**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

MICHELE LIRA MIGUEL

**Aspectos sociais e as interrelações com o processo de reabilitação
de pessoas com fissura labiopalatina**

**BAURU
2013**

MICHELE LIRA MIGUEL

**Aspectos sociais e as interrelações com o processo de reabilitação
de pessoas com fissura labiopalatina**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

BAURU

2013

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação.

M588a Aspectos sociais e as interações com o processo de reabilitação de pessoas com fissura labiopalatina / Michele Lira Miguel. Bauru, 2013.

114p.; il.; 30cm

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Bauru, **HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

Dissertação (Mestrado) – Área de Concentração:

Fissuras Ofaciais e Anomalias Relacionadas) –

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais,

Rua Silvino Marchione 3-20,
Universidade de São Paulo.

Caixa Postal: 1501

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

17012-900 - Bauru – SP – Brasil

1. Fissura labiopalatina. 2. Etapas e condutas
terapêuticas. 3. Serviço Social. 4. Estudo
socioeconômico. 5. Ações interventivas.

Prof. Dr. João Grandino Rodas – Reitor da USP

Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini – Superintendente do HRAC-USP

FOLHA DE APROVAÇÃO

Michele Lira Miguel

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.
Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris (Orientador)

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG: ____/____/____

MICHELE LIRA MIGUEL

07 de Janeiro de 1982
Bauru/SP

Nascimento

2000-2003

Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Instituição Toledo de Ensino-ITE, Bauru-SP.

2004-2005

Programa de Aprimoramento Profissional – FUNDAP, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-HRAC da Universidade de São Paulo-USP, Bauru-SP.

2004-2006

Especialização em Serviço Social na área da Saúde e Reabilitação, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-HRAC da Universidade de São Paulo-USP, Bauru-SP.

2010 até a presente data

Curso de Pós Graduação - Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação; área de Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-HRAC da Universidade de São Paulo-USP, Bauru-SP.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais - **Nílton** (*in memoriam*) e **Dora**.*

***Paí** exemplo de Homem, com toda sua doçura e amor me ensinou que devo buscar os meus sonhos, não importando o quão trabalhoso possa ser, mas acreditando que posso alcançá-lo.*

***Mãe** exemplo de Mulher, abdicou de sua vida para viver em função dos filhos, e sempre fez isso com um sorriso no rosto, alegria e amor.*

*Ao meu marido **Marcio Miguel**,*

*Por seu amor, carinho, amizade, incentivo, compreensão e apoio.
Obrigada por acreditar em mim e ser o meu fiel companheiro e eterno amor.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A minha família: **Lira Pelegrina, Lira Lucas e Holzapfel Lira**,
por todo amor e carinho apoio e cumplicidade, porque mesmo quando distantes,
estavam presentes em minha vida. Amo vocês.

Maria Inês Gândara Graciano,
muito obrigada pela oportunidade de sempre continuar estudando. Não estaria
concluindo mais essa etapa se não fosse o seu incentivo.
Você será sempre a “Chefe”.

Às minhas grandes amigas **Sonia Tebet Mesquista e Regina Garcia** – obrigada
pela paciência, pelos conselhos, e por estarem ao meu lado nesse momento
importante.
Obrigada por tudo.

A todos meus novos companheiros de trabalho da **Profis**, mesmo em tão pouco
tempo, já aprendi a gostar e admirar a cada um.

Camila, Leninha e Jessica
O que dizer de vocês? Amigas, conselheiras, quebra galho, etc...
Vocês são especiais!

EPÍGRAFE

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não
é senão uma gota no mar. Mas o mar seria
menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Miguel ML. Aspectos sociais e as interrelações com o processo de reabilitação de pessoas com fissura labiopalatina [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2013.

Objetivo: evidenciar, os aspectos sociais e clínicos dos sujeitos com fissura labiopalatina e sua interrelação com as etapas e condutas terapêuticas para a efetivação do processo de reabilitação. **Metodologia:** os sujeitos foram os pacientes com fissura transforame unilateral sem síndrome associada entre 0 a 11 anos e 11 meses e 29 dias, procedentes do Departamento Regional de Saúde – DRS VI que corresponde a região de Botucatu, Avaré, Jaú, Lins e Bauru, num total de 52. A pesquisa foi documental baseada no prontuário dos sujeitos considerando os aspectos clínicos - incluindo o cumprimento das etapas e condutas terapêuticas - e aspectos constitutivos do estudo social, de acordo com a metodologia de Graciano (2010). **Resultados:** 86,6% foram matriculados com menos de 4 meses de idade, (60%) procedentes de cidades que distam até 100 km de Bauru. As etapas foram cumpridas, em sua maioria, nas idades preconizadas pelos profissionais do HRAC, desde as cirurgias primárias até as secundárias. Após essas cirurgias os sujeitos foram avaliados em idades pré-determinadas pelas áreas de comando (cirurgia plástica, ortodontia e fonoaudiologia) e/ou outras especialidades, de acordo com a necessidade de cada caso. Em sua maioria, os sujeitos foram atendidos nas avaliações ambulatoriais, no entanto, não na totalidade das áreas previstas em virtude de não agendamento – demanda reprimida nas agendas – falta do sujeito na data do agendamento, ausência de registro do profissional no prontuário, o que exigiu uma busca complementar no sistema de informação do HRAC. Com relação ao perfil social e a configuração dos estratos sociais 88,5% pertence aos estratos baixos (inferior e superior). Os recursos para reabilitação e serviços públicos de saúde e socioassistenciais na cidade de origem foram abordados e registrados na maioria dos casos (72,1%). O parecer e intervenção social foram registrados na totalidade dos prontuários, especificando as demandas e subsidiando as ações da equipe interdisciplinar. As ações interventivas do assistente social foram categorizadas em ações socioassistenciais, socioeducativas e articulação com a equipe, de acordo com os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. Essas ações foram desenvolvidas inter-relacionando-se nos diversos momentos do processo de reabilitação no sentido de efetivá-lo garantindo-o como direito de cidadania. **Conclusão:** esse estudo, baseado numa análise minuciosa dos prontuários, constatou a imprescindibilidade dos registros para compreensão do desenvolvimento do paciente e planejamento adequado do tratamento. O registro dos atendimentos no prontuário caracteriza-se como um meio de comunicação escrita entre os profissionais da equipe interdisciplinar, o que garante a visão holística preconizada no atendimento a saúde, além de subsidiar a produção e disseminação de conhecimento.

Descritores: Fissura labiopalatina. Etapas e condutas terapêuticas. Serviço Social. Estudo socioeconômico. Ações interventivas.

ABSTRACT

Miguel ML. Social aspects and the interrelation with the process of rehabilitation of people with cleft lip and palate [dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2013.

Introduction/objective: the aim of this study is to highlight social and clinical aspects of the subject with cleft lip and palate and its interrelationship with the therapeutic stages and approaches in the rehabilitation process. **Methods:** subjects were patients with unilateral transforame cleft, with no associated syndrome between 0 to 11 years old, and 29 days and 11 months old from the Regional Department of Health – RDH VI that covers the region of Botucatu, Avaré, Jau, Lins and Bauru, in a total of 52. The research was based on documented records of subjects considering the clinical aspects – including the therapeutic stages and approaches - and the corporate aspects of the social study, according to the Graciano (2010) methodology. **Results:** 86.6% were enrolled with less than 4 months of age, (60%) coming from cities that are up to 100 miles from Bauru. The stages were accomplished mostly in ages recommended by professionals of HRAC, from the primary to the secondary surgery. After these surgeries the subjects were evaluated at ages pre determined by control areas (plastic surgery, orthodontics and speech therapy) and/or other specialties, according to the needs of each case. For the most part the subjects went through out-patient evaluations, however, not in all of the expected areas due to the lack of scheduling - pent-up demand of agendas - absence of the subject at the time of the appointment, and no registration of a professional in the patient file, which required a complementary search in the information system of the HRAC. About the social profile and configuration of social strata, 88.5% belongs to the lower strata (inferior and superior). Resources for rehabilitation and public health services and socio-assistance ones at the patients' hometown were approached and registered in most cases (72.1%). The Social Worker view and social intervention were recorded in all patient records, specifying the demands and subsidizing the actions of interdisciplinary team. The interventives actions of the social worker's were categorized into socio-assistance, socio-educational, besides those ones jointed with the team, in accordance with the parameters for social workers performance of in the health area. These actions were developed interrelating the various stages of the rehabilitation process in order to effect it guaranteeing the right of citizenship. **Conclusion:** this study, based on a thorough analysis of the patients' files, found how indispensable the records are for understanding the patient's development and appropriate planning of treatment. The record of attendances on the file is considered as a means of written communication among professionals of the interdisciplinary team, which ensures the holistic health care recommended, in addition to subsidizing the production and dissemination of knowledge.

Keywords: Cleft lip and palate. Therapeutic stages and approaches. Social Work. Socioeconomic study. Interventives actions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 -	Esquema ilustrativo das fissuras pré-forame incisivo.....	34
Figura 2 -	Esquema ilustrativo das fissuras transforame incisivo.....	34
Figura 3 -	Esquema ilustrativo das fissuras pós-forame incisivo.....	35
Figura 4 -	Fluxograma da sequência de tratamento: etapas e condutas terapêuticas.....	38

- QUADRO

Quadro 1 -	Configuração dos estratos sociais, a partir da interrelação dos diferentes indicadores socioeconômicos.....	79
-------------------	---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra, quanto a procedência, idade na matrícula e idade atual.....	68
Tabela 2 -	Caracterização da amostra quanto a realização das cirurgias primárias.....	70
Tabela 3 -	Caracterização da amostra quanto a revisão pós-cirúrgica do palato e áreas de atendimento.....	72
Tabela 4 -	Caracterização da amostra quanto à indicação e realização de cirurgias secundárias.....	73
Tabela 5 -	Caracterização da amostra quanto ao atendimento ambulatorial aos 4 anos de idade.....	75
Tabela 6 -	Caracterização da amostra quanto ao atendimento ambulatorial na faixa etária de 5 e 6 anos de idade.....	76
Tabela 7 -	Caracterização da amostra quanto ao atendimento ambulatorial na faixa etária de 8 a 12 anos de idade.....	77
Tabela 8 -	Caracterização dos registros quanto aos aspectos psicossociais e culturais.....	81
Tabela 9 -	Caracterização do registro quanto aos recursos para reabilitação.....	83
Tabela 10 -	Caracterização do registro quanto ao número de atendimentos no Serviço Social.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Alta
BI	Baixa Inferior
BS	Baixa Superior
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
FLP	Fissura Lábiopalatina
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M	Média
MI	Média Inferior
MS	Média Superior
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1	O HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS: ASPECTOS RELEVANTES	31
2.2	AS FISSURAS LABIOPALATINAS E SUA CLASSIFICAÇÃO	32
2.2.1	Etapas e condutas terapêuticas	37
2.2.2	Aspectos estéticos, funcionais e psicossociais das pessoas com fissuras labiopalatinas	39
2.3	O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	42
2.3.1	O Serviço Social no HRAC	44
2.4	O ESTUDO SOCIAL NO HRAC COMO INSTRUMENTAL E SEUS INDICADORES.....	50
3	OBJETIVOS	57
3.1	OBJETIVO GERAL.....	59
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
4	MATERIAL E MÉTODO	61
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1	PERFIL CLÍNICO	67
5.2	ETAPAS E CONDUTAS TERAPÊUTICAS	69
5.3	PERFIL SOCIAL.....	78
5.4	AÇÕES INTERVENTIVAS DO SERVIÇO SOCIAL.....	87
6	CONCLUSÕES	93
7	REFERÊNCIAS.....	99
	ANEXOS	107

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), mais conhecido como Centrinho, foi criado em 1967, tendo como finalidade, o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços às pessoas com anomalias craniofaciais, síndromes relacionadas e distúrbios da audição, constituindo-se em um serviço de referência, reconhecido como de alta complexidade, nacional e internacional. E também certificado como Hospital de Ensino (Universidade de São Paulo 2009).

