

Juliana Rodrigues Gallbach

*PACIENTE COM FISSURA
LABIOPALATINA: potencial de
resolutividade do atendimento na Faculdade
de Odontologia da UFMG*

**Belo Horizonte
2004**

Juliana Rodrigues Gallbach

**PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATINA: potencial de
resolutividade do atendimento na Faculdade de Odontologia da
UFMG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
da Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre em
Odontologia

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dra. Efigênia Ferreira e
Ferreira

Belo Horizonte
2004

Dedico este trabalho

*aos meus amados pais, Anasita e Neivaldo,
pelo apoio incondicional e exemplo de vida*

*aos meus queridos irmãos, Douglas e Carolina,
pela sincera amizade e carinho sem fim*

Sou muito abençoada por ter uma família como vocês

Peço a Deus que os ilumine sempre

Amo muito vocês !

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*A você Ale, amor da minha vida,
meu profundo e sincero obrigado.
Não chegaria aqui sem seu amor, apoio e compreensão.
Quero dividir com você as alegrias desta conquista.
Em breve chega nossa filha,
presente de Deus em nossas vidas, celebração maior de nosso amor.
Obrigada por acreditar incondicionalmente em minhas potencialidades.*

Ich liebe dich !

*A você Gisela,
que cresce e se manifesta a cada dia com maior intensidade em meu ventre.
Mesmo antes de seu nascimento,
você já me ensinou a encarar a vida com mais amor e serenidade.
Obrigada por me dar forças para finalizar este trabalho.
Estamos muito felizes com sua chegada!*

AGRADECIMENTOS

*A Deus,
por me ensinar todos os dias o AMOR ao próximo*

*À Nossa Senhora,
sua presença me conforta e faz-me mais forte e segura*

*Aos pacientes,
fonte de minha inspiração e objetivo do meu trabalho*

*À minha querida orientadora e amiga, Prof^a Efigênia,
ter tido o privilégio de ser sua aluna foi dos maiores aprendizados desta jornada.
Foi, você é nota 1000! Muito obrigada, pelo conhecimento compartilhado,
carinho, amizade e confiança em mim depositados.
Você estará sempre em meu coração e minhas orações.
Minha sincera gratidão e admiração.*

*Ao Prof. Henrique Pretti,
que com força e persistência coordena o atendimento ortodôntico para estes pacientes na
FO-UFMG.*

*Obrigada, por ter dado-me a oportunidade de trabalhar neste projeto,
onde aprendi que essa vida é um aprender e um servir sem cessar.*

*Aos colegas do atendimento ortodôntico,
nossos anos de trabalho e dedicação não de não serem em vão.
Obrigada pelo apoio e amizade.*

*Ao bolsista de iniciação científica, Nauber Vitorino,
que muito me auxiliou na coleta e construção do banco de dados desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Cláudia Silami,
coordenadora do atendimento clínico,
pelo carinho e por estar sempre disposta a ajudar.

*Aos meus queridos colegas de turma do Mestrado,
especialmente aos meus colegas de área, Thalita e Tiago.
Cada um já trilha seu caminho, que nossa amizade não acabe com as distâncias
geográficas, aprendi muito com vocês. Muito obrigada!*

Ao Colegiado de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG,
na pessoa da Prof^a Isabela Pordeus e a CAPES, por acreditarem no meu sonho.

Aos meus avós, presentes e ausentes,
fonte de amor e aprendizado.

À família Gallbach,
as diferenças culturais enriquecem nossa convivência e aumentam meu carinho e
admiração. Obrigada por me acolherem com tanto amor.

“ Não sei como o mundo me julga,
mas a mim próprio parece-me que sou como uma criança que
brinca na praia e se diverte quando encontra uma pedra mais lisa do que
outra
ou uma concha mais bonita do que as comuns,
enquanto o oceano da verdade jazia perante mim como uma
incógnita. “

(Isaac Newton)

“ O garoto nasceu mutilado, com uma abertura entre a boca, nariz e palato. Seu aspecto causava horror e compaixão. Até os três anos de idade, devido a extrema dificuldade de deglutir, foi uma criança desnutrida, frágil e sem crescimento. Aos cinco anos foi operado, com resultado precário. Pôr toda vida teve acentuada alteração e regurgitação dos alimentos pelo nariz, tornando-se presença cômica e repulsiva.

Devido a dificuldade de expressão, só os amigos mais íntimos entendiam suas mímicas e seus gestos exageradamente corteses. Mas seu meio principal de se comunicar com o mundo, de exprimir seu amor a natureza e seu repúdio à solidão foi a pintura, de um lirismo bem ao modo das solitárias e barrocas cidades localizadas entre as montanhas azuladas do planalto mineiro.”

(Biografia Guignard)

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o potencial resolutivo do atendimento oferecido a indivíduos com fissura labiopalatina na FO-UFMG, buscando auxiliar a reestruturação do serviço atualmente. Para a avaliação deste serviço buscou-se conhecer: motivo de abandono de tratamento, história de tratamento, e avaliação da satisfação de pacientes e profissionais envolvidos. Encontrou-se uma alta taxa de abandono num serviço que apresenta longa fila de espera, já que 148 pacientes abandonaram ou desistiram do tratamento, o que representa 43,14% do universo. Considerando os 49 pacientes contatados por telefone, 10,31%, não está em tratamento por falta de remarcação do serviço. A falta do número de telefone na ficha clínica inviabiliza o contato com 20,94% do grupo, o que significa grave falha do serviço. A predominância de indivíduos da raça branca concorda com a literatura pertinente. O grupo de fissuras trans-forame (76,5%) foi o mais prevalente, 49,2% de fissuras trans-forame unilateral e 27,3% de fissuras trans-forame bilateral. Apesar das falhas existentes no serviço ofertado ao indivíduo com fissura labiopalatina na FO-UFMG, 90,15% deste grupo de pacientes apresentam baixa ou média satisfação com o mesmo. Para 75,8% da amostra o rosto é o mais severo problema decorrente da fissura. A voz é o mais severo defeito decorrente da fissura para 76,5% e o sorriso é o problema mais severo para 76,6%. O convívio social é o maior problema do indivíduo com fissura para 57,6%. O atendimento ofertado a indivíduos com fissura labiopalatina na FO-UFMG apresenta baixo potencial de resolutividade. O grau de satisfação não é proporcional ao que o serviço oferta, sendo esta satisfação possivelmente relacionada ao profissional. Os profissionais estão satisfeitos por trabalharem neste serviço e são unânimes em acharem que este atendimento é uma oportunidade de aprendizado humano e técnico-científico. Um centro reabilitador na UFMG solucionaria grande parte dos problemas apontados.

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate the resolute potential of the offered attendance to cleft patients in the FO-UFG, searching to assist the reorganization of the service currently. For the evaluation of this service one searched to know: reason of treatment abandonment, treatment history, and evaluation of the satisfaction of patients and professionals involved. Considering the 49 patients contacted by telephone, 10,31%, it is not in treatment due to markdown of the service. The lack of the number of telephone in the clinical fiche makes impracticable the contact with 20,94% of the group, what it means serious imperfection of the service. The predominance of individuals of the white race agrees to pertinent literature. The group of cleft palate and lip (76,5%) was most prevalent. Despite the existing imperfections in the service offered to the cleft patients in the FO-UFG, 90,15% of this group of patients present low or average satisfaction with the same. For 75,8% of the sample the face is the most severe recurrent problem of the fiction. The voice is the most severe recurrent defect of the fiction for 76,5% and the smile is the problem most severe for 76,6%. The social conviviality is the biggest problem of the individual with fiction for 57,6%. The offered attendance the individuals with labiopalatina fiction in the FO-UFG presents low potential of resolutividade. The satisfaction degree is not proportional to that the service offers, being this satisfaction possibly related the professional. The professionals are satisfied for working in this service and are unanimous in finding that this attendance is a chance of human and technician-scientific learning. A rehabilitate center in the UFG would solve great part of the pointed problems.

LISTA DE ABREVIATURAS

FO-UFMG – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, Bauru

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MG – Minas Gerais

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1.....	25
FIGURA 2	72
GRÁFICO 1.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	43
Tabela 2.....	52
Tabela 3.....	55
Tabela 4.....	56
Tabela 5.....	64
Tabela 6.....	65
Tabela 7.....	68
Tabela 8	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 A fissura labiopalatina.....	19
2.1.1 O indivíduo com fissura labiopalatina.....	19
2.1.2 Epidemiologia da fissura labiopalatina.....	22
2.1.3 Etiologia da fissura labiopalatina.....	23
2.1.4 Classificação da fissura labiopalatina.....	24
2.1.5 Alterações e seqüelas do indivíduo com fissura labiopalatina.....	26
2.2 O atendimento ao indivíduo com fissura labiopalatina.....	27
2.2.1 Resolutividade em serviço de saúde.....	27
2.2.2.Reabilitação do indivíduo com fissura labiopalatina.....	32
2.2.3 Satisfação de indivíduos com fissura e seus familiares quanto ao serviço ofertado.....	35
3 OBJETIVOS.....	41
4 METODOLOGIA.....	42
4.1 Universo de estudo.....	42
4.2 Amostra.....	44
4.3 Instrumentos utilizados nesta pesquisa.....	45
4.3.1 Instrumento utilizado para a coleta de dados referente ao abandono de tratamento.....	45
4.3.2 Instrumento utilizado para a coleta de dados referente à satisfação dos pacientes e dos profissionais.....	45
4.3.3 Instrumento utilizado para a coleta de dados referentes à caracterização da amostra e história de tratamento.....	47
4.4 Estudo piloto.....	48
4.5 Coleta de dados.....	49
4.5.1 Coleta de dados referente ao abandono de tratamento.....	49

4.5.2	Coleta de dados referente à satisfação dos pacientes e dos profissionais.....	49
4.5.3	Coleta de dados referentes à caracterização da amostra e história de tratamento.....	50
4.6	Análise dos dados.....	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1	Razões do abandono do tratamento na FO-UFMG.....	52
5.2	Caracterização da amostra e história de tratamento.....	54
5.3	Resultados do levantamento da satisfação com o serviço.....	64
5.4	O paciente com fissura labiopalatina, seus problemas e o potencial resolutivo do serviço ofertado na FO-UFMG.....	71
6	CONCLUSÕES.....	76
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
	ANEXOS.....	86
	ANEXO A.....	87
	ANEXO B.....	88
	ANEXO C.....	90
	ANEXO D	92
	ANEXO E.....	94
	ANEXO F.....	95
	ANEXO G.....	96

1 INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que rompem a integridade do lábio e/ou palato e possuem caráter multifatorial, sendo as mais prevalentes do complexo craniofacial.

O interesse pelo presente estudo teve origem na vivência no atendimento aos indivíduos com fissuras labiopalatinas da FO-UFMG (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais), onde foi possível um crescimento profissional e humano, por meio da convivência com pacientes tão estigmatizados e que necessitam de tratamento especializado.

O atendimento a pacientes com fissuras labiopalatinas na FO-UFMG iniciou-se em 1991 com o tratamento clínico-restaurador e, em 1996, iniciou-se o atendimento ortodôntico para estes indivíduos. Isto graças à dedicação e idealismo de alguns professores da Faculdade que queriam atender a estes indivíduos ao invés de simplesmente dizer que a FO-UFMG não dispunha deste serviço.

Muito progresso foi alcançado nestes 13 anos, mas os esforços para se oferecer um atendimento completo estão apenas começando na UFMG. Estes pacientes são, na maioria das vezes, encaminhados para o Hospital da Baleia, em Belo Horizonte, para a realização das cirurgias necessárias.

Existem perspectivas de se estruturar um centro para atendimento integral a estes pacientes na UFMG, onde trabalhariam juntos assistentes sociais, psicólogos, geneticistas, nutricionistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos (pediatras, otorrinolaringologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço, cirurgiões plásticos, anestesistas) e cirurgiões dentistas (odontopediatras, ortodontistas, protesistas, periodontistas, endodontistas, cirurgiões buco-maxilo-facial).

A estruturação de uma equipe responsável por este serviço em cada uma das faculdades da UFMG traria melhorias quantitativas e qualitativas, pois a comunicação interdisciplinar seria mais eficaz e o potencial resolutivo maior.

Atualmente este serviço funciona como um projeto extracurricular para os alunos da graduação da Odontologia que realizam o atendimento clínico. O atendimento ortodôntico é realizado por um grupo de especialistas voluntários e é oferecido por meio de um Projeto de Extensão. Esta é a situação atual destes pacientes: recebem um atendimento descentralizado, são operados em diferentes hospitais e a comunicação entre os profissionais envolvidos é aquém da desejada.

Segundo a Constituição Brasileira, a saúde é direito básico de todo cidadão e dever do Estado, sob os princípios regidos pela equidade, universalização do acesso (acesso à informação e aos serviços de saúde), integralidade da atenção, controle social, descentralização, regionalização e hierarquização (Werneck, 1998). A realidade do acesso à saúde pela população brasileira está muito distante do que é sagrado na Constituição.

Para se refletir sobre o que vem a ser integralidade da atenção, deve-se primeiramente pensar: o que saúde? O Relatório Lalonde, documento elaborado pelo governo do Canadá, em 1974, definiu o termo promoção de saúde e enfatizou a importância dos fatores sócio-econômicos como principais determinantes de doença e morte e, portanto, recuperando o enfoque social da saúde. Segundo Nadanovski 2000, os fundamentos deste relatório encontram-se nos denominados campos da saúde: estilo de vida, ambiente, biologia humana e acesso aos serviços.

Muitas são as deficiências a serem resolvidas no campo da saúde, a carência de serviços especializados para o atendimento de indivíduos com fissuras labiopalatinas no Brasil é apenas uma das muitas necessidades a serem atendidas. Entretanto, é preciso começar a preencher algumas falhas do serviço público de saúde do Brasil.

A incompatibilidade entre a procura e a capacidade de atendimento oferecido aos pacientes com fissura labiopalatina é fato inquestionável. A criação de novos centros especializados por meio da associação entre instituições como hospitais e universidades pode representar um caminho para um melhor atendimento a essa população em Minas Gerais.

Guimarães (2004) fez uma extrapolação dos achados em seu estudo epidemiológico. A autora estima que em Minas Gerais, cuja população total é de 17.905.134 (IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000), existam cerca de 14.503 indivíduos

com fissura labiopalatina. E no Brasil, a estimativa é de que existam cerca de 137.597 indivíduos com tal anomalia.

Encontra-se no Ministério da Saúde um projeto para a oferta de atendimento integral a estes pacientes que seria prestado pela UFMG por meio de um convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde). Este projeto, uma vez aprovado, traria melhorias para estes pacientes que vêm de várias partes do estado e seria muito proveitoso para os cursos de graduação e pós-graduação de várias escolas da universidade, inclusive da Faculdade de Odontologia. Devido à complexidade da reabilitação do indivíduo com fissura labiopalatal, o tratamento ofertado de forma integral é de grande valia para estes indivíduos. Este projeto busca um credenciamento com o SUS para obtenção de recursos financeiros para a prestação do atendimento integral ao paciente com fissura.

Por meio da realização desta pesquisa espera-se promover uma conscientização do corpo docente e diretoria da FO-UFMG para a importância do atendimento ao indivíduo com fissura labiopalatina e os benefícios acadêmico-científicos que este poderia proporcionar. Além da divulgação de informações pertinentes à fissura entre professores e alunos. Percebe-se ser de importância inquestionável a realização de um levantamento dos dados existentes desta população assistida nesta instituição.

A concretização deste centro de referência para o Estado de Minas Gerais e sua adequada estruturação depende de vontade e determinação do corpo docente e diretoria das unidades da UFMG envolvidas; que este estudo possa contribuir de alguma maneira para este objetivo.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o potencial resolutivo do atendimento oferecido a estes pacientes na FO-UFMG, buscando auxiliar na reestruturação do serviço atualmente ofertado e no seu planejamento futuro no âmbito da UFMG.

Espera-se discutir alguns aspectos como: o que vem a ser um serviço resolutivo para o indivíduo com fissura; qual o potencial de resolutividade do atendimento oferecido na FO-UFMG; qual o caminho para tentar-se alcançar um alto potencial de resolutividade deste serviço ofertado nesta Faculdade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Um breve relato da literatura acerca das fissuras labiopalatinas será apresentado, objetivando-se informar os aspectos mais importantes desta malformação, como o indivíduo com fissura labiopalatina, a epidemiologia, a etiologia, a classificação e as alterações apresentadas por estes indivíduos.

Abordar-se-á o tema atendimento ao indivíduo com fissura labiopalatina, no qual serão apresentados trabalhos acerca da resolutividade em serviço de saúde, a reabilitação de indivíduos com fissura labiopalatina e a satisfação destes e seus familiares com os serviços ofertados.

2.1 A fissura labiopalatina

2.1.1 O indivíduo com fissura labiopalatina

Desde o início do século XX, os estudiosos vêm defendendo a tese de que a falta de fusão entre os processos faciais embrionários e entre os processos palatinos, ainda no primeiro trimestre de vida intra-uterina, resulta num dos defeitos congênitos mais comuns no homem, as fissuras labiopalatina.

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que rompem a integridade do lábio e/ou palato e, entre as deformidades craniofaciais são as mais freqüentes. Estas malformações, freqüentemente, produzem alterações na face, no rebordo alveolar, no arco dentário e na oclusão (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992).

Funções básicas como, respiração, amamentação, fonação e audição são dificultadas, além das complicações sistêmicas que podem ocorrer, em presença de síndromes.

A dificuldade e a extensa duração do tratamento destas malformações, para a recuperação morfológica e funcional, é inquestionável, sendo que a localização e a

extensão anatômica da fissura estabelecem o protocolo de atendimento, o tempo e o prognóstico do tratamento.

Johnson et al (1956) afirmam que não há nada mais frustrante do que algo que interfere constantemente em nosso relacionamento com outras pessoas e poucas coisas atuam mais do que fala e estética imperfeita, sendo que freqüentemente indivíduos com essas deficiências evitam relacionar-se. A dificuldade na comunicação é um dos entraves evidentes.

Para Morris (1968), os pacientes com fissura labiopalatina possuem um atraso no desenvolvimento da linguagem, confirmado por meio do timbre da voz e da habilidade escolar. Estas deficiências podem resultar em níveis maiores de tensão postural e rigidez muscular quando comparadas a crianças fisicamente normais (TISZA et al, 1959).

Alguns autores têm se preocupado com o impacto e a reação dos pais ao nascimento da criança com fissura labiopalatina, considerando as diversas implicações estéticas, funcionais e psicológicas que este tipo de malformação acarreta.

Drotar et al. (1975) apresentaram um modelo da sucessão de reações esperadas dos pais, devido ao nascimento de uma criança com malformação congênita. A primeira reação é o choque, seguido de um sentimento de negação com relação à criança, de tristeza e ira e, posteriormente, um período de reorganização, afirmando que apesar de ser variável o tempo necessário para superar as questões de cada etapa, a seqüência destas reflete a evolução natural das reações.

Dar à luz a uma criança com anomalias pode provocar na mãe uma crise emocional, porque o defeito por si só contraria a expectativa de ter uma criança saudável, podendo gerar atitudes que abalam a integridade familiar, precipitam aparecimento de ansiedade ou manifestam sentimento de culpa estimulado pelo senso de responsabilidade pessoal por ter gerado tal criança (THOMÉ, 1990).

Para o indivíduo com fissura, os problemas na maioria das vezes se prolongam pela vida. Kapp (1979) analisou 34 crianças com fissura de lábio e/ou palato e 34 sem a fissura. As crianças com fissura mostraram que têm insatisfação com a aparência física significativamente maior que as que não apresentam a fissura. As crianças com fissura do gênero feminino também mostraram que é significativamente maior a ansiedade, menor o sucesso escolar e são mais infelizes e insatisfeitas.

Avaliando adolescentes com fissura labiopalatina, os quais apresentavam ou não problemas de ajuste, Richman, em 1983, entrevistou 30 indivíduos com idade variável de 15 a 18 anos. O autor observou que a introversão social dos pacientes com fissura parece ser mais devido à aparência facial do que ao problema da fala.

