

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE ODONTOLOGIA

MOSEANNE MENDONÇA SERRA

**HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DO PACIENTE COM FISSURA
LABIOPALATINA: revisão de literatura**

São Luís

2021

MOSEANNE MENDONÇA SERRA

**HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DO PACIENTE COM FISSURA
LABIOPALATINA: revisão de literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Ribeiro Maya
Co-orientadora: Luana Cantanhede

São Luís

2021

Serra, Moseanne Mendonça

Humanização no atendimento do paciente com fissura labiopalatina: revisão de literatura. / Moseanne Mendonça Serra. ____ São Luís, 2021.

47f.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Ribeiro Maya
Co-orientadora: Luana Cantanhede
Monografia (Graduação em Odontologia) - Curso de Odontologia
– Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco –
UNDB, 2021.

1. Humanização. 2. Atendimento do paciente. 3. Fissura labiopalatina. I. Título.

MOSEANNE MENDONÇA SERRA

**HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DO PACIENTE COM FISSURA
LABIOPALATINA: revisão de literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Ribeiro Maya
Co-orientadora: Luana Cantanhede

Aprovada em 17/06/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael Ribeiro Maya (Orientador)
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB

Esp. Pedro Lima Natividade de Almeida
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB

Dra. Luana Dias da Cunha
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

Dedico a Deus por me dar força e coragem e a todos que de alguma forma não me deixaram desistir.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus que permitiu que tudo isso fosse possível, por ele ser o autor da minha vida e dono da minha história, toda Glória para Ele.

A minha mãe, Maria Laudeci Mendonça, que é minha amiga para todas as horas, verdadeiramente a maior mestra da minha vida e que sempre acreditou em mim e apesar das circunstâncias mostrarem o contrário, manteve a fé.

Ao meu parceiro de vida Gilson Moreira Oliveira desde sempre me apoiando e me incentivando e me patrocinando. Obrigada por tudo, obrigada por ser meu braço e o meu coração para as nossas filhas nos momentos da minha ausência, um amigo e agora meu sócio. Um sonho que se sonha junto é realidade. Amei-te no passado, te amo no presente e te amarei eternamente.

Aos meus familiares e amigos, que torceram por mim, aos meus pacientes, pois depositaram sua confiança em mim, o meu muito obrigada.

Ao meu orientador, professor e Dr. Rafael Maya pela compreensão, a minha professora modelo Dra. Luana Cantanhede por toda paciência e dedicação, pelas altas horas de conversas e de ajuda, minha referência é você.

Aos meus colegas da melhor turma que a UNDB já teve, por terem me recebido e me acolhido, em especial aqui minhas amigas Aleli Siqueira por ser minha parceira pra tudo, pelas noites em claro, pelos cafés para nos manter acordada em dias de pré-prova.

A Viviane Moreira por sempre ter uma solução aos meus problemas, pelos almoços entre uma clinica e outra, obrigada. Andressa Amaral, minha dupla desse último e mais desafiador semestre, obrigada por estar ai meu lado e ser meu apoio.

A minha filha primogênita Marina Helena que veio ao mundo para me ensinar o que é vida, persistência e vitória. Minha inspiração e minha força vem de ti filha amada. E a minha caçula, Manuela Oliveira por me ensinar todos os dias que a fé é também sobre falar o que se sonha, para então se tornar em realidade. Minha primogênita e minha caçula eu amo vocês.

A minha amiga Emanuelle Carreiro, pelas horas de ajuda e palavras de incentivo, você foi essencial nesses últimos anos de graduação. Toda minha gratidão.

De fato “todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito” (Romanos 8:28).

RESUMO

A humanização no atendimento do paciente com fissura labiopalatinas é algo de suma relevância, visto que essas crianças portadoras de fissura palatina normalmente apresentam, logo após o nascimento, dificuldades durante a amamentação. Embora estas crianças possuam os movimentos reflexos de sucção e de deglutição intactos, a dificuldade está em isolar a cavidade oral e conseguir uma pressão negativa para uma adequada sucção. Sendo assim o objetivo geral foi: Apresentar a importância do atendimento humanizado ao paciente com fissura labiopalatinas. O estudo foi de revisão bibliográfica onde foram pesquisados artigos, livros, trabalhos de conclusão de curso, monografias e teses sobre o tema sendo incluídos materiais no período de 2011 a 2020. A relação profissional e usuário vêm solucionando um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. A humanização faz toda a diferença no que diz respeito ao atendimento e ao cuidado a esse paciente.

Palavras-chave: Humanização. Fenda Palatina. Fissura Labiopalatina.

ABSTRACT

Children with cleft palate present difficulties during breastfeeding shortly after birth. Although these children have the reflex movements of sucking and swallowing intact, one difficulty is in isolating the oral cavity and achieving negative pressure for adequate sucking. Thus, the general objective was: to present an importance for the humanized care of patients with cleft lip and palate. And as specific objectives: defined aspects concerning humanization; outline the legislation that benefits them. cleft patients and analysis of the role of the orthodontist regarding the orthodontic treatment of patients with cleft lip and palate The approach taken to a narrative literature review research where ,articles, books, course completion papers, monographs and theses about the theme being included materials from 2011 to 2020. Orthodontists play a key role in the care and humanization of patients with cleft lip and palate, together with an interdisciplinary patient rehabilitation team. Represents the conductor who sets the pace for dental and surgical procedures. The orthodontist monitors craniofacial growth and development, as well as correcting malocclusions that are more complex in patients with clefts. A significant number of patients have marked skeletal discrepancies in the anteroposterior, transverse and vertical directions. The professional and auxiliary user relationship solving a question about the challenge of having a professional with a certain degree of sensitivity to the user's suffering, but qualified with a higher level of attention and availability that allows the user to access more assertively.

Keywords: Humanization. Patient. Cleft lip and palate.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 METODOLOGIA.....	10
3 O PACIENTE COM FISSURA LABIO PALATINA.....	11
3.1 As fissuras lábio palatinas.....	11
3.2 O Tratamento.....	13
4 A QUESTÃO DA HUMANIZAÇÃO.....	14
4.1 Aspectos conceituais e históricos.....	14
4.2 O profissional e o paciente fissurado.....	16
5 HUMANIZAÇÃO, REABILITAÇÃO: as leis garantindo os direitos dos pacientes fissurados.....	19
5.1 A Política de Saúde e humanização.....	19
5.2 O projeto de lei e a reabilitação.....	20
CONCLUSÃO.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24
APÊNDICE: artigo científico.....	28

1 INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas distinguidas pela descontinuidade das composições do lábio, palato ou ambos. Essas lesões incidem em distintas posições da face e com expansão mutável. As consequências da malformação são elusivas, podendo causar dificuldades na alimentação, no ganho de peso, problemas na arcada dentária, no crescimento e desenvolvimento harmônico da face, na fala, na adaptação e desempenho social (MONTAGNOLI, 2015).

O atendimento inicial ao paciente fissurado é de suma importância, isso porque há uma necessidade de haver uma escuta e um acolhimento, sobretudo do Dentista que vai cuidar desse paciente com essa fissura. É imprescindível um acompanhamento periódico e constante preventivo/ educativo com o acompanhamento multidisciplinar, contendo no mínimo, dois profissionais da área odontológica em um programa de humanização no atendimento desses pacientes fissurados: um odontopediatra e um ortodontista, para que seja mantida a saúde bucal dos fissurados e para que sejam mínimas as alterações decorrentes do crescimento maxilar (MONTAGNOLI et al., 2015).

A relação profissional e usuário vêm solucionando um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. Assim, o 'acolhimento' é visto como uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', em identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, com um olhar holístico e ampliando a capacidade do profissional em responder as demandas, reduzindo a centralidade, organizando e orientando para uma melhor utilização do potencial dos demais profissionais (VASCONCELOS et al., 2012).

Uma vez que traz uma informação maior sobre o tema, o tratamento e os impactos que o diagnóstico causa na família e, sobretudo aborda de maneira mais minuciosa a questão da humanização a esses pacientes. No âmbito social o tema vem como um divisor de águas para os leigos, uma vez que a pesquisa tratará de maneira minuciosa sobre o diagnóstico, a importância e a legislação dos pacientes fissurados (DALBEN, 2011).

Sendo assim o objetivo geral foi: Apresentar a importância do atendimento humanizado ao paciente com fissura labiopalatinas.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho faz uma análise de natureza qualitativa, exploratória e bibliográfica. Foram fontes da pesquisa bibliográfica: artigos, teses, dissertações e textos em português. Ao que diz respeito às bases de dados, foram utilizadas: Google Acadêmico, Portal de Periódicos da CAPES e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*). Descritores utilizados: Humanização. Paciente. Fissura Labiopalatina.

Para guiar o processo de seleção das publicações adotadas para o estudo, foram elaborados alguns critérios de inclusão para facilitar a busca nos bancos de dados: foram admitidos somente os estudos que estão relacionados aos objetivos do tema, faixa temporal de 2000 a 2021 e disponíveis em português, inglês ou espanhol e estar disponível na íntegra, bem como está referente à temática, em formato eletrônico e ter sido publicado dentro da faixa temporal previamente estabelecida. E como critérios de exclusão os estudos que apresentarem duplicidade, ou estiverem fora dos critérios de inclusão estabelecidos.

