



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Ana Maria Freire de Lima Almeida

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA COM
FISSURA LABIOPALATINA:
O caso de um Centro de Reabilitação do país

SALVADOR

2017

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA COM FISSURA
LABIOPALATINA:
O caso de um Centro de Reabilitação do país

Ana Maria Freire de Lima Almeida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestrado Acadêmico em Saúde Comunitária, na área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Sônia Cristina Lima Chaves

SALVADOR

2017

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

A447a Almeida,

Ana Maria Freire de Lima.

Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura Labiopalatina: o caso de um Centro de Reabilitação do país / Ana Maria Freire de Lima Almeida.-- Salvador: A.M.F.L. Almeida, 2017.

93 f.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Cristina Lima Chaves.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Fenda Labial. 2. Fissura Palatina. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Política de Saúde. I. Título.

CDU 614.2



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

ANA MARIA FREIRE DE LIMA ALMEIDA

Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina: o caso de reabilitação do país.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 19 de janeiro de 2017

Banca Examinadora:

Prof. Sônia Cristina Lima Chaves – FO/UFBA

Prof. Monique Azevedo Esperidião – ISC/UFBA

Prof. Fernanda Costa de Queirós – ICS/UFBA

**Salvador
2017**

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela luz de cada dia.

Aos meus pais, Silvio e Ana Lúcia, pelos exemplos de força e coragem que são, pela educação, pelo apoio, amor e afeto.

Ao meu irmão, pela amizade de uma vida.

Ao meu esposo, Ricardo, pela parceria, amor, compreensão e apoio às minhas escolhas.

A tia Jeruza, pelo incentivo, a Vi e Léo por preencherem meu coração de alegria todos os dias.

Aos primos, primas, amigos e amigas que de alguma forma contribuíram para o encerramento de mais essa etapa.

Aos colegas e funcionários do ISC que deixaram esse caminho mais leve, obrigada pelas palavras de carinho que sempre ouvi de vocês.

As companheiras do grupo de pesquisa, em especial Sisse, Carla e Denise (minha pró!), pelo carinho, e oportunidades de aprender, crescer e dividir momentos tão singulares.

Aos colegas do grupo “iniciante” de Bourdieu, por tornar a leitura dos textos e as tardes de sexta-feira mais agradáveis.

Aos professores pelos ensinamentos e reflexões, em especial a Professora Catharina Matos, pelas orientações, incentivo e confiança durante o período do tirocínio.

A Professora Lígia Vieira, pelas valiosas contribuições na qualificação desse trabalho.

Ao Professor Jairnilson Paim, pelas oportunidades de aprendizado junto ao Observatório de Análise Política em Saúde e, principalmente, pela inspiração que nos proporciona.

A gestão, aos profissionais e pacientes do Centrinho que me receberam de portas abertas, obrigada pela confiança.

A Professora Sônia Chaves, minha orientadora! Obrigada pelo acolhimento, pela paciência, pelas oportunidades e ensinamentos ao longo desses dois anos de convivência e por me incentivar diariamente a enfrentar novos desafios.

SUMÁRIO

ARTIGO 1 - Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados do Brasil

1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA	15
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
3.1. Modelo Lógico de atenção à pessoa com fissura labiopalatina.....	21
3.2. A dimensão da Gestão.....	22
3.3 A dimensão da Reabilitação.....	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	

ARTIGO 2 – Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina: o caso de um centro de reabilitação da Bahia

1 INTRODUÇÃO	30
2 METODOLOGIA	32
2.1. Desenho do estudo.....	32
2.2. Seleção do caso.....	32
2.3 Modelo Lógico de atenção à pessoa com fissura labiopalatina.....	32
2.4 Validação da matriz de avaliação com especialistas.....	35
2.5 Fontes e etapas de produção de dados.....	37
2.6 Avaliação do grau de implantação.....	39
2.7 Aspectos éticos.....	44
2.8 Aspectos teórico-metodológicos da avaliação da implantação de intervenções de saúde e contribuições da análise sociológica das políticas de saúde	45
2.9 A etapa da avaliabilidade.....	48
3 RESULTADOS	50
3.1 Avaliação do grau de implantação: o caso de um centro de reabilitação da Bahia.....	50
3.2 Centrinho baiano: indícios da necessidade de expansão.....	58
4 DISCUSSÃO	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	66
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES	
ANEXOS	

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS E QUADROS

ARTIGO 1 - Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados do Brasil

Quadro 1. Principais diretrizes e recomendações internacionais para os serviços de atenção à pessoa com Fissura Labiopalatina (FLP)	16
Figura 1. Modelo lógico da atenção à pessoa com Fissura Labiopalatina (FLP) segundo as diretrizes da OMS (2002), da ACPA (2009; 2015), publicações do HRAC/USP e Portaria SAS/MS 62 de 19 de abril de 1994.....	18
Figura 2. Fluxograma da reabilitação da pessoa com fissura labiopalatina.....	20

ARTIGO 2 – Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina: o caso de um centro de reabilitação da Bahia

Figura 1. Modelo lógico da atenção à pessoa com Fissura Labiopalatina (FLP) segundo as diretrizes da OMS (2002), da ACPA (2009; 2015), publicações do HRAC/USP e Portaria SAS/MS 62 de 19 de abril de 1994.....	33
Quadro 1. Perfil profissional dos participantes do Comitê de Especialistas em atenção à pessoa com fissura labiopalatina.....	36
Tabela 1. Critérios de classificação das notas atribuídas e do grau de consenso estabelecido pelo comitê de especialistas na atenção à pessoa com fissura labiopalatina (2016).....	36
Tabela 2. Critérios com baixo grau de consenso e em dissenso submetidos a segunda rodada de apreciação pelos especialistas.....	38
Tabela 3. Informantes-chave do Centro de Reabilitação de Salvador, Bahia. (2016).....	39
Quadro 2. Pontuação estabelecida para cada critério de atenção à pessoa com fissura labiopalatina, de acordo com o nível de importância e grau de consenso atribuído pelos especialistas (2016).....	39
Quadro 3. Grau de implantação a partir do percentual de pontos alcançado por cada dimensão, subdimensão e critério avaliado.....	40
Tabela 4. Matriz com pontuação das dimensões e critérios e avaliação do grau de implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina, Salvador, Bahia, 2016	41
Tabela 5. Número de critérios e valor máximo de pontos atribuídos para cada critério em cada nível de análise.....	44

Tabela 6. Pontos para melhoria e potencialidades evidenciados na avaliabilidade da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em Salvador, Bahia (2016).....	49
Tabela 7. Grau de implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em Salvador, Bahia (2016).....	50
Figura 2. Percentual de pontos alcançados pelas dimensões e subdimensões	51
Quadro 4. Informações sobre produção cirúrgica, ambulatorial e perfil de pacientes cadastrados no Centrinho, Salvador, Bahia (2016).....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACPA - American Cleft Palate-Craniofacial

APAF – Associação de Apoio ao Portador de Fissura Labiopalatina

CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

DATASUS – Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde

DP – Desvio Padrão

ECLAMC - Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas

EUA – Estados Unidos da América

EUROCLEFT – Estudo comparativo entre centros da Europa

FLP – Fissura Labiopalatina (fissura labial, fissura palatina, fissura labial e palatina)

HRAC-USP – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo/ Bauru

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSID – Obras Sociais Irmã Dulce

RRTDCF – Rede de Referências no Tratamento de Deformidades Craniofaciais

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial de Sistema Único de Saúde

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO - World Health Organization

APRESENTAÇÃO

A fissura labiopalatina (FLP) constitui a malformação craniofacial mais comum. Esse agravo de saúde é decorrente de falhas na fusão anatômica dos processos faciais nos três primeiros meses da gestação, e tem sua etiologia associada a fatores genéticos que interagem com fatores ambientais, dentre eles a carência nutricional, o etilismo e o tabagismo. Para a completa reabilitação dessas pessoas, é necessária abordagem interdisciplinar e de longo prazo.

No Brasil, a história da atenção às anomalias craniofaciais tem sido espaço de luta de profissionais, pesquisadores e famílias ao longo de mais de 30 anos, pela inclusão desses agravos congênitos na pauta das políticas de saúde. As primeiras iniciativas no Sistema Único de Saúde (SUS) foram concretizadas a partir da década de 1990.

A minha aproximação com essa temática se deu a partir de um estudo de perspectiva sócio histórica, realizado junto com o grupo de pesquisa, sobre a emergência do Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais das Obras Sociais Irmã Dulce, localizado em Salvador, Bahia. Durante a revisão da literatura, encontramos uma rede no SUS com 28 serviços credenciados, e foi evidenciada uma lacuna relacionada ao monitoramento e avaliação desse tipo de serviço. Foi então que, motivada pela afinidade com o referencial teórico-metodológico da Avaliação em Saúde, somado ao interesse por contribuir para consolidação da implantação dessa rede no Brasil, e ainda pela minha formação também em Fonoaudiologia, aceitei o desafio de construir um instrumento que subsidiasse as práticas avaliativas na área, e de empreender uma pesquisa avaliativa tomando como estudo de caso o Centrinho baiano, considerado a segunda maior unidade da rede no SUS.

Nesse sentido, foram construídos dois artigos. O primeiro, intitulado “Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados do Brasil”, buscou construir uma imagem-objetivo dessa atenção*. O segundo artigo, intitulado “Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina: o caso de um centro de reabilitação da Bahia”, avaliou o grau de implantação dessa atenção no Centro de Salvador, Bahia, com ênfase nas dimensões da gestão e da reabilitação propriamente dita.

O instrumento de avaliação aqui desenvolvido e as reflexões da Saúde Coletiva incorporadas a partir do estudo de caso realizado, poderão contribuir para avaliar outros centros de referência no país, bem como auxiliar o processo de implantação de novos serviços, consolidando a atenção às pessoas com fissura labiopalatina no Sistema Único de Saúde em todas as regiões brasileiras.

*Artigo aprovado pela Revista Saúde em Debate, 2016.

ARTIGO 1

Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados do Brasil

RESUMO

Este estudo elaborou um modelo lógico da atenção à pessoa com fissura labiopalatina, para subsidiar avaliações em Centros de Reabilitação do país. Foram revisadas as diretrizes internacionais da área, publicações de especialistas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo e do Ministério da Saúde. O modelo contempla duas dimensões, Gestão da atenção e Reabilitação do paciente, além de demarcar objetivos, atividades e resultados necessários para a reabilitação integral do indivíduo. A modelização da intervenção é passo essencial para elaboração do instrumento de avaliação dessa atenção, que pode ser reproduzida nos vários estados brasileiros.

Palavras-chave: Fenda labial; Fissura palatina; Avaliação de programas e projetos de saúde; Política de saúde

ABSTRACT

This study elaborated the logical model of care for people with cleft palate, in order to create the basis for evaluation in rehabilitation centers. International guidelines, publications of experts from the USP's Rehabilitation Hospital of Craniofacial Anomalies and the Ministry of Health were reviewed. The model comprises two dimensions, management attention and rehabilitation of the patient, identify objectives, activities and results necessary for the rehabilitation of the individual. The modeling of the intervention is essential step in preparing the assessment instrument of this care for people with cleft palate, which can be applied in several Brazilian states.

Key words: Cleft lip; Cleft palate; Program Evaluation; Health policy

1 INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina (FLP) constitui a malformação mais comum diagnosticada na região craniofacial de recém-nascidos vivos (MARTELLI et al., 2012). A prevalência mundial é de 1,53 casos por 1.000 nascidos vivos, e no Brasil, varia de 0,19 a 1,54 por 1.000 nascidos vivos (MARTELLI et al., 2012; SOUZA-FREITAS et al., 2004).

As FLP resultam de falhas na fusão anatômica dos processos faciais entre a 4ª e 12ª semana de gestação, e podem ser classificadas quanto à localização anatômica em: fissuras labiais, fissuras palatinas, fissuras labiopalatinas e fissuras raras da face. Quanto à extensão podem ser: completas ou incompletas, uni ou bilaterais (BORGES et al., 2014). Os fatores etiológicos incluem os genéticos, sobretudo, os relacionados ao próprio indivíduo (mutações e polimorfismo). Esses interagem com fatores ambientais como a carência nutricional, etilismo e tabagismo (SOUZA-FREITAS et al., 2004).

Para a completa reabilitação das pessoas com FLP é necessária abordagem interdisciplinar, envolvendo a Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. A atenção à saúde nessa área atinge todos os níveis de complexidade. As intervenções para este problema, em diversos países, são realizadas em centros especializados e hospitais públicos e privados (WHO, 2002). No Brasil, a história da atenção às anomalias craniofaciais é representada pela luta de profissionais, pesquisadores e famílias ao longo dos últimos 35 anos, que militaram pela inclusão desses defeitos congênitos na pauta das políticas de saúde (MONLLEÓ; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

A partir dos anos de 1990 ocorreram as primeiras iniciativas de atenção à pessoa com FLP no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1993, houve a introdução de procedimentos para correção de FLP na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (BRASIL, 1993), seguida pela publicação da Portaria SAS/MS nº 62 de 19 de abril de 1994, a qual estabeleceu as normas para o cadastramento de hospitais e serviços de reabilitação na área (BRASIL, 1994). Posteriormente, foi configurada a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDC) (BRASIL, 2002) que possui atualmente 28 centros credenciados (BRASIL, 2015).

Foram encontrados alguns estudos que abordam o funcionamento dos centros de reabilitação brasileiros. Destaca-se uma série de artigos publicados pelos pesquisadores do HRAC/USP (SOUZA-FREITAS et al., 2012a; 2012b; 2012c, 2013) que descrevem aspectos gerais da patologia e o protocolo de tratamento utilizado pelos profissionais da instituição, com ênfase para a atuação das áreas de cirurgia plástica, fonoaudiologia, odontopediatria, ortodontia,

cirurgia bucomaxilofacial e reabilitação oral. Monlleó e Gil-da-Silva-Lopes (2006) investigaram características de 25 centros pertencentes à RRTDC e concluíram que há predominância de serviços na região Sudeste, em universidades e com financiamento predominantemente público. A maior parte das equipes segue parâmetros norte-americanos e há utilização de protocolos em cerca de 70% da amostra.

Diante da ampliação do número de serviços de atenção à pessoa com FLP no SUS, passando de 19 centros em 2008 para 28 no ano de 2015 (BRASIL, 2015), o desenvolvimento de processos avaliativos nessa área pode revelar como está estabelecida a implantação dessa atenção nos diversos estados brasileiros, considerando a complexidade de fatores que podem interferir na gestão e operacionalização das intervenções de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006). A avaliação em saúde, entendida como um julgamento de valor que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, planejamento ou prática) (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005), pode favorecer o aprendizado individual e coletivo, além de tornar-se um excelente instrumento de transformação e inovação no sistema de saúde ao possibilitar uma visão crítica da norma estabelecida (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) criou um Grupo de Trabalho na área de FLP, e definiu como uma das metas para 2014 finalizar a reestruturação da atenção especializada, com a instituição de diretrizes específicas, bem como critérios para organização, planejamento e monitoramento da atenção (BRASIL, 2013). Entretanto, essas metas foram mantidas nos Relatórios de Gestão para os anos de 2015 e 2016 (BRASIL, 2014; 2015), evidenciando uma lacuna no aprimoramento dessa política na agenda do governo.

No planejamento de uma avaliação em saúde, a elaboração do modelo lógico configura um dos passos iniciais. Este modelo é um esquema visual que apresenta como uma intervenção deve ser implementada e quais resultados são esperados (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). A modelização revela também o conjunto de hipóteses necessárias para que a intervenção permita melhorar determinada situação problemática, sendo a sistematização dessas hipóteses a teoria do programa (CHAMPAGNE et al., 2011). Não há um consenso sobre a construção desses modelos de avaliação, existindo autores que fazem distinção entre o modelo lógico e a teoria do programa, enquanto a maioria utiliza de forma indiferente as duas expressões (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; CHAMPAGNE et al., 2011). Por não haver no Brasil modelos de avaliação da atenção especializada na área de anomalias craniofaciais, este estudo teve por objetivo a formulação de um modelo lógico da atenção à pessoa com fissura labiopalatina, o qual poderá subsidiar posteriormente a avaliação da implantação desta atenção em centros de reabilitação no Brasil.

2 METODOLOGIA

Este foi um estudo de modelização da atenção à pessoa com fissura labiopalatina (FLP). Cabe destacar que essa atenção envolve prevenção, diagnóstico e reabilitação (WHO, 2002). No presente trabalho, o foco da avaliação foram as ações de diagnóstico e reabilitação, com ênfase na reabilitação. Esta engloba o diagnóstico, intervenção precoce, uso adequado de tecnologias, atenção contínua e o conjunto de atendimentos diversos com vistas à redução da perda da funcionalidade do indivíduo, à melhoria da qualidade de vida e à inclusão social (RIBEIRO, 2010).

O modelo lógico construído representa a modelização da atenção à pessoa com FLP conforme consta na literatura especializada (Figura 1). Inicialmente foram revisadas as diretrizes e recomendações internacionais da *American Cleft Palate Craniofacial Association - ACPA* (2009; 2015) e da Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO, 2002). Essas são as duas principais organizações que publicaram diretrizes consideradas referências na área de anomalias craniofaciais, incluindo as fissuras labiopalatinas. A ACPA é uma organização internacional sem fins lucrativos que reúne profissionais de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), Canadá e outros países, e realiza pesquisas sobre anomalias craniofaciais congênitas há 65 anos (ACPA, 2015). A OMS publicou o documento intitulado *Global Strategies to Reduce the Health-care Burden of Craniofacial Anomalies*, fruto de um projeto de colaboração entre especialistas de diversos países iniciado em 2000. A OMS incorporou diretrizes de atenção à pessoa com FLP produzidas pelo estudo *Eurocleft*, pesquisa multicêntrica na Europa que estimulou a melhoria dos serviços e das respectivas equipes (WHO, 2002). Os principais aspectos desses documentos estão sintetizados no Quadro 1.

Foram também analisadas as proposições contidas em diversas publicações do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP (TRINDADE e SILVA-FILHO, 2007; SOUZA-FREITAS et al. 2012a; 2012b; 2012c; 2013), instituição que agrega uma experiência de mais de 50 anos na reabilitação desses pacientes, reconhecida como instituição de referência em toda a América do Sul, e pela própria OMS (WHO, 2002). A Portaria SAS/MS nº 62 também foi analisada para a elaboração do modelo lógico de atenção à pessoa com FLP (BRASIL, 1994) (Anexo 1).

A lógica do ‘se – então’ foi utilizada para a construção das relações entre objetivos, atividades e resultados da atenção à pessoa com FLP no modelo. Seguindo essa lógica, *se* as ações são executadas, *então* são obtidos produtos, que por sua vez possibilitam a existência de resultados intermediários. Se resultados intermediários ocorrem, então obtém-se resultado final

que irá levar ao alcance do objetivo da intervenção, que aqui se configura na reabilitação da pessoa com FLP (CASSIOLATO e GUERESI, 2010).

No intuito de auxiliar a compreensão do caminho que o paciente deve percorrer ao longo do processo de reabilitação, foi construído um fluxograma (Figura 2) com base nas publicações revisadas para a modelização da intervenção (WHO, 2002; ACPA, 2009; 2015; TRINDADE e SILVA-FILHO, 2007; SOUZA-FREITAS et al. 2012a, 2012b, 2012c e 2013).

Quadro 1. Principais diretrizes e recomendações internacionais para os serviços de atenção à pessoa com FLP)

WHO (2002)	ACPA (2015)
<p>Parte 1: Cuidados de saúde</p> <p>(1) Apoio emocional neonatal e aconselhamento profissional;</p> <p>(2) Enfermagem neonatal</p> <p>(3) Cirurgia: protocolo acordado em equipe;</p> <p>(4) Ortodontia</p> <p>(5) Terapia fonoaudiológica</p> <p>(6) Otorrinolaringologia</p> <p>(7) Genética Clínica / Pediatria</p> <p>(8) Apoio emocional e aconselhamento profissional para paciente e família</p> <p>(9) Assistência odontológica regular</p> <p>(10) Registro nacional</p> <p>Parte 2: Organização dos serviços</p> <p>(1) Equipe multidisciplinar de especialistas.</p> <p>(2) Os membros da equipe devem ter formação específica e experiência em cuidados de fissuras.</p> <p>(3) A equipe deve chegar a um acordo sobre as fases de tratamento, incluindo a análise, coleção de registros e protocolos gerais.</p> <p>(4) Deve haver uma pessoa responsável pela melhoria da qualidade e comunicação dentro da equipe.</p> <p>(5) A coordenação do cuidado de pacientes é importante;</p> <p>(6) O número de pacientes encaminhados para a equipe deve ser suficiente para sustentar a experiência e competências especializadas de todos os membros da equipe e para permitir a avaliação / auditoria de desempenho da equipe dentro de um período razoável de tempo. Foi recomendado que cirurgiões, ortodontistas e fonoaudiólogos devem tratar pelo menos 40-50 novos casos anualmente.</p>	<p>1. Composição da equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de um Coordenador; Equipe mínima com Fonoaudiologia, Cirurgia e especialidades ortodônticas; • Acesso a profissionais nas áreas de psicologia, serviço social, audiologia, odontologia geral e pediátrica, otorrinolaringologia, pediatria e enfermagem; • A Equipe craniofacial deve incluir um cirurgião treinado em cirurgia craniofacial e acesso a um psicólogo para avaliação de desenvolvimento neurológico e cognitivo. • A equipe deve facilitar o acesso a um neurocirurgião, um oftalmologista, um radiologista e um geneticista. <p>2. Gestão de Equipes e Responsabilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniões regulares entre os membros da equipe • Mecanismo de encaminhamento e comunicação com outros profissionais. • Avaliações subsequentes dos pacientes em intervalos regulares com base nas recomendações da equipe. • Registros centrais e compartilhados em equipe. <p>3. Comunicação com o paciente e família</p> <ul style="list-style-type: none"> • A equipe deve fornecer informação adequada ao paciente e à família/cuidador sobre os procedimentos de avaliação e tratamento; • A equipe deve incentivar a participação do paciente e da família/cuidador no processo de tratamento; <p style="text-align: right;">Continua</p>

Quadro 1. Principais diretrizes e recomendações internacionais para os serviços de atenção à pessoa com Fissura Labiopalatina (FLP) (continuação).

<p>Parte 3: Finanças Os recursos devem estar disponíveis para cobrir os seguintes cuidados:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) O apoio emocional e aconselhamento profissional durante o período neonatal. (2) Enfermagem neonatal. (3) Cirurgia. (4) Ortodôntico / Ortopedia. (5) Avaliação e terapia fonoaudiológica. (6) Tratamento otorrinolaringológico. (7) Genética Clínica / Medicina pediátrica; (8) O apoio emocional para a criança e seus pais; (9) As despesas de viagem; (10) Assistência odontológica geral incluindo próteses. 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe deve auxiliar as famílias/cuidadores na localização de recursos para a assistência financeira necessária para atender às necessidades de cada paciente. <p>4. Competência Cultural</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Equipe demonstra sensibilidade para as diferenças individuais que afetam a relação entre a dinâmica da equipe e do paciente e da família/cuidador. • A Equipe trata pacientes e famílias/cuidadores de uma forma não discriminatória. <p>5. Serviços psicológico e social</p> <ul style="list-style-type: none"> • A equipe tem um mecanismo para avaliar e tratar inicial e periodicamente, se for o caso, as necessidades psicológicas e sociais dos pacientes e famílias/cuidadores e submeter para posterior tratamento, se necessário. • A equipe tem um mecanismo para avaliar o desenvolvimento cognitivo. <p>6. Avaliação de Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • A equipe utiliza um processo para avaliar seu próprio desempenho no que diz respeito à avaliação do paciente, tratamento, ou satisfação, e faz melhorias com o resultado dessas avaliações. • A Equipe documenta seus resultados de tratamento, incluindo o desempenho e as mudanças ao longo do tempo. • A equipe também deve ter um sistema de gestão da qualidade para avaliar a satisfação do paciente / família.
---	---

Fonte: WHO (2002); ACPA (2009)

Figura 1. Modelo lógico da atenção à pessoa com Fissura Labiopalatina (FLP) segundo as diretrizes da OMS (2002), da ACPA (2009; 2015), publicações do HRAC/USP e Portaria SAS/MS 62 de 19 de abril de 1994.