Sabe-se que os sujeitos com fissuras labiopalatinas enfrentam muitas barreiras para atingir um desenvolvimento psicológico satisfatório. Estas barreiras associadas ao desejo de ter um corpo perfeito, saudável e atraente repercutirão negativamente sobre a auto-imagem e, conseqüentemente, sobre a auto-estima. O conceito de auto-estima tem sido estudado e considerado um importante indicador de saúde mental. A teoria da motivação humana, desenvolvida pelo psicólogo Abraham Maslow (1970), fundamenta-se nas necessidades humanas básicas, que para o autor são as seguintes: fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de auto-realização.

Gallbach & Ferreira (2003) realizaram um estudo para avaliar a auto-estima dos indivíduos com fissura labiopalatina atendidos na FO-UFMG. Utilizou-se a escala de Janis & Field adaptada no Brasil por Uchôa (1976) e validada por Andrade (2001). Esta escala apresenta um intervalo de 23 a 115 pontos, com pontos de corte para baixa, média e alta auto-estima. Somente indivíduos do gênero feminino apresentaram baixa auto-estima (20,8%). A maioria dos pacientes apresentou média auto-estima (78,5% no gênero masculino e 58,4% no gênero feminino) e a auto-estima alta foi observada em 21,5% dos homens e 20,8% das mulheres. As mulheres mostraram maior insatisfação com a aparência que os homens ($t = 0,3176$, $p = 0,05$) provavelmente porque estas sofrem maior pressão social para ter uma aparência atraente.

Ramstad et al. (1995) investigaram os aspectos do ajustamento social e psicológico em uma amostra composta por 233 adultos noruegueses, entre 20 e 35 anos, que apresentavam fissura de lábio e palato operados, todos estes pacientes assistidos de maneira padronizada pela equipe do centro de tratamento de pacientes com fissura labiopalatal de Oslo. Ansiedade e depressão foram relatos aproximadamente duas vezes mais constantes nos pacientes com fissura em comparação a adultos não acometidos por este tipo de malformação, estando estes problemas psicológicos fortemente associados a preocupações com a aparência, a dentição, a fala e o anseio para tratamento adicional.

2.1.2. Epidemiologia da fissura labiopalatina

A prevalência de fissuras labiopalatinas encontradas na literatura internacional varia de um indivíduo com fissura a cada 550 nascidos até um indivíduo com fissura a cada 1000 nascidos (ABYHOLM, 1978; BERKOWITZ, 1994; CONWAY et al, 1966; EPKER et al, 1980; GILMORE et al, 1966; GREENE et al, 1964; GREENE et al, 1965, INGALLS, 1964; SAXEN, 1974).

No Brasil, o primeiro estudo acerca desta prevalência foi realizado por Nagem Filho et al., (1968). Os autores realizaram um estudo epidemiológico de fissuras labiopalatais na população escolar de Bauru (13.429 escolares) e encontraram uma criança com fissura para cada 650 alunos. Não foi encontrada diferença significativa entre as raças. Notou-se que as lesões de maior gravidade acometiam predominantemente o gênero feminino e as fissuras unilaterais esquerdas predominavam no gênero masculino, sendo mais comum do que as unilaterais direitas ou as bilaterais. A maior frequência de malformações foi encontrada nos filhos de mães com mais de 25 anos de idade.

Vanderas (1987) relatou, em uma revisão de literatura, que os índios americanos apresentam a maior prevalência, variando de 0,79 a 3,74/1.000; seguidos pelos japoneses (0,85 a 2,68/1.000) e depois pelos chineses (1,45 a 1,92/1.000). Indivíduos com miscigenação racial apresentam grande variação na incidência de fissuras, 0,43 a 2,45/1.000 e, entre os negros, são observados menores índices.

Furnaletto & Pretto (2000) avaliaram 750 prontuários do serviço de defeitos da face da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do RS, relativos ao período de agosto de 1987 a dezembro de 1997. Após tabulação e análise estatística pôde-se concluir: a raça branca foi a mais atingida (96,3%); o gênero masculino foi o mais afetado (54,6%) e cerca de 40% dos pacientes foram atendidos pela primeira vez com idade igual ou superior a dez anos de idade.

Guimarães (2004) realizou um inquérito epidemiológico da fissura labiopalatina no município de Belo Horizonte, durante o período de um ano. A prevalência encontrada foi de 0,77:1000 nascidos vivos. O grupo das fissuras trans-forame foi o mais prevalente. A prevalência foi maior entre os brancos (1,04:1000) quando comparada com os pardos e

negros (0,45:1000). Outras malformações foram encontradas em 47% dos recém-nascidos com fissura.

2.1.3 Etiologia da fissura labiopalatina

A etiologia das fissuras labiopalatinas permanece controversa e a maioria dos profissionais concorda que não é possível isolar um único fator causal.

Gilmore & Holfman (1966) citam que fatores etiológicos como as variáveis genéticas, as drogas, a radiação, a deficiência nutricional, a obstrução mecânica no útero, a doença materna durante o início da gestação, o gênero, a raça, a localização geográfica, o período sazonal e as variações familiares possivelmente afetam a ocorrência das fissuras.

A origem embriológica das fissuras labiopalatinas pode ser explicada pela falta de coalescência entre os processos nasais mediais e processos maxilares (que formam o lábio) e pelos processos palatinos (que formam o palato). Atualmente os pesquisadores defendem a teoria multifatorial para explicar a etiologia das fissuras, ou seja, devem ocorrer interações entre determinantes genéticos e fatores ambientais (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992).

Ao se discutir a etiologia das fissuras é importante distinguir entre as que são associadas ou não a síndromes (JORGENSEN et al., 1996). As fissuras associadas a síndromes devem ser estudadas relacionando-as com a etiologia da síndrome em questão. A maioria das fissuras não associadas a síndromes parece ser devido a uma combinação de genes, predisposição genética, provavelmente interagindo com fatores ambientais, sendo que nestes casos a etiologia é mais dificilmente determinada, a menos que um agente teratogênico específico tenha atuado no início da gestação.

A probabilidade do nascimento de uma criança que apresente fissura labiopalatina varia de uma família para outra. Nos indivíduos em que a presença da fissura representa um defeito isolado, de etiologia multifatorial, o risco geralmente varia em relação ao número de indivíduos afetados na família. Em outras famílias, a ocorrência e a recorrência dependem de um diagnóstico mais apurado. Membros de famílias com indivíduos que

apresentam fissura labiopalatal devem procurar avaliação e aconselhamento genético (BERKOWITZ, 1994).

Os pacientes com fissuras labiopalatinas devem ser agrupados para o aconselhamento genético em casos isolados, casos com história familiar e em casos sindrômicos (MIRANDA & MARTINELLI, 1994).

O risco de recorrência de casos de fissura varia dependendo de fatores como o número de parentes afetados, a raça e o gênero da pessoa afetada e a severidade da fissura (JORGENSEN et al., 1996).

2.1.4 Classificação da fissura labiopalatina

Um bom sistema de classificação das fissuras labiopalatinas deve encerrar simplicidade, objetividade e clareza em descrever sucintamente as formas de fissuras labiopalatais sem subjetividade pessoal, facilitando a comunicação entre os profissionais de diferentes especialidades que lidam com este tipo de malformação. A comunidade científica ainda carece de um sistema de classificação de fissuras padronizado e acatado universalmente, muito embora várias tentativas tenham sido feitas desde a primeira metade deste século (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992).

As primeiras classificações referidas na literatura baseavam-se exclusivamente no aspecto morfológico da fissura (DAVIS & RITCHIE, 1922; VEAU, 1931 apud BERLIN, 1971). Somente a partir do final da primeira metade do séc. XX as classificações passaram a ter coerência anatômica baseada nos padrões embriológicos de fusão dos processos faciais embrionários (HARKINS, 1962; KERNAHAN, 1971).

Spina et al. (1972) sugeriram uma classificação das fissuras, tendo como referência o forame incisivo. Esta terminologia, por ser simples e objetiva, mostrou-se prática o suficiente para ser dirigida aos clínicos de uma equipe multidisciplinar (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992). Este é o sistema adotado no atendimento ao indivíduo com fissura labiopalatina da FO - UFMG.

Segundo esta classificação (FIG. 1), no grupo das fissuras pré-forame incisivo incluem-se todas as fissuras localizadas à frente do forame incisivo, podendo abranger lábio e

rebordo alveolar. Assim, podem ser completas, quando passam pelo assoalho nasal e atingem o forame incisivo, e incompletas quando só atingem o lábio. De acordo com o lado afetado podem ser unilaterais (direita ou esquerda), bilaterais ou medianas.

As fissuras trans-forame incisivo incluem todas as fissuras totais, que rompem a maxila em toda a sua extensão, desde o lábio até a úvula. Podem ser unilaterais (direita ou esquerda), bilaterais ou medianas. Esta última incluída neste grupo de acordo com a modificação de Silva Filho et al. (1992).

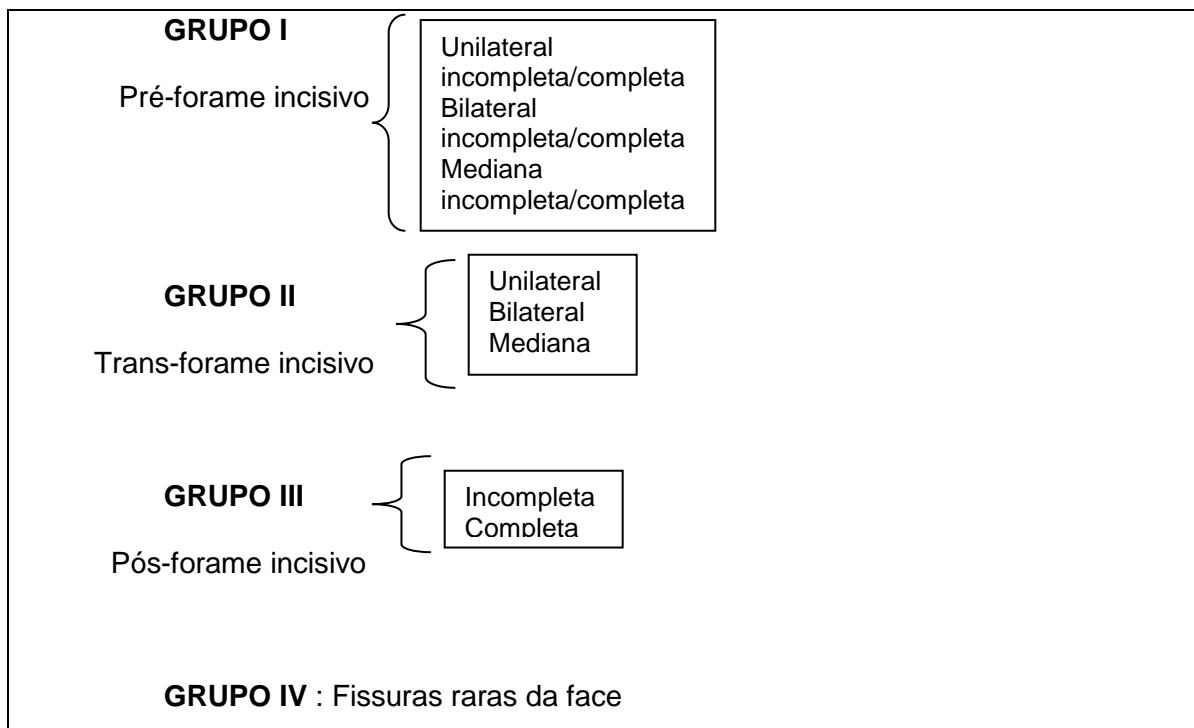


FIGURA 1

Esquema da Classificação de Spina, modificada por Silva Filho et al 1992

No grupo das fissuras pós-forame incisivo inclui-se as fissuras isoladas de palato que podem ser completas (palato duro e mole) ou incompletas, quando somente o palato duro ou mole é atingido. No grupo de fissuras raras da face inclui-se qualquer tipo que não se encaixe nos três grupos anteriores e/ou apresentem desvinculação anatômica da área do forame incisivo.

Este sistema de classificação é usado no Brasil por diferentes especialidades e instituições que atendem a estes indivíduos, no entanto, não é utilizado na literatura internacional, na qual não se encontrou um sistema universalmente aceito. Nas publicações internacionais especializadas no tema fissura labiopalatal utiliza-se uma classificação simplesmente anatômica em relação à localização da fissura. Diz-se fissura de lábio, fissura de palato, fissura de lábio e palato, especificando-se o lado da ocorrência.

2.1.5 Alterações e seqüelas do indivíduo com fissura labiopalatina

A modificação da anatomia intrabucal decorrente da presença da fissura de palato, com comunicação da cavidade nasal e bucal, leva a dificuldades no tocante à habilidade de sucção efetiva por parte do bebê. A sucção ineficaz acarreta fadiga, irritabilidade, fome, baixo peso, aspiração do leite durante a amamentação, deglutição excessiva de ar, tosse, engasgos, vômito e regurgitação nasal do alimento (PASHAYAN & MCNAB, 1979).

Devido ao envolvimento anatômico das vias aéreo superiores, a respiração nasal encontra dificuldades em dar vazão ao seu desempenho total, transformando o paciente com fissura labiopalatal em um respirador bucal em potencial (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992; WARREN & DRAKE, 1993).

Segundo Capelozza Filho & Silva Filho (1992) os poucos trabalhos existentes acerca do fluxo aéreo nasal denunciam uma resistência respiratória nasal aumentada na população com fissura, sendo significativamente maior no lado da fissura, independente do tipo de fissura. Esta redução da ventilação nasal guarda uma relação causa-efeito com a redução no tamanho da cavidade nasal, a qual encontra argumentações na configuração

anatômica assimétrica do nariz, mucosa nasal edemaciada e atresia maxilar acentuada pelas cirurgias de lábio e de palato.

A presença da fissura de palato acarreta comprometimentos otológicos que podem causar perdas auditivas permanentes devido a vários fatores como o mecanismo de aeração velotubal deficiente, infecção e irritação da tuba auditiva por refluxo de leite e alimentos, posição horizontal da tuba na infância e presença de amídalas e adenóides hipertrofiadas (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992). Portanto, as crianças que apresentam fissura de palato têm um risco aumentado de apresentarem infecções no ouvido (BERKOWITZ, 1994; CANADY et al., 1998).

As anormalidades estruturais do lábio, do processo alveolar e do palato constituem obstáculos palpáveis para a correta articulação dos sons, bem como para a qualidade nasal da voz. As falhas articulatórias variam em função da amplitude da fissura e da atresia transversal e antero-posterior do arco dentário superior (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992).

Alguns dos problemas dentários geralmente presentes nos pacientes com fissura labiopalatina são: ausência de dentes adjacentes à fissura, mais freqüentemente os incisivos laterais permanentes; alta incidência de ausência de dentes em outras regiões, especialmente pré-molares; dentes mal formados, posicionados ectopicamente; dentes supranumerários; falta de suporte ósseo para alguns dentes comprometendo a possibilidade de movimentá-los para posições desejáveis; curva de Spee acentuada na maxila, na mandíbula ou em ambos os arcos; arco atrésico; higiene bucal deficiente; doença cárie e doença periodontal (FREITAS, 1998).

2.2 O atendimento ao indivíduo com fissura labiopalatina

2.2.1 Resolutividade em serviço de saúde

Parece ser unânime na sociedade brasileira a percepção da precariedade das condições de saúde do povo brasileiro e do aparato institucional para atendê-lo no campo da saúde. Atualmente esta discussão ultrapassou os muros dos fóruns profissionais e das

instituições atingindo a sociedade de uma maneira geral. As questões de saúde nunca estiveram tão presentes no dia-a-dia dos brasileiros, tanto por sua veiculação por meio da grande imprensa quanto pelo crescimento da discussão destas questões pela sociedade organizada.

A consagração de princípios, como a saúde e o direito universal, reforça a responsabilidade estatal em seu provimento equânime e integral. Torna-se imperativa a busca de um modelo mais adequado ao cumprimento deste desafio (CAMPOS, 1988). O atendimento, seguindo os princípios de integralidade ao indivíduo com fissura labiopalatal, é um serviço *de alta relevância* para a sociedade e um dever do Estado, levando-se em conta a severidade do problema.

Integralidade é uma das diretrizes do SUS, explicitada na constituição como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (MATTOS, 2001).

Para Camargo Jr. (2001), a integralidade não pode ser chamada de conceito, se configura como um conjunto de tendências relacionadas ao conhecimento e à política, nem sempre articuladas entre si. Entretanto, Pinheiro (2001) a caracteriza como uma ação social resultante da permanente interação dos atores (profissionais e comunidade) na relação demanda e oferta no plano individual (integralidade no ato da integralidade individual) e sistêmico (integralidade das ações da rede de serviços), considerando-se os aspectos subjetivos e objetivos.

Ferreira (2004) acredita que a saúde é um bem que certamente determinará a vida com qualidade e a integralidade deve ser sempre uma meta a ser alcançada.

A consideração preliminar que deve ser feita ao se pensar em resolutividade no setor de saúde é a efetiva correlação entre os serviços e os objetivos para os quais foram criados.

Segundo Campos (1988), pouco tem se estudado sobre resolutividade dos serviços de saúde, talvez por se tratar de um conceito recém-trazido para o setor.

A resolutividade é definida como a conjugação entre os indicadores de efetividade (entendida como o produto entre eficácia e eficiência) e a satisfação (CAMPOS, 1988; GONÇALVES, 1986; PEREIRA, 1995).

Simeant (1983), por meio de trabalhos desenvolvidos no Chile, propõe uma metodologia de avaliação da capacidade resolutiva da demanda por atenção à saúde, envolvendo os profissionais, as instituições e os usuários. Partindo da definição dos aspectos quantitativos e qualitativos da demanda, o autor supõe que a capacidade resolutiva englobe dois pontos: o primeiro refere-se à capacidade de absorver o número de atenção solicitada (capacidade resolutiva quantitativa) e o segundo a capacidade de resolver os casos atendidos (capacidade resolutiva qualitativa).

É no movimento pelo reconhecimento da saúde como um direito de cidadania que, ganha maior destaque termos que denotam a preocupação com a necessidade da avaliação qualitativa dos serviços. Dentre esses conceitos, o de resolutividade passou a ser o mais utilizado, não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pelos atores sociais envolvidos na discussão sanitária (CAMPOS, 1988).

O mesmo autor relata que antes de fazer parte da preocupação dos sanitaristas, a resolutividade se fez presente nas preocupações dos educadores da área da saúde. Na área da educação médica foi muito freqüente a definição de perfis educacionais vinculados à idéia geral de resolutividade. O que se buscava era que essa formação tivesse impacto sobre a demanda apresentada aos serviços de saúde existentes, como resposta racional ao encarecimento dos custos da atenção médica.

Gonçalves (1986) realizou um estudo na rede pública de saúde do Estado de São Paulo, para investigar a idéia de resolutividade existente.

Os sanitaristas se movem entre dois pólos de referência extremamente contraditórios... (associando)... a baixa resolutividade dos programas a dois fatores: de um lado, à intermitência do fornecimento de medicamentos... e à falta de suficientes opções terapêuticas...; de outro lado, à insuficiência de articulação dos centros de saúde com as instituições hospitalares de retaguarda (GONÇALVES, 1986, p.72).

O autor observa ainda que a idéia de resolutividade tem sido também associada à questão da satisfação da clientela.

Segundo Who (1972), eficácia seria: “o benefício ou utilidade para o indivíduo, obtido com o serviço, tratamento, regime, droga, medida preventiva ou controle aconselhado ou aplicado”. Para Sonis & Paganini (1984), eficácia é entendida como o poder de produzir um efeito.

A eficiência representa a aplicabilidade da ação, ou seja, suponha que exista uma ação eficaz, porém ineficiente, devido a sua restrição pelo alto custo. Entretanto, pode haver ações que sejam eficientes, na medida em que o custo envolvido em sua produção seja baixo, porém de pouca eficácia (Campos, 1988). Portanto, o desafio que se coloca hoje em discussões acerca do setor saúde é à busca das ações mais eficazes ao menor custo possível, tornando relevante se trabalhar o conceito de Resolutividade no setor de saúde.