3 O PACIENTE COM FISSURA LABIO PALATINA

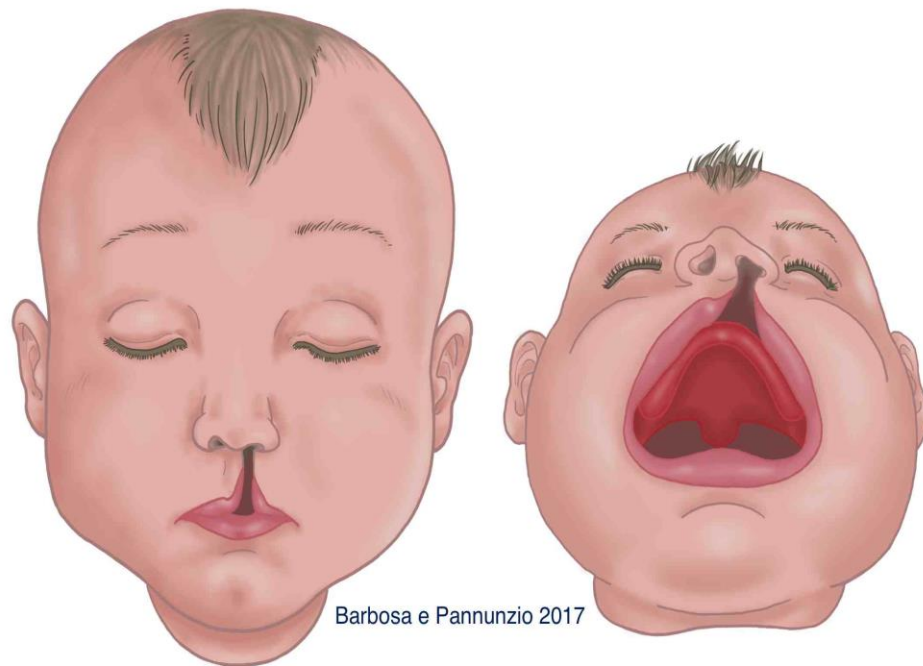
3.1 As fissuras lábio palatinas

As fissuras labiopalatinas são malformações congênicas distinguidas pela descontinuidade das estruturas do lábio, palato ou ambos. Essas lesões ocorrem em diferentes posições da face e com extensão variável. As consequências da malformação são indefinidas, podendo causar dificuldades na alimentação, no ganho de peso, dificuldades na arcada dentária, no crescimento e desenvolvimento harmônico da face, na fala, na adequação e desempenho social (MONTAGNOLI et al., 2015).

As consequências da malformação podem causar dificuldades na alimentação e no ganho de peso, distúrbios de fala, problemas na arcada dentária, na adaptação social e na autoimagem. Essas malformações podem ser diagnosticadas através do exame de ultrassonografia ainda durante o período pré-natal, o que tem levado muitos pais a buscarem informações a respeito desta anomalia (DI NINNO et al., 2016).

As alterações na formação lábio-palatina envolvem a cavidade bucal como um todo, determinando diversos problemas odontológicos, tais como anomalias de número, forma e implantação dentária, alterações na erupção dentária e, como implicação de todos estes fatores, má-oclusão. Todos os aspectos enumerados, compreendendo a própria fenda, ocasionam dificuldades de higienização, com conseqüente predisposição a cáries e doenças periodontais, o que intervém no tratamento odontológico particularizado (RIBEIRO, TAVANO e BACHEGA, 2008).

Os dentes estão diretamente relacionados à gênese da fenda labiopalatinas, uma vez que a presença desta pode acarretar alguns distúrbios de desenvolvimento à medida que acontece a iniciação da lâmina dentária. As anomalias dentárias de desenvolvimento possuem correlação com os tipos de fissura. Vale ressaltar que as fissuras (FIGURA 1) podem acometer somente o lábio, somente o palato ou as duas estruturas ao mesmo tempo. Dentre as anomalias dentárias mais corriqueiras ressaltam-se de maneira expressiva os dentes neonatais agenesias, microdontias e hipoplasias (PEDRO, 2010).

Figura 1: Pacientes fissurados

Deve-se estar sempre atentos aos indivíduos com fenda labiopalatinas pois eles são mais susceptíveis a apresentar alterações no desenvolvimento dentário. Dessa maneira, maior atenção deve ser oferecida ao diagnóstico e tratamento odontológico desses pacientes. Incumbe ao odontopediatra informar os responsáveis a respeito das anomalias dentárias, atrasos na erupção e mal oclusões. Há ainda necessidade do tratamento preventivo, uma vez que crianças portadoras de fissuras são mais susceptíveis à doença cárie. Entretanto, é comum um cuidado mínimo em relação à higiene bucal dos filhos diante de numerosos procedimentos médicos necessários (DALBEN, 2011).

3.2 O Tratamento

O tratamento de pacientes com fissura labiopalatina pode ser realizado antes da erupção dentária, ou em caráter tardio, depois da dentição mista ou já com o permanente. O ato cirúrgico em indivíduos com esse tipo de doença é de extrema importância e vital não somente por questão de estética, mas também pela funcionalidade, ou seja, por auxiliar no bom funcionamento dos órgãos responsáveis pela audição, olfação, fonação etc., além de obviamente, beneficiar o lado psicológico do paciente (FIGUEIREDO, 2010).

Em relação ao tratamento da fissura, a extensão e o momento em que deve ser realizada a cirurgia reparadora é uma das controvérsias encontradas na literatura, pois se tem relatado um notável equilíbrio entre os benefícios do desenvolvimento da boa fala contra os efeitos deletérios do crescimento da face média em função do traumatismo cirúrgico associado à cicatrização (DALBEN, 2011). Dessa maneira, a indicação para a cirurgia reparadora depende da equipe multidisciplinar. Existem profissionais que a realizam ao nascimento, outros aos 6 meses de idade nos fissurados unilaterais e, nos bilaterais, em dois tempos cirúrgicos: o primeiro aos 3 meses e o segundo aos 6 meses de idade. A palatoplastia é realizada em torno dos 18 meses de idade, desde que as condições ortopédicas e gerais do paciente sejam obtidas (SOUZA, 2013).

No que diz respeito à atenção aos portadores de anomalias craniofaciais no SUS, a primeira iniciativa ocorreu em 1993, com a criação de mecanismos para o pagamento da correção de fissuras labiopalatais e realização de implante dentário ósseo-integrado na tabela do sistema de informações hospitalares (SIH/SUS). No ano seguinte, o Ministério da Saúde publicou as normas para o credenciamento de serviços para realização desses procedimentos no âmbito do SUS (MONLLEÓ, 2014). A normatização dos hospitais para concretização da reabilitação estética funcional dos portadores de má-formação labiopalatal no SUS ocorreu através da portaria SAS/MS N.º 62 de 19 de abril de 1994. Essa portaria determinou que esses hospitais devem possuir os seguintes serviços: otorrinolaringologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, clínica médica, pediatria, fisioterapia, enfermagem, nutrição, cirurgia bucomaxilofacial e plástica, anestesia, odontologia (odontopediatria, ortodontia, prótese e implantodontia) e atendimento familiar (BRASIL, 2014).

4 HUMANIZAÇÃO

4.1 Aspectos conceituais e históricos

Com o surgimento de novas medidas e ações políticas que busquem uma melhoria do atendimento o Ministério da Saúde por meio do SUS preconiza princípios universais de acesso da população aos serviços de saúde com qualidade, na forma de recepção constituindo-se como pontos importantes a serem considerado processo de acolhimento, como porta de entrada (ZOLOLI, 2017).

Paidéia (2001, p.23) relata em um contexto direcionado ao serviço de saúde que o acolher “deve ser realizado por toda equipe de saúde, receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela”. O trabalho da equipe que cuida e presta serviços favorecem o acesso otimizando seu serviço, proporcionando uma forma de interação entre profissionais e usuário, evitando desgastes nos demais níveis de atenção, deste modo criando um vínculo, enaltecendo os aspectos sociais, concomitantemente aos aspectos técnico-científicos (BRASIL, 2004).

O processo de acolhimento envolve uma corresponsabilidade do profissional quanto do usuário, tornando-se fundamental a observação de uma forma integral da complexidade de interesses, necessitando muitas vezes um olhar mais qualificado. Pires, (2000, p. 91) enfatiza:

Que é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária dos lócus do trabalho com deformidade.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) avaliam aspectos conceituais e metodológicos onde identificam quatro dimensões do 'acolhimento': 'acesso' - 'postura' - escuta e atitude profissional, 'técnica' – profissional qualificado para o trabalho em equipe, capacitado com aquisição de tecnologias, saberes e práticas; 'reorientação de serviços' - processo de trabalho de acolhimento, construindo uma relação de confiança entre profissionais e usuários.

A relação profissional e usuário vêm solucionando um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o

sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. Assim, o 'acolhimento' é visto como uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', em identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, com um olhar holístico e ampliando a capacidade do profissional em responder as demandas, reduzindo a centralidade, organizando e orientando para uma melhor utilização do potencial dos demais profissionais (ZOLOLI, 2017).