Esse reconhecimento lhe foi conferido pela excelência no tratamento dispensado de acordo com as Etapas e Condutas Terapêuticas, que exigem uma intervenção interdisciplinar abrangendo as áreas: Médicas, Odontológicas, Fonoaudiologia, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Fisiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fisioterapia e Genética.

O Assistente Social como membro dessa equipe, intervêm nas questões sociais para viabilizar o acesso dos usuários ao tratamento e à sua continuidade, visando a sua inclusão social, identificando suas necessidades e condições sociais. A partir dessa visão de totalidade, interpreta junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social, para subsidiar a intervenção (Graciano e Lehfeld 2010).

A lei que regulamenta a profissão de Assistente Social (Lei nº. 8.662 de 7 de junho de 1993) define que uma de suas competências é realizar estudo socioeconômico com os usuários, para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (Brasil 1993a).

No HRAC, a metodologia do estudo social foi construída e atualizada por Graciano (1980), Graciano, Lefheld e Neves Filho (1996, 1999) e Graciano e Lefheld (2010), instrumentalizando o Assistente Social para o conhecimento das condições de vida dos usuários - perfil social - para uma intervenção social consonante, além de contribuir com a equipe nos programas de prestação de serviço, ensino e pesquisa.

Tendo em vista o valor do estudo social para conhecimento da realidade do paciente, surgiu o interesse em evidenciar, nesta pesquisa, os aspectos sociais e clínicos dos sujeitos com fissura labiopalatina (FLP), e sua interrelação com as etapas e condutas terapêuticas para a efetivação do processo de reabilitação.

Como universo do estudo foram selecionados os usuários com fissura transforame unilateral, procedentes das cidades do Departamento Regional de Saúde - DRS VI, na qual Bauru está incluída, por permitir um aprofundamento da situação de reabilitação (São Paulo 2013).

Para embasar teoricamente esta pesquisa, foram consultadas bibliografias referentes à: fissuras labiopalatinas; etapas e condutas terapêuticas, Serviço Social na área da saúde e, no HRAC, o estudo social e seus aspectos constitutivos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS: ASPECTOS RELEVANTES

Localizado na cidade de Bauru/SP, o HRAC atende pacientes procedentes de várias localidades do Brasil e de países vizinhos. Para isto, desenvolve diferentes programas visando atingir suas metas com eficiência e garantir às pessoas com fissuras labiopalatinas e outras anomalias, um tratamento integrado, completo e com alto padrão de qualidade.

De acordo com o Art. 4º do seu Regimento, compete ao HRAC:

- I - Desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas com anomalias craniofaciais, síndromes relacionadas e ou distúrbios da audição, com a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas;
- II - Promover e estimular o ensino e a pesquisa e servir de campo de estudo para desenvolvimento de atividades relacionadas aos seus objetivos;
- III - Colaborar com as instituições interessadas no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais;
- IV - Manter intercâmbio cultural e científico com instituições congêneres afins, nacionais e internacionais (Universidade de São Paulo 2009).

O atendimento público e integral é mantido com recursos da Universidade de São Paulo (USP) e do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema proporciona uma cobertura aos usuários procedentes de diferentes regiões do Brasil e de outros países, somando, até o mês de julho de 2012, 51.438 casos matriculados, na área das anomalias craniofaciais, predominantemente as fissuras labiopalatinas.

Por região, os pacientes estão assim distribuídos: Sudeste (64,7%), Sul (13,4%), Centro-Oeste (11,3%), Norte (5,6%), Nordeste (4,8%) e Exterior (0,2%), procedentes de 3.701 (66,6%) entre os 5.565 municípios do Brasil.

O Hospital tem um compromisso com os seus usuários para viabilização dos serviços de apoio à reabilitação nas diferentes regiões do país, mediante parcerias

com associações¹, núcleos², subsedes³, prefeituras municipais dentre outros. O mesmo foi habilitado pelo Ministério da Saúde como Hospital de Alta complexidade na área de lesões labiopalatinas, de acordo com a Portaria 126/93 (Brasil 1993b) e esta habilitação foi ampliada pela Portaria 96/2000 (Brasil 2000). Como Hospital Universitário de Ensino, ele foi reconhecido em 03/01/2005, de acordo a Portaria Interministerial da Saúde e Educação nº. 2400 (Brasil 2007).

2.2 AS FISSURAS LABIOPALATINAS E SUA CLASSIFICAÇÃO

Para Silva Filho e Freitas (2007), o significado de fissura é fenda, abertura, e sua manifestação plural pode ocorrer em qualquer região da face e do crânio, muito embora sejam usuais no lábio e/ou palato.

Kummer (2000) ressalta que uma fissura labiopalatina é uma abertura anormal ou é uma fissura em uma estrutura anatômica que normalmente deveria estar fechada; é o resultado de uma falha de coalescência da parte do lábio e da pré-maxila durante a formação do feto. Já a fissura do palato, ocorre quando as partes do véu palatino (céu da boca) não se fundem normalmente durante o desenvolvimento fetal, resultando numa abertura ou comunicação entre a cavidade oral e a cavidade nasal.

Capelozza Filho et al (1988), relatam que as fissuras labiopalatinas são resultantes da falta de coalescência dos processos maxilar, mandibular e frontonasal. O autor afirma que o desenvolvimento insuficiente de um ou mais desses processos ou a ocorrência de falhas na desintegração da superfície epitelial

¹ Associações – de pais e pacientes com fissuras labiopalatinas, que oferecem assistência social e, em alguns casos, atendimentos ambulatoriais nas áreas da reabilitação. Atualmente existem 33 cadastradas no HRAC, nas cinco regiões.

² Núcleos – considerados centros de atendimento de apoio ao processo de reabilitação, em número de 16.

³ Subsedes – Três unidades de atendimento ambulatorial, mantidas pela Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais conveniadas com o HRAC/USP.

nas regiões de contato entre os processos pode resultar - nos mais variados tipos de fissuras. Ou seja, manifesta-se de diferentes formas clínicas, variando desde as fissuras labiopalatinas mais comuns, até as mais complexas malformações craniofaciais.

As fissuras labiopalatinas são estabelecidas no período embrionário e início do período fetal, ou seja, até o 3º mês de gravidez. As fissuras labiais se formam até a 8ª semana de gestação onde os processos faciais estão se fusionando, enquanto as de palato ocorrem até o final da 12ª semana gestacional, quando os processos palatinos se fundem.

Entre as malformações que atingem a face do ser humano, os defeitos congênitos identificados como fissuras labiopalatinas são comuns e ocorrem com uma prevalência média entre 1 e 2 indivíduos brancos para cada mil nascimentos. No Brasil, admite-se que a incidência de fissuras labiopalatinas oscila em torno de 1:650 (Silva Filho e Freitas 2007). Outros estudos apontam por volta de 1,7 para cada 1000 nascidos vivos, com variação étnica e geográfica (Mossey et al 2009).

No HRAC, é utilizada a classificação das fissuras lábio palatinas baseado em Spina, Psillakis e Lapa (1972) com uma modificação proposta por Silva Filho et al (1992) especialmente com a inclusão das fissuras medianas também no grupo B. Esta classificação tem como referência o forame incisivo, pois simboliza o único vestígio do que separava, na vida intra-uterina, o palato primário do secundário: é o marco de separação anatômica das fissuras que os acometem (Silva Filho e Freitas 2007)

Estes autores, subdividem as fissuras labiopalatinas em quatro grupos, ou seja, Grupo A, B, C e D.

Grupo A - Fissuras pré-forame incisivo: que afeta o lábio e o rebordo alveolar. Podem ser classificadas como completa ou incompleta, podendo ser mediana, bilateral ou unilateral, conforme o lado comprometido (direito ou esquerdo), conforme esquema ilustrativo a seguir (Figura 1).

Fonte: Silva Filho e Freitas (2007).

Figura 1 - Esquema ilustrativo das fissuras pré-forame incisivo.

Grupo B - Fissuras transforame incisivo: refere-se àquela tem início no lábio e no rebordo alveolar e prossegue até o final do palato mole, atravessando o forame. Classificada em unilateral (direita ou esquerda), bilateral e mediana, conforme esquema ilustrativo abaixo (Figura 2).

Fonte: Silva Filho e Freitas (2007).

Figura 2 - Esquema ilustrativo das fissuras transforame incisivo.

Grupo C - Fissuras pós-forame incisivo: são as fissuras de palato. Sua maior incidência envolve a região posterior da úvula até o forame incisivo. É classificado como completa se atinge o forame incisivo e incompleta, se não chega até ele, conforme esquema ilustrativo a seguir (Figura 3).

Fonte: Silva Filho e Freitas (2007).

Figura 3 - Esquema ilustrativo das fissuras pós-forame incisivo.

Grupo D - Fissuras raras de face: estas compreendem outras fissuras na face além das fissuras de lábio e palato.

Essa classificação, simples e objetiva, fundamenta-se na teoria embriológica que reconhece os mecanismos independentes de formação das estruturas anteriores (palato primário) e posteriores (palato secundário) ao forame incisivo, ponto anatômico de referência eleito para essa categorização.

Para melhor entendimento, as fendas pré-forame são as de lábio, a pós-forame são as de palato (céu da boca) e as transforame são as que envolvem lábio, alvéolo (gengiva) e palato.

A classificação de Spina, Psillakis e Lapa (1972) permite pensar o diagnóstico, a reabilitação e o prognóstico de tratamento das fissuras labiopalatinas pela lógica do envolvimento anatômico, bem como pelas suas implicações.

Segundo Alvarez (2010), as fissuras orais apresentam grande diversidade morfológica e variam desde formas mais graves como as fissuras transforame incisivo, que acometem toda a extensão do lábio e palato, até as formas mais leves como as fissuras cicatriciais, as fissuras de palato submucosa e as fissuras de úvula.

Fissuras cicatriciais de lábio, também conhecidas como “cicatriz de Keith”, são defeitos congênitos, mas com aparência de cicatriz de correção cirúrgica (Alvarez 2010).

Há controvérsia na literatura e muito pouco se conhece sobre a etiologia das fissuras de lábio e/ou palato, mas acredita-se que é multifatorial, uma predisposição genética ou fatores teratogênicos extra genéticos, ditos ambientais. Já nas fissuras que compõem um quadro sindrômico, a etiologia é facilmente determinada pela transmissão genética da síndrome em questão (Silva Filho e Freitas 2007).

Em virtude da sua complexidade, a reabilitação da pessoa com fissura labiopalatina exige um diagnóstico preciso logo após o nascimento, ou seja, o mais breve possível. Os resultados de tratamento dependem da extensão da fissura, da época em que o tratamento é iniciado, da cronologia dos procedimentos cirúrgicos e do seguimento de um protocolo, cumprido em etapas e condutas terapêuticas estabelecido pela equipe interdisciplinar do HRAC-USP, o qual determina os melhores tempos e procedimentos para uma reabilitação efetiva.

