

A SAÚDE NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO*

NILTON TORNERO**

RESUMO

Estudo dos problemas atinentes à Saúde Pública nos países em desenvolvimento. Principais doenças existentes nesses países, fatores determinantes da persistência dessas doenças e os recursos humanos e materiais de que dispõem esses países para a solução dos problemas de saúde pública.

INTRODUÇÃO

Falha grave detetada por vários estudos do uso de auxiliares de saúde é que o quadro nosológico, seus fatores condicionantes, dificuldades de controle, raramente são levados em conta em suas análises. Frequentemente os profissionais de saúde, mesmo aqueles dedicados à saúde pública, ignoram as principais doenças que deverão combater. Outras vezes usa-se expressões vagas como: "os auxiliares devem atender às necessidades do país" ou "os auxiliares devem ser adaptados à realidade em que vivem", expressões desprovidas de crítica, o que as tornam, muitas vezes, desprovidas de sentido. Por isso, ao se discutir as possíveis funções desses auxiliares, propõe-se que os mesmos apliquem vacinas, dêem educação sanitária de eficácia duvidosa e tratem meia dúzia de doenças.

Realmente, "os auxiliares devem estar adaptados à realidade na qual irão atuar". Isto pressupõe o conhecimento amplo do quadro nosológico da região, não se "esquecendo" de nenhuma doença, como, v. g., fazer programas para o controle da tuberculose e "esquecer-se" da hanseníase em áreas endêmicas; pressupõe também o conhecimento da epidemiologia e controle de cada doença, assim como os fatores relacionados a sua incidência. Estes fatores devem ser os fatores primários e não os secundários. Assim, a persistência das diarreias infantis explica-se secundariamente pela deficiência de higiene, embora se saiba que a explicação primária imediata seja a inexistência ou precariedade

de um sistema, ainda que rudimentar, de água e esgoto. Esses serviços, frequentemente, não existem porque as autoridades ignoram seu valor, mas sim, porque as prioridades de inversão do dinheiro podem ser outras: construção de praças, asfaltamento de ruas principais e de bairros residenciais elegantes, modernização do patrimônio público do município, entre outros. Uma proposta de convencer autoridades no sentido de que, construindo sistemas - por mais elementares e baratos que sejam - de água e esgoto estariam contribuindo para a melhoria da saúde das populações de seus municípios, pode significar tanto excesso de ingenuidade quanto deficiência de senso crítico.

Ao se comparar alguns indicadores sanitários do conjunto dos países em desenvolvimento nota-se:

- a) alta taxa de mortalidade infantil;
- b) baixa mortalidade proporcional acima dos 50 anos;
- c) baixa esperança de vida ao nascer;
- d) grande importância das doenças infecciosas e parasitárias;
- e) alta mortalidade materna.

Esse quadro está intimamente relacionado às características gerais dos países em desenvolvimento. É através do quadro sanitário, das doenças que incidem nas populações, que as múltiplas deficiências dessas sociedades são postas a manifesto.

1. AS PRINCIPAIS DOENÇAS EXISTENTES NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Conforme acentuam COCKBURN & ASSAAD⁽⁸⁾, 50% dos óbitos que ocor-

rem nesses países são devidos a doenças transmissíveis. Constituem causa de óbito importante em todas as faixas etárias, estando nos menores de 5 anos seu papel mais dramático e, entre esses, nos menores de 1 ano. Na Guatemala, segundo a OMS⁽²⁴⁾, para este grupo etário, as doenças transmissíveis são responsáveis por 60,0% dos óbitos, conforme se calculou, a partir dos dados oferecidos para 1972; no Chile, 43,9% e na Costa Rica, por 39,2%. Para o mesmo período, mas para o grupo etário de 1 a 4 anos, tem-se: Guatemala, 68,9%; Panamá, 42,8% e Costa Rica, 42,2%. As doenças transmissíveis responsáveis por tal mortalidade, segundo o mesmo informe, são: as enterites e doenças diarreicas, influenza e a pneumonia, bronquite e outras doenças das vias respiratórias, a coqueluche, o sarampo, a meningite, para os menores de 5 anos, nos países citados, além de Cuba, Uruguai e Venezuela. Para o conjunto desses 7 países latino-americanos, por exemplo, as enterites e doenças diarreicas contribuíram com 16,5% do total de todos os óbitos observados em menores de 1 ano; para um conjunto de países considerados desenvolvidos (Hungria, Itália, Nova Zelândia e Suécia) para o mesmo ano e grupo etário, a contribuição desse grupo de doenças para a mortalidade foi de 4,3% ou seja, 3,8 vezes menor.

Uma série de outras doenças transmissíveis são endêmicas em vastas regiões do mundo em desenvolvimento, incidindo em diferentes grupos etários, sendo igualmente importantes causas de morbimortalidade. Muitas dessas endemias são pre-

* Capítulo adaptado da dissertação de mestrado em Saúde Pública - "O emprego de auxiliares de saúde em áreas de desenvolvimento".

** Mestre em Saúde Pública e professor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

dominantemente rurais, como a doença de Chagas, a peste, a esquistossomose; outras, principalmente as transmitidas pelas vias respiratórias, têm sua maior incidência em zonas urbanas, como o sarampo, meningite, coqueluche; em outras, a distinção é menos nítida; tuberculose, doença diarreica. No entanto, todas essas endemias estão associadas ao baixo nível de vida das populações, quer urbanas quer rurais. Nas populações urbanas incidem com maior frequência naquela parcela populacional de pior nível sócio-econômico, onde as condições epidemiológicas necessárias à disseminação dessas doenças existem. Isto indica que, pela alta importância, o controle dessas endemias não pode ser menosprezado num sistema de saúde baseado no uso de auxiliares; por outro lado, a simples existência dos mesmos e a consciência desses problemas também de nada adiantará se as causas determinantes não forem removidas; a remoção dessas causas geralmente não compete ao setor de saúde. O tratamento sintomático de diarreias poderá baixar sua mortalidade específica, mas não a morbidade. A vacinação antidiftérica poderá diminuir a mortalidade por essa doença; porém, em termos gerais de mortalidade, poderá ter pouco peso se as más condições de vida persistirem e as crianças morrerem de outras doenças.

A importância de algumas dessas doenças endêmicas poderá ser melhor realçada por poucas informações, com ênfase às Américas.

A tuberculose é problema prioritário de saúde pública no mundo em desenvolvimento, chegando a sê-lo também nos países desenvolvidos. Observa-se porém uma diferença quantitativa importante: enquanto que para um conjunto selecionado de países desenvolvidos a taxa de mortalidade, no biênio 1967-68, foi de 6,8/100 mil habitantes, para um conjunto de países em desenvolvimento foi 34,3/100 mil habitantes⁽⁸⁾. Isto sem considerar-se a fidedignidade dos dados, principalmente no último conjunto de países, onde, de maneira geral, os dados são subestimados. Fato idêntico ocorre em relação às outras doenças.

Dados recentes da OMS⁽¹⁾ mostram que, enquanto na América do Norte e Europa a incidência anual pode atingir 100 casos por 100 mil habitantes, essa mesma incidência é estimada em 200 para a América Latina (América Central incluindo México, América do Sul e Caribe), 250 para a África e 300 para algumas regiões da Ásia e Oceania. Na Europa chega a ser responsável por 2,8% do total de todos os óbitos em alguns países; esse valor sobe para 4,5% nas Américas, atingindo valores

máximos na Ásia: até 10,4%. Quando se compara a América Latina com os Estados Unidos e Canadá, estima-se que a condição epidemiológica na América Latina é no mínimo 10 vezes pior; em algumas regiões a situação é pior agora do que antes da era da quimioterapia⁽³⁰⁾. O risco da infecção é calculado 100 vezes maior no conjunto dos países em desenvolvimento; isto se deve ao reservatório extremamente amplo nesses países¹. Frequentemente a tuberculose é lembrada como sendo uma doença de fácil diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção eficazes e baratos^(1,6). No entanto, a persistência da endemia nos países citados faz supor que, pelo menos, o fácil diagnóstico, o tratamento e as medidas de prevenção eficazes e baratos não estão sendo suficientes para controlá-la e que as causas do fracasso devem ser melhor investigadas.

A malária é considerada pela OMS como o problema sanitário mundial de maior relevância, incidindo em vastas regiões da África, Ásia e Américas. No Brasil, segundo MOTTA⁽¹⁶⁾ a área original malárica é estimada em 81% do território nacional, com uma população exposta de 42 milhões de pessoas.

Estima-se que a doença de Chagas incide em 7 milhões de sulamericanos⁽²¹⁾, dos quais 5 milhões seriam brasileiros⁽²⁵⁾.

A peste é considerada um dos principais problemas de saúde pública na Ásia. O Brasil possui importante área pestosa, num total estimado de 240.000 km² com uma população de risco em torno de 5 milhões, abrangendo áreas do Nordeste e dos Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro⁽¹⁷⁾.