O acolhimento no ambiente do serviço de saúde deve ser entendido, com um olhar em várias esferas de igual importância ao mesmo tempo, com um propósito político, ético e estruturalista, de modo a se construir na saúde uma ferramenta intervenção na escuta qualificada, construção de vínculo, garantindo o acesso com sua responsabilização e resolutividade nos serviços oferecidos. O processo de acolhimento em saúde procura atender a todos ouvindo suas necessidades, com uma postura acolhedora, capaz de dar ao usuário uma resposta adequada, orientando o usuário e familiares em relação ao serviço de saúde ofertado, de forma articulada garantindo a eficácia das informações estabelecida (PIRES, 2000)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) preconiza a estruturação de um serviço de saúde ágil e organizado para assumir uma postura de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva eficaz, capaz de resolver a maioria das necessidades de saúde da população, de forma a diminuir os danos e sofrimentos, assim como responsabilizar-se pela oferta para outros pontos acolhimento e atenção da rede.

O acolhimento hoje é considerado uma prática de melhoria no atendimento nos serviços de saúde, atividade realizada no cotidiano dos centros de saúde que continuam para a agilidade e organização do processo de trabalho. A implementação do acolhimento no serviço de saúde promove o aumento de vínculo com o usuário, direcionando suas necessidades, consideradas potencializadoras do cuidado direcionado às necessidades dos usuários. A compreensão da população quanto ao acolhimento percebe-se como acesso as ações e serviços de saúde estreitando os laços dos profissionais com a comunidade ampliando o acesso aos serviços como consultas e exames diminuindo muitas vezes o tempo de espera ao atendimento (AYRES et al., 2006).

4.2 O profissional e o paciente fissurado

Ao que diz respeito ao perfil do profissional de saúde no processo de acolhimento nos serviços de saúde, vale ressaltar que as relações constituídas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os contextos mais desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa configuração, eficazes à íntegra implementação do SUS.

Embora que o Sistema esteja aportado em leis com status de políticas de Estado, a sua materialização ao mesmo tempo pende das relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários. A organização do procedimento de afazeres do conjunto na ESF, a inclusão com os usuários dos serviços e o desafio de trabalhar procurando a estabilização entre autonomia e responsabilidade não estão sendo ajustados pelos gestores e todos os que atuam na área de saúde (ZOLOLI, 2017).

De acordo com as pesquisas de Delfino et al, (2012) a satisfação dos usuários nos serviços de saúde tem natureza multidimensional, ou seja, um sujeito pode estar contente com um ou mais aspectos de um serviço e/ou seja acolhimento ou consulta e concomitantemente estar desgostoso com outras extensões de assistência.

Corroborando ainda Machado et al, (2010) os hospitais são empresas complexas e envolvem diversificadas atividades na promoção da saúde. Na área hospitalar os avanços tecnológicos ocorrem com rapidez levando à necessidade de mudança e adaptabilidade. Há exigência para que a prestação de serviços seja resolutiva, com qualidade e baixo custo, principalmente ao que diz respeito ao acolhimento, para que possa impulsionar hospitais a adotarem estratégias de excelência hospitalar, sob o risco de não sobreviverem.

Assevera ainda Veatch (2010) há muitos anos fala-se em melhorar a qualidade da assistência, porém a diferença é que a partir dos anos noventa há instrumentos mais adequados para ajudar neste propósito. Os pacientes e profissionais da saúde reconhecem que a atenção médica poderia ser melhor, e em consequência, muitos países propuseram iniciativas de reforma dos seus sistemas de saúde. Entre os fatores que contribuíram para esta questão são identificadas:

Maior conscientização dos pacientes, como usuários dos serviços de saúde; Maior atenção para a qualidade em todos os ramos da economia, ao reconhecer que esta é a chave para o êxito à longo prazo; A necessidade de controlar os custos da saúde. (Veatch, 2010, p. 23).

O autor ainda afirma que quanto mais um paciente sabe de seus direitos aos serviços, mais atenção à qualidade ele terá, ou seja, os pacientes sempre estarão tentos a como são atendidos seja no hospital público ou privado.

Afirma Zobolli (2017) que no Brasil a qualidade no atendimento deixa muito a desejar, sobretudo na questão do acolhimento e isso ocorre devido às péssimas remunerações, muitas vezes até mesmo as condições ruins de trabalho fazem com que a qualidade no atendimento decaia significativamente.

Complementa Esmeraldo et al, (2012) cresce a demanda por instrumentos que possibilitem a garantia da qualidade dos serviços prestados, para que as empresas se tornem competitivas e façam frente ao crescente aumento da concorrência no mercado. O Programa Brasileiro de Acreditação surge como uma estratégia governamental para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas, a qualidade da gestão e da assistência prestada, adotando medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros.

Dessa forma o perfil do profissional de saúde no processo de acolhimento requer que as habilidades profissionais devem ser feitas por aqueles que conduzem passo a passo o processo de acolher, de acordo com a demanda exigindo pessoas se adapte as mudanças sob os preceitos da qualidade e produtividade. Isso exige o desenvolvimento e conseqüentemente novas competências, como os necessários para o processo de acolhimento (FORTES, 2014).

Na política de saúde e humanização foram estimuladas ações voltadas à criação e organização de serviços ambulatoriais. Na esfera federal, foi promulgado o Decreto nº. 60.252 que instituiu a Campanha Nacional de Saúde Mental no âmbito do Ministério da Saúde, cujos objetivos estão fundamentados nas concepções da higiene mental, tendo em vista resolver a falta de hospitais psiquiátricos, assinalando a expansão e distribuição de ambulatórios de saúde mental no país, com a finalidade de reduzir a necessidade de internação e garantir a assistência terapêutica sem separar pacientes de seu ambiente social e familiar (DELGADO, 2010).

O profissional de saúde no processo de acolhimento deve ser capaz de compreender o usuário com uma visão holística e uma atitude proativa, além de sua área de atuação para que haja uma interação e o comprometimento com as necessidades do usuário para que tenha um atendimento de qualidade de forma eficaz e ética (SILVA et al, 2011).

Recentemente o primeiro contato do usuário com o profissional de saúde é qualificado como parte do procedimento de acolhimento juntamente com a prestação de serviço, fazendo parte da Política Nacional de Humanização (PNH) na qual se implica com ênfase uma escuta qualificada, em uma postura ética, com uma visão holística, diretamente caminhando ao encontro das necessidades dos usuários ao procurar os serviços de saúde (PAIDÉIA, 2012).

Em uma conjuntura direcionada ao serviço de saúde o acolher deve ser realizado por toda equipe de saúde, receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. O trabalho da equipe que cuida e presta serviços favorecem o acesso otimizando seu serviço, harmonizando uma forma de interação entre profissionais e usuário, evitando desgastes nos demais níveis de atenção, deste modo criando um vínculo, enaltecendo os aspectos sociais, concomitantemente aos aspectos técnico-científicos (BRASIL, 2014).

O tratamento multidisciplinar é condição indispensável para o sucesso da reabilitação destes pacientes. Os portadores de fenda labiopalatina, além de alterações estéticas, apresentam distúrbios funcionais, que vão desde a alimentação até a fonação, que se não tratados no tempo certo podem causar também problemas psicológicos (FIGUEIREDO, 2010).

Não basta apenas uma cirurgia ou cirurgia com aparelho ortopédico, é imprescindível o acompanhamento de um ortodontista. Se for feito um tratamento precoce, o paciente não terá de enfrentar o preconceito da sociedade (FIGUEIREDO, 2010).

A relação profissional e usuário vêm resolvendo um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. Souza (2013) destaca que, trabalhadores mais jovens são mais adequados, para determinadas funções, dada a energia, a disposição necessária das atividades que exercem na assistência aos usuários.

5 HUMANIZAÇÃO, REABILITAÇÃO: as leis garantindo os direitos dos pacientes fissurados

5.1 A Política de Saúde e humanização

Ao tratar sobre a Política de saúde e humanização Nogueira (2016) afirma que na esfera dos serviços o trabalho tem uma singularidade, marcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação, quais sejam: a cooperação vertical — diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia — e a cooperação horizontal — diversas subunidades que participam do cuidado em saúde.

Posteriormente, em 1922, a igreja católica organiza a I conferência de Ação Católica ocasionando assim, uma guinada as vertentes assistencialistas de ordem cristã, tendo como objetivo reunir politicamente e estimular esses primeiros princípios de evangelização laica. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2012).

O conjunto dos procedimentos bem como a Política de saúde e humanização de trabalhos ampliados na área da saúde pública, embora com suas características gerais do trabalho sob o capital, expõe algumas singularidades que precisam ser creditadas às características do trabalho no setor dos serviços são elas:

Nos serviços de saúde pública, a força de trabalho é consumida em função da sua utilidade particular, que é "para uso" dos usuários dos serviços, sejam elas materializadas no assalariamento dos trabalhadores do setor, seja através do consumo de mercadorias, como é o caso dos medicamentos, equipamentos, seja via mais-valia social. Esse uso se dá no interior do processo de produção dos serviços de saúde que requer uma relação direta entre quem produz e quem consome o serviço, exigindo coparticipação do (s) usuário (s) no próprio processo de sua concretização/produção. Essa coparticipação, se realiza através do contato direto e imediato entre os trabalhadores da saúde e os sujeitos demandantes dos serviços. Como o objeto da saúde incide sobre situações concretas (envolvem o processo de saúde-doença) e o que se consome é o efeito presumido de uma determinada ação ou procedimento. A produção e o consumo dos serviços de saúde ocorrem através de momentos instituintes, de forma parcial, dependendo da demanda, do nível de resolutividade das subunidades e níveis de complexidades dos serviços, dos recursos humanos, financeiros e das condições socioeconômicas, epidemiológicas e biopsicossociais da população usuária. Resultados do processo de produção e consumo dos serviços são sempre parciais e envolvem uma relação de concomitância entre produção e consumo (ABESS/CEDEPSS, 2009, p. 32)

Analisa-se que a partir dos anos 90, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por condição de complicação, descentralização e democratização do sistema.

Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que atendem algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos à universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, a demanda reprimida / exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, na assistência médica curativa individual (NOGUEIRA, 2016).

5.2 O projeto de lei e a reabilitação

O tratamento das pessoas com fissura labiopalatal deve começar o mais cedo possível. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece assistência integral a essas pessoas, desde 1994, por meio dos Centros de tratamento da má formação lábio palatal. Esses Centros são habilitados junto ao SUS de acordo com a Portaria SAS/MS nº. 62, de 19 de abril de 1994 (ZOLOLI, 2017).

Esses serviços possuem condições físicas, estruturais, de equipamentos e de recursos humanos para prestar o atendimento clínico, cirúrgico e de reabilitação adequados e com qualidade aos pacientes com essas deformidades, e são ofertados por uma equipe multidisciplinar especializada, composta por médicos - pediatras, otorrinolaringologistas e cirurgiões plásticos, ortodontistas, fonoaudiólogos, psicólogos, geneticistas, radiologistas e protéticos, visando a uma reabilitação morfológica, funcional e psicossocial (MONLLEÓ, 2004)..

O Brasil conta com o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, cuja legislação orienta o estabelecimento de um acesso universal e equitativo aos diversos serviços de saúde. O advento do Sistema Único de Saúde aumentou o acesso aos cuidados de saúde para uma parcela substancial da população brasileira, no entanto, o apoio estatal ao setor privado, a concentração de serviços de saúde em regiões mais desenvolvidas e o subfinanciamento crônico vêm dificultando sua completa implementação (PAIM et al., 2011).

A reabilitação cirúrgica da fissura dependerá de sua extensão e localização. Com relação às cirurgias primárias, as fissuras de lábio podem ser corrigidas por volta dos três meses, e as de palato aos doze meses de idade. Essas correções primárias restringem-se à manipulação de tecidos moles (mucosa), músculo e pele, e por isso não visam defeitos ósseos. Dependendo da necessidade e com o crescimento, cirurgias secundárias são indicadas. Estas incluem retoques labiais, faringoplastia (quando o resultado da voz não for satisfatório) e correções nasais.

Do ponto de vista odontológico, existe indicação da cirurgia de enxerto ósseo secundário, utilizando a crista do osso íliaco como área doadora e, ao final da adolescência ou fase adulta, pode ocorrer à necessidade da ortognática (cirurgia para tratar malformações da região maxilo-mandibular) (DALBEN; COSTA; GOMIDE, 2002).

O processo de reabilitação cirúrgica inicia-se aos três meses de idade e os pacientes permanecem em tratamento clínico e cirúrgico, até que se restabeleçam adequadamente a estética e funções faciais e bucais, normalmente na fase adulta. Para a realização das cirurgias, a criança deve apresentar condições nutricionais e odontológicas satisfatórias, com o objetivo de evitar risco de contaminação.

Tais cirurgias favorecem o crescimento e desenvolvimento maxilomandibular, que proporcionam o suporte dentário adequado para a realização de terapêuticas ortodônticas. A precocidade do tratamento do fissurado minimiza danos estéticos, anatômicos, funcionais e psicológicos na idade adulta (MELGAÇO et al., 2002).

O portador de fissura labiopalatina deve, inicialmente, submeter-se a um processo cirúrgico para sua reabilitação, que consiste no fechamento da má formação que apresenta o que poderá implicar, não raras vezes, em mais de uma cirurgia. Para tanto, é de fundamental importância a manutenção de uma ótima nutrição, não só nos meses que antecedem a cirurgia, como também após o procedimento cirúrgico, a fim de assegurar uma cicatrização eficiente, além de promover o crescimento e o desenvolvimento adequados.

No que diz respeito à atenção aos portadores de anomalias craniofaciais no SUS, a primeira iniciativa ocorreu em 1993, com a criação de mecanismos para o pagamento da correção de fissuras labiopalatais e realização de implante dentário

ósseo-integrado na tabela do sistema de informações hospitalares (SIH/SUS). No ano seguinte, o Ministério da Saúde publicou as normas para o credenciamento de serviços para realização desses procedimentos no âmbito do SUS (MONLLEÓ; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

A normatização dos hospitais para realização da reabilitação estética funcional dos portadores de má-formação labiopalatal no SUS ocorreu através da portaria SAS/MS N.º 62 de 19 de abril de 1994. Essa portaria definiu que esses hospitais devem possuir os seguintes serviços: otorrinolaringologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, clínica médica, pediatria, fisioterapia, enfermagem, nutrição, cirurgia bucomaxilofacial e plástica, anestesia, odontologia (odontopediatria, ortodontia, prótese e implantodontia) e atendimento familiar (BRASIL, 2014).

Posteriormente, no período entre 1998 e 2002, foi criada a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDCF) com o objetivo de reduzir a iniquidade no acesso e ordenar a oferta de serviços no SUS. Esta rede é formada por hospitais credenciados para a realização de procedimentos integrados de reabilitação estético-funcional de portadores de fissuras orofaciais (MONLLEÓ, 2004).

A criação da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade em 2001 consistiu numa tentativa do Ministério da Saúde para ordenação da referência interestadual e garantia de acesso dos pacientes a procedimentos de alta complexidade (MONLLEÓ; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

Os procedimentos de alta complexidade regulados por essa central são financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação e os pacientes que se encaixam no perfil devem ser incluídos no programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Tal programa fica sob a responsabilidade do estado/município de origem, devendo oferecer consulta, tratamento ambulatorial/hospitalar/cirúrgico previamente agendado, passagens de ida e volta para o local onde será realizado o tratamento para pacientes e acompanhantes (caso necessário) e ajuda de custo para alimentação e hospedagem (BRASIL, 1999).

CONCLUSÃO

É imperativa a necessidade que os pacientes portadores desta condição têm de serem avaliados e acompanhados em centros de referência por uma equipe multidisciplinar, composta principalmente por cirurgiões plásticos, geneticistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, entre outros.

Dessa forma, desde o nascimento até a vida adulta, o suporte profissional completo estará à disposição, auxiliando o tratamento do paciente fissurado com o intuito de que, ao seu término, o estigma seja superado pela associação de satisfatórios resultados estéticos e funcionais (fonação e oclusão dentária), sem ônus ao crescimento facial, possibilitando a estes pacientes melhor inserção na sociedade.

Atualmente, não há total consenso na literatura quanto ao melhor protocolo de tratamento a ser seguido. Estudos comparativos entre a escolha do tipo de técnica, momento ideal para as intervenções cirúrgicas e para o apoio multidisciplinar são amplamente realizados.

No entanto, para a garantia do acesso à saúde dos portadores de fissuras labiopalatinas no tempo oportuno no Brasil, aumentar a oferta de serviços pode não ser suficiente. É essencial que haja uma ampla articulação intersetorial com a implantação de políticas públicas de combate à pobreza e à desigualdade que assegure a igualdade no direito de acesso ao tratamento e promova a melhoria das condições de vida e de saúde desses pacientes e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

AYRES, Regina Celi; PEREIRA, Silvia A.O. E; AVILA, Silvia, M.N; VALENTIM, Wilma. Acolhimento no PSF: Humanização e Solidariedade. **O Mundo da Saúde** 2006. abri/jun 30 (2). 306-311.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização-PNH. **Cartilhas da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde; 1997.

DALBEN, Leonor de C. M.; COSTA, José A. de S.; GRIGOLLI, Ana A. Gomes. Prevalências de fissuras orais de 1975 a 1994. **Revista de Saúde Pública**. p. 571-575, ago. 2001.

DELFINO MRR, Karnopp ZMP, Rosa MRQP, Pasin RR. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. **Trab Educ Saúde**. 2012.

DELGADO, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

DI NINNO et al.,. O desenho da figura humana em pré- adolescentes portadores de fissura labiopalatal, na faixa etária dos 12 aos 14 anos. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 93-98, abr. 2011.

ESMERALDO, GROV, Oliveira LC, Sousa KMM, Araújo MAM, Esmeraldo Filho CE, Viana EMN. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Rev APS**. 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1975. P. 27.

FIGUEIREDO, Danilo et al. Enxerto ósseo alveolar secundário em pacientes portadores de fissuras lábio-palatais: um protocolo de tratamento. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, Piracicaba, v. 16, n. 2, p. 13-18, 2010.

FORTES, PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2014.

FULALIO MC, Santos ERF, Albuquerque TP. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem usuário no contexto do Programa Saúde da Família. **Rev Gaúch Enferm.** 2010.

HIGO F. **Evolução do estado nutricional de pacientes portadores de fissura de palato com ou sem fissura de lábio.** Dissertação Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 63 p. 2006.

MACHADO MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no programa saúde da família por meio da participação habilitadora. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2010.

MENDES, K, D, S ET AL, **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v1 7, n.04, p. 758-64, out./dez.2008.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF): MS; 2010.

MONLLEÓ, Keith L. **Aparelho faríngeo.** Embriologia clínica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 254-264. 2004.