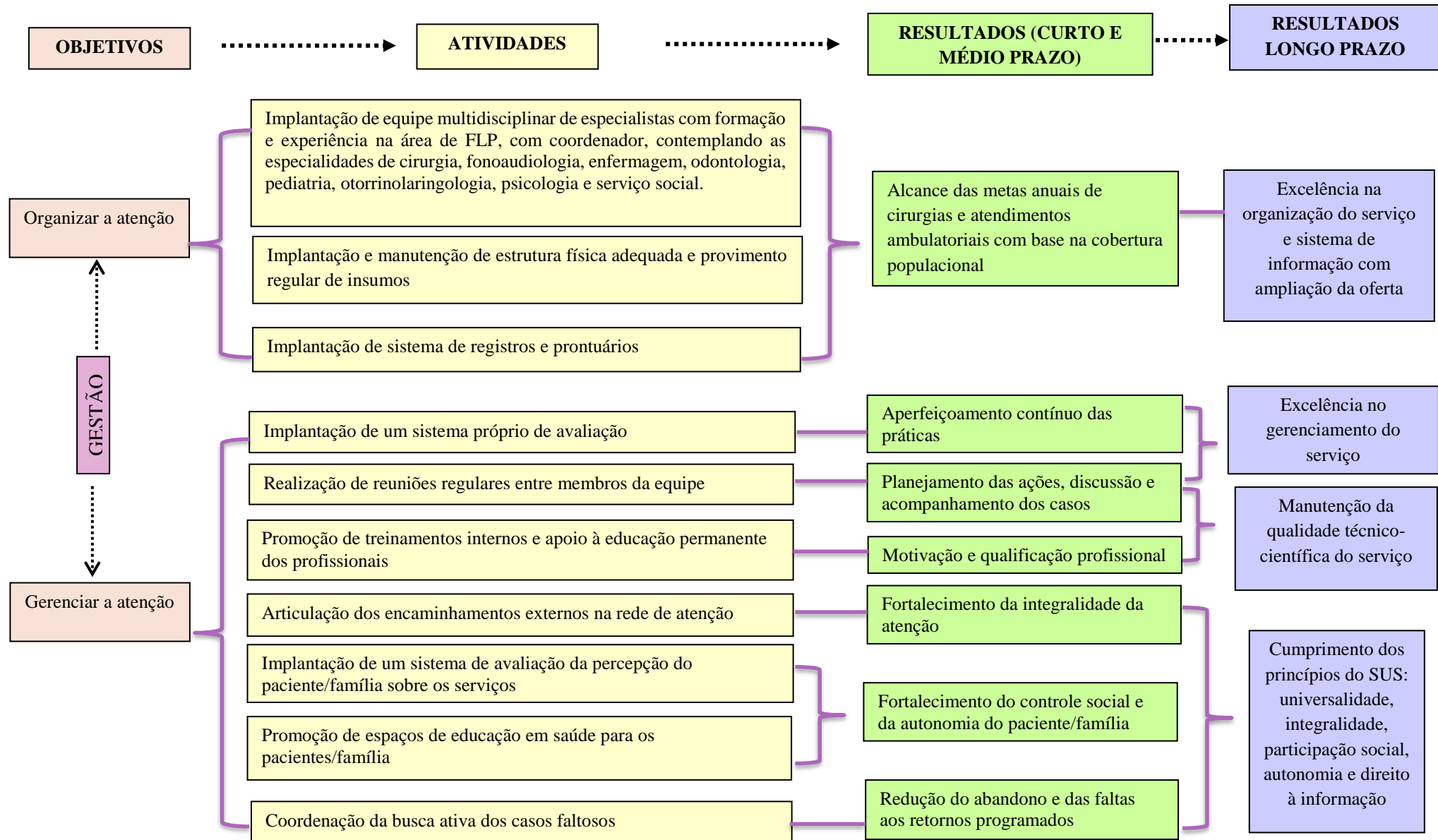


Figura 1. Modelo lógico da atenção à pessoa com Fissura Labiopalatina (FLP) segundo as diretrizes da OMS (2002), da ACPA (2009; 2015), publicações do HRAC/USP e Portaria SAS/MS 62 de 19 de abril de 1994.

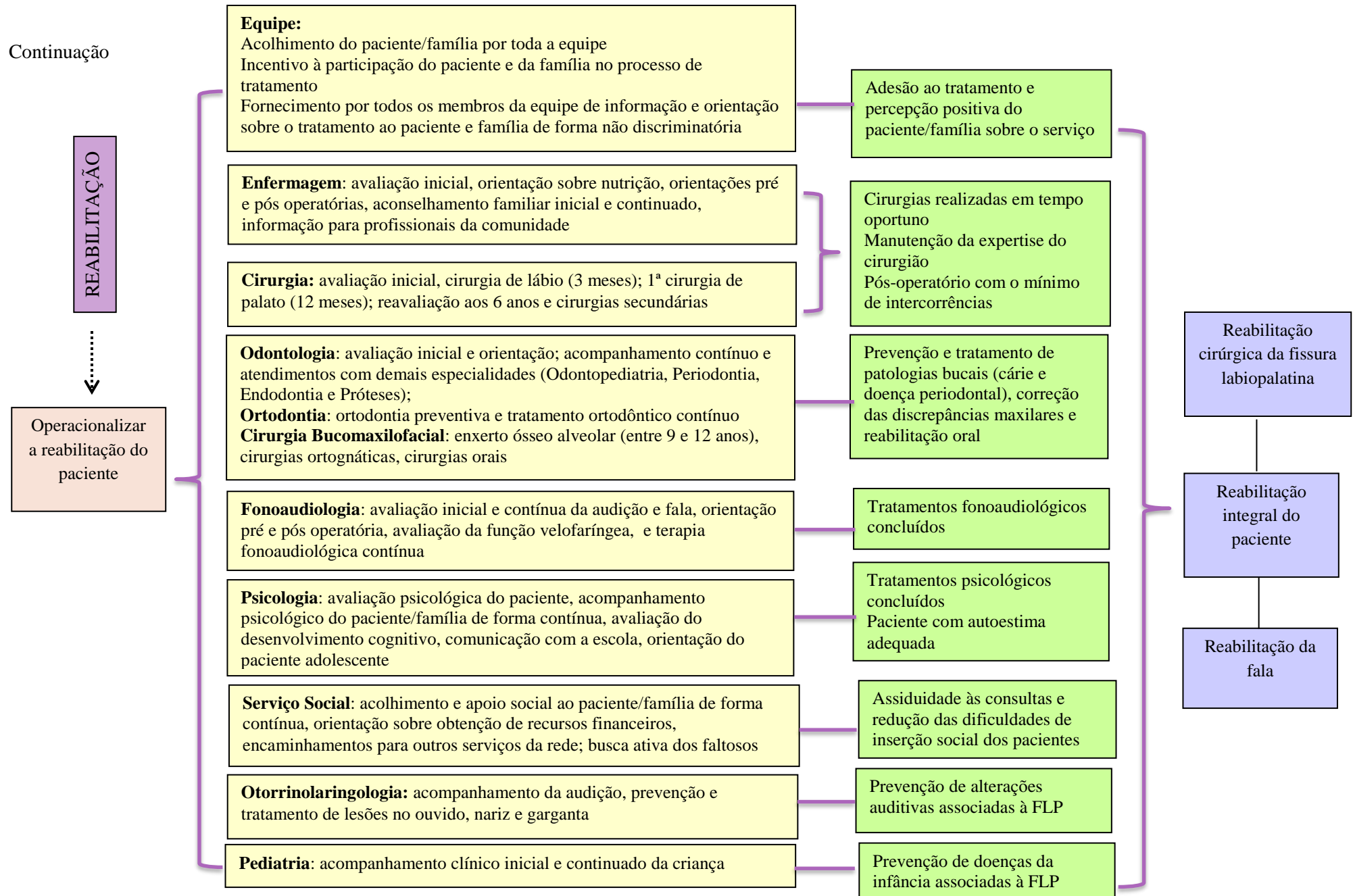
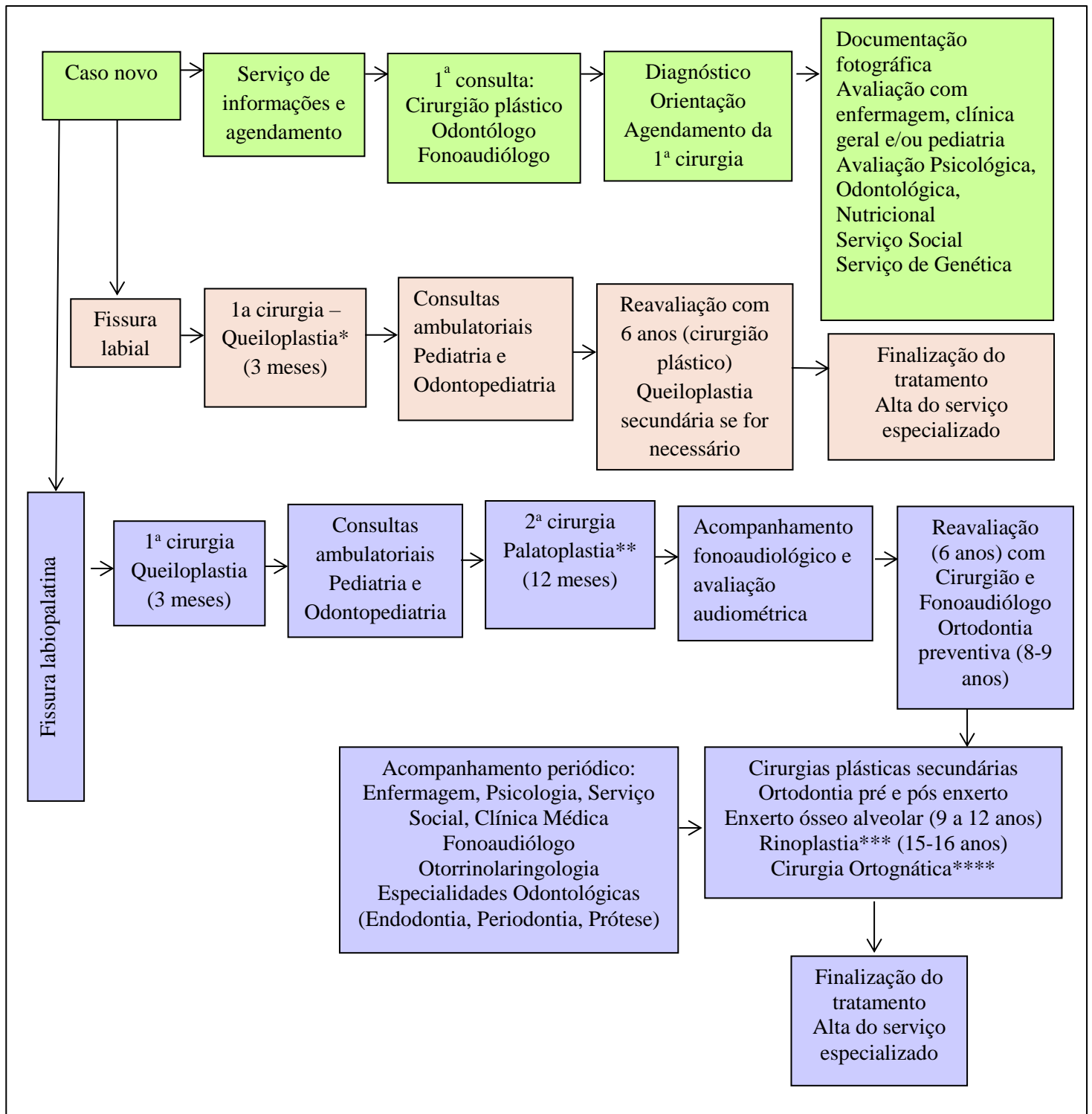


Figura 2. Fluxograma da reabilitação da pessoa com fissura labiopalatina



Fonte: ACPA (2009); SOUZA-FREITAS et al. (2012a, 2012b, 2012c, 2013); TRINDADE e SILVA-FILHO, 2007.

*Queiloplastia: cirurgia reparadora do lábio

**Palatoplastia: cirurgia reparadora do palato

***Rinoplastia: cirurgia reparadora do nariz (realizada caso necessário)

****Cirurgia Ortognática: cirurgia do complexo maxila/mandíbula (realizada caso necessário)

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Modelo Lógico de atenção à pessoa com fissura labiopalatina

O modelo lógico da atenção à pessoa com fissura labiopalatina (FLP) elaborado (Figura 1) contempla na primeira parte os objetivos relacionados à dimensão da gestão baseados nas recomendações internacionais (WHO, 2002; ACPA, 2009; 2015). Cabe destacar que a gestão se refere à condução político-administrativa de um sistema, dividida em duas subdimensões neste estudo: a organização e o gerenciamento das ações. Na segunda parte do modelo estão os objetivos da dimensão de reabilitação do paciente (SOUZA-FREITAS et al., 2012a). Hartz e Vieira-da-Silva (2005) apontam que no modelo lógico de um programa ou intervenção devem constar os componentes essenciais e secundários, os serviços relacionados às práticas requeridas para execução de seus componentes e os resultados esperados, bem como suas metas e efeitos na situação de saúde da população.

No caso do cuidado à fissura labiopalatina, a organização da atenção está consolidada internacionalmente em centros especializados (WHO, 2002; ACPA, 2009) sustentadas por evidências, especialmente na perspectiva biomédica. Para a reabilitação desse agravo, intervenções em momentos específicos do crescimento e desenvolvimento craniofacial, com continuidade do tratamento reabilitador, aliadas à existência de equipe multiprofissional especializada e qualificada com expertise clínica e cirúrgica, produzem melhores resultados (WHO, 2002; SOUZA-FREITAS et al., 2012a).

No presente trabalho, agregou-se ao modelo lógico, para além da perspectiva biomédica dominante na esfera da atenção à pessoa com FLP, elementos da gestão dos serviços que podem potencializar o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Compreende-se que a sustentação social do projeto político do SUS é uma das dimensões da gestão (SOUZA, 2009).

A necessidade e relevância da avaliação das intervenções de saúde é consenso na literatura, entretanto é necessário ampliar a discussão em torno das abordagens teórico-conceituais e dos modelos mais adequados (COSTA et al., 2015). A proposta de modelização apresentada pode contribuir para o aprimoramento dessa política. Desde 1993 o SUS destina recursos para a expansão destes serviços, todavia ainda não conseguiu estabelecer uma política de avaliação da implantação dos mesmos. As relações de trabalho e de poder, as disputas entre os diversos agentes presentes no espaço social destes centros de reabilitação requerem um aprofundamento e complexificação do modelo lógico, os quais não fizeram parte do objeto deste artigo, a serem estudados posteriormente.

3.2 A dimensão da Gestão

Quanto à organização da atenção, foram destacados os seguintes itens: conformação da equipe multidisciplinar de especialistas com coordenador, implantação e manutenção da estrutura física adequada com provimento regular de insumo, estabelecimento de protocolo de tratamento clínico acordado entre os membros da equipe e implantação de um sistema de registro e prontuários (ACPA, 2009; WHO, 2002). Esses aspectos resultariam em longo prazo no alcance da excelência na organização do serviço e do sistema de informação com ampliação da oferta.

Na revisão das diretrizes internacionais verificou-se que os documentos publicados pela ACPA (2009; 2015) abarcam mais informações sobre o serviço e o papel de cada profissional dentro da equipe de atenção à pessoa com FLP quando comparados à publicação da Organização Mundial de Saúde (2002). Outro aspecto é a composição da equipe do serviço com relação às especialidades. Na proposta norte-americana, a equipe deve conter os profissionais de cirurgia, ortodontia, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social e enfermagem (STRAUSS, 1998). A ACPA (2009) não inclui o geneticista na equipe, todavia considera que a avaliação genética clínica é um componente - chave no manejo de pacientes com anomalias craniofaciais congênitas e deve incluir o diagnóstico, o aconselhamento do risco de recorrência, e o aconselhamento sobre o prognóstico. A OMS (2002) inclui o profissional de genética clínica na equipe do serviço.

No Brasil, a Portaria SAS/MS nº 62 de 19 de abril de 1994 define que os serviços de atenção à FLP devem possuir especialistas nas áreas de medicina (anestesiologia, cirurgia plástica, clínica médica, otorrinolaringologia, pediatria); odontologia (cirurgia bucomaxilofacial, implantodontia, odontopediatria, ortodontia, prótese), fonoaudiologia; psicologia; serviço social; enfermagem; fisioterapia; nutrição e atendimento familiar (BRASIL, 1994). Monlleó e Gil-da-Silva-Lopes (2006) realizaram um estudo com 29 centros de atenção a anomalias craniofaciais vinculados à RRTDC do SUS, e verificaram que na maior parte da amostra o geneticista clínico foi o especialista menos frequente. As autoras sugerem que isso pode evidenciar a interferência da norma de credenciamento no SUS que não exige essa especialidade. Outra hipótese referida é que estes centros se caracterizam essencialmente por intervenções de reabilitação, e o papel do geneticista está mais voltado para o diagnóstico e aconselhamento (MONLLEÓ e GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

As relações propostas na subdimensão gerenciamento da atenção englobam as seguintes atividades e respectivos resultados de curto/médio prazo esperados: a implantação de um sistema próprio de monitoramento dos resultados garantiria o acompanhamento longitudinal do paciente (ACPA, 2009) e avaliação regular das práticas desenvolvidas no âmbito da atenção favoreceria o aperfeiçoamento das mesmas (CONTANDRIOPOULOS, 2006); a realização de reuniões regulares entre os membros da equipe resultaria no planejamento coletivo das ações e discussão dos casos

(ACPA, 2009); a promoção de treinamentos internos e apoio à educação permanente (WHO, 2002; ACPA, 2009) aumentariam a motivação e qualificação profissional. Em longo prazo, esses resultados promoveriam a excelência no gerenciamento do serviço e a manutenção da qualidade técnico-científica do serviço.

Ainda na subdimensão gerenciamento das ações, a articulação dos encaminhamentos dos pacientes para outros serviços da rede do SUS favoreceria a integralidade da atenção (BRASIL, 1990). A avaliação da percepção dos usuários dos serviços e a promoção de espaços de educação em saúde fortaleceriam a participação social, a autonomia desse segmento e o direito à informação, presentes na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). Por fim, a coordenação da realização de busca ativa dos casos faltosos reduziria o número de faltas aos retornos programados e abandonos de tratamentos, potencializando o princípio da integralidade e continuidade do cuidado, além de contribuir para a maior inserção social das pessoas com FLP (WHO, 2002; TRINDADE; SILVA-FILHO, 2007).

3.3 A dimensão da Reabilitação

A segunda parte do modelo lógico contém as atribuições e responsabilidades da equipe e dos profissionais de saúde envolvidos com a reabilitação da fissura labiopalatina. Se a enfermagem e a cirurgia plástica realizarem as atividades recomendadas, as chances das cirurgias corretivas serem executadas em tempo oportuno serão maiores, poderão ser reduzidas as intercorrências pós-operatórias, e ainda contribuirão para a manutenção da expertise do cirurgião (WHO, 2002; ACPA, 2009; SOUZA-FREITAS et al., 2012a). O cumprimento dos papéis da odontologia e suas respectivas especialidades resultará na redução da ocorrência de patologias bucais ao longo da reabilitação e na correção das discrepâncias maxilares (SOUZA-FREITAS et al., 2012b; 2012c; 2013). Se as ações da fonoaudiologia e psicologia forem concretizadas ao longo do processo de reabilitação da FLP, contribuirão para a conclusão das intervenções e alta dos pacientes nas respectivas áreas terapêuticas (WHO, 2002, ACPA, 2009; SOUZA-FREITAS et al, 2012a). O serviço social, ao promover a reabilitação psicossocial do paciente e sua família, favorecerá a assiduidade aos atendimentos, bem como reduzirá as dificuldades de ordem social e econômica dos pacientes (TRINDADE; SILVA-FILHO, 2007). Por fim, se a otorrinolaringologia e pediatria realizarem os cuidados pertinentes às suas respectivas especialidades, favorecerão a prevenção e tratamento das alterações auditivas e doenças da infância associadas à fissura labiopalatina (ACPA, 2009).

Em longo prazo, o principal resultado de todas as dimensões e atividades abordadas no modelo lógico elaborado é a reabilitação integral do paciente, que contempla a correção cirúrgica da alteração

anatômica e a reabilitação da fala - as duas principais sequelas da FLP. Outros resultados importantes são a inclusão social, bem como a melhoria das condições de saúde e de vida dessas pessoas.

O modelo lógico, enquanto apresentação gráfica de como a atenção à pessoa com FLP “deve ser” (CASSIOLATO, GUERESI, 2010), não contempla, portanto, a complexidade de fatores envolvidos na reabilitação da pessoa com FLP, entre os quais àqueles associados aos determinantes sociais em saúde (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007) e ao contexto de implantação das ações. Entretanto, explicitar as hipóteses sobre como uma intervenção supostamente deve funcionar, em contextos variados, cria a referência principal em que se baseia a gestão e a avaliação (CASSIOLATO e GUERESI, 2010). Por fornecer informações sobre como as atividades podem ser conectadas com os resultados desejados, o modelo lógico se configura como uma ferramenta eficiente para auxiliar na gestão da intervenção, alocação de recursos e planejamento das ações (HAYES; PARCHMAN; HOWARD, 2011). Diante da lacuna existente no âmbito da gestão federal no que tange a avaliação e monitoramento da política de atenção a fissura labiopalatina no SUS (BRASIL, 2015), o modelo lógico pode também auxiliar na identificação de questões avaliativas apropriadas a serem priorizadas pelos gestores (HARTZ; SILVA, 2005; CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A modelização da atenção à pessoa com fissura labiopalatina (FLP) proposta é uma representação parcial de uma realidade complexa, e evidenciou diversas questões que merecem debate e investigação: Os centros brasileiros vinculados ao SUS estão conseguindo funcionar conforme as diretrizes sistematizadas nesse estudo? Que aspectos do contexto local estão influenciando a implantação destes serviços? Em que medida esses centros conseguem trabalhar no âmbito da prevenção em saúde, considerando os fatores etiológicos associados ao tabagismo, etilismo, carência nutricional? O que acontece com os casos que são operados em hospitais e serviços que não pertencem a rede de referência?

A realização de pesquisas com abordagens avaliativas nos estados brasileiros pode contribuir para a construção de respostas sobre essas e outras lacunas envolvidas na atenção à pessoa com FLP no SUS. O modelo lógico elaborado contribui também para clarificar ao estado brasileiro o que se espera de um centro de atenção à pessoa com FLP, de acordo com os princípios do SUS como a universalidade de acesso e integralidade. A formulação de indicadores e padrões de avaliação constitui a etapa seguinte a ser empreendida com base na modelização proposta nesse estudo.

REFERÊNCIAS

- ACPA. American Cleft Palate-Craniofacial Association. *Parameters for Evaluation and Treatment of Patients whit Cleft Lip/Palate or Other Craniofacial Anomalies*. 2009. 34p. Disponível em: http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Parameters_Rev_2009.pdf. Acesso em 20/11/2015.
- _____. *Standards for Approval of Cleft Palate and Craniofacial Teams* . Commission on Approval of Teams. Revised 2015. Disponível em: <http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Standards-2015.pdf> . Acesso em: 20/06/15.
- BORGES, A. R.; MARIANO, L.; SÁ, J.; MEDRADO, A. L.; VEIGA, P. C.; REIS, S. R. Fissuras labiais e/ou palatinas não sindrômicas: determinantes ambientais e genéticos. *Rev. Bahiana Odontologia*, v.5, n.1, p. 48-58, jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS n. 62, 19 de abril de 1994*. Normaliza cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o Sistema Único de Saúde Diário Oficial da União, vol. 3, n. 74, p. 73. Brasília, DF, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002*. Brasília: Editora MS; 2002.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2013*. Brasília, DF. Abril 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gestao> Acesso em: 20/03/2016
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2014*. Brasília, DF. Abril 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gestao> Acesso em: 20/02/16.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007.
- CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. *Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação*. Brasília: 2010.
- CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, A. P. *Modelizar as intervenções*. In: BROUSSELLE et al. (Org.) *Avaliação: Conceitos e métodos*. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011, p. 61-74.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, Sept. 2006 .
- COSTA, J. M. B. S.; SILVA, V. L.; SAMICO, I.C.; CESSÉ, E. A. P. Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 307-319, dez. 2015.

- HAYES, H.; PARCHMAN, M.L.; HOWARD, R. A Logic Model Framework for Evaluation and Planning in a Primary Care Practice-based Research Network (PBRN). *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, v. 24, n. 5, p. 576-82, 2011.
- HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.) *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos às Práticas na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 275p.
- MARTELLI, D. B. R., et al. Non syndromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. *Braz J Otorhinolaryngol.*; v. 78, n.5, p.116-20, 2012.
- MONLLEO, I. L.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 913-922, May 2006 .
- RIBEIRO, C. T. M; RIBEIRO, M. G.; ARAÚJO, A. P.; MELLO, L. R.; RUBIM, L. C.; FERREIRA, J. E. S. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.28, n.1, p. 43–48, 2010.
- SOUZA-FREITAS, J. A., et al. Tendência familiar das Fissuras labiopalatinas. *Maringá*; v. 9, n. 4, p. 74-78, jul./ago, 2004.
- SOUZA- FREITAS, J. A. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) - Part 1: overall aspects. *J. Appl. Oral Sci.*, Bauru, v. 20, n. 1, p. 9-15, Feb. 2012a.
- SOUZA-FREITAS, J. A.; GARIB, D. G.; OLIVEIRA, M.; LAURIS, R. C. M.C.; ALMEIDA, A. L. P. F.N.; TEIXEIRA, L. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies - USP (HRAC-USP) - Part 2: Pediatric Dentistry and Orthodontics. *J. Applied Oral Science*, v.20, n.2, p. 268-281. 2012b.
- SOUZA-FREITAS, J. A. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies - USP (HRAC-USP) - part 3: Oral and Maxillofacial Surgery. *J. Appl. Oral Sci.*, Bauru , v. 20, n. 6, p. 673-679, 2012c .
- SOUZA-FREITAS, J. A. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) Part 4: Oral Rehabilitation. *J. Appl. Oral Sci*, Bauru, v. 21, n. 3, p. 284-292, 2013.
- SOUZA, L. E. P. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 14, v. 3, p.911-918, 2009.
- STRAUSS, R.P. The American Cleft Palate-Craniofacial Association (ACPA) Cleft Palate and Craniofacial Teams in the USA and Canada: A National Survey of Team Organization and Standards of Care. *Cleft Palate-Craniofacial J*, v.35, n. 6, p. 473-80, 1998.
- TRINDADE, IEK; SILVA-FILHO, OG. (Org) *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. Editora Santos, 2007. 337 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global strategies to reduce the health– care burden of craniofacial anomalies*. Geneva: WHO, 2002, 161p.