Em relação à hanseníase, dados da OMS⁽²²⁾ estimam em cerca de 11 milhões os hansenianos no mundo, em 1965, dos quais 350 mil estariam nas Américas. Investigações mais recentes revelaram que de 1965 a 1970 este número pouco se alterou⁽²⁾. No Brasil, em 1975, tinha-se uma prevalência total de 1,3%, com variações de 2,9% na Amazônia até 0,3% no Nordeste⁽⁹⁾.

A filariose acometeria pelo menos 250 milhões de pessoas no mundo, distribuídas por todos os continentes, excetuando-se a Europa⁽²³⁾.

A esquistossomose é considerada pela OMS o 2o. problema sanitário mundial. Importantíssima no Brasil, sua prevalência, porém, não é baseada em cálculos precisos⁽¹⁵⁾.

Para cada caso de tétano que ocorre em um país desenvolvido, segundo BYTCHENKO⁽⁷⁾, ocorrem 135 nos países em desenvolvimento, 80% dos quais são de tétano do recém-nascido. Este au-

tor insiste na relação dessa doença com o nível sócio-econômico das populações, citando como exemplo o caso dos Estados Unidos onde, de 1900 a 1942, antes da era da vacina, a taxa de mortalidade diminuiu 5,8 vezes, devido à melhoria do nível de vida naquele país.

Outras doenças podem ser citadas: a oncercose, uma das principais causas de cegueira adquirida, juntamente com o tracoma e a xerofthalmia, tendo-se descrito focos em expansão no Brasil (região Amazônica)³³; o dengue, virose comum no Caribe; a febre amarela, ameaça constante em grandes regiões em desenvolvimento; as parasitoses intestinais diversas, de alta morbidade; a difteria, a poliomielite; as doenças transmitidas sexualmente.

Restam ainda algumas doenças de evolução crônica, não transmissíveis, de grande prevalência nas regiões de melhor nível sócio-econômico, onde a esperança de vida é maior: hipertensão arterial, diabetes melitus, artrites várias. Restam as causas responsáveis pela alta mortalidade materna (toxemia, hemorragia, sepsis, abortos ilegais) que devem ser controlados. Restam os acidentes do trabalho. Resta a desnutrição e as anemias carenciais, cartão de visita da insuficiência alimentar, cujas causas remontam à política agrária como principal fator.

É, portanto, complexo o quadro onde atuarão os auxiliares.

2. ALGUNS FATORES DIRETAMENTE LIGADOS À PERSISTÊNCIA DAS DOENÇAS

Várias são as características das regiões em desenvolvimento que contribuem para que o estado de saúde dessas populações seja precário. A baixa integração nacional, tomando-se apenas um exemplo, refletida pela deficiência de estradas, por má conservação ou suspensas ao tráfego durante época de chuva, isolam as comunidades do restante da região ou do país e nestas os serviços sanitários das populações, impedindo que os programas tenham continuidade.

Existem alguns fatores ligados à persistência das doenças que guardam uma relação mais direta entre si. Abordar-se-á sucintamente alguns desses principais condicionantes.

2.1. DESNUTRIÇÃO: parece não existir dados precisos a respeito do número de desnutridos no mundo, mormente crianças. BENGUA⁽⁵⁾ fala em 100 milhões, em menores de 4 anos, considerando-se somente as formas moderadas e graves, mais fáceis de detetar. Ainda segundo

este autor, cerca de 10% desses desnutridos habitariam a América Latina; na África viveriam 18,7 milhões. No entanto, um outro estudo, da OMS⁽²⁰⁾, fala em 60 milhões de desnutridos somente naquele Continente.

A desnutrição como causa básica de óbito é pouco importante; como causa associada ocorre o oposto. Isto foi bem demonstrado no conhecido estudo de PUFER & SERRANO⁽³²⁾, analisando as características de mortalidade na infância (até os 4 anos de idade) em 15 projetos distribuídos por 8 países da América Latina (sendo 3 no Brasil: Recife, Ribeirão Preto e São Paulo) e 2 na América do Norte. Verificaram esses autores que a desnutrição como causa básica ou associada estava presente em 35,2% dos óbitos nos projetos da América Latina e 44% nos projetos da América do Norte.

Nos países da América Latina ficou patente a interrelação existente entre deficiência nutricional e imaturidade. Este último fator foi considerado como o mais importante na vulnerabilidade à doença, aumentando o risco de morte no período neonatal. Tanto a imaturidade como o baixo peso ao nascer indicam crescimento e desenvolvimento insuficientes durante a gestação; tal estado é atribuído, em grande parte, ao mau estado nutricional materno. Daí os autores citados afirmam que "os dados dos projetos latino-americanos sugerem que o problema da deficiência nutricional começa com a futura mãe". 57% de todos os óbitos estudados têm como causa básica ou associada estas 2 afecções.

É bastante divulgado o fato de a morbidade, principalmente por doenças transmissíveis, ser maior no desnutrido; são conhecidos, entre outros, os estudos realizados na Guatemala, comentados por BEHAR⁽³⁾, mostrando que, geralmente após o desmame, as ocorrências dessas doenças são muito mais frequentes que nas crianças saudáveis.

Infelizmente a resolução deste problema pouco depende de medidas tomadas pelo setor saúde. Fundamentalmente poder-se-ia enumerar 3 importantes fatores responsáveis pela insuficiência alimentar com conseqüente desnutrição a grandes parcelas da população:

- a) baixa produtividade do campo, pelo uso de instrumentos primitivos de trabalhar a terra, pela adubação precária, pela existência de latifúndios improdutivos;
- b) as relações de produção antiquadas, levando a uma maior concentração de capital nas mãos dos grandes proprietários e empobrecimento progressivo da

maioria dos camponeses, os quais frequentemente não têm terras;

- c) ênfase à produção agrícola voltada à exportação, com o auxílio de subsídios, empréstimos a baixos juros, etc., o que torna o mercado mundial mais lucrativo. Esta é uma das maneiras dos países em desenvolvimento conseguirem divisas para tentar contrabalançar os manufaturados que importam. MONTEIRO⁽¹⁴⁾ cita dados para o Brasil, onde compara a produção de 1967 com a de 1975 de produtos para o mercado externo (soja, cana e laranja). Os dados permitem concluir que existe "estagnação da produção de arroz e feijão, e um decréscimo de produção de mandioca ao lado de uma grande expansão da soja, cana e laranja".

Vários países têm adotado políticas de distribuição de alimentos, paliativas, como forma de controle da desnutrição, principalmente aos grupos considerados de maior risco, ou seja, gestantes e menores que 1 ano. Esta medida, porém, não tem entusiasmado muito as autoridades em nutrição. BEHAR⁽⁴⁾, por exemplo, é da opinião que "o problema não pode ser resolvido por completo, melhorando a nutrição das mães durante a gestação porque o peso das crianças ao nascer não só será relacionado com a malnutrição materna durante esse período senão também com a pouca estatura das mães, que por si só pode ser sinal de desnutrição durante sua própria infância".

2.2. SANEAMENTO BÁSICO DEFICIENTE: segundo dados recentes da OMS⁽³⁶⁾, no conjunto dos países em desenvolvimento (excluindo-se a China) em 1975, 77% da população urbana desses países tinha acesso à água, quer através de conexões domiciliares quer através de "fontes de fácil acesso"; para a população rural tinha-se 22% e no geral 38% da população desses países era servida. Em relação ao sistema de esgoto (público ou individual), 75% da população urbana o possuía e somente 15% da população rural; em termos gerais, 33% dessas populações contavam com tal serviço. Nas Américas, segundo o citado informe, 58% da população total contaria com tais benefícios em relação à água e 63% em relação a rede de esgoto.

Os critérios usados em cada país para definir o que significa ter água em casa pode variar de um para outro, o mesmo dizendo-se em relação ao sistema de esgoto; termos como "água de fácil acesso" são suficientemente amplos para que se lhes dê múltiplas interpretações. Devido a essas e outras ressalvas, é provável que a

população que realmente se beneficia integralmente desses serviços seja bem menor que a apresentada.

A respeito, um estudo anterior da OMS⁽¹⁸⁾ mostrou que somente cerca de 10% da população desses países recebia água corrente a domicílio, muitas vezes de maneira intermitente e às vezes apenas algumas horas diárias. Informava ainda que cerca de 40% da população urbana desses países e em torno de 70% da população total não dispunha de água trazida por conexões domiciliares a uma distância razoável das moradias.

Por outro lado, cerca de 30% da população urbana e de 10 a 20% da população total serviam-se de fontes de água situadas a cerca de 100m de seus domicílios ou inclusive mais longe. O mesmo estudo estimou, levando em conta o que seria o abastecimento público de água em boas condições (segundo WOLMAN, citado no estudo, o abastecimento público de água em boas condições seria a "condução contínua a uma casa ou ao pátio de uma casa de uma quantidade suficiente de água de boa qualidade e uma pressão razoável") que somente 5% de 250 milhões de pessoas que moram em zonas urbanas de 60 países da África, América Latina e Ásia dispõem de abastecimento de água em boas condições.