MONTAGNOLI et al., **Alcindo Antônio et al. Pesquisando no cotidiano do trabalho na saúde: Aspectos metodológicos e de formatação para elaboração de projetos de informação científica e tecnológica em saúde.** Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Fundação Oswaldo Cruz. Porto Alegre, 2015.

PAIDÉIA 2001. **Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.** Maio 2002. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em novembro, 2012.

PAIM et al., **Fissuras lábio palatais: diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório.** Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 146 p. 2016.

PEDRO, José Alberto de S. et al. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 9, n. 5, p. 74-78, set./out. 2010.

PINAFO E, Nunes EFPA, González AD. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2012.

PIRES, D. **Novas forma de organização do trabalho em saúde e enfermagem.** Revista Baiana Enfermagem, 2009, p.91; 13:83-92.

RIBEIRO, Maria I. G.; TAVANO, Liliam D'A.; BACHEGA, Maria I. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. Aspectos Psicológicos da Reabilitação.** São Paulo: Santos, 2008.

ROCHIMITH, M. Models for ethical medicine in a revolutionary age: what physician-patient roles foster the most ethical relationship? **Hastings Cent Rep.** 2013.

SCHIMITH MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad Saúde Pública.** 2014.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2004. p. 241-57.

SILVA, LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare Enferm.** 2011.

SOUZA, MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde.** 2011.

SOUZA, Silvana Regina R. K. **A rotatividade e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem: um enfoque da ergonomia.** 2003. 139p. Dissertação (Mestrado em Ergonomia) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/Abrasco; 2005. p. 89-111.

VASCONCELOS et al.,. **O programa de humanização da saúde: Dilemas entre o relacional e o técnico.** Saúde e Sociedade, v. 14, n. 3, p. 111-118, set./dez. 2012. VEATCH, RM. A theory of medical ethics. **New York: Basic;** 2010.

ZOBOLI ELCP. Enfermeiros e usuários do programa saúde da família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paul Enferm.** 2017.

APÊNDICE: artigo científico

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DO PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATINA: revisão de literatura

Moseanne Mendonça Serra¹
Orientador: Prof. Dr. Rafael Ribeiro Maya²
Co-Orientadora: Luana Cantanhede³

RESUMO

Crianças portadoras de fissura palatina normalmente apresentam, logo após o nascimento, dificuldades durante a amamentação. Embora estas crianças possuam os movimentos reflexos de sucção e de deglutição intactos, a dificuldade está em isolar a cavidade oral e conseguir uma pressão negativa para uma adequada sucção. Sendo assim o objetivo geral foi: Apresentar a importância do atendimento humanizado ao paciente com fissura labiopalatinas. E como objetivos específicos: descrever os aspectos concernentes à humanização; delinear sobre a legislação que beneficia os pacientes fissurados e analisar o papel do ortodontista ao que diz respeito ao tratamento ortodôntico de pacientes com fissuras labiopalatinas. A abordagem feita para a pesquisa foi uma revisão de literatura narrativa onde foram pesquisados artigos, livros, trabalhos de conclusão de curso, monografias e teses sobre o tema sendo incluídos materiais no período de 2011 a 2020. Representa o regente que define o compasso dos procedimentos odontológicos e cirúrgicos. A relação profissional e usuário vêm solucionando um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. A humanização faz toda a diferença no que diz respeito ao atendimento e ao cuidado a esse paciente.

Palavras-chave: Humanização. Paciente. Fissura Labiopalatina.

¹ Graduanda em Odontologia da UNDB - Centro Universitário. São Luís, MA, Brasil.

² Professor Doutor do Curso de Odontologia da UNDB - Centro Universitário. (Orientador)

³ Professora Doutora do Curso de Odontologia da UNDB - Centro Universitário. (Orientadora)

ABSTRACT

Children with cleft palate present difficulties during breastfeeding shortly after birth. Although these children have the reflex movements of sucking and swallowing intact, one difficulty is in isolating the oral cavity and achieving negative pressure for adequate sucking. Thus, the general objective was: to present an importance for the humanized care of patients with cleft lip and palate. And as specific objectives: defined aspects concerning humanization; outline the legislation that benefits them. cleft patients and analysis of the role of the orthodontist regarding the orthodontic treatment of patients with cleft lip and palate The approach taken to a narrative literature review research where ,articles, books, course completion papers, monographs and theses about the theme being included materials from 2011 to 2020. Orthodontists play a key role in the care and humanization of patients with cleft lip and palate, together with an interdisciplinary patient rehabilitation team. Represents the conductor who sets the pace for dental and surgical procedures. The orthodontist monitors craniofacial growth and development, as well as correcting malocclusions that are more complex in patients with clefts. A significant number of patients have marked skeletal discrepancies in the anteroposterior, transverse and vertical directions. The professional and auxiliary user relationship solving a question about the challenge of having a professional with a certain degree of sensitivity to the user's suffering, but qualified with a higher level of attention and availability that allows the user to access more assertively.

Keywords: Humanization. Patient. Cleft lip and palate.

1 INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas distinguidas pela descontinuidade das composições do lábio, palato ou ambos. Essas lesões incidem em distintas posições da face e com expansão mutável. As consequências da malformação são elusivas, podendo causar dificuldades na alimentação, no ganho de peso, problemas na arcada dentária, no crescimento e desenvolvimento harmônico da face, na fala, na adaptação e desempenho social (MONTAGNOLI, 2015).

O atendimento inicial ao paciente fissurado é de suma importância, isso porque há uma necessidade de haver uma escuta e um acolhimento, sobretudo do Dentista que vai cuidar desse paciente com essa fissura. É imprescindível um acompanhamento periódico e constante preventivo/ educativo com o acompanhamento multidisciplinar, contendo no mínimo, dois profissionais da área odontológica em um programa de humanização no atendimento desses pacientes fissurados: um odontopediatra e um ortodontista, para que seja mantida a saúde

bucal dos fissurados e para que sejam mínimas as alterações decorrentes do crescimento maxilar (MONTAGNOLI et al., 2015).

A relação profissional e usuário vêm solucionando um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. Assim, o 'acolhimento' é visto como uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', em identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, com um olhar holístico e ampliando a capacidade do profissional em responder as demandas, reduzindo a centralidade, organizando e orientando para uma melhor utilização do potencial dos demais profissionais (VASCONCELOS et al., 2012).

Uma vez que traz uma informação maior sobre o tema, o tratamento e os impactos que o diagnóstico causa na família e, sobretudo aborda de maneira mais minuciosa a questão da humanização a esses pacientes. No âmbito social o tema vem como um divisor de águas para os leigos, uma vez que a pesquisa tratará de maneira minuciosa sobre o diagnóstico, a importância e a legislação dos pacientes fissurados (DALBEN, 2011).

Sendo assim o objetivo geral foi: Apresentar a importância do atendimento humanizado ao paciente com fissura labiopalatinas. E como objetivos específicos: descrever os aspectos concernentes à humanização; delinear sobre a legislação que beneficia os pacientes fissurados e analisar o papel do ortodontista ao que diz respeito ao tratamento ortodôntico de pacientes com fissuras labiopalatinas.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho de conclusão de curso faz uma análise de natureza qualitativa, exploratória e bibliográfica. Foram fontes da pesquisa bibliográfica: artigos, teses, dissertações e textos em português. Ao que diz respeito às bases de dados, foram utilizadas: Google Acadêmico, Portal de Periódicos da CAPES e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*). Descritores utilizados: Humanização. Paciente. Fissura Labiopalatina.

Para guiar o processo de seleção das publicações adotadas para o estudo, foram elaborados alguns critérios de inclusão para facilitar a busca nos bancos de dados: foram admitidos somente os estudos que estão relacionados aos objetivos do

tema, faixa temporal de 2000 a 2021 e disponíveis em português, inglês ou espanhol e estar disponível na íntegra, bem como está referente à temática, em formato eletrônico e ter sido publicado dentro da faixa temporal previamente estabelecida. E como critérios de exclusão os estudos que apresentarem duplicidade, ou estiverem foram dos critérios de inclusão estabelecidos.

3 O PACIENTE COM FISSURA LABIO PALATINA

3.1 As fissuras lábio palatinas

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas distinguidas pela descontinuidade das estruturas do lábio, palato ou ambos. Essas lesões ocorrem em diferentes posições da face e com extensão variável. As consequências da malformação são indefinidas, podendo causar dificuldades na alimentação, no ganho de peso, dificuldades na arcada dentária, no crescimento e desenvolvimento harmônico da face, na fala, na adequação e desempenho social (MONTAGNOLI et al., 2015).

No Brasil, há referência de que a cada 650 crianças nascidas, uma é portadora de fissura labiopalatina. As causas envolvem fatores genéticos e ambientais, que podem atuar isoladas ou em associação. Dentre os fatores ambientais, destacam-se os nutricionais, infecciosos, psíquicos, radiação, uso de drogas e outros agentes químicos (VASCONCELOS et al., 2012).

As consequências da malformação podem causar dificuldades na alimentação e no ganho de peso, distúrbios de fala, problemas na arcada dentária, na adaptação social e na autoimagem. Essas malformações podem ser diagnosticadas através do exame de ultrassonografia ainda durante o período pré-natal, o que tem levado muitos pais a buscarem informações a respeito desta anomalia (DI NINNO et al., 2016).