Segundo Campos (1988), não haveria sentido prático discutir-se acerca do conceito de resolutividade se não se pudesse de algum modo operacionalizá-lo e medir efetivamente o impacto dos serviços sobre o conjunto de episódios ligados à saúde e enfermidade, seu objeto de trabalho e razão de existir.

Da demanda espontânea a uma determinada unidade de saúde, parte pode ser atendida e parte não; em casos ideais deveria haver o atendimento de toda a demanda espontânea apresentada à unidade de saúde. Por razões as mais diversas, na percepção da população usuária, o atendimento poderá resolver-lhe ou não o problema, bem como lhe gerar ou não satisfação. Portanto, para se avaliar a satisfação do usuário e a capacidade resolutiva de um serviço podem-se utilizar dois indicadores: o primeiro seria o da resolutividade atribuída pela população a determinado serviço de saúde, discriminada pelos fatores que teriam levado a este resultado; o segundo seria a efetiva satisfação da demanda.

Neste caso não se pode falar em satisfação atribuída, uma vez que toda a fonte geradora deste dado será necessariamente a própria população usuária dos serviços. Deve-se então pesquisar a área geográfica de abrangência de uma determinada unidade de saúde e em que medida a resolutividade foi atribuída ou quanta satisfação foi gerada (CAMPOS, 1988).

Para o mesmo autor, o potencial resolutivo de um dado serviço será maior quando:

- sobre uma demanda que lhe é trazida, consiga satisfazer as necessidades identificadas como corriqueiras na prática
- tiver cumprido as necessidades existentes, em relação à população que deveria a ele estar adstrita

- conseguir produzir um resultado diferencial de satisfação da clientela que a ele procura, diferencial em relação a outros encaminhamentos que poderiam, alternativamente, ter sido dados para aquela mesma situação
- agregar demanda, entendendo-se esta agregação como: efeito centrípeto que a unidade possa exercer sobre populações que lhe são mais distantes; usuários que têm que enfrentar mais dificuldades para procurar esta determinada unidade; poder de atração de segmentos populacionais mais diferenciados em termos das variáveis sócio-econômicas que possam exercer o direito de opção por este ou aquele serviço de saúde

Para Schimidel et al (1995), o acesso ao serviço e a satisfação do usuário são dois dos muitos indicadores da qualidade dos serviços ambulatoriais. Os autores avaliaram o atendimento prestado pela rede ambulatorial do município de Passo Fundo - RS, considerando-se as seguintes variáveis: cobertura, utilização, resolutividade, disponibilidade, satisfação do usuário e aceitabilidade. Uma amostra de 100 indivíduos provenientes de 10 ambulatórios preencheu formulários e respondeu a entrevistas. Verificou-se uma acessibilidade adequada do ponto de vista geográfico, econômico e cultural. Entretanto, funcionalmente, os autores colocaram que deveria haver melhorias na resolutividade, grau de utilização e disponibilidade, ainda que o usuário manifestasse sua aceitabilidade e satisfação com o serviço.

Turrini (2001), utilizando os dados de um inquérito domiciliar realizado em 1989/1990 na grande São Paulo, estudou a resolutividade e a satisfação do cliente pelos serviços de saúde. A capacidade resolutiva qualitativa e quantitativa dos serviços utilizados para as consultas médicas foi superior a 90%, enquanto na hospitalização a capacidade resolutiva foi de 58,7%. A solução de problemas percebida pelos moradores foi de 40,9% e a não solução de 10,5%. O índice de satisfação foi superior a 80% tanto para as consultas médicas quanto para a hospitalização. As principais dimensões do cuidado mencionadas para a caracterização da (in) satisfação foram o relacionamento interpessoal e a organização dos serviços. O estudo revelou que os moradores estavam satisfeitos com os serviços utilizados e valorizaram a rapidez do atendimento, a cordialidade e a habilidade técnica dos profissionais.

Para avaliar a resolutividade e a satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da USP, Gentil et al (2003) aplicaram um questionário voltado para a resolutividade do principal motivo de consulta e para a satisfação da clientela, em 238 usuários, de fevereiro a julho de 1998. A resolutividade do serviço foi de 85,96%, o grau de satisfação da clientela foi de 100% e no entanto, 6,8% escolheram o serviço pela proximidade de casa. Os autores concluíram que a clientela demonstrou alto grau de satisfação pelo atendimento recebido. Os principais motivos de procura dos usuários ao serviço foram resolvidos.

Não foram encontrados estudos que avaliaram o conceito de resolutividade em saúde em instituições que atendem a indivíduos com fissura labiopalatina.

Torna-se importante ressaltar que os mesmos recursos, organizados de maneira diferente, podem gerar resultados muito distintos. Portanto, é claro o papel vital que podem ter os mecanismos gerenciais para se alcançarem os resultados pretendidos. Atualmente, com o conceito de saúde como um fator de qualidade de vida, torna-se imperativo a realização de estudos acerca da qualidade dos serviços de saúde, feitos sob o ângulo da opinião do usuário (CAMPOS, 1988), ou seja, o que o sujeito percebe e sente a respeito do cuidado recebido.

2.2.2 Reabilitação do indivíduo com fissura labiopalatina

A reabilitação de indivíduos com fissura labiopalatina inicia-se logo após o nascimento por meio de orientações e informações relevantes. Portanto, inicia-se esta revisão salientando-se a importância do aleitamento materno para estes bebês.

Styer & Freeh (1981) afirmam que o aleitamento materno em crianças que apresentam fissura de lábio e/ou palato é possível e que a técnica vai depender da extensão e do tipo da fissura. Alimentar um bebê com fissura pode requerer mais tempo e paciência, mas existem os benefícios da amamentação.

O leite materno, com o seu valor nutritivo e qualidades antibacterianas, auxilia no ganho de peso necessário para a realização das cirurgias primárias e no combate das infecções do ouvido médio e infecções respiratórias, que são comuns nos indivíduos com este tipo

de malformação congênita. No aleitamento materno a ação da sucção ajuda a desenvolver os músculos da face, levando a um crescimento e desenvolvimento faciais mais adequados, além de criar menor pressão no ouvido médio. Os autores ainda esclarecem que caso o aleitamento materno não seja possível, o leite materno deve ser ordenhado e oferecido ao bebê com o uso de mamadeira pelo menos nas primeiras semanas de vida.

Embora os resultados da queiloplastia (cirurgia do lábio) e da palatoplastia (cirurgia do palato) normalmente sejam animadores em curto prazo, os efeitos secundários indesejáveis em longo prazo são inevitáveis (SILVA FILHO et al., 1990), pois as cirurgias primárias interferem com o crescimento da face e do arco dentário superior, ajudando a esculpir faces retrognáticas e arcos dentários atrésicos.

A queiloplastia é convencionalmente realizada por volta dos três meses de vida e deve ser bastante atraumática, com manipulação mínima de tecido mole (CAPELOZZA FILHO et al., 1995).

Segundo Silva Filho & Almeida (1992) a partir dos 3 meses de vida a criança apresenta melhores condições para ser submetida ao procedimento cirúrgico, como peso de aproximadamente 4,5 quilos, maior quantidade de tecido muscular para o retalho, taxa de hemoglobina de 10g e uma contagem de leucócitos mais constante do que a encontrada em um recém-nascido.

Para Capelozza Filho et al. (1995) a palatoplastia deve ser feita dos 12 aos 18 meses de vida e de preferência em um único tempo cirúrgico, tendo como proposição à reparação estrutural antes do desenvolvimento da fala.

Os procedimentos odontológicos preventivos e restauradores nos indivíduos com fissura de lábio e/ou palato são similares aos realizados em indivíduos que não apresentam tal malformação. Medidas preventivas devem ser instituídas desde a primeira infância. O dentista deve orientar os pacientes a respeito de uma correta escovação, o uso de fio dental e a necessidade de uso de fluoreto de sódio na forma de bochecho ou gel. Cuidados são essenciais para prevenir a doença cárie e para manter a saúde bucal destes pacientes, pois os mesmos freqüentemente apresentam mal posicionamento dos dentes, principalmente os próximos à fissura (FREITAS, 1998).

A filosofia básica de tratamento ortodôntico nas fases de dentadura decídua, mista e permanente, relatada por Capelozza Filho & Silva Filho (1992), consiste na correção das anomalias oclusais que interferem com a função e não necessitam de longa contenção.

A decisão sobre a época da intervenção ortodôntica nos pacientes com fissura exige bom senso e a magnitude da má oclusão deve ser considerada. Na presença de mordida cruzada que leve a desvio funcional da mandíbula, por exemplo, estaria indicada a correção precoce. Já nos pacientes com deficiência vertical e sem contato oclusal a indicação da terapia deve ser muita bem analisada já que o movimento obtido seria potencialmente recidivante devido à ausência de travamento oclusal, necessitando de longos períodos de contenção. Outro risco do tratamento é o controle e motivação da higiene bucal, geralmente difícil nesta fase do desenvolvimento, somado ao perfil social desagradável da maioria dos pacientes com fissura (SILVA FILHO et al., 1992).

Pôr volta dos 11-12 anos, antes da erupção dos caninos permanentes, é realizado o enxerto ósseo alveolar. Algumas das vantagens da cirurgia de enxerto ósseo consistem na melhora do contorno ósseo da maxila e, conseqüentemente, da aparência facial, além da possibilidade de movimentação de dentes na área enxertada e do fechamento de fístula buco-nasal (BOYNE & SANDS, 1972).

O enxerto ósseo alveolar promove a estabilização dos segmentos maxilares, unindo a maxila, propiciando melhor resistência às forças mastigatórias e prevenindo colapso futuro. Além disso, proporciona melhora da higiene bucal devido ao fechamento de fístulas buco-nasal, evitando que secreções nasais drenem para a cavidade bucal. Fornece, ainda, base óssea para a irrupção dos dentes, favorecendo o tratamento ortodôntico. Os dentes irrompidos próximos à fissura são suportados pelo enxerto, prevenindo o deslocamento destes dentes em direção à fenda e sua subseqüente perda prematura (BOYNE & SANDS, 1976). Outras vantagens decorrentes do enxerto são a melhora do achatamento da cartilagem alar, da assimetria nasal e da estética, proporcionando ao paciente um sentimento de normalidade e autoconfiança (SILVA FILHO et al., 1995).

Não restam dúvidas de que o tratamento ortodôntico no paciente com fissura é muito complexo, por isso o melhor momento de iniciar a intervenção deve ser bem determinado.

Nos casos que acompanham grave discrepância esquelética entre os maxilares, o tratamento ortodôntico corretivo deve ser adiado para a fase final de crescimento, quando poderá ser realizada a cirurgia ortognática que busca re-posicionar as bases ósseas. O objetivo desta cirurgia é devolver ao paciente a função oclusal e mastigatória, restabelecendo a saúde bucal e tendo, como consequência, uma melhora estética (SILVA FILHO et al, 1998).

Na fase adulta quase sempre são necessários reparos cirúrgicos nas cicatrizes de lábio e palato, fechamento de fístulas remanescentes, cirurgias plásticas adicionais para correção do nariz e faringoplastia.

Faz-se importante enfatizar que para uma reabilitação integral a este grupo de indivíduos, são imprescindíveis as participações de profissionais das áreas de fonoaudiologia, psicologia, assistência social, enfermagem, pedagogia, além da odontologia e medicina, durante todo o processo de tratamento.

2.2.3 Satisfação de indivíduos com fissura e familiares quanto ao serviço ofertado

O conceito de satisfação pode-se dizer, está atrelado ao conceito de resolutividade. A satisfação se refere à percepção subjetiva por parte do usuário, se o serviço resolveu as suas expectativas e em que níveis ou graus. Quando a clientela usuária busca um serviço de saúde, existe uma expectativa prévia da solução de um problema que a incomoda. O referido serviço poderá ou não atingir a expectativa previamente existente, isto gerará ou não a satisfação (CAMPOS, 1988).

Para a Associação Brasileira de Normas Técnicas ANBT (1990) o termo qualidade significa: “a totalidade de propriedades e características de um produto ou serviço, que confere sua habilidade em satisfazer necessidades explícitas e implícitas”.

Santos (1995) afirma que a satisfação é um importante componente da qualidade do cuidado, por isso muitos serviços já estão conhecendo e considerando-a como um objetivo a ser alcançado. A busca da qualidade requer satisfação tanto dos administradores, dos prestadores, como dos usuários, com vistas a atender as expectativas de cada grupo. A medida da satisfação do usuário é, portanto, um

instrumento relevante para a administração e o planejamento, além de possuir um importante papel na interação entre o prestador e o usuário.

O grau de satisfação do usuário em relação ao serviço a ele prestado está relacionado à quantidade e à qualidade dos cuidados e da atenção recebida, no referido serviço (PEREIRA, 1995).

O contato do paciente com o sistema de saúde e a resposta deste à demanda, na tentativa de responder às necessidades e expectativas dele, geram numerosas oportunidades por meio das quais o sistema é avaliado pelo usuário. Deve-se considerar a satisfação de maneira geral e aquela referente a aspectos específicos do serviço. Deve-se abordar questões sobre a cortesia e a competência dos profissionais de saúde, a presteza no primeiro contato, o tempo de espera, o entrosamento das unidades, a burocracia, o horário, o ruído ambiental, a alimentação, a limpeza do prédio, a adequação de equipamentos, o alívio de sintomas, a solução de problemas, os custos e muitos outros aspectos (PEREIRA, 1995).

Uma vez que a comunidade e as pessoas que a compõem são o alvo de toda a política de saúde, cabe-lhes um papel avaliador fundamental e decisivo. Questionários ou entrevistas com pacientes atendidos na unidade de saúde são de inestimável valor prático, pois aproximam mais os dois lados do processo e aumentam a confiança entre as partes (PINTO, 2000).

Os estudos acerca da satisfação e insatisfação dos pacientes e familiares são escassos, sendo que não foi encontrado um estudo realizado por meio de recenseamento, no qual se torna possível uma avaliação abrangente do serviço prestado.

Heller, Tidmarsh, Pless (1981) acompanharam adultos jovens nascidos com fissura de lábio e/ou palato para determinar os ajustes psicossociais e avaliar os serviços a eles oferecidos. As entrevistas realizadas, via telefone com 96 indivíduos, foram focadas em realização profissional, estabilidade no trabalho e integração social. Os resultados mostraram que 33% têm desajuste social decorrente da alta insatisfação com a aparência, audição, fala, dentes e vida social. Os autores sugerem que o protocolo de tratamento deve continuar até o início da vida adulta.

Noar (1991) realizou um levantamento das atitudes e preocupações de pacientes com fissura e seus pais, por meio de questionário enviado por correio a 32 pacientes com idades entre 16 e 25 anos, atendidos em 5 hospitais de Londres. Os resultados sugeriram que os pacientes ficaram satisfeitos com a aparência facial e com a fala, apesar de relatarem insatisfação com os aspectos diretamente afetados pela fissura: nariz, lábios, perfil, sorriso e dentes. A maioria não teve problemas emocionais e sociais, mesmo relatando que tiveram aborrecimentos e que o relacionamento com o gênero oposto foi mais difícil. Consideraram como sucesso o tratamento integrado realizado pelo cirurgião plástico, ortodontista e fonoaudiólogo, sendo que o tratamento ortodôntico-cirúrgico superou as expectativas. Os pais também ficaram satisfeitos com todos os aspectos do tratamento de seus filhos, especialmente quanto à aparência facial e fala, mas consideraram que as crianças foram afetadas emocional e socialmente assim como nos resultados escolares, devido à presença da fissura.

Procurando conhecer a percepção de pacientes com fissura, nas idades entre 14 e 18 anos, sobre a malformação labiopalatina, Bachega, em 1993, utilizou um modelo de questionário. A autora concluiu que os pacientes sabem utilizar o termo correto para o defeito, relatam que mesmo operados e em tratamento recebem uma gama de apelidos, sabem que a malformação labiopalatina é congênita, mas desconhecem a causa, conversam pouco com os pais, enfrentam preconceito e têm dificuldade para trabalhar.

Broder, Smith, Strauss (1994) avaliaram o grau de satisfação da criança com fissura e respectivos pais, com relação ao processo de reabilitação da aparência facial e da fala. Para tal utilizaram questionário padrão aplicado à criança e ao pai ou mãe. Com relação à satisfação com a fala, observaram que a mesma aumenta com a idade, tanto para os pais como para as crianças, e que houve concordância moderada nas respostas das crianças e de seus pais, sendo que os pais dos meninos tiveram maior insatisfação com a fala do que os pais das meninas. A avaliação da aparência facial não demonstrou aumento da satisfação com o avançar da idade tanto para os pais como para as crianças. Os pais das meninas são mais insatisfeitos com a aparência facial do que os pais dos meninos.

No ano de 1997, Turner et al. estudaram o estado psicológico de pais e pacientes com fissura de lábio e palato e o grau de satisfação com a reabilitação da fissura. Dois entrevistadores calibrados, ortodontistas da equipe, entrevistaram 130 pais e 112 pacientes com idade variável de 9 a 21 anos que tiveram retorno para tratamento ou

revisão no hospital. Os autores concluíram que ocorreu um alto nível de satisfação dos pais (88%) e dos pacientes (87%), com os resultados clínicos da reabilitação facial, porém perceberam que 73% dos pacientes tiveram a autoconfiança muito afetada. Este estudo mostrou a necessidade de se avaliar o quadro psicológico do paciente como rotina, incorporada aos programas da equipe de reabilitação, para identificar e aconselhar e/ou treinar habilidades sociais para o próprio benefício do paciente.

Stassen (1994) sugeriu avaliações prévias com os membros da equipe, com o intuito de planejar a avaliação e determinar o tratamento para conseguir os melhores resultados possíveis no processo de reabilitação dos indivíduos com fissura. Em sua experiência relata a necessidade de profissionais das áreas de cirurgia, ortodontia e fonoaudiologia estabelecerem as normas e os planos de tratamento para esta população.

Freitas (1998) realizou um estudo para conhecer o nível de satisfação, as expectativas, a satisfação com a orientação da equipe e o impacto do problema. A amostra consistiu de 124 pacientes com fissura em tratamento no HRAC. Utilizou-se um questionário para a coleta de dados. Observou-se que os pacientes têm conhecimentos dos problemas resultantes da fissura, mas 96,77% estão parcialmente satisfeitos com os resultados da equipe e 58% relataram dificuldades na escola devido a constrangimentos.

Lages (1999) realizou um estudo com o objetivo de avaliar as condições de saúde bucal e a percepção do sistema de atenção dos indivíduos com fissuras atendidos na FO-UFMG. A mostra consistiu de 78 indivíduos e os resultados mostraram que 62,1% encontraram dificuldades para conseguir tratamento.

Em carta ao editor do "British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery", Mercer (1994), deixou claro ser essencial à criança com fissura receber os melhores cuidados possíveis da equipe multidisciplinar de reabilitação, e qualquer tratamento deve ser avaliado por especialista da cirurgia plástica e ortodontia, acompanhados por fonoaudiólogos e psicólogos.

Clifford (1991) relata que os pais e as crianças com fissura avaliados, em seu estudo, estavam satisfeitos com o tratamento recebido, principalmente com o resultado cirúrgico. Para o autor existem duas explicações para estes resultados: os custos financeiros e a ansiedade emocional, e o método de avaliação da satisfação. O autor acha que o estudo por meio de questionários induz às respostas, pois a estrutura das questões sempre é em

relação à satisfação, onde dificilmente se procura obter dados sobre a insatisfação, além de incluir uma visão muito simplista, sem conceituar satisfação-insatisfação, permitindo que as respostas sejam ambíguas. O autor conclui que a metodologia dos questionários utilizados na área da saúde deveria ser mais sofisticada, aproveitando a extensa literatura da área de psicologia social.