Analisando, no mesmo trabalho, a possibilidade dessas obras de infra-estrutura superarem as taxas de crescimento demográfico, concluíram que, nas condições atuais, isto não parece viável. Afirmaram que "apesar dos estimáveis progressos realizados em alguns países a desproporção entre as necessidades e os meios de remediá-los é cada vez maior", ou seja, a taxa de crescimento dessas obras tem estado aquém das taxas de crescimento demográfico desses países. Como tal situação não muda da noite para o dia, pode-se acreditar que os dados recentes da OMS estão superestimados, o que indica a importância desse fator ambiental como grave determinante de grande número de importantes doenças.

Comentários semelhantes poderiam ser feitos em relação ao que cada país considerava como rede de esgotos. No Brasil, por exemplo, FERREIRA⁽¹⁰⁾ diz que muitas cidades do interior não possuem rede de esgotos sanitários mas apenas galerias de águas pluviais, as quais, quase sempre, trabalham como se fossem coletoras de esgotos domésticos e recebem, além dos dejetos humanos, toda sorte de águas residuais. Esclarece ainda serem tais galerias consideradas erroneamente, por muitos, como sistemas de esgotos sanitários e como tais figuram inclusive em estatísticas

oficiais. Em outros casos, com a mesma denominação, estão relacionadas localidades que dispõem tão somente de trechos isolados de canalização de esgotos (coletores), servindo pequenas áreas, sem obedecer a um plano de conjunto.

FONSECA⁽¹¹⁾ estima os seguintes valores para a população brasileira para 1970: população servida por água: 55,0% (urbana); população rural servida: 2,5%; total da população servida por água: 32,8%. Para esgoto: população urbana: 29,8%, população rural: 0,47%; total da população servida: 17,5%. Informa ainda que em 1968, dos 3935 municípios brasileiros, 1732 (44,0%) contavam com algum tipo de fornecimento de água. O autor, todavia, não esclarece os critérios adotados para definir abastecimento de água e rede de esgotos.

Várias doenças, como é sobejamente conhecido, devem suas altas incidências às deficiências das redes de água e esgotos: as diarreias infantis, outras doenças de veiculação hídrica, a esquistossomose. Não é pequeno o número de autores que, alarmados com os grandes danos provocados por essas doenças, esquecem o papel primário do saneamento para culparem a "ignorância das populações", achando ser a educação sanitária a solução para o problema. Outros aguardam a descoberta de vacinas ou medicamentos mais eficazes. Em tempos recentes, porém, vários são os autores que têm usado sua autoridade para mostrar que o controle dessas doenças somente ocorrerá com medidas visando estabelecer uma infra-estrutura de saneamento.

Em relação ao uso de vacinas, vale citar a opinião de GANGAROSA⁽¹²⁾, quando diz que "os resultados deste procedimento de empregar uma vacina para uma só doença têm sido realmente desalentadores do ponto de vista dos instrumentos para controle que foram aparecendo. A febre tifóide, para a qual se dispõe de uma vacina razoavelmente satisfatória, não tem sido controlada em nenhum lugar mediante a vacinação". Mais adiante comenta que "evidentemente, as vacinas entéricas não constituem a solução do problema da luta contra as doenças entéricas, nem tampouco constituirão, pelo menos em futuro previsível, supondo que existisse tal possibilidade".

Outros fatores importantes podem ser citados: as moradias precárias e sua relação com um grande número de doenças; fatores técnicos diversos (resistência de vetores e inseticidas, custo crescente dos inseticidas, etc).

Analisando-se as relações existentes entre a saúde e o nível de desenvolvimento das sociedades, os planejadores que pen-

sam em utilizar os auxiliares de saúde devem conhecer muito bem essas relações para não jogarem ao setor saúde responsabilidades maiores do que aquelas que lhe são pertinentes no controle dessas epidemias.

Julgar que a saúde pode fazer o que lhe compete, ignorando o estágio de desenvolvimento de outras áreas sociais, pode levar a ações pouco realísticas. Uma delas seria tentar reduzir a mortalidade através de vacinações e do tratamento precoce (o uso de auxiliares permite isso); dar acesso à maioria da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares, tentando com isso aumentar o número de pré-natais, partos hospitalares, óbitos com assistência médica, necrópsia, além de evitar internações desnecessárias, entre outros. Poder-se-ia pensar em um paradoxo: uma população vacinada, com fácil acesso aos serviços de saúde, que terá uma assistência razoável quando adoecer, mas habitando barracos, subempregada, as crianças nuas e desnutridas, mas com o "direito" de morrer nos hospitais. Seria esta situação um bom exemplo daquilo que ILLICH chama de "modernização da miséria". Os auxiliares não devem ser concebidos como instrumentos dessa "modernização" indesejável.

3. OS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Os estudos revelam que existe falta absoluta e relativa desses recursos; mostram que estão concentrados nos centros de maior nível sócio-econômico e nesses a população servida é justamente a de maior poder aquisitivo. A relação entre o pessoal de nível universitário, técnico e auxiliar está freqüentemente invertida.

VILLARREAL⁽³⁴⁾ compara o setor saúde com uma indústria que, através de um conjunto de atividades, produz bens e serviços. Em uma indústria ou empresa qualquer, existe uma hierarquização do pessoal, lembrando uma pirâmide. As bases, amplas, são constituídas pelos funcionários de linha, pouco especializados, responsáveis maiores pela produção; conforme se desloca em direção ao ápice, a especialização aumenta e novas funções vão ganhando importância: o planejamento, o controle, a assessoria, a supervisão, ou seja, as funções administrativas em geral.

Neste aspecto, pelo menos na América Latina, em 1970, a pirâmide dos profissionais adquire feições extravagantes: 42,0% são pessoal de nível auxiliar (corresponderia à base da pirâmide), 12,0% são de nível técnico (corresponderia ao meio da pirâmide); no ápice tem-se 46,0% de profissionais de nível universitário⁽³⁴⁾.

Considera-se geralmente pessoal de nível universitário os médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e veterinários; as informações mais completas referem-se aos 3 primeiros. Em 1972 havia uma relação de 6,1 médicos por 10.000 habitantes na América Central e 7,4 na América do Sul; na América do Norte (Estados Unidos e Canadá) esta relação é em torno de 15. Existe variação regional, indo de 0,8 no Haiti até 20,9 na Argentina⁽²⁸⁾. A variação regional existe não só entre países, mas dentro de um mesmo país: a maioria desses profissionais trabalham nos centros mais prósperos de cada região. Entre vários exemplos disponíveis, no México tem-se, em 1970, 6,9 médicos por 10.000 habitantes; a razão dos mesmos nas capitais e grandes cidades (acima de 500 mil hab.) é 22,9 enquanto no resto do país é 3,0⁽²⁸⁾. Isto ocorre em qualquer país, mesmo nos desenvolvidos. No Brasil GENTILE DE MELLO⁽¹³⁾ mostrou que a distribuição dos profissionais de nível superior acompanha a rede bancária. Tal distribuição de médicos, pelo menos na América Latina, parece ter-se agravado nos últimos anos⁽²⁸⁾.

Em relação ao pessoal de enfermagem, a situação não é muito diferente. Em 1972 calculou-se que havia cerca de 940 mil enfermeiras graduadas nas Américas e 1,7 milhões de auxiliares de enfermagem. A distribuição desse pessoal também não é uniforme: 87% concentra-se em apenas 2 países: Estados Unidos e Canadá. Outras distorções são observadas: em 19 países da América Latina havia mais médicos que enfermeiras e mais auxiliares que enfermeiras (o que, neste último caso, é desejável); em 4 desses países o número de médicos era maior que o número de auxiliares de enfermagem⁽²⁸⁾. A maioria das enfermeiras diplomadas exercem a profissão em hospitais: um outro estudo, da OPS⁽²⁶⁾, mostrou que na América Latina somente de 10% a 30% das enfermeiras dedicam-se à atividades de algum modo relacionadas à saúde pública. Como a grande função das mesmas na saúde pública é a supervisão do pessoal de enfermagem, vê-se o quanto é carente o pessoal para esta função. Sobre o pessoal de enfermagem (auxiliares) é conhecido o fato de serem precariamente treinados e pouco motivados para a função, por vários razões.

Em relação aos dentistas, o problema é semelhante: em 1972 a taxa por 10.000 habitantes era de 4,9 na América do Norte; 1,0 na América Central e 2,9 na América do Sul⁽²⁸⁾. Esse número é considerado, na maioria dos países, como inadequado para atender às necessidades da população. Em muitas áreas da América La-

tina, mais de 90% das crianças em idade escolar têm cáries e 25% apresentam problemas de dentição manifestos ou incipientes que devem ser corrigidos⁽²⁷⁾.

Sabe-se que a distribuição dos leitos hospitalares acompanha as tendências acima.