Na América do Norte (Americancleft), Europa (Eurocleft e Eurocran) e Escandinávia (Scandcleft), existem iniciativas para padronização e sistematização de condutas de tratamento baseadas em evidencia científica, o que viabiliza a comparação de resultados e avanços na área. Para tanto, muitas pesquisas multicêntricas foram e estão sendo realizadas buscando-se uma documentação

sistemática de resultados do tratamento primário. No Brasil, esta iniciativa de colaboração entre todos os centros do país que atendem pacientes com fissura labiopalatina teve início oficial durante o Simpósio Internacional de Anomalias Craniofaciais da USP, em dezembro de 2011. Esforços para implementar a proposta no Brasil, seguiram as diretrizes dos projetos já em andamento na Europa e América do Norte, Eurocleft e Americleft, respectivamente.

2.2.1 Etapas e condutas terapêuticas

No HRAC, o protocolo para reabilitação tem como tripé as áreas de Cirurgia Plástica, Odontologia e Fonoaudiologia e como áreas de apoio: Psicologia, Pedagogia, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Fisiologia e outros, como pode ser visto na Figura 4 (Universidade de São Paulo 2008).

Fonte: Universidade de São Paulo (2008).

Figura 4 - Fluxograma da sequência de tratamento: etapas e condutas terapêuticas.

Essas etapas e condutas terapêuticas confirmam a complexidade e o rigor do processo de reabilitação que, enquanto serviço, é compreendida como um conjunto de ações de atenção à saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, prevenção e assistência às pessoas, na manifestação de sua saúde e bem-estar, bem como a sua família e comunidade (Graciano, Tavano e Bachega 2007).

Para a World Health Organization (2012), a “reabilitação de pessoas com deficiência é um processo que visa o que e lhes permite alcançar e manter seus ideais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais níveis funcionais. Reabilitação fornece às pessoas com deficiência, às ferramentas que necessitam para atingir a independência e autodeterminação”.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2010) vai além e, em seu artigo 26 define a reabilitação como processo que as pessoas com deficiência possam conquistar o máximo de sua autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida.

No entanto, para essa reabilitação se efetivar, o paciente deve ser considerado na sua totalidade, uma vez que as fissuras labiopalatinas interferem em sua vida, desde o nascimento em virtude das alterações funcionais e estéticas, podendo ocasionar transtornos psicológicos e sociais.

2.2.2 Aspectos estéticos, funcionais e psicossociais das pessoas com fissuras labiopalatinas

Muitos indivíduos acometidos por uma deformidade são estigmatizados pela sociedade que dá prioridade a um padrão “ideal” e assim pessoas com anomalias ficam receosas até de realizar suas atividades cotidianas - lazer; trabalho escola - por se sentirem “observadas” em virtude da sua condição. As fissuras nos remetem ao estigma: um traço que está ligado à face, considerado “cartão de visita” e a fala por ser fundamental na comunicação (Graciano, Tavano e Bachega 2007).

De acordo com Genaro, Fukushiro e Suguimoto (2007), as alterações da fala são as mais variadas, podendo ocorrer desde uma leve distorção de algum fonema causada por deformidade dentofacial, até o desenvolvimento de hipernasalidade e de mecanismos compensatórios, tornando-a ininteligível, repercutindo negativamente junto à sociedade.

Sugere-se que a presença de uma fissura de lábio e rebordo alveolar é mais relacionada com comprometimento da oclusão estética e, as fissuras de palato são mais relacionadas aos problemas de fala e alimentação. Já as crianças nascidas com fissura de lábio e palato têm maior risco de problemas tanto estética quanto na comunicação e alimentação.

Embora haja comprometimentos comuns na aparência em virtude das condições básicas da fissura, elas causam também desvios anatômicos e funcionais originais. Estes desvios são em virtude das variações na etiologia e também às formas do tratamento a que o paciente é submetido. Consequentemente, a severidade da deformidade estética e funcional varia de acordo com a extensão da região afetada e malformada e com o tratamento oferecido (Kummer 2000).

As primeiras cirurgias - *queiloplastia* e *a palatoplastia* - são denominadas de *primárias* e devem ser realizadas preferencialmente na primeira infância com o objetivo de reparar o defeito morfológico no lábio e no palato (Bertier, Trindade e Silva Filho 2007).

No entanto, apenas a(s) cirurgia(s) não são suficientes para a reabilitação do indivíduo; suas exigências vão além e, como refere Graciano, Tavano e Bachega (2007), a atenção psicossocial se revela como um importante instrumento para efetivá-la.

O HRAC não objetiva só a reabilitação estética e funcional, como também prevenção de comprometimentos psicossociais para o paciente e sua família, uma vez que, segundo Amaral (1997), as fissuras labiopalatinas trazem aos indivíduos contingências físicas, psicológicas, afetivas e sociais que produzem consequências manifestadas em forma de: redução de autoconceito, mais dependência dos pais, isolamento, esquia de contatos sociais em situações novas, redução da capacidade verbal, entre outras.

O nascimento de uma criança com malformação pode gerar, nos pais, reações que se apresentam durante um processo contínuo, incluindo (choque, negação, tristeza, raiva, culpa, adaptação e reorganização), acompanhada de dificuldades para lidar com a criança. Essa alteração, na dinâmica familiar, reflete no meio social e traz consequências psicológicas ao paciente (Graciano, Tavano e Bachega 2007).

Essas reações podem ser modificadas ao longo do tempo, principalmente com a oportunidade do tratamento reabilitador dispensado por uma equipe interdisciplinar, ao qual viabiliza uma compreensão melhor das situações enfrentadas, considerando o paciente/família em sua totalidade.

A equipe interdisciplinar deve estar atenta a todas as fases do desenvolvimento, desde o nascimento até a fase adulta, para o alcance dos objetivos na tarefa de reabilitar, estimulando o envolvimento da família/paciente no processo de reabilitação que, por sua complexidade, exige esforços conjuntos para se efetivar (Graciano, Tavano e Bachega 2007).

O Serviço Social, como uma das áreas dessa equipe, será abordado, inicialmente, relacionando a área da saúde como um todo e, posteriormente, ao seu desenvolvimento no HRAC.

2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

O Serviço Social, em sua trajetória, estabeleceu interfaces com diversos campos, especialmente na saúde, onde percebe-se desdobramentos nas diversas especialidades.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução 218/1997 (Brasil 1997), reconheceu o Assistente Social juntamente com outras treze categorias como profissional de saúde de nível superior e reafirmado pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, por meio da Resolução 383/1999 (Conselho Federal de Serviço Social 2010), pautado no novo conceito de saúde preconizado pela Constituição de 1988, na própria formação do Assistente Social e no seu compromisso ético-político, expresso no Código de Ética da Profissão (Conselho Federal de Serviço Social 1993).

Um dos principais fundamentos do Serviço Social firmado nesse Código é o “posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e Políticas Sociais, bem como sua gestão democrática” (Conselho Federal de Serviço Social 1993).

Segundo Costa (2000), a inserção dos Assistentes Sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. A partir dos anos 90, com implementação do SUS, passam a ser exigidas novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário como a universalização, a descentralização e a participação popular.

Com esse reconhecimento, o Assistente Social vem sendo fortemente requisitado para prestar serviços em hospitais, em unidades básicas de saúde, nos

sistemas públicos estaduais e municipais de saúde, para exercer inclusive cargos de direção (Graciano 2010).

Para Bravo (2011), a saúde é uma área privilegiada como campo de luta tanto para a transformação das políticas de saúde como para a transformação da própria sociedade. Daí a importância da atuação do Assistente Social nesta área tão significativa.

Segundo Graciano (2010), o Serviço Social na saúde atua explicitando e enfrentando as diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, agravos e riscos, bem como a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Bravo e Matos (2004) alertam que o trabalho do assistente deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação de conhecimentos e das novas requisições à profissão articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-política do Serviço Social, fortalecendo o compromisso político com a transformação e libertação da sociedade sem, porém, perder de vista a questão da humanização.

Cada ação profissional deve mobilizar conhecimentos, saberes e práticas que fortaleçam Assistentes Sociais enquanto seres humanos, tornando-os capazes de humanizar a sua prática, reconhecendo nos usuários, os sujeitos de direitos em sua realidade humano-social, numa perspectiva de cidadania e democracia (Bravo e Matos 2004 e Martinelli 2007).

Para Bravo e Matos (2006, p. 214), pensar e realizar uma atuação com competência no Serviço Social, na área da saúde, de acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde consiste em:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da - Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho, aos rearranjos propostos pelos governos, que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde (Conselho Federal de Serviço Social 2010).

Essa competência é buscada na prática profissional dos Assistentes Sociais no HRAC, como será abordado a seguir.

2.3.1 O Serviço Social no HRAC

Conforme Iamamoto (2005, p. 75), compete ao Serviço Social formular estratégias, buscando reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito a ela, tendo como norte o projeto ético-político-profissional, articulado ao projeto da reforma sanitária e o Serviço Social, no HRAC, tem essa proposta firmada, desde sua criação em 1973.

Seu objetivo geral, desde então, é viabilizar o acesso ao tratamento e sua continuidade, visando à inclusão do paciente numa política de saúde, por meio dos programas de reabilitação. A proposta tem como eixo fundamental, a prevenção e intervenção nos casos de abandono de tratamento por meio de diferentes

programas, que otimizam a continuidade do tratamento, em consonância com os parâmetros referidos anteriormente.

Como objetivos específicos o Serviço Social do HRAC, propõe-se a:

- Favorecer a emancipação social e a inclusão social da pessoa com deficiência e de sua família;
- Interpretar a instituição, seus serviços e o processo de reabilitação;
- Identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo de reabilitação;
- Prevenir e ou intervir junto às dificuldades sociais, econômicas e culturais que possam interferir no processo de reabilitação;
- Mobilizar recursos institucionais e comunitários, especialmente no campo da saúde e assistência;
- Viabilizar a efetivação dos direitos básicos de cidadania, a partir da inclusão em políticas públicas;
- Buscar formas de enfrentamento individual e coletivo para as questões sociais que envolvam o processo de reabilitação;
- Desenvolver práticas participativas de mobilização e organização de pessoas com deficiências;
- Fornecer à equipe uma visão da realidade sócio-econômica e cultural da clientela, assegurando-lhe sua reabilitação;
- Colaborar com a formação e aperfeiçoamento profissional, por meio de atividades de ensino e pesquisa, efetivando uma política de recursos humanos;

- Prestar assessoria técnica de interesse do Hospital;
- Contribuir para a construção de conhecimentos científicos, na área de Serviço Social.

Para cumprir esses objetivos, foram criados Programas em nível de Ambulatório, Internação e Projetos Comunitários (Graciano, Tavano e Bachega 2007).

- ✓ **Serviço Social Ambulatorial:** Compreende os atendimentos individuais e grupais aos casos novos e aos pacientes com agendamento ambulatorial e acompanhamento dos casos de Bauru;
 - **Acolhimento e atendimento de casos novos:** por meio de abordagem coletiva e individual;
 - **Atendimento ambulatorial: plantão social “in loco” e agendamento:** para atender as demandas de rotinas e espontâneas;
 - **Acolhimento e humanização na sala de espera: “Sinta-se em casa”:** que busca qualificar o tempo na sala de espera por meio de atividades educativas, culturais e recreativas;
 - **Atendimento à gestantes e familiares com diagnóstico de bebê com anomalia craniofacial:** para apoio psicossocial e orientação a gestante e/ou família;
 - **Atendimento social a casos de Bauru (Projeto Bauru) e Região:** prestando assistência mais próxima a casos novos e em seguimento. Este programa é responsável também pela adoção nacional ou internacional, nos casos de abandono familiar.

