a oferta de atendimento odontológico aos participantes do levantamento e à comunidade ribeirinha em geral.

Tabajara é uma comunidade localizada a 73km do município de Machadinho D'Oeste, à margem direita do Rio Machado, que, no ano de 2005, apresentava 215 moradores. O acesso principal atualmente é por estrada de terra, em terreno difícil, principalmente na época das chuvas, que vai de outubro a março (Figura 1). Assim, apesar da pequena distância entre comunidade e município, a viagem em veículo com tração nas quatro rodas e tracionado demora cerca de três horas.



Figura 1. Estrada RO 255: acesso principal à comunidade de Tabajara, município de Machadinho D'Oeste, Rondônia, 2006

A equipe da pesquisa encontrava-se em Tabajara em julho de 2005, onde foi procurada por um morador dessa comunidade, queixando-se de dor e apresentando-se com uma fralda envolta ao rosto.

O paciente, leucoderma, natural de Erixim-RS, com idade de 52 anos, morador de Tabajara há mais de 20 anos por assentamento agrário, relatou ter sofrido agressão física há 40 dias com uma “colher de fazer farinha” (instrumento de madeira maciça, com aproximadamente 120cm de extensão e diâmetro de 5cm). Informou, ainda, um posterior aparecimento de ferida no rosto, com pus, e, desde então, estava impossibilitado pela dor de se alimentar, exceto pela ingestão de líquidos. Disse também que havia buscado ajuda no município de Machadinho D'Oeste, onde foi orientado a se deslocar até o município de Ariquemes para ser atendido (170km de distância).

O paciente declarou ter sido orientado de que seria necessário permanecer cerca de 30 dias em Ariquemes e que não haveria qualquer auxílio por parte dos municípios em termos de transporte ou alimentação para si ou sua família. Ainda segundo informações do paciente, sua família vive do extrativismo, especialmente da pesca, e ele é o único, dentre os seis membros da família, a exercer função remunerada. Ao informar à equipe do hospital local sobre a recusa a seguir viagem, o paciente relatou que, no hospital, não recebeu tratamento algum, como radiografia ou intervenção medicamentosa, retornando sem socorro, à sua residência.

Durante anamnese, o paciente afirmou que não estava sob tratamento médico e nem fazendo uso de medicamento e que estava em dúvida se já tivera reumatismo infeccioso. Ao ser realizado o exame físico pela equipe de Odontologia, foi observada uma fístula extraoral na região submandibular, lado direito, assimetria facial, nódulos linfáticos enfiados nas cadeias ganglionares da região cervical e submandibular (Figura 2; Figura 4 A). Além disso, havia sinais evidentes de debilidade sistêmica. No exame intraoral, observou-se retração gengival acentuada, mobilidade grau III nos elementos dentários 31, 41, 43, desnivelamento e mobilidade dos cotos mandibulares durante palpação bimanual, presença de osteomielite crônica na região



Figura 2. Aspecto do abscesso quando o paciente procurou a equipe de pesquisa. Rondônia, 2005

entre incisivos central e lateral direitos (Figura 3 A). Não foi realizado exame radiográfico porque a comunidade não conta com aparelho de raios X. O diagnóstico clínico foi de fratura do corpo da mandíbula com infecção instalada.