ARTIGO 2

Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina: o caso de um centro de reabilitação na Bahia

RESUMO

Esse estudo avaliou a implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um Centro de Reabilitação de Salvador, Bahia. Foi uma pesquisa avaliativa do tipo avaliação do grau de implantação utilizando como estudo de caso o Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce, localizado em Salvador, Bahia. Na primeira etapa foi construída uma proposta de modelização da atenção à pessoa com fissura labiopalatina com base em uma revisão da literatura internacional e nacional. Nessa segunda etapa, foi elaborada uma matriz com os critérios, indicadores e padrões esperados de atenção, que foi validada por especialistas através da técnica de consenso *Delphi*. Foram realizadas também visitas com observação in loco e entrevistas semiestruturadas com vinte e quatro informantes-chave do Centro - um gestor, dois profissionais administrativos, treze profissionais da reabilitação e oito usuários. Observou-se um grau avançado de implantação da atenção na dimensão de *Gestão* e sua subdimensão *Organização*, bem como na dimensão de *Reabilitação*. Na subdimensão *Gerência*, a implantação encontra-se incipiente. O instrumento aqui desenvolvido e as reflexões do estudo de caso podem contribuir para o avanço da avaliação e implantação de centros de referência em todo o país. Recomenda-se a realização sistemática de busca ativa dos casos, valorização da educação permanente, aumento da participação dos profissionais na gestão, fortalecimento da rotina de reuniões de equipe e discussão dos casos, investimento em atividades de educação em saúde, aproximação do serviço com a associação de apoio, ampliação da capacidade instalada de cirurgias e atendimentos ambulatoriais e estabelecimento de parcerias ensino-serviço.

Palavras-chave: fissura labiopalatina, avaliação em saúde, serviços de saúde, políticas de saúde

ABSTRACT

This study evaluated the implantation of attention to the person with cleft lip and palate at a Rehabilitation Center in Salvador, Bahia. It was an evaluation of the degree of implantation using as a case study the Center of Rehabilitation of Craniofacial Anomalies of the Hospital Santo Antonio of the Irmã Dulce Social Works, located in Salvador, Bahia. In the first stage, a proposal was developed to logic model the attention to the person with cleft lip and palate based on a review of the international and national literature. In this second stage, a matrix was elaborated with the criteria, indicators and expected standards of attention, which was validated by specialists through the Delphi consensus technique. On-site visits and semi-structured interviews were also conducted with twenty-four key informants from the Center - one manager, two administrative professionals, thirteen rehabilitation professionals and eight users. It was observed an advanced degree of implementation of the attention in the dimension of Management and its subdimension Organization, as well as in the dimension of Rehabilitation. In the Management subdimension, the deployment is incipient. The instrument developed here and the reflections of the case study can contribute to the progress of the evaluation and implementation of centers of reference throughout the country. It is recommended to systematically carry out an active search of the cases, valuing permanent education, increasing the participation of professionals in management, strengthening the routine of team meetings and discussion of cases, investing in health education activities, Association of support, expansion of the installed capacity of surgeries and ambulatory care and establishment of teaching-service partnerships.

Key words: cleft lip and palate, health assessment, health services, health policies

1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde se configuram como “respostas sociais, historicamente determinadas, em face dos problemas e necessidades de saúde e da produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade” (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 32). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi a principal resposta do estado brasileiro a partir do período pós-constituinte no setor da saúde. O SUS teve seus princípios e diretrizes formulados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos de 1980, os quais foram incorporados oficialmente pela Constituição Federal de 1988 e posteriormente na Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/1990 (BRASIL, 1988; 1990). Dentre os princípios do SUS, destaca-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade de assistência, através de um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

No caso da fissura labiopalatina (FLP), a anomalia craniofacial mais prevalente (MARTELLI et al., 2012), a primeira iniciativa para tratamento e reabilitação no SUS foi no ano de 1993, com a introdução de procedimentos para correção de FLP e realização de implante dentário osseointegrado na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (BRASIL, 1993). Em seguida, surgiu a Portaria nº 62 de 19 de abril de 1994, a qual estabeleceu as normas para o cadastramento de hospitais e serviços de reabilitação de fissuras labiopalatinas (BRASIL, 1994). Em 2002, é constituída a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDC) (BRASIL, 2002) que possui atualmente 28 centros credenciados (BRASIL, 2015).

No Brasil e em toda América do Sul, a instituição de referência para criação dos centros especializados é o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP), localizado em Bauru, São Paulo. A história do centro de Bauru (HRAC-USP) teve início na década de 1960, quando um grupo de professores da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB), da Universidade de São Paulo, detectou que a cada 650 crianças nascidas vivas, pelo menos uma tinha malformação congênita de lábio e/ou palato. Diante dos resultados, os professores passaram a oferecer tratamentos a essas crianças. Assim, em 1967, foi criado o Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais, sua primeira denominação, desde então apelidado como “Centrinho”. Na década de 1980, foi o primeiro hospital universitário de São Paulo conveniado com o sistema público de saúde, e em 1998 passou a ser chamado de HRAC-USP (WELLICHAN, 2015).

Na região Nordeste há quatro centros vinculados ao SUS, localizados nos estados da Bahia, Ceará, Pernambuco e Piauí (BRASIL, 2015). Na Bahia, foi criado o Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, também conhecido como Centrinho, na cidade de Salvador, no ano de 1998, vinculado ao Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), e considerado a segunda maior unidade do país (OSID, 2015). A implantação do Centrinho baiano resultou das condições de possibilidade de financiamento de alta complexidade associadas à conjunção de disposições distintas dos diferentes agentes fundadores, sobretudo as disposições políticas, religiosas, filantrópicas e econômicas, e do capital simbólico acumulado pela fundadora das Obras Sociais, Irmã Dulce. (CHAVES, SOUZA, ALMEIDA, 2016).

Atualmente são 28 centros de atenção à pessoa com FLP no SUS (BRASIL, 2015). Diante do crescimento da rede e da complexidade de fatores que podem interferir na gestão e operacionalização das intervenções de saúde, a avaliação desses serviços pode revelar como estão sendo implantados nos diversos estados brasileiros (CONTANDRIOPOULOS, 2006), bem como os aspectos contextuais que explicam os diferentes graus de implantação. Processos avaliativos possibilitam uma visão crítica do padrão estabelecido, e conseqüentemente fomentam a transformação e inovação do sistema de saúde (HARTZ e VIEIRA-DA-SILVA, 2005; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A implantação de uma intervenção é uma das características relevantes de um serviço que pode ser objeto de pesquisa avaliativa, com vistas a estabelecer em que medida a intervenção está sendo implantada conforme prevista nos seus documentos orientadores (política, plano, programa) (HARTZ E VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Já existem no âmbito internacional diretrizes e padrões estabelecidos por consensos para os serviços de atenção à FLP, com destaque para as recomendações da *American Cleft Palate Craniofacial Association* (ACPA, 2009) e da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002). No Brasil, a implantação dos centros no SUS está apenas na Portaria de credenciamento à rede, publicada em 1994 (BRASIL, 1994).

A criação de um Grupo de Trabalho (GT) na área de FLP em 2013 e a definição de metas para 2014 de instituir critérios para organização, planejamento e monitoramento da atenção foram iniciativas identificadas por parte do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Todavia, os desdobramentos desse GT não foram publicados, e essas metas foram repetidas nos Relatórios de Gestão para os anos de 2015 e 2016 (BRASIL, 2014; 2015), evidenciando que a lacuna no aprimoramento dessa política na agenda do governo ainda permanece.

Somado a isso, há na literatura poucos estudos dos centros brasileiros, e ainda que alguns tragam elementos do funcionamento do serviço como a presença de equipe multidisciplinar, estabelecimento e uso de protocolos e vinculação a instituições de ensino superior (MONLLEÓ e GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006; MAGGI e SCOPEL, 2011; SOUZA-FREITAS et al., 2012; QUEIRÓS et al., 2013), o conteúdo mais explorado são os aspectos clínicos do tratamento (SOUZA-FREITAS et al., 2012b; 2012c, 2013; TUJI et al., 2013). Não foram encontrados estudos de avaliação da implantação desses serviços. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo avaliar o grau de implantação da atenção à pessoa com FLP no centro de reabilitação de Salvador, Bahia, com base na proposta de modelização dessa atenção (ALMEIDA et al., 2016).

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa avaliativa do tipo avaliação do grau de implantação utilizando como estudo de caso o Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, conhecido como Centrinho, localizado em Salvador, Bahia. Foi realizada inicialmente uma avaliabilidade, caracterizada por um estudo exploratório prévio à avaliação propriamente dita.

2.2 Seleção do caso

O Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce - Centrinho foi selecionado por ser o único do estado da Bahia a fazer parte de rede do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; 2015). Este centro também é reconhecido como a segunda maior unidade de atenção à pessoa com fissura labiopalatina no SUS, recebe pacientes de todo o Brasil, sobretudo da região Nordeste, e em particular do interior baiano (OSID, 2015).

2.3 Modelo lógico

Para a seleção das dimensões e critérios para a avaliação foi elaborado um modelo lógico da atenção à pessoa com fissura labiopalatina (ALMEIDA et al., 2016), correspondente a uma "imagem-objetivo" nas dimensões da gestão da atenção e da reabilitação (Figura 1).

Figura 1. Modelo lógico da atenção à pessoa com Fissura Labiopalatina (FLP) segundo as diretrizes da OMS (2002), da ACPA (2009; 2015), publicações do HRAC/USP e Portaria SAS/MS 62 de 19 de abril de 1994.

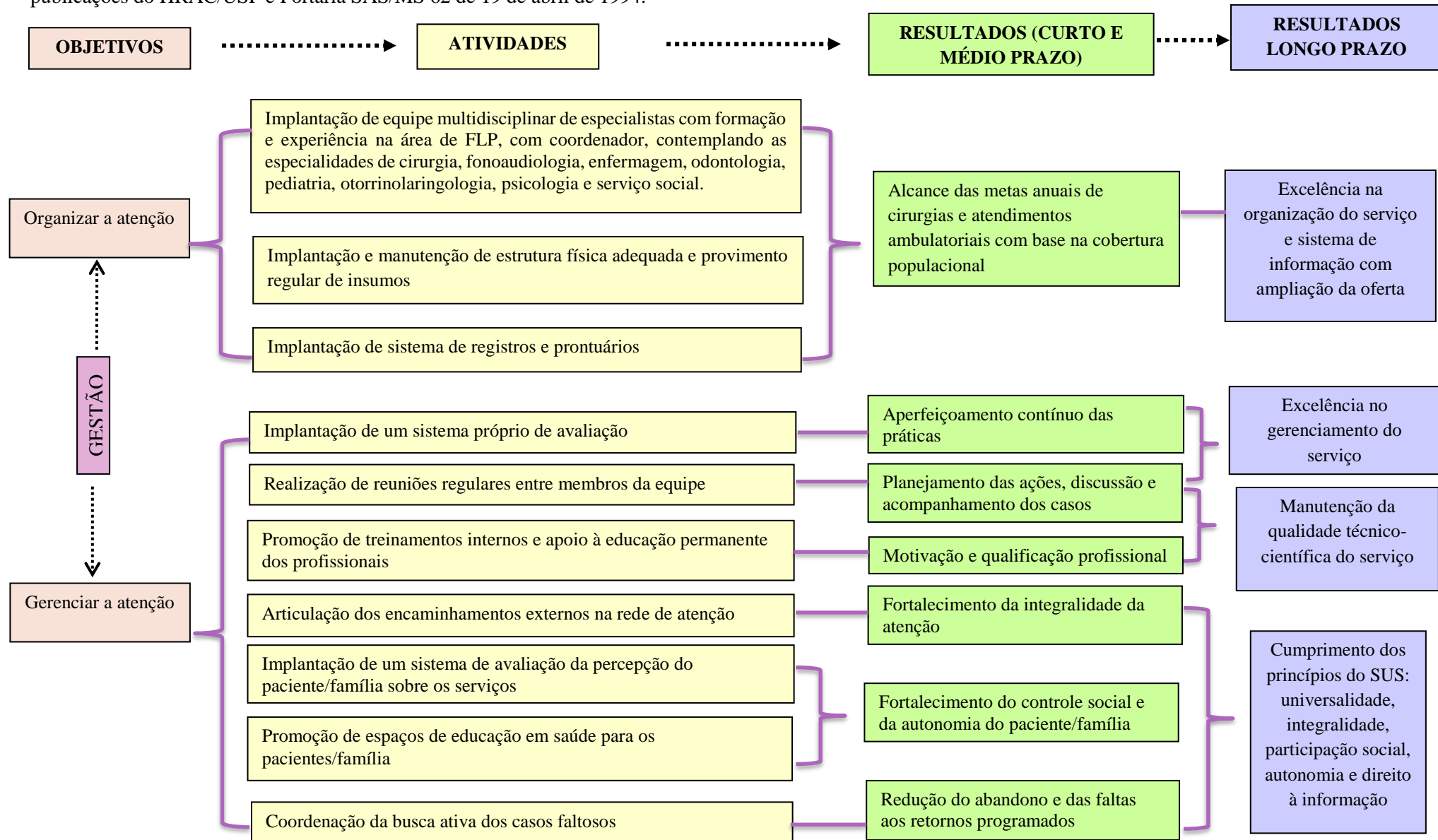
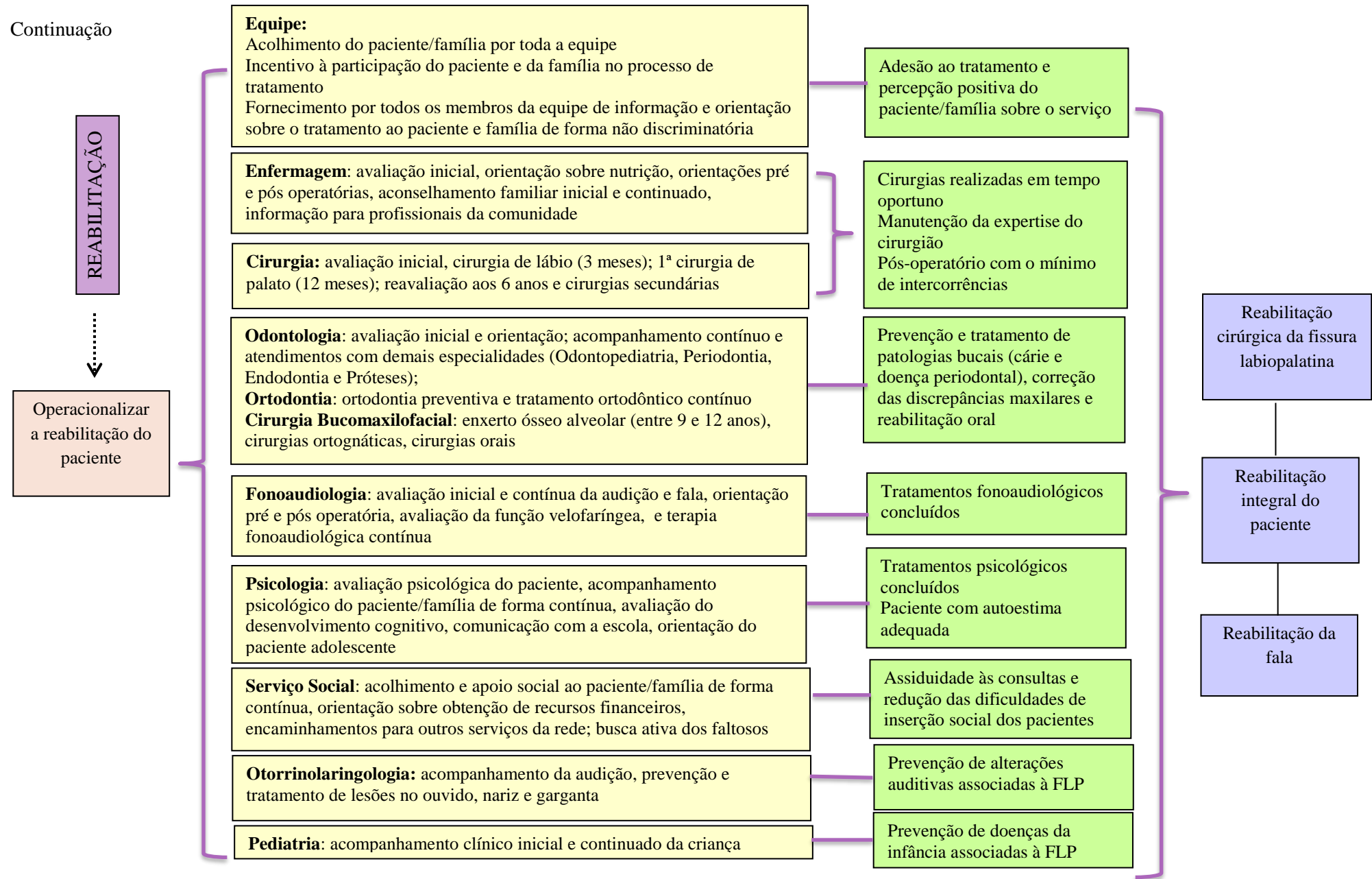


Figura 1. Modelo lógico da atenção à pessoa com Fissura Labiopalatina (FLP) segundo as diretrizes da OMS (2002), da ACPA (2009; 2015), publicações do HRAC/USP e Portaria SAS/MS 62 de 19 de abril de 1994.



A gestão se refere à condução político-administrativa do serviço, que nesse estudo foi dividida em duas subdimensões: a *organização* – requisitos administrativos e de infraestrutura requeridos para o credenciamento junto ao Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), e o *gerenciamento* das ações – atividades de coordenação da equipe, da atenção integral ao usuário, valorização profissional e instituição de práticas de avaliação. Na segunda parte do modelo estão os objetivos da reabilitação do paciente, a qual envolve diagnóstico, intervenção precoce, atenção contínua com vistas à redução da perda da funcionalidade do indivíduo, à melhoria da qualidade de vida e à inclusão social. Essa proposta de modelização funcionou como referência para apreciação do grau de implantação dos componentes da atenção à pessoa com FLP avaliados nesse estudo de caso.

2.4 Validação da matriz de avaliação com especialistas

Para a validação da matriz foi utilizada a técnica de consenso *Delphi*, uma estratégia de baixo custo de consenso entre especialistas de forma remota e anônima, buscando reduzir o viés do argumento de autoridade (SOUZA et al., 2005). Foram selecionados 14 especialistas a partir da sua formação acadêmica, atuação e experiência na temática da FLP, tanto na assistência quanto na gestão, verificadas através da análise dos seus respectivos currículos *Lattes*. A primeira versão da matriz com critérios, indicadores e padrões foi enviada por e-mail, no qual constava o link da matriz em formato de questionário eletrônico, juntamente com uma carta-convite (Apêndices A e B). O convite foi reenviado mais duas vezes com intervalo de sete e 15 dias, respectivamente. Ao final, seis especialistas aceitaram participar e cada um avaliou todos os critérios da matriz. Os especialistas têm formação, experiência no serviço, na gestão e/ou ensino e pesquisa na área de anomalias craniofaciais (Quadro 1).

Na primeira rodada seis participantes atribuíram pontos aos critérios elencados numa escala de 0 a 10, sendo a nota 0 (zero) referente à exclusão do critério, e nota 10 (dez) a nota máxima de importância e permanência do mesmo, assim como, puderam sugerir alterações ou novos critérios para compor a matriz. Para a análise, as respostas foram submetidas a um tratamento estatístico por meio do cálculo de tendência central e de dispersão. Não houve sugestões dos especialistas para modificações ou criação de novos critérios. Os critérios foram considerados quanto à importância e grau de consenso (Tabela 1).

Quadro 1. Perfil profissional dos participantes do Comitê de Especialistas em atenção à pessoa com fissura labiopalatina.

ESPECIALIDADE	FORMAÇÃO ACADÊMICA E ATUAÇÃO PROFISSIONAL
Fonoaudiologia	Doutorado em Ciências da Reabilitação na área de Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas - HRAC/USP; Mestrado em Fonoaudiologia - USP. Possui experiência no serviço, ensino e pesquisa na área da atenção à pessoa com fissura labiopalatina.
Fonoaudiologia	Doutorado em Linguística pela Universidade Federal de Minas Gerais; Mestrado em Ciências da Reabilitação - HRAC/USP; Especialização em Motricidade Orofacial . Possui experiência no serviço, ensina e pesquisa na área.
Cirurgia Bucomaxilofacial	Mestrado em Ciências e Saúde - Universidade Federal do Piauí; Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial; Especialização em Administração de Instituições de Saúde. Possui experiência no serviço, na gestão, ensino e pesquisa na área. Ocupa/ocupou cargo em associação de apoio à pessoa com fissura labiopalatina.
Odontopediatria	Doutorado em Ciências da Reabilitação - HRAC-USP; Mestrado em Odontopediatria - Faculdade de Odontologia de Bauru – USP; Especialista Odontopediatria (2004) - HRAC-USP; Experiência no serviço, ensino e pesquisa, bem como consultoria técnica na área.
Psicologia	Doutorado em curso e Mestrado em Ciências da Reabilitação - HRAC-USP; Especialização em Psicologia Clínica e Hospitalar e Residência Multiprofissional em Saúde: Síndromes e Anomalias Relacionadas pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC-USP. Tem experiência no serviço e pesquisa na área.
Serviço Social	Pós-Doutorado, Doutorado e Mestrado em Serviço Social - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Especialização em Administração Hospitalar; Mestrado. Tem experiência na gestão, no serviço, no ensino e pesquisa na área. Ocupa/ocupou cargo em associação de apoio à pessoa com fissura labiopalatina.

Fonte: Elaborado com base em informações da Plataforma *Lattes*

*HRAC/USP – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo.

Tabela 1. Critérios de classificação das notas atribuídas e do grau de consenso estabelecido pelo comitê de especialistas na atenção à pessoa com fissura labiopalatina (2016).

Nota atribuída	Grau de consenso
Muito importante (média ≥ 9)	Alto grau (DP ≤ 1)
Importante (média ≥ 8 e < 9)	Médio grau (DP > 1 e $\leq 2,5$)
Pouco importante (média < 8)	Baixo grau (DP $> 2,5$ e ≤ 3)
	Dissenso (DP > 3)

DP = Desvio Padrão

A primeira versão da matriz com critérios, indicadores e padrões de atenção à pessoa com fissura labiopalatina (FLP) (Apêndice A) apresentava um total de 82 critérios, sendo 26 critérios para a dimensão de *Gestão*, distribuídos entre a *Organização* (17) e *Gerência* (9), 52 critérios para dimensão de *Reabilitação*, distribuídos entre a *equipe* (4) e suas principais áreas (cirurgia plástica (7), fonoaudiologia (5), ortodontia (3), odontologia clínica/odontopediatria (3), cirurgia bucomaxilofacial (4), enfermagem (6), psicologia (7), serviço social (5), pediatria (5) e otorrinolaringologia(3)) e quatro critérios de *Resultados*.

Na primeira rodada de consenso entre os especialistas observou-se que 54 (65,9%) critérios foram considerados muito importantes, 24 (29,3%) importantes e quatro (4,8%) pouco importantes. Com relação ao grau de consenso, 34 (41,5%) obtiveram alto grau de consenso, 41 (50%) médio grau, 1 (1,2%) baixo grau e 6 (7,3%) apresentaram-se em dissenso.

Na segunda e última rodada, apenas oito critérios com baixo grau de consenso e em dissenso foram enviados também por questionário eletrônico para uma nova apreciação pelos especialistas (Tabela 2). O arquivo completo com as respostas da primeira rodada após o tratamento estatístico também foi enviado em anexo ao e-mail para conhecimento dos participantes, e havia possibilidade de modificá-las, caso desejassem. Nas duas rodadas de validação não houve sugestão de modificação ou inclusão de nenhum critério pelos especialistas consultados.