-
- ✓ **Serviço Social de Internos:** Compreende os atendimentos individuais, grupais e visita aos leitos da Unidade de Internação, em horário regular e com escala de plantões aos finais de semana e feriados:
 - **Integração e dinamização hospitalar (internação, acompanhamento, alta e óbito):** para apoio psicossocial e contribuir no processo de integração e humanização, durante o período de hospitalização;
 - **Assistência hospitalar aos usuários: plantão social “in loco” e emergencial:** no atendimento das demandas sociais dos usuários, no período de hospitalização;
 - **Acolhimento e humanização de acompanhantes da Unidade de Cuidados Especiais (UCE) e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – “Bem Estar”:** favorecendo a convivência social grupal, proporcionando acolhimento, integração e humanização, durante o período de hospitalização.

 - ✓ **Serviço Social de Projetos Comunitários:** responsável pelos projetos extra-muros. Compreende atendimentos individuais, grupais com agentes multiplicadores e procedimentos indiretos aos diferentes programas:
 - **Agentes Multiplicadores:** Capacitação de pais e/ou pacientes adultos para atuarem no país como **coordenadores** nas cidades dos pacientes e outros recursos humanos – **representantes comunitários** - para apoio à reabilitação;

- **Parceria com Prefeituras Municipais:** intercâmbio para apoio locomoção (**Projeto Carona Amiga** – agrupamento de pacientes para atendimento no HRAC em um mesmo dia) e designação de representantes comunitários;
- **Parceria com Promotorias Públicas:** para prevenir e /ou intervir nos casos de irregularidades e abandono de tratamento;
- **Prevenção e intervenção a casos de abandono de tratamento:** mobilizando recursos humanos e institucionais da cidade dos pacientes irregulares;
- **Assessoria às associações núcleos e subsedes do país:** colaborando no processo de capacitação de recursos humanos;
- **Assessoria à Rede Profis (Rede Nacional de Associações de Pais e Portadores de Fissura Lábio-Palatais):** por meio de atendimento direto e indireto das associações integrantes;
- **Mobilização do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do Sistema Único de Saúde (SUS):** intervenção junto às Secretarias de Saúde, para assegurar a liberação do benefício (TFD), que consiste no pagamento de passagens e ajuda de custo ao paciente/acompanhante durante nos retornos HRAC);
- **Assistência social integrada: HRAC e Profis** (Sociedade de Promoção Social do Fissurado Labiopalatal): desenvolvendo programas de assistência integrados (HRAC e Profis), viabilizando o acesso e a continuidade do tratamento.

A Profis é uma entidade de direito privado com fins filantrópicos, destinada a prestar assistência social aos pacientes em tratamento no Centrinho/USP. Criada em 01/09/1975, oferece serviços aos pacientes e seus familiares, entre os quais se destacam: assistência social, nutricional, sala de descanso, berçário, guarda volumes, dentre outros. Ela também concede benefícios para viabilizar a estada do paciente e acompanhante em atendimento no HRAC como: alimentação, hospedagem e medicamentos, entre outros de acordo necessidade/demanda (Sociedade de Promoção Social do Fissurado Labiopalatal 2003).

Como pode ser visto, as atividades desenvolvidas pelo HRAC e, conseqüentemente, pelo Serviço Social baseia-se no tripé, que envolve ações voltadas para ensino, pesquisa e assistência à população com anomalias craniofaciais e outras deficiências.

Especificamente na área de Ensino e Pesquisa, o Serviço Social tem colaborado na produção de conhecimentos e formação de recursos humanos na área da saúde e reabilitação, por meio de supervisão e orientação no estágio de graduação, curso de aprimoramento, Especialização, Residência Multiprofissional, Mestrado e Doutorado, dentro dos cursos e programas de pós-graduação promovidos pelo HRAC, “stricto e latu senso”, além do acompanhamento de visitas técnicas e institucionais.

A disseminação e atualização de conhecimentos no Serviço Social também têm se efetivado por meio de cursos (participação e aulas), eventos (organização, promoção, participação) e publicações nacionais e estrangeiras.

Os programas de prestação de serviços, ensino e pesquisa são assim descritos por Graciano (1999/2000, p. 19):

Assistência: trata-se de uma política da seguridade social, definida como o conjunto integrado de ações dos poderes políticos e da sociedade,

destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Essas políticas devem ser colocadas como direito e não como favor para a população usuária, conforme estabelecido na Constituição Federal, especialmente na LOAS.

Ensino: Entendido como arte de ensinar, transmitir conhecimentos, educar, orientar, formar e aperfeiçoar recursos humanos.

Pesquisa: Entendida como busca, indagação, descoberta de conhecimentos novos e científicos contribuindo para a análise e transformação da realidade.

Independentemente do Setor e dos objetivos do Serviço Social no HRAC, o Assistente Social firma seu compromisso com a defesa dos direitos dos indivíduos, mobilizando as políticas de saúde para garantir a reabilitação com suas especificidades.

Portanto, cabe-lhe assumir desafios, empreendendo uma prática social educativa e política de enfrentamento às questões sociais, tendo como meta contribuir para a inclusão das pessoas com deficiência nas políticas sociais, viabilizando o acesso aos serviços de saúde e reabilitação, ampliando e consolidando cidadania dos sujeitos. Para tanto, utiliza-se de instrumental na sua ação cotidiana, como será abordado a seguir.

2.4 O ESTUDO SOCIAL NO HRAC COMO INSTRUMENTAL E SEUS INDICADORES

“O estudo social é um processo metodológico específico do Serviço Social, que tem por finalidade conhecer profundamente, e de forma crítica, uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto da intervenção profissional – especialmente nos seus aspectos sócio-econômicos e culturais” (Fávero 2007, p. 42-3).

Caracteriza-se como um instrumental técnico para a intervenção social e deve ser visualizado como uma mediação, que permite a passagem das ações

meramente instrumentais, para o exercício profissional crítico e competente (Guerra 2000, p. 60).

O estudo socioeconômico, enquanto instrumental do Assistente Social, é operacionalizado enquanto metodologia de trabalho, de domínio específico e privativo do Assistente Social, conforme o Art. 4º da Lei nº. 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a Profissão de Assistente Social e dá outras providências (Brasil 1993a). De sua fundamentação rigorosa, teórica, ética e técnica, com base no projeto da profissão, depende a utilização adequada do estudo para a garantia e ampliação de direitos dos usuários dos serviços sociais.

É um trabalho baseado na realidade familiar e na realidade social de cada indivíduo, tendo como finalidade subsidiar decisões e ações, possibilitando a coleta de informações a respeito dessa realidade e as questões sociais que afetam suas relações sociais, especialmente seus aspectos socioeconômicos e culturais.

O Assistente Social, ao usar seu instrumental, deve estabelecer as inter-relações entre os diversos fatores que constituem a questão social, portanto, o seu conhecimento acumulado e a sua habilidade são primordiais para a realização do estudo. A construção do estudo social é pautada em quatro itens fundamentais: o que conhecer; porque (quais os objetivos); para quê (com quais finalidades); como (quais instrumentais e técnicas serão utilizados para a ação). Assim, não só o objetivo e a finalidade precisam ser bem definidos, mas também o instrumental para a investigação social (Fávero 2007).

O estudo social, na sua complexidade, concretiza-se por meio da relação entre os indicadores sociais, que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), é uma análise das condições de vida da população brasileira e

tem como objetivo possibilitar um conhecimento mais amplo da realidade social do País.

Segundo Varelli (2000), os indicadores sociais podem ser conceituados como parâmetros qualificados e/ou quantificados, que servem para detalhar com que medida os objetivos foram alcançados, dentro de um prazo delimitado e em uma localidade específica, são uma espécie de “marca” ou “sinalizador”, que busca expressar algum aspecto da realidade, sob uma forma que possamos observá-lo ou mensurá-lo.

Especificamente, no estudo social, a utilização de indicadores permite maior aproximação com o conceito “abstrato” a que o indicador se propõe a operacionalizar, informado sobre aspectos ligados à realidade social. Jannuzzi (2003, p. 15), define indicador social como:

Uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma.

A validade de um indicador corresponde à proximidade entre o conceito e a medida, isto é, a sua capacidade de refletir, de fato, o conceito abstrato a que o indicador se propõe a substituir ou operacionalizar.

Com base nessa literatura, entende-se que os indicadores, se bem empregados, podem enriquecer a interpretação empírica da realidade social, sendo o estudo social de fundamental importância no processo de caracterização, aproximação e conhecimento da realidade, com vistas à intervenção social. Além disso, pode orientar de forma mais competente a análise, a formulação e a implementação de políticas sociais.

No HRAC o Serviço Social tem como referência o estudo social – seu principal instrumental – para a efetivação de suas ações, como proposta para conhecer a realidade do usuário, que permite fundamentar o diagnóstico que vai nortear a ação do profissional.

Para isso, conta com uma metodologia própria para o estudo desenvolvida e atualizada por Graciano, Lehfeld e Neves Filho (1996, 1999) e Graciano e Lehfeld (2010), consiste num sistema de pontos de acordo com critérios avaliativos sistematizados em uma tabela denominada “Instrumental de classificação sócio-econômica”, compreendendo cinco indicadores: situação econômica da família, número de pessoas residentes no domicílio, nível educacional, nível de ocupação e condições habitacionais.

Explicitando os indicadores:

- **Situação econômica da família:** expressa na forma mais ampla possível, a maneira pela qual se dá a distribuição da renda para as diversas classes e segmentos sociais, em uma economia monetária capitalista. Aqui, a espécie de rendimento é caracterizada pelos salários, lucros, rendimentos financeiros, honorários e aposentadorias obtidas pelas categorias sociais e ou profissionais.
- **Número de membros residentes na família:** a composição familiar responde às transformações pelas quais passaram a família brasileira, emprestando maior peso às famílias cujo número de membros é menor. Por sua vez, a variável “residentes” expressa a restrição e a relação que deve haver entre a família e os membros da residência, recortando-a espacialmente.

- **Escolaridade dos membros da família:** busca-se conhecer o seu nível de escolaridade, sendo destaque maior nível declarado do responsável, o que determina número de pontos aí obtidos, adotando-se a nova nomenclatura definida pela Lei de Diretrizes e Bases nº. 9394 (Brasil 1996). Compõe-se de: Educação Básica (Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio) e Educação Superior. O Ensino Fundamental, com duração de nove anos se subdivide em Ciclo I (do 1º ao 5º anos iniciais) e Ciclo II (do 6º ao 9º anos finais) (São Paulo 1996).
- **Habitação:** extrai elementos quantitativos e qualitativos, possíveis em função da dupla entrada permitida no quadro. Primeiro, os elementos qualitativos, próprios à situação de moradia, expressam variáveis valorativas associadas a infraestrutura física e de bem estar socioeconômica familiar e reafirmam, nesta perspectiva, os pontos dos limites inferiores e superiores, determinados pela condição (precária, insatisfatória, regular, boa e ótima). Em segundo lugar, a condição de posse e de propriedade de moradia, base para qualquer classificação socioeconômica que determina os valores possíveis de serem aí alcançados. A localização da residência (rural, urbana e suburbana) amplia a visão qualitativa dos dados familiares.
- **Ocupação dos membros da família:** por meio do recorte profissional da família, obtemos uma outra variável significativa para a classificação socioeconômica, onde estão inseridas as ocupações mais usuais, associadas aos diversos setores econômicos coerentes aos tipos de rendimento obtido. As categorias distribuem-se segundo sua inserção na ocupação, tendo como critério a propriedade que exerce sobre seus

meios de produção ou trabalho. Neste é observado o maior nível ocupacional do responsável.