Antes da intervenção cirúrgica, foi feita aplicação de benzil-penicilina G cristalina via intramuscular profunda, em dose de 1.200.000 ui. A técnica anestésica utilizada foi o bloqueio anestésico troncular complementado com bloqueio ao nervo mentoniano, e o anestésico utilizado foi mepivacaína 2% com norepinefrina 1:100.000. Em seguida, foi feita a limpeza das feridas e exodontia dos elementos dentários que apresentavam mobilidade. Após a remoção dos dentes, um retalho foi aberto de ambos os lados da fratura, expondo o osso e removendo tecidos ósseos e moles necrosados. Com auxílio de uma lima para osso, foi feito um debridamento ósseo e as bordas da fratura e dos alvéolos foram aplainadas sob intensa irrigação com soro fisiológico. Como não contávamos com placas para fixação, optamos por preencher o espaço ósseo da fratura e dos alvéolos com esponjas de fibrina e realizamos amarraria em forma de X com fio de sutura reabsorvível. O fio foi transpassado através dos dentes que apresentavam boa fixação alveolar (34 e 35 e 45) de um lado a outro da fratura, sem perfuração de tecido mole, tentando com isso a redução da fratura. O retalho rebatido foi suturado com fio de seda 4.0, sobre o fio reabsorvível.

Sobre a ferida do abscesso, foi usada pomada à base de collagenase. A imobilização foi feita com ataduras de gaze em volta do rosto, tipo craniomandibular. O paciente foi orientado para seguir dieta líquida ou pastosa pelos próximos 45 dias, minimamente, evitando movimentação mandibular.

Como medicação pós-operatória, foram oferecidos ao paciente antibiótico e anti-inflamatório, sendo eles, respectivamente, amoxicilina 500mg durante sete dias e diclofenaco de sódio 50mg durante cinco dias, ambos a cada oito horas. Durante sete dias, dois curativos diários eram feitos na região do abscesso, sempre com nova aplicação de collagenase, sendo observada cicatrização satisfatória (Figura 4 B). Após dez dias, foi feita a remoção da sutura de fio de seda, sendo mantido em posição o fio reabsorvível. O paciente ainda foi orientado a manter a amarraria e imobilização por 40 dias, além de buscar um tratamento mais específico na Capital ou em Ariquemes.



Figura 3. Exame intraoral com espátula de madeira, mostrando a fratura de mandíbula na região de para-sínfise no dia do atendimento (A) e três meses após intervenção (B). Rondônia, 2005



Figura 4. Aspecto do abscesso no segundo (A), no décimo dia (B) e três meses (C) após intervenção. Rondônia, 2005

Três meses após o ocorrido, a equipe voltou a Tabajara. O paciente não ousou se apresentar para tratamento nos municípios supracitados, alegando que o hospital não se comprometia em fornecer um “auxílio alimentação” para sua família. Ao exame físico, constatamos um elevado ósseo na região direita ao mento, que foi interpretado como um provável calo ósseo, pelo fato de não apresentar mobilidade nessa região, além de completa cicatrização da fístula (Figura 4 C). O paciente apresentava boa abertura bucal e relatou que conseguia se alimentar normalmente. Apresentava ligeira dor na articulação temporomandibular do lado direito ao tentar abertura de boca superior a 5cm. O paciente relatou estar satisfeito com sua condição bucal e não manifestou mais interesse no tratamento reabilitador. Nesse momento, foi orientado então a realizar exercícios de fisioterapia para melhorar sua abertura bucal e foi solicitada uma radiografia panorâmica, pósterio-anterior e de perfil.

Em abril de 2006, dez meses, portanto, após a intervenção, houve nova visita e proervação do paciente, que relatou não apresentar nenhuma dor. Clinicamente, observou-se abertura bucal superior a 6cm, sem mobilidade na região da fratura e sem estalido ou dor na articulação temporomandibular. Por fim, em maio de 2008, um novo exame clínico confirmou as condições anteriores e o paciente relatou satisfação com o tratamento, negando-se a realizar a radiografia para confirmação da consolidação da fratura devido à necessidade de se ausentar por mais de dois dias de seu

lar para esse fim, mesmo com o acompanhamento da equipe ao município vizinho.

## Discussão |

Os cirurgiões-dentistas, com sua participação em equipe interdisciplinar, planejam e desenvolvem políticas relacionadas com saúde bucal. As políticas públicas podem assegurar um meio ambiente saudável, ofertando serviços que conduzam à equidade e tornem mais acessíveis as escolhas saudáveis<sup>7</sup>. Assim, todos os profissionais têm a responsabilidade de advogar políticas públicas saudáveis e auxiliar as pessoas a se capacitarem na busca de sua qualidade de vida e da coletividade<sup>13</sup>.