Dados referentes à África indicam que a situação dos recursos naquele Continente é pior que na América Latina⁽¹⁹⁾.

Em consequência da concentração dos profissionais nos grandes centros, a ausência relativa e absoluta dos mesmos, além de outros fatores como duplicação de órgãos prestadores de serviços, descoordenação das ações, pessoal mal treinado, baixa remuneração, leva ao fato de que a maioria das populações dos países em desenvolvimento não possui o mínimo acesso aos serviços médicos. A população rural e aquela que habita pequenas vilas são as mais desfavorecidas. Dados recentes da OPS⁽²⁹⁾ informam que 47% da população total da América Latina não tem nenhum acesso aos serviços sanitários. 80% da população africana vive na zona rural e, em sua maioria, não dispõe de acesso a nenhum tipo de assistência sanitária⁽¹⁹⁾.

Mesmo nos centros onde estão concentrados os recursos existe uma parcela importante da população sem acesso aos mesmos; isto se depreende do grande número de óbitos sem assistência médica que ocorrem nesses locais: 10,7% do total de todos os óbitos investigados em adultos falecidos entre 15-74 anos e estudados em 12 cidades importantes das Américas por PUFFER & GRIFFITH⁽³¹⁾.

No caso de crianças falecidas com menos de 5 anos, a situação é pior, conforme indicam os dados de PUFFER & SERRANO⁽³²⁾, em trabalho já citado. De maneira

geral 39,6% desses óbitos ocorreram fora dos hospitais nos projetos da América Latina. Tal porcentagem atinge valores maiores em comunidades rurais, mesmo naquelas próximas aos grandes centros. No caso dos óbitos neonatais, v.g., tem-se que em Viacha (Bolívia) 78,6% desses óbitos ocorreram fora dos hospitais; esta comunidade está situada a 32 km de La Paz, a qual, por sua vez, apresenta quase 50% de seus óbitos como tendo ocorrido fora dos hospitais. Mesmo em relação aos óbitos ocorridos em nosocômios, importa conhecer se houve tempo para que os recursos dos mesmos possam ter sido usados eficazmente para salvar vidas; isto somente é possível, na maioria dos casos, várias horas após a internação. No estudo em questão este prazo foi fixado em 48h, considerando-se que os falecimentos antes deste período não conseguiram se beneficiar dos recursos médicos existentes em sua totalidade: houve uma subutilização dos mesmos. Tem-se para os projetos latino-americanos que 60,4% dos óbitos ocorreram em hospitais e, destes, 27,1% após 48 horas de internação e, portanto, 33,2% antes de 48h. No período de 1-4 anos, 58,2% dos óbitos ocorreram fora de hospitais e, dos ocorridos nos mesmos, somente 19,4% ultrapassaram o limite fixado de 48h mínimas de internação: portanto, 80,6% faleceram sem assistência ou com assistência precária.

No Brasil, em 1972, para o Nordeste, VILLAS BOAS⁽³⁵⁾ afirma que 52,9% dos óbitos ocorreram sem atestado médico.

Conjugando-se todos esses fatores, pode-se admitir que as populações dos países em desenvolvimento sem a mínima atenção médica, juntamente com aquela que a tem de maneira precária e de baixa qualidade, devem beirar, em muitos lugares,

entre 90-95%, fato bastante alarmante.

A rede sanitária desses países é precária ou mesmo inexistente, permitindo coberturas pequenas e descontínuas. Na África, há países onde os Centros de Saúde não existem; em outros, existem em número tão reduzido, com relação por habitantes tão baixa, que na prática é como se não existissem.

A existência ou precariedade da rede sanitária de serviços gerais não permite à maioria da população se beneficiar dos programas e que esta rede sirva de órgão de apoio às ações das campanhas. Apesar da existência de vacinas eficazes contra um grande número de doenças, estas continuam sendo problemas de saúde pública na maioria das áreas em desenvolvimento. Vários fatores explicam este fato, porém, seguramente, um dos mais importantes é justamente a precariedade ou insuficiência da rede sanitária.

Os recursos financeiros podem existir em quantidade suficiente e serem mal distribuídos ou serem insuficientes e também mal distribuídos, acarretando sérias consequências.

CONCLUSÃO

Concluindo, um programa visando a criação de um sistema de atendimento, no qual o auxiliar de saúde tenha importante papel, não pode omitir os aspectos aqui citados. Não pode ignorar as doenças prevalentes na região; não pode ignorar as limitações do setor saúde; não pode ignorar que o aumento do pessoal deve seguir o aumento da rede sanitária de serviços gerais e, finalmente, não deve esquecer de fixar prioridades e reclamar por mais verbas quando as mesmas forem de fato insuficientes.

ABSTRACT

This is a study concerned to Public Health in the developing countries. It deals with the most common kind of sickness the determining factor of the persistence and the human and material research that are available for the solution of the public health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACTIVIDADES de la OMS en 1975. Ginebra, 1976. (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, 279). p. 73.
2. BECHELLI, L.M. & DOMINGUEZ, V.M. Nueva información sobre el problema mundial de la lepra. *Bol. Ofic. Sanit. panamer.*, 73: 501-15, 1972.
3. BÉHAR, M. Importancia de la alimentación y la nutrición en la patogenia y prevención de los procesos diarreicos. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 78: 334-42, 1975.
4. _____. La nutrición y el futuro de la humanidad. *Crón. OMS*, 30: 151-4, 1976.
5. BENGGOA, J.M. El problema de la malnutrición. *Crón. OMS*, 28: 3-7, 1974.
6. BRÓLIO, R. Quimioterapia da Tuberculose. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 9: 71-85, 1975.
7. BYTCHENKO, B. Tendencias recientes de la mortalidad por tétanos en el mundo. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 75: 412-5, 1973.
8. COCKBURN, W.C. & ASSAAD, F. Some observations on the communicable diseases as public health problems. *Bull. Wld. Hlth. Org.*, 49: 1-12, 1973.

9. DIVISÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA. Hanseníase no Brasil. *Bol. Div. Nac. Derm. Sanit.*, 36: 13-30, 1977.
10. FERREIRA, A.B.G. A evolução do saneamento básico no Brasil, até 1972. *Rev. Fund. SESP*, 19: 75-90, 1974.
11. FONSECA, E. Saneamento básico no Brasil: síntese. *Rev. Fund. SESP*, 19: 47-62, 1974.
12. GANGAROSA, E.J. Perspectivas del problema global de las enfermedades entéricas, 1975. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 80: 397-402, 1976.
13. GENTILE DE MELLO, C. Contribuição ao estudo do setor saúde. *Rev. Bras. Med.*, 27: 470-77, 1970.
14. MONTEIRO, C.A. A desnutrição e o planejamento econômico-social. *Saúde em Debate*, 3: 58-67, 1977.
15. MOTTA, E.G.F. da. Programa de controle das grandes endemias: esquistossomose mansônica. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1975, p. 173-77.
16. _____. Programa de controle das grandes endemias: malária. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p. 153-65.
17. _____. Programa de controle das grandes endemias: peste. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília. *Anais*. Brasília, 1975. p. 179-83.
18. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Influencia del abastecimiento de agua. *Crón. OMS*, 18: 209-22, 1964.
19. _____. La asistencia sanitaria en las zonas rurales. *Crón. OMS*, 30: 11-18, 1976.
20. _____. Enfoque de los problemas de nutrición en África. *Crón. OMS*, 30: 29-32, 1976.
21. _____. *Estudios comparativos sobre las tripanosomiasis americana y africana*. Ginebra, 1969. (Serv. Inf. Técn., 411).
22. _____. Comité de expertos de la OMS en Lepra. *4o. informe*. Ginebra, 1970. (Serv. Inf. Técn., 542).
23. _____. Comité de expertos de la OMS en Filariasis. *3o. informe*. Ginebra, 1974. (Serv. Inf. Técn., 542).
24. _____. Comité de expertos de la OMS en salud de la madre y el niño. *Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno infantil en los servicios de salud*. Ginebra, 1976. (Serv. Inf. Técn., 600).
25. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Las perspectivas de la enfermedad de Chagas. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 72: 359-62, 1972.
26. _____. La situación crítica de la enfermería en América Latina y el Caribe. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 75: 146-66, 1973.
27. _____. Auxiliares dentales en Latinoamérica. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 77: 257-8, 1974.
28. _____. Recursos humanos en salud: médicos, dentistas y enfermeras en las Américas, 1972. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 79: 159-65, 1975.
29. _____. Servicios de salud para la población rural y subatendida de América Latina y del Caribe. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 80: 445-50, 1976.
30. PIO, A. & WESTERN, K. Enfoque para el control de la tuberculosis en las Américas. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 80: 281-7, 1976.
31. PUFFER, R.R. & GRIFFITH, G.W. *Características de la mortalidad urbana*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1968 (Publ. Cient., 151).
32. _____. & SERRANO, C.V. *Características de la mortalidad en la niñez*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1973. (Publ. Cient., 262).
33. RASSI, B., et alii. Estudio de una zona de oncocercosis en Brasil; encuesta realizada en residentes locales. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 80: 288-302, 1976.
34. VILLARREAL, R. Los recursos humanos para la salud en las Américas. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 76: 529-38, 1974.
35. VILLAS BÔAS, A. Extensão das ações de saúde às populações rurais. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília, 1975. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p. 217-42.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Community water supply and excreta disposal in developing countries: review of progress. *Wld. Hlth. Stat. Rep.*, 29: 543-603, 1976.

frequentemente responsáveis por lesões na cartilagem do septo.