A construção desses indicadores necessários à classificação socioeconômica tem por objetivo expressar as situações encontradas socialmente e servir de instrumento para o conhecimento aproximativo da realidade do usuário e intervenção, a partir desse conhecimento. Esses indicadores socioeconômicos dispõem-se a informar sobre o total da renda familiar e o(s) tipo(s) de rendimento(s) a que tem acesso, a educação e a(s) ocupação(ões) por setor(es) de atividade(s), bem como as condições e situações habitacionais, de onde deriva-se inferências sobre o tipo e o grau de inserção da família, na estrutura social e na Instituição.

Para a classificação: utiliza-se um sistema de pontos de acordo com critérios avaliativos sistematizados em uma tabela denominada “Instrumental de classificação socioeconômica”. As caracterizações foram definidas pelos referidos autores, a partir de um sistema de pontuação simples que resulta por correlações, em seis estratos, a saber: Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI), Média (M), Média Superior (MS) e Alta (A).

Esses dados objetivos devem ser percebidos como um registro vivo do cotidiano dos usuários dos serviços, suas carências e suas estratégias de sobrevivência e resistência.

Segundo Sposatti (2010), o estudo social tem também o papel fundamental de propiciar a veiculação de informações referentes ao direito de cidadania, a compreensão da burocracia institucional e a motivação para a busca dos serviços de que necessita e de organização sócio comunitária de seu cotidiano.

Entende-se assim, de acordo com Graciano (2010), que o estudo social, independentemente de sua instrumentalização, deve propiciar à prestação de

assistência social aos usuários como um direito, devendo ser visualizado numa perspectiva mais ampla, pois permite o conhecimento da história de vida dos usuários, suas necessidades e suas experiências.

É preciso, sim, garantir a equidade, ancorada na universalidade, baseado no conhecimento da realidade social e das necessidades sociais particulares, para melhor atender aos usuários das políticas sociais, ampliando os direitos de cidadania, em interfaces com as demais políticas.

É preciso, ainda, resgatar o estudo social afinado com o projeto ético-político do Assistente Social. O compromisso é não discriminar cidadãos no seu acesso a bens e serviços, não estabelecendo, portanto, critérios constrangedores e vexatórios que estigmatizem e rebaixem o status de cidadania dos usuários das políticas sociais públicas.

Em virtude do trabalho, na área da saúde, ser desenvolvido em equipe e, na sua maioria, utilizar-se do prontuário único, o conteúdo do estudo socioeconômico permite um conhecimento aproximativo da realidade do usuário fornecendo subsídios à equipe para um atendimento e planejamento do tratamento com base na realidade social de cada um.

Este trabalho se justifica, pois, por meio da análise das condições socioeconômicas e a intervenção do Assistente Social, pode se estabelecer uma correlação desses fatores com o perfil clínico e a efetivação das condutas terapêuticas estabelecida para a reabilitação do paciente como referido a seguir nos objetivos.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Evidenciar os aspectos sociais e suas interrelações com o processo de reabilitação de pessoas com fissuras labiopalatina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil clínico e social dos sujeitos, considerando as etapas e condutas terapêuticas da reabilitação e os aspectos demográficos, socioeconômicos, geográficos e recursos comunitários;
- b) Configurar os estratos sociais, a partir das interrelações dos diferentes indicadores socioeconômicos;
- c) Verificar se os aspectos constitutivos do estudo social foram explorados em sua totalidade;
- d) Evidenciar as ações interventivas do Serviço Social, face as intercorrências e/ou questões sociais para a efetivação do processo de reabilitação.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

Foi acessado o Banco de Dados do HRAC – Sistema Ghandi⁴ – para identificar o universo dos sujeitos da pesquisa, obedecendo aos seguintes critérios: fissura transforame unilateral, na faixa etária de 0 a 11 anos e 11 meses e 29 dias, procedentes do Departamento Regional de Saúde – DRS VI que corresponde a região de Botucatu, Avaré, Jaú, Lins e Bauru. O total de pacientes foi de 65.

A fissura transforame foi escolhida por seu comprometimento estético e funcional; quanto a faixa etária, foi delimitado infância e pré-adolescência porque as principais etapas do processo de reabilitação concentram-se nesse período, viabilizando não somente procedimentos interventivos, mas, os preventivos principalmente.

De acordo com a listagem obtida no Sistema Gandhi (65 sujeitos), foi efetuada uma análise dos prontuários. Essa análise apontou como sujeitos da amostra, 52 pacientes que atendiam aos critérios de seleção; os demais (13) foram excluídos em virtude de:

- participarem do Projeto Flórida⁵ que conta com um protocolo próprio (5 pacientes);
- terem anomalias associadas (5 pacientes);
- ter vindo somente para a avaliação inicial (1 paciente);
- ter fissura pré forame (1 paciente);
- ter optado por outro serviço (1 paciente).

⁴ Ghandi – Gerenciamento de Informação Hospitalar

⁵ Projeto Flórida – projeto desenvolvido em parceria com a Universidade da Flórida, nos Estados Unidos, estabelecendo um protocolo de atendimento diferente da rotina do HRAC, no que se refere a época da cirurgia de lábio e palato e periodicidade dos retornos.

A pesquisa foi documental, baseada no prontuário dos sujeitos da pesquisa o que, de acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), permite extrair informações, investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise. Para tanto, foram seguidas etapas para organizar e categorizar essas informações que posteriormente foram analisadas.

Nesta análise foram considerados:

- a) aspectos clínicos:** idade inicial na matrícula, idade atual, tempo de tratamento, situação do tratamento correspondente às etapas e condutas terapêuticas;
- b) aspectos constitutivos do estudo socioeconômico:** situação econômica, escolaridade, número de membros da família, habitação e ocupação, aspectos psicossociais, recursos, parecer e intervenção social, de acordo com o protocolo do Serviço Social (Anexo 1).

Para a tabulação dos dados, foi elaborado um formulário contemplando os aspectos acima citados (Anexo 2), acompanhado do Termo de Compromisso de Manuseio de Informações (Anexo 3).

O referido trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP (Anexo 4).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a seguir se apresentam de forma descritiva e estatística concomitantemente à discussão dos mesmos, articulados com a teoria referenciada e prática profissional, buscando atender aos objetivos propostos. Os dados estão organizados de forma a caracterizar a amostra segundo o perfil clínico, etapas e condutas terapêuticas e perfil social.

5.1 PERFIL CLÍNICO

Com base nos dados obtidos por meio da análise dos prontuários dos sujeitos da pesquisa, será apresentado o perfil clínico, lembrando que todos os sujeitos têm o mesmo tipo de fissura - transforame unilateral e procedentes dos municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde – DRS VI, sediado em Bauru.

A Tabela 1 caracteriza os sujeitos considerando a procedência, idade na matrícula no HRAC e idade atual.

Tabela 1 - Caracterização da amostra, quanto a procedência, idade na matrícula e idade atual.

Procedência	TOTAL
Agudos	2 (3,8%)
Avaré	3 (5,8%)
Bariri	2 (3,8%)
Barra Bonita	1 (1,9%)
Bauru	13 (25,0%)
Bocaina	1 (1,9%)
Botucatu	3 (5,8%)
Cafelândia	1 (1,9%)
Igaraçu do Tietê	2 (3,9%)
Itaí	2 (3,9%)
Itatinga	2 (3,9%)
Jau	2 (3,9%)
Lençóis Paulista	3 (5,8%)
Lins	6 (11,5%)
Manduri	1 (1,9%)
Paranapanema	1 (1,9%)
Pirajuí	3 (5,8%)
Promissão	2 (3,8%)
São Manuel	1 (1,9%)
Torrinha	1 (1,9%)
Total	52 (100%)

Idade na matrícula	TOTAL
Menos de 1 mês	31 (59,7%)
1 mês	9 (17,3%)
2 e 3 meses	5 (9,6%)
4 e 5 meses	5 (9,6%)
8 meses	1 (1,9%)
3 anos	1 (1,9%)
Total	52 (100%)

Idade atual	TOTAL
Até 2 anos	8 (15,4%)
3 e 4 anos	8 (15,4%)
5 e 6 anos	9 (17,3%)
7 e 8 anos	14 (26,9%)
9 à 12 anos	13 (25,0%)
Total	52 (100%)

Considerando as cidades integrantes da DRS-VI, observa-se que o maior número 13 (25,0%) dos sujeitos é **procedente** de Bauru, seguido da cidade de Lins com 6 (11,5%). Com relação à **idade na matrícula**, houve maior concentração na faixa etária até um mês de idade 31 (59,6%), seguido dos sujeitos com um mês completo 9 (17,3%) que juntos somam 40 (76,9%).

A precocidade no início do tratamento favorece o processo de reabilitação e foi justificada pelo acesso aos recursos de saúde para o encaminhamento e a proximidade geográfica do HRAC. Os demais sujeitos foram matriculados na faixa de 2 a 5 meses de idade (19,2%), seguidos apenas de um (1,9%) com 8 meses e um sujeito (1,9%) com 3 anos de idade. Estes sujeitos tiveram a matrícula tardia em função da idade em que transferiram residência para Bauru, para facilitar o processo de reabilitação.

A **idade atual** dos sujeitos teve seus maiores índices na faixa etária de 7 a 8 a 11 meses e 29 dias (26,9%) e entre 9 a 12 anos e 11 meses e 29 dias (25,0%).

O processo de reabilitação é iniciado na infância e se estende até a idade adulta, como mostram as etapas e condutas terapêuticas que serão abordadas a seguir.

5.2 ETAPAS E CONDUTAS TERAPÊUTICAS

O planejamento de tratamento do paciente é realizado em sua primeira vinda ao Hospital - Caso Novo - pela Equipe de Diagnóstico, composta pelas áreas de cirurgia plástica, ortodontia e fonoaudiologia a qual confirma a elegibilidade do caso para matrícula no HRAC. Durante este atendimento, os pais e/ou responsáveis são informados sobre o processo de reabilitação quando têm a oportunidade de

esclarecer dúvidas. A seguir são encaminhados para atendimentos nas áreas de apoio: Pediatria, Clínica Geral, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição (menores de dois anos), Otorrinolaringologia (acima de quatro anos) e Genética. Quando necessário, são encaminhados para outras especialidades: Cardiologia, Neurologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia (Moraes 2012).

A partir daí, o tratamento é iniciado em cumprimento às etapas e condutas terapêuticas para a reabilitação, levando-se em consideração as especificidades dos casos e as expectativas do paciente/família.

A Tabela 2 caracteriza os sujeitos da pesquisa quanto ao seguimento deste planejamento, no que se refere às cirurgias primárias.

Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto a realização das cirurgias primárias.

Realização Tipo de cirurgia	Não	Sim	Total
Queiloplastia	0	52 (100%)	52 (100%)
Palatoplastia	0	52 (100%)	52 (100%)

Entre os sujeitos, a maioria (84,6%), realizou a cirurgia do lábio (queiloplastia) entre 3 e 8 meses de idade. A partir desse tempo, até 18 meses, há 6 pacientes (11,5%). Apenas 1 paciente está fora destas faixas, em virtude da idade na matrícula (3 anos). Estes índices são positivos: - revelam a precocidade, no processo de reabilitação.

A queiloplastia é indicada a partir dos 3 meses de idade para a reparação do lábio, podendo ser realizada pela técnica de Spina ou Millard (sendo a técnica de Millard apenas para pacientes com fissura unilateral, associada ou não à correção primária da asa nasal). Segundo Bertier, Trindade e Silva Filho (2007), a técnica de

Spina visa basicamente restabelecer a continuidade do lábio pela adesão de ambos os segmentos labiais ao prólabio e pelo preenchimento do vermelhão com retalhos cutaneomusculares. Já a técnica de Millard, visa o fechamento do lábio com o avanço do retalho da vertente lateral, do lado fissurado e a rotação do retalho da vertente medial, do lado não fissurado, originando uma cicatriz vertical em formato de Z alto, que simula a linha filtral.

