

**LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE**

ALLAN QUADROS GARCÊS

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE TRAUMA INFANTIL
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO LUÍS
(RELATO DE CASO INSTITUCIONAL)**

São Luís

2012

ALLAN QUADROS GARCÊS

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE
TRAUMATOLOGIA INFANTIL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO LUÍS
(RELATO DE CASO INSTITUCIONAL)**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2012

Garcês, Allan Quadros

O Processo de implantação de um Serviço de Traumatologia Infantil em um hospital público de São Luís/Allan Quadros Garcês. - São Luís, 2012.

26f.

Monografia (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2012.

1. Traumatologia infantil. 2. Gestão em saúde. 3. Saúde pública. Título.

CDU 616-001:614. 2

ALLAN QUADROS GARCÊS

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE
TRAUMATOLOGIA INFANTIL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO LUIS
(RELATO DE CASO INSTITUCIONAL)**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo – USP

AGRADECIMENTOS

A Grande Luz Divina, Deus, por sua presença em minha vida.

À minha esposa Kelly Cris Souza dos Santos, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

À Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, minha orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

Às Professoras Eudes Garcez de Souza Silva e Rosemary Ribeiro Lindholm, pela paciência humilde em corrigir dentro da normatização.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

Chico Xavier

RESUMO

Descrição de uma experiência vivida durante a implantação de um Serviço de Traumatologia Infantil em um hospital de referência em urgência e emergência do município de São Luís, capital do estado do Maranhão. Foi desenvolvido através do relato dos fatos que se sucederam durante o processo, objetivando descrever de que modo ocorreu o processo, demonstrar os caminhos e passos percorridos e discorrer sobre as dificuldades encontradas e quais as soluções tomadas. A implantação do Serviço de Traumatologia Infantil-STI, ocorreu em novembro de 2009, em um momento delicado para saúde pública de São Luís, no qual a Secretaria Municipal de Saúde havia assinado um Termo de Ajuste de Conduta com o Ministério Público, através da Promotoria da Saúde, a fim de sanar graves problemas que estavam ocorrendo em um dos hospitais de sua rede de referência no atendimento de urgência e emergência da capital. Crianças com fraturas cirúrgicas aguardavam mais de vinte dias pela realização de suas cirurgias e quando ocorria, constatava-se que não se podia fazer mais nada, pois as fraturas estavam consolidadas. Diante dos fatos, o Ministério Público interviu e como solução foi implantado um serviço específico em outro hospital também de referência. Foram registrados importantes problemas de resistências internas, falta de condição adequada e a necessidade de se quebrar paradigmas existentes a fim de se implantar o serviço. As soluções para todas essas dificuldades vivenciadas estão relatadas neste trabalho.

Palavras-chave: Traumatologia infantil. Gestão em saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

Description of an experience during the deployment of a Child Trauma Service at a referral hospital for emergency care in São Luís, capital of Maranhão. It was developed through the report of the facts that took place during the process, aiming to describe how the process occurred, showing the paths and steps taken and discuss the difficulties encountered and the solutions taken. The establishment of the Department of Traumatology Child-STI occurred in November 2009, at a delicate time for public health in St. Louis, where the Municipal Health Department had signed a Term of Adjustment of Conduct with the Public Ministry, through the Attorney Health in order to remedy serious problems that were occurring in a hospital of your referral network in emergency care and emergency capital. Children with fractures surgical waiting more than twenty days by the realization of his surgeries and when it occurred, noted that he could not do anything because the fractures were consolidated. Given the facts, the prosecutor intervened and was deployed as a solution a specific service at another hospital also reference. Important issues were recorded internal resistance, lack of proper condition and the need to break paradigms exist in order to implement the service. The solutions to all these difficulties are experienced in this work relatás.