Pode-se distinguir dois tipos de lesões: fraturas e luxação.

Nas fraturas, a linha de continuidade pode ser horizontal ou vertical. A fratura vertical do septo (de Chevallet) é o caso mais comum, onde o septo é dividido em duas partes e o fragmento anterior tende a se dispor sobre o plano frontal, causando uma luxação do bordo anterior do septo (visível em uma fossa nasal), e um desvio lateral da ponta do nariz do mesmo lado. Mais raramente as linhas das fraturas são anteriores, estando paralelas à margem posterior do subsepto. Clinicamente, neste caso, a lesão é caracterizada por uma subluxação do septo sobre o subsepto. No segundo caso (fratura ou luxação horizontal de Jariavay), a lesão interessa à margem pósterio-inferior do septo cartilaginoso e se trata de uma verdadeira fratura com acavalgamento dos fragmentos de uma luxação ósteo-cartilaginosa para saída do septo e goteira vomeriana. Nesse caso, não há apenas um afundamento do dorso do nariz, mas também um desvio lateral acentuado da pirâmide nasal.

As fraturas que, ao contrário, interessam aos ossos próprios, podem ser subdivididas em três grupos principais:

1. fraturas subperiósticas;
2. fraturas longitudinais com desvio lateral;
3. fraturas com afundamento.

As fraturas subperiósticas são em geral causadas por um traumatismo leve; são fraturas longitudinais ou, o mais comum, transversais dos ossos próprios. Elas são localizadas sobretudo, ao nível da parte inferior, estreita e frágil do osso do nariz (fraturas marginais inferiores). Podem ser uni ou bilaterais, sem ou com o menor desvio. São notadas particularmente nas crianças (fraturas em galho-verde), onde podem passar despercebidas e causar, em seguida, deformidades, que se tornam sempre evidentes à medida que a criança cresce.

Entretanto, a fratura que se verifica mais frequentemente na infância, é a chamada "em livro aberto", causado pelo traumatismo direto, muito violento, que sendo sobre a região óssea do dorso, pode provocar uma fratura bilateral dos dois ossos nasais com esmagamento de sua sinartrose média que se alarga nas suas junções. Os traumatismos de uma particular intensidade e violência podem provocar um verdadeiro esmagamento de todo esqueleto do nariz.

Entre as lesões do septo do nariz, as contusões têm uma importância particular porque elas mascaram frequentemente lesões, que se transformam em de-

formidades dos elementos ósteo-cartilaginosos da pirâmide nasal e septo.

A frequência de deformidade estabelecidas em pacientes que denunciaram, na anamnese, fraturas nasais antecedentes nos convence de que traumatismos nasais são sempre subestimados.

Pode-se raramente demonstrar que os fatores hereditários e as doenças infecciosas causam deformidades das estruturas ósteo-cartilaginosas do nariz, e os traumatismos que podem ser verificados durante o parto não são assim tão frequentes para justificar o número considerável de deformidades para as quais a anamnese não consegue por em evidência um traumatismo antecedente.

Neste assunto, é oportuno assinalar que recebemos frequentemente visita de pacientes afetados por deformidades do septo que afirmam ter tido traumatismos da pirâmide nasal seguidos por um defeito estético e funcional, que foram diagnosticados como simples contusões.

O diagnóstico das fraturas do septo nasal é extremamente fácil no caso de fraturas com deformidades evidentes ou acompanhadas de lesões, em certos casos; ao contrário, pode-se encontrar um grande número de dificuldades para dar um diagnóstico exato. Por isso deve-se empregar, sistematicamente todos os meios diagnósticos à nossa disposição. Naturalmente fora a anamnese e o quadro clínico, para o que concerne o diagnóstico, o exame radiográfico e a planigrafia têm importância fundamental, e podem descobrir e melhor discernir eventuais associações de fraturas dos ossos nasais, com fraturas do maciço facial ou osso frontal.

As incidências que se empregam mais frequentemente no diagnóstico das fraturas nasais são: perfil simples, o perfil dissociado de cada um dos ossos próprios a incidência raiz-base de Gosserez e a incidência fronto-nasco-placa.

TRATAMENTO CORRETIVO

As deformidades pós-traumáticas acen-tadas no período neo-natal são tratadas sistematicamente como deformidades devidas a traumatismos recentes; são notáveis nos primeiros dez ou quinze dias de vida, pois a causa traumática atuou durante o parto.

A insuficiência de líquido amniótico, as más apresentações da cabeça do feto na pelve maternal, as aplicações de Forceps, os diferentes obstáculos pelvianos à pressão exercida pela própria mão da criança sobre a pirâmide nasal, pelas contrações uterinas, são os fatores indicados por FILIPPI, LOVO e MORELLI, como causas traumáticas que se podem verificar du-

rante o parto.

No que concerne ao tipo de deformidade, a pirâmide nasal aparece quase sempre desviada lateralmente quase dois terços da parte anterior, enquanto que o perfil do dorso é anormalmente côncavo. A margem ântero-inferior da cartilagem quadrangular, frequentemente luxada faz saliência em uma narina, comprometendo a permeabilidade.

Examinando-se a fossa nasal do outro lado, pode-se por em evidência a saliência da margem pósterio-inferior da cartilagem quadrangular, luxada ao longo de sua inserção no vômer. Se este tipo particular de deformidade é notada no período neonatal, uma intervenção cirúrgica precoce é absolutamente indispensável, não somente por uma questão de estética, mas sobretudo por razão de bom funcionamento aéreo. Sabe-se que o crescimento e o desenvolvimento ulterior das diversas partes do maciço facial se verificam simetricamente e de uma maneira correta somente quando a pirâmide nasal e o septo em particular, se desenvolvem na posição regular mediana. É preciso também levar em consideração as repercussões possíveis ao caráter patológico produzidas pela estenose respiratória nasal presente, nos seios paranasais, ouvido médio, cavidade oral e faríngea, laringe e árvore respiratória, assim, como todo o aparelho respiratório.

Sabe-se também que a função respiratória nasal adquire importância considerável sobretudo no período neonatal e também no aleitamento. Este último problema tem um caráter de urgência a fim de permitir a nutrição regular do paciente. Por outro lado, a intervenção é extremamente fácil. É suficiente exercer com um pequeno fórceps de Hasch, uma leve tração para cima e para a frente sobre a parte anterior do septo (com o paciente sobre o dorso e sob ação de narcótico). A redução deve ser seguida de contenção. Para efetuar a contenção interna, tampona-se a parte ântero-bilateral do nariz, tendo cuidado de colocar ao mesmo tempo um pequeno tubo de plástico nas duas fossas nasais.

A contenção externa é efetuada aplicando-se um pequeno arco metálico conservado *in situ* graças a fitas de esparadrapo. O tamponamento nasal e o arco de contenção externa são retirados após três a quatro dias.

No que concerne ao outro grupo de deformidades do septo nasal, notadas no período de aleitamento da idade pré-escolar, escolar e da adolescência, devem, por razões terapêuticas, ser divididas em lesões recentes e lesões estabilizadas. Considerando-se como recentes as lesões provocadas por traumatismos que se verificou

antes de quinze dias. Quando se descobre uma lesão recente, deve-se operar o mais cedo possível. Neste caso, não há limite de idade, pois deve-se corrigir esta lesão, mesmo nos pacientes menores. As técnicas cirúrgicas empregadas são as mesmas para se corrigir as deformidades do septo que podem ser notadas no adulto. Evidentemente, deve-se empregar instrumentos cirúrgicos proporcionais. Neste assunto, é preciso evidenciar a necessidade de respeitar escrupulosamente os centros osteogênicos destinados ao crescimento do septo e que estão localizados, segundo TERRACOL, ao nível da margem pósterio-superior ou etmoidal e na margem pósterio-inferior ou vomeriana da cartilagem quadrangular.

No caso de uma fratura com desvio lateral da pirâmide, a redução consiste sobretudo em alinhar os ossos próprios, levantando-os e colocando-os em sua posição correta. É preciso enfatizar uma vez mais a importância fundamental da redução do septo: de uma posição correta do septo dependerá a permeabilidade normal das fossas nasais e o desenvolvimento ulterior do maciço facial.