Para a realização da queiloplastia o paciente é submetido à avaliações pré-cirúrgica nas áreas: Pediatria, Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Enfermagem, Odontopediatria e Exames Laboratoriais.

Seguindo as etapas de tratamento após realização da queiloplastia, é indicada, a partir dos 12 meses de idade, a cirurgia de palato (palatoplastia), sendo o paciente submetido à avaliação pré-cirúrgica para confirmar sua condição clínica e laboratorial.

Na amostra, a maioria (80,8%) submeteu-se à palatoplastia entre 1 ano e 1 ano e 11 meses; entre 2 anos e 2 anos e 9 meses, 13,5%. A partir desse tempo, 2 sujeitos (3,8%) estão incluídos: um com 4 anos e 4 meses de idade, o que foi matriculado com 3 anos e 1 com 5 anos e 9 meses de idade, em virtude de faltas e das condições clínicas para se submeter a este procedimento, nos agendamentos anteriores. Para apenas 1 sujeito (1,9%), foi indicada a palatoplastia em 2 tempos, o que aconteceu com 4 meses (junto com a queiloplastia) e o 2º tempo com 2 anos e 8 meses.

Para a cirurgia de palato é utilizada a técnica de Von Langenback, que consiste numa incisão na margem de ambos os lados da fissura, desde a úvula até a região alveolar, seguida do deslocamento dos retalhos muco periosteal de ambos os lados, tanto na superfície nasal, como oral (Bertier, Trindade e Silva Filho 2007).

De acordo com as Etapas e Condutas Terapêuticas, após 12 meses da palatoplastia, é realizada a revisão pós-cirúrgica que prevê atendimentos não só com as áreas de comando (3), mas também com Pediatria, Otorrinolaringologia e Enfermagem, além das outras as áreas de apoio.

Dos 52 sujeitos submetidos às cirurgias de lábio e palato, 45 (84,6%) fizeram a revisão pós-cirúrgica de palato. Os demais, 7 (15,4%), não se encontravam em idade ou seja, completado 12 meses da realização da cirurgia.

A Tabela 3 demonstra as especialidades pelas quais esses 45 sujeitos foram atendidos, durante esta revisão pós-cirúrgica.

Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto a revisão pós-cirúrgica do palato e áreas de atendimento.

Atendimento Especialidades	Não	Sim	Total
Cirurgia Plástica	9 (20%)	36 (80%)	45 (100%)
Pediatra	16 (35,6%)	29 (64,4%)	45 (100%)
Odontopediatria	14 (31,1%)	31 (68,9%)	45 (100%)
Enfermagem	33 (73,3%)	12 (26,7%)	45 (100%)
Otorrinolaringologia	18 (40,0%)	27 (60,0%)	45 (100%)
Fonoaudiologia/Audiologia	13 (28,9%)	22 (48,9%)	45 (100%)
Áreas de Apoio	24 (53,3%)	21 (46,6%)	45 (100%)

Como previsto, a maioria dos sujeitos agendados para revisão pós-cirúrgica foram atendidos nas áreas de: Cirurgia Plástica 36 (80,0%); Odontopediatria 31 (68,9%) e Fonoaudiologia 22 (48,9%), quando foi verificado o resultado da cirurgia e a necessidade de outros procedimentos. Especificamente na área de odontopediatria, é definido com os pais o acompanhamento entre 2 e 4 anos de idade, que pode ser feito na cidade de origem. Na área de Otorrinolaringologia, 27

(60,0%) foram atendidos e na Enfermagem 12 (26,7%). Dos 45 sujeitos, somente 5 (11,1%), foram atendidos em todas as áreas previstas para esta etapa. Nas áreas de apoio, 21 (46,6%) sujeitos tiveram algum atendimento nas especialidades: Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Genética, Nutrição, Fisiologia e Neurologia.

Nesta etapa, a área de cirurgia plástica avalia a necessidade de cirurgias secundárias; dos 52 sujeitos (100%), 36 (69,2%) estavam em idade para esta avaliação (12 meses após a palatoplastia). Os demais, 16 (30,8%), ainda não haviam completado o tempo exigido.

A Tabela 4 mostra a indicação e realização das cirurgias secundárias: palatoplastia secundária, correção de fistula e faringoplastia, entre os 36 sujeitos da pesquisa (100%).

Tabela 4 - Caracterização da amostra quanto à indicação e realização de cirurgias secundárias.

Indicação	Palatoplastia secundária	Fístula buco nasal	Faringoplastia
Não	30 (83,3%)	28 (77,8%)	35 (97,2%)
Sim	6 (16,7%)	8 (22,2%)	1 (2,8%)
Total	36 (100%)	36 (100%)	36 (100%)
Realização	Palatoplastia secundária	Fístula buco nasal	Faringoplastia
Não	0	0	0
Sim	6 (100%)	8 (100%)	1 (100%)
Total	6 (100%)	8 (100%)	1 (100%)

A palatoplastia secundária e faringoplastia são realizadas após 4 anos de idade, mediante liberação dos setores de Odontopediatria, Ortodontia e Fonoaudiologia. A cirurgia de palato secundária busca a otimização da função velofaríngea, pelo restabelecimento da função muscular do palato mole, não

alcançada no ato da cirurgia primária (Ribeiro, Leal e Thuin 2007). Na revisão pós-cirúrgica, houve indicação e realização da palatoplastia secundária para 6 sujeitos (16,7%).

A correção de fístula de palato deve ser feita após um ano da palatoplastia, a critério das áreas de fonoaudiologia e cirurgia plástica, quando o paciente apresentar queixas de refluxo nasal a líquidos e/ou alimentos pastosos, alteração de fala decorrente de escape de ar e/ou otites de repetição, devendo ser liberada pelas áreas de Odontopediatria e Ortodontia (Universidade de São Paulo 2008). Esta correção foi indicada para 8 (22,2%) sujeitos e realizada em todos (100%).

A faringoplastia tem como principal objetivo aprimorar a fala, por meio da correção da hipernasalidade e do escape do ar nasal (Marques 2004). Esta cirurgia foi indicada apenas para 1 (2,8%) sujeito, que a realizou.

Após esta etapa, o paciente deve retornar para avaliação em ambulatório, com 4 anos de idade.

Dos 52 sujeitos, 36 (69,2%) encontravam-se na faixa etária indicada. Dentre os 36 (100%), 32 (88,9%) passaram por esta avaliação e 4 (11,1%) não o fizeram em virtude de falta e não agendamento.

Esta avaliação envolve as áreas de comando, somando-se à Pediatria e Enfermagem e Otorrinolaringologia e demais áreas de apoio, como mostra a Tabela 5, referindo-se a 32 sujeitos.

Tabela 5 - Caracterização da amostra quanto ao atendimento ambulatorial aos 4 anos de idade.

Atendimento Especialidade	Não	Sim	Total
Cirurgia Plástica	17 (53,1%)	15 (46,9%)	32 (100%)
Pediatria	18 (56,3%)	14 (43,8%)	32 (100%)
Odontopediatria	3 (9,4%)	29 (90,6%)	32 (100%)
Enfermagem	24 (75,0%)	8 (25,0%)	32 (100%)
Otorrinolaringologia	10 (32,3%)	22 (68,8%)	32 (100%)
Fonoaudiologia/Audiologia	8 (25,0%)	24 (75,0%)	32 (100%)
Áreas de Apoio	13 (40,6%)	19 (59,4%)	32 (100%)

Nesta etapa, o maior número de atendimentos ficou na área odontológica, 29 (90,6%). Como refere Gomide e Costa (2007, p. 209), o tratamento necessita de constante acompanhamento que se inicia logo após ao nascimento e estende-se por um longo período no qual são empreendidos os procedimentos cirúrgicos primários e secundários, bem como os ortodônticos, justificando, assim a importância da obtenção e manutenção da saúde bucal.

Na área de Fonoaudiologia, 24 (75,0%) foram atendidos; Otorrinolaringologia 22 (68,8%) e Pediatria 14 (43,8%). Nas áreas de apoio: Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, Fisiologia e Neurologia, 19 (59,4%) sujeitos foram atendidos.

A próxima avaliação ambulatorial é prevista para a faixa etária de 5 a 6 anos e, nesta faixa, encontravam-se 32 sujeitos (61,5%).

Entre estes, 32 sujeitos (100%), 26 (81,2%) foram avaliados e 6 (18,8%) não o fizeram, em virtude de falta e não agendamento. Para esta avaliação, estão previstos atendimentos nas áreas de comando (3) - Pediatria, Enfermagem e Otorrinolaringologia, assim como as áreas de apoio como mostra a Tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização da amostra quanto ao atendimento ambulatorial na faixa etária de 5 e 6 anos de idade.

Atendimento Especialidade	Não	Sim	Total
Cirurgia Plástica	9 (34,6%)	17 (65,4%)	26 (100%)
Pediatria	9 (34,6%)	17 (65,4%)	26 (100%)
Odontopediatria	4 (15,4%)	22 (84,6%)	26 (100%)
Enfermagem	19 (73,1%)	7 (26,9%)	26 (100%)
Otorrinolaringologia	3 (11,5%)	23 (88,5%)	26 (100%)
Fonoaudiologia/Audiologia	4 (15,4%)	22 (84,6%)	26 (100%)
Áreas de Apoio	9 (34,6%)	17 (65,4%)	26 (100%)

Entre estes, 26 (100%), os maiores índices foram alcançadas pela área de Otorrinolaringologia 23 (88,5%) e Odontopediatria 22 (84,6%), seguido das áreas de Pediatria e Cirurgia Plástica, que atingiram o índice de 17 (65,4%). Para as áreas de apoio: Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Neurologia, nutrição, Fisiologia e Radiologia, 17 (65,4%) sujeitos foram atendidos.

A importância das avaliações durante o processo de reabilitação é no sentido de um acompanhamento mais próximo ao desenvolvimento do paciente, ratificação de conduta e/ou alteração no tratamento.

A próxima etapa refere-se à avaliação ambulatorial na faixa etária de 8 a 12 anos e as áreas previstas para este atendimento são: Odontopediatria, Ortodontia, Fonoaudiologia/Audiologia, Pediatria e Enfermagem, além das áreas de apoio.

Nesta faixa etária, encontravam-se 23 sujeitos (44,2%). Dentre estes 23, apenas 2 (8,7%) não foram atendidos em virtude de falta e do não agendamento, totalizando, portanto, 21 sujeitos (100%), como demonstra a Tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto ao atendimento ambulatorial na faixa etária de 8 a 12 anos de idade.

Atendimento Especialidade	Não	Sim	Total
Cirurgia Plástica	8 (38,1%)	13 (61,9%)	21 (100%)
Pediatria	12 (57,1%)	9 (42,9%)	21 (100%)
Odontopediatria	4 (19,0%)	17 (81,0%)	21 (100%)
Enfermagem	14 (66,7%)	7 (33,3%)	21 (100%)
Otorrinolaringologia	5 (23,8%)	16 (76,2%)	21 (100%)
Fonoaudiologia/Audiologia	9 (42,9%)	12 (57,1%)	21 (100%)
Ortodontia/Bucomaxilo	9 (42,9%)	12 (57,1%)	21 (100%)
Áreas de Apoio	5 (24,0 %)	16 (76,0%)	21 (100%)

A área de odontopediatria atingiu o maior índice (81,0%) de atendimento, quando procura definir com os pais o tratamento que pode ser realizado na cidade de origem.