Em 1993, foi realizada nos EUA uma conferência internacional, com a participação de 71 profissionais, no intuito de identificar as práticas recomendadas no cuidado de pacientes com anomalias craniofaciais. Os conferencistas colocaram que é responsabilidade de cada equipe estar sensibilizada para fator lingüístico, cultural, étnico, psicossocial, econômico e físico que afetam o relacionamento dinâmico entre a equipe e o paciente e sua família. A avaliação dos resultados do tratamento deve considerar a satisfação e o bem-estar psicossocial dos pacientes, bem como os efeitos no crescimento, função e aparência.

Segundo Canady et al (1997), a satisfação do paciente com o tratamento da fissura é o aspecto mais importante ao se avaliar a eficácia de um centro de tratamento. Os autores acreditam que esta satisfação poderia ser medida pela percepção que o paciente tem de continuidade de tratamento, ou seja, ser avaliado sempre pelo mesmo profissional. Um questionário foi construído pelos membros da equipe multidisciplinar do hospital de Iowa que cuidam destes pacientes e 101 indivíduos responderam a este questionário. Os resultados mostraram que 85,6% dos pacientes acreditam haver uma continuidade de tratamento para as cirurgias, 63,7% para a ortodontia, 63% para a psicologia 23,1 % para a otorrinolaringologia. Os pacientes mostraram uma forte preferência para a continuidade de tratamento com os mesmos profissionais.

Sandy et al (1998) realizaram um estudo nacional no Reino Unido, de 15 meses, para avaliar a atenção dada às crianças nascidas com fissura unilateral de lábio e palato. Dois coortes de crianças entre 5 e 12 anos de idade foram examinados em 57 centros de tratamento de fissura do Reino Unido. Somente 36 dos 57 centros puderam fornecer dados pessoais dos pacientes para a inserção dos mesmos no estudo. Entre 47 e 51 % dos pacientes usaram aparelhos ortopédicos neonatais. Aos 5 anos de idade 37-39% das crianças apresentaram pobre ou muito pobre relação entre as arcadas. Aos 12 anos 70% das crianças apresentaram relação Classe III e 42% dos enxertos ósseos avaliados estavam seriamente deficientes ou insatisfatórios. Recomendações foram feitas ao

Departamento de Saúde de que os grupos de ortodontistas em atividade nestes centros precisariam ser avaliados e reorientados.

Bearn et al (2001) publicaram mais resultados deste estudo no Reino Unido e concluíram ser necessária uma melhoria do atendimento ao indivíduo com fissura labiopalatina neste país.

Williams et al (2001) avaliaram por meio de questionário, a satisfação dos pacientes e pais com o atendimento prestado a indivíduos com fissura e observaram que os níveis de satisfação foram geralmente altos. Entretanto os autores concluíram ser necessária uma rigorosa avaliação do atendimento ofertado aos indivíduos com fissura de lábio e palato. Os resultados encontrados nestes estudos realizados no Reino Unido, segundo os autores, mostram o insucesso do tratamento fragmentado que é ofertado a este grupo de pacientes, comparado com outros centros na Europa. Há uma urgente necessidade de se revisar a estrutura, organização e treinamento das equipes envolvidas.

Ross & Patel (2003) avaliaram a percepção de adultos com fissuras faciais tratadas, acerca da qualidade de vida, considerando-se comunicação, educação, emprego, família, relacionamentos amorosos, vida social e aspectos emocionais. Vinte adultos participaram de uma entrevista semi-estruturada que aconteceu em suas residências. Os participantes mostraram-se satisfeitos com suas habilidades comunicativas, porém relataram experiências de tensão em sua infância, declararam que foram muito afetados negativamente no convívio social, e sempre foram tratados de maneira diferente pela família. Eles acham que o sucesso do tratamento se deve a uma equipe competente e comprometida e isto definitivamente melhorou a qualidade de vida deles. Os achados deste estudo mostram a importância de uma equipe multidisciplinar para o tratamento de fissura labiopalatal.

3 OBJETIVO

Objetivo Geral

Avaliar o potencial de resolutividade do atendimento ao indivíduo com fissura labiopalatina oferecido na FO-UFMG.

Objetivos Específicos

- 3.1 Identificar as necessidades assistidas e não assistidas dos pacientes,
- 3.2 Avaliar a satisfação dos pacientes com o serviço ofertado,
- 3.3 Avaliar as dificuldades dos pacientes para a solução de seus problemas,
- 3.4 Avaliar a satisfação dos profissionais com o serviço que ofertam,
- 3.5 Avaliar as dificuldades dos profissionais para a solução dos problemas do serviço

4 METODOLOGIA

Este estudo buscou conhecer e avaliar o potencial de resolutividade do serviço ofertado a indivíduos com fissura labiopalatina na FO-UFMG. A avaliação deste serviço foi realizada por meio de três áreas: motivo de abandono de tratamento, história de tratamento, e avaliação da satisfação de pacientes e profissionais envolvidos no projeto.

Conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS, Ministério da Saúde – MS, número 196, de 10 de outubro de 1996, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que fosse garantida aos participantes a livre escolha em participar ou não da pesquisa (Conselho Nacional de Saúde, - CNS, 1996).

Foi preenchido um protocolo de pesquisa anexando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP – UFMG). Em 02 de abril de 2004, o COEP – UFMG emitiu parecer ETIC 064/04 aprovando este projeto de pesquisa. (ANEXO A)

Para esclarecer os objetivos desta pesquisa aos participantes, o TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido) foi anexado ao questionário, explicitando a necessidade de sua participação no estudo, quem eram os pesquisadores e principalmente esclarecendo sobre o sigilo e a não identificação do seu nome e de suas respostas. O termo de consentimento livre e esclarecido para cada grupo encontra-se em anexo (ANEXOS B, C, D).

4.1 Universo de estudo

Para a realização deste estudo foi solicitada às coordenações dos Projetos de Extensão “Atendimento Clínico para o indivíduo com fissura” (CLÍNICA) e “Ortodontia para

pacientes com fissura labiopalatina” (ORTODONTIA) uma listagem dos pacientes em tratamento no primeiro semestre de 2004.

No projeto da CLÍNICA havia 77 pacientes em tratamento e no projeto da ORTODONTIA 138 pacientes em tratamento e 08 que aguardam vaga para cirurgia ortognática, ou seja, estavam com o tratamento interrompido.

Optou-se por realizar a coleta de dados no dia da consulta em quaisquer das clínicas em questão, para evitar gasto extra com deslocamento por parte dos pacientes, portanto somente os pacientes em tratamento no primeiro semestre de 2004 seriam inseridos na pesquisa. Ao somar-se o número de pacientes em tratamento chega-se a um total de 223 indivíduos. Entretanto, como não existe prontuário único para cada indivíduo não se sabia quantos seriam os pacientes em comum, ou seja, aqueles que estão cadastrados nos dois projetos.

A solução encontrada foi mesclar estas listas para conhecer o verdadeiro universo de indivíduos com fissura labiopalatal atendidos na FO-UFMG. Encontraram-se 28 pacientes em comum. Os dados apurados se encontram na TAB.1.

TABELA 1

Universo de indivíduos com fissura labiopalatina atendido na FO-UFMG, 2004

Projetos de atendimento ao indivíduo com fissura	Número de indivíduos atendidos na FO-UFMG
Ortodontia	110
Clínica	49
Clínica + Ortodontia	28
Aguardam cirurgia ortognática	08
TOTAL	195

Portanto, o universo de pacientes com fissura em tratamento na FO-UFMG no primeiro semestre de 2004 totaliza 195 indivíduos.

No banco de dados destes projetos existe uma seção denominada “abandono de tratamento”. Foram listados os pacientes cujos prontuários estavam neste arquivo totalizando 148 prontuários, 81 da ORTODONTIA e 67 da CLÍNICA.

Atualmente, entre professores, alunos de graduação e pós-graduação e cirurgiões-dentistas, todos voluntários (com exceção de um bolsista de extensão) este serviço conta com a colaboração de cerca de 30 pessoas.

Para fazer parte do trabalho, optou-se por incluir, como profissionais, somente aqueles com pelo menos o título de graduação, perfazendo um total de 12 profissionais.

O universo foi dividido da seguinte maneira:

- pacientes que abandonaram o tratamento, 148
- pacientes em tratamento na FO-UFMG, 195
- profissionais envolvidos no projeto, 12

4.2 Amostra

Por tratar-se de um estudo *in loco*, o que facilita o acesso ao universo da pesquisa e por se tratar de uma população pouco numerosa, optou-se pelo recenseamento dos pacientes cadastrados no serviço e dos profissionais. Entretanto, alguns pacientes não compareceram à consulta ou não estavam marcados durante os meses de realização da coleta de dados, 57 indivíduos.

Buscou-se entrevistar todos os pacientes que compareceram ao tratamento, bem como contatar todos os pacientes cujos prontuários estavam de cada projeto, desde que aceitassem e concordassem em participar. Participaram também deste estudo todos os profissionais envolvidos neste projeto (professores, mestrandos e voluntários).

Entretanto, a amostra deste estudo foi de 132 pacientes entrevistados dos 195 pacientes cadastrados (68%). Foram excluídos os que faltaram ou não estavam agendados (57 pacientes) e 6 outros que participaram do estudo piloto. Todos os pacientes “em abandono de tratamento” foram incluídos no estudo.

Entre os profissionais, um foi excluído por ter participado do estudo piloto.

4.3 Instrumentos utilizados nesta pesquisa

Para a coleta de dados foram construídos três instrumentos, para cada uma das áreas estudadas: um para a coleta de dados referentes às necessidades assistidas e não assistidas (ANEXO E), um para a investigação da satisfação dos pacientes (ANEXO F) e um para a investigação da satisfação dos profissionais (ANEXO G).

4.3.1 Instrumento utilizado para a coleta de dados referente ao abandono de tratamento

A investigação para buscar-se a razão do abandono do tratamento foi realizada por meio de entrevista, via telefone, com os pacientes que abandonaram ou desistiram do tratamento clínico e/ou ortodôntico. Buscou-se em cada projeto os dados pessoais e contato telefônico de cada paciente, para a realização da entrevista via telefone. Houve consentimento tácito oral por parte dos pacientes entrevistados.

A entrevista constituiu-se de duas perguntas:

- Por que você abandonou o tratamento?
- Você está recebendo tratamento odontológico em outro lugar?

4.3.2 Instrumento utilizado para a coleta de dados referente à satisfação dos pacientes e dos profissionais

Segundo Pinto (2000), uma vez que a comunidade e as pessoas que a compõem são o alvo de toda a política de saúde, cabe-lhes um papel avaliador fundamental e decisivo. O autor relata que questionários ou entrevistas com pacientes atendidos na unidade de

saúde são de inestimável valor prático, pois aproximam mais os dois lados do processo e aumentam a confiança entre as partes.

Optou-se pelo questionário para a coleta de dados referente à avaliação do serviço pelos pacientes/responsáveis e profissionais envolvidos. Tan & Burke (1997) relataram que para se avaliar atitudes e comportamentos humanos, o questionário é uma boa opção, de baixo custo e quando entregue e recolhido pelo pesquisador apresenta bons percentuais de retorno.

Marconi & Lakatos (1990); Cummings et al. (2001) citam, como vantagens, a liberdade do indivíduo em responder sem a presença do pesquisador e a não influência do pesquisador na resposta.

Como na literatura científica foram encontrados pouquíssimos trabalhos investigando-se a resolutividade de serviço ofertado para indivíduos com fissura labiopalatina, a montagem das perguntas para confecção do questionário foi criada com a ajuda de uma professora da área da lingüística. Esta profissional foi esclarecida sobre o tema e ouviu as dúvidas e hipóteses da pesquisadora e da orientadora e, finalmente, foi construído o instrumento.

Utilizou-se como base metodológica o trabalho de Vilaça (2003), sobretudo para a construção do questionário.

A escala de *Likert* foi a escolha metodológica para a construção do questionário. Esta escala preconiza um método simples de construir escalas de opinião e utiliza os seguintes passos:

- 1 Elaboração de proposições consideradas importantes em relação a atitudes ou opiniões, que tenham relação direta ou indireta com o objetivo a ser estudado,

- 2 Estas proposições são apresentadas aos participantes do estudo que indicarão suas reações, marcando as opções: completa aprovação, aprovação, neutralidade, desaprovação incompleta, desaprovação; que possuem os respectivos valores 5, 4, 3, 2, 1,

- 3 Cada participante recebe uma nota global, que é o resultado da soma dos pontos individuais obtidos

Desta maneira obtém-se uma graduação quantificada das proposições, que são distribuídas entre os indivíduos a serem pesquisados, podendo ser calculada a nota de cada um deles. É importante salientar que as proposições desfavoráveis apresentam uma inversão na pontuação, indo de 1 a 5 (MARCONI & LAKATOS, 1988). Foram construídos dois modelos de questionário: um para pacientes em tratamento e outro para profissionais.

Nos questionários duas dimensões foram consideradas: uma dimensão positiva na qual se procurou medir a satisfação (pontuação decrescente: 5, 4, 3, 2, 1) e uma dimensão negativa, na qual se procurou perceber insatisfação e dificuldade (pontuação crescente: 1, 2, 3, 4, 5) .

No questionário para os pacientes há a seguinte ordenação:

- Dimensão positiva: proposições de 1 a 6
- Dimensão negativa: proposições de 7 a 12

No questionário para os profissionais há a seguinte ordenação:

- Dimensão positiva : proposições de 1 a 11
- Dimensão negativa: proposições de 12 a 16

4.3.3 Instrumento utilizado para a coleta de dados referentes à caracterização da amostra e à história de tratamento

Optou-se por construir uma ficha para levantamento das necessidades assistidas e não assistidas. Esta ficha inicia-se com coleta de dados pessoais, tempo de tratamento na FO-UFMG e classificação da fissura, construindo-se assim uma caracterização da população.

Para a construção da história de tratamento dos pacientes, foi elaborado um formulário e optou-se pela coleta primária de dados. Em estudos previamente realizados com o arquivo deste serviço ofertado na FO-UFMG, Gallbach & Ferreira (2002) notaram a ineficácia quanto ao preenchimento adequado das fichas clínicas, encaminhamentos, procedimentos e a não padronização entre a ficha do projeto da clínica e do projeto da

ortodontia. Mesmo após um trabalho feito neste atendimento com o intuito de solucionar estas falhas, o problema persiste o que justificou a opção feita.

Foi investigada a assistência prestada durante o pré-natal, o nascimento, ao recém-nascido e familiares, e durante as fases da infância, adolescência e do adulto jovem. Esta ficha foi elaborada levando-se em conta o que seria uma reabilitação integral do indivíduo com fissura labiopalatal, baseando-se na literatura científica existente. Estas informações eram obtidas por meio de perguntas feitas pelo pesquisador diretamente ao paciente e/ou responsável.

Ao final da entrevista era solicitado ao entrevistado que fizesse qualquer comentário negativo ou positivo em relação ao tratamento da fissura já realizado e também sobre suas seqüelas. Pensou-se ser este um momento oportuno, pois o paciente reconstruía a sua estória em poucos minutos ao responder a esta entrevista.

Posteriormente, estes comentários foram agrupados e transformados em categorias.

4.4 Estudo piloto

Realizou-se o estudo piloto para verificação da validade somente do questionário que investigava a satisfação de pacientes e profissionais. Foram entrevistados 06 pacientes, 02 crianças, 02 adolescentes e 02 adultos, num dia de atendimento na clínica de Ortodontia. O questionário foi preenchido enquanto o paciente aguardava para ser chamado, o tempo médio para seu preenchimento foi de 8 minutos. Um profissional respondeu ao estudo piloto.

Os pacientes menores de 18 anos só eram convidados a participar da pesquisa caso estivessem acompanhados de um responsável, as instruções eram passadas ao responsável e o paciente participava do preenchimento junto ao responsável. Todas as sugestões apresentadas pelo estudo piloto foram analisadas e algumas proposições foram modificadas.

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Coleta de dados referentes ao abandono de tratamento

Pelo menos duas tentativas em horários diferentes foram realizadas, pela pesquisadora ou pelo bolsista de iniciação científica selecionado para trabalhar nesta pesquisa, para buscar informações sobre cada paciente deste grupo.

A entrevista, via telefone, era realizada somente com o paciente (maior de 18 anos) ou com o responsável, assim buscou-se evitar falsas ou duvidosas informações.

4.5.2. Coleta de dados referentes à satisfação dos pacientes e dos profissionais

Os dados foram coletados por meio de questionário aplicado a todos os pacientes e/ou responsáveis atendidos na FO-UFMG e a todos os profissionais que trabalham neste atendimento.

Decidiu-se que os questionários seriam entregues e recolhidos pela pesquisadora responsável.

Durante os meses de maio a julho de 2004, procedeu-se a entrega dos questionários, que foi feita pela pesquisadora. Os pacientes eram abordados na sala de espera e os que concordavam em participar da pesquisa acompanhavam a pesquisadora até uma sala de reuniões, dentro da clínica, onde havia privacidade e tranquilidade para responder ao questionário.

Todos os pacientes convidados a participarem deste estudo aceitaram.

Para cada paciente foi entregue, duas vias do TCLE, sendo uma via para ficar com a pesquisadora e uma para o participante, e um questionário.

O paciente então era orientado de como proceder para preencher o questionário. Foi explicado que era um questionário para saber a opinião do indivíduo acerca do tratamento recebido até então na FO e em outras instituições para o tratamento da fissura

labiopalatina. Enfatizou-se que não havia resposta certa ou errada, que o objetivo da pesquisa era conhecer a opinião dos entrevistados sobre determinados temas.

A orientação dada foi que cada frase deveria ser lida e então o entrevistado refletiria sobre o assunto e logo após marcaria sua opinião por meio das diferentes opções. Solicitou-se que nenhuma questão ficasse em branco. Nesse momento, a pesquisadora retirava-se da sala e aguardava ser chamada ao final do preenchimento pelo entrevistado.

4.5.3. Coleta de dados referentes à caracterização da amostra e história de tratamento

Ao recolher o questionário respondido, a pesquisadora solicitava mais alguns minutos de atenção e realizava o preenchimento da ficha de levantamento de necessidades assistidas e não assistidas, que durava cerca de 4 minutos e, ao final, o entrevistado era solicitado a fazer um comentário qualquer, positivo ou negativo, a respeito do tratamento da fissura labiopalatina.

4.6 Análise dos dados

Os dados obtidos foram armazenados em bancos de dados construídos nos programas *Epi Info 6.0* (Dean et al., 1995) e *Excel 2000*.

Uma análise estatística descritiva foi desenvolvida para os dados relacionados aos motivos de abandono do tratamento, para a caracterização da amostra e para a história de tratamento. Estes dados foram classificados, agrupados e apresentados por meio de frequência e percentual.

Os dados apurados nos questionários referentes ao grau de satisfação, apresentado pelos pacientes e profissionais entrevistados, foram computados de acordo com os pesos estabelecidos pelo método *Escala de Likert* e apresentados sobre a forma de medidas de tendência central e dispersão; especificamente média, desvio padrão, coeficiente de variação e percentis (SOARES & SIQUEIRA, 1999).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optou-se pela descrição dos resultados e da discussão pertinente em um único capítulo objetivando-se facilitar a leitura.

Durante a coleta de dados desta pesquisa foram entrevistados 132 pacientes (68%) em tratamento na FO–UFMG. Devido à impossibilidade de prolongar a fase de coleta de dados, não foi possível entrevistar pacientes que faltaram à consulta ou que por motivos variados não estavam marcados durante os meses de maio a julho de 2004. Os resultados serão apresentados para o universo dos indivíduos com fissura labiopalatina atendidos na FO-UFMG, ou seja, não haverá distinção entre o grupo do atendimento clínico e do atendimento ortodôntico. Pois, como são indivíduos que possuem o mesmo tipo de malformação, seqüelas e dificuldades de acesso a tratamentos, não haveria diferenças entre os resultados.

Dos doze profissionais envolvidos nos projetos já citados, um participou do estudo piloto e os outros onze participaram do estudo principal.

Houve tentativa de contato, via telefone, com todos os 148 pacientes que abandonaram o tratamento.