Dos especialistas participantes na primeira rodada de consenso, cinco responderam na segunda etapa. Por fim, foi realizado novo tratamento estatístico e quatro dos oito critérios que foram classificados como pouco importantes e/ou permaneceram com baixo grau de consenso e dissenso foram retirados da matriz. Ao final do processo de validação, a matriz contemplou 78 critérios considerados importantes e muito importantes, e com médio e alto grau de consenso (Apêndice C).

Tabela 2. Critérios com baixo grau de consenso e em dissenso submetidos a segunda rodada de apreciação pelos especialistas (2016).

Reabilitação	Média 1ª Rodada	DP	Média 2ª Rodada	DP	Permanência do critério
Enfermagem					
Encaminha o neonato para avaliação audiológica	8,1	3,2	6,8	3,8	NÃO
Psicologia					
Avalia inicial e periodicamente as condições psicológicas do paciente e da família.	8,3	2,7	9,4	1,3	SIM
Faz rastreamento para potenciais distúrbios de aprendizagem que começam na infância;	7,1	3,7	7,6	2,5	NÃO
Orienta os pais sobre problemas como comportamentos de rejeição por outros membros da família, as atitudes do público, o medo de e expectativas dos procedimentos cirúrgicos e adaptação emocional ao tratamento;	8,1	2,9	9	2,2	SIM
Realiza avaliações de triagem para identificar possíveis problemas no desenvolvimento cognitivo da criança, aprendizagem, comportamento, autoestima, o progresso educacional e desenvolvimento psicossocial;	7,3	3,9	7,8	2,2	NÃO
Se comunica com a escola do paciente de forma periódica	6,3	4,3	5,8	2,9	NÃO
Serviço Social					
Realiza busca ativa dos casos faltosos	8	3,6	9	1,7	SIM
Resultados					
90% das crianças/pacientes faltosos são contatados através da busca ativa	7,3	3,6	8,8	1,8	SIM

DP = Desvio Padrão

2.5 Fontes e etapas de produção de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de: 1) análise dos documentos orientadores internacionais (WHO, 2002; ACPA, 2009; 2015), documentos normativos do Ministério da Saúde (leis, portarias, decretos, manuais e relatórios), publicações do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP (TRINDADE e SILVA-FILHO, 2007; SOUZA-FREITAS et al. 2012a; 2012b; 2012c; 2013), documentos e publicações da instituição (OSID, 2013, 2014; 2015); 2) entrevistas *semiestruturadas* a partir de um roteiro de entrevistas abrangendo as dimensões e critérios selecionados com informantes-chave do Centrinho (profissionais e usuários) (Apêndices D, E, F); 3) diários de campo, onde se encontram o registro das observações, impressões das entrevistas, estratégias de pesquisa e outras questões consideradas relevantes.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 24 informantes-chave do Centro - um gestor, dois profissionais administrativos, treze profissionais da reabilitação e oito usuários (Tabela 3).

Tabela 3. Informantes-chave do Centro de Reabilitação de Salvador, Bahia (2016).

Área do Informante – Chave	Quantidade de entrevistados
Gestão	1
Profissional Administrativo	2
Cirurgia Plástica	1
Fonoaudiologia	2
Ortodontia	2
Cirurgia Bucomaxilofacial	1
Odontopediatria	1
Periodontia	1
Endodontia	1
Prótese de Palato	1
Enfermagem	1
Psicologia	1
Serviço Social	1
Usuários	8
Total	24

2.6 Avaliação do grau de implantação

Para a avaliação do grau de implantação foi estabelecida uma pontuação máxima que cada critério poderia atingir, considerando a nota recebida pelos especialistas e o grau de consenso (Quadro 2).

Quadro 2. Pontuação estabelecida para cada critério de atenção à pessoa com fissura labiopalatina, de acordo com o nível de importância e grau de consenso atribuído pelos especialistas.

Nível de importância e grau de consenso do critério	Pontuação
Muito importante e com alto grau	8
Muito importante e com médio grau	6
Importante e com alto grau	4
Importante e com médio grau	2

A atribuição de pontos para cada critério foi realizada por dois avaliadores separadamente, seguida por um encontro de consenso entre ambos, e foi baseada na triangulação das evidências encontradas na fala dos informantes-chave, na observação *in loco* e nas informações obtidas através da análise documental.

Foi estabelecida uma divisão em quartis para classificar o grau de implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina considerando a matriz de critérios elaborada: *não implantado*; *incipiente*; *intermediário* e *avançado* (Quadro 3).

Quadro 3. Grau de implantação a partir do percentual de pontos alcançado por cada dimensão, subdimensão e critério avaliado.

Grau de implantação	Percentual de pontos alcançado (%)
Não implantado	0 - ≤ 25 %
Incipiente	> 25% - ≤ 50%
Intermediário	>50% - ≤ 75%
Avançado	>75%

A Tabela 4 apresenta a versão final da matriz utilizada para avaliação do grau de implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina no presente estudo. As dimensões de análise foram a 1) *Gestão* (Organização e Gerência do serviço), 2) *Reabilitação* e 3) *Resultados*. Na versão final, utilizada na avaliação (Tabela 4), foram retirados os critérios das especialidades de otorrinolaringologia e pediatria, pois no Centrinho de Salvador, Bahia, elas não fazem parte do ambulatório do centro. Para serem avaliados por otorrinolaringologista e pediatra, os pacientes são encaminhados para o Hospital Santo Antônio ou demais unidades da rede SUS.

Tabela 4 . Matriz com pontuação dos níveis, dimensões e critérios para avaliação do grau de implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina, Salvador, Bahia, 2016.

I. Gestão (150 pts)	II. Reabilitação (248 pts)	
1. Organização da atenção (38 pts)	1. Equipe (22 pts)	6. Odontologia clínica/ Odontopediatria (22 pts)
C1 - Há equipe multidisciplinar de especialistas (enfermagem, cirurgia, fonoaudiologia, odontologia geral e pediátrica, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, reabilitação oral, pediatria, otorrinolaringologia, serviço social e psicologia) (8 pts) ***	C27 - Estabelece o protocolo terapêutico e discute casos em conjunto (2 pts) ***	C50 - Realiza avaliação inicial desde os primeiros meses de vida e orienta à família (8 pts) ****
C2 - Existe um coordenador de equipe (6 pts)****	C28 - Faz acolhimento inicial do paciente/família (8 pts) ****	C51 - Promove cuidados de saúde primários e manutenção de rotina ao longo da vida (8 pts)***
C3 - Há um protocolo de tratamento da fissura labiopalatina discutido e acordado em equipe (8 pts)***	C29 - Incentiva a participação do paciente e da família no processo de tratamento (6 pts)***	C52 - Encaminha para atendimentos nas especialidades conforme necessidades e planejamento dos casos (Ortodontia, Periodontia, Endodontia, Implantodontia e Próteses) (6 pts) ****
C4 - Há um serviço de registros e prontuários dos pacientes (8 pts)****	C30 - Fornece informação e orientação sobre o tratamento ao paciente/família de forma não discriminatória (6 pts)**	
C5 - Há manutenção da infraestrutura adequada# do serviço e provimento regular de insumos (8 pts) ***		
1.1 Infraestrutura adequada # (94 pts)	2. Cirurgia Plástica (48 pts)	7. Enfermagem (22 pts)
C6 - O atendimento ambulatorial e hospitalar é realizado na mesma estrutura (8 pts) ****	C31 - Realiza avaliação inicial, diagnóstico e planejamento do tratamento cirúrgico (8 pts) ****	C53 - Realiza triagem e avaliação inicial do paciente (6 pts) ****
C7 - Possui unidade de internação para crianças e adultos (8 pts) ****	C32 - Realiza cirurgia de lábio aos 3 meses de idade (8 pts)***	C54 - Orienta sobre alimentação e outras informações básicas (6 pts) ****
C8 - Possui centro cirúrgico com salas equipadas (8 pts) ****	C33 - Realiza a cirurgia primária de palato aos 12 meses; (6 pts)***	C55- Fornece orientações pré e pós operatórias (6 pts) ****
C9 - Possui sala de recuperação dentro do bloco cirúrgico equipada com monitor cardíaco e desfibrilador, e outros materiais necessários às urgências cardiopulmonares (8 pts)****	C34 - Reavalia o paciente aos 06 anos de idade e programa as cirurgias secundárias (6 pts) ****	C56 - Avalia e acompanha o desenvolvimento da criança de forma contínua (2 pts)***
	C35 - Coordena os procedimentos cirúrgicos para minimizar o número de exposições e anestésicas hospitalizações (8 pts)***	C57 - Fornece informações e orientações para profissionais da comunidade onde reside o paciente (2 pts)***

*não implantado **incipiente ***intermediário ****avanzado

Tabela 4. Matriz com pontuação dos níveis, dimensões e critérios para avaliação do grau de implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina, Salvador, Bahia, 2016. (Continuação)

1.1 Infraestrutura adequada # (continuação)	2. Cirurgia Plástica (continuação)	8. Psicologia (16 pts)
C10 - Possui sala para pequenas cirurgias (dentisterias) 8 pts)****	C36 - Discute o momento das cirurgias secundárias após avaliação em conjunto com a equipe (6 pts) ***	C58 - Avalia inicial e periodicamente as condições psicológicas do paciente e da família. (6 pts) ****
C11 - Possui consultórios odontológicos e equipamentos para realização de radiografias, cirurgias bucomaxilofacial e implantes dentários (8 pts) ****	C37 - Informa e discute sobre as cirurgias secundárias com o paciente/ família para que os objetivos sejam entendidos e expectativas sejam realistas (6 pts) ***	C59 - Orienta os pais sobre problemas como comportamentos de rejeição por outros membros da família, as atitudes do público, o medo de e expectativas dos procedimentos cirúrgicos e adaptação emocional ao tratamento; (6 pts) ***
C12 - Possui sala de exame especializada em fonoaudiologia (8 pts) ****		C60 - Realiza terapia ou encaminha o paciente conforme a necessidade de cada caso em todas as fases do tratamento (2 pts) ***
C13 - Possui ou terceiriza Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Lab. de Patologia Clínica, de Prótese e Ortodontia) (8 pts) ****		C61- Motiva o paciente a medida que amadurece para se tornar participante ativo no planejamento do tratamento (2 pts) ***
C14 - Possui um serviço de documentação com capacidade de documentar a sequência do tratamento (8 pts) ****	3. Fonoaudiologia (34 pts)	9. Serviço Social (36 pts)
C15 - O estabelecimento possui serviço de anestesia, cirurgia plástica estética reparadora (8 pts) ****	C38 - Realiza avaliação inicial e fornece orientações à família (8 pts) ****	C62 - Realiza acolhimento inicial do paciente e família e de forma periódica ao longo do tratamento (8pts) ****
C16- Possui serviço de otorrinolaringologia e sala para videofluoroscopia (6 pts) ***	C39 Realiza avaliação pré e pós operatória durante a palatoplastia (8 pts) ****	C63 - Fornece orientações sobre obtenção de apoio/recurso financeiro (como transporte) (8 pts) ****
C17 - Possui serviço de clínica médica (8 pts) ***	C40 - Realiza avaliações da fala inicial e periódicas ao longo do desenvolvimento do paciente (8 pts) ***	C64 - Faz articulação e informa ao paciente/família sobre os encaminhamentos para outros serviços da rede conforme necessário (8 pts)**
	C41 - Realiza terapia de fala precoce para facilitar o desenvolvimento dos sons da fala e estabelece um programa de casa a ser realizado pelos pais e outros cuidadores (8 pts) ***	C65 - Facilita o contato do paciente com outras crianças e suas famílias através de grupos de apoio (6pts)*
	C42- Participa do planejamento da cirurgia ortognática em conjunto com o ortodontista e cirurgião bucomaxilofacial (2 pts)***	C66 - Realiza busca ativa dos casos faltosos (6 pts)*

*não implantado ** incipiente ***intermediário ****avançado

Tabela 4. Matriz com pontuação dos níveis, dimensões e critérios para avaliação do grau de implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina, Salvador, Bahia, 2016. (continuação)

2. Gerência (18 pts)	4. Ortodontia (20 pts)	III. Resultados (8 pts)
C18 - Há reuniões regulares entre membros da equipe (2 pts)**	C43 - Realiza ortodontia preventiva e tratamento ortodôntico contínuo (dentição decídua, mista e permanente) (8 pts)****	C67- Há cobertura cirúrgica conforme prevalência estimada (base nacional - 1,54/1000 nascidos vivos) (2 pts)***
C19 - Os encaminhamentos para atendimentos na rede de atenção do SUS são articulados pela gestão (2 pts)***	C44 - Realiza documentação ortodôntica – fotografias faciais e dentárias, modelos de gesso, radiografias extraoral e intra-orais - em geral, aos 9 anos, 12 anos e 18 anos de idade para avaliar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento dental e facial. (6 pts)****	C68- 90% das crianças/pacientes faltosos são contatados através da busca ativa (2 pts)*
C20 - Há treinamentos internos e apoio à educação permanente para os profissionais da equipe (2 pts)*	C45 - Participa do planejamento da cirurgia ortognática em conjunto com o cirurgião bucomaxilofacial e fonoaudiólogo (6 pts)***	C69 - 90% das crianças identificadas (casos novos) com cirurgia realizada até os 12 meses (padrão ouro/sempre que possível)**
C21- Há um sistema de monitoramento dos resultados do tratamento (2 pts)**	5. Cirurgia Bucomaxilofacial (28 pts)	C70 - 90% das sessões de fonoaudiologia são realizadas dentre aquelas programadas*
C22 - Há um sistema de avaliação das práticas dos profissionais (2 pts)*	C46 - Realiza avaliação do paciente e fornece orientações pré e pós-operatórias (8 pts) ****	
C23 - Há um sistema de avaliação da percepção do paciente/família sobre os serviços (2 pts)*	C47 - Realiza cirurgias orais menores conforme necessidade do caso (6 pts) ****	
C24 - Há espaços de educação em saúde para os pacientes/família (2 pts)***	C48 - Realiza cirurgia de enxerto ósseo alveolar conforme planejamento do caso (entre 9 e 12 anos) (8 pts) ****	
C25 - Há realização de busca ativa dos casos faltosos (2 pts)**	C49 - Realiza cirurgias ortognáticas conforme planejamento do caso em conjunto com o ortodontista e fonoaudiólogo da equipe (6 pts)***	
C26 - Há relação de contato, parceria e troca de informações entre o serviço e associações de apoio (2 pts)*		

*não implantado **incipiente *** intermediário **** avançado

Pts = pontos / Somatório total dos pontos da matriz 406 pts

A Tabela 5 sintetiza o número de critérios e o valor máximo de pontos atribuídos para cada critério. O somatório da pontuação máxima possível de ser atribuída para as três dimensões foi de 406 pontos, sendo 150 pontos para a dimensão 1 (Gestão), 248 pontos para a dimensão 2 (Reabilitação) e 8 pontos para a dimensão 3 (Resultados) (Tabela 5).

Tabela 5. Número de critérios e valor máximo de pontos atribuídos para cada critério em cada nível de análise.

Dimensões de Análise	nº de critérios	Valor máximo (pontos)
1. Gestão	26	150
Organização da atenção	17	132
Gerência	9	18
2. Reabilitação	40	248
Equipe	4	22
Cirurgia Plástica	7	48
Fonoaudiologia	5	34
Ortodontia	3	20
Cirurgia Bucomaxilofacial	4	28
Odontologia Clínica/Odontopediatria	3	22
Enfermagem	5	22
Psicologia	4	16
Serviço Social	5	36
3. Resultados	4	8
Cobertura cirúrgica (1,54/1000 NV)	1	2
90% dos pacientes faltosos são contatados por busca ativa	1	2
90% das crianças identificadas (casos novos) com cirurgia realizada até os 12 meses (padrão ouro/sempre que possível)	1	2
90% das sessões de fonoaudiologia são realizadas dentre aquelas programadas	1	2
Total	70	406

NV = Nascidos vivos

2.7 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio/Obras Sociais Irmã Dulce sob parecer de número 990.341, e todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O conjunto de evidências das entrevistas e documentos foi analisado à luz das categorias analíticas apontadas no marco referencial apresentado no sentido de compreender a implantação da atenção à pessoa com FLP em Salvador, Bahia.

2.8 Aspectos teóricos- metodológicos da avaliação da implantação de intervenções de saúde e contribuições da Análise Sociológica das Políticas de Saúde

As principais referências teóricas e metodológicas do campo da Avaliação em Saúde utilizadas nesse trabalho foram de autores da Universidade de Montreal, Canadá, representados na obra organizada por Brousselle e colaboradores (2011), e das autoras brasileiras HARTZ e VIEIRA-DA-SILVA (2005; 2014).

Os estudos nesse campo são marcados pela ausência de uniformidade terminológica, e por isso, exigem explicitação teórica e metodológica do avaliador (VIEIRA-DA-SILVA e FORMIGLI, 1994; CHAMPAGNE et al., 2011). Nesse estudo, foram adotados os conceitos de Contandriopoulos e cols. (1997) que consideram a avaliação como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões e de Vieira-da-Silva (2014, p.16) que define a avaliação como um “julgamento de valor que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, planejamento ou prática) ”.

Os objetivos da avaliação dependem de quem formula a pergunta. Pode ser feita por um gestor para verificar se um programa está tendo os resultados esperados, ou por um pesquisador com a finalidade de produzir conhecimento. Caso a pergunta seja realizada por um usuário, o objetivo pode ser a prestação de contas dos serviços (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Quando a avaliação é realizada com o uso de metodologias científicas, e a partir da formulação de uma pergunta ainda não respondida pela literatura especializada, trata-se de uma pesquisa avaliativa. O objetivo principal desse tipo de avaliação é preencher uma lacuna do conhecimento (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Os resultados de uma avaliação não produzem automaticamente tomada de decisão por parte dos gestores, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação, influenciando de forma positiva as tomadas de decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Delimitar o foco da avaliação é necessário para aumentar os usos dos seus resultados, sua especificidade e validade (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Diversos atributos de práticas, programas ou políticas de saúde podem ser avaliados, dentre os quais, o processo de implantação (grau de implantação e análise de implantação) (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Nesse trabalho, o foco principal da avaliação foi o grau de implantação de um centro de reabilitação à pessoa com fissura labiopalatina. Esse tipo de estudo visa estabelecer em que medida uma intervenção está sendo implantada conforme foi concebida e deve ser conduzido a partir cinco passos: (1) análise da situação inicial, (2) elaboração do modelo lógico da

intervenção, (3) seleção de dimensões e critérios a partir do modelo lógico e elaboração de matriz para a avaliação do grau de implantação, (4) atribuição de pontos para cada critério e cálculo da percentagem referente ao valor máximo possível para cada critério, (5) classificação do grau da implantação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

É preciso destacar que a implantação é sinônimo da implementação concreta de uma intervenção em um contexto preciso que pode ser descrito pelas suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas (CHAMPAGNE et al., 2011). Há uma complexidade de fatores que influenciam a gestão das instituições de saúde que se reflete em uma variabilidade na implantação de políticas e programas de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006; VIEIRA-DA-SILVA, 2014; PINTO; VIEIRA-DA-SILVA E BAPTISTA, 2014). Os procedimentos necessários para que uma intervenção produza efeitos não são os mesmos em todos os lugares. A implantação de uma intervenção complexa é influenciada pelo apoio variável dos agentes em favor do projeto, pela coerência entre o programa e as atividades propostas, dentre outros fatores (CHAMPAGNE et al., 2011). Os múltiplos agentes sociais envolvidos frequentemente interpretam os seus objetivos de forma diferenciada e modificam as ações, podendo até opor resistência ao desenvolvimento da intervenção (CONTANDRIOPOULOS, 2006; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Champagne e cols (2011) afirmam que é pertinente realizar uma avaliação da implantação quando os efeitos da intervenção são sensíveis às variações contextuais. No caso de intervenções novas, a avaliação tem o intuito de identificar melhor a dinâmica de implantação e os fatores explicativos críticos. Os referidos autores destacam também que esse tipo de pesquisa ajuda a compreender as variações no nível de integralidade da implantação de uma intervenção. A integralidade está relacionada à validade do conteúdo da intervenção (exaustividade dos componentes da intervenção que são implementados), à intensidade com que as atividades são realizadas (em termos quantitativos para cada um dos componentes) e à adequação das referidas atividades às normas existentes (qualidade em termos de estrutura e processos) (CHAMPAGNE et al., 2011).

A proposta de avaliar o grau de implantação de uma intervenção se baseia na sua concepção dinâmica. A intervenção vai sendo transformada no plano organizacional em função das características do contexto, o qual é permeado por interesses e ações de diferentes agentes que podem se apresentar como fatores facilitadores ou barreiras para o avanço da intervenção de saúde (CHAMPAGNE et al., 2011). Nesse sentido, alguns elementos da abordagem da análise sociológica das políticas de saúde de Patrice Pinell (2010) que se baseia na sociologia de Pierre Bourdieu (2014), podem contribuir na compreensão das evidências encontradas na

avaliação da intervenção, especialmente nos elementos contextuais a partir dos conceitos de espaço social, agentes, capitais e *habitus*.

O conceito de espaço social, enquanto um espaço de relações entre agentes com posições distintas e coexistentes que organiza as suas práticas e representações (BOURDIEU, 2014), pode ser aqui aplicado ao se considerar a “atenção à fissura labiopalatina” como um espaço social. Pinell (2010) destaca que esse conceito é um recurso sociológico que permite estudar a estrutura e a dinâmica das relações mantidas pelos agentes envolvidos nas disputas em torno de um objetivo comum.

A distribuição dos agentes no espaço social é produto da acumulação desigual de diversos tipos de capital que eles possuem, com destaque para o volume de capital global, a soma do capital cultural e econômico, e o peso relativo desses tipos de capital nesse volume global (BOURDIEU, 2014). O capital é o acúmulo de energia social no processo histórico por parte dos agentes, fruto das distintas trajetórias em campos diversos (BOURDIEU, 2014). Bourdieu utiliza a denominação agente, por entender que todos os indivíduos têm inscritos os princípios geradores e organizadores das suas práticas e representações, das suas ações e pensamentos (THIRY-CHERQUES, 2006). Os indivíduos são agentes à medida em que atuam e sabem que são dotados de um senso prático, um sistema adquirido de preferências, de classificações, de percepção (BOURDIEU, 2014).

As estratégias dos agentes, isto é, suas tomadas de posição, dependem da posição que eles ocupam na estrutura do campo. O campo pode ser definido como microcosmos sociais relativamente autônomos (BOURDIEU, 2014). Neste caso da atenção à pessoa com fissura labiopalatina, predominantemente trata-se do campo médico. Assim, as diferentes tomadas de posição no campo e os diferentes *habitus* – princípios geradores de práticas distintas e distintas, os gostos, o conjunto de escolhas de pessoas, de bens e de práticas (BOURDIEU, 2014) – podem influenciar a existência de variações no grau de implantação dessa intervenção de saúde.

A atenção à pessoa com FLP está consolidada no âmbito internacional através de centros especializados compostos por equipes multiprofissionais de especialistas (WHO, 2002; ACPA, 2009), e no Brasil esse modelo também vem sendo implementado. No caso da Bahia, estudo de Chaves, Souza e Almeida (2016) sobre a sociogênese dessa intervenção, revelou que a criação do "Centrinho" em Salvador, Bahia, resultou de condições de possibilidade de financiamento de alta complexidade, associado à conjunção de disposições distintas dos diferentes agentes fundadores. Os autores apontam que esse espaço de especialistas na reabilitação criado

posteriormente à expansão da política revela disputas sobre a definição do que é a atenção integral à pessoa com fissura labiopalatina.

Pinell (2010) afirma que o Estado adota leis e normatizações para implementar medidas novas e específicas a fim de organizar uma resposta social qualificada de “luta contra” uma doença ou um comportamento que se constituem flagelos que ameaçam a sociedade (PINELL, 2010). No caso particular da FLP, essas medidas vêm sendo adotadas desde 1993, e atualmente, no Brasil existem 28 centros para atenção à pessoa com FLP habilitados pelo SUS, distribuídos de forma desigual entre as regiões, com concentração nas regiões sudeste e sul, sobretudo no estado de São Paulo, o qual possui 9 centros (BRASIL, 2015). Monlleó e Gil-da-Silva-Lopes (2006) destacam que embora agrupados em rede, considerando a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDCF) (BRASIL, 2002), as atividades desses serviços são descoordenadas.

Para Pinell (2010) a implementação e a evolução de uma política de saúde são produto da dinâmica de um jogo social complexo, envolvendo a interdependência de quatro fatores: as evoluções no “front da luta” de ordem ao mesmo tempo médica (novos dados, sobre a incidência da doença, novos conhecimentos médicos, inovações técnicas, novos tratamentos) e social (mudança na mobilização contra a doença); os efeitos concretos da implementação da política (criações institucionais, desenvolvimento de grupos profissionais, emergências de novas estruturas associativas) e obstáculos eventualmente encontrados; e por fim as mudanças de governo, com duas variantes, a manutenção ou a mudança da maioria política.