As alterações na formação lábio-palatina envolvem a cavidade bucal como um todo, determinando diversos problemas odontológicos, tais como anomalias de número, forma e implantação dentária, alterações na erupção dentária e, como implicação de todos estes fatores, má-oclusão. Todos os aspectos enumerados, compreendendo a própria fenda, ocasionam dificuldades de higienização, com conseqüente predisposição a cáries e doenças periodontais, o

que intervém no tratamento odontológico particularizado (RIBEIRO, TAVANO e BACHEGA, 2008).

Os dentes estão diretamente relacionados à gênese da fenda labiopalatinas, uma vez que a presença desta pode acarretar alguns distúrbios de desenvolvimento à medida que acontece a iniciação da lâmina dentária. As anomalias dentárias de desenvolvimento possuem correlação com os tipos de fissura. Vale ressaltar que as fissuras (FIGURA 1) podem acometer somente o lábio, somente o palato ou as duas estruturas ao mesmo tempo. Dentre as anomalias dentárias mais corriqueiras ressaltam-se de maneira expressiva os dentes neonatais agenesias, microdontias e hipoplasias (PEDRO, 2010).

Figura 1: Pacientes fissurados



Deve-se estar sempre atentos aos indivíduos com fenda labiopalatinas pois eles são mais susceptíveis a apresentar alterações no desenvolvimento dentário. Dessa maneira, maior atenção deve ser oferecida ao diagnóstico e tratamento odontológico desses pacientes. Incumbe ao odontopediatra informar os responsáveis a respeito das anomalias dentárias, atrasos na erupção e mal oclusões. Há ainda necessidade do tratamento preventivo, uma vez que crianças portadoras de fissuras são mais susceptíveis à doença cárie. Entretanto, é comum

um cuidado mínimo em relação à higiene bucal dos filhos diante de numerosos procedimentos médicos necessários (DALBEN, 2011)

3.2 O Tratamento

O tratamento de pacientes com fissura labiopalatina pode ser realizado antes da erupção dentária, ou em caráter tardio, depois da dentição mista ou já com o permanente. O ato cirúrgico em indivíduos com esse tipo de doença é de extrema importância e vital não somente por questão de estética, mas também pela funcionalidade, ou seja, por auxiliar no bom funcionamento dos órgãos responsáveis pela audição, olfação, fonação etc., além de obviamente, beneficiar o lado psicológico do paciente (FIGUEIREDO, 2010).

Em relação ao tratamento da fissura, a extensão e o momento em que deve ser realizada a cirurgia reparadora é uma das controvérsias encontradas na literatura, pois se tem relatado um notável equilíbrio entre os benefícios do desenvolvimento da boa fala contra os efeitos deletérios do crescimento da face média em função do traumatismo cirúrgico associado à cicatrização (DALBEN, 2011). Dessa maneira, a indicação para a cirurgia reparadora depende da equipe multidisciplinar. Existem profissionais que a realizam ao nascimento, outros aos 6 meses de idade nos fissurados unilaterais e, nos bilaterais, em dois tempos cirúrgicos: o primeiro aos 3 meses e o segundo aos 6 meses de idade. A palatoplastia é realizada em torno dos 18 meses de idade, desde que as condições ortopédicas e gerais do paciente sejam obtidas (SOUZA, 2013).

No que diz respeito à atenção aos portadores de anomalias craniofaciais no SUS, a primeira iniciativa ocorreu em 1993, com a criação de mecanismos para o pagamento da correção de fissuras labiopalatais e realização de implante dentário ósseo-integrado na tabela do sistema de informações hospitalares (SIH/SUS). No ano seguinte, o Ministério da Saúde publicou as normas para o credenciamento de serviços para realização desses procedimentos no âmbito do SUS (MONLLEÓ, 2014). A normatização dos hospitais para concretização da reabilitação estética funcional dos portadores de má-formação labiopalatal no SUS ocorreu através da portaria SAS/MS N.º 62 de 19 de abril de 1994. Essa portaria determinou que esses hospitais devem possuir os seguintes serviços: otorrinolaringologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, clínica médica, pediatria, fisioterapia, enfermagem,

nutrição, cirurgia bucomaxilofacial e plástica, anestesia, odontologia (odontopediatria, ortodontia, prótese e implantodontia) e atendimento familiar (BRASIL, 2014).

4 A QUESTÃO DA HUMANIZAÇÃO

4.1 Aspectos conceituais e históricos

Com o surgimento de novas medidas e ações políticas que busquem uma melhoria do atendimento o Ministério da Saúde por meio do SUS preconiza princípios universais de acesso da população aos serviços de saúde com qualidade, na forma de recepcioná-la constituindo-se como pontos importantes a serem considerado processo de acolhimento, como porta de entrada (ZOLOLI, 2017).

Paidéia (2001, p.23) relata em um contexto direcionado ao serviço de saúde que o acolher “deve ser realizado por toda equipe de saúde, receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela”. O trabalho da equipe que cuida e presta serviços favorecem o acesso otimizando seu serviço, proporcionando uma forma de interação entre profissionais e usuário, evitando desgastes nos demais níveis de atenção, deste modo criando um vínculo, enaltecendo os aspectos sociais, concomitantemente aos aspectos técnico-científicos (BRASIL, 2004).

O processo de acolhimento envolve uma corresponsabilidade do profissional quanto do usuário, tornando-se fundamental a observação de uma forma integral da complexidade de interesses, necessitando muitas vezes um olhar mais qualificado. Pires, (2000, p. 91) enfatiza:

Que é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária dos lócus do trabalho com deformidade.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) avaliam aspectos conceituais e metodológicos onde identificam quatro dimensões do 'acolhimento': 'acesso' - 'postura' - escuta e atitude profissional, 'técnica' – profissional qualificado para o trabalho em equipe, capacitado com aquisição de tecnologias, saberes e práticas;

'reorientação de serviços' - processo de trabalho de acolhimento, construindo uma relação de confiança entre profissionais e usuários.

A relação profissional e usuário vêm solucionando um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. Assim, o 'acolhimento' é visto como uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', em identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, com um olhar holístico e ampliando a capacidade do profissional em responder as demandas, reduzindo a centralidade, organizando e orientando para uma melhor utilização do potencial dos demais profissionais (ZOLOLI, 2017).

O acolhimento no ambiente do serviço de saúde deve ser entendido, com um olhar em várias esferas de igual importância ao mesmo tempo, com um propósito político, ético e estruturalista, de modo a se construir na saúde uma ferramenta intervenção na escuta qualificada, construção de vínculo, garantindo o acesso com sua responsabilização e resolutividade nos serviços oferecidos. O processo de acolhimento em saúde procura atender a todos ouvindo suas necessidades, com uma postura acolhedora, capaz de dar ao usuário uma resposta adequada, orientando o usuário e familiares em relação ao serviço de saúde ofertado, de forma articulada garantindo a eficácia das informações estabelecida (PIRES, 2000)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) preconiza a estruturação de um serviço de saúde ágil e organizado para assumir uma postura de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva eficaz, capaz de resolver a maioria das necessidades de saúde da população, de forma a diminuir os danos e sofrimentos, assim como responsabilizar-se pela oferta para outros pontos acolhimento e atenção da rede.

O acolhimento hoje é considerado uma prática de melhoria no atendimento nos serviços de saúde, atividade realizada no cotidiano dos centros de saúde que continuem para a agilidade e organização do processo de trabalho. A implementação do acolhimento no serviço de saúde promove o aumento de vínculo com o usuário, direcionando suas necessidades, consideradas potencializadoras do cuidado direcionado às necessidades dos usuários. A compreensão da população quanto ao acolhimento percebe-se como acesso as ações e serviços de saúde estreitando os laços dos profissionais com a comunidade ampliando o acesso aos

serviços como consultas e exames diminuindo muitas vezes o tempo de espera ao atendimento (AYRES et al., 2006).

4.2 O profissional e o paciente fissurado

Ao que diz respeito ao perfil do profissional de saúde no processo de acolhimento nos serviços de saúde, vale ressaltar que as relações constituídas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os contextos mais desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa configuração, eficazes à íntegra implementação do SUS.

Embora que o Sistema esteja aportado em leis com status de políticas de Estado, a sua materialização ao mesmo tempo pende das relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários. A organização do procedimento de afazeres do conjunto na ESF, a inclusão com os usuários dos serviços e o desafio de trabalhar procurando a estabilização entre autonomia e responsabilidade não estão sendo ajustados pelos gestores e todos os que atuam na área de saúde (ZOLOLI, 2017).

De acordo com as pesquisas de Delfino et al, (2012) a satisfação dos usuários nos serviços de saúde tem natureza multidimensional, ou seja, um sujeito pode estar contente com um ou mais aspectos de um serviço e/ou seja acolhimento ou consulta e concomitantemente estar desgostoso com outras extensões de assistência.

Corroborando ainda Machado et al, (2010) os hospitais são empresas complexas e envolvem diversificadas atividades na promoção da saúde. Na área hospitalar os avanços tecnológicos ocorrem com rapidez levando à necessidade de mudança e adaptabilidade. Há exigência para que a prestação de serviços seja resolutiva, com qualidade e baixo custo, principalmente ao que diz respeito ao acolhimento, para que possa impulsionar hospitais a adotarem estratégias de excelência hospitalar, sob o risco de não sobreviverem.