Desfazer edições

Key- words: Childhood trauma. Health management. Public health

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	12
3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA	12
3.1 Planejamento prévio para uma implantação adequada	14
3.1.1 Análise de fatores favoráveis (Pontos positivos)	14
3.1.2 Análise dos fatores críticos (Fatores limitantes)	16
3.2 Perspectiva da dinâmica de funcionamento	17
3.3 Estratégias de ações	17
3.4 Dificuldades encontradas X Quebrando paradigmas	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O trauma é um importante problema médico-social e deve ocupar lugar de destaque no campo da saúde pública, tanto pelas mortes que acarretam, quanto suas sequelas, na infância americana, o trauma corresponde a 50% das mortes, sendo a maior causa isolada de morbimortalidade em crianças (AZEVEDO JUNIOR et al., 2005). Altman e Smith foram os primeiros a relatar sobre pacientes com traumatismo acidentais, que foram reconhecidos nas crianças dentro da literatura ortopédica. (CAVALCANTE, 2011). Para o Ministério da Saúde, o trauma ortopédico são situações que provocam lesões produzidas por violência exterior contundente e direta sobre superfície corporal (BRASIL 2008).

O trauma é responsável por cerca de 150.000 mortes por ano, no entanto esse número é triplicado quando se inclui pacientes vitimados por invalidez permanente. Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgado no conselho Regional de Medicina de São Paulo, em junho de 1999, as lesões traumáticas são um grave problema, pois representam 16% das doenças mundiais (AZEVEDO JUNIOR et al., 2005).

Em outubro de 2009 a saúde pública de São Luís enfrentava um problema delicado, crianças internadas em um hospital de urgência e emergência que estavam com fraturas ósseas com indicação de tratamento através da realização de cirurgias, estavam tendo seus procedimentos suspensos sucessivamente devido a um defeito nas autoclaves que esterilizavam os materiais cirúrgicos, com isso ficavam internadas por mais de vinte dias e suas fraturas consolidavam viciosamente.

De acordo com o Art. 196 da Constituição Federal, a Saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Portanto, em cumprimento a este artigo a Prefeitura de São Luís tem como dever constitucional garantir o tratamento de crianças com fratura.

Segundo o disposto no art. 211 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990), que preceitua o seguinte: "Os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, o qual terá eficácia de título executivo extrajudicial."

Tal referência se faz ao Termo de Ajuste de Conduta. No Art. 2 da referida Lei consta que a “Saúde é direito básico e fundamental de todo ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Este artigo influenciou de tal maneira que Secretaria de Saúde Municipal acatou o Termo de Ajuste de Conduta - TAC e posteriormente tomou decisões importantes. Dentre as decisões importantes estava a da criação de um serviço de traumatologia específico para crianças.

Pelo fato do pesquisador ter sido convidado na época para assumir a Chefia do Serviço de Ortopedia no Hospital Municipal Djalma Marques e sensibilizado com a situação que as crianças com fraturas estavam enfrentando no Hospital Municipal Clementino Moura, elaborou um projeto de criação e implantação de um Serviço de Trauma Infantil e entregou em mãos ao Secretário de Saúde Municipal, Dr. Gutemberg Araújo. O Secretário após estudar a viabilidade, convocou uma reunião com sua equipe de gestores e solicitou que fosse apresentado o projeto a todos os presentes.

O trauma ortopédico infantil são lesões de etiologia traumática na criança. E estes são traumatismos sofridos durante atividades esportivas, simples brincadeiras, atropelamentos e acidentes caseiros ou externos (CAMPAGNOLO, 2009). Os acidentes infantis constituem, hoje, um problema de saúde pública; causam mortes e deixam sequelas físicas e psicológicas, fragilidade, a curiosidade, a inexperiência, a necessidade de cuidados e a vulnerabilidade inerente a este período do desenvolvimento humano constituem alguns dos aspectos que contribuem para fazer das crianças um importante grupo de risco (AMARAL, 2003).

O ônus social das mortes e das incapacidades temporárias é permanente e imenso, o custo das indenizações e dos tratamentos é elevado e o sofrimento humano é assustador (REIS, 2007).

É perfeitamente compreensível o descontentamento de um grupo de mães ao denunciarem a suspensão das cirurgias ao Ministério Público, ao Conselho Tutelar e a Imprensa local. Não tardou para que o Secretário de Saúde fosse convidado a assinar um Termo de Ajuste de Conduta na Promotoria da Saúde, responsabilizando-se pelos tratamentos oferecidos as crianças, no qual, caso não fosse possível resolver em tempo hábil as cirurgias, que estas fossem custeada na

rede privada. Por outro lado, diante da situação crítica que passavam as crianças com fraturas, corroborado pelos dados epidemiológicos apresentados acima, decidiu-se em novembro de 2009 implantar o Serviço de Traumatologia Infantil-STI no hospital público onde o pesquisador/autor desse trabalho, coordenava a especialidade de Ortopedia. Logo no início, observou-se uma série de problemas que deveriam ser solucionados para que ocorresse uma eficiente implantação, entretanto, houve resistência de colegas de trabalhos, descrença por alguns, enfrentamento de boicotes, além da necessidade de se quebrar alguns paradigmas existentes dentro da instituição.