Primeiramente serão apresentados os resultados das causas de abandono do tratamento. Em seguida será feita uma caracterização da amostra, junto aos resultados da história de tratamento dos pacientes, então, as opiniões dos pacientes sobre o tratamento das seqüelas da fissura labiopalatina.

Em seguida serão apresentados os resultados do questionário sobre a satisfação dos pacientes e profissionais envolvidos no serviço.

5.1 Razões do abandono do tratamento na FO – UFMG

Encontrou-se uma alta taxa de abandono num serviço que apresenta longa fila de espera, já que 148 pacientes abandonaram ou desistiram do tratamento, o que representa 43,14% do universo.

As situações encontradas foram agrupadas em categorias. Dos 148 pacientes incluídos neste grupo, obteve-se contato com 49, ou seja, 33%. A principal causa do insucesso na tentativa de contato foi número de telefone errado (36%), linha telefônica desligada (10%), além da ausência do número de telefone na ficha (21%). A TAB. 2 mostra as causas de abandono do tratamento:

TABELA 2
Razões do abandono do tratamento

Categoria geral	Categoria específica	Frequência	Percentual
Problemas do serviço	Aguarda contato para remarcação	15	10,31
	Necessidade de anestesia geral	01	0,67
	Aguarda vaga para cirurgia de enxerto	02	1,35
	Aguarda vaga para cirurgia ortognática	05	3,37
Subtotal		23	15,7
Problemas individuais	Mudança de cidade	06	4,05
	Preferiu tratar em outro lugar	04	2,70
	Gravidez	01	0,67
	Não quer mais tratar	10	6,75
	Dificuldades financeiras	05	3,37
Subtotal		26	17,54
TOTAL		148	100

Turrini (2001) explica que no caso de doenças crônicas, a visita de rotina ao médico é inferior a 50%. O principal motivo para a não adesão ao tratamento é “não achar preciso”, e a “ausência de sintomas”. A fissura labiopalatina não é uma doença crônica mas exige

um tratamento longo e demorado, o que pode contribuir para esta alta taxa de desistência.

Dificuldades sócio-econômicas podem ser inferidas a 45,94% desta amostra, que estão incluídos nas categorias de telefone errados e desligados. Estes achados mostram dificuldades em se arcar com despesas telefônicas e instabilidade domiciliar. Esta informação mostra um lado do problema social desta população e a conseqüente impossibilidade de manter um cadastro atualizado. Localizar pacientes é um sério problema para este serviço. As pessoas mudam de residência, o telefone é desligado e não se comunica o setor responsável. Outros serviços da FO-UFMG enfrentam problemas semelhantes.

Considerando os 49 pacientes contatados por telefone, um importante percentual deste grupo de 148 pacientes, 10,31%, não está em tratamento por falta de remarcação do serviço. Apesar dos indivíduos sem número de telefone estarem inseridos na categoria geral não contatados, o que é verdade, isto reflete problemas na organização do serviço. Deste grupo de pacientes apenas 8,1 % estão em tratamento em outro local.

A espera por vagas para cirurgias imprescindíveis interrompe a continuidade de tratamento de 4,72% dos pacientes. Um problema que precisa ser enfrentado é esta lacuna para referências para procedimentos cirúrgicos. Em alguns casos não há para onde se encaminhar o paciente e em outros casos há uma grande demora em conseguir-se uma vaga para ser operado.

Percebe-se a necessidade de maior controle na remarcação destes pacientes por parte do prestador do serviço e atenção à necessidade de melhores serviços de referência para cirurgias.

Dos 26 indivíduos (17,54%) que estão na categoria geral, Problemas individuais, 11 apresentaram motivos objetivos para a desistência (mudança, gravidez, preferência por outro serviço); 10 não justificaram a desistência, simplesmente não querem mais tratar; e 5 relataram dificuldades financeiras, mesmo estando inseridos em um tratamento gratuito.

Torna-se oportuna a seguinte reflexão: tão severa malformação que leva a grandes deficiências anatômicas e funcionais, que interferem negativamente com o convívio social destes indivíduos, por quê 10 pacientes simplesmente desistiram? Pensa-se serem: baixa auto-estima, cansaço, dificuldade financeira, falta de esperança de conseguir uma

completa reabilitação, o pesado estigma colocado na face, a necessidade de busca e insistência para se conseguir um ou outro tratamento, fatores estes que podem ter influenciado a decisão destes 10 indivíduos.

Canady et al (1997) enfatizam que a satisfação de pacientes com fissura labiopalatina em relação ao tratamento está muito ligada à idéia de continuidade do processo de reabilitação. A troca de profissionais e falta de contato do serviço gera insatisfação e desistência dos usuários.

5.2 Caracterização da amostra e história de tratamento

Julgou-se ser de grande importância neste estudo a caracterização da amostra, que possibilita o conhecimento do paciente em tratamento e fornece dados que poderão servir no futuro para reestruturação deste serviço.

Dos 132 pacientes incluídos na amostra, 45 foram entrevistados no dia de atendimento clínico e 87 no dia de atendimento ortodôntico. Somente após análise dos dados pode-se verificar quantos pacientes estavam em tratamento isoladamente em cada clínica e quantos estavam em tratamento nas duas clínicas. Realidade que contrapõe à situação ideal, já que todos os pacientes deveriam receber os cuidados necessários nos dois projetos.

O grupo dos 132 entrevistados foi dividido em três de acordo com a faixa etária e levando-se em conta a idade ideal para a realização do enxerto ósseo alveolar, aos 11 anos de idade. O primeiro grupo inclui as crianças até 10 anos, faixa etária que ainda não passou pelo enxerto; o segundo grupo inclui os adolescentes, 11 a 17 anos, época para a realização do enxerto; e o terceiro grupo inclui os adultos, a partir dos 18 anos de idade. Nota-se uma distribuição bastante uniforme entre os três grupos etários (TAB. 3).

TABELA 3
Distribuição da amostra por faixa etária, FO-UFMG, 2004

Grupo	Idade em anos	Freqüência	Percentual
Criança	0 –10	40	30,3
Adolescente	11 – 17	45	34,0
Adulto	≥ 18	47	35,7
TOTAL	XXX	132	100

Houve ligeira predominância de pacientes do gênero masculino (53%) em relação ao feminino (47%), achado que concorda com recente literatura nacional. Furnaleta & Pretto (2000) também encontraram uma prevalência nesse gênero, 54,6%.

Galvão et al (1994) teceram discussão acerca da dificuldade de se classificar raça na América Latina devido à miscigenação racial, especialmente no Brasil. Os autores sugerem que estudos realizados na América Latina deveriam seguir os seguintes critérios para a classificação de raças: branca, negra ou parda, incluindo-se no último grupo os indivíduos que não se enquadraram nem no primeiro nem no segundo grupo. Este foi o critério utilizado nesta pesquisa, observando-se um total de 66,7% na raça branca, 4,5% na raça negra e 28,8% nos indivíduos pardos.

A predominância de indivíduos da raça branca concorda com a literatura pertinente (FURNALETO & PRETTO, 2000; GUIMARÃES, 2004; NAGEM FILHO et al, 1968).

O grupo de fissuras trans-forame (76,5%) foi o mais prevalente sendo 49,2% de fissuras trans-forame unilateral e 27,3% de fissuras trans-forame bilateral (TAB 4), achados que concordam com estudos feitos no Brasil e encontrados na literatura internacional (BERKOWITZ, 1994; GUIMARÃES, 2004; NAGEM FILHO et al, 1968).

TABELA 4
Classificação do tipo de fissura labiopalatina, FO-UFMG 2004

Grupos de fissura	Tipo de fissura	Frequência	Percentual
Pré-forame incisivo	Pré-forame unilateral incompleta	03	2,3
	Pré-forame unilateral completa	07	5,3
	Pré-forame mediana completa	01	0,8
Subtotal		11	8,4
Trans-forame incisivo	Trans-forame unilateral	65	49,2
	Trans-forame bilateral	36	27,3
	Trans-forame mediana	01	0,8
Subtotal		102	77,3
Pós-forame incisivo	Pós-forame incompleta	03	2,3
	Pós-forame completa	15	11,4
Subtotal		18	13,7
Fissuras raras da face	Maxila e mandíbula	01	0,8
TOTAL		132	100

Infelizmente, o grupo mais prevalente de fissuras labiopalatinas é também o mais grave devido à extensão anatômica da malformação. Os indivíduos que apresentam esta malformação necessitam de um tratamento mais longo e complexo, e também estampam em suas faces com maior evidência os resultados de tratamentos não satisfatórios, especialmente na face média.

A literatura mostra que o ideal seria o diagnóstico da fissura ainda no pré-natal, assim evitando-se o choque no momento do nascimento (DROTAR et al, 1975; THOMÉ 1990). Durante a gestação os pais poderiam buscar informações sobre a malformação, suas seqüelas e tratamento. No entanto, somente 04 pacientes da amostra tiveram diagnóstico no pré-natal por meio da ultra-sonografia (3%). Sendo que, 8,3% não souberam dar esta informação.

A maioria dos pacientes da FO-UFMG é proveniente do estado de Minas Gerais, sendo o maior percentual de nascimento em Belo Horizonte 45,45%. É importante ressaltar que mesmo com as dificuldades de locomoção, tempo e gastos, 36,7% da amostra é proveniente do interior de Minas Gerais, ou seja, Um dado que se mostrou interessante foi de que 5,6% da amostra total nasceram na própria residência no interior de Minas Gerais, tiveram partos domiciliares (GRAF.1).

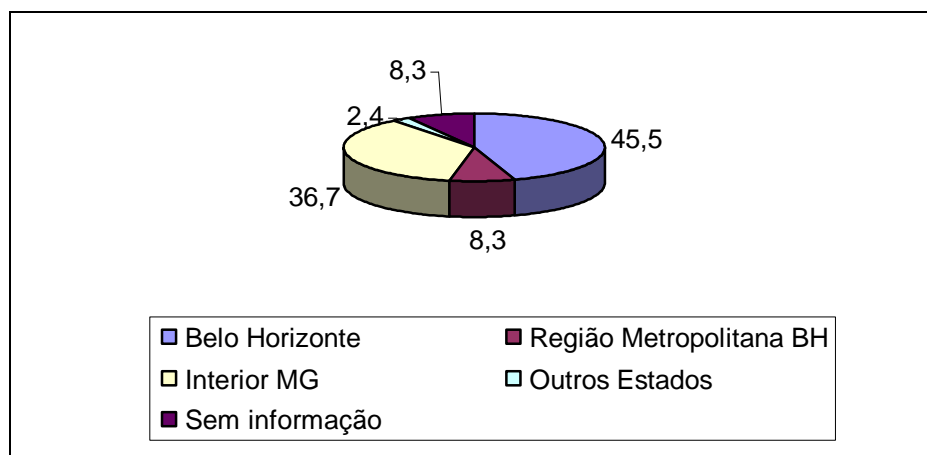


GRÁFICO 1

Distribuição da amostra por local de nascimento, em percentual, pacientes com fissura labiopalatina, FO-UFMG, 2004

No momento do nascimento é de grande valia os pais receberem apoio psicológico, orientações médicas e encaminhamento para centro de reabilitação (PASHAYAN & MCNAB, 1979). Apenas 10,6% dos pais relataram ter recebido apoio psicológico no momento do nascimento, 15,9% receberam orientações de como realizar o aleitamento materno e 15,9% receberam orientações sobre a malformação, suas seqüelas e

tratamento. Portanto, os hospitais parecem não estar bem preparados para amparar a família que recebe um bebê com fissura labiopalatina, mesmo sendo este primeiro momento de grande importância para a reestruturação da família.

Além das orientações neste primeiro momento, o encaminhamento para um centro de tratamento é fundamental para tranquilizar a família. Da amostra estudada, 30,3% receberam encaminhamento para centro reabilitador, na própria instituição onde nasceram, sendo encaminhados para o Hospital da Baleia (57,5%), para um ortodontista do setor privado em Belo Horizonte (12,5%), para outros hospitais em Belo Horizonte (20%) e para hospitais em outros estados (10%), incluindo-se o HRAC. Nota-se que existe um despreparo do recurso humano nos hospitais maternidades para amparar as famílias no momento do nascimento da criança com malformação.

O primeiro procedimento cirúrgico para a reabilitação do bebê com fissura deve ser feito por volta dos 3 meses de vida, a queiloplastia ou cirurgia para fechamento do lábio (CAPELOZZA FILHO et al, 1995). Apesar de todos os 114 pacientes que necessitavam desta cirurgia terem-na realizado, dois indivíduos receberam este cuidado somente na fase adulta, passando a infância e adolescência sem uma fisionomia, função e estética adequada. Este dado mostra uma das lacunas da atenção aos indivíduos com esta malformação no estado de Minas Gerais.

O segundo tempo cirúrgico para fechamento do lábio é obrigatório para as fissuras bilaterais e pode ser necessário em alguns casos de fissuras unilaterais que não foram fechadas com sucesso no primeiro momento cirúrgico (SILVA FILHO & ALMEIDA, 1992). Todos os 40 pacientes que necessitaram deste segundo momento cirúrgico tiveram a intervenção realizada. Portanto, uma vez feita a primeira intervenção cirúrgica no lábio o acesso à segunda intervenção é mais fácil, pois nenhum paciente deixou de realizá-la. Foram realizadas em hospitais em Belo Horizonte e região metropolitana cerca de 88% das cirurgias de lábio.

Entre os 12 e 18 meses de vida deve-se proceder à cirurgia para fechamento do palato, a palatoplastia (CAPELOZZA FILHO et al, 1995). Do total de pacientes indicados para esta cirurgia (121), nove (7,4%) não a tiveram até o momento da entrevista. Estes indivíduos apresentam grave deficiência fonoaudiológica e desconcertante regurgitação alimentar,

por apresentarem comunicação entre as cavidades nasal e bucal. Quatro indivíduos (3,3%) foram operados somente na fase adulta.

Este dado pode significar um menor cuidado ou preocupação com a fissura que está “camuflada” dentro da cavidade bucal mas que causa grave deficiência funcional para fala e deglutição. Das cirurgias de palato, 92% foram realizadas em hospitais de Belo Horizonte e região metropolitana.

Durante a infância, nesta pesquisa consideram-se crianças até 10 anos de idade, mostra-se primordial o acesso a todas as especialidades necessárias para a reabilitação da criança e um apoio para um desenvolvimento normal buscando vencer as deficiências anatômicas e funcionais inerentes à fissura (CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO, 1992; FREITAS 1998).

Numa análise feita entre as 40 crianças que compuseram a amostra 14 (35%) estão apenas em atendimento clínico na FO-UFMG, 13 (32,5%) somente em atendimento ortodôntico e 13 (32,5%) estão sob os cuidados das duas clínicas nesta instituição. Certamente as 14 crianças do projeto da Clínica precisariam de uma avaliação ortodôntica e muito provavelmente de uma intervenção e as 13 crianças da Ortodontia poderiam estar recebendo acompanhamento clínico dentro da FO-UFMG. Este achado reforça o problema que se constitui a falta de um atendimento integral inclusive na própria área odontológica.

A fonoaudiologia é uma especialidade fundamental para a reabilitação destas crianças devido ao evidente comprometimento anatômico da cavidade oral o que dificulta um desenvolvimento normal da fala (JOHNSON et al, 1956). Dos 132 entrevistados apenas 53% tiveram acompanhamento fonoaudiológico na infância, 35,9% em hospitais da rede pública e 26,4% na rede privada. O restante, 37,7%, em instituições públicas como escolas, faculdades, associações e outros.

O acompanhamento psicológico é essencial para trabalhar a auto-estima e autoconfiança destas crianças (TURNER et al, 1997). Apenas 18,9% da amostra tiveram este acompanhamento, sendo 24% no setor privado, 20% em hospitais da rede pública e 56% em outras instituições públicas.

Como citado na revisão de literatura, estes pacientes apresentam muitas alterações dentárias justificando uma assistência odontológica contínua (FREITAS, 1998). Um

percentual de 81,1% dos entrevistados teve cuidados odontológicos na infância, sendo que 21,5% buscaram assistência particular, 26,2% em centros de saúde, 45,8% na FO-UFMG e os 6,5% restantes em outras instituições públicas.

A ortodontia interceptativa mostra-se essencial para a correção das anomalias oclusais que estes indivíduos apresentam e para preparação para a cirurgia de enxerto ósseo que ocorre no início da adolescência (SILVA FILHO et al, 1992). Uma parcela de 50,8% da amostra relatou ter tido tratamento ortodôntico na infância, destes 4,5% buscaram atenção particular e 95,5% trataram na FO-UFMG.

Considerando os 45 adolescentes incluídos no estudo dois estão em tratamento somente na Clínica, 24 (53,3%) na Ortodontia e 19 (42,3%) estão sob os cuidados dos dois projetos em andamento na FO-UFMG. Mais uma vez nota-se a falta de uma atenção integral ao indivíduo com fissura labiopalatina atendido na FO-UFMG.

Na adolescência é fundamental que os cuidados continuem. Da amostra estudada apenas 15,4% tiveram acompanhamento fonoaudiológico nesta fase; destes 50% foram em clínicas públicas e na escola, 28,5% em hospitais da rede pública e 21,5% buscaram tratamento particular.

Contaram com apoio psicológico durante a adolescência 12,1% da amostra, sendo que destes, 72,7% obtiveram tratamento em instituições públicas e 18,2% em hospitais da rede pública e 9,1% tratamento particular.

A adolescência é uma fase crítica para o desenvolvimento psicológico, e ainda mais delicada para os adolescentes com fissura labiopalatina. Bacheга (1993) avaliou jovens de 14 a 18 anos e concluiu que os pacientes, mesmo em tratamento, recebem uma gama de apelidos, sabem que a malformação é congênita, mas desconhecem a causa, conversam pouco com os pais e enfrentam preconceito.

Estes jovens deveriam ter acesso a acompanhamento psicológico com o intuito de prevenir desajustes sociais. Turner et al, no ano de 1997, mostraram a necessidade de se avaliar a saúde psicológica destes pacientes como rotina, incorporada aos programas da equipe de reabilitação, para identificar e aconselhar e/ou treinar habilidades sociais para o próprio benefício do paciente.

Tiveram cuidados odontológicos durante a adolescência 86,8% da amostra estudada, sendo 46,8% na FO-UFMG, 26,6% na rede particular, 24,1% em centros de saúde e 2,6% na escola ou através de convênios.

Recebeu tratamento ortodôntico corretivo e/ou interceptativa na adolescência 64,8% da amostra. Destes 94,9% trataram na FO-UFMG e 5,1% em consultório particular.

Durante a adolescência 95,6% da amostra tiveram atenção médica, destes 89,7% em centros de saúde, 2,2% em hospital da rede pública e 8,1% através de convênio.

A cirurgia de enxerto ósseo alveolar deve ser feita idealmente antes da erupção do canino permanente, a partir dos 11 anos de idade, início da adolescência (BOYNE & SANDS, 1972; SILVA FILHO et al, 1992). Da amostra estudada, 55 pacientes (41,66%) realizaram a cirurgia de enxerto ósseo alveolar, sendo que 02 pacientes tiveram acesso a esta cirurgia somente na fase adulta, 3,6%. Dos 55 pacientes operados, 94,5% foram operados no Hospital da Baleia e 5,5% em outros hospitais de Belo Horizonte.

Dos 47 adultos entrevistados em tratamento na FO-UFMG, 11 (23,4%) estão em tratamento somente na Clínica, 21 (44,6%) somente na Ortodontia e 15 (32%) estão sob os cuidados dos dois projetos. O grupo de pacientes adultos também não recebe atenção odontológica integral na FO-UFMG.

Avaliando os dados dos entrevistados adultos, estudos mostram que o apoio psicológico deveria estender-se até a idade adulto jovem quando ocorre a inserção no mercado de trabalho e intensifica-se a busca por parceiros e amizades (HELLER, TIDMARSCH, PLESS, 1981; BACHEGA, 1993; RAMSTAD et al, 1995). Entretanto apenas 02 pacientes, 4,2% da população adulta, tiveram este acesso por meio de tratamento particular.