Assevera ainda Veatch (2010) há muitos anos fala-se em melhorar a qualidade da assistência, porém a diferença é que a partir dos anos noventa há instrumentos mais adequados para ajudar neste propósito. Os pacientes e profissionais da saúde reconhecem que a atenção médica poderia ser melhor, e em consequência, muitos países propuseram iniciativas de reforma dos seus sistemas de saúde. Entre os fatores que contribuíram para esta questão são identificadas:

Maior conscientização dos pacientes, como usuários dos serviços de saúde; Maior atenção para a qualidade em todos os ramos da economia, ao reconhecer que esta é a chave para o êxito à longo prazo; A necessidade de controlar os custos da saúde. (Veatch, 2010, p. 23).

O autor ainda afirma que quanto mais um paciente sabe de seus direitos aos serviços, mais atenção à qualidade ele terá, ou seja, os pacientes sempre estarão tentos a como são atendidos seja no hospital público ou privado.

Afirma Zobolli (2017) que no Brasil a qualidade no atendimento deixa muito a desejar, sobretudo na questão do acolhimento e isso ocorre devido às péssimas remunerações, muitas vezes até mesmo as condições ruins de trabalho fazem com que a qualidade no atendimento decaia significativamente.

Complementa Esmeraldo et al, (2012) cresce a demanda por instrumentos que possibilitem a garantia da qualidade dos serviços prestados, para que as empresas se tornem competitivas e façam frente ao crescente aumento da concorrência no mercado. O Programa Brasileiro de Acreditação surge como uma estratégia governamental para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas, a qualidade da gestão e da assistência prestada, adotando medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros.

Dessa forma o perfil do profissional de saúde no processo de acolhimento requer que as habilidades profissionais devem ser feitas por aqueles que conduzem passo a passo o processo de acolher, de acordo com a demanda exigindo pessoas se adapte as mudanças sob os preceitos da qualidade e produtividade. Isso exige o desenvolvimento e conseqüentemente novas competências, como os necessários para o processo de acolhimento (FORTES, 2014).

Na política de saúde e humanização foram estimuladas ações voltadas à criação e organização de serviços ambulatoriais. Na esfera federal, foi promulgado o Decreto nº. 60.252 que instituiu a Campanha Nacional de Saúde Mental no âmbito do Ministério da Saúde, cujos objetivos estão fundamentados nas concepções da higiene mental, tendo em vista resolver a falta de hospitais psiquiátricos, assinalando a expansão e distribuição de ambulatórios de saúde mental no país, com a finalidade de reduzir a necessidade de internação e garantir a assistência

terapêutica sem separar pacientes de seu ambiente social e familiar (DELGADO, 2010).

O profissional de saúde no processo de acolhimento deve ser capaz de compreender o usuário com uma visão holística e uma atitude proativa, além de sua área de atuação para que haja uma interação e o comprometimento com as necessidades do usuário para que tenha um atendimento de qualidade de forma eficaz e ética (SILVA et al, 2011).

Recentemente o primeiro contato do usuário com o profissional de saúde é qualificado como parte do procedimento de acolhimento juntamente com a prestação de serviço, fazendo parte da Política Nacional de Humanização (PNH) na qual se implica com ênfase uma escuta qualificada, em uma postura ética, com uma visão holística, diretamente caminhando ao encontro das necessidades dos usuários ao procurar os serviços de saúde (PAIDÉIA, 2012).

Em uma conjuntura direcionada ao serviço de saúde o acolher deve ser realizado por toda equipe de saúde, receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. O trabalho da equipe que cuida e presta serviços favorecem o acesso otimizando seu serviço, harmonizando uma forma de interação entre profissionais e usuário, evitando desgastes nos demais níveis de atenção, deste modo criando um vínculo, enaltecendo os aspectos sociais, concomitantemente aos aspectos técnico-científicos (BRASIL, 2014).

O tratamento multidisciplinar é condição indispensável para o sucesso da reabilitação destes pacientes. Os portadores de fenda labiopalatina, além de alterações estéticas, apresentam distúrbios funcionais, que vão desde a alimentação até a fonação, que se não tratados no tempo certo podem causar também problemas psicológicos (FIGUEIREDO, 2010).

Não basta apenas uma cirurgia ou cirurgia com aparelho ortopédico, é imprescindível o acompanhamento de um ortodontista. Se for feito um tratamento precoce, o paciente não terá de enfrentar o preconceito da sociedade (FIGUEIREDO, 2010).

A relação profissional e usuário vêm resolvendo um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. Souza (2013) destaca que, trabalhadores mais jovens são mais adequados, para

determinadas funções, dada a energia, a disposição necessária das atividades que exercem na assistência aos usuários.

5 HUMANIZAÇÃO, REABILITAÇÃO: as leis garantindo os direitos dos pacientes fissurados

5.1 A Política de Saúde e humanização

Ao tratar sobre a Política de saúde e humanização Nogueira (2016) afirma que na esfera dos serviços o trabalho tem uma singularidade, marcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação, quais sejam: a cooperação vertical — diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia — e a cooperação horizontal — diversas subunidades que participam do cuidado em saúde.

Posteriormente, em 1922, a igreja católica organiza a I conferência de Ação Católica ocasionando assim, uma guinada as vertentes assistencialistas de ordem cristã, tendo como objetivo reunir politicamente e estimular esses primeiros princípios de evangelização laica. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2012).

O conjunto dos procedimentos bem como a Política de saúde e humanização de trabalhos ampliados na área da saúde pública, embora com suas características gerais do trabalho sob o capital, expõe algumas singularidades que precisam ser creditadas às características do trabalho no setor dos serviços são elas:

- Nos serviços de saúde pública, a força de trabalho é consumida em função da sua utilidade particular, que é "para uso" dos usuários dos serviços, sejam elas materializadas no assalariamento dos trabalhadores do setor, seja através do consumo de mercadorias, como é o caso dos medicamentos, equipamentos, seja via mais-valia social.
- Esse uso se dá no interior do processo de produção dos serviços de saúde que requer uma relação direta entre quem produz e quem consome o serviço, exigindo coparticipação do (s) usuário (s) no próprio processo de sua concretização/produção.
- Essa coparticipação, se realiza através do contato direto e imediato entre os trabalhadores da saúde e os sujeitos demandantes dos serviços.
- Como o objeto da saúde incide sobre situações concretas (envolvem o processo de saúde-doença) e o que se consome é o efeito presumido de uma determinada ação ou procedimento.
- A produção e o consumo dos serviços de saúde ocorrem através de momentos instituintes, de forma parcial, dependendo da demanda, do nível de resolutividade das subunidades e níveis de complexidades dos serviços, dos recursos humanos, financeiros e das condições socioeconômicas, epidemiológicas e biopsicossociais da população usuária.

- Resultados do processo de produção e consumo dos serviços são sempre parciais e envolvem uma relação de concomitância entre produção e consumo (ABESS/CEDEPSS, 2009, p. 32)

Analisa-se que a partir dos anos 90, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por condição de complicação, descentralização e democratização do sistema.

Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que atendem algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos à universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, a demanda reprimida / exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, na assistência médica curativa individual (NOGUEIRA, 2016).

5.2 O projeto de lei e a reabilitação

O tratamento das pessoas com fissura labiopalatal deve começar o mais cedo possível. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece assistência integral a essas pessoas, desde 1994, por meio dos Centros de tratamento da má formação lábio palatal. Esses Centros são habilitados junto ao SUS de acordo com a Portaria SAS/MS nº. 62, de 19 de abril de 1994 (ZOLOLI, 2017).

Esses serviços possuem condições físicas, estruturais, de equipamentos e de recursos humanos para prestar o atendimento clínico, cirúrgico e de reabilitação adequados e com qualidade aos pacientes com essas deformidades, e são ofertados por uma equipe multidisciplinar especializada, composta por médicos - pediatras, otorrinolaringologistas e cirurgiões plásticos, ortodontistas, fonoaudiólogos, psicólogos, geneticistas, radiologistas e protéticos, visando a uma reabilitação morfológica, funcional e psicossocial (MONLLEÓ, 2004)..

O Brasil conta com o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, cuja legislação orienta o estabelecimento de um acesso universal e equitativo aos diversos serviços de saúde. O advento do Sistema Único de Saúde aumentou o acesso aos cuidados de saúde para uma parcela substancial da população

brasileira, no entanto, o apoio estatal ao setor privado, a concentração de serviços de saúde em regiões mais desenvolvidas e o subfinanciamento crônico vêm dificultando sua completa implementação (PAIM et al., 2011).

A reabilitação cirúrgica da fissura dependerá de sua extensão e localização. Com relação às cirurgias primárias, as fissuras de lábio podem ser corrigidas por volta dos três meses, e as de palato aos doze meses de idade. Essas correções primárias restringem-se à manipulação de tecidos moles (mucosa), músculo e pele, e por isso não visam defeitos ósseos. Dependendo da necessidade e com o crescimento, cirurgias secundárias são indicadas. Estas incluem retoques labiais, faringoplastia (quando o resultado da voz não for satisfatório) e correções nasais.

Do ponto de vista odontológico, existe indicação da cirurgia de enxerto ósseo secundário, utilizando a crista do osso íliaco como área doadora e, ao final da adolescência ou fase adulta, pode ocorrer à necessidade da ortognática (cirurgia para tratar malformações da região maxilo-mandibular) (DALBEN; COSTA; GOMIDE, 2002).