O trabalho aqui apresentado tem importante contribuição pessoal pela particular identificação do tema com a proposta de trabalho médico do pesquisador, pela afinidade do seu cargo de Coordenador do Serviço e por querer compartilhar as experiências vividas neste processo de implantação.

2 OBJETIVO

Relatar as experiências vivenciadas durante a implantação de um serviço de traumatologia infantil, descrevendo sobre o desenvolvimento do processo, os caminhos e passos percorridos, bem como as dificuldades encontradas e as estratégias para superá-las.

3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Os ossos da criança apresentam diferença em relação aos adultos, as quais são importantes para determinar o tipo da lesão, o tratamento e prognóstico em caso de fratura. O osso da criança apresenta maior elasticidade e porosidade, o perióstio é mais resistente, há a presença da cartilagem de crescimento, como a criança está em crescimento, a capacidade de seu corpo de formar e desenvolver os ossos é superior à do adulto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA, 2009).

Frente à necessidade de se tratar de forma diferente a criança, em relação ao adulto portador de fratura, criou-se um serviço separado do adulto, especializado em Trauma infantil, no mês de novembro de 2009, em um Hospital de Alta Complexidade do município de São Luís, o Hospital Djalma Marques, Socorrão 1, o qual é referência para o atendimento de urgência e emergência.

O Hospital Municipal Djalma Marques-HMDM foi criado de acordo com a Lei nº 2579 de 07.05.1982, entidade de natureza autárquica, com a finalidade de desenvolver atividades de assistência de urgência e emergência, atendendo indistintamente a população de São Luís, oferecendo serviços médicos em diversas especialidades, possui 126 leitos, mantido pelo recurso do SUS e tesouro municipal, esta situado no bairro do centro rua do passeio s/n na capital do Maranhão (SÃO LUÍS, 1982).

O processo de implantação no HMDM envolveu os Diretores desta unidade, os médicos Ortopedistas, Pediatras, Cirurgiões, Anestesiologistas, os Técnicos de aparelhos gessados, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros da Central de Material e Esterilização (CME), bem como os do centro-cirúrgico e da enfermaria.

Por se tratar da criação de um novo serviço que nunca havia existido neste hospital, houve a necessidade do cumprimento de um planejamento baseado na experiência do serviço anterior do HMCM, tais como: compra de equipamento cirúrgico e material técnico que seriam usados durante as cirurgias. Muitas resistências foram encontradas e tiveram que ser tratadas de forma individual a fim de saná-las. Reuniões setoriais foram realizadas com intuito de repassar informações a cerca do novo serviço. Muita coragem e força de vontade foram “ingredientes” a parte, pois muitos paradigmas precisariam ser quebrados.

Inicialmente foi realizada uma reunião com todo grupo da Ortopedia, com a finalidade de organizar e construir as escalas de serviço. Ressalta-se a importância de escutar as propostas e sugestões de seus pares. Isto mostra respeito a todos. Estas são atitudes ou posturas agregadoras. Posteriormente, realizou-se reunião com os funcionários da Central de Material e Esterilização, tornando-se necessário informa-los sobre aos novos materiais e equipamentos que passariam a ser manuseados por eles.

Outra reunião importante ocorreu com a enfermagem e com os médicos pediatras da Enfermaria da Pediatria, local onde as crianças com fraturas ficariam internadas. Esta reunião teve como objetivo organizar a dinâmica local, como fluxo de paciente por dia, média de dias de internação, prescrições e visitas médicas nos finais de semana. Estratégias de ação e intervenção nas dificuldades encontradas, bem como apoio e motivação interpessoal da equipe e a criação de um site próprio do serviço na internet foram atitudes incrementadas para dar maior credibilidade e respeito à implantação.