O tratamento precoce das lesões recentes do septo nasal permite atingir os resultados positivos na quase totalidade dos casos. Geralmente, ao dano funcional junta-se o dano estético. A experiência ensina que devemos adiar para a idade adulta as intervenções cirúrgicas corretivas da pirâmide, que previnem as ressecções de ossos ou de intervenções cirúrgicas, que devido às exigências técnicas particulares podem e devem interessar o periosteio dos elementos ósseos do esqueleto nasal. A reação perióstica, como se sabe, resulta nos jovens pacientes de uma maneira particular e às vezes de uma tal intensidade que provoca a formação de calos ósseos exuberantes e anormais com evidentes resultados anti-estéticos.

TRATAMENTO DAS ANTIGAS DEFORMIDADES NASAIS COM OBSTRUÇÃO NASAL

Estes são os casos que representam as maiores dificuldades terapêuticas. Nas crianças pequenas, a técnica convencional de remover a deformidade cartilaginosa ou o tecido ósseo estão contra-indicadas desde que os centros de crescimento nasal ainda estejam ativos. Isto é muito importante porque desde que os centros de crescimento no septo sejam removidos ou lesados, haverá anormalidades no desenvolvimento do nariz. Quanto mais radical a excisão, maior a deformidade resultante com o desenvolvimento futuro do nariz.

Os centros de crescimento do nariz estão localizados:

1. um em cada osso nasal;
2. um na lâmina perpendicular do etmóide;
3. dois no vómer;
4. um no premaxilar;
5. um na maxila.

Não se trata as pequenas anormalidades de respiração. As anormalidades mais importantes são tratadas quando a criança alcança a idade escolar, em torno dos 5 a 6 anos de idade.

EVOLUÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DAS LESÕES DA PIRÂMIDE NASAL NA CRIANÇA

Tem sido demonstrado que existe uma diferença qualitativa e quantitativa da cicatrização das feridas entre os jovens pacientes e os adultos. A força de tensão se desenvolve mais rapidamente, a organização estrutural das fibras colágenas é melhor e mais complexa, e a restauração do sistema microvascular na área lesada ocorre mais precocemente na criança do que no adulto. As reações térmicas na ferida e ao redor dela tornam-se mais prolongadas conforme a idade da criança, indicando diferenças nas reações vasculares e metabólicas.

CONCLUSÃO

A cirurgia nasal em crianças tem sido sempre tema de discussão e ainda não existe um acordo preciso sobre qual a idade ideal para submeter uma criança à correção cirúrgica do nariz. Sem dúvida a tendência atual é intervencionista e a maioria dos autores estão de acordo em corrigir as deformidades nasais que condicionam mal funcionamento do nariz, o mais cedo possível. Portanto considera-se que a abordagem cirúrgica do septo e da pirâmide nasal deva ser efetuada o mais cedo possível se as condições clínicas são suficientemente importantes para exigí-las.

Quanto à estética, principal argumento para a abstenção operatória na infância, encontra-se comprometida é por que a função também o está. Queremos insistir em que a correção cirúrgica precoce de uma obstrução nasal ou deformidade do septo é necessária para restaurar o bom funcionamento das vias aéreas e para prevenir as deformidades faciais e nasais secundárias a um desenvolvimento inadequado.

A obstrução das vias aéreas, seja por hiperplasia adenoidiana, ou por deformidades nasais trabalha em detrimento de um adequado desenvolvimento da face assim como da saúde da criança.

A via maxila-premaxila permite sempre um acesso adequado e uma liberação satisfatória dos tecidos para a correção das deformidades nasais. A inocuidade da incisão e a obtenção de um bom campo operatório, fazem desta via, de acesso preconizado por COTTLE, a mais satisfatória para o manejo dos problemas obstrutivos do nariz, sempre e quando não nos esquecermos que, este tipo de cirurgia, essencialmente funcional, praticada em crianças, requer cuidadoso manejo dos tecidos e um profundo conhecimento da anatomia e fisiologia nasais, assim como a necessidade de se efetuar uma cirurgia conservadora que permita a correção dos defeitos sem lesar as outras estruturas.