Acesso a cuidados odontológicos é alcançado por 93,6% da amostra em idade adulta , sendo 59,1% na FO-UFMG e 40,9% em consultório particular. O tratamento ortodôntico corretivo é acessível a 80,9% dos pacientes adultos, destes 94,7% tratam na FO-UFMG e 5,2% em consultório particular. Notou-se no grupo de adultos maior fidelidade ao tratamento ortodôntico, pois consegui-lo fora da FO-UFMG pode ser oneroso para o indivíduo. Entretanto, a acesso ao tratamento odontológico clínico é mais fácil.

Dos 47 pacientes adultos, 21 (44,6%) necessitam de reabilitação protética, destes apenas cinco estão recebendo este cuidado, quatro estão em tratamento na FO-UFMG e um está

fazendo tratamento particular. Até o momento, não há possibilidade de encaminhamento direto para cursos de aperfeiçoamento e/ou especialização para estes pacientes. Salienta-se que são casos complexos para especialidades como prótese, implantodontia e dentística, o que impossibilita a solução para estes tratamentos nas clínicas de graduação do curso de Odontologia.

Ainda necessitam de rinoplastia (cirurgia plástica no nariz) 25,5% da amostra em idade adulta. Do grupo que teve acesso a esta intervenção cirúrgica, 59,1% receberam este cuidado no Hospital da Baleia em Belo Horizonte.

Um grave problema enfrentado por alguns indivíduos da amostra estudada é a impossibilidade de realizar a cirurgia ortognática (correção cirúrgica dos maxilares). A cirurgia ortognática para o indivíduo com fissura visa a melhoria da estética facial, da saúde bucal e da função (SILVA FILHO et al, 1998). Cinco adultos e dois adolescentes estão ansiosos por conseguirem tal cirurgia. Ressalta-se então que, há ainda oito pacientes que não estão em tratamento ortodôntico pois aguardam uma solução de onde esta cirurgia poderá ser realizada. Normalmente os pacientes que apresentam esta necessidade cirúrgica apresentam graves deformidades craniofaciais, o que dificulta muito a vida social destes indivíduos. Uma parceria, já planejada, entre a FO e o Hospital das Clínicas da UFMG poderia ser uma solução a este impasse, porém a resolução para o andamento deste projeto encontra-se em ritmo lento de evolução ou estagnada.

Posteriormente a rinoplastia, podem ainda ser necessárias cirurgias plásticas de reparo estético no lábio e cicatrizes pregressas. Dos 47 adultos da mostra, 12 (25,5%) aguardam conseguir esta cirurgia e 13 (27,7%) já a realizaram. Do grupo que foi operado para reparos estéticos, 69,2% foi operado no Hospital da Baleia em Belo Horizonte.

Quanto aos cuidados médicos, 121 pacientes (90,9%) relataram ter tido atenção médica na infância, destes 81,8% buscaram cuidado em centros de saúde, 9,1% através de convênios e 8,2% em hospitais da rede pública.

Vê-se que o acesso à assistência médica é mais fácil, o que se aproxima do ideal postulado por um dos princípios do SUS, “todos têm direito à saúde”. O acesso odontológico encontrado nesta amostra deve ser avaliado com cuidado, pois o estudo foi realizado dentro da FO-UFMG. Certamente, caso esta pesquisa fosse realizada em outro

tipo de instituição o acesso à assistência odontológica seria menor do que a encontrada aqui.

Ao final da entrevista para o preenchimento da ficha de levantamento de necessidades o entrevistado era solicitado a fazer qualquer comentário acerca do tratamento até então realizado para a correção das seqüelas da fissura.

Somente 24 pacientes não emitiram nenhum comentário. Cinquenta pacientes disseram estar satisfeito com tudo: *“tô satisfeito / tá tudo ótimo / tá tudo bom / até agora consegui tudo que precisou / a prefeitura manda ambulância trazer a gente / tô mais feliz de aparelho / só tenho que agradecer”*.

Gonçalves (1986) observou em seu estudo realizado na rede pública de saúde do Estado de São Paulo que a idéia de resolutividade tem sido também associada à questão da satisfação da clientela. Portanto, ao se avaliar a resolutividade de um serviço é importante destacar a satisfação encontrada na população assistida.

Nota-se que os comentários de satisfação levam mais à idéia de alívio que real satisfação, uma vez que, seja quando se consegue alguma coisa está bom. A assistência, por meio de transporte gratuito, por parte da prefeitura, é muito valorizada pelos pacientes provenientes do interior.

A reclamação quanto à dificuldade para conseguir vaga para tratamentos complementares foi relatada por 34 pacientes. A maioria das queixas se refere a dificuldade para conseguir vaga na ortodontia e para cirurgias (73,5%), seguido de psicólogo (14,7%), fonoaudiólogo (8,8%) e implantodontia (3%), mostrando a ineficácia na referência e contra-referência.

O atendimento na FO-UFMG foi motivo de reclamação de 17 pacientes. O tratamento ortodôntico foi apontado como um dos problemas: *“demorou muito pro meu filho pôr aparelho, vim muito aqui à toa / troca muito de ortodontista / meu ortodontista já faltou duas vezes esse ano / meu ortodontista é muito calado”*.

Houve relatos explícitos de baixa auto-estima e sofrimento por parte de 11 pacientes: *“meu sonho é sorrir sem abaixar a cabeça / ninguém entende o que eu falo / meu filho é muito revoltado / é muito triste, quando vi meu filho no dia que nasceu até desmaiei”*

Expectativas e desejos de que melhorassem lábio, nariz, voz e sorriso foram relatados por 11 pacientes, certamente as três maiores seqüelas anatômicas da fissura. Noar (1991) também encontrou que lábio, nariz e voz constituem as principais queixas dos indivíduos com fissura labiopalatina em tratamento.

Dificuldades gerais como problemas financeiros, problemas sistêmicos e insatisfação com negligência dos pais para busca de tratamento no momento adequado foram relatados por 7 pacientes.

5.3 Resultados do levantamento da satisfação com o serviço

A busca por estas informações foi feita por meio de um questionário construído para esta pesquisa, sendo um para pacientes e outro para profissionais, utilizando-se a escala do tipo *Likert* como base metodológica.

Os grupos mostraram médio coeficiente de variação, entre 10,1 e 20%, de acordo com Soares & Siqueira (1999), o que mostra terem ocorrido respostas homogêneas . No entanto, o grupo de profissionais mostrou o menor coeficiente de variação, 10,03%, logo se considera que este grupo apresentou ainda menor variação em suas respostas. O que pode ser explicado por se tratar de um grupo menor e mais homogêneo, são indivíduos de mesma profissão e nível sócio-econômico.

Utilizando-se a nota global obtida pela escala de Likert, de cada grupo etário de pacientes e o de profissionais, a análise descritiva da satisfação encontra-se na Tabela 5.

TABELA 5
Satisfação dos pacientes e profissionais, FO-UFMG, 2004

Dados	criança	adolescente	adulto	profissional
CV(coeficiente de variação)	17,38%	12,32%	19,6%	10,03%
média	38	38,4	36,4	64
desvio padrão	6,6	4,7	6,9	6,4
máxima	54	48	48	74
mínima	25	29	17	56

Criança, adolescente e adulto apresentaram uma média muito similar e um desvio padrão também homogêneo. O maior valor de máxima foi encontrado no grupo de crianças (54), na qual pais responderam ao questionário e adolescentes e adultos apresentaram o mesmo valor de máxima (48). O valor de mínima do adulto foi significativamente menor que os outros dois grupos.

A nota máxima de satisfação para os profissionais seria 80 e a mínima 16 pontos. A máxima encontrada foi 92,5% do total e a mínima 70%. Portanto, a satisfação geral dos profissionais envolvidos em ambos os projetos é considerada alta.

Estratificaram-se os resultados apresentados pelos pacientes nos diferentes grupos etários com o objetivo de conhecer o grau de satisfação de cada grupo. Por meio da análise estatística descritiva, Percentis, foi construída uma escala para medir a satisfação apresentada para cada faixa etária. A nota máxima do questionário seria 60 e a mínima 12 pontos. Assim, de 12 a 24 pontos a nota obtida estaria no primeiro quartil, de 25 a 36 pontos no segundo quartil, de 37 a 48 pontos no terceiro quartil e de 49 a 60 pontos no terceiro quartil (TAB. 6).

TABELA 6
Grau de satisfação dos pacientes entrevistados

Graus de satisfação	Criança	Adolescente	Adulto	Total
12 – 24	0	0	1	1
25 – 36	17	17	26	50
37 – 48	21	28	20	69
49 – 60	2	0	0	2
Total	40	45	47	132

O primeiro quartil representa a insatisfação completa, apenas um adulto entrou neste quartil. Os segundo e terceiros quartis representam a satisfação baixa e média, 50 e 69 pacientes respectivamente. Assim encontrou-se que 119 pacientes, 90,15% da amostra

estudada, encontra-se nos segundo e terceiro quartis. Somente dois pais apresentaram alta satisfação uma vez que neste grupo o responsável respondia ao questionário.

Portanto, apesar das falhas existentes no serviço ofertado ao indivíduo com fissura labiopalatina na FO-UFMG, 90,15% deste grupo de pacientes apresentam baixa ou média satisfação com o mesmo. Este resultado concorda com Freitas (1998). A autora avaliou a satisfação de um grupo de pacientes atendidos no HRAC, e encontrou que 96.77% estavam parcialmente satisfeitos. Lages (1999), avaliando a satisfação dos pacientes com fissura labiopalatina atendidos na clínica de Ortodontia da FO-UFMG encontrou 73,5% da amostra satisfeita com os serviços prestados.

Buscando conhecer-se mais sobre o pensar dos pacientes e profissionais entrevistados, passou-se à análise das proposições e respectivas notas. Cada questionário apresentava inicialmente proposições de caráter positivo e posteriormente proposições de caráter negativo. À primeira parte denominou-se dimensão positiva e à segunda dimensão negativa. Os temas e resultados mais interessantes, de cada dimensão, serão agora apresentados e discutidos.

Para 86,3% dos pacientes a FO-UFMG resolve todos os problemas de tratamento do paciente com fissura. Provavelmente os entrevistados pensaram somente nos problemas odontológicos, uma vez que a Faculdade de Odontologia não resolve todas as necessidades destes pacientes. O resultado esperado era de que a maioria discordasse desta proposição. Percebe-se que a falha nesta proposição não foi detectada no estudo piloto. Pode-se também pensar que para os pacientes o fato de estar inserido em um serviço já garantiria a resolução de todos os problemas.

O relacionamento interpessoal é citado na literatura como importante fator de satisfação num serviço de saúde (PEREIRA, 1995). Os dentistas da FO-UFMG são amigáveis e educados para 98,5% dos entrevistados. Lages et al (1999) encontraram que 78% da amostra achavam que os profissionais da FO-UFMG tinham boa vontade para o atendimento dos indivíduos com fissura labiopalatina, o que concorda com os achados desta investigação.

Quanto a pontualidade no atendimento, outro importante aspecto a ser avaliado em um serviço de saúde para medir-se a satisfação do usuário (Pereira, 1995), 80,2% concordaram que o atendimento na FO-UFMG apresenta pontualidade satisfatória.

Os tratamentos para a correção da fissura são bem explicados e fáceis de entender para 81,1% da amostra. Lages (1999) encontrou que 36,2% da amostra estudada achavam as informações fornecidas pelos profissionais insatisfatórias.

Um dos aspectos mais relevantes na prestação de serviços é, certamente, o grau de informação, orientação e esclarecimento que é dispensado à clientela ou ao usuário. Aliás, é condição indispensável esse tipo de relação entre profissionais e pacientes, uma vez que em toda a prática odontológica, o paciente é sujeito intrínseco no sistema assistencial (MARCOS, 1984).

No questionário respondido pelos profissionais, esperava-se encontrar uma unanimidade quanto à gratificação pessoal de trabalhar com estes pacientes, uma vez que se trata de um serviço voluntário, por parte dos profissionais, o que não ocorreu. Concordaram com esta afirmação 90,9% da amostra.

Por voluntário define-se: *aquele que procede de livre iniciativa, espontaneamente, sem sofrer coação de nenhuma parte. Que pratica um ato sem ser forçado ou sem ser constrangido* (MAIA, 1995).

Houve unanimidade quanto à oportunidade de crescimento humano por estar inserido nestes projetos, todos concordaram totalmente. Quanto a esta experiência ser uma boa oportunidade de aprendizado técnico-científico repetiu-se a unanimidade na concordância total.

Para 81,9% da amostra o projeto de atendimento ao indivíduo com fissura constitui-se numa das atividades mais relevantes no âmbito da FO-UFMG. Os profissionais acreditam que este projeto vai evoluir para um atendimento integral e com capacidade resolutiva (81,8%) e que o serviço ofertado na FO-UFMG ao indivíduo com fissura é significativo e não poderia deixar de existir (90,9%).

A análise estatística descritiva da dimensão positiva mostra coeficientes de variação médios, por esta análise conhece-se a satisfação dos indivíduos (TAB. 7).

TABELA 7
Dimensão positiva da satisfação

Dados	criança	adolescente	adulto	profissional
CV(coeficiente de variação)	16,2%	13,8%	17,7%	12,44%
média	24,7	23,9	23,7	50,6
desvio padrão	4	3,3	4,2	6,3
máxima	30	30	30	60
mínima	17	17	10	40

Na dimensão negativa buscou-se conhecer as insatisfações e dificuldades sentidas pelos indivíduos com fissura labiopalatal e profissionais envolvidos no serviço.

O acesso é importante aspecto a ser avaliado na resolutividade de um serviço, segundo Campos (1988). Não é fácil conseguir vaga para tratar na FO-UFMG é a opinião de 37,2% da amostra de pacientes. Para 29,5% também não é fácil conseguir vaga para os outros tratamentos necessários fora da FO-UFMG. Estes achados concordam com os de Lages (1999), nas quais 62,1% da amostra estudada relataram dificuldades para se conseguir tratamento para as seqüelas da fissura labiopalatina.

A comunicação entre os profissionais da FO-UFMG que participam deste projeto é satisfatória para 81,9% dos profissionais e não satisfatória com os profissionais que atendem e estes mesmos pacientes em outras instituições para 27,3%. Percebe-se que a insatisfação quanto ao quesito comunicação interinstituições é um problema a ser analisado, pois a literatura mostra como tal deficiência prejudica a reabilitação destes indivíduos (ROSS & PATEL, 2003). Isto agrava a falha apontada pelos pacientes que é a dificuldade de se conseguir vagas para outros tratamentos fora da FO-UFMG. A dificuldade de se encaminhar pacientes para outras clínicas da FO, outras escolas da UFMG e outras instituições, como hospitais, centros de saúde, clínicas de associações entre outras foi um problema apontado pelos profissionais. Os profissionais concordam que é sempre muito difícil encaminhar para outras clínicas da FO (63,6%), para outras escolas da UFMG e outras instituições (81,8%).

Esta dificuldade de encaminhamento sentida pelos profissionais da FO certamente traz deficiências ao resultado final do tratamento e gera insatisfação aos pacientes, pois estes

são os verdadeiros prejudicados, comprometendo sem dúvida nenhuma, a resolutividade do serviço ofertado na FO-UFMG.

Para 53,8% da amostra é muito difícil ir a diversos lugares diferentes para buscar os tratamentos necessários para a reabilitação do indivíduo com fissura. A criação de um centro que prestasse atenção integral ao indivíduo com fissura labiopalatal beneficiaria muito a este grupo. Dificuldade financeira para ir a todas as consultas marcadas foi mostrada por 59,9% dos pacientes, problemas financeiros são dificuldades relatadas por esta amostra.

Dificuldades financeiras também são um problema para a qualidade do serviço, segundo os profissionais; 90,1% destes concordam que o atendimento ao indivíduo com fissura na FO-UFMG é difícil porque os recursos financeiros são sempre escassos.

O não credenciamento junto ao SUS, até o momento, para a prestação destes serviços na FO dificulta sobremaneira as melhorias necessárias a este serviço, pois a Faculdade não consegue arcar com as despesas, e a demanda é cada vez maior e os pacientes apresentam dificuldades financeiras para assumir estes tratamentos.

Ao avaliar-se a estatística descritiva da dimensão negativa observa-se menor homogeneidade nos valores do coeficiente de variação (TAB. 8).

TABELA 8
Dimensão negativa da satisfação

Dados	criança	adolescente	Adulto	profissional
CV(coeficiente de variação)	23,26%	22,94%	21,02%	13,26%
média	22,93	21,64	23,09	17,18
desvio padrão	5,33	4,96	4,85	2,36
máxima	30	30	30	22
mínima	7	10	13	14

Os três grupos de pacientes passaram a apresentar alto coeficiente de variação e o grupo dos profissionais passou da baixa para média variação, diferente do encontrado na dimensão positiva (SOARES & SIQUEIRA, 1999).

Buscou-se conhecer qual a maior deformidade decorrente da fissura labiopalatina na percepção do indivíduo que a apresenta. Para 75,8% da amostra o rosto é o mais severo problema decorrente da fissura, lembrando que 86% apresentam envolvimento do lábio. A voz é o mais severo defeito decorrente da fissura para 76,5% e o sorriso é o problema mais severo para 76,6%. Nota-se que 90% têm o palato envolvido na malformação e portanto são pacientes potenciais para problemas fonoarticulatórios. O convívio social é o maior problema do indivíduo com fissura para 57,6%.

Johnson et al (1956) afirmam que não há nada mais frustrante do que algo que interfere constantemente em nosso relacionamento com outras pessoas e poucas coisas atuam mais do que fala e estética imperfeita, sendo que freqüentemente indivíduos com essas deficiências evitam relacionar-se. A dificuldade na comunicação é um dos entraves evidentes.

Barbotin (1977) relata que o rosto é a parte do corpo morfologicamente mais diferenciada, a mais delicadamente modelada, aquela em que “a vida da consciência aflora e se traduz à observação do demais” Aceitar a fisionomia é acolher ao outro, introduzi-lo ao mundo pessoal, ratificá-lo, dar-lhe aceitação.

Da mesma maneira, a não aceitação da fisionomia é não acolher ao outro, ou seja, rejeitá-lo.

A severidade das três maiores seqüelas da fissura labiopalatina, rosto, voz e sorriso; é sentida com a mesma intensidade pelos indivíduos, o que é mostrado nos dados acima. Certamente, estas três seqüelas, rosto com cicatriz, voz nasalada e sorriso mutilado, geram dificuldades várias no convívio social. No entanto, na percepção do indivíduo este seria o menor problema. Talvez por não ser um problema concreto, de anatomia. Por outro lado, o indivíduo pode sentir ser este o maior problema, mas é doloroso refletir sobre o mesmo e admiti-lo, é mais difícil falar de sentimentos.

Wolf (1998) relata que boca, dentes e sorriso desempenham um papel de auto-referência e critério de aceitação social, além de profundos valores de fundo psíquico.

O sorriso em nossa sociedade anuncia bem-estar, alegria, segurança, auto-satisfação em relação ao outro, boa acolhida à aproximação. A autora conclui que a inibição do sorriso diminui a auto-estima, impede a demonstração de alegria e prejudica o convívio social.

Percebe-se que a odontologia é importante especialidade para a reabilitação destes indivíduos, uma vez que para 76.6% o maior problema é o sorriso e a literatura mostra o valor psíquico do sorriso. Quer seja no conhecimento do leigo, do profissional da saúde ou dos pacientes, a Odontologia é a ciência responsável pela saúde da boca, e onde está o sorriso? Entende-se que é da Odontologia, o nobre e valoroso papel, de dar conta desta deformidade estampada nos indivíduos com fissura labiopalatina.

O aspecto negativo para o convívio social que carrega o indivíduo com fissura labiopalatina não deve ser negligenciado na reabilitação.

5.4 O paciente com fissura labiopalatina, seus problemas e o potencial resolutivo do serviço ofertado na FO-UFMG

Buscando-se oferecer uma visão geral das necessidades assistidas e não assistidas dos pacientes atendidos na FO-UFMG, construiu-se a FIGURA 2. A área da figura em cor verde representa o elenco de necessidades que a população do estudo conseguiu solucionar, enquanto a área em azul representa a lacuna de procedimentos extremamente necessários porém não realizados.