Com a inserção do cirurgião-dentista nas equipes multidisciplinares do Sistema Único de Saúde (SUS), há uma tendência a maior oferta dos serviços odontológicos, buscando levar o atendimento às comunidades mais distantes e realizando um trabalho equilibrando prevenção primária e cura. Com redirecionamento de recursos entre as regiões do País, o SUS tenta reduzir as desigualdades e iniquidades<sup>16</sup>. E, de fato, há algumas evidências que apontam uma discreta redução das desigualdades da distribuição de recursos do SUS.<sup>11</sup>

O SUS, como política pública, pode se beneficiar de acúmulos de experiência, bem como as resultantes de modelos de atenção alternativos que reduzem desigualdades, não só no repasse de recursos, mas no controle de danos e riscos determinantes bem como na cobertura, acesso, acolhimento, utilização e qualidade de serviços de saúde. Assim, tais políticas se efetivam em nível local<sup>6</sup>.

Mas, sabe-se que a rede pública de saúde ainda é deficiente em suprir a grande demanda de pacientes, e isso não é diferente nos municípios de Rondônia. O paciente sem condições financeiras e de baixo ou nenhum conhecimento educacional fica em desvantagem em relação ao paciente com condições econômicas satisfatórias ou mesmo com agregados políticos dentro da rede pública de saúde. Isso ocorre ainda, principalmente, porque tanto os critérios de repasse financeiros quanto os epidemiológicos servem apenas de argumento para “[...] um processo de negociação política que implique a representação de interesses das distintas esferas do governo”<sup>8</sup>.

Entretanto, rege o art. 196º da Constituição Federal que, “[...] a saúde é um direito de todos e dever do

Estado, garantido mediante a política sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. E, ainda, o art. 6º coloca como direitos sociais, entre outros, “[...] a saúde e a assistência aos desamparados”<sup>5</sup>. O paciente em questão, assim como a grande maioria de sua comunidade, vive em condições de miséria, com renda familiar mensal inferior a 30 dólares, caracterizando-se, portanto, como “desamparado” perante a lei.

A atenção à saúde engloba o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média e a de alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a atenção à saúde deve ser integral. Um município não necessita ter instalado em seu território todos os níveis de atenção à saúde para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente, no caso dos pequenos municípios, isso pode ser feito por meio de pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia<sup>2-4</sup>.

Assim posto, questionam-se as formas de atendimento na saúde pública no Estado de Rondônia e municípios. Em outras palavras, seria conveniente que a equipe municipal que recepcionou esse paciente o tivesse conduzido ao centro de referência regional para o tratamento, com o devido suporte garantido pelo programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD)<sup>2</sup>. O programa TFD está tão mal administrado em Rondônia que, a partir de março de 2009, por determinação da Justiça Federal e a pedido do Ministério Público, o Estado será punido com multa de mil reais ao dia, caso não pague a diária de trinta reais aos pacientes e acompanhantes do programa<sup>9</sup>. Em uma nação tão extensa, desigual em oportunidades e com alto número de pessoas pobres ou miseráveis, “domicílio” não deve ser interpretado como “Estado”.

E, ainda, é direito do paciente receber o pronto atendimento, ainda que ele recuse a sequência do tratamento<sup>3</sup>. Ora, o paciente chegou ao hospital com uma



fratura exposta e deveria ter recebido o tratamento de urgência para esses casos, dentro do conceito de atenção básica, sendo a cirurgia corretiva agendada para um segundo momento (atenção de média complexidade)<sup>4</sup>.