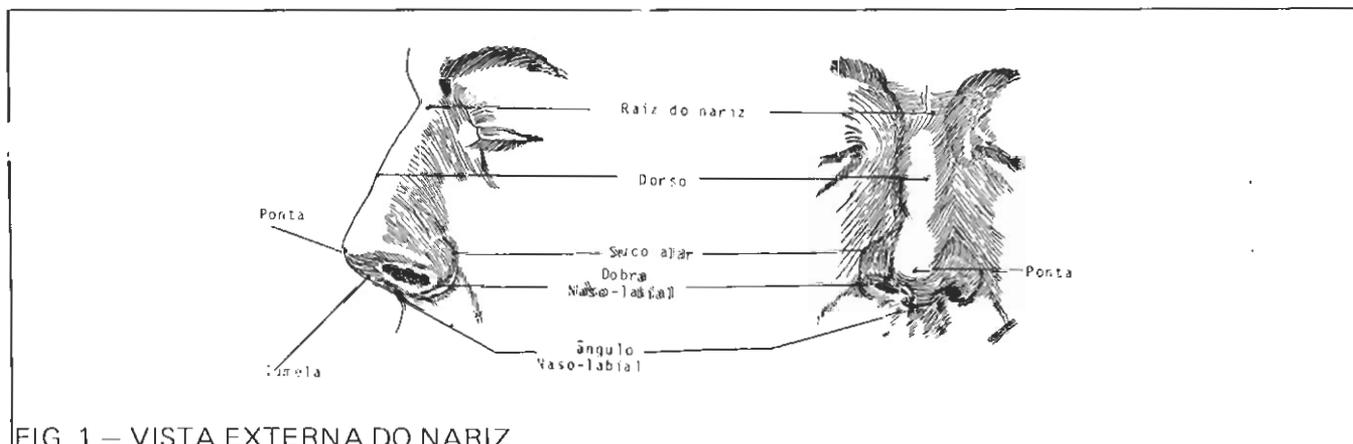


FIG. 1 — VISTA EXTERNA DO NARIZ

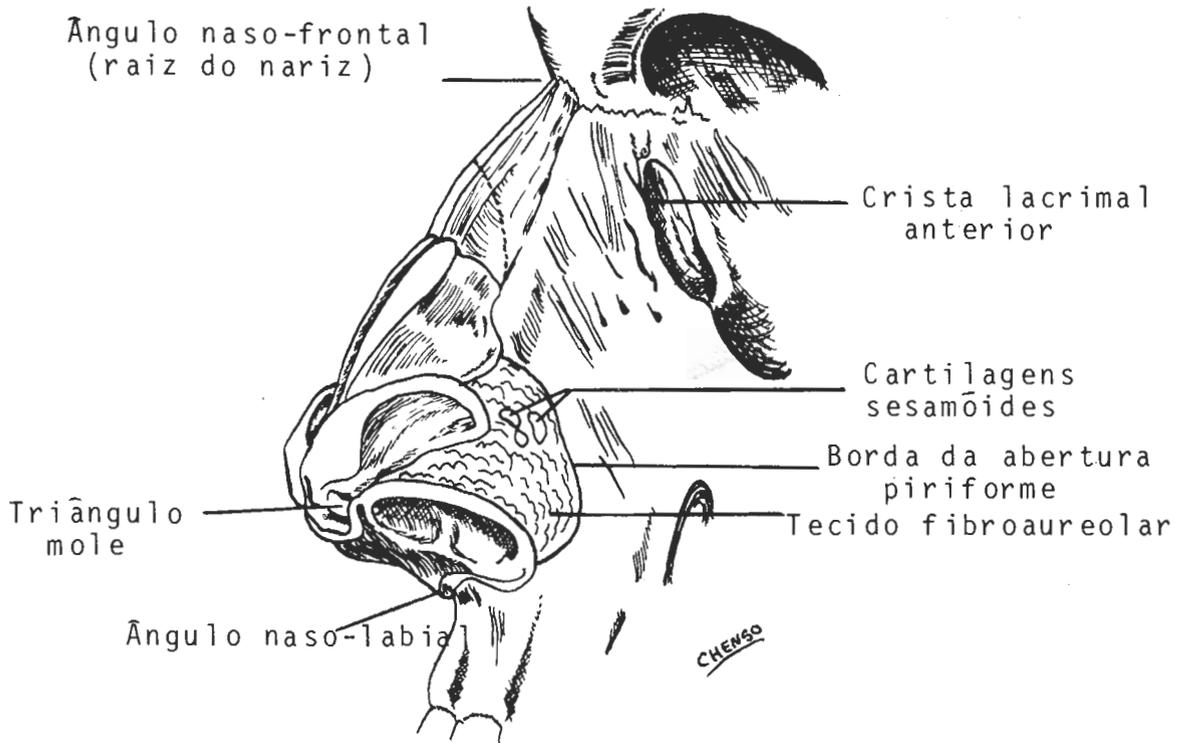
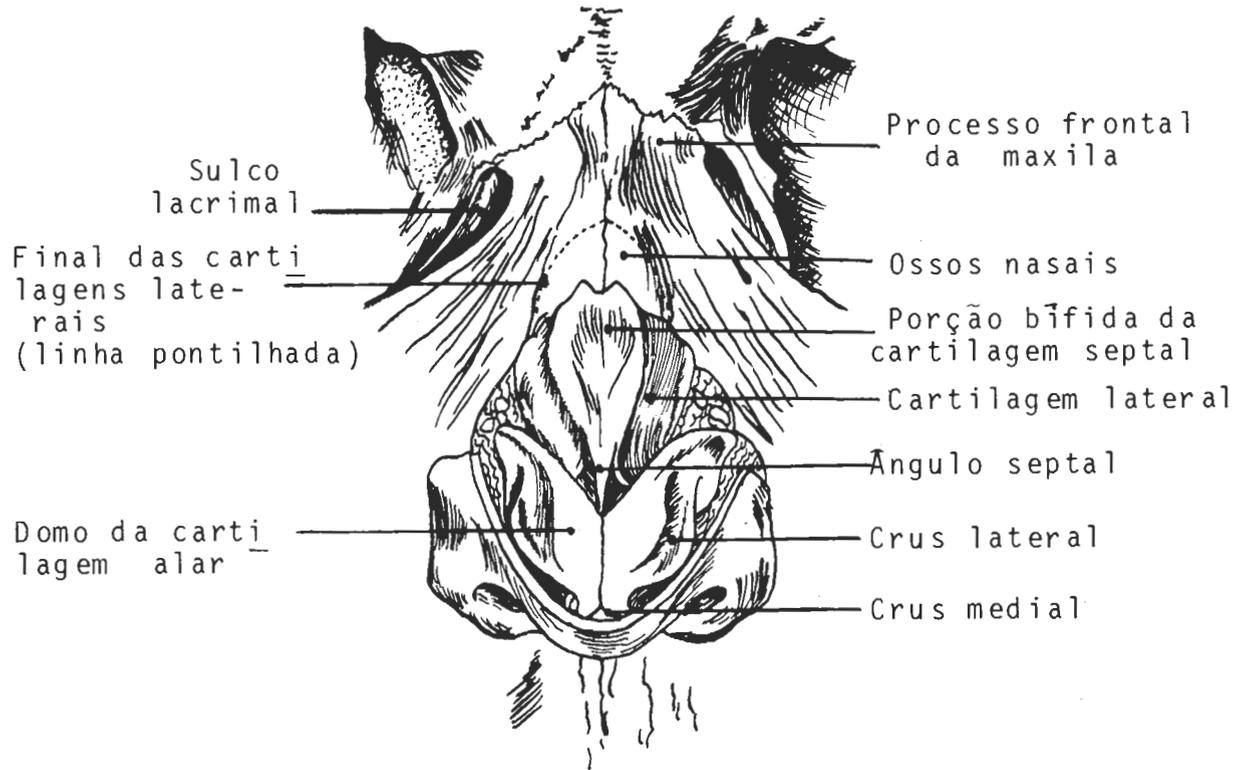


FIG. 2 – CARTILAGENS DO NARIZ
(Vistas frontal e lateral)

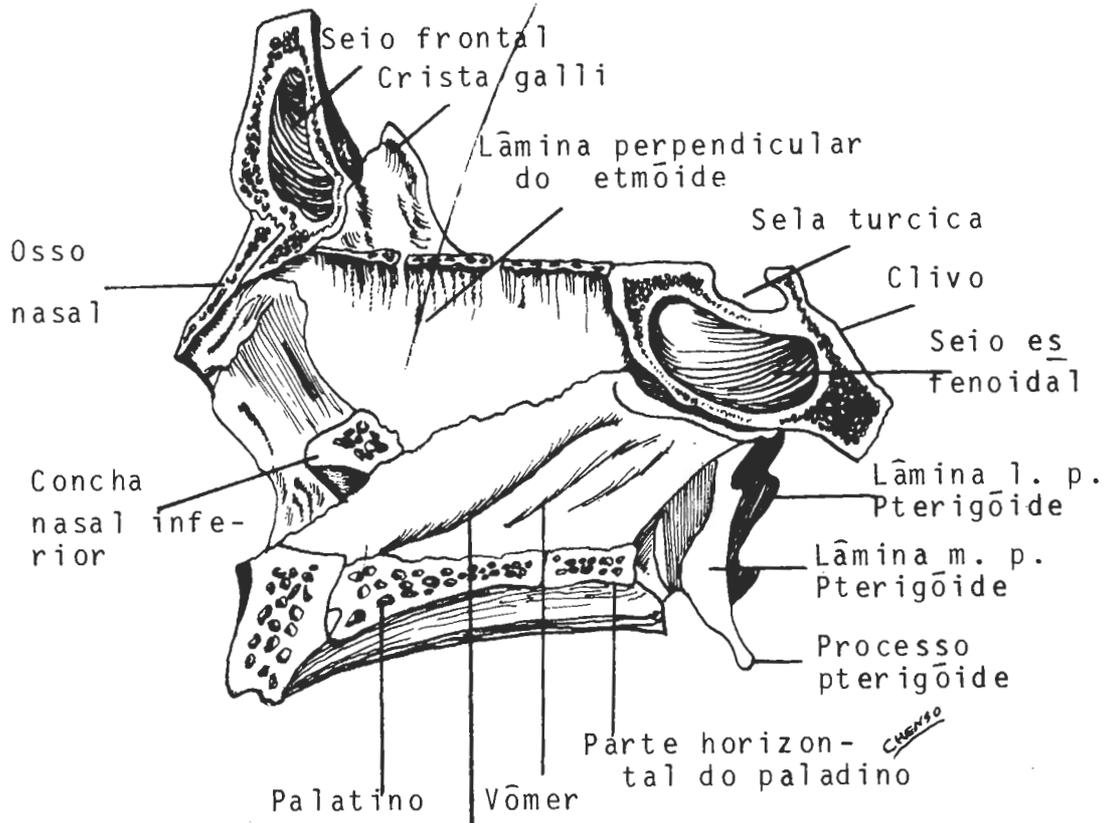


FIG. 3 – CAVIDADE NASAL ÓSSEA (Septo Nasal Ósseo)

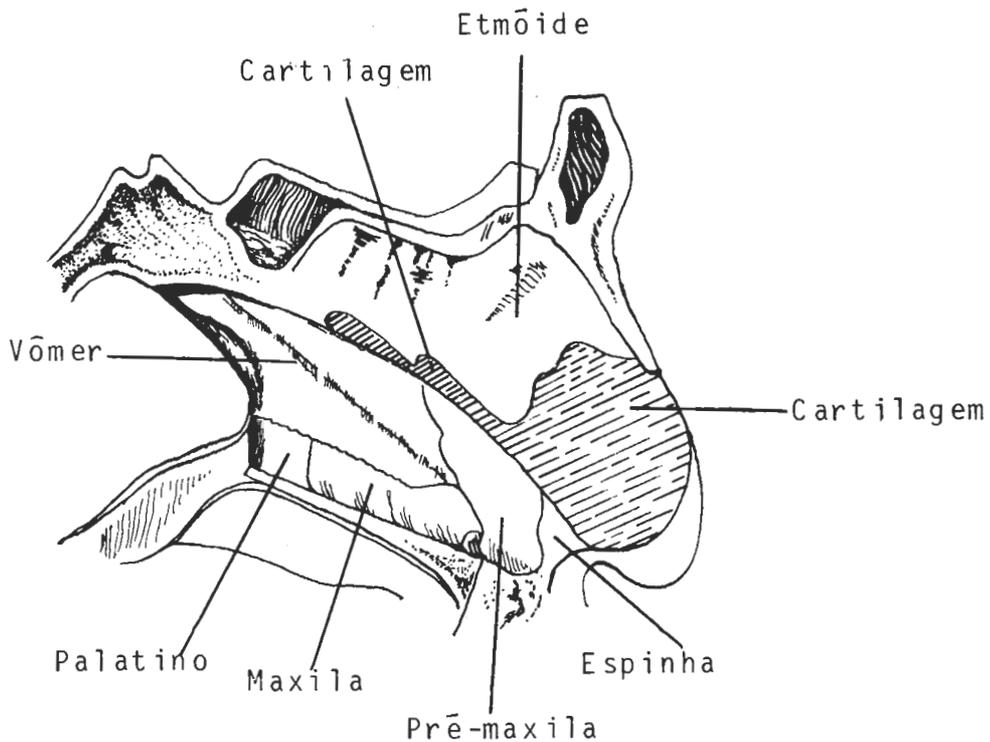


FIG. 4 – O SEPTO NASAL EM ADULTO (Proporção da cartilagem)