Diagnóstico pré-natal			
Orientações e apoio no nascimento		Psicológico	
		Sobre o aleitamento	
		Sobre a fissura	
		Encaminhamentos	
Cirurgias primárias	Queiloplastia 1º tempo	A tempo	
		Tardia	
	Queiloplastia - 2º tempo		
	Palatoplastia	A tempo	
		Tardia	
		Não realizada	
	Enxerto alveolar	A tempo	
Tardia			
Rinoplastia - adulto			
Suporte necessário	Fonoaudiologia	Criança	
		Adolescente	
	Psicologia	Criança	
		Adolescente	
		Adulto	
Tratamento conseguido	Clínica Odontológica	Criança	
		Adolescente	
		Adulto	
	Clínica Ortodôntica	Criança	
		Adolescente	
		Adulto	
	Clínica Médica	Criança	
		Adolescente	

FIGURA 2
Visão panorâmica de acesso a tratamentos, pacientes com fissura labiopalatina atendidos na FO-UFMG, 2004

Vê-se que diagnóstico pré-natal e apoio no nascimento somente uma pequena parcela teve acesso. As cirurgias plásticas primárias ainda que tardiamente são realizadas. No entanto, as cirurgias de enxerto e rinoplastia não são tão acessíveis.

Os suportes terapêuticos de fonoaudiologia e psicologia são muito pouco acessíveis à maior parte da amostra. Os tratamentos odontológicos e ortodônticos são acessíveis por tratar-se de uma amostra da FO-UFMG.

Observando-se apenas graficamente a FIGURA 2, nota-se que ainda existe muito a se fazer.

Está claro que a maior incidência do tipo de fissura labiopalatina é também a mais severa manifestação. Isto complica o tratamento e a busca para se alcançar a oferta de reabilitação integral para estes indivíduos. O grupo das fissuras trans-forame traz consigo uma série de alterações anatômicas e funcionais de difícil resolução. Inclusive existem controvérsias a respeito de protocolo de tratamento e época ideal para determinados procedimentos.

Portanto, a complexidade e longevidade do tratamento das seqüelas da fissura labiopalatina, constituem-se em uma difícil realidade a ser enfrentada pelas instituições que se propõe a atender os indivíduos com esta malformação.

Pensa-se que o amparo ideal e integral a estes indivíduos e familiares não depende de um centro, mas sim do sistema. Pois a reabilitação começa no diagnóstico durante o pré-natal e só termina na fase do adulto jovem.

Para Campos (2003) os sistemas integrais deveriam atender a algumas premissas básicas: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e famílias.

Pensa-se ser este aspecto, integralidade, essencial a qualquer serviço que se disponha a atender indivíduos com fissura labiopalatal.

É uma grande conquista do campo da saúde utilizar termos como satisfação, qualidade, resolutividade e cuidado e, é uma conquista recente que não deve ser esquecida.

A satisfação do usuário inserido em um serviço de saúde é um dado de valor para buscar-se melhorias. No entanto, a obtenção destes dados é um processo complexo.

Para pesquisar-se a satisfação de indivíduos com fissura, esta complexidade é aumentada, pois o relacionamento destes com o sistema é longo e cansativo, como relatado por um paciente.

Vê-se que é um grande desafio a estruturação de um centro de atenção ao indivíduo com fissura labiopalatina que seja resolutivo e que gere satisfação aos usuários e profissionais.

A humanização do atendimento ao indivíduo com fissura não existe, caso não haja integração psicossocial do mesmo.

É evidente que a dor é de quem tem, só quem nasce com esta malformação conhece seus efeitos e defeitos. Mas a equipe que se dispõe a trabalhar com estes indivíduos precisa ter conhecimento e consciência do tamanho desta dor.

O indivíduo possuidor de um traço, uma característica diferente, uma deformidade física, pode ser rejeitado e até afastar aqueles que encontra. A possibilidade de atenção para os seus outros atributos é destruída. Nesse caso diz-se que o indivíduo possui um estigma, ou seja, “está inabilitado para a aceitação social plena” (GOFFMAN, 1998).

Segundo o dicionário Magno da língua portuguesa (Maia, 1996), estigma significa: *cicatriz, marca, sinal, labéu; marca de ferro deixado no corpo de escravos, ladrões, nos tempos antigos.*

“Nasci com uma fenda no lábio e no palato. Sentia-me um tanto triste por trazer esta lesão em meu rosto e por ter uma voz diferente. Quando criança, não sentia tanto o problema. Não sentia no olhar alheio que havia um certo espanto e, às vezes, até um pouco de repugnância. Mas não se é criança por toda a vida e com o passar dos anos fui ficando mocinha, adulta e começava a enfrentar a sociedade, a escola, os bailes, o primeiro emprego. Foi aí que minha estética começou a me fazer retrain para um mundo fechado, quase só meu. E por que não dizer que meu rosto me envergonhava. Comecei a sentir um pouco de ódio, um complexo que infernizava minha vida. Às vezes, fechada em meu quarto, olhava-me no espelho e via refletida uma imagem jovem mas cansada, sofrida, um rosto que trazia uma cicatriz e, junto com ela, um milhão de problemas. Muitas vezes, até mesmo cheguei a achar que tudo que não dava certo era devido ao meu rosto deformado, minha face alterada...¹”

(¹ www.entreamigos.com.br, Descritos de uma paciente do HRAC)

O acompanhamento psicológico ao paciente e seus familiares é de suma importância, já que conviver com o estigma da fissura é um processo difícil e que deve ser aprendido.

As orientações aos pais e familiares devem ser dadas o mais cedo possível, visando aliviar as tensões e diminuir as reações negativas pelo impacto da fissura, proporcionando à criança um ambiente mais propício ao desenvolvimento adequado.

Não é possível uma reabilitação integral a estes indivíduos sem um atendimento humanizado.

Segundo FERREIRA (2004) é necessária uma luta constante do SUS e de Universidades, como parceiros e até mesmo cúmplices, para se garantir vitórias no campo da saúde.

Para a mesma autora, a horizontalização dos programas deve começar nos cursos de graduação, como estratégia para a integralidade. Neste sentido a formação do profissional deve contemplar a equipe. Pois assim ele irá trabalhar, este é o modelo atual de um sistema de saúde. A Universidade tem a competência de produzir conhecimento e deve fazê-lo, caso necessário, interferindo inclusive nas políticas vigentes.

Pensa-se portanto ser de grande atualidade no campo saúde discutir-se resolutividade e integralidade, princípios intimamente atrelados à reabilitação do indivíduo com fissura labiopalatina.

6 CONCLUSÕES

1 O atendimento ofertado a indivíduos com fissura labiopalatina na FO-UFMG apresenta baixo potencial de resolutividade

2 Apesar dos problemas existentes os pacientes estão satisfeitos com o serviço ofertado na FO-UFMG
3 Os pacientes percebem com a mesma severidade o problema do rosto, voz e sorriso
4 Os pacientes apresentam dificuldades financeiras para comparecer às consultas marcadas

5 Há graves problemas de encaminhamento para procedimentos essenciais

6 Os pacientes acham difícil ir a vários lugares diferentes para buscar os tratamentos necessários

7 Os profissionais estão satisfeitos por trabalharem neste serviço
8 A criação de um centro de reabilitação na UFMG solucionaria grande parte dos problemas encontrados

7 * REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 ABYHOLM, F.E. Cleft Lip and Palate in Norwegian population. II. A Numerical Study of 1555 CLP-Patients admitted for Surgical Treatment 1954-75. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.* v.12, p. 35-43, 1978.

2 ANDRADE, D.; ANGERAMO, E.L.S. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou palato. *Rev Latino am. Enfermagem.* 9(6): 91-7. nov,2001.

3 ÂNGELO, M.A.L. Auto-estima de portadores de fissura. *Psicologia*, v.20, p.1-20, 1994.

4 BACHEGA, M.I. *Má-formação lábio-palatal em pacientes de 14 a 18 anos, atendidos há cinco anos ou mais, em hospital especializado: percepção do defeito e percepção sobre a instituição.* Bauru, SP. 1993, 173p. Dissertação, Mestrado em Enfermagem – Escola Paulista de Medicina, USP.

5 BEARN, D.; MILDINHALL, S.; MURPHY, J.; SELL, D.; SHAW, W.C.; SANDY, JR. Cleft lip and palate care in the United Kingdom – the clinical standards advisory group study. Part 4: outcome comparisons, training and conclusions. *Cleft Palate Craniofac. J.* 38(1): 38-43, jan, 2001.

6 BERKOWITZ, S. *The Cleft Palate Story.* Chicago: Quintessence, 1994.219p.

7 BERLIN, A.J. *Classification of cleft lip and palate.* In: GRAB, W.C., et al. *Cleft Lip and Palate: Surgical, Dental and Speech aspects.* Boston: Little & Brown, 1971, p.66-80.

8 BOYNE, P.J., SANDS, N.R. Combined orthodontic-surgical management of residual palato-alveolar cleft defects. *Am. J. of Ortho.* v.70, n.1, p.20-37, July, 1976.

9 BOYNE, P.J., SANDS, N.R. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. *J. Oral Surg.* v.30, p.87-92, Feb, 1972.

10 BRODER, H.L., SMITH, F.B., STRAUSS, R.P. effects of visible and invisible orofacial defects on self-perception and adjustment across developmental eras and gender. *Cleft Palate J.*, v.31, p.429-36, 1994.

Baseadas no *Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas.* FRANÇA, J.L. et al. 6ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003, 230p.

- 11 CAMARGO JR., K. R. .As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A (Org) *Os sentidos na integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 11-15.
- 12 CAMPOS, F.E. *Uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. 1988, 264p.Tese. (Doutorado em Saúde Pública).
- 13 CAMPOS, C.E.A . O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003
- 14 CANADY, J., KARNELL, M., MARSH, *The first four years*. 3.ed. Chapel Hill: Cleft Palate Foundation, 1998. 24p.
- 15 CANADY, J.W., MEANS, M.E., WAYNE, I.; THOMPSON, S., RICHMAN, L.C. Continuity of care: University of Iowa – Cleft Lip/Palate Interdisciplinary Team. *Cleft Palate Craniofac.*34(5): 443-6, sep. 1997.
- 16 CÂNDIDO, I.T. *Epidemiologia das fendas de lábio e/ou palato: estudo de recém-nascidos em dois hospitais de Porto Alegre no período de 1950 a 1974*. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1978. 41p. Dissertação. (Mestrado em Odontologia, Odontologia Social)
- 17 CAPELOZZA FILHO, L. et al. Ortodontia na dentadura mista em pacientes com fissura: Avaliação da efetividade pelo exame da oclusão na dentadura permanente. *Ortodontia*, v.28, n.2, p.71-78, maio/jun/jul/ago. 1995
- 18 CAPELOZZA FILHO, L., SILVA FILHO, O.G. Fissuras lábio-palatais. In: PETRELLI, E. *Ortodontia para fonoaudiologia*. Curitiba: Editora Lovise, 1992, p.197-239.
- 19 CLIFFORD, E. & CROCKER, E.C. Maternal responses: the birth of normal child compared to the birth of a child with a cleft. *Cleft Palate Journal* ., v.24, p.244-249, 1987.
- 20 CLIFFORD, E. Commentary. *Cleft Palate,J.*, v.28, p.284, 1991.
- 21 CONTANDRIOPOULOS, A.P., CHAMPGNE, F., DENIS, J.L., PINEAUT, R. *Avaliação na área da saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.29-48, 1997.
- 22 CONWAY, H., WAGNER, K.J. Incidence of clefts in New York City. *Cleft Palate J.*, v.3, n.3, p.284-290, July 1966.
- 23 DAVIS, J.S. & RITCHIE, H.P. Classification of congenital clefts of the lip and palate. *JAMA*, v.79, p.1323-1327, 1922.

- 24 CUMMINGS, S.R.; STEWART, A; HULLEY, S.B. Designing questionnaires and data collection. In: HULLEY, S.B. et al. *Designing Clinical Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. cap. 15. p.231-245.
- 25 DEAN, A.G. et al. *Epi Info, Version 6: a word processing, database and statistics program for epidemiology on micro-computer*. Atlanta: Centers for Disease Control, 1990. 367p.
- 26 DROTAR, D. et al. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*, v.56, n.5, p.710-717, Nov 1975
- 27 EPKER, B.N., WOLFORD, L.M. *Dentofacial Deformities*. St. Louis, Cv Mosby, 332-371, 1980.
- 28 FERREIRA, E.F. A atenção integral e a gestão da saúde. In: 39^a. *Reunião da Associação Brasileira de Ensino Odontológico*, 2004, Belo Horizonte.
- 29 FONSECA, E.P. da REZENDE, J. R. V. de. Incidência das malformações do lábio e do palato. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v.9, n.1. p. 45-58, jan/jun, 1971.
- 30 FOUCALT, M. *Microfísica do poder*. Ed. Graal. Rio de Janeiro, 1979.
- 31 FREITAS, P. Z. *Conhecimento, satisfação e expectativas de pacientes portadores de fissura de lábio e palato quanto ao tratamento reabilitador em um hospital especializado*. Araraquara. Dissertação Mestrado. Faculdade de Odontologia Araraquara, Unesp, 1998.
- 32 FURLANETO, E.C.; PRETTO, S.M. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de defeitos da face da PUC-RS. *Rev. Odonto. Ciência*; 15(29):39-56.
- 33 GALLBACH, J.R. & FERREIRA, E.F. A auto-estima dos portadores de fissura labiopalatal atendidos na FO-UFMG. *Pesquisa Odontológica Brasileira*. Anais do 19 da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 2003.
- 34 GALLBACH, J.R. & FERREIRA, E.F. Caracterização dos pacientes portadores de fissura labiopalatal atendidos na FO-UFMG. *Pesquisa Odontológica Brasileira*. Anais do 20 da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 2002.
- 35 GALVÃO, C.N.; PEREIRA, C.B.; BELLO, D.R.M. Prevalência de maloclusões na América Latina e considerações antropológicas. *Rev. Ortodontia*. V.27, n.1, jan-abril, 1994.
- 36 GENTIL, R.M.; LEAL, S.M.R., SCARPI, M.J. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftamologia da USP. *Arq. Brás. Oftamol.* 66(2): 159-165, mar-abr. 2003.

- 37 GIBBS, J.M. Cleft palate babies: one mother's experience. *Nurs. Care*, v.6, p.19-23, 1973.
- 38 GILMORE, S.I., HOLFMAN, S.M. Clefts in Wisconsin: incidence and related factors. *Cleft Palate J.*, v.3, p.186-199, Apr. 1966.
- 39 GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.158p.
- 40 GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Ed. Record, Rio de Janeiro, 2001.
- 41 GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e Organização Social das Profissões de Saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. Tese de Doutorado apresentado ao DMPS/FMUSP, 1986.
- 42 GREENE, J.C., et al. S. Epidemiologic study of cleft lip and cleft palate in four states. *J. Amer. Dent. Assoc.*, v.68, n.3, p.387-404, Mar. 1964.
- 43 GREENE, J.C., et al. Utilization of birth Certificates in Epidemiologic Studies of Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate J.*, v.2, p.141-156, Apr. 1965.
- 44 GUIMARÃES, R.C.C. *Inquérito Epidemiológico da fissura lábio-palatal no município de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.101p. Dissertação. (Mestrado em Odontologia, Saúde Coletiva).
- 45 HARKINS, C.S. et al. A classification of cleft lip and cleft palate. *Plast. Reconstr. Surg.*, v.44, n.1, p.11-15, Jan. 1986.
- 46 HARTZ, Z.M. *Evaluation du Programme de Santé Infantile dans une Région du Nord-Est du Brésil*, 1993. Tese de Doutorado, Montreal: Universidade de Montreal.
- 47 HELLER, A., TIDMARSH, W., PLESS, I.B. A psychological functioning of young adults born with cleft lip or palate: a follow up study. *Clin. Pediatr.*, v.20, p.459-65, 1981.
- 48 HOTZ, M.M., GOINSKI, W. Comprehensive care of cleft lip and palate children at Zürich University: A preliminary report. *Amer. J. of Ortho.*, v.70,n.5,p.481-504, Nov. 1976.
- 49 IBGE – *Divisão Territorial do Brasil com indicação das unidades da federação, das mesorregiões geográficas e municípios, com os respectivos códigos*. In : Censo Demográfico 2000: resultados do universo relativos às características da população e dos municípios. Brasília: IBGE, 2000.

- 50 INGALLS, T.H. et al. Cleft lip and palate: epidemiologic considerations. *Plastic and Reconstructive Surg.*, v.34, n.1, p.1-10, July 1964.
- 51 JONHSON, W. et al. *Speech handicapped school children*. New York, Harper, 1956.
- 52 JORGENSEN, R.J. et al. *The Genetics of Cleft Lip and Palate: Information for Families*. 2 ed.Chapel Hill: Cleft Palate Foundation, 1996.7p.
- 53 JOVCHELOVTICH, S. *Representações Sociais e esfera pública*. Ed. Vozes, Petrópolis, 2000.
- 54 KAPP, K. Self concept of the cleft lip and palate child. *Cleft Palate J.* , v.16, p.171-76, 1979.
- 55 KERNAHAN, D.A. The striped Y – a symbolic classification for cleft lip and palate. *Plast. Recons. Surg.*, v.47, n.5, p.469-472, May 1971.
- 56 LAGES, E.M.B. *Condições de saúde bucal em indivíduos fissurados e sua percepção do sistema de atenção e das seqüelas inerentes*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 1999.115p. Dissertação. (Mestrado em Odontologia, Clínica Odontológica).
- 57 LEBOW, J.L. Consumer Assessments of the quality of Medical Care. *Med. Care*. V.12, n.4, p.328-37, 1974.
- 58 LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, AM.C., TEIXEIRA, J.J.V. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. 138p.
- 59 LOFFREDO, L.C.M. Prevalência das fissuras orais no Brasil de 1992 a 1994. In: *IADR*, 1999, Vancouver.
- 60 MARCONI M.A. & LAKATOS E.M., *Técnicas de pesquisa*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1988. 231p.
- 61 MARCOS, B. *Pontos de Epidemiologia*. Belo Horizonte: ABO, 1984, 389p.
- 62 MASLOW, A.H., *Motivation and personality*. 2 ed. New York: Harper & How, 1970.
- 63 MATTOS, R.A . Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A (Org) *Os sentidos na integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.
- 64 MERCER, N. Cleft lip and palate deformities in children. *Br. J. Oral. Surg.*, v.32, p.340, 1994.

- 65 MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hubitec/Abrasco, 1992.
- 66 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 126 de 17 set. 1993*. Diário Oficial, Brasília, 21 set. 1993. Seção 1, p.14084.
- 67 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n.431 de 14 nov. 2000*. Diário Oficial, Brasília, 29 dez. 2000.
- 68 MIRANDA, E., MARTINELLI, A J. *Aspectos genéticos das malformações crâniofaciais*. 18o Curso de Malformações Congênitas Lábio-Palatais, Laboratório de Genética e Citogenética Humana. Bauru: HPRLLP-USP, v.1, ed 1, out., 1994, 54p. (Mimeografado).
- 69 MORRIS, H. *Etiological bases for speech problems*. In: Spriestersbach, D.C. & Sherman, D. *Cleft palate and communication*. New York, Academic Press, 1968, p.119-168.
- 70 MOYERS, R.E. *Ortodontia*. 4 ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 438p.
- 71 NADANOVSKI, P.. *Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais*. In: PINTO, V.G.. *Saúde bucal coletiva*. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000: 293-310.
- 72 NAGEM FILHO, H. et al. *Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru*. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo*. São Paulo, v.6, n.2, p.111-118, abr/jun, 1968.
- 73 NOAR, J.H. *Questionnaire survey of attitudes and concerns of patients with cleft and palate and their parents*. *Cleft Palate Craniofac. J.* v.28, p.279-84, 1991.
- 74 Oficina de Evaluation Tecnologica (OPAS); *Evaluation de la Eficacia y Seguridad de la Tecnologia Medica: Estudio de Casos*. Cap. 3, 1978.
- 75 PASHAYAN, H.M., McNAB, M. *Simplified Method of Feeding infants Born With Cleft Palate Wiht or Without Cleft Lip*. *Am. J. Dis. Child.*, v.133, p.145-147, 1979.
- 76 PAYNTER, E.T.; WILSON, B.M.; JORDAN, W.J. *Improved patient compliance with cleft palate team regimes*. *Cleft Palate Craniofac. J.* 30(3): 292-301, may 1993.
- 77 PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Cap. 24. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 594p.
- 78 PERES, S.P.B.A, SPIRI, W.C. *Primeiros cuidados com a criança portadora de fissura: alimentação e higiene*. Bauru: HRPLLUP-USP, 1988. 6p. (Mimeogr.)