O processo de reabilitação cirúrgica inicia-se aos três meses de idade e os pacientes permanecem em tratamento clínico e cirúrgico, até que se restabeleçam adequadamente a estética e funções faciais e bucais, normalmente na fase adulta. Para a realização das cirurgias, a criança deve apresentar condições nutricionais e odontológicas satisfatórias, com o objetivo de evitar risco de contaminação.

Tais cirurgias favorecem o crescimento e desenvolvimento maxilomandibular, que proporcionam o suporte dentário adequado para a realização de terapêuticas ortodônticas. A precocidade do tratamento do fissurado minimiza danos estéticos, anatômicos, funcionais e psicológicos na idade adulta (MELGAÇO et al., 2002).

O portador de fissura labiopalatina deve, inicialmente, submeter-se a um processo cirúrgico para sua reabilitação, que consiste no fechamento da má formação que apresenta o que poderá implicar, não raras vezes, em mais de uma cirurgia. Para tanto, é de fundamental importância a manutenção de uma ótima nutrição, não só nos meses que antecedem a cirurgia, como também após o procedimento cirúrgico, a fim de assegurar uma cicatrização eficiente, além de promover o crescimento e o desenvolvimento adequados.

No que diz respeito à atenção aos portadores de anomalias craniofaciais no SUS, a primeira iniciativa ocorreu em 1993, com a criação de mecanismos para o pagamento da correção de fissuras labiopalatais e realização de implante dentário

ósseo-integrado na tabela do sistema de informações hospitalares (SIH/SUS). No ano seguinte, o Ministério da Saúde publicou as normas para o credenciamento de serviços para realização desses procedimentos no âmbito do SUS (MONLLEÓ; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

A normatização dos hospitais para realização da reabilitação estética funcional dos portadores de má-formação labiopalatal no SUS ocorreu através da portaria SAS/MS N.º 62 de 19 de abril de 1994. Essa portaria definiu que esses hospitais devem possuir os seguintes serviços: otorrinolaringologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, clínica médica, pediatria, fisioterapia, enfermagem, nutrição, cirurgia bucomaxilofacial e plástica, anestesia, odontologia (odontopediatria, ortodontia, prótese e implantodontia) e atendimento familiar (BRASIL, 2014).

Posteriormente, no período entre 1998 e 2002, foi criada a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDCF) com o objetivo de reduzir a iniquidade no acesso e ordenar a oferta de serviços no SUS. Esta rede é formada por hospitais credenciados para a realização de procedimentos integrados de reabilitação estético-funcional de portadores de fissuras orofaciais (MONLLEÓ, 2004).

A criação da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade em 2001 consistiu numa tentativa do Ministério da Saúde para ordenação da referência interestadual e garantia de acesso dos pacientes a procedimentos de alta complexidade (MONLLEÓ; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

Os procedimentos de alta complexidade regulados por essa central são financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação e os pacientes que se encaixam no perfil devem ser incluídos no programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Tal programa fica sob a responsabilidade do estado/município de origem, devendo oferecer consulta, tratamento ambulatorial/hospitalar/cirúrgico previamente agendado, passagens de ida e volta para o local onde será realizado o tratamento para pacientes e acompanhantes (caso necessário) e ajuda de custo para alimentação e hospedagem (BRASIL, 1999).

A avaliação dos cuidados de saúde prestados aos portadores de anomalias craniofaciais dentro e fora da RRTDCF mostrou que, apesar do grande número de unidades que realizam o atendimento de portadores de fissuras orofaciais no Brasil, disparidades regionais e problemas de ordenação e hierarquização estão presentes.

CONCLUSÃO.

As circunstâncias culturais, econômicas e sociais nas quais uma criança com fissura labiopalatina nasce irão determinar as sequelas finais decorrentes desta anomalia congênita. Embora crianças não operadas possam sobreviver, elas poderão enfrentar, ao longo de suas vidas, além da deformidade facial, problemas ao se alimentar, falar, ouvir, baixa autoestima, depressão, estigmatização, exclusão social e obstáculos ao emprego.

Temos que considerar que quanto mais a reparação cirúrgica primária for retardada, maiores serão os impactos destas condições na saúde e qualidade de vida dessas crianças e dos seus familiares.

É imperativa a necessidade que os pacientes portadores desta condição têm de serem avaliados e acompanhados em centros de referência por uma equipe multidisciplinar, composta principalmente por cirurgiões plásticos, geneticistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, entre outros.

Dessa forma, desde o nascimento até a vida adulta, o suporte profissional completo estará à disposição, auxiliando o tratamento do paciente fissurado com o intuito de que, ao seu término, o estigma seja superado pela associação de satisfatórios resultados estéticos e funcionais (fonação e oclusão dentária), sem ônus ao crescimento facial, possibilitando a estes pacientes melhor inserção na sociedade.

Atualmente, não há total consenso na literatura quanto ao melhor protocolo de tratamento a ser seguido. Estudos comparativos entre a escolha do tipo de técnica, momento ideal para as intervenções cirúrgicas e para o apoio multidisciplinar são amplamente realizados.

No entanto, para a garantia do acesso à saúde dos portadores de fissuras labiopalatinas no tempo oportuno no Brasil, aumentar a oferta de serviços pode não ser suficiente. É essencial que haja uma ampla articulação intersetorial com a implantação de políticas públicas de combate à pobreza e à desigualdade que assegure a igualdade no direito de acesso ao tratamento e promova a melhoria das condições de vida e de saúde desses pacientes e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

AYRES, Regina Celi; PEREIRA, Silvia A.O. E; AVILA, Silvia, M.N; VALENTIM, Wilma. Acolhimento no PSF: Humanização e Solidariedade. **O Mundo da Saúde** 2006. abri/jun 30 (2). 306-311.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização-PNH. **Cartilhas da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde; 1997.

DALBEN, Leonor de C. M.; COSTA, José A. de S.; GRIGOLLI, Ana A. Gomes. Prevalências de fissuras orais de 1975 a 1994. **Revista de Saúde Pública**. p. 571-575, ago. 2001.

DELFINO MRR, Karnopp ZMP, Rosa MRQP, Pasin RR. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. **Trab Educ Saúde**. 2012.

DELGADO, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

DI NINNO et al.,. O desenho da figura humana em pré- adolescentes portadores de fissura labiopalatal, na faixa etária dos 12 aos 14 anos. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 93-98, abr. 2011.

ESMERALDO, GROV, Oliveira LC, Sousa KMM, Araújo MAM, Esmeraldo Filho CE, Viana EMN. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Rev APS**. 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1975. P. 27.

FIGUEIREDO, Danilo et al. Enxerto ósseo alveolar secundário em pacientes portadores de fissuras lábio-palatais: um protocolo de tratamento. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, Piracicaba, v. 16, n. 2, p. 13-18, 2010.

FORTES, PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2014.

FULALIO MC, Santos ERF, Albuquerque TP. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem usuário no contexto do Programa Saúde da Família. **Rev Gaúch Enferm**. 2010.

HIGO F. **Evolução do estado nutricional de pacientes portadores de fissura de palato com ou sem fissura de lábio**. Dissertação Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 63 p. 2006.

MACHADO MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no programa saúde da família por meio da participação habilitadora. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010.

MENDES, K, D, S ET AL, **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v1 7, n.04, p. 758-64, out./dez.2008.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF): MS; 2010.

MONLLEÓ, Keith L. **Aparelho faríngeo**. Embriologia clínica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 254-264. 2004.

MONTAGNOLI et al., **Alcindo Antônio et al. Pesquisando no cotidiano do trabalho na saúde: Aspectos metodológicos e de formatação para elaboração de projetos de informação científica e tecnológica em saúde**. Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Fundação Oswaldo Cruz. Porto Alegre, 2015.

PAIDÉIA 2001. **Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**. Maio 2002. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em novembro, 2012.

PAIM et al., **Fissuras lábio palatais: diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório**. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 146 p. 2016.

PEDRO, José Alberto de S. et al. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 9, n. 5, p. 74-78, set./out. 2010.

PINAFO E, Nunes EFPA, González AD. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2012.

PIRES, D. **Novas forma de organização do trabalho em saúde e enfermagem**. Revista Baiana Enfermagem, 2009, p.91; 13:83-92.

RIBEIRO, Maria I. G.; TAVANO, Liliam D'A.; BACHEGA, Maria I. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. Aspectos Psicológicos da Reabilitação.** São Paulo: Santos, 2008.

ROCHIMITH, M. Models for ethical medicine in a revolutionary age: what physician-patient roles foster the most ethical relationship? **Hastings Cent Rep.** 2013.

SCHIMITH MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad Saúde Pública.** 2014.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2004. p. 241-57.

SILVA, LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare Enferm.** 2011.

SOUZA, MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde.** 2011.

SOUZA, Silvana Regina R. K. **A rotatividade e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem: um enfoque da ergonomia.** 2003. 139p. Dissertação (Mestrado em Ergonomia) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/Abrasco; 2005. p. 89-111.

VASCONCELOS et al.,. **O programa de humanização da saúde: Dilemas entre o relacional e o técnico.** Saúde e Sociedade, v. 14, n. 3, p. 111-118, set./dez. 2012.

VEATCH, RM. A theory of medical ethics. **New York: Basic;** 2010.

ZOBOLI ELCP. Enfermeiros e usuários do programa saúde da família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paul Enferm.** 2017.