3.1 Planejamento prévio para uma implantação adequada

3.1.1 Análise de fatores favoráveis (Pontos positivos)

Particularmente, observaram-se alguns pontos positivos que favoreceram e reforçaram a necessidade da implantação do serviço de Traumatologia Infantil no Hospital do Socorrão I:

1 - Hospital Centralizado – A localização centralizada do HMDM é um ponto estratégico, pois em se tratando do público-alvo, a criança, impõe-se menos sofrimento a locomoção em busca do atendimento, do que no antigo hospital, o HMCM, localizado na divisa do município de São Luís com São José de Ribamar. Além do mais, o Socorrão 1, como é chamado o HMDM fica estrategicamente próximo de outros hospitais, tais como: O Hospital Geral, Hospital da Criança, Santa Casa e Hospital Materno-Infantil, para os quais as crianças poderão ser transferidas caso seja necessário algum parecer ou procedimento de urgência na Traumatologia Infantil.

No século XX, o hospital amplia suas fronteiras, servindo a toda comunidade. A sociedade preocupa-se com o bem-estar e a saúde de seus membros. O hospital, como mecanismo institucional através do qual alcança este objetivo de natureza social, passa a se constituir, na atualidade, no principal estabelecimento de prestação de atenção médica à sociedade moderna. O hospital quanto mais centrado contribui para facilidade de deslocamento dos pacientes, já que normalmente existem várias opções de transporte a este local (RUTHES; CUNHA, 2007).

2 - Serviços de Resgates - Para os serviços de resgates do Corpo de Bombeiros e SAMU, da mesma forma tornaria mais fácil a remoção das crianças acidentadas.

3 - Serviço Novo - Trata-se de um serviço novo que será implantado havendo a possibilidade de se iniciar dentro de um planejamento adequado e harmonioso com outros setores e suas necessidades como aquisição de material e equipamento cirúrgico. No entanto, usar-se-ia o que o hospital haveria disponibilizado. A implantação de um serviço pela primeira vez é mais fácil que a mudança.

É indispensável que se considere que um hospital é uma estrutura viva, de alto dinamismo operacional, com atividades caracteristicamente polimorfas, que envolve uma gama muito diversificada de aspectos. Além da atividade de assistência médica/paramédica que se desdobra no hospital, funcionam ali setores que poderiam desenvolver-se isoladamente fora dele, como a hotelaria, farmácia, lavanderia e restaurante, sendo que cada um individualmente já tem a necessidade de uma gestão eficiente. Assim, a gestão de um novo serviço é um desafio à medida que deve colocar todos estes segmentos em funcionamento simultâneo, harmonioso, eficiente e economicamente viável. Sendo um novo serviço implantado, este tende a ser mais bem desenvolvido se observar a inter-relação com outros serviços já existentes (RUTHES; CUNHA. 2007).

4 - Desafogando o Hospital Socorrão II – Talvez este fato seja um dos maiores benefícios de se implantar a Traumatologia Pediátrica no Socorrão I, pois pacientes adultos e crianças, que eram internadas no Socorrão II, competiam entre si uma das três salas de cirurgias existentes e disponíveis para cirurgias ortopédicas. A situação se tornava pior quando a Neurocirurgia operava em uma das salas destinadas a Ortopedia, ficando o paciente neurológico entubado, ocupando a sala, pois em sua maioria a UTI encontrava-se lotada. Portanto, algumas vezes ao invés de três salas disponíveis, o Socorrão II acabava oferecendo apenas duas ou uma para que as cirurgias ortopédicas ocorressem. Diante disso, observou-se que a implantação da Traumatologia Infantil no Socorrão I só veria beneficiar primeiramente as crianças e secundariamente o próprio Socorrão II já que aumentaria a capacidade de operar pacientes adultos com fratura.

Quando se tem serviços ortopédicos de pacientes adultos e crianças é conveniente que separem estas clientela tanto em enfermarias, bem como na rotina de cirurgias, bem como quanto ao uso de salas operatórias (SUREGS; DIREG, 2010).

5 - Prótese e Implante Metálico - Trata-se de uma vantagem considerada de ordem econômica, pois as cirurgias traumatológicas em crianças necessitam de um mínimo material de síntese, na sua quase totalidade são usados fios de Kirchner, alguns fixadores externos, pouquíssimas placas e parafusos e nenhuma prótese. Portanto, um serviço de baixo custo e de grande rotatividade. A regulação do material de implante em cirurgias ortopédicas orienta que aqueles usados em pacientes adultos chegam a ser 10 vezes mais caros dos que são usados em crianças. Portanto, os serviços de Ortopedia Infantil são considerados baratos quanto comparados ao adulto (SUREGS; DIREG, 2010).