2.9 A etapa da avaliabilidade

Antes de iniciar uma avaliação sistemática de uma intervenção é recomendada a realização de um estudo exploratório, chamado de avaliabilidade, para compreensão do programa, identificação dos informantes-chave e melhor delimitação dos atributos a serem avaliados (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). No presente estudo, a avaliabilidade contemplou perguntas exploratórias através de entrevista semiestruturada a oito informantes-chave do Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho) sobre o *objetivo do serviço*, *aspectos positivos* e *pontos para melhoria*.

Com relação a compreensão do entrevistado sobre qual o objetivo do serviço, observou-se convergência nas respostas, as quais apresentaram elementos de reabilitação dos pacientes, melhoria da qualidade de vida e inserção social.

A Tabela 6 apresenta uma síntese dos achados relacionados aos aspectos para melhoria e potencialidades do serviço, os quais corroboram com a necessidade de proceder uma avaliação do grau de implantação da atenção à pessoa com FLP no centro de referência de Salvador, Bahia.

Tabela 6. Pontos para melhoria e potencialidades evidenciados na avaliabilidade da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em Salvador, Bahia (2016).

Pontos para melhoria	Potencialidades
Reuniões mais regulares entre a equipe	Equipe multiprofissional de reabilitação completa e qualificada (acolhimento e qualidade técnico-científica)
Participação e envolvimento dos profissionais na gestão	Profissionais vinculados a Universidades e outros serviços da rede SUS
Acolhimento na recepção	Baixa rotatividade dos profissionais
Treinamentos e educação permanente	Organização administrativa
Ampliação do espaço físico	Apoio psicossocial
Demanda reprimida - cirúrgica e ambulatorial	-
Parceria ensino-serviço	-
Discussão de casos e reuniões científicas	-
Contato/parceria com a associação de apoio	-
Educação em Saúde para usuários/familiares	-
Financiamento	-
Acolhimento na recepção	-

3. RESULTADOS

3.1 Avaliação do grau de implantação: o caso de um centro de reabilitação da Bahia

O grau de implantação da atenção a pessoa com FLP em Salvador, Bahia, considerando o Centro de Reabilitação selecionado nessa pesquisa avaliativa e os critérios propostos (Tabela 4), foi avançado (Tabela 7).

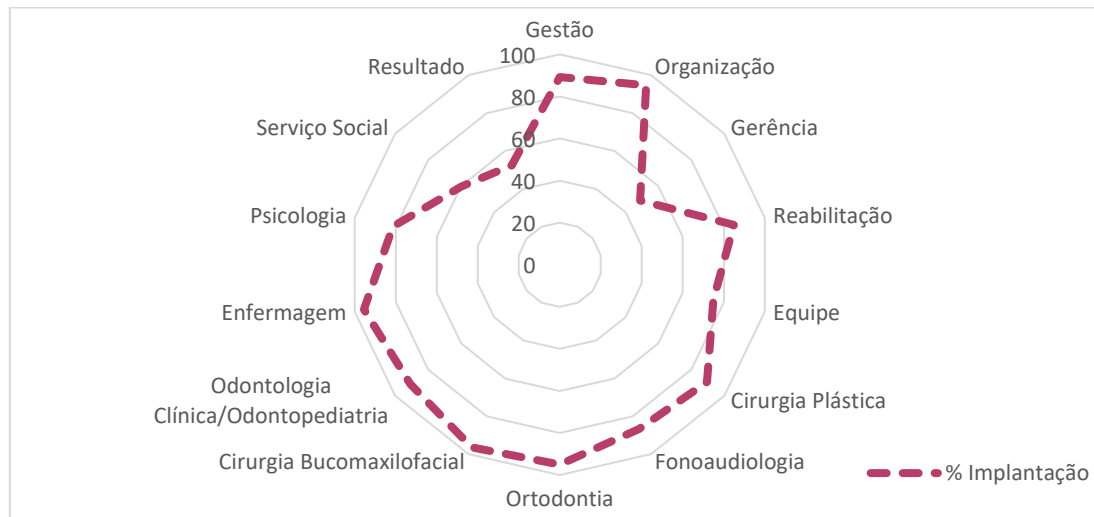
Tabela 7. Grau de implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em Salvador, Bahia (2016).

Dimensão	Pontuação			Grau de implantação
	n	alcançada	%	
1. Gestão				
Organização da atenção	132	125	94,7	Avançado
Gerência	18	8,8	48,8	Incipiente
Subtotal A	150	133,8	89,2	Avançado
2. Reabilitação				
Equipe	22	16,5	75	Intermediário
Cirurgia Plástica	48	43	89,5	Avançado
Fonoaudiologia	34	29,5	86,8	Avançado
Ortodontia	20	19	95	Avançado
Cirurgia Bucomaxilofacial	28	27	96,4	Avançado
Odontologia Clínica/Odontopediatria	22	20	90,9	Avançado
Enfermagem	22	21	95,5	Avançado
Psicologia	16	13	81,3	Avançado
Serviço Social	36	21,5	59,7	Intermediário
Subtotal B	248	210,5	84,9	Avançado
3. Resultados				
Subtotal C	8	3,6	45	Incipiente
Escore global (A + B + C)	406	347,9	85,7	Avançado

Na dimensão da *Gestão*, a partir do escore total das duas subdimensões (*Organização e Gerência*), o grau de implantação também foi avançado. Entretanto, os critérios de *Organização* foram os maiores pontuadores (Tabela 7, Figura 2). Na subdimensão *Gerência*, o grau de implantação foi *incipiente*. Esse resultado ocorreu devido à alguns problemas evidenciados nos seguintes critérios: realização de reuniões regulares (C18), realização de treinamentos internos e apoio à educação permanente (C20), sistema de monitoramento dos resultados do tratamento

(C21), sistema de avaliação da percepção dos usuários sobre o serviço (C22), espaços de educação em saúde para o paciente/família (C23), realização de busca ativa dos casos faltosos (C25) e contato/parceira com associação de apoio (C26), avaliados como incipientes ou não implantados (Tabela 4).

Figura 2. Porcentagem de implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um centro de Salvador, Bahia, 2016.



Sobre a realização de reuniões regulares (C18), observou-se que estas acontecem em média duas vezes ao ano, e ainda assim não conseguem agregar todos os profissionais da equipe:

“Não está sendo muito (regular) não, a dos profissionais fixos é mais fácil ter, como cada um tem um horário, as pessoas jurídicas geralmente só pode ser dia de sábado, então a gente tenta a cada três meses, mas as vezes mais, porque todo mundo tem consultório, não somos um grupo fixo que trabalha no hospital só. [...] as vezes faz algumas reuniões no dia de um grupo que está...vai fazendo isso, mas para a equipe geral... faz muita falta por sinal”. **Gestão**

“Regulares não, isso é uma crítica minha, eu venho pedindo isso a algum tempo. Se tiver 2 no ano é muito, tem menos”. **Profissional**

“Sim, com todos os profissionais tem duas vezes ao ano. Eu sempre venho, mas tem profissional que às vezes não vem”. **Profissional**

Com relação ao critério C20, que aborda a presença de treinamentos internos e apoio à educação permanente para os profissionais da equipe, destaca-se que os profissionais mais antigos, sobretudo aqueles ligados à implantação do Centro passaram por um processo de treinamento específico, à época em parceria com o Centrinho de Bauru, São Paulo. Já aqueles mais novos na instituição não vêm recebendo essa formação. O apoio à educação permanente existe, todavia é restrito.

“Fiz, justamente com esse intercâmbio com Bauru, passei vários dias lá, por vários anos seguidos, indo para lá pra fazer um treinamento de ponta”. **Profissional**

“[...] Vieram os módulos, Bauru fazia isso antigamente, mandava os módulos aí depois fazia a descentralização, eu participei dos módulos, treinava, mostrava como era o serviço e tal. No começo eles vinham, vinham os médicos, assistente social, vinha enfermeira para mostrar como é que era o processo, e eu participei dos módulos”. **Profissional**

“Eu recebi um treinamento mais informal, eu fui treinada pela profissional que trabalhava aqui, não houve uma formação específica, houve uma passagem de informações, ela disse “aqui faz assim, você faz assim”. **Profissional**

“Não, nenhum treinamento. Eu lembro que o primeiro paciente que eu atendi tinha fissura palatina eu fiquei com medo do paciente ter algum problema, a falta de experiência mesmo, fui aprendendo no dia a dia a lidar com eles”. **Profissional**

“Precisa melhorar isso. A gente tem alguns profissionais que vão para congresso, apresentam alguns projetos, mas não são muitos não”. **Profissional**

“Recebi o treinamento aqui. Fui a Bauru também, ficamos três dias lá, foi uma capacitação. Tem mais ou menos uns cinco anos. Aprendi muito, sobre a documentação, faturamento, as coisas de inovação que podia trazer para cá”. **Profissional**

“[...] para o profissional CLT o hospital fornece (apoio), a gente faz um planejamento no começo do ano, manda para o RH, avaliam, e vê dentro do possível financeiramente. Como agora tem o *Smile*¹, se tem algum congresso fora, alguma coisa, a gente tenta pedir com antecedência as passagens, [...] então você fica mais preso à questão financeira”. **Gestão**

Quanto à existência de um sistema de monitoramento dos resultados do tratamento (C21), observou-se um grau incipiente na equipe em geral, sendo a enfermagem e o serviço social as áreas que mais desempenham o papel de “gestor de casos”.

“Todos os profissionais registram no prontuário a evolução dos pacientes, e vamos observando os resultados”. **Profissional**

“Cada profissional acompanha os resultados de sua especialidade”. **Profissional**

“Pelo próprio prontuário, acompanhamos a evolução dos casos, quando precisa, a gente discute”. **Profissional**

“Por exemplo, se o paciente chegar aqui pequenininho ele passa pela equipe, se for por exemplo uma fissura pré forame, com 6 meses, ele está fazendo a cirurgia. Quando ele vai fazer a cirurgia ele passa por mim no dia do internamento, já sai com as consultas marcadas de revisão, para fono para cada 3 meses e assim vai. Ele sempre vai passar pela enfermagem de 6 em 6 meses. É protocolo nosso. A gente vê no prontuário o que ele tem feito, o que não tem. Se o paciente tem 5 anos, e no prontuário ele nunca passou pela orto, eu vou encaminhar para orto. Então se esse paciente foi para a orto e nunca mais voltou, ele tem 2 anos que não voltou, e aí ele vai para a recepção, a recepção sempre depois de dois anos encaminha para mim, a gente vê o que está faltando e encaminha o paciente. Ele nunca vai deixar, porque se eu não olho, a assistente social sempre olha”. **Profissional**

¹*Smile Train* é uma instituição internacional não governamental, que oferece treinamento, financiamento e recursos para capacitar equipes locais de países em desenvolvimento para realização do tratamento das fissuras labiopalatinas (<https://www.smiletrain.org>).

“A enfermeira tem um controle maior da evolução do paciente, porque são consultas periódicas, ela monitora se tem muito tempo que o paciente não passa em alguma especialidade, aí ela sempre encaminha” **Profissional**

A avaliação das práticas dos profissionais (C22), foi considerada não implantada, pois os profissionais de maneira geral desconhecem as metas e indicadores do serviço, inclusive de sua própria especialidade. Essas informações estão centralizadas na liderança e nos profissionais mais envolvidos com a gestão (assistentes administrativos, enfermagem e serviço social).

“A cada três meses tem uma avaliação pela superintendência, toda a equipe do hospital faz. É uma avaliação com base em indicadores. Eu forneço (à superintendência do Hospital) essas informações a cada três meses”. **Gestão**

“A liderança faz o controle e acompanhamento do trabalho dos profissionais. Tem uma avaliação da qualidade feita em todo o hospital que contempla o Centrinho”. **Profissional**

“Assim não, teve uma época que saía assim...meta de paciente marcado e atendidos, eu acho que a gente tem o mínimo que a gente tem que fazer, como a gente sempre passa desse mínimo, nunca foi chamado, mas eu não sei assim qual é a meta” **Profissional.**

“Não tenho conhecimento de como funciona esses indicadores, sei que eles existem”. **Profissional**

Quanto ao sistema de avaliação da percepção do paciente/família sobre os serviços, este também foi avaliado como não implantado. Os entrevistados reconhecem a existência de mecanismos como “Caixa de sugestões e reclamações” e “Ouvidoria”, porém a maioria dos profissionais não tem contato com o conteúdo desse material.

“Tem ouvidoria, caixa de sugestões e o paciente pode falar também com o profissional”. **Profissional**

“A ouvidoria é do próprio hospital, o paciente vai faz a queixa ou a necessidade, eles aí mandam, a gente tem que responder, e nesse processo também tem a pesquisa de satisfação. E tem por exemplo, a pesquisa externa também através de folder, aí “a qualidade” manda todo mês. Dentro daquilo eu vou ver, eu encaminho para a assistente social, ela verifica o que foi, se foi queixa ou se foi elogio, e ela entra em contato com o paciente, ou para dar uma satisfação no sentido de agradecer se for elogio, ou se foi queixa vemos o que houve e damos retorno ao paciente. Mas tem a ouvidoria do hospital também, que ele pode ir lá, aí entra no sistema”. **Gestão**

“Sei que tem ouvidoria do Hospital, mas não tenho contato com essa parte, é mais a liderança e o serviço social”. **Profissional**

“Eu tenho um livro de registro das ocorrências, reclamações, eu recebo da líder, os comentários e sugestões, eu coloco e dou um retorno para o paciente”. **Profissional**

A realização de busca ativa dos casos faltosos (C25) foi avaliada como incipiente, e o contato, parceria e troca de informações entre o serviço e associações de apoio (C26) como não implantado. No caso da busca ativa, verificou-se que é uma prática bastante assistemática.

“No processo de atendimento a gente no dia a dia tenta ver o paciente que tem muito tempo que não vem para alguma especialidade. A gente começou a fazer revisão de prontuário para fazer (a busca ativa) [...]. Mas só uma vez por ano que a gente faz isso. Mas, no dia a dia a gente observa, aí normalmente quem faz essa triagem é a enfermeira. A partir de dois anos é considerado abandono, aí ele tem que começar do zero, é feita uma triagem para isso”. **Gestão**

“Hoje por conta dos custos, a gente liga menos para os pacientes, mas liga sim” **Profissional.**

“Antes a gente ligava quando o paciente faltava muito, mas agora com a redução de custos, cortou o telefone, não dá para ligar mais”. **Profissional.**

“[...] tudo isso é gasto para o hospital, então assim é um serviço que o paciente é responsável pela vinda dele, pelo tratamento dele, o hospital não vai atrás. Antes até ia, ligava”. **Profissional**

Foi observado também um distanciamento da gestão do serviço e da maioria dos profissionais da Associação de Apoio ao Paciente Fissurado (APAF) de Salvador, Bahia.

“Tem a APAF, mas é algo independente, não tem nenhuma relação com o Centrinho”. **Gestão**

“Tem a APAF, as vezes algum paciente que não tem onde ficar a gente orienta procurar, mas não tem muita relação”. **Profissional.**

“A relação é pouco eficaz, não se comunica muito”. **Profissional.**

“A minha relação como a APAF poderia ser mais, mas é uma falha minha, que poderia me engajar mais. Quando eles (os pacientes) chegam, se precisam de ficar na casa de apoio, a gente manda procurar uma pessoa, uma pessoa certa dentro do hospital para eles procurarem”. **Profissional**

“Eu não tenho uma informação precisa para te dar sobre isso, pode ser que o serviço tenha e eu ignore, eu não faço e não tenho nenhum relacionamento”. **Profissional**

“Tenho, tem a APAF né, tem muita dificuldade financeira, precisa reerguer porque por enquanto ela é inoperante. Não tem relação nenhuma (com o serviço). Antes as relações eram melhores, tanto que se criou a APAF, foi criada praticamente junto, porque lá em Bauru a APAF é muito forte, então desde o início tinha eles sempre falaram que já devia fazer logo a APAF”. **Profissional.**

“Há muitas dificuldades nessa relação com o serviço” **Profissional.**

“Lá em Bauru eles tem a PROFIS, uma grande associação, então lá tem acolhimento da família, acolhimento para o motorista, enfim é um sonho. Quando o Centrinho foi criado, foi criada a APAF logo depois, tinha esse elo de ligação, só que foi rompido”. **Profissional**

A dimensão da *Reabilitação*, considerando o escore global, apresentou um grau de implantação avançado, alcançando mais de 84% dos pontos totais dessa dimensão. As exceções foram a subdimensão *equipe* e a área de *serviço social*, que obtiveram grau *intermediário* (Tabela 7).

A discussão de casos em conjunto pela equipe (C27) apresenta dificuldades de implantação, conforme evidenciado pelas falas dos entrevistados:

“Tem (discussão de casos), quando tem necessidade sim, quando tem demanda. Depende, pessoal de orto com bucomaxilo tem muito, por causa do enxerto e por causa de ortognática, eles se aproximam mais”. **Gestão.**

“Eles discutem o caso, mas não é uma coisa formal, que eles se reúnam num determinado dia estabelecido. Existe de acordo com a demanda do paciente”. **Profissional**

“Sim, o tempo todo, principalmente entre os dentistas, nós entramos o tempo todo na sala dos profissionais”. **Profissional**

“Eu discuto muito os casos com o pessoal da cirurgia, existe mais uma comunicação intersetores, via prontuário [...] A gente tem acessibilidade de chegar aos profissionais, mas não tem assim “sessão de discussão de casos”. Seria ótimo, seria fundamental, a gente se comunica muito via prontuário, é todo mundo muito ocupado, a maioria é pessoa jurídica, [...] então se tivesse essa sessão científica seria interessante”. **Profissional**

“[...] a gente tem dentro do prontuário a consulta intersetores, onde pode fazer isso por escrito, quando a gente precisa que o profissional veja, ou responda, a gente faz isso nessa parte intersetores, e a gente tem também quando precisa o contato verbal”. **Profissional**

“Não, fica mesmo a cargo dos profissionais que tomam essa iniciativa entre si, batem na porta um do outro e discutem os casos”. **Profissional**

Verificou-se que a equipe incentiva a participação do paciente e da família no processo de tratamento (C29), entretanto, alguns profissionais restringiram à participação do paciente/família à assiduidade nas consultas e outros revelaram aspectos sobre a forma como essas orientações vêm sendo realizadas, o distanciamento do processo terapêutico em si, permeados pela questão da vulnerabilidade social:

“Acho que a questão do acolhimento aumenta a vontade de vim para cá fazer o tratamento. As mães são muito responsáveis, casos muito isolados que a mãe não é. Eles (os pacientes) só não vêm, pela questão financeira, justamente é o transporte”. **Profissional**

“A gente procura conscientizar o paciente que a participação dele é fundamental. Mas as vezes é difícil. A vezes eles danificam o material, a prótese, muitos não entendem o valor, a importância daquilo”. **Profissional**

“Mesmo a gente tentando conversar, chamar a atenção para a importância de eles perguntarem, esclarecer, da participação da família, as vezes ainda é um pouco

distante, afastada. E o próprio serviço em si, não vejo uma preocupação com esse acolhimento total não”. **Profissional**

“ [...] depende também da classe social, as vezes mães muito comprometidas e com bom entendimento, outras comprometidas também, mas sem entendimento nenhum, mas mesmo assim elas trazem, sabem que é importante para a reabilitação” **Profissional**.

“As tenho dificuldade de tirar dúvidas. Porque um (profissional) nunca é igual ao outro né? Um profissional nunca é igual ao outro. Tem médico que entende quando eu não venho, porque muitas vezes eles reclamam comigo que eu falto muito, só que minhas faltas não é porque eu não dou importância, é porque não dá, tem muitos que não entendem. Eu faltava muito a do aparelho. Tem também a questão do transporte, porque eu esto trabalhando, mas eu trabalho hoje, vão fazer dois anos em junho, mas antes eu não trabalhava, e aí era muito difícil pra mim”. **Usuária**

Sobre o fornecimento de informação e orientação sobre o tratamento ao paciente/família de forma não discriminatória (C30), também foram verificados problemas na implantação:

“Eu acho que a recepção poderia ser melhor, eu acho que os pacientes daqui carregam um pouco o estigma do usuário de serviço público, eu sinto que falta um acolhimento, não do profissional, quando ele chega no profissional especializado ele é bem acolhido, eu falo isso por todos, eu sinto que na entrada, não é o recepcionista em si, mas o sistema está o tempo todo dizendo para o paciente “olha, se você não se comportar, você será desligado” [...]”. **Profissional**

“[...] eu acho que o serviço só existe por causa e para o usuário, ele é nossa joia, as vezes ele é tratado como um pedinte, como alguém pedindo um favor [...]”. **Profissional**

“[...] O que a gente vê muito hoje é paciente sendo barrado da cirurgia, porque diz que é estético, claro que envolve a estética, mas que vai interferir na autoestima, na vida daquela pessoa. [...]”. **Profissional**

“[...] eu precisei me afastar do serviço por causa da gravidez, aí tive minha filha, voltei depois de três anos [...] têm profissionais que não está da mesma forma que antes, antigamente a gente tinha mais facilidade para marcar, saber das coisas, tirava mais as dúvidas, agora está mais difícil”. **Usuária**

Sobre o Serviço Social, os critérios que reduziram sua classificação e apresentaram problemas na implantação foram: a articulação dos encaminhamentos para outros serviços da rede conforme necessário (C64); a facilitação do contato do paciente com outras crianças e suas famílias através de grupos de apoio (C65) e a realização de busca ativa dos casos faltosos (C66).

Observou-se que a articulação com outros serviços da rede SUS para facilitar o acesso do paciente ao atendimento da sua demanda de saúde apresenta fragilidades:

Tem o nosso serviço aqui, então quando o paciente precisa de um neuropediatra, quando mora em Salvador, a gente encaminha. Ou então quando ele não consegue no interior dele a gente também encaminha, a gente tem esse contato, porque é um serviço que tem na casa. [...] Na área de genética, a gente encaminha para o Hospital das Clínicas, mas é muito burocrático até chegar ao atendimento. Antes, quando era no

antigo, no outro Centrinho, eu tinha o contato, eu não lembro o nome da geneticista, mas eu falava com ela e o paciente era logo atendido, mas agora não tenho mais esse contato”. **Profissional**

“Essa parte fica mais com a assistente social, com o profissional e a assistente social. Se é algum profissional que a gente não tem, eles dão o encaminhamento, a requisição, a assistente social indica, já dá o endereço. A documentação ortodôntica mesmo, o paciente já sai daqui direto para um local conveniado, eles não têm custo nenhum. O paciente sempre sai com alguma orientação”. **Profissional**

“Eles não têm uma prioridade por serem fissurados ou por serem nossos pacientes, a gente tem muita dificuldade de encaminhamento para neuro, então dentro do próprio hospital muitas vezes eles não conseguem”. **Profissional**

Com relação ao contato do paciente com outras crianças e suas famílias através de grupos de apoio, também há dificuldades de implantação:

[...] eu acabo não falando muito, eu poderia chamar a assistente social da APAF, para poder falar sobre ela, a APAF, dizer a importância”. **Profissional**

A realização de busca ativa dos casos faltosos é pouco sistemática e limitada. Esse aspecto foi evidenciado tanto na análise da subdimensão da *Gerência* (C25), do *Serviço Social* (C66) e na dimensão de *Resultados* (C69).

“Infelizmente não fazemos muito (busca ativa), eu gostaria que tivesse, mas não tem, eu quando trabalhava no outro serviço eu fazia” **Profissional**.

“Antes a gente ligava quando o paciente faltava muito, mas agora com a redução de custos, cortou o telefone, não dá para ligar mais”. **Profissional**

Outro achado relevante com relação aos profissionais da reabilitação, foi o distanciamento da perspectiva da Saúde Coletiva ao falar do SUS e pouco envolvimento com a gestão do serviço:

“ [...] inclusive eles (os pacientes) não acreditam que aqui é SUS, pensam até que é particular, porque é muito bem localizado, planejado, e estruturado, então eles acham que precisam pagar alguma coisa [...]”. **Profissional**

“[...] eu sei que o SUS tem uma proposta linda, se for colocar em teoria, se ela funcionasse como deveria. Mas, se a gente está conseguindo fazer tudo que faz, e se é o SUS que está custeando, então ele está cumprindo o que tem que fazer. Eu não sei quais são as dificuldades enfrentadas, porque eu tenho o meu olhar muito voltado para o paciente, eu não tenho um olhar para fora, para a captação de recursos, isso eu não sei te dizer. [...] Talvez se o SUS tivesse mais recursos poderíamos atender muito mais paciente, abrir mais salas para que a gente não tivesse uma demanda reprimida”. **Profissional**

“[...] as decisões administrativas são passadas para a gente através de CI e nós assinamos o recebimento da CI. Os assuntos relacionados ao funcionamento mesmo são discutidos nessas reuniões maiores, mas aquilo que é mais técnico, [...] as questões administrativas a gente tem uma líder que faz essa parte de administração né, ela nos passa as decisões”. **Profissional**.