Quando a equipe de pesquisa se deparou com um paciente caquético, icterico, com uma infecção instalada, supurativa e sem nenhuma assistência local, sobreveio a dúvida de não intervir, dadas as condições ruins e a ausência de possibilidades de execução de exames complementares, ou fazer algum procedimento para amenizar a sua situação. Optamos pela segunda opção, esclarecendo o paciente de que o tratamento poderia não obter sucesso. Entretanto, tivemos um resultado satisfatório nesse tratamento. Não se pretende que esse tipo de procedimento seja considerado como rotineiro, porém o paciente com fratura exposta em qualquer parte do corpo e que não vá receber a cirurgia imediatamente deve receber o tratamento emergencial, tendo direito de escolher se quer dar continuidade ou não ao tratamento.<sup>3</sup> O oferecimento adequado dos primeiros socorros e o esclarecimento do paciente quanto aos seus direitos conseguiriam, se não solucionar, ao menos minimizar as consequências do acidente.

### Considerações finais |

As situações observadas e as revisões bibliográficas despertaram para o senso crítico, no que diz respeito ao que deve ser feito por uma pessoa/paciente no atendimento público de saúde. Mediante o exposto, sugere-se que haja uma capacitação constante aos profissionais que trabalham na atenção básica de saúde, tanto em nível humanitário quanto técnico, melhorando, particularmente, a qualidade da recepção do paciente no serviço de saúde.

### Agradecimentos

Agradecemos o financiamento do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pela aprovação do projeto de Processo nº. 403696/2004-6, edital Saúde Bucal 382004 DECIT, e o apoio de instâncias locais, como Prefeituras Municipais de Porto Velho e de Machado D'Oeste e Fundação Nacional de Saúde, Faculdade de São Lucas e Universidade de São Paulo.

### Referências |

- 1 Ardary WC. Plate and screw fixation in the management of mandible fractures. *Clin Plast Surg* 1989;16:61-7.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica. Brasília; 2006. [citado 2008 maio 5]. Disponível em: URL:[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=960](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=960).
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília; 2006.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, nº.17. Brasília; 2006.
- 5 Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988.
- 6 Cohn A. Equidade, saúde e critérios para alocação de recursos. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005;10(2): 287-8.
- 7 Dickson M, Abegg C. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal. In: Buischi YP. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
- 8 Elias PE. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo) liberal: anotações para o debate. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005;10(2): 289-92.
- 9 Justiça Federal determina pagamento a tratamento fora de Rondônia. *Portal Amazônia Notícias* 24 horas 2009. [citado 2009 mar 7] Disponível em: URL: <http://portalamazonia.globo.com/noticias.php?idN=79851&idLingua=1>.
- 10 Kruger GO. *Cirurgia bucal e maxilo-facial*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1984
- 11 Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* 2006; 15(2): 34-46.
- 12 Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva*. Porto Alegre; Artmed, 2003. Cap.2: 28-49.
- 13 Sheiham A, Moyses SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In Buischi YP, coordenador. *Promoção de saúde bucal na clínica*

odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

- 14Silva RHA, Castro RFM, Bastos JRM, Camargo LMA. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores de região rural ribeirinha em Rondônia, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2008; 0587. [citado 2008 dez 17]. Disponível em URL: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2296](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2296).
- 15Silva RHA, Castro RFM, Cunha DCS, Almeida CT, Bastos JRM, Camargo LMA. Cárie dentária em população ribeirinha do Estado de Rondônia, Região Amazônia, Brasil, 2005/2006. *Cad Saúde Pública* 2008;24(10): 2347-53.
- 16Souza RR. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003;8(2): 449-60.

DATA DE RECEBIMENTO: 24/7/08 • DATA DE ACEITE: 27/11/08

*Correspondência para:*

**Prof. Roberta Francisca Martins de Castro**

*Rua Alexandre Guimarães, 1927*

*Areal, Porto Velho-RO 78916-450*

*roberta@saolucas.edu.br*