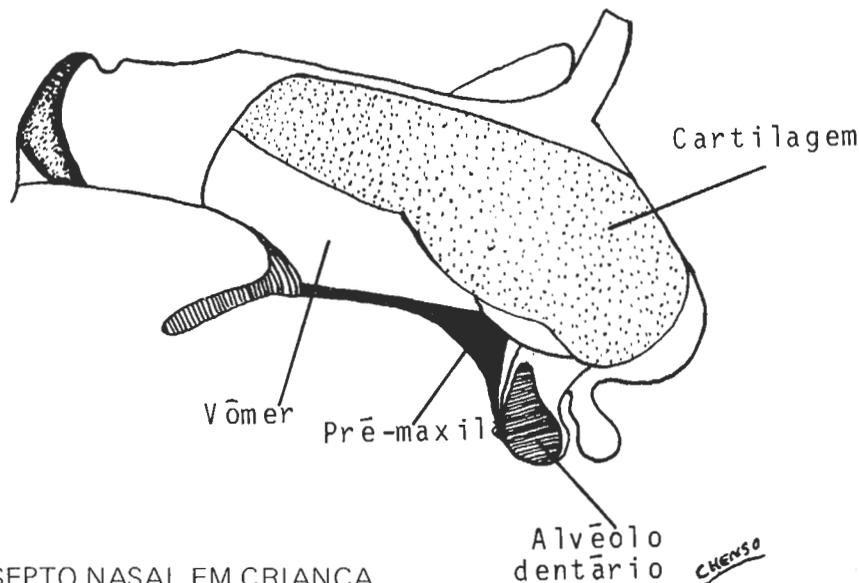


FIG. 4 — O SEPTO NASAL EM CRIANÇA
(Proporção da cartilagem)

ABSTRACT

Problems of nose fractures in childhood when they are not treated in time and its results. Diagnostic procedures were done through internal and external exams. Etiopathogenetic and clinic considerations of the problem. Corrective treatment of pos-traumatic deformities with nasal obstruction.

BIBLIOGRAFIA

1. AVILA LOZADA, A. et alii. Nasal surgery in childhood, clinical evaluation through 43 cases. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*, 31 (4): 799-811, Jul.-Aug., 1974.
2. BELLACK, J.P. Helping a child cope with the stress of injury. *Am. J. Nurs.*, 74: 1491-4, Aug., 1974.
3. CAFFEY, J. Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury to children. Howland Award Address. *J. Pediatr.*, 67: 1008-14, Nov., 1965.
4. CAPO, O.A. Nasal fractures in children. *Ohio Med. J.*, 65: 905, Sep., 1969.
5. CHAMPY, M. et alii. Nasal atresia with breathing impairment in an infant. *Chir. Plast.*, 19 (3): 189-92, 1974.
6. DIGGLE, G. et alii. Child injury intensive monitoring system. *Br. Med. J.*, 3: 334-6, Aug., 1973.
7. DUNCAN, R.E. et alii. Wringer injuries in children: an analysis of 300 cases. *J. Florida Med. Ass.*, 56: 106-7, Feb., 1969.
8. DRUMHELLER, G.H. Nasal fractures in children. *Postgrad. Med.*, 48: 123-7, Aug., 1970.
9. EDITORIAL: an unnecessary risk to children. *Br. Med. J.*, 1 (6003): 180, Jan., 1976.
10. FABER, M. et alii. Closed trauma of the nose in children. *J. Fr. Otorhinolaryngol.*, 20: 679-81, 1971.
11. FRUTTERO, F. et alii. Etiopathogenic and clinic considerations on nasal fractures in infancy. *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol.*, 92: 15-25, Jan.-Feb., 1971.
12. GARCIA CASTAÑEDA, M. Nasal fractures in children. *Cir. Cir.*, 32: 131-2, Mar.-Apr., 1964.
13. GILLI, R. et alii. Fatal home accidents in the infantile age. *Minerva Pediatr.*, 22: 1482-90, Jul., 1970.
14. GOODE, R.L. et alii. Management of nasal fractures in children: a review of current practices. *Clin. Pediatr.*, 11: 526-9, Sep., 1972.
15. GREEG, G.S. Infant trauma. *Am. Fam. Physician*, 3: 101-5, May, 1971.
16. HADLEY, R.B. Nasal injuries in children. *New York J. Med.*, 69: 281-4, Jan., 1969.
17. HALLER, Jr., J.A. Newer concepts in emergency care in children with major injuries. *Pediatrics*, 52: 485-7, Oct., 1973.
18. HUSBAND, P. The child with repeated accidents. *Nurs. Times*, 70 (49): 1884-5, Dec., 1974.
19. IZANT Jr., R.J. et alii. The annual injury of 15,000,000 children: a limited study of childhood accidental injury and death. *J. Trauma*, 6: 65-74, Jan., 1966.
20. JAZBI, B. Nasal septum deformity in the newborn: diagnosis and treatment. *Clin. Pediatr.*, 13 (11): 953-6, Nov., 1974.
21. KLAFF, D.D. Surgical correction of septal deformation in newborn infants and children. *Southern Med. J.*, 58: 1276-9, Oct., 1965.
22. LANZA, I. Children and traffic or home accidents. *Riv. Clin. Pediatr.*, 81: 1215-6, Nov.-Dec., 1968.
23. _____. The epidemiology of home accidents in childhood. *Minerva Pediatr.*, 22: 1461-71, Jul., 1970.
24. LECHAT, M.F. et alii. Investigation of home accidents in primary school age children. *Arch. Belg. Med. Soc.*, 31: 289-306, May, 1973.

25. MANHEIMER, D.I. et alii. 50,000 children years of accidental injuries. *Public Health Rep.*, 81: 519-33, Jun., 1966.
26. MATHENY Jr., A.P. et alii. Behavioral antecedents of accidental injuries in early childhood: a study of twins. *J Pediatr.*, 79: 122-4, Jul., 1971.
27. MONTSERRAT VILADIU, J.M. Functional nasal surgery in childhood. *Acta Otorrinolaring. Iber. Am.*, 19: 150-62, 1968.
28. MULLALY, R.W. Childhood injuries and behavior. *Ala J. Med. Schi.*, 10: 141-4, Apr. 1973.
29. ORTON, C.I. Loss of columella and septum from an unusual form of child abuse: Case report. *Plast. Reconstr. Surg.* 56: (3): 345-6, Sep., 1975.
30. PIZZETI, M. Wounds and injuries in the preschool child. *Minerva Pediatr.*, 22: 1498-503, Jul., 1970.
31. SARTORIS, A. Fractures of the nose in childhood. *Minerva Pediatr.*, 22: 1513-23, Jul., 1970.
32. SENEGHAL, G. Nasal surgery in children. *Ann. Chir. Plast.*, 10: 18-23, Mar., 1965.
33. _____. Surgery of the nasal pyramid in children. *Probl. Actuel Otorhinolaryng.*: 159-68, 1965.
34. SIEBEN, R.L. et alii. Falls a childhood accidents: an increasing urban risk. *Pediatrics*, 47: 886-92, May, 1971.
35. SIFFERT, R.S. et alii. Athletic injuries in children. *Pediatr. Clin. N. Am.*, 12: 1027-37, Nov., 1965.
36. SILVERMAN, S.A. et alii. Dislocation of the triangular cartilage of the nasal septum. *J. Pediatr.*, 87 (3): 456-8, Sep. 1975.
37. SIMPSON, D.W. Non-accidental injury to preschool children in New Zealand. *NZ Med. J.*, 81 (531): 12-5, Jan., 1975.
38. SIMPSON, J.S. Trauma: the leading childhood killer in Canada and elsewhere. *Clin. Pediatr.*, 15 (1): 313-6, Apr., 1976.
39. SMITH, E.I. Trauma in children. *J. Okla State Med. Ass.*, 63: 511-7, Nov., 1969.
40. SMITH, M.D. et alii. Injuries in children sustained in free falls: an analyses of 66 cases. *J. Trauma*, 15 (11): 987-91, Nov., 1975.
41. SROUJ, M.N. Office care of lacerations in children. *Clin. Pediatr.* 13 (10): 889-92, Oct., 1974.
42. STANTON, M.C. Non-accidental trauma in children. *Can. Nurse*, 71 (10): 26-9, Oct., 1975.
43. STARBUCK, G.W. The recognition and early management of child abuse. *Pediatr. Ann.*, 5 (3): 27-41, Mar., 1976.
44. TOKUHATA, G.K., et alii. Childhood injuries associated with consumer products. *Prev. Med.*, 3: 245-67, 1974.
45. VILJANTO, J. et alii. Wound healing in children as assessed by the CELLSTIC method. *J. Pediatr. Surg.*, 11 (1): 43-9 Feb., 1976.
46. WALLER, J.A. Bicycle ownership, use and injury patterns among elementary school children. *Pediatrics*, 47: 1042-50, Jun., 1971.
47. WILLMOT, J. Fracture of the nose in children. *Acta Otorhinolaryngol. Belg.*, 28 (8): 991-5, 1974.
48. WOLD, F.T. Accidents in childhood. *Ethio. Med. J.*, 11: 41-6, Jan., 1973.