Nesta fase é iniciado o atendimento no setor de Ortodontia para avaliação pré-enxerto ósseo, para o qual 12 sujeitos (57,1%) foram agendados. Dos 12 (100%) que passaram pela Ortodontia, para avaliação pré-enxerto ósseo, 8 (66,7%) tiveram indicação para tal procedimento e todos (100%) cumpriram esta etapa. Esta cirurgia é indicada e liberada pelo cirurgião bucomaxilo, para os casos de fissuras transforame e pré-forame e consiste no preenchimento do defeito ósseo residual causado pela fissura, viabilizando a irupção dentária nesta região e um tratamento ortodôntico mais propício (Silva Filho, Ozawa e Carvalho 2007).

Na área de Fonoaudiologia/Audiologia, 12 sujeitos (57,1%) foram atendidos. Nesta etapa, existe a possibilidade de alta fonoaudiológica, o que não aconteceu entre os sujeitos da amostra. Mesmo sem previsão para esta etapa, a área de Cirurgia Plástica atendeu 13 sujeitos (61,9%).

Nas áreas de apoio: Psicologia, Serviço Social, Radiologia e Terapia Ocupacional, Neurologista, 16 sujeitos (76,0%) foram atendidos. Estes agendamentos podem ocorrer em virtude de solicitação do profissional da própria área, do paciente e/ou encaminhamento da equipe.

5.3 PERFIL SOCIAL

O Serviço Social como parte da equipe interdisciplinar de apoio do processo de reabilitação desenvolve ações coletivas e individuais, desde a primeira vinda como Caso Novo.

Estas ações estão previstas dentro das etapas e condutas terapêuticas, mas outras intervenções acontecem em virtude das demandas dos pacientes e/ou do encaminhamento da equipe.

No primeiro atendimento individual, após a reunião de Casos Novos, é realizado o estudo social conforme metodologia desenvolvida por Graciano, Lehfeld e Neves Filho (1996, 1999) e Graciano e Lehfeld (2010), que é utilizado no HRAC.

Este estudo social é constituído de 3 aspectos: investigação diagnóstica, recursos para reabilitação e parecer e intervenção social.

A **investigação diagnóstica** permite a estratificação socioeconômica, baseada em 5 indicadores: salário, número de membros, escolaridade, situação/condição habitacional e ocupação, sistematizando em uma tabela com 6 estratificações: Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI), Média (M), Média Superior (MS) e Alta (A).

O Quadro 1 permite visualizar a estratificação social da amostra que implica em um interrelacionamento entre os indicadores socioeconômicos.

Quadro 1 - Configuração dos estratos sociais, a partir da interrelação dos diferentes indicadores socioeconômicos

Indicadores Classes	Média Salarial (salários mínimos)	Membros (número de pessoas)	Escolaridade	Habitação	Ocupação
Baixa Inferior (17 sujeitos 32,7%)	de 0 à ½ SM: 1 (5,9 %) de ½ à 2 SM: 11 (64,7%) de 2 à 4 SM: 5 (29,4%)	de 2 à 4: 9 (52,9%) de 4 à 6: 5 (29,4%) de 6 à 8: 2 (11,8%) acima de 8: 1 (5,9%)	PI: 6 (35,3%) PC: 2 (11,8%) GI: 7 (41,2%) CI: 1 (5,9%) CC: 1 (5,9%)	PP: 2 (11,8%) PC: 2 (11,8%) IC: 2 (11,8%) RP: 2 (11,8%) RC: 3 (17,6%) BF: 3 (17,6%) BC: 3 (17,6%)	TA: 9 (52,9%) EDR: 4 (23,5%) TRA: 4 (23,5%)
Baixa Superior (29 sujeitos 55,8 %)	de ½ à 2 SM: 7 (24,1%) de 2 à 4 SM: 14 (48,3%) de 4 à 9 SM: 8 (27,6%)	Até 2 pessoas: 2 (6,9%) de 2 à 4: 14 (48,3%) de 4 à 6: 10 (34,5%) de 6 à 8: 2 (6,9%) acima de 8: 1 (3,4%)	PI: 3 (10,3%) PC: 3 (10,3%) GI: 2 (6,9%) GC: 4 (13,8%) CI: 2 (6,9%) CC: 12 (41,4%) SI: 3 (10,3%)	PF: 1 (3,4%) IP: 1 (3,4%) IA: 1 (3,4%) IC: 2 (6,9%) RP: 6 (20,7%) RF: 1 (3,4%) RA: 4 (13,8%) RC: 4 (13,8%) BP: 5 (17,2%) BF: 1 (3,4%) BA: 2 (6,9%) BC: 1 (3,4%)	TA: 19 (65,5%) TCP/CE: 3 (10,3%) TCP/SE: 4 (13,8%) PPR: 1 (3,4%) EDU: 1 (3,4%) TRAV: 1 (3,4%)
Média Inferior (4 sujeitos 7,7%)	de 2 à 4 SM: 2 (50%) de 9 à 15 SM: 2 (50%)	De 2 à 4: 4 (100%)	SC: 3 (75%) CC: 1 (25%)	BP: 4 (100%)	TA/ADM: 3 (75%) TA: 2 (25%)
Média (2 sujeitos 3,8%)	de 15 à 30 SM: 2 (50%) de 30 à 60 SM: 2 (50%)	até 4: 4 (100%)	SC: 4 (100%)	OP: 2 (50%) OF: 2 (50%)	PLA: 4 (100%)
Total: 52 (100%)					

SM: Salário Mínimo; **PI:** Primário Incompleto; **PC:** Primário Completo; **GI:** Ginásio Incompleto; **GC:** Ginásio Completo; **CI:** Colegial Incompleto; **CC:** Colegial Completo; **SI:** Superior Incompleto; **SC:** Superior Completo; **PF:** Precária Financiada; **IP:** Precária Financiada; **IP:** Insuficiente Própria; **IA:** Insuficiente Alugada; **IC:** Insuficiente Cedida; **RP:** Regular Própria; **PC:** Regular Própria; **RC:** Regular Cedida; **RA:** Regular Alugada; **RF:** Regular Financiada; **BF:** Boa Financiada; **BC:** Boa Cedida; **BP:** Boa Própria; **BA:** Boa Alugada; **OP:** Ótima Própria; **OF:** Ótima Financiada; **TA:** Trabalhador Assalariado; **EDR:** Empregado Doméstico Rural; **TRA:** Trabalhador Rural Assalariado; **TCP/CE:** Trabalhador por Conta Própria Com Empregado; **TCP/SE:** Trabalhador por Conta Própria Sem Empregado; **PPR:** Pequeno Produtor Rural; **EDU:** Empregado Doméstico Urbano; **TRAV:** Trabalhador; **TA/ADM:** Trabalhador Assalariado Administrativo; **PLA:** Profissional Liberal Autônomo.

A maioria dos sujeitos (88,5%) pertence aos estratos baixos: (32,7%) ao estrato BI e (55,8%) ao BS. No estrato MI, 4 sujeitos (7,7%) estavam inseridos e, no estrato M, apenas 2 (3,8%).

O estrato **baixo inferior** – num total de 17 sujeitos - em sua maioria, situa-se nas faixas de rendimento de ½ a 2 salários mínimos 11 (64,7%); o número de

membros concentrou-se nas faixas de 2 a 4 pessoas 9 (52,9%). Na escolaridade¹², os maiores índices ficaram nos níveis: ginásio incompleto 7 (41,2%) e primário incompleto 6 (35,3%). Quanto à habitação, este atingiu um índice de 17,6% para estas 3 modalidades de moradia: cedidas em situação regular, cedida em boa situação e financiada em situação regular 3 (17,6%). Quanto a ocupação, dos 17 sujeitos, os 9 responsáveis (52,9%) eram trabalhadores assalariados.

O estrato **baixo superior – num total de 29 sujeitos** - em sua maioria, situa-se nas faixas de rendimento de 2 a 4 salários mínimos 14 (48,3%); o número de membros concentrou-se nas faixas 2 a 4 pessoas 14 (48,3%), seguido de 4 a 6 pessoas 10 (34,5%). Na escolaridade, o maior índice ficou para colegial completo 41,4%. Quanto à habitação, houve maior concentração para as seguintes modalidades: própria em situação regular 6 (20,7%) e própria em boa situação 5 (17,2%). No nível ocupacional, a maior concentração ficou entre os trabalhadores assalariados 19 (65,5%).

O estrato **média inferior – num total de 4 sujeitos** - a faixa de rendimento ficou entre 2 a 4 salários mínimos para 2 (50%) e 9 a 15 salários mínimos para outros 2 (50%); o número de membros concentrou-se nas faixas 2 a 4 pessoas 4 (100%). Na escolaridade, o nível superior completo alcançou o maior índice (75%) e colegial completo 25%. Quanto à habitação, a totalidade reside em casa própria em boa situação 4 (100%). O nível ocupacional concentrou-se nos trabalhadores assalariados administrativos (75%).

¹² Com relação a escolaridade, adotamos a terminologia do instrumental proposto (primário - de 1ª a 4ª série e ginásio – da 5ª a 8ª série), tendo, porém, conhecimento da nova denominação segundo a “Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: educação básica (educação infantil, ensino fundamental e médio) e educação superior. Fonte: Brasil. Presidência da República Casa Subchefia para Assuntos Jurídicos Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. [on line]. [consultado em 21 de jan. 2013]. Disponível: http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm.

O estrato **média – num total de 2 sujeitos** - a faixa de rendimento dividiu-se entre 15 a 30 salários mínimos 1 (50%) e 30 a 60 salários mínimos 1 (50%); o número de membros era entre 2 a 4 pessoas (100%). A escolaridade de ambos era superior completo (100%). Quanto à habitação 50% residia em casa própria com ótima situação e os outros 50% em casa financiada também com ótima situação. Os 2 responsáveis eram profissionais liberais autônomos.

Com relação aos indicadores (5) que compõem a estratificação socioeconômica (salário, número de membros, escolaridade, situação/condição habitacional e ocupação), todos foram abordados e registrados no estudo realizado durante a entrevista de Casos Novos (100%).

Outro aspecto constitutivo do estudo social são os **recursos para reabilitação**, que permeiam questões sociais, culturais, de saúde e/ou presença de anomalias em outros membros da família, assim como de acesso aos serviços sociais, recursos públicos e/ou privados na área da saúde, na cidade de origem (Odontologia, Fonoaudiologia, Serviço Social e outros), além de apoio locomoção para o tratamento no HRAC.

Esses dados são preenchidos em campos fechados e abertos para o detalhamento necessário.

Tabela 8 - Caracterização dos registros quanto aos aspectos psicossociais e culturais.

Atendimento	Não	Sim	Total
Aspectos sociais			
Religião / crença	3 (5,8%)	49 (94,2%)	52 (100%)
Preconceito / discriminação	50 (96,2%)	2 (3,8%)	52 (100%)
Arranjos familiares	49 (94,2%)	3 (5,8%)	52 (100%)
Expectativas e preocupações	4 (7,7%)	48 (92,3%)	52 (100%)
Problemas de saúde na família	3 (5,8%)	49 (94,2%)	52 (100%)

Quanto ao registro das questões sociais, a **religião** alcançou o índice de 94,2% o que se justifica, pois dela dependerão comportamentos, hábitos e posicionamento quanto ao tratamento, informação importante para compreensão e atuação da equipe.

A religião é definida como crença na existência de uma força ou forças sobrenaturais, consideradas como criadoras do universo, manifestada por meio de doutrina e ritual próprio, que envolvem em geral, preceitos éticos (Ferreira 1999).

Quanto ao **problemas de saúde na família, incluindo a pessoa com deficiência**, que podem afetar a dinâmica familiar, o índice também foi de 94,2%.