“[...] Não participo (da gestão), fico na minha especialidade mesmo”. **Profissional**

Na dimensão de *Resultados*, a questão da busca ativa dos casos faltosos já foi mencionada. Nesse particular, cabe destacar que a cobertura da reabilitação cirúrgica com base na estimativa de prevalência nacional (1,54/1000 nascidos vivos) pode ser considerada com implantação avançada. Esta estimativa está baseada no cálculo do número de nascidos vivos no estado da Bahia no ano de 2015 (206.485 nascidos vivos) (BAHIA, 2015). Assim, o número estimado de casos novos de fissura labiopalatina por ano seria de aproximadamente 318 casos. Como foram realizadas 281 cirurgias no Centrinho em 2015, a cobertura foi neste ano de 88%. Essa também é uma estimativa, haja vista que nem toda cirurgia foi de caso novo. É portanto, necessário considerar que, provavelmente a cobertura de caso novo seja menor.

3.2 O Centrinho na Bahia: indícios da necessidade de expansão

As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) foi fundada no dia 26 de maio de 1959 pela freira baiana Irmã Dulce. A instituição é fruto da trajetória da religiosa que peregrinou durante mais de uma década em busca de um local para abrigar pobres e doentes recolhidos das ruas de Salvador, Bahia. A origem da OSID data de 1949, quando Irmã Dulce pediu autorização a sua madre superiora para abrigar cerca de 70 enfermos em um galinheiro situado ao lado do Convento Santo Antônio (OSID, 2015).

A OSID é uma associação de direito privado de caráter filantrópico e de fins não econômicos, reconhecida como de utilidade pública em nível federal, estadual e municipal, certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social (OSID, 2003). Alguns traços são marcantes na organização: a imagem da fundadora permanece viva até os dias atuais, a crença na força do voluntariado, a dependência de recursos externos, a habilidade de transitar entre o poder público e a iniciativa privada (FRAZÃO e RAMOS, 2006).

Atualmente, a entidade filantrópica abriga um dos maiores complexos de saúde do país com todos os atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com cerca de 4 milhões de atendimentos ambulatoriais por ano a usuários do SUS, idosos, pessoas com deficiência e com deformidades craniofaciais, pacientes sociais, pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas e crianças e adolescentes em situação de risco social. São serviços distribuídos em 21 núcleos que prestam assistência à população de baixa renda nas áreas de Saúde, Assistência Social, Pesquisa Científica, Ensino em Saúde, Educação e na

preservação e difusão da história de sua fundadora (OSID, 2015), sendo um desses núcleos o Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho).

O Centrinho das Obras Sociais Irmã Dulce é a segunda maior unidade para reabilitação de pessoas com fissuras labiopalatinas do país (OSID, 2015). Foi inaugurado em setembro de 1997, e sua criação foi resultado de condições de possibilidades concretas de financiamento de alta-complexidade iniciado por ato do Estado brasileiro a partir de 1993, associados à conjunção de disposições distintas dos diferentes agentes fundadores na Bahia, ou seja, disposições políticas, religiosas, filantrópicas e econômicas, com uso do capital específico de cada um desses agentes (BOURDIEU, 2014), e do grande capital simbólico acumulado pela fundadora da OSID (CHAVES, SOUZA, ALMEIDA, 2016).

O Centrinho oferece serviços integrados de assistência social, psicologia, cirurgia, anestesia, odontologia, enfermagem, fonoaudiologia, clínica médica, otorrinolaringologia e audiometria aos pacientes. A estrutura de atendimento odontológico dispõe de serviços de clínica odontológica, odontopediatria, ortodontia, endodontia, periodontia, prótese e cirurgia bucomaxilofacial (OSID, 2015).

No Quadro 4 estão sistematizadas informações sobre a produção cirúrgica, ambulatorial, bem como sobre características do perfil dos pacientes cadastrados no Centrinho de Salvador, Bahia.

A estimativa de cobertura de cirurgias reparadoras da FLP proposta no presente estudo foi de 88%, entretanto há indícios da necessidade de expansão da capacidade instalada de atendimento, cirúrgico e ambulatorial, reportada pelos informantes-chave:

“Eu acho que tem que ver, por exemplo eu estou marcando enxerto para outubro, é um prazo razoável, não é uma espera longa, mas o cirurgião plástico não tem vaga. Eu acho que teria que colocar mais um cirurgião plástico, eu acho que agilizaria mais”.

Profissional

“Tem sim, principalmente ortodontia, prótese de fala e atendimento clínico, aqui precisa triplicar, para poder se tornar mais dinâmico o tratamento, mais rápido, por exemplo as vezes vem o paciente do interior cheio de cárie, se tivesse mais atendimento diminuiria bastante o tempo do tratamento”. **Profissional**

“A agenda da gente é lotada. Normalmente meu paciente vem todos os meses, manutenção mensal. Normalmente eles conseguem marcar, mas assim se por exemplo, ele falta essa manutenção, pra ele entrar na roda de novo aí ele não acha consulta pra mais cedo, ele precisa voltar depois”. **Profissional**

“Antes era mais fácil, agora tem um pouco de dificuldade, porque aumentou muito, tem muita gente. Na espera para essa cirurgia (rinoplastia /correção do nariz) agora eu fiquei quase três anos esperando, agora consegui. **Usuário**

Quadro 4. Informações sobre produção cirúrgica, ambulatorial e perfil de pacientes cadastrados no Centrinho, Salvador, Bahia. 2016.

Informação	Quantitativo	Observações
Nº de pacientes cadastrados atualmente*	3.000	Referência: ano de 2016
Média de casos novos por ano*	240	Referência: ano de 2015
Média de cirurgias por mês*	25-30	
Média de cirurgias por ano*	280- 300	Cirurgias plásticas, de enxerto ósseo e cirurgia ortognática
Cirurgias realizadas em 2015	281	Cirurgias plásticas, de enxerto ósseo e cirurgia ortognática
Estimativa de cobertura do serviço***	88%	Cálculo com base na prevalência nacional de 1,54/1000 NV**** na Bahia em 2015 (206.485) e no nº de cirurgias feitas pelo Centrinho em 2015 (281)
Atendimentos ambulatoriais mensais*	6000 – 8000	Oscila a depender do mês do ano.
Atendimentos ambulatoriais ano*	89.323	Referência: ano de 2015
Nº médio de pacientes que deixam de frequentar o serviço por mais de 2 anos*	30%	-
Nº de pacientes operados antes dos 12 ou 24 meses (cirurgia plástica – queiloplastia e palatoplastia)*	50%	-
Dos pacientes que deixam de frequentar por mais de 2 anos, percentual foi contatado pelo serviço	10%	-
Percentual de casos em indivíduos com condição socioeconômica vulnerável **	94,6%	-
Percentual de pacientes classificados como muito pobres**	66,4%	-
Pacientes do interior da Bahia**	67,1%	-
Pacientes com idades entre 0-5 anos*	37,3%	-
Pacientes com idades entre 0-20 anos*	69,2%	-

Fontes: *Informações disponibilizadas pela Gestão; ** Informações coletadas em Evento Científico da área realizado em Salvador, Bahia, 2016; *** Indicador proposto pela autora. NV = nascidos vivos (SESAB, 2015)

4 DISCUSSÃO

Esse estudo apontou que o caso particular do Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Salvador, Bahia, apresentou implantação avançada, com 86,2% da pontuação máxima proposta, atendendo assim em mais de 80% aos critérios estabelecidos com base na literatura nacional e internacional (WHO, 2002; GRACIANO, TAVANO e BACHEGA, 2007; ACPA, 2009; 2015; SOUZA-FREITAS et al. 2012a, 2012b, 2012c; 2013). Nesse sentido, este serviço é resultado concreto da criação de novas instituições (PINELL, 2011) pelo crescimento da rede de serviços de atenção à pessoa com fissura labiopalatina (FLP) no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da década de 1990, revelando processo de consolidação dessa política de

saúde, enquanto resposta do estado brasileiro a este flagelo social (PAIM, 2014; PINELL, 2010).

O consenso em torno da imagem-objetivo de atenção à pessoa com FLP

O consenso em torno da imagem-objetivo estabelecido pelos especialistas consultados demonstrou que a *Gestão* dos serviços de atenção à pessoa com FLP deve contemplar principalmente a garantia de existência e funcionamento de uma equipe multidisciplinar, de protocolos de tratamento discutidos e acordados em equipe, de serviço de registros e prontuários dos pacientes e de infraestrutura adequada do serviço com provimento regular de insumos. É esperado também que essa gestão promova reuniões regulares entre membros da equipe; articule os encaminhamentos do paciente na rede de atenção; fomente ações de treinamento e apoio a educação permanente dos profissionais; monitore os resultados do tratamento; avalie as práticas dos profissionais; avalie a percepção dos usuários sobre os serviços; promova espaços de educação em saúde para os pacientes e familiares; garanta a realização de busca ativa dos casos faltosos e estabeleça relação de contato; parceria e troca de informações com associações de apoio (WHO, 2002; GRACIANO, TAVANO e BACHEGA, 2007; ACPA, 2009; 2015; SOUZA-FREITAS et al. 2012a) .

Houve grande aceitação dos especialistas aos critérios propostos em todas as dimensões, visto que não foram sugeridas modificações ou inclusões, e ao final da segunda rodada, somente quatro critérios foram retirados da matriz inicialmente enviada. O menor nível de importância e menor grau de consenso observado na subdimensão da *Gerência* pode estar relacionado a formação do especialista na área da fissura labiopalatina ser mais voltada para aspectos da reabilitação. Essa hipótese emergiu durante a pesquisa dos Currículos *Lattes* para composição do comitê, onde foram encontrados poucos especialistas com formação em Gestão em Saúde e nenhum com formação em Saúde Coletiva.

É consenso na literatura (WHO, 2002), e também entre os especialistas consultados, a necessidade de infraestrutura adequada. No caso do Brasil, o documento que embasa os requisitos necessários para o credenciamento de serviços nessa área ao Sistema Único de Saúde (SUS) é a Portaria SAS/MS nº 62 (BRASIL, 1994). Os custos da atenção à saúde nessa área são elevados por atingir todos os níveis de complexidade (WHO, 2002; MONLLEÓ e GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006). Nesse estudo avaliativo, o Centrinho de Salvador, Bahia, alcançou grau avançado de implantação da infraestrutura e provimento regular de insumos, o que representa a superação de um desafio por parte da instituição no âmbito do SUS, com histórica insuficiência de recursos. Monlleó e Gil-da-Silva-Lopes (2006) destacam que o valor

anualmente dispendido para procedimentos hospitalares na área das anomalias craniofaciais aumentou cerca de 165% entre os anos de 1999 e 2003.;, Todavia, diferenças regionais importantes são observadas, sendo os dois extremos representados pelas regiões Norte e Sudeste.

O critério retirado da Enfermagem diz respeito ao encaminhamento do neonato para avaliação audiológica, o qual foi incluído com base nos parâmetros da ACPA (2009), que coloca essa atribuição como “normalmente” da enfermagem, corroborando com o achado do presente estudo da enfermeira como principal “gestora do caso”. Outros trabalhos na literatura reforçam esse papel da enfermagem (SPIRI; LEITE, 1999; SANTOS et al., 2014). Por sua vez, os três critérios retirados da Psicologia também foram baseados nas recomendações norte-americanas e estão associados ao rastreamento para potenciais distúrbios cognitivos e/ou de aprendizagem que começam na infância, bem como com a comunicação do serviço com a escola do paciente de forma periódica (ACPA, 2009; 2015). Apesar desses aspectos não terem alcançado o consenso entre os especialistas consultados, é preciso considerar as possíveis repercussões da FLP no desenvolvimento dos indivíduos acometidos, visto que, as dificuldades de comunicação e socialização podem interferir no seu processo de aprendizagem (COLARES e RICHMAN, 2002; MAGGI e SCOPEL, 2011).

O grau de implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em Salvador, Bahia

Esse estudo apontou que Centro de Reabilitação de Salvador, Bahia, foi classificado como avançado na atenção à pessoa com FLP, especialmente na *Organização* da atenção e na *Reabilitação*. A *Gerência* e a dimensão de *Resultados* apresentaram, respectivamente, grau de implantação incipiente e intermediário.

O modelo lógico que embasou essa avaliação foi construído a partir de uma concepção ampliada de saúde e convergente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a universalidade, a integralidade, a participação social e o direito à informação (ALMEIDA et al. 2016). Assim, os critérios propostos na dimensão da Gestão, sobretudo na subdimensão da *Gerência*, contemplam elementos da gestão dos serviços que além de recomendados pela literatura internacional e nacional, podem potencializar o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS (WHO, 2002; TRINDADE e SILVA-FILHO, 2007; SOUZA-FREITAS et al. 2012a).

A atenção à pessoa com FLP demanda profissionais especializados e vinculação do serviço com uma unidade hospitalar para realização dos procedimentos de alta complexidade (WHO, 2002; MONLLEÓ e GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006). Considerando a predominância

de práticas tradicionais do modelo biomédico nessas unidades hospitalares, Campos e Amaral (2007) reforçam a necessidade de trazer para a prática clínica saberes provenientes da Saúde Coletiva, Saúde Mental, do Planejamento e da Gestão, e das Ciências Sociais e Políticas, com vistas a empreender mudanças estruturais e organizacionais mais alinhados com os princípios do SUS.

No caso do centro estudado, esse processo de transformação das práticas profissionais na direção de uma clínica mais ampliada, mais próxima da gestão do serviço e dos próprios usuários, esbarra em dificuldades que vão desde o entendimento dos determinantes sociais em saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007), até as múltiplas formas de vinculação trabalhista dos profissionais. Verificou-se que o fato dos não celetistas estarem no serviço em horários pré-definidos, possuírem menor carga horária e outros vínculos dificulta a realização de reuniões regulares e encontros com a equipe.

O desconhecimento dos indicadores e metas do serviço por parte da equipe do Centro é também um elemento que reforça esse distanciamento da gestão. O modelo proposto para a gestão do SUS é apoiado na ideia do trabalho em equipe e em colegiados que garantam que o poder seja de fato compartilhado por meio de diagnósticos, análises, avaliações e decisões construídas coletivamente pelos gestores, trabalhadores da saúde e usuários (CUNHA e MAGAJEWSKI, 2012). Assim, ainda que o serviço tenha um modelo próprio de gestão, o maior envolvimento dos profissionais, a incorporação mais efetiva da percepção dos usuários sobre o serviço e a ampliação de espaços de educação em saúde são estratégias para potencializar uma gestão mais democrática e participativa.

A concepção de uma gestão mais participativa no SUS também caminha em paralelo com uma política de valorização dos trabalhadores (CUNHA e MAGAJEWSKI, 2012). A questão dos treinamentos e apoio à educação permanente se mostrou incipiente no caso estudado, e merece ser problematizada sobre dois aspectos: a importância da educação continuada para transformação das práticas e motivação profissional (CUNHA e MAGAJEWSKI, 2012), e, no caso particular da fissura labiopalatina, para viabilizar processos de atualização da expertise do profissional, refletindo na manutenção da excelência dessa atenção (WHO, 2002; ACPA, 2009).

Outro aspecto que merece destaque em relação a dimensão da *Gestão*, que também permeia as demais dimensões da *Reabilitação e Resultados*, é a busca ativa dos casos faltosos. Embora tenha sido um critério com médio grau de consenso entre os especialistas consultados nesse estudo, a literatura reforça a necessidade de a equipe realizar a gestão de casos integrada para garantir a qualidade e a continuidade da assistência ao paciente e acompanhamento

longitudinal e para uma reabilitação mais efetiva das sequelas decorrentes da fissura labiopalatina, que envolvem desde aspectos de fala, alimentação, estética facial, até questões de ordem psicológica e social (WHO, 2002; ACPA, 2009). Somado a isso, a busca ativa dos casos para continuidade do processo de tratamento converge com o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990), e com o compromisso do serviço com a inclusão social desses indivíduos (WHO, 2002).

Cabe falar sobre a articulação dos encaminhamentos na rede SUS pela gestão do serviço. Esse critério obteve grau intermediário de implantação, e assim como a busca ativa está relacionado com a integralidade da atenção. Cecílio e Merhy (2003) afirmam que a construção da linha do cuidado em função do usuário e de suas necessidades de saúde implica a necessidade de compromisso entre os profissionais e gestores dos diversos pontos de atenção, com vistas a garantir uma coordenação responsável desse cuidado.

Importante discutir também as dificuldades de relacionamento do serviço com a Associação de Apoio ao Paciente Fissurado (APAF) de Salvador, Bahia. Essa não é uma realidade apenas do Centrinho baiano. Estudo de Monlleó e Gil-da-Silva-Lopes (2006) sobre os centros de reabilitação de anomalias craniofaciais no SUS, mostrou que 14 (58,3%) deles não mantêm qualquer contato com as associações de pais e portadores de anomalias craniofaciais. É preciso avançar nesse debate, pensando num serviço comprometido com as necessidades de saúde do usuário, visto que mais de 60% dos pacientes do Centrinho são do interior da Bahia e considerados muito pobres (OSID, 2016).

O processo histórico e organizacional de associações de pais e portadores de fissura labiopalatinas foi desenvolvido em 1995/1996 a partir da experiência no Serviço Social do HRAC/USP (GRACIANO, 2003). A criação da Rede Nacional de Associações de Pais e Portadores de Fissuras Labiopalatais (Rede PROFIS) foi fundamental no processo de descentralização desses centros para as regiões brasileiras. A autora destaca ainda que as associações são consideradas espaços importantes de participação e de criação de serviços de reabilitação no país, além da preocupação em garantir acesso a continuidade de tratamento, contribuindo para redução dos abandonos (GRACIANO, 2003).

Os papéis de cada especialista da *Reabilitação* e a importância da atuação interdisciplinar estão bem estabelecidos na literatura científica da área (WHO, 2002; ACPA, 2009; SOUZA-FREITAS et al. 2012a, 2012b, 2012c; 2013). Todavia, a pesquisa de campo revelou a existência de disputas entre as especialidades pelo protagonismo no processo de reabilitação, já evidenciadas em estudo anterior sobre o Centro (CHAVES; SOUZA;

ALMEIDA, 2016), as quais podem ser objeto de análises mais aprofundadas a partir de referenciais sociológicos, na tentativa de contemplar ao máximo a sua complexidade.

A inclusão dos quatro critérios de resultados na matriz de avaliação foi realizada com vistas a contemplar as sequelas mais marcantes das pessoas com FLP: a deformidade facial, corrigida cirurgicamente, e a alteração de fala, dependente de um tratamento fonoaudiológico contínuo e efetivo. O indicador proposto com base na prevalência nacional de FLP (1,54/1000 nascidos vivos) estimou uma cobertura em torno de 88% dos casos, todavia os dados obtidos do número de cirurgias realizadas no ano incluem cirurgias secundárias, portanto a cobertura de cirurgia primária é menor. Sugere-se a incorporação na equipe de mais um profissional que realize as cirurgias de correção de lábio e palato, no sentido de aumentar a cobertura real. Além disso, realização de cirurgias de casos novos até os 12 meses de idade (padrão ouro/sempre que possível) encontra dificuldades também no fato de muitos pacientes chegarem ao serviço após essa idade. Sugere-se ampliação da divulgação do Centrinho entre as maternidades e outros serviços de saúde do estado da Bahia. Os critérios propostos no instrumento são uma aproximação dos resultados, estudos específicos de avaliação de resultados e impactos são necessários. A sistematização dos dados do serviço é fundamental para objetivar os resultados alcançados pelo mesmo, para o cálculo da cobertura da cirurgia primária de casos novos por exemplo, bem como para o acompanhamento da proporção de faltosos que foram buscados ativamente.

Com relação ao atendimento fonoaudiológico ambulatorial, considerando que a maior parte dos pacientes são do interior do estado, e a existência de dificuldades de transporte para assiduidade ao tratamento conforme estabelecido no critério proposto, é preciso ampliar os pontos de atenção da rede SUS para descentralizar o acesso. Sugere-se também que os profissionais do Centrinho estreitem as relações com os fonoaudiólogos do interior, no sentido de fornecer um apoio especializado, evitando o abandono e consequentemente, pouco resultado na reabilitação da fala.

A percepção dos usuários não foi um atributo avaliado, entretanto, a amostra de usuários entrevistada foi fundamental para complementar as evidências sobre o grau de implantação, na perspectiva da triangulação das fontes de informação (DENZIN; LINCOLN, 2006). Destaca-se a maior valorização dos procedimentos cirúrgicos por parte dos pacientes, achado que corrobora o peso do estigma da deformidade facial que a pessoa com FLP carrega desde o nascimento (PEREIRA e MOTA, 1997). A avaliação da implantação revelou que conforme defende Pinell (2010) há evolução no “front de luta” e efeitos concretos com a implantação desse serviço e grupos profissionais nele especializados. A mudança na luta contra esse

“flagelo” ainda está no plano da reabilitação. Poucos esforços têm sido feitos na prevenção primária, pelo pouco conhecimento acumulado sobre essa temática. A análise das diferentes posições dos agentes e seus capitais e sua relação com o contexto de implantação devem ser melhor investigados em estudos posteriores.

O instrumento proposto foi validado por especialistas com grande expertise e experiência na temática, e pode contribuir para o aprimoramento dos centros de atenção à pessoa com FLP no Brasil. Cabe destacar que a matriz desenvolvida reflete uma imagem-objetivo de um serviço com condições ótimas de gestão e reabilitação, e essa provavelmente não seja a realidade da maioria dos centros. Além dos 28 serviços cadastrados atualmente no MS, há outros locais que oferecem a reabilitação, principalmente cirúrgica, da FLP. O estudo avaliativo de outros casos se faz necessário para o aperfeiçoamento do instrumento e fomentar o debate em torno da necessidade de rever as diretrizes de credenciamento no SUS, no sentido garantir a distribuição de recursos para centros com menor grau de implantação e incentivar a ampliação e melhoria da rede a médio e longo prazo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Não houve dificuldades em alcançar o consenso da imagem-objetivo da atenção à pessoa com fissura labiopalatina, e isso pode estar relacionado ao fato dos critérios e padrões de atenção estarem bem estabelecidos na literatura internacional. No âmbito nacional destaca-se o HRAC-USP, centro pioneiro, hoje a principal referência na pesquisa, ensino e assistência nessa área no Brasil. O modelo de atenção em centros especializados foi adotado na realidade brasileira, sendo esses centros financiados em grande parte do país por recursos do SUS. Portanto, a modelização proposta nesse estudo contribui para a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS na implantação dessas intervenções.

A partir dos pontos para melhoria identificados, recomenda-se:

- a) Reuniões mais regulares entre a equipe com pautas administrativas, bem como discussão de casos e monitoramento dos resultados de tratamento;
- b) Utilização de formas de interação e discussão de casos online entre os membros da equipe, a exemplo de uma rede social direcionada para esse propósito ou um ambiente virtual como *o moodle*.
- c) Criação de estratégias de divulgação sobre os indicadores e metas do serviço para conhecimento dos profissionais;

- d) Estabelecimento de um calendário de eventos e sessões científicas, treinamentos e capacitações;
- e) Utilização de estratégias alternativas de menor custo para busca ativa, a exemplo das novas tecnologias e aplicativos de celulares para envio de mensagens de textos como o Whatsapp;
- f) Potencialização da educação em saúde realizada na sala de espera, contemplando abordagens de orientação, prevenção, mas também de promoção da saúde e participação social;
- g) Qualificação da recepção sobre acolhimento e humanização no SUS;
- h) Estreitamento laços com a Associação de Apoio e assim, implantação em conjunto de estratégias de atenção psicossocial;
- i) Pesquisa e divulgação entre a equipe dos principais pontos de atenção da rede SUS na capital e principais cidades do interior para encaminhamento das demandas do paciente com FLP não contempladas pelo serviço, a exemplo de especialidades como geneticista e neurologia.
- j) Fortalecimento do papel da gestão e do serviço social na articulação dos encaminhamentos pela rede SUS, no sentido de garantir que os pacientes encaminhados sejam acolhidos;
- k) Ampliação do serviço de reabilitação cirúrgica e ambulatorial;
- l) Estabelecimento de parcerias ensino-serviço, criação de residências multiprofissionais.

O grau de implantação do Centro de Reabilitação de Salvador, Bahia, foi considerado avançado, reiterando o reconhecimento que o serviço possui enquanto centro de excelência e de grande relevância para as regiões Norte e Nordeste. Sugere-se que esta proposta metodológica seja replicada para avaliação da implantação dos outros 27 Centros no Brasil, com vistas a colaborar com o aprimoramento da referida política. As reflexões críticas e sugestões de mudanças de práticas carregam o olhar da Saúde Coletiva e visam fomentar o debate em torno da necessidade de mobilizar profissionais, gestores e usuários para a construção de um serviço que busque superar suas dificuldades e se constituir em um serviço de qualidade financiado pelo SUS.

O foco desse estudo foi a avaliação do grau de implantação em um caso selecionado. Esse tipo de pesquisa avaliativa é umas das possibilidades dentro do leque de abordagens teóricas-metodológicas da Avaliação em Saúde. A discussão em torno das potencialidades e

pontos para melhoria não se esgota aqui. É necessário avançar no processo de análise da implantação, na tentativa de compreender melhor os fatores que estão influenciando a variação de implantação entre os critérios propostos. Estudos avaliativos sobre a percepção dos usuários, os resultados, o acesso e a cobertura, e a qualidade técnico-científica podem ser empreendidos para avançar no aperfeiçoamento do serviço.