3.1.2 Análise dos fatores críticos (Fatores limitantes)

Os fatores críticos que serão indicados a seguir foram entendidos pelo Coordenador do Serviço como necessidades mínimas para que se possa colocar em prática a estratégia de atendimento do Serviço de Traumatologia Pediátrica-STI. No entanto, jamais seriam aceitos como impedimento absoluto, pois todos eram de possíveis resoluções. A análise apresentada também é baseada na experiência que o Coordenador teve quando era responsável técnico pela enfermaria da traumatologia infantil no HMCM, o Socorrão 2.

1 - Como no Socorrão 2 eram internados, em média 16 crianças, planejou-se a necessidade de 10 leitos disponíveis para internação das crianças com fraturas. No Socorrão 1 existia 30 leitos que eram ocupados por casos pediátricos, cirúrgicos e neurocirúrgicos, portanto haveria a necessidade de pactuar os leitos ortopédicos;

2 - No Socorrão 2, considerou-se a alta demanda de 48 Ortopedistas na escala para cobrir a semana. Como a clientela infantil tende a ser menor que do adulto, estipulou-se então, a necessidade de 20 Ortopedistas para formarem a escala de serviço. Existiam no Socorrão 1 somente 18 Ortopedistas concursados, portanto haveria a necessidade da aquisição de mais dois.

3 - O centro cirúrgico do Socorrão 1 oferecia 7 salas de cirurgias, das quais, somente 5 (cinco) funcionavam, 2 (duas) salas estavam desativadas funcionando provisoriamente como repouso dos funcionários deste local. Logo, necessitaria reativá-las.

4 - No serviço do Socorrão 2 não havia acompanhamento ambulatorial, no qual é importante para o seguimento pós-cirúrgico. Planejou-se então, a implantação de um serviço de rotina em enfermaria em nível ambulatorial para o acompanhamento das crianças que fossem operadas.

3.2 Perspectiva da dinâmica de funcionamento

Ainda baseado na experiência prévia existente no antigo serviço no Hospital Socorrão II, segue a perspectiva de planejamento da dinâmica para o funcionamento do novo Serviço de Trauma Infantil:

- a) Perspectiva de Atendimento Diário: Entre **25** a **40** pronto-atendimentos. Cerca de **1200** atendimentos ao mês.
- b) Perspectiva de Cirurgias de Urgências por Dia: Entre **0**(zero) a **2** tratamentos cirúrgicos de urgência por dia. Cerca de **7** a **15** atos cirúrgicos de urgência no mês.
- c) Perspectiva de Cirurgias “Eletivas” por Dia: Entre **3** a **5** tratamentos cirúrgicos “eletivos”. Cerca de 150 crianças operadas “eletivamente” no mês.
- d) Rotatividade de Ocupação de Leito: Entre **1**(um) a **2** dias o tempo médio de ocupação no leito internado.
- e) Necessidade de Leitos para o funcionamento: **10** leitos para internação.

3.3 Estratégias de ações

O que será relatado a seguir refere-se às ações tomadas para implementação do serviço adaptado a realidade existente no hospital. A primeira atitude realizada foi a de tomar conhecimento do futuro local a ser implantado o serviço. Precisavam-se saber quantos leitos seriam destinados, qual a capacidade de absorção máxima da enfermaria onde ficariam internadas as crianças, quais os serviços médicos que dariam apoio de suporte, as condições do centro cirúrgico, suas instalações e equipamentos, bem como o fluxo de entrada deste setor.

A enfermaria da Pediatria do HMDM, local onde as crianças com fraturas ficariam internadas aguardando a sua cirurgia, oferecia 30 leitos, dividido em duas alas, contendo uma com 10 leitos e a outra com 20 leitos. As crianças fraturadas

ocupariam a ala de 10 leitos, pois na ala com 20 leitos, estariam as crianças internadas pela Cirurgia Pediátrica e Neurocirurgia. Realizou-se um planejamento de rotatividade cirúrgica de quatro cirurgias por dia, logo dos 10 leitos disponíveis existiriam sempre quatro a absorverem novas crianças. Para que esse planejamento ocorresse seria necessário que os pacientes recebessem altas no dia seguinte as suas cirurgias.

Apesar de existir apenas trinta leitos, poder-se-ia aumentar a absorção máxima em mais quatro, colocando-se em caso de grande necessidade, crianças internadas em macas no corredor entre as enfermarias. Os serviços médicos de apoio nesta enfermaria seriam realizados pelos Pediatras, Cirurgiões-Pediátricos e Neurocirurgiões.

O Centro Cirúrgico onde duas salas estavam desativadas, funcionando provisoriamente como repouso dos funcionários, passou a ser um grande problema que foi de imediato resolvido. As mesmas tiveram que ser reativadas para a implantação do serviço. Resolvido este problema, outros novos surgiram ainda neste setor, pois estas salas cirúrgicas ainda teriam que ser reaparelhadas e equipadas conforme a necessidade de um serviço de traumatologia.

Realmente o Centro Cirúrgico foi o local de maior dificuldade para a organização do serviço. A situação precária do Hospital não oferecia o necessário para a sua implantação. Havia números insuficientes de roupas privativas de uso restrito deste ambiente, bem como insuficientes quantidades de lapas (campos cirúrgicos) operatórios. A demanda cirúrgica, ou seja, o fluxo de entrada para as cirurgias ocorre sobre tudo pela porta da emergência, entretanto, as salas operatórias também eram utilizadas para a realização de outros procedimentos considerados não emergenciais.

Seguindo um plano de ação, foi formada a equipe de Ortopedistas que trabalhariam neste serviço. A Prefeitura Municipal de São Luís ofereceu inicialmente 18 médicos, necessitava-se de no mínimo vinte. A Prefeitura ficou de convocar mais 4 da lista de espera dos concursados. Os Ortopedistas foram então distribuídos em regime de plantão de 24horas semanais que poderiam ser distribuídas em plantões de 6, 12 e 24horas no pronto-atendimento de emergência e/ou centro cirúrgico. Para construção da escala e divisão dessas horas, levou-se em consideração o interesse

e aptidões de cada Ortopedista. Para isso, realizou-se uma reunião prévia com todos.

O Governo Federal através da normatização, princípios e diretrizes do SUS vem defendendo um atendimento de forma integral, no qual possa ser alcançada uma assistência de qualidade e continuidade do processo de saúde da população (BRASIL, 2006).

Diante do exposto acima, surgiu a preocupação com o seguimento pós-cirúrgicos, pois as crianças operadas estariam quase todas usando algum tipo de implante de osteossíntese, no qual necessitaria de sua retirada. Para não deixar as crianças desprovidas ao acaso, criou-se então, um Serviço Ambulatório de seguimento pós-cirúrgico, onde todas as crianças operadas e não operadas, até mesmo aquelas apenas engessadas, fossem acompanhadas ambulatorialmente, marcadas suas retiradas de gessos, bem como a dos implantes de sínteses.

O planejamento do ambulatório ocorreu inicialmente oferecendo três dias na semana, mas com previsão de completar os cinco dias úteis de acordo com o aumento da demanda. As horas trabalhadas pelos ortopedistas nos ambulatórios eram computadas dentro da sua carga horária semanal de 24horas.

3.4 Dificuldades encontradas X Quebrando paradigmas

Inúmeras foram as dificuldades encontradas que tiveram de ser tratadas individualmente. Encontrou-se desde as mais simples às mais complexas. Enumeram-se algumas delas, ao mesmo tempo em que se apresentam as iniciativas utilizadas para tentar solucionar e quebrar os paradigmas.

- RESISTÊNCIA AO NOVO

Com relação à dificuldade acima, Raza (2005) contribui de forma significativa, quando em seu artigo intitulado “Resistência a mudanças”, afirma que:

Transformar é mudar a forma de fazer as coisas, [...] de administrar; não mudar o ser humano, o administrador. O medo do desconhecido ou do resultado a ser obtido, é a grande barreira para as mudanças. A insegurança também dá força ao medo, que faz com que o principal administrador, mantenha seu modo de pensar.

Como se observa o novo causa em muitos a sensação de insegurança, acompanhada do medo de sair da sua zona de conforto. Isto foi verdadeiramente comprovado durante a implantação do serviço por diversos profissionais, entre eles, Médicos Pediatras, Anestesistas, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem nos momentos iniciais do serviço. Estes profissionais criaram certas dificuldades e resistências para que ocorresse a efetiva implantação. A solução tomada foi através de diálogos entre as partes envolvidas, procurando entender cada ponto de vista, demonstrando empatia ao mesmo tempo, em que se colocava de forma transparente o que se pretendia com a implantação do novo serviço. Preocupou-se também, em mostrar a todos que o serviço teria uma organização e que não ficaria desprovido de um acompanhamento diário.

A preocupação por parte das pessoas que se posicionaram resistentes era de que uma vez implantado, o novo serviço, este poderia acarretar mais atribuições a elas, que não teriam nada haver com o serviço. Esta alegação foi levada em consideração e foi assumido um compromisso de que não ocorreria.

- **FALTA DE ROUPA PRIVATIVA, CAPOTE E CAMPOS CIRÚRGICOS SUFICIENTE**

Quando este serviço foi criado no HMDM, devido a sua urgência, pegou a direção do hospital desprevenida. Portanto, não havia por parte da diretoria um planejamento prévio para que isso ocorresse. A falta de roupas privativas para uso restrito no centro cirúrgico, capotes para os cirurgiões e os campos cirúrgicos tiveram que ser solucionados de imediato. Porém, o orçamento do hospital já estava comprometido e não tinha solução em curto prazo para a realização da compra de tecido para confecção dos mesmos. A solução encontrada e, de certa forma altruísta realizada pelo coordenador do serviço, foi a de comprar com recursos próprios o tecido necessário que foi doado ao hospital para confecção destas indumentárias cirúrgicas.

- **QUANTIDADE INSUFICIENTE DE FURADEIRA CIRÚRGICA**

Existia no hospital apenas uma furadeira o que não possibilitaria a efetivação do planejamento para a realização de quatro cirurgias por dia, pois haveria a necessidade de esterilizar a furadeira para que fosse usada nos outros procedimentos. O ideal seria que houvesse no mínimo três furadeiras disponíveis no Hospital. A solução novamente foi a compra de três furadeiras pneumáticas com recursos do próprio coordenador do serviço.

A Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção Básica à Saúde e a Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde do estado da Bahia, em dezembro de 2010, através do Protocolo de Regulação em Ortopedia, orientou que o número mínimo de furadeiras a ser utilizado em cirurgias por um serviço de Ortopedia “deve ser o equivalente à previsão de cirurgias eletivas mais duas de reserva para cirurgias de urgências. Orientou também quanto à necessidade das roupas e campos cirúrgicos na mesma proporção das furadeiras” (SUREGS; DIREG, 2010).

- BAIXA ESTIMA DOS ORTOPEDISTAS PELAS CONDIÇÕES DO HOSPITAL

A equipe de Ortopedia, diante dos problemas acima citados, que motivaram as constantes suspensões cirúrgicas e, as condições de trabalho encontradas pelos mesmos, desencadearam o sentimento de baixa estima em trabalhar em um hospital que oferecia condições impróprias para a realização de um bom serviço. Tal sentimento teve que ser trabalhado em inúmeras reuniões de conscientização e de valorização dos mesmos. Houve a necessidade de mostrar a equipe o quanto eles eram importantes para a realização do Serviço de Trauma Infantil. Algumas medidas de valorização profissional foram adotadas pelo coordenador do serviço, dentre as quais, citam-se:

a) Ao confeccionar as roupas privativas, campos cirúrgicos e capotes dos cirurgiões, procurou-se dar uma cara de um Serviço Médico organizado único. Adotou-se uma logomarca que foi pintada em todas estas indumentárias. Nas roupas privativas do centro cirúrgico, procurou-se também gravar o nome do médico, personalizando essa vestimenta.

b) Criou-se posteriormente um site (www.servicodetraumainfantil.com.br) onde se pode encontrar a história de criação deste serviço, bem como os seus objetivos, seu fluxograma, além do mais importante que contribuiu para elevar a alta estima da equipe, que foi a criação de uma página específica, falando de cada um dos Ortopedistas, mostrando seus currículos e citando suas competências técnicas.

c) Outra ação importante realizada para elevar a alta estima da equipe foi a de realizar uma manhã de confraternização contando com a participação do Secretário de Saúde Municipal e da Direção do Hospital. A programação teve início com um café da manhã, seguida de um torneio de futebol, uma palestra sobre a situação do serviço para as autoridades presentes e finalizando com um churrasco.

Estas três ações contribuíram para diminuir o sentimento de insatisfação geral da equipe com as condições precárias de trabalho, mas não sanou por completo. Haveria necessidade de um envolvimento e compromisso maior por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho relatou uma experiência vivida pelo pesquisador na implantação de um Serviço de Trauma Infantil em um Hospital Público Municipal de Urgência e Emergência da cidade de São Luis. Trabalho este que por sua especificidade pouco se encontrou na literatura por se tratar de situações próprias, experimentadas e resolvidas durante a fase de sua implantação.

Deve-se encarar a criação de um serviço médico, como qualquer outro, no qual, deve-se preceder um planejamento adequado, fazendo o levantamento dos pontos favoráveis (positivos) e desfavoráveis (críticos). Recomendo fazer uma análise do local a ser implantado, a fim de saber se reúne condições mínimas para a realização do projeto. Outro fator importante que ressalto é a estratégia de ação. Deve-se criar estratégias a serem realizadas durante as fases de implantação. É necessário prever situações de resistências individuais e ou coletivas de pessoas envolvidas que irão se opor. Quanto a essa questão, oriento sobre a necessidade de envolver essas pessoas resistentes, saber de suas angústias e ouvir suas opiniões empaticamente para que após conhecê-las, possa-se trabalhar no sentido de respeitá-las e valorizá-las, sobretudo de forma não agressiva, porém de forma a saber negociar, mostrando a necessidade e a importância da implantação do serviço. É natural encontrar situações de apatia e indiferença em um serviço recém-criado, até que este seja experimentado, sentido e aprovado para então, haver a mudança de comportamento que se espera. Ressalto a importância de quebrar este e outros paradigmas, vislumbrando-se a necessidade de valorizar as pessoas, bem como respeitando a atuação das mesmas em seu local de trabalho.

REFÊRENCIAS

AMARAL, Mattioli. Em busca dos significados dos acidentes infantis: um Encontro com a casualidade, a negligência, a violência e depressão. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.2, n.1, 2003.

AZEVEDO JÚNIOR, Emanuel et al. Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma musculoesquelético atendido em hospital de emergência da rede pública. In: _____. **Ortopedia e Traumatologia**. São Paulo, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Temático de traumatologia e ortopedia**. 2008.

_____. _____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p.18055, 20 set.1990, Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 26 maio. 2012.

_____. Presidência da República. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul.1990.

CALVALCANTI, Alessandro et al. Mortalidade por acidentes de trânsito e ocorrência de fraturas maxilofaciais. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p.220-4, jul./dez.2011.

CAMPAGNOLO, Carlos. **Noções de traumatologia infantil em medicina geral e familiar**. Lisboa, Portugal: Serviço de Ortopedia Hospital Dra. Estefânia - CHCL, 2009.

SÃO LUÍS. Prefeitura Municipal. Lei nº 2.579, de 07 de maio de 1982. Cria o Hospital Pronto Socorro de São Luís e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Município**, São Luís, MA, 10 maio. 1982.

PEREIRA JUNIOR, Gerson Alves et al. Trauma no paciente pediátrico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.32, n.3, p.262-281, jul./set. 1999. Disponível em: < <http://www.worldcat.org/title/trauma-no-paciente-pediatico/oclc/070021476>>. Acesso em: 26 maio. 2012.

RAZA, Claudio. **Resistência a mudanças**. 2005. Disponível em: <
<http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/resistencia-a-mudancas/10748/>>. Acesso em: 25 maio. 2012.

REIS, Fernando Balby dos. **Fraturas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina. Os Desafios da administração hospitalar na atualidade. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 36, p.93-102, 2007.

SUREGS; DIREG. **Protocolo de regulação em ortopedia**. Bahia, 2010. 28p.
Disponível em:

http://www.saude.ba.gov.br/PortalSesab/pdf/PROTOCOLO_DE_REGULACAO_EM_ORTOPEDIA_Versao_final_do_22.pdf. Acesso em: 25 maio. 2012.