A investigação desta questão, no estudo social, é primordial principalmente no caso das fissuras labiopalatinas, em que suas repercussões podem levar a contingências físicas, psicológicas afetivas e sociais, com algumas características comuns: baixo auto-conceito, insegurança, dependência dos pais, esquiva de contatos sociais, dificuldades de comunicação dentre outras como referem Graciano, Tavano e Bachega (2007).

Com relação as **expectativas e preocupações**, houve registro em 48 casos (92,3%), considerando o valor da concepção do paciente/família do tratamento, que influi diretamente no seu comprometimento com o processo de reabilitação, questão esta a ser trabalhada pela equipe, inclusive no planejamento do tratamento.

Quanto aos **arranjos familiares**, 3 (5,8%) foram registrados para justificar a dinâmica familiar no momento, fator preponderante para o desenvolvimento do paciente e, conseqüentemente, do tratamento.

Para Silva (2008), os novos arranjos familiares são baseados nas vivências e experiências particulares e de cada família, onde os membros, independentemente do gênero, são prescritos a desempenhar funções de acordo com as

particularidades atuais das famílias e não mais a seguir rigidamente as práticas tradicionais onde o homem e a mulher têm suas funções predeterminadas.

O registro sobre **discriminação da família e/ou paciente como umas das repercussões da fissura labiopalatina** teve índice 2 (3,8%), em virtude da idade dos sujeitos da pesquisa – bebês na época da matrícula como Casos Novos – o que não exclui comportamentos discriminatórios entre os próprios familiares, muitas vezes não expostos durante a entrevista.

O que se segue é o registro de recursos na cidade de origem do paciente para locomoção e os serviços de saúde.

Tabela 9 - Caracterização do registro quanto aos recursos para reabilitação.

Recursos	Não	Sim	Total
Recursos para locomoção	17 (32,7%)	35 (67,3%)	52 (100%)
Serviços públicos de saúde e sócio assistencial na cidade	12 (23,1%)	40 (76,9%)	52 (100%)

De acordo com os critérios da pesquisa, todos os sujeitos são procedentes dos municípios integrantes da DR VI, localizados no entorno da cidade de Bauru, sendo que o município mais distante fica a 200 km. Entre os municípios, 60% distam até 100 km de Bauru, o que pode ser considerado um facilitador para o acesso ao HRAC.

O registro sobre os recursos para locomoção foi identificado em 67,3% dos casos. É importante destacar, que desde 1999 foi regulamentado o Tratamento Fora do Domicílio (portaria 55 de fevereiro de 1999), que consiste na cobertura de despesas com passagens, alimentação e estada para o paciente e acompanhante, para tratamento fora da cidade de origem (Brasil 1999). No entanto, a maioria das

prefeituras pesquisadas conta com a Carona Amiga, que consiste na liberação de uma condução para trazer os pacientes até Bauru. Mediante a liberação, o HRAC procura agendar o maior número de pacientes de uma mesma cidade para atendimento em um mesmo dia. Este projeto deve ser visto como um TFD coletivo, mas nem sempre as prefeituras liberam a ajuda de custo para a(s) refeição(ões), onerando os pacientes sem condição de assumi-la(s). Daí a necessidade de orientação quanto a este direito e como buscá-lo.

Com relação ao registro dos serviços públicos de saúde e sócio assistenciais na cidade de origem, o índice foi de 75%, não atingindo sua totalidade (100%), pois 13 (25%) sujeitos residem na cidade de Bauru, que conta com os recursos necessários para a reabilitação. Estes serviços foram relacionados principalmente às áreas de Fonoaudiologia, Odontologia e Especialidades Médicas, que são de comando para reabilitação.

A informação dos recursos de apoio na cidade de origem é essencial para equipe interdisciplinar no planejamento/intervenção do tratamento, assim como o encaminhamento para tratamentos complementares.

O outro aspecto constitutivo do estudo social refere-se à emissão do **parecer e intervenção social** que implica no registro do atendimento com o diagnóstico da situação e da intervenção do profissional.

O parecer social foi emitido em 100% dos estudos, assim como a intervenção, que engloba orientações como: rotinas hospitalares e recursos comunitários que podem ser acionados, se necessário, para viabilizar o processo de reabilitação – TFD, Agentes Multiplicadores, Carona Amiga, Associação e Núcleos.

Segundo Sousa (2008), um parecer social é uma avaliação teórica e técnica das informações obtidas pelo Assistente Social sob a forma de relatório. Compete ao

profissional avaliar estas informações, emitir uma opinião sobre elas, que deve estar baseada em uma perspectiva teórica de análise, seja em um atendimento individual, seja de um conjunto de instrumentos utilizados durante determinado processo de intervenção.

Esta intervenção é traduzida em ações socioassistenciais, socioeducativas, articulação com a equipe, encaminhamentos aos recursos da comunidade e outros, decorrentes das demandas identificadas no estudo social e o seu registro pode nortear a intervenção de outros profissionais da equipe.

O atendimento do Assistente Social não se restringe à primeira vinda, mas acompanha o paciente durante todo processo de reabilitação, como referido nas etapas e condutas do HRAC, seja em ambulatório (plantão), internação ou mesmo para a atualização do estudo social (reestudo social) que, pelo protocolo do Serviço Social, deve ser atualizado a cada 4 anos.

Todos os atendimentos são registrados na evolução social do prontuário (único), o que permite um acompanhamento/planejamento do tratamento do paciente, considerando algumas particularidades que influenciam no processo de reabilitação.

Os atendimentos na área do Serviço Social são em nível de ambulatório e de internação.

Em ambulatório estes atendimentos ocorrem por meio de agendamentos, rotina hospitalar e plantão - pedido da equipe, do paciente, não previsto e outras situações que exigem a intervenção do Serviço Social.

Na internação, o Serviço Social presta atendimento individuais e coletivos de rotina (visitas aos leitos, reunião de pré-internação e grupo de acompanhantes,

cirurgias suspensas, alta, óbito, dentre outros), além de permanecer em plantão para as outras situações que se apresentem.

O que será evidenciado a seguir é o número de atendimento do Serviço Social ao longo do tratamento, de acordo com o tempo de matrícula e o número de sujeitos. Ao se considerar o tempo de matrícula no HRAC, observa-se que houve uma concentração na faixa de 5 a 8 anos de tratamento, ou seja, 24 sujeitos (46,2%) em um total de 52 (100%). Entre estes, 24 sujeitos (100%) 29,2% são procedentes de Bauru.

Tabela 10 - Caracterização do registro quanto ao numero de atendimentos no Serviço Social.

Categoria		Número de atendimentos			
Tempo de matrícula	Nº de sujeitos	Até 6	7 a 13	14 a 20	Acima de 20
Até 4 anos	17 (100%)	11 (64,7%)	6 (35,3%)	0	0
5 a 8 anos	24 (100%)	3 (12,5%)	14 (58,3%)	5 (20,9%)	2 (8,3%)
9 a 12 anos	11 (100%)	0	6 (54,5%)	2 (18,2%)	3 (27,3%)
Total	52 (100%)	14 (26,9%)	26 (50%)	07 (13,5%)	05 (9,6%)

Com relação ao número de atendimentos do Serviço Social, em nível de ambulatorio e internação, a maior concentração foi de 7 a 13 anos, tanto na faixa de 5 a 8 anos de matrícula (58,3%) quanto na de 9 a 12 anos (54,5%).

Tal concentração justifica-se em virtude da proporcionalidade do número dos sujeitos residentes em Bauru nestas duas faixas - a soma destas faixas corresponde a 35 sujeitos (100%) e, procedentes de Bauru, 28,9%.

Dentre os sujeitos, na faixa de 5 a 8 anos de matrícula, concentra-se a época de agendamento para atualização do estudo social, de acordo com o protocolo do Serviço Social (próximo aos 4 anos de tratamento) e, entre estes

estavam 22 (100%) pacientes dos quais 59,1% tiveram seu estudo atualizado ao menos 1 vez.

O atendimento do Serviço Social independe da etapa de tratamento e, junto aos 52 sujeitos da pesquisa, o Serviço Social desenvolveu ações interventivas, envolvendo a equipe do HRAC, recursos locais e das cidades de origem.

5.4 AÇÕES INTERVENTIVAS DO SERVIÇO SOCIAL

A intervenção do Assistente Social é consonante aos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, no atendimento direto ao usuário que compreendem ações socioassistenciais, socioeducativas e de articulação com a equipe (Conselho Federal de Serviço Social 2010).

Estas ações foram identificadas nos registros em prontuário e se relacionam a intervenções nas questões sociais e nas decorrentes diretamente das condutas terapêuticas da reabilitação.

Especificando as ações, de acordo com parâmetros:

a) Ações Socioassistenciais – são as principais demandas que chegam até o Serviço Social; especificamente no caso da amostra, o que se verificou, por meio dos registros foi:

- democratização das informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais, viabilizando o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;

- construção do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção, por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários subsidiando a prática dos demais profissionais de saúde, com as informações registradas no prontuário único, inclusive para formular estratégias de intervenção profissional;
- ampliação do conhecimento da realidade do usuário, por meio da realização de visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social.

Estas ações são referentes às informações socializadas na reunião de Casos Novos, atendimento individual de Caso Novo e seguimento: rotinas hospitalares, etapas do tratamento, recursos locais (Profis e pensões) e comunitários (TFD, bolsa-família, Benefício da Prestação Continuada, Carona Amiga, Agentes Multiplicadores, Prefeitura Municipal, Secretaria da Saúde, entre outros) e encaminhamentos de acordo com as demandas.

Com relação ao perfil socioeconômico, o estudo social foi realizado com a totalidade dos pacientes, permitindo o conhecimento aproximativo da realidade social, em prontuário único.

Estas ações foram concretizadas por meio de:

- Encaminhamento para benefícios: suplemento alimentar, hospedagem, alimentação, passe-livre, cesta básica e medicação;
- ofícios para creche/escola;
- ofícios para empresas;

- visita domiciliar;
- orientações e providências quanto normas e rotinas hospitalares: paciente sem condição para cirurgia; cirurgia suspensa, alta;
- contato com recurso da cidade de origem (Posto de Saúde) para acompanhamento do paciente e família em situação de risco;
- orientação quanto aos recursos locais e comunitários.

b) Ações Socioeducativas – também denominadas de educação e saúde, abrange a socialização de informações de interesse do usuário, numa perspectiva de conhecimento crítico de sua realidade para uma participação mais consciente. O que foi observado nos registros foram:

- sensibilização dos usuários, por meio de grupos socioeducativos, democratizando as informações sobre rotinas institucionais, a rede de atendimento e direitos sociais orientando-os sobre ações de mobilização na comunidade;
- democratização das rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- divulgação de materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilite o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas instituições;
- realização de atividades de grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de interesse dos mesmos;
- socialização de informações e potencialização das ações socioeducativas, desenvolvendo atividades nas salas de espera.

Estas ações referem-se à abordagem coletiva - reunião de casos novos e pré-internação - e individual, agendada ou plantão, além das atividades socioeducativas, culturais e recreativas desenvolvidas na sala de espera dentro do Programa “Sinta-se em Casa”, que tem como objetivo qualificar o tempo de permanência dos usuários durante os atendimentos.

Como pode ser observado, em alguns momentos, estas ações se confundem e/ou se colocam como parte das ações socioassistenciais já identificadas acima e tem como objetivo, contribuir no processo de humanização, preparando o paciente/família para o início e seguimento do tratamento.

Elas estão previstas nas diversas situações de atendimento, tanto no ambulatório como na internação, dando continuidade