REFERÊNCIAS

ACPA. American Cleft Palate-Craniofacial Association. *Parameters for Evaluation and Treatment of Patients with Cleft Lip/Palate or Other Craniofacial Anomalies*. 2009. 34p. Disponível em: <http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Parameters_Rev_2009.pdf>. Acesso em 20/11/2015.

_____. *Standards for Approval of Cleft Palate and Craniofacial Teams*. Commission on Approval of Teams. Revised 2015. Disponível em: <http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Standards-2015.pdf>. Acesso em: 20/06/15.

ALMEIDA, A.M.F.L.; CHAVES, S.C.L.; SANTANA, S.F.; SANTOS, C.M.L. Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados do Brasil. *Rev. Saúde em Debate*. 2016 (no prelo).

BAHIA, Secretaria Estadual de Saúde (SESAB). Sistema de informação de nascidos vivos, Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/nvba.def> Acesso em: 10/11/2016.

BONAMINO, A.; ALVES, F.; FRANCO, C.; CAZELLI, S. Os efeitos das diferentes formas de capital no desempenho escolar: um estudo à luz de Bourdieu e de Coleman. *Rev. Bras. Educ. [online]*. 2010, vol.15, n.45, pp.487-499.

BOURDIEU, P. *The forms of capital*. In J. Richardson (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (New York, Greenwood), 241-258 1986.

_____. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papyrus, 11ª Edição. 4ª Reimpressão. 224p. 2014.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. DOU 20.09.1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 126. Cria grupos e procedimentos para tratamento de lesões labiopalatais na tabela SIH/SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 21 set. 1993

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 62, 19 de abril de 1994. Normaliza cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o Sistema Único de Saúde Diário Oficial da União, vol. 3, n. 74, p. 73. Brasília, DF, 1994.

_____. Ministério da Saúde. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002*. Brasília: Editora MS; 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2013*. Brasília, DF. Abril 2015. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gestao>. Acesso em 20/04/2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2014*. Brasília, DF. Abril 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2014-Final.pdf> Acesso em: 20/02/16.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2015*. Brasília, DF. Abril 2015. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gestao> Acesso em: 05/04/2016.

BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. (Org.) *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011. 291p.

CAMPOS, G.W.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2003. p.197-210.

CHAMPAGNE, F; BROUSSELLE, A; HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, AP; DENIS, JL. *A análise de implantação*. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.) Avaliação: conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 217-238.

CHAVES, SCL; SOUZA, L.; ALMEIDA, AMFL. Política de enfrentamento da fissura labiopalatina no Brasil: a emergência do Centrinho de Salvador, Bahia *Revista Physis Saúde Coletiva*, v. 26, n.2. 2016.

COLARES, V.; RICHMAN, L. Psychological and social factors associated with cleft lip and/or palate children. *Pediatr. mod*, v.38, n. 11, p. 513-516, nov. 2002

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 705-711, Sept. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. *Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: HARTZ, ZA. (Org) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saúde Soc*. São Paulo, v.21, supl.1, p.71-79, 2012.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. 2006. *O planejamento da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Penso, 432 p.

GRACIANO, M. I. G. Construindo espaços: a história das associações de pais e portadores de lesões lábio-palatais e a contribuição do Serviço Social. *Serviço Social & Realidade*, v. 12, n. 1, p. 45-68. 2003.

HARTZ, ZMA; VIEIRA-DA-SILVA, LM. (Org.) *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos às Práticas na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 275p.

HRAC-USP (2013). *Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Centrinho*. Disponível em: <<http://www.centrinho.usp.br/>> Acessado em: 15/01/2013.

MAGGI, Alice; SCOPEL, Júlia Biasin. Atendimento aos portadores de fissuras labiais e/ou palatais: características de um serviço. *Aletheia*, Canoas, n. 34, p. 175-186, abr. 2011.

MARTELLI, D. B. R., et al. Non syndromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. *Braz J Otorhinolaryngol.*; v. 78, n.5, p.116-20, 2012.

MONLLEO, I. L.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 913-922, May 2006.

OSID. Obras Sociais Irmã Dulce. *Balanco Social 2003*. Salvador, Bahia, 2003. Disponível em: <https://www.irmadulce.org.br/files/BalancoSocial/10/osid_balanco_social_2003.pdf> Acesso em: 12/02/16.

_____. Obras Sociais Irmã Dulce. *Balanco Social 2014*. Salvador, Bahia, 2014. Disponível em: <https://www.irmadulce.org.br/files/BalancoSocial/14/osid_balanco_social_2014.pdf>. Acesso em: 12/02/16.

_____. *A OSID hoje. 2015*. Disponível em: <https://www.irmadulce.org.br/portugues/institucional/a-osid-hoje>> Acesso em: 12/02/16

PAIM, JA; ALMEIDA-FILHO, N. *Análise de situação de saúde: o que são necessidade e problemas de saúde?* In: Saúde Coletiva: Teoria e Prática, Ed. Medbook., 2014. p. 29-39.

PEREIRA, A. C. M. M.; MOTA, S. A. S. Análise da influência do estigma físico nas relações interpessoais em indivíduos com malformações craniofaciais: fissura lábio-palatina. *Mimesis*, Bauru, v. 18, n. 1, p. 143-154, 1997.

PINELL, P. *Análise sociológica das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2010. 252p.

PINTO, I.C.M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; BAPTISTA, T.V.F. *Ciclo de uma política de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação*. In: PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO, N. (Org). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*, Ed. Medbook., 2014. p. 69-81.

QUEIRÓS, F.C.; WEHBY, G.L.; VILA-NOVA, C.; SILVA, L.P.A.; Standards of care for patients with orofacial clefts in Brazil: Starting a necessary debate. *Journal of Cranio-Maxillary Diseases*, v. 2, n. 2, p. 122-29, 2013.

SANTOS, K. C. R. et al. Care to children with cleft lip-palate: an integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 425-432, jan. 2014.

SOARES, C. L. M. A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil. (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2014. 179f.

SOUZA, L.E.P.F.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z.M. *Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil*. In: HARTZ, ZMA; VIEIRA-DA-SILVA, LM. (Org.) Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos às Práticas na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 65-91.

SOUZA-FREITAS, J. A. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) - Part 1: overall aspects. *J. Appl. Oral Sci.*, Bauru, v. 20, n. 1, p. 9-15, Feb. 2012a.

SOUZA-FREITAS, J.A.; GARIB, D. G.; OLIVEIRA, M.; LAURIS, R. C. M.C.; ALMEIDA, A. L. P. F.N.; TEIXEIRA, L. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies - USP (HRAC-USP) - Part 2: Pediatric Dentistry and Orthodontics. *Journal of Applied Oral Science*, v.20, n.2, p. 268-281. 2012b.

SOUZA-FREITAS, J. A et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies - USP (HRAC-USP) - part 3: Oral and Maxillofacial Surgery. *J. Appl. Oral Sci.*, Bauru, v. 20, n. 6, p. 673-679, Dec. 2012c .

SOUZA-FREITAS, J. A. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) Part 4: Oral Rehabilitation. *J. Appl. Oral Sci.*, Bauru, v. 21, n. 3, p. 284-292, June 2013.

SPIRI, W. C.; LEITE, M. M. J. Convivendo com o portador de fissura lábio-palatal: o vivencial da enfermeira. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 33, n. 1, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n1/v33n1a08.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

THIRY-CHERQUES, H.R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *RAP*. Rio de Janeiro v. 40, n. 1, p. 27-55, Jan./Fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a03.pdf> Acesso em: 12/07/2016.

TRINDADE, IEK; SILVA-FILHO, OG. (Org) *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. Editora Santos, 2007. 337 p.

TUJI, F. M.; BRAGANÇA, T.A.; RODRIGUES, C.F.; PINTO, D.P. S. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato em hospital de atendimento público. *Rev. Para. Med. (Impr.)*, v. 23, n. 2, abr.-jun. 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, LM. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. Temas em Saúde. Ed. Fiocruz. 2014. 110p.

_____. *Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde*. In: HARTZ, ZMA; VIEIRA-DA-SILVA, LM. (Org.) Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos às

Práticas na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 15-39.

VIEIRA-DA-SILVA, LM; FORMIGLI, VLA. 1994. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n.1, p. 80-91.

WELLICHAN, D. S. P. *Comportamento informacional de profissionais no domínioda saúde: um estudo junto ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo*. Dissertação (Mestrado) –Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências. Marília, 2015. 128f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global strategies to reduce the health– care burden of craniofacial anomalies*. Geneva: WHO, 2002, 161p.

APÊNDICE A

Matriz com indicadores, critérios e padrões* – atenção à pessoa com fissura labiopalatina (FLP) *Com base nas recomendações internacionais (WHO, 2002 e ACPA, 2009; 2015), Portaria SAS/MS nº 62 (BRASIL, 1994) e publicações do HRAC/USP (SOUZA-FREITAS et al. 2012a, 2012b, 2012c; 2013); GRACIANO, TAVANO e BACHEGA, 2007). (1ª Versão)

Dimensão	Padrão esperado
1. Gestão	1.1 Organização da atenção
	a) Há equipe multidisciplinar de especialistas (enfermagem, cirurgia, fonoaudiologia, odontologia geral e pediátrica, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, reabilitação oral, pediatria, otorrinolaringologia, serviço social e psicologia)
	b) Existe um coordenador de equipe
	c) Há um protocolo de tratamento da fissura labiopalatina discutido e acordado em equipe
	d) Há um serviço de registros e prontuários dos pacientes
	e) Há manutenção da infraestrutura adequada *do serviço e provimento regular de insumos
	Infraestrutura adequada*
	a) O atendimento ambulatorial e hospitalar é realizado na mesma estrutura
	b) Possui unidade de internação para crianças e adultos
	c) Possui centro cirúrgico com salas equipadas
	d) Possui sala de recuperação dentro do bloco cirúrgico equipada com monitor cardíaco e desfibrilador, e outros materiais necessários às urgências cardiorrespiratórias
	e) Possui sala para pequenas cirurgias (dentisterias)
	f) Possui consultórios odontológicos e equipamentos para realização de radiografias, cirurgias bucomaxilofacial e implantes dentários
	g) Possui sala de exame especializada em fonoaudiologia
	h) Possui ou terceiriza Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Lab. de Patologia Clínica, de Prótese e Ortodontia)
	i) Possui um serviço de documentação com capacidade de documentar a sequência do tratamento
	j) O estabelecimento possui serviço de anestesia, cirurgia plástica estética reparadora
k) Possui serviço de otorrinolaringologia e sala para videofluoroscopia	
l) Possui serviço de clínica médica	

	1.2 Gerência
	a) Há reuniões regulares entre membros da equipe
	b) Os encaminhamentos para atendimentos na rede de atenção do SUS são articulados pela gestão
	c) Há treinamentos internos e apoio à educação permanente para os profissionais da equipe
	d) Há um sistema de monitoramento dos resultados do tratamento
	e) Há um sistema de avaliação das práticas dos profissionais
	f) Há um sistema de avaliação da percepção do paciente/família sobre os serviços
	g) Há espaços de educação em saúde para os pacientes/família
	h) Há realização de busca ativa dos casos faltosos
	i) Há relação de contato, parceria e troca de informações entre o serviço e associações de apoio
2. Reabilitação	2.1 Equipe
	a) Estabelece o protocolo terapêutico e discute casos em conjunto
	b) Faz acolhimento inicial do paciente/família
	c) Incentiva a participação do paciente e da família no processo de tratamento
	d) Fornece informação e orientação sobre o tratamento ao paciente/família de forma não discriminatória
	2.2 Cirurgia Plástica
	a) Realiza avaliação inicial, diagnóstico e planejamento do tratamento cirúrgico
	b) Realiza cirurgia de lábio aos 3 meses de idade
	c) Realiza a cirurgia primária de palato aos 12 meses;
	d) Reavalia o paciente aos 06 anos de idade e programa as cirurgias secundárias
	e) Coordena os procedimentos cirúrgicos para minimizar o número de exposições e anestésicas hospitalizações
	f) Discute o momento das cirurgias secundárias após avaliação em conjunto com a equipe
	g) Informa e discute sobre as cirurgias secundárias com o paciente/ família para que os objetivos sejam entendidos e expectativas sejam realistas
	2.3 Fonoaudiologia
	a) Realiza avaliação inicial e fornece orientações à família
	b) Realiza avaliação pré e pós operatória durante a palatoplastia;
	c) Realiza avaliações da fala inicial e periódicas ao longo do desenvolvimento do paciente
	d) Realiza terapia de fala precoce para facilitar o desenvolvimento dos sons da fala e estabelece um programa de casa a ser realizado pelos pais e outros cuidadores;
	e) Participa do planejamento da cirurgia ortognática em conjunto com o ortodontista e cirurgião bucomaxilofacial

2.4 Ortodontia
a) Realiza ortodontia preventiva e tratamento ortodôntico contínuo (dentição decídua, mista e permanente);
b) Realiza documentação ortodôntica – fotografias faciais e dentárias, modelos de gesso, radiografias extraoral e intra-orais - em geral, aos 9 anos, 12 anos e 18 anos de idade para avaliar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento dental e facial.
c) Participa do planejamento da cirurgia ortognática em conjunto com o cirurgião bucomaxilofacial e fonoaudiólogo
2.5 Cirurgia Bucomaxilofacial:
a) Realiza avaliação do paciente e fornece orientações pré e pós-operatórias
b) Realiza cirurgias orais menores conforme necessidade do caso
c) Realiza cirurgia de enxerto ósseo alveolar conforme planejamento do caso (entre 9 e 12 anos)
d) Realiza cirurgias ortognáticas conforme planejamento do caso em conjunto com o ortodontista e fonoaudiólogo da equipe
2.6 Odontologia clínica/ Odontopediatria
a) Realiza avaliação inicial desde os primeiros meses de vida e orienta à família;
b) Promove cuidados de saúde primários e manutenção de rotina ao longo da vida
c) Encaminha para atendimentos nas especialidades conforme necessidades e planejamento dos casos (Ortodontia, Periodontia, Endodontia, Implantodontia e Próteses);
2.7 Enfermagem
a) Realiza triagem e avaliação inicial do paciente
b) Orienta sobre alimentação e outras informações básicas
c) Fornece orientações pré e pós operatórias
d) Encaminha o neonato para avaliação audiológica
e) Avalia e acompanha o desenvolvimento da criança de forma contínua
f) Fornece informações e orientações para profissionais da comunidade onde reside o paciente
2.8 Otorrinolaringologia
a) Faz acompanhamento a longo prazo da audição, nariz e garganta devido à prevalência de malformações e doenças da orelha, e problemas das vias aéreas superiores;
b) Realiza exame físico regular, começando nos primeiros seis meses de vida e contínuo até a adolescência;
c) Realiza tratamento de lesões no ouvido, nariz e garganta e faz cuidadoso seguimento durante e após o tratamento para assegurar um resultado bem sucedido;

	2.9 Pediatria
	a) Faz acompanhamento pediátrico inicial e contínuo da criança para identificar e tratar problemas de saúde de forma precoce na criança com fissura labiopalatina;
	b) Fornece orientação aos pais sobre questões de saúde;
	c) Monitora a criança de forma frequente quanto ao risco de falha de crescimento, atraso no desenvolvimento, abuso e negligência, ou qualquer outro problema significativo;
	d) Quando identifica necessidades especiais, faz o encaminhamento para especialistas;
	e) Realiza avaliação do estado de saúde da criança antes de qualquer procedimento cirúrgico previsto
	2. 10 Psicologia
	a) Avalia inicial e periodicamente as condições psicológicas do paciente e da família.
	b) Faz rastreamento para potenciais distúrbios de aprendizagem que começam na infância;
	c) Orienta os pais sobre problemas como comportamentos de rejeição por outros membros da família, as atitudes do público, o medo de e expectativas dos procedimentos cirúrgicos e adaptação emocional ao tratamento;
	d) Realiza avaliações de triagem para identificar possíveis problemas no desenvolvimento cognitivo da criança, aprendizagem, comportamento, autoestima, o progresso educacional e desenvolvimento psicossocial;
	e) Realiza terapia ou encaminha o paciente conforme a necessidade de cada caso em todas as fases do tratamento;
	f) Se comunica com a escola do paciente de forma periódica
	g) Motiva o paciente a medida que amadurece para se tornar participante ativo no planejamento do tratamento
	2.11 Serviço Social
	a) Realiza acolhimento inicial do paciente e família e de forma periódica ao longo do tratamento;
	b) Fornece orientações sobre obtenção de apoio/recurso financeiro (como transporte);
	c) Faz articulação e informa ao paciente/família sobre os encaminhamentos para outros serviços da rede conforme necessário;
	d) Facilita o contato do paciente com outras crianças e suas famílias através de grupos de apoio;
	e) Realiza busca ativa dos casos faltosos
3. Resultados	a) Há cobertura cirúrgica conforme prevalência estimada (base nacional - 1,54/1000 nascidos vivos)
	b) 90% das crianças identificadas (casos novos) com cirurgia realizada até os 12 meses (padrão ouro/sempre que possível)
	c) 90% das crianças/pacientes faltosos são contatados através da busca ativa
	d) 90% das sessões de fonoaudiologia são realizadas dentre aquelas programadas
4. Observações e Sugestões	

Fonte: Elaborado pela autora com base nas publicações revisadas

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**

Salvador, 12 de abril de 2016

CARTA CONVITE

Ilmo (a) Senhor (a)

Venho através desta carta convidar Vossa Sr^a. para contribuir com a pesquisa intitulada **“Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina: o caso de um Centro de Reabilitação na Bahia”**. Esta pesquisa trata-se de uma Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Comunitária vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), e teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, localizado em Salvador, Bahia, sob parecer de nº 990.341.

Será um estudo de abordagem avaliativa, que tem por objetivos avaliar a implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um Centro de Reabilitação de Salvador, Bahia, e identificar qual a imagem-objetivo dessa atenção.

Sua participação será no processo de validação da matriz de critérios, indicadores e padrões, instrumento construído pela pesquisadora para subsidiar a avaliação proposta. Essa matriz será encaminhada juntamente com o projeto de pesquisa para sua melhor compreensão a cerca do estudo. A sua participação consiste em atribuir pontos aos critérios elencados na matriz numa escala de 0 a 10, sendo a nota 0 (zero) referente à exclusão do critério, e nota 10 (dez) a nota máxima de importância e permanência do mesmo. O Senhor foi escolhido pela sua formação acadêmica e experiência na área de atenção à pessoa com fissura labiopalatina conforme informações disponíveis em Currículo *Lattes*.

Espera-se que esse estudo forneça subsídios para a avaliação e implantação de serviços de referência em outros municípios e para o aperfeiçoamento da atenção à pessoa com fissura labiopalatina no Brasil, além de dar visibilidade e ampliar a discussão sobre a luta em favor desses pacientes.

Atenciosamente.

Ana Maria Freire de Lima Almeida
Pesquisadora e Mestranda ISC/UFBA**Profa. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves**
Orientadora da Pesquisa

APÊNDICE C

Matriz Final com indicadores, critérios e padrões* – atenção à pessoa com fissura labiopalatina (FLP) *Com base nas recomendações internacionais (WHO, 2002 e ACPA, 2009; 2015), Portaria SAS/MS nº 62 (BRASIL, 1994) e publicações do HRAC/USP (SOUZA-FREITAS et al. 2012a, 2012b, 2012c; 2013); GRACIANO, TAVANO e BACHEGA, 2007). (2ª versão - após validação com Comitê de Especialistas)

Dimensão	Padrão esperado	Média Final	DP
1. Gestão	1.1 Organização da atenção		
	C1 - Há equipe multidisciplinar de especialistas (enfermagem, cirurgia, fonoaudiologia, odontologia geral e pediátrica, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, reabilitação oral, pediatria, otorrinolaringologia, serviço social e psicologia)	9,5	0,8
	C2 - Existe um coordenador de equipe	9,5	1,2
	C3 - Há um protocolo de tratamento da fissura labiopalatina discutido e acordado em equipe	9,8	0,4
	C4 - Há um serviço de registros e prontuários dos pacientes	10	0
	C5 - Há manutenção da infraestrutura adequada *do serviço e provimento regular de insumos	9,8	0,4
	*Infraestrutura adequada		
	C6 - O atendimento ambulatorial e hospitalar é realizado na mesma estrutura	9,7	0,8
	C7 - Possui unidade de internação para crianças e adultos	10	0
	C8 - Possui centro cirúrgico com salas equipadas	10	0
	C9 - Possui sala de recuperação dentro do bloco cirúrgico equipada com monitor cardíaco e desfibrilador, e outros materiais necessários às urgências cardiorrespiratórias	9,8	0,4
	C10 - Possui sala para pequenas cirurgias (dentisterias)	10	0
	C11 - Possui consultórios odontológicos e equipamentos para realização de radiografias, cirurgias bucomaxilofacial e implantes dentários	10	0
	C12 - Possui sala de exame especializada em fonoaudiologia	9,6	0,8
	C13 - Possui ou terceiriza Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Lab. de Patologia Clínica, de Prótese e Ortodontia)	10	0
	C14 - Possui um serviço de documentação com capacidade de documentar a sequência do tratamento	9,3	1,0
	C15 - O estabelecimento possui serviço de anestesia, cirurgia plástica estética reparadora	10	0
	C16 - Possui serviço de otorrinolaringologia e sala para videofluoroscopia	9,5	1,2
	C17 - Possui serviço de clínica médica	9,5	0,8
1.2 Gerência			
C18 - Há reuniões regulares entre membros da equipe	8	2	
C19 - Os encaminhamentos para atendimentos na rede de atenção do SUS são articulados pela gestão	8,1	2,4	

	C20 - Há treinamentos internos e apoio à educação permanente para os profissionais da equipe	8	2,4
	C21- Há um sistema de monitoramento dos resultados do tratamento	8,3	2,1
	C22 - Há um sistema de avaliação das práticas dos profissionais	8,3	2,1
	C23 - Há um sistema de avaliação da percepção do paciente/família sobre os serviços	8	2,4
	C24 - Há espaços de educação em saúde para os pacientes/família	8,3	1,9
	C25 - Há realização de busca ativa dos casos faltosos	8,1	2,5
	C26 - Há relação de contato, parceria e troca de informações entre o serviço e associações de apoio	8,8	1,5
2. Reabilitação	2.1 Equipe		
	C27 - Estabelece o protocolo terapêutico e discute casos em conjunto	8,6	1,5
	C28 - Faz acolhimento inicial do paciente/família	9,6	0,8
	C29 - Incentiva a participação do paciente e da família no processo de tratamento	9,5	1,2
	C30 - Fornece informação e orientação sobre o tratamento ao paciente/família de forma não discriminatória	9,5	1,2
	2.2 Cirurgia Plástica		
	C31 - Realiza avaliação inicial, diagnóstico e planejamento do tratamento cirúrgico	9,6	0,8
	C32 - Realiza cirurgia de lábio aos 3 meses de idade	10	0
	C33 - Realiza a cirurgia primária de palato aos 12 meses;	9,1	2,0
	C34 - Reavalia o paciente aos 06 anos de idade e programa as cirurgias secundárias	9,5	1,2
	C35 - Coordena os procedimentos cirúrgicos para minimizar o número de exposições e anestésicas hospitalizações	9,5	0,9
	C36 - Discute o momento das cirurgias secundárias após avaliação em conjunto com a equipe	9,3	1,0
	C37 - Informa e discute sobre as cirurgias secundárias com o paciente/ família para que os objetivos sejam entendidos e expectativas sejam realistas	9,3	1,0
	2.3 Fonoaudiologia		
	C38 - Realiza avaliação inicial e fornece orientações à família	9,8	0,4
	C39 - Realiza avaliação pré e pós operatória durante a palatoplastia;	9,6	0,8
	C40 - Realiza avaliações da fala inicial e periódicas ao longo do desenvolvimento do paciente	9,6	0,8
	C41 - Realiza terapia de fala precoce para facilitar o desenvolvimento dos sons da fala e estabelece um programa de casa a ser realizado pelos pais e outros cuidadores;	9,5	0,8
	C42- Participa do planejamento da cirurgia ortognática em conjunto com o ortodontista e cirurgião bucomaxilofacial	8,5	1,6
	2.4 Ortodontia		
C43 - Realiza ortodontia preventiva e tratamento ortodôntico contínuo (dentição decídua, mista e permanente);	9,8	0,4	