- 79 PINHEIRO, R. .As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integridade. In: 9 PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A (Org) *Os sentidos na integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 65-112.
- 80 PINTO, V.G. *Saúde Bucal Coletiva*. 4 ed. São Paulo: Editora Santos. 2000. 541p.
- 81 *Portaria SAS N°431*, Diário Oficial da União, p.86-88. dez. 2000.
- 82 *Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. Critérios para a geração de indicadores de qualidade e produtividade no serviço público*. Brasília, Instituto de pesquisa econômica e aplicada (IPEA), mimeografado, 15p., 1990.
- 83 RAMSTAD, T. et al. Psychosocial adjustment in Norwegian adults who had undergone standardised treatment of complete cleft lip and palate. II. Self-reported problems and concerns with appearance. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Han. Surg.*, v.29, n.4, p.329-336, Dec.1995.
- 84 RASMUSSEN, U.W. *Manual da metodologia do planejamento estratégico*. São Paulo: Aduaneiras, 257p., 1990.
- 85 RICHMAN, L.C. Self-reported social, speech, and facial concerns and personality adjustment of adolescents with cleft lip and palate. *Cleft Palate J.*, v.20, p.108-12, 1983.
- 86 ROSS, E.;PATEL, Z. Reflections on the cleft experience by South African adults: use of qualitative methodology. *Cleft Palate Craniofac J.* 40(5):471-80, sep. 2003.
- 87 SANDHAL, B. Seasonal incidence of some congenital malformations in Sweden. *Acta Paediatr. Scand.*, 66: 65-72, 1977.
- 88 SANDY, JR.; WILLIAMS, AC., BEARN, D.; MILDINHALL, S.; MURPHY, J.; SELL, D.; SHAW, W.C. The clinical standards advisory group study. *Br. J. Orthod.* 25(1); 21-30, feb. 1998.
- 89 SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.48, n.2, p.109-119, abr/jun, 1995.
- 90 SAXEN, I. Cleft lip and palate in Finland: parental histories, course of pregnancy and selected environmental factors. *Int. J. Epidemiol.*, v.3, n.3, p.263-270, 1974.
- 91 SCHMIDEL, A ;CUCCHI, M.; GEIB, L. Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais na rede municipal de saúde. *Rev. Med. Hosp. São Vicente de Paulo.* 7(16): 5-13, jan-jun, 1995.

- 92 SILVA FILHO, O.G.; LAURIS, R.C.M.C.; CAVASSAN, AO. Pacientes fissurados de lábio e palato: efeitos suscitados pela queiloplastia. *Ortodontia*, v.23, n.3, p.25-34, 1990.
- 93 SILVA FILHO, O.G. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Revista Brasileira de Cirurgia*. Rio de Janeiro, v.82, n.2, p.59-65, mar/abr, 1992.
- 94 SILVA FILHO, OG., ALMEIDA, R.R. Fissuras lábio-palatais, o que o cirurgião dentista precisa saber. *Rev. Fac. Odont. Lins*, v.5, n.2, p.7-18, jul/dez., 1992.
- 95 SILVA FILHO, OG., et al. Enxerto ósseo alveolar em pacientes fissurados: realidade e perspectiva. *Ortodontia*, v.28, n.1, p. 34-45, jan/fev/mar/abr. 1995.
- 96 SILVA FILHO,OG. et al. Abordagem ortodôntica ao paciente com fissura unilateral completa de lábio e palato. *Ortodontia*, v.31, n.3, 32-44, set/out/nov/dez. 1998.
- 97 SIMEANT, S. Estudiode la capacidad resolutive de la demanda em atención de salud a nível primário . Cuardenos *Medico-Sociales*. V.24, n.4, p.170-84, 1983.
- 98 SOARES, J.F.; SIQUEIRA, A.L. *Introdução à estatística médica*. Belo Horizonte,: Departamento de estatística – UFMG, 1999. 300p.
- 99 SONIS, A. & PAGANINI, J.M. *La atención de la salud: características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención – Atención de la salud, parte II, cap. 4*. Ed. “El Ateneo”. Buenos Aires, 1984.
- 100 SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugetão de modificação. *Rev. Hosp.Clin. Fac. Med. S. Paulo*, v.27, n.1, p.5-6, 1972.
- 101 STASSEN, L.F.A. Cleft lip and palate deformities in children. *Br. J. Oral. Surg.*, v.32, p.340, 1994.
- 102 STYER, G.W., FREEH, K. Feeding Infants with Cleft Lip and/or Palate. *J. Nurs.*, v.10, n.5, p.329-332, 1981.
- 103 TAN, R.T.; BURKE, F.J.T. Response rates to quest. Mailed to dentists. A review of 77 publication. *Int. Dent. J. London*, v.47, n.6, p.349-54, dec. 1997.
- 104 THOMÉ, S. *Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1990. 244p. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem).
- 105 TISZA, V.B. et al. Psyatric observations of children with cleft palate. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 28: 416-23, 1958.

- 106 TURNER, S.R. et al. Psychological outcomes amongst cleft patients and their families. *Br. Plast. Surg.* V.50, p.1-9, 1997.
- 107 TURRINI, R.N.T. *Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região da grande São Paulo*. Tese. Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, USP. 2001.
- 108 VANDERAS, A.P. Incidence of cleft lip, cleft palate and cleft lip and palate among races: a review. *Cleft Palate Journal*, Pittsburgh, v.24, n.3, p.216-225, July 1987.
- 109 VEAU, V. apud BERLIN, A.J. *Classification of cleft lip and palate*. In: GRAB, W.C., et al. *Cleft Lip and Palate: Surgical, Dental and Speech aspects*. Boston: Little & Brown, 1971, p.66-80.
- 110 VILAÇA, E.L. *Será que os alunos da macro disciplina de Clínica Integrada de atenção Primária da Faculdade de Odontologia da UFMG sabem prescrever: anti-inflamatórios, analgésicos e antibióticos*. Doutorado em Odontologia. Área de concentração Clínica Integrada. USP. 144p. São Paulo, 2003.
- 111 WARREN, D.W., DRAKE, A.F. Cleft nose. Form and function. *Clin. Plast. Surg.*, v.20, n.4, p.769-779, Oct 1993.
- 112 WERNECK, M.A F. *A reforma sanitária no Brasil*. In: Brasil, Ministério da Saúde. Guia curricular para formação do ACD para atuar na rede básica do SUS. Áreas III e IV. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, 326p.
- 113 WHO, J. Expert Committee on Health statistics em While, K.L.: Health care arrangements in the USA the *Milbank Memorial Fund Quartekly*, v.50, n.4, 1972.
- 114 WILLIAMS, AC., BEARN, D.; MILDINHALL, S.; MURPHY, J.; SELL, D.; SHAW, W.C.; SANDY. Cleft lip and palate care in the United Kingdom – the clinical standards advisory group study. Part 2: dentofacial outcomes and patient satisfaction. *Cleft Palate Craniofac.* 38(1):24-9, jan 2001.
- 115 WILLIAMS, AC., BEARN, D.; MILDINHALL, S.; MURPHY, J.; SELL, D.; SHAW, W.C.; SANDY. Cleft lip and palate care in the United Kingdom – the clinical standards advisory group study. Part 1: background and methodology. *Cleft Palate Craniofac.* 38(1):2-3 jan 2001.
- 116 WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Revista da APCD.* V.52, n.4, p.307-16, jul/ago, 1998.

ANEXOS

ANEXO A

Parecer COEP

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

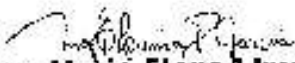
Parecer nº. ETIC 064/04

Interessada: Profa. Dra. Efigênia Ferrelra e Ferreira
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP após cumprimento das solicitações de diligência, aprovou no dia 02 de abril de 2004 o projeto de pesquisa intitulado « Paciente Portador de Fissura Labiopalatal: Análise da Resolutividade do Atendimento na Faculdade de Odontologia da UFMG. » e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Márcia Elena Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO B

TCLE para pais ou responsáveis

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Av. Antônio Carlos, 6.627 - Pampulha - Belo Horizonte MG - CEP 31270-901

Termo de Esclarecimento

Prezado responsável

Meu nome é Juliana Rodrigues Gallbach, e atualmente estou cursando o Mestrado em Odontologia da UFMG, área de concentração em Saúde Coletiva. Neste estudo pretendo verificar como está o atendimento que seu filho (a) tem recebido nesta escola, o que ele (ela) teve que fazer até hoje para solucionar o problema e o que ainda falta para completar o tratamento.

Para isto, preciso que você permita que eu examine a ficha de seu filho(a) nesta Faculdade e também, que me responda a um questionário e a uma ficha referente ao tratamento de seu filho (a).

Seu nome e o do seu filho (a) não vão aparecer e, portanto vocês não serão identificados, em momento algum.

Acredito que este trabalho não oferece nenhum risco para vocês. Você pode aceitar ou não participar desta pesquisa e, se você não quiser, nada vai atrapalhar o tratamento de seu filho(a) aqui nesta Faculdade.

Você também não terá nenhum gasto extra já que a entrevista será feita no dia em que você teria que vir para trazer seu filho (a) para tratamento.

Agradeço desde já a sua colaboração e coloco-me à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, através dos telefones abaixo listados. Conto com sua valiosa colaboração

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2004.

Prof. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira - Orientadora

Telefone: 3499-2457

Juliana Rodrigues Gallbach - Mestranda

Telefone: 3291-9880

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Av. Alfredo Balena, 110 - 10º andar Santa Efigênia.

Telefone: 3284-9364

Juliana Rodrigues Gallbach
CROMG 22803

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Av. Antônio Carlos, 6.627 - Pampulha - Belo Horizonte MG - CEP 31270-901

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo que eu e meu filho (a) participemos desta pesquisa e pretendo colaborar para que seja estudado como está o atendimento ao paciente com fissura, na Faculdade de Odontologia da UFMG.

Declaro que fui informado de como esta pesquisa será feita, que eu não terei gastos extras e que minha colaboração será responder a um questionário e autorizar que olhem ficha a ficha do meu filho(a).

Declaro, também, que me foi assegurado o direito à não identificação, o direito a me recusar a participar e a certeza de que aceitando ou não, meu filho continuará o tratamento aqui.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2004.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura do paciente: _____
(para maiores de 7 anos)

ANEXO C

TCLE para pacientes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Av. Antônio Carlos, 6.627 - Pampulha - Belo Horizonte MG - CEP 31270-901.

Termo de Esclarecimento

Prezado paciente,

Meu nome é Juliana Rodrigues Gallbach, e atualmente estou cursando o Mestrado em Odontologia da UFMG, área de concentração em Saúde Coletiva. Neste estudo pretendo estudar como está o atendimento que você tem recebido nesta escola, o que você já fez até hoje para solucionar seu problema e o que ainda falta para completar o tratamento.

Para isto, preciso que você permita que eu examine sua ficha nesta Faculdade e também, que me responda a um questionário e a uma ficha referente ao seu tratamento.

Seu nome não vai aparecer e você não será identificado, em momento algum.

Acredito que este trabalho não oferece nenhum risco para você. Você pode aceitar ou não participar desta pesquisa e, se você não quiser, nada vai atrapalhar o seu tratamento aqui nesta Faculdade.

Você também não terá nenhum gasto extra já que a entrevista será feita no dia em que você teria que vir para tratamento.

Agradeço desde já a sua colaboração e coloco-me à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, através dos telefones abaixo listados. Conto com sua valiosa colaboração,

Belo Horizonte, ___ de _____ de 2004.

Prof. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira - Orientadora

Telefone: 3499-2457

Juliana Rodrigues Gallbach - Mestranda

Telefone: 3291-9880

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Av. Alfredo Balena, 110 - 10º andar Santa Efigênia.

Telefone: 3284-9364

Juliana Rodrigues Gallbach
CROMG 22803

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Av. Antônio Carlos, 6.627 - Pampulha - Belo Horizonte MG - CEP 31270-901.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa e colaborar para que seja estudado como está o atendimento ao paciente com fissura, na Faculdade de Odontologia da UFMG.

Declaro que fui informado de como esta pesquisa será feita, que eu não terei gastos extras e que minha colaboração será responder a um questionário e autorizar que olhem minha ficha.

Declaro, também, que me foi assegurado o direito à não identificação, o direito a me recusar a participar e a certeza de que aceitando ou não, continuarei tratando aqui.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2004.

Assinatura do participante: _____

ANEXO D

TCLE para profissionais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Av. Antônio Carlos, 6.627 - Pampulha - Belo Horizonte MG - CEP 31270-901.

Termo de Esclarecimento

Prezado profissional,

Meu nome é Juliana Rodrigues Gallbach, e atualmente estou cursando o Mestrado em Odontologia da UFMG, área de concentração em Saúde Coletiva. O meu projeto de pesquisa do Mestrado é: "Paciente portador de fissura labiopalatal: análise da resolutividade do atendimento na Faculdade de Odontologia da UFMG". O objetivo deste estudo será avaliar se o serviço ofertado está conseguindo resolver os problemas ou não, e conhecer as satisfações e insatisfações dos pacientes atendidos neste serviço e dos profissionais que trabalham no mesmo serviço.

A coleta de dados será realizada através de um questionário aplicado a todos os pacientes e profissionais envolvidos neste serviço.

Devo esclarecer que seu questionário não será identificado, e que as informações coletadas serão registradas e computadas globalmente, de maneira que, em hipótese alguma, nenhuma informação do profissional será divulgada, reservando-lhe o direito de sigilo. Portanto, não oferece nenhum risco e nenhum gasto para você e sua participação só ocorrerá se for de sua livre e espontânea vontade, não interferindo em nada no seu trabalho.

Agradeço desde já a sua boa vontade em participar desta pesquisa e coloco-me à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, através dos telefones listados abaixo

Conto com sua valiosa colaboração,

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2004.

Prof.ª Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira - Orientadora

Telefone: 3499-2457

Juliana Rodrigues Gallbach - Mestranda

Telefone: 3291-9880

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Av. Alfredo Balena, 110 - 10º andar Santa Efigênia.

Telefone: 3284-9364

Juliana Rodrigues Gallbach
CROMG 22803

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Av. Antônio Carlos, 6.627 - Pampulha - Belo Horizonte MG - CEP 31270-901.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa “ Paciente com fissura labiopalatal: potencial de resolutividade do atendimento na Faculdade de Odontologia da UFMG”.

Declaro que fui informado que esta pesquisa tem pôr objetivo avaliar a resolutividade deste serviço, buscando conhecer o que levaria a melhorias neste atendimento.

Declaro, também, que me foi assegurado o direito à não identificação e a confidencialidade das respostas e que, quando quiser, posso me recusar a continuar participar do estudo.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2004.

Assinatura do participante: _____

ANEXO E

Ficha para levantamento de dados referentes à caracterização da amostra e história de tratamento

Nome _____ Sexo ____ (M/F) Raça _____
 Telefone _____
 Data de nascimento ____/____/____ Idade atual do paciente _____ ano, meses
 Idade do Paciente quando deu entrada na FO-UFMG _____ ano, meses
 Classificação da fissura _____

Época da intervenção	Procedimento ou tratamento indicado	Sim	Não	Local (instituição/cidade)	Não se aplica	Não sabe
Pré-natal	Detecção da ocorrência da fissura					
Nascimento	Apoio psicológico aos pais					
	Orientação relativa ao aleitamento materno					
	Orientação relativa à ocorrência da fissura e suas seqüelas futuras					
	Encaminhamento a Centro de tratamento					
3 meses	Cirurgia de lábio					
6 meses	Cirurgia de lábio 2º tempo cirúrgico					
12-18 meses	Cirurgia de palato					
Infância	Acompanhamento fonoaudiológico					
	Acompanhamento psicológico					
	Acompanhamento odontológico					
	Acompanhamento pediátrico					
	Ortodontia interceptativa					
Adolescência	Acompanhamento fonoaudiológico					
	Acompanhamento psicológico					
	Acompanhamento odontológico					
	Acompanhamento médico					
	Ortodontia interceptativa/corretiva					
	Cirurgia de enxerto ósseo alveolar					
Adulto jovem	Acompanhamento psicológico					
	Acompanhamento odontológico					
	Ortodontia corretiva					
	Reabilitação protética e implantes					
	Cirurgia de nariz					
	Cirurgia ortognática					
	Cirurgias de reparos estéticos e funcionais					

Obs: _____

ANEXO F

Questionário de satisfação para pacientes

Proposições	A	B	C	D	E
	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não tenho opinião sobre isso.	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
A Faculdade de Odontologia resolve todos os problemas de tratamento do paciente com fissura.					
É fácil conseguir vaga para tratar na Faculdade de Odontologia – UFMG.					
É fácil conseguir vaga para todos os tratamentos que o paciente com fissura precisa.					
Os dentistas que atendem os pacientes com fissura na Faculdade de Odontologia são amigáveis e educados.					
Na Faculdade de Odontologia o paciente com fissura é sempre atendido na hora marcada.					
Os tratamentos para a correção da fissura são bem explicados e fáceis de entender.					
Para receber os vários atendimentos necessários é preciso ir a diferentes lugares e isso é muito difícil.					
Às vezes é difícil ir a todas as consultas marcadas por falta de dinheiro.					
Dos problemas decorrentes da fissura o mais grave é o que afeta o rosto.					
Dos problemas decorrentes da fissura o mais grave é o que afeta a voz.					
Dos problemas decorrentes da fissura o mais grave é o que afeta o sorriso.					
Dos problemas decorrentes da fissura o mais grave é que ele atrapalha o convívio com outras pessoas.					

ANEXO G

Questionário de satisfação para profissionais

Proposições	A	B	C	D	E
	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não tenho opinião	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
É muito gratificante trabalhar com portadores de fissura na FO.					
Os portadores de fissura geralmente são pacientes muito cooperativos, e por isso, é fácil lidar com eles.					
O projeto de atendimento ao portador de fissura da FO-UFMG oferece ao profissional uma boa oportunidade de crescimento humano.					
O projeto de atendimento ao portador de fissura da FO-UFMG oferece ao profissional uma boa oportunidade de aprendizado técnico-científico.					
Este projeto constitui uma das atividades mais relevantes no âmbito da FO-UFMG.					
A tendência é este projeto evoluir para um atendimento integral e resolutivo.					
A comunicação entre os profissionais da FO que participam deste projeto é satisfatória.					
A comunicação entre os profissionais de outros locais que participam deste projeto é satisfatória.					
Todos os profissionais da FO envolvidos neste projeto são comprometidos com um bom resultado.					
Todos os profissionais de outros locais envolvidos neste projeto são comprometidos com um bom resultado.					
O trabalho que vem sendo realizado através deste projeto é respeitado e reconhecido dentro da FO-UFMG.					
O atendimento ao portador de fissura é difícil porque os recursos financeiros são sempre escassos.					
O encaminhamento do paciente para outra clínica da FO é sempre muito difícil.					
O encaminhamento do paciente para outra escola da UFMG é sempre muito difícil.					
O encaminhamento do paciente para outra instituição é sempre muito difícil.					
O atendimento que vem sendo ofertado ao portador de fissura não é significativo e poderia, inclusive, deixar de existir.					