C44 - Realiza documentação ortodôntica – fotografias faciais e dentárias, modelos de gesso, radiografias extraoral e intra-orais - em geral, aos 9 anos, 12 anos e 18 anos de idade para avaliar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento dental e facial.	9,5	1,2
C45 - Participa do planejamento da cirurgia ortognática em conjunto com o cirurgião bucomaxilofacial e fonoaudiólogo	9,3	1,2
2.5 Cirurgia Bucomaxilofacial:		
C46 - Realiza avaliação do paciente e fornece orientações pré e pós-operatórias	9,6	0,8
C47 - Realiza cirurgias orais menores conforme necessidade do caso	9,5	1,2
C48 - Realiza cirurgia de enxerto ósseo alveolar conforme planejamento do caso (entre 9 e 12 anos)	9,6	0,8
C49 - Realiza cirurgias ortognáticas conforme planejamento do caso em conjunto com o ortodontista e fonoaudiólogo da equipe	9,5	1,2
2.6 Odontologia clínica/ Odontopediatria		
C50 - Realiza avaliação inicial desde os primeiros meses de vida e orienta à família;	9,6	0,8
C51 - Promove cuidados de saúde primários e manutenção de rotina ao longo da vida	9,6	0,8
C52 - Encaminha para atendimentos nas especialidades conforme necessidades e planejamento dos casos (Ortodontia, Periodontia, Endodontia, Implantodontia e Próteses);	9,5	1,2
2.7 Enfermagem		
C53 - Realiza triagem e avaliação inicial do paciente	9,1	1,3
C54 - Orienta sobre alimentação e outras informações básicas	9,3	1,6
C55- Fornece orientações pré e pós operatórias	9,5	1,2
C56 - Avalia e acompanha o desenvolvimento da criança de forma contínua	8,5	2,5
C57 - Fornece informações e orientações para profissionais da comunidade onde reside o paciente	8,3	2,1
2.8 Psicologia		
C58 - Avalia inicial e periodicamente as condições psicológicas do paciente e da família.	9,4	1,3
C59 - Orienta os pais sobre problemas como comportamentos de rejeição por outros membros da família, as atitudes do público, o medo de e expectativas dos procedimentos cirúrgicos e adaptação emocional ao tratamento;	9	2,2
C60 - Realiza terapia ou encaminha o paciente conforme a necessidade de cada caso em todas as fases do tratamento;	8,5	2,5
C61- Motiva o paciente a medida que amadurece para se tornar participante ativo no planejamento do tratamento	8,3	2,5
2.11 Serviço Social		
C62 - Realiza acolhimento inicial do paciente e família e de forma periódica ao longo do tratamento;	9,6	0,8
C63 - Fornece orientações sobre obtenção de apoio/recurso financeiro (como transporte);	9,8	0,4

	C64 - Faz articulação e informa ao paciente/família sobre os encaminhamentos para outros serviços da rede conforme necessário;	9,8	0,4
	C65 - Facilita o contato do paciente com outras crianças e suas famílias através de grupos de apoio;	9	2
	C66 - Realiza busca ativa dos casos faltosos	9	1,7
	2.12 Otorrinolaringologia		
	C67 - Faz acompanhamento a longo prazo da audição, nariz e garganta devido à prevalência de malformações e doenças da orelha, e problemas das vias aéreas superiores;	9,6	0,8
	C68 - Realiza exame físico regular, começando nos primeiros seis meses de vida e contínuo até a adolescência;	8,8	1,8
	C69 - Realiza tratamento de lesões no ouvido, nariz e garganta e faz cuidadoso seguimento durante e após o tratamento para assegurar um resultado bem sucedido;	9,5	1,2
	2.13 Pediatria		
	C70 - Faz acompanhamento pediátrico inicial e contínuo da criança para identificar e tratar problemas de saúde de forma precoce na criança com fissura labiopalatina;	9,3	1,6
	C71 - Fornece orientação aos pais sobre questões de saúde;	9,5	1,2
	C72 - Monitora a criança de forma frequente quanto ao risco de falha de crescimento, atraso no desenvolvimento, abuso e negligência, ou qualquer outro problema significativo;	8,5	2,3
	C73 - Quando identifica necessidades especiais, faz o encaminhamento para especialistas;	9,5	1,2
	C74 - Realiza avaliação do estado de saúde da criança antes de qualquer procedimento cirúrgico previsto	9,8	0,4
3. Resultados		8,6	1,5
	C75 - Há cobertura cirúrgica conforme prevalência estimada (base nacional - 1,54/1000 nascidos vivos)		
	C76- 90% das crianças identificadas (casos novos) com cirurgia realizada até os 12 meses (padrão ouro/sempre que possível)	8,6	1,5
	C77 - 90% das crianças/pacientes faltosos são contatados através da busca ativa	8,8	1,8
	C78 - 90% das sessões de fonoaudiologia são realizadas dentre aquelas programadas	8,3	1,4
4. Observações e Sugestões			

Fonte: Elaborado pela autora com base nas publicações revisadas e Comitê de Especialistas na área de atenção à pessoa com FLP.

APÊNDICE D

Roteiro de Entrevista semiestruturada - Gestor

Nome:

Escolaridade/Formação:

Cargo/função que ocupa:

1. Como você chegou à instituição e ao serviço? Há quanto tempo você trabalha nesse serviço?
2. Você sempre exerceu essa função/cargo aqui?
3. Qual o objetivo deste serviço?
4. Existe algum documento que oriente o funcionamento do serviço? (Manual, Fluxograma, dentre outros)
5. Existe uma coordenação do serviço? (Especificar se é geral, administrativa, técnica?)
6. Quem faz a supervisão da equipe de profissionais de saúde?
7. Há um plano de ações do serviço (anual, por exemplo)? Quem elabora? Fale sobre esse plano.
8. As reuniões de equipe são regulares? Qual a periodicidade?
9. Fale sobre a gestão do serviço.
10. Há um protocolo de tratamento? Como ele foi elaborado?
11. Há apoio a educação permanente dos profissionais? Fale sobre.
12. Você pode descrever como é o acolhimento no serviço?
13. Como são realizados e articulados os encaminhamentos para outros profissionais que o serviço não dispõe? (por exemplo: nutricionista, fisioterapeuta, geneticista, terapeuta ocupacional, etc.)
14. É feita alguma avaliação do serviço? Fale sobre essa avaliação.
15. Como são organizados os registros e prontuários do paciente?
16. Há realização de busca ativa? Fale sobre o que acontece quando os pacientes faltam.
17. Há algum tipo de apoio financeiro ao paciente? (transporte, hospedagem, alimentação...etc)
18. Quais os profissionais que compõem a equipe? Eles têm qualificação e/ou experiência na área de FLP?
19. Existe comunicação entre os profissionais da equipe? Como acontece?
20. Há discussão dos casos?
21. Como é feita a atenção psicossocial ao paciente/família?
22. Existem espaços de educação em saúde para pacientes/família? Quais?
23. Há participação e controle social dos usuários no serviço? Existe ouvidoria? Assembleia?
24. O serviço atende as normas da Portaria nº62, de 19 de abril de 1994 do SUS: (ver itens da portaria em anexo)
25. Além dos profissionais de saúde da equipe exigida na portaria nº62, de 19 de abril de 1994 do SUS, existem outros profissionais quem compõem a equipe e fazem parte do tratamento e reabilitação dos pacientes?
26. Para você qual é o papel das associações de apoio à família? Você conhece a associação do município? O serviço tem algum contato com essa associação?
27. Quais os aspectos positivos do serviço para você?
28. Quais os aspectos que poderiam melhorar?

Informações sobre a produção do serviço:

- a) Qual o número de pacientes cadastrados no Centrinho atualmente?
- b) Qual o número médio de casos novos por ano?
- c) Quantas cirurgias são realizadas no serviço por ano? (cirurgias plásticas, de enxerto ósseo e cirurgias ortognáticas) Qual a média de procedimentos ambulatoriais por ano? (O quantitativo geral e o quantitativo por especialidade, se possível)
- d) Qual o número médio de pacientes que deixam de vir ao tratamento por mais de 2 anos (arquivo morto)?
- e) Qual o número de pacientes operados antes dos 12 ou 24 meses (cirurgia plástica - queiloplastia e palatoplastia)?
- f) Dos pacientes do “arquivo morto”, qual o número médio ou percentual que foi contatado pelo serviço?
- g) Como você avalia a assiduidade dos pacientes ao tratamento fonoaudiológico?
- h) Como você avalia a assiduidade dos pacientes ao tratamento ortodôntico?
- i) Como você avalia a assiduidade dos pacientes ao tratamento psicológico?
- j) Você considera que o serviço apresenta atualmente quantidade de profissionais e espaço físico suficiente para atender a demanda?
- k) Existe fila de espera para cirurgias primárias?

Itens exigidos pela Portaria n 62, de 19 de abril de 1994 para check list com o Gestor

- unidade de internação para crianças e adultos.
- centro cirúrgico com salas equipadas com oxigênio , respirador , ácido nítrico , monitor cardíaco, bisturi elétrico , desfibrilador e carro de anestesia .
- sala de recuperação dentro do bloco cirúrgico equipada com monitor cardíaco e desfibrilador , além de outros materiais e medicamentos necessários às urgências de outros materiais e medicamentos necessários às urgências cardíaco-respiratórias.
- sala para pequenas cirurgias (dentisterias) .
- consultórios odontológicos equipados com aparelho de RX e equipamentos apropriados para realização de cirurgias buco-maxilo-facial e implantes (esterilizadores e contra angulo com redutor de velocidade) .
- sala de exame especializada em fonaudiologia exclusiva e silenciosa.
- sala para videofluoscopia .

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

- Laboratório de Patologia Clínica
- Laboratório de Prótese
- Laboratório de Ortodontia
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Serviço de Prontuário de Paciente
- Serviço de Documentação com capacidade de documentar a sequência do tratamento executado (slides), - fotografias e rx odontológico .

Equipamentos:

- audiômetro
- impedanciômetro
- aparelho de raio X para tele PA e ortopantomografia
- aparelho de raio X para radiografia periapical e oclusal
- Nasofaringoscópio
- Videofluoroscopia

Para Implantologia:

- aparelho com micro-motor com redutor de velocidade
- aparelho de ultra-som para limpeza de instrumentos
- estufas
- cadeira odontológica com controle no pé , além de material de consumo em sistemas ósseo integrados de implantes.

Para Cirurgia Buco-maxilo-facial

- sugador de sangue a vácuo
- serra elétrica para cirurgia crânio-facial
- iluminador frontal (foco), além de material de bloqueio maxilo-mandibular

São Hospitais que possuem Serviços de:- anestesia

- cirurgia plástica estético reparadora
- otorrinolaringologia
- clínica médica
- pediatria
- fonoaudiologia
- psicologia
- fisioterapia
- enfermagem
- serviço social
- nutrição
- odontologia geral
- odontopediatra
- ortodontia
- prótese e implantologia
- cirurgia buco-maxilo-facial
- atendimento familiar

APÊNDICE E

Roteiro de Entrevista semiestruturada - Profissionais

Nome:

Escolaridade/Formação:

Cargo/função que ocupa:

1. Como você chegou à instituição e ao serviço? Há quanto tempo você trabalha aqui? Como é o regime de contratação?
2. Quando você chegou, recebeu algum tipo de treinamento?
3. Qual o objetivo deste serviço?
4. Existe algum documento que oriente o funcionamento do serviço? (Manual, Fluxograma, dentre outros)
5. Você tem especialização na área de FLP? Você tem experiência na área de FLP?
6. Quais atividades que você realiza no serviço?
7. Qual o seu papel na equipe interdisciplinar?
8. Existem reuniões de equipe regulares? Qual a periodicidade?
9. Você poderia descrever como é o acolhimento ao paciente?
10. Como é a participação dos profissionais na gestão? Você participa da gestão?
11. Há iniciativa ou apoio do serviço à educação permanente?
12. Como é feito o planejamento das ações do serviço? Você participa?
13. Há discussão dos casos entre os profissionais? Fale sobre.
14. Como é realizado o encaminhamento do paciente para outros serviços?
15. Como se dá a participação do paciente/família no tratamento?
16. Como é o registro e prontuário dos pacientes?
17. Há espaços de educação em saúde para o paciente/família? Fale sobre.
18. Há participação e controle social dos usuários no serviço?
19. Você considera a estrutura física do serviço adequada?
20. Quando o paciente falta, deixa de frequentar o tratamento, o que acontece?
21. Além dos profissionais de saúde da equipe exigida na portaria nº62, de 19 de abril de 1994 do SUS, existem outros profissionais quem compõem a equipe e fazem parte do tratamento e reabilitação dos pacientes?
22. Para você qual é o papel das associações de apoio à família? Você conhece a associação do município? O serviço tem algum contato com essa associação?

Resultados

1. Quais são os indicadores utilizados para avaliar o serviço?
2. Qual a média de cirurgias por mês?
3. Qual a média de casos novos por ano?
4. Quantos atendimentos ambulatoriais são feitos em média por mês na sua especialidade?

APÊNDICE F

Roteiro de Entrevista semiestruturada –Usuários

Nome: _____ DN: ____/____/____
Escolaridade: _____ Profissão/ ocupação: _____
Município onde reside: _____ Parentesco com o paciente: _____
Constituição familiar: _____

1. Qual o tipo de fissura que você apresenta? (ou seu filho apresenta?) (No lábio? No lábio e no palato? Só no palato?)
2. Como você conheceu o serviço?
3. Você esperou para marcar o primeiro atendimento?
4. Quando você veio pela primeira vez, como foi recebido?
5. Como foi sua primeira consulta aqui no Centrinho?
6. Fale sobre seu tratamento.
7. Já realizou alguma cirurgia?
8. Você recebeu orientação de quais profissionais? Como foram essas orientações?
9. Você consegue tirar as suas dúvidas com os profissionais?
10. Qual profissional você teve mais contato?
11. Você faltou alguma consulta?
12. Quando faltou, alguém do serviço te procurou?
13. Como você conseguiu remarcar?
14. Quando você precisou ir para outro profissional fora daqui, como foi? (encaminhamento)
15. Você recebe algum auxílio financeiro do serviço ou do seu município?
16. Você já foi chamado ou participou de algum evento, alguma palestra, oficina, ou outro momento de orientação (educação em saúde)?
17. Qual a sua opinião sobre o tratamento? (O que você acha do tratamento?)
18. Você tem dificuldades para chegar ao serviço?
19. O que você acha da estrutura física?
20. Você conhece ou faz parte de alguma associação de apoio à pessoa com FLP?
21. Você gostaria de fazer mais algum comentário?

APÊNDICE G



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela
40.110-040- Salvador - BA

Termo de Consentimento Informado

O Sr.(a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada "Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina: o caso de um centro especializado do país". Assumo o compromisso de que toda a informação que o Sr.(a) irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome poderá aparecer caso seja do seu interesse e após sua autorização. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre a origem e implantação das ações de atenção ao paciente com fissura labiopalatina neste Centro. Porém, ela é inteiramente voluntária. Caso, o Sr.(a) estiver de acordo, a entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar, podendo, inclusive, solicitar interrupção da gravação sem nenhum prejuízo da relação com o pesquisador.

Todo o material de pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador e será mantido e arquivado no prazo recomendado pelo comitê de Ética em Pesquisa. Você poderá entrar em contato com a coordenação do projeto através do telefone (71)3495-6210.

 Ana Maria Freire de Lima Almeida
 Pesquisadora

 Profª. Sônia Cristina Lima Chaves
 Pesquisadora

.....
 Declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa

"Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina: o caso de um centro especializado do país" e aceito dela participar.

Nome: _____

Assinatura: _____, ____/____/2016

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Implantação da Atenção à Pessoa com Fissura Labiopalatina: o Caso de um Centro Especializado do País **Pesquisador:** SÔNIA CRISTINA LIMA CHAVES **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 38500614.0.0000.0047

Instituição Proponente: Hospital Santo Antônio/ Obras Sociais Irmã Dulce

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 990.341

Data da Relatoria: 02/12/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta-se bem escrito, com introdução e quadro teórico bem descrito, contendo todas as informações obrigatórias e todos os anexos.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo principal avaliar o grau de implantação de atenção à pessoa com fissura labiopalatina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

o trabalho não apresenta riscos e possui o benefício de avaliar o grau da implantação da atenção prestada ao paciente com fissura labiopalatina, além de poder identificar diversos pontos de melhoria para o serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância para a unidade referida, por ser a referência nesse tipo de atendimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação

obrigatória: o Trabalho apresenta todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Endereço:	Av. Bomfim 161		
Bairro:	Largo de Roma		
UF: BA	Município:	CEP:	40.420-000
	SALVADOR		
Telefone:	(71)3310-1335	Fax:	(71)3310-1335
		E-mail:	cep@irmadulce.org.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho não possui pendências

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 990.341

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se por aprovar o referido projeto.

SALVADOR, 18 de Março de 2015

Assinado por:
Juliana da Silva Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Bomfim 161

Bairro: Largo de Roma

UF: BA

Município:

SALVADOR

CEP: 40.420-000

Telefone: (71)3310-1335

Fax: (71)3310-1335

E-mail: cep@irmadulce.org.br

ANEXO 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PORTARIA Nº 126, DE 17 DE SETEMBRO DE 1993

DO 180, de 21/9/93

O SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e,

Considerando a Resolução nº 079/93 do Conselho Nacional de Saúde;

Considerando a importância médico-social das lesões lábio-palatais;

Considerando a alto nível de especialização no tratamento dos pacientes com este tipo de patologia;

Considerando a utilização de materiais especiais e próteses que evitam a formação de maiores sequelas, propiciando um tratamento mais adequado;

Considerando os estudos realizados pelo Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da Universidade de São Paulo e Hospital de Cirurgia Plástica Crânio Facial da Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação Crânio Facial (SOBRAPAR).

RESOLVE:

1 - Criar os Grupos e Procedimentos, na Tabela de procedimentos do SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SIH/SUS), com os códigos e valores abaixo:

GRUPO 33.101.05.1 Cirurgia da Boca e Face V

* **38.040.02.6** - Palatoplastia completa

* **38.041.02.2** - Palatoplastia com enxerto ósseo ou retalho

* **38.042.02.9** - Palatoplastia parcial

* **38.043.02.5** - Palato-labioplastia Uni ou Bilateral (por estágio).

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
49.142,00	21.252,00	3.416,00	73.810,00	454	320	13

GRUPO 33.101.06.0 Cirurgia da Boca e Face VI

* **38.046.02.4** - Cirurgia Ortognática para Maxilar/ Mandíbula

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
94.741,00	31.878,00	4.782,00	131.401,00	574	420	13

GRUPO 33.101.07.8 - Cirurgia da Boca e Face VII

* **38.047.02.0** - Cirurgia Ortognática tipo Le Fort III

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
105.144,00	28.128,00	4.782,00	138.054,00	574	420	13

GRUPO 44.100.10.8 Tratamento Ortodôntico m Lesões Lábio Palatais

* **44.020.03.1** - Tratamento Ortodôntico em Lesões Lábio-Palatais

*** 44.021.03.1 - Reabilitação Protética Ortondôntica**

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
13.770,00	3.811,00	1.875,00	19.456,00	180	00	01

GRUPO 37.101.04.8 - Cirurgia do Ouvido IV

*** 37.040.01.4 - Implante Coclear**

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
1616.900,00	36.566,00	16.307,00	1.669.773,00	574	420	15

GRUPO 37.102.04.4 - Cirurgia do Nariz IV

*** 38.012.08.1 - Rinoplastia em pacientes com Lesões Láblio-palatais**

*** 38.013.08.8 - Septoplastia em pacientes com Lesões Láblio-palatais**

*** 38.014.09.2 - Alongamento de columela em pacientes com Lesões Láblio-Palatais.**

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
11.891,00	5.239,00	177,00	17.307,00	250	120	04

GRUPO 44.100.20.5 - Implante Ósteocintegrado Extra-Oral

***44.040.03.2 - Implante Ósteointegrado Extra-Oral**

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
146.518,00	14.577,00	2.977,00	164.072,00	454	284	10

2 - Os valores fixados incluem todas as próteses e materiais especiais necessários ao tratamento.

3 - Estes procedimentos só poderão ser utilizados por hospitais previamente autorizados pela SAS/MS, ouvida a Secretaria de Estado de Saúde do Estado onde se localizar o hospital solicitante, e o Hospital de Pesquisa e Reabilitação de lesões Láblio-Palatais da Universidade de São Paulo.

4 - O Hospital de Pesquisa e Reabilitação de lesões Láblio-Palatal CGC/MF nº63.025.530/0082-70, e o Hospital de Cirurgia Plástica Crânio Especial CGC/MF nº 50.101.286/0001-70, ficam desde já autorizados à realização dos procedimentos citados nesta Portaria.

5 - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência setembro/93.

CARLOS EDUARDO VENTURELLI MOSCONI

ANEXO 2

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PORTARIA N.º 62, DE 19 DE ABRIL DE 1994

DO 74, de 20/4/94

O Secretário de Assistência à Saúde no uso de suas atribuições e considerando a Portaria SAS/MS n.º 126 de 17 de setembro de 1993, estabelece as seguintes normas para o cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para realização estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o sistema único de saúde :

A - Rotina de Cadastramento

1) - os hospitais encaminharão as solicitações de cadastramento à coordenação de normas para procedimentos de alta complexidade de secretaria de assistência à saúde do ministério da saúde que solicitará um representante oficial do hospital de pesquisa e reabilitação de lesões saúde, verificarão in loco o devido cumprimento das normas estabelecidas nesta portaria.

2) - o relatório da vista realizada com parecer conclusivo, e sugestão de área de abrangência do serviço, será encaminhado à coordenação que tomará as medidas necessárias junto à Secretaria de Assistência à Saúde para efetivação do cadastramento.

3) - serão realizadas avaliações semestrais do desempenho dos hospitais cadastrados mediante informações técnica fornecidas pelos mesmos em relatório específico elaborado e encaminhado pela coordenação de normas para procedimentos de alta complexidade, que se responsabilizará pelo envio dos consolidados às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais para manifestação e verificação.

B - Normas Específicas.

Serão cadastrados hospitais que fazem parte do Sistema Único de Saúde e realizam procedimentos para realização estético-funcional dos portadores de má-formação congênitas lábio-palatais e já tenham realizado.

a) - acompanhamento de 10 casos com avaliação documentada dos:

1-) aspectos estéticos

2-) processo de aquisição de linguagem

3-) relação maxilo-mandibular antero-posterior e transversal (clínica e cefalométrica)

b) - acompanhamento de pelo menos 05 casos finalizados com documentação completa.

1.1 - Instalações Físicas

- unidade de internação para crianças e adultos.

- centro cirúrgico com salas equipadas com oxigênio, respirador, ácido nitroso, monitor cardíaco, bisturi elétrico, desfibrilador e carro de anestesia.

- sala de recuperação dentro do bloco cirúrgico equipada com monitor cardíaco e desfibrilador, além de outros materiais e medicamentos necessários às urgências de outros materiais e medicamentos necessários às urgências cárdio-respiratórias.

- sala para pequenas cirurgias (dentisterias).

- consultórios odontológicos equipados com aparelho de RX e equipamentos apropriados para realização de cirurgias buco-maxilo-facial e implantes (esterelizadores e contra angulo com redutor de velocidade).

- sala de exame especializada em fonaudiologia exclusiva e silenciosa.

- sala para videofluoscopia.

1.2 - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

- Laboratório de Patologia Clínica

- Laboratório de Prótese

- Laboratório de Ortodontia

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Serviço de Prontuário de Paciente
 - Serviço de Documentação com capacidade de documentar a sequência do tratamento executado (slides), - fotografias e rx odontológico .

1.3 - Equipamentos:

- audiômetro
- impedanciômetro
- aparelho de raio X para tele PA e ortopantomografia
- aparelho de raio X para radiografia periapical e oclusal
- Nasofaringoscópio
- Videofluoroscopia

Para Implantologia:

- aparelho com micro-motor com redutor de velocidade
- aparelho de ultra-som para limpeza de instrumentos
- estufas
 - cadeira odontológica com controle no pé , além de material de consumo em sistemas ósseo integrados de implantes.

Para Cirurgia Buco-maxilo-facial

- sugador de sangue a vácuo
- serra elétrica para cirurgia crânio-facial
- iluminador frontal (foco), além de material de bloqueio maxilo-mandibular

São Hospitais que possuem Serviços de :

- anestesia
- cirurgia plástica estético reparadora
- otorrinolaringologia
- clínica médica
- pediatria
- fonoaudiologia
- psicologia
- fisioterapia
- enfermagem
- serviço social
- nutrição
- odontologia geral
- odontopediatria
- ortodontia
- prótese e implantologia
- cirurgia buco-maxilo-facial
- atendimento familiar

Os profissionais médicos e de odontologia responsáveis pelos serviços específicos, deverão possuir título de especialista na área afim . no caso específico da implantologia são válidos certificados de cursos de credenciamento em sistemas ósseo-integrados.

Os profissionais de nível técnico na área de odontologia deverão ser :

- protéticos devidamente registrados no conselho federal de odontologia, com experiência em próteses extra-orais.

- auxiliares e/ou higienistas dentais com o seu registro no conselho federal de odontologia ou de reconhecida capacidade.

Os profissionais de fonoaudiologia devem apresentar comprovante de treinamento de no mínimo 320 horas ao longo de 02 meses.

Esta portaria entrará em vigor da data de sua publicação.

GILSON DE CASSIA MARQUES DE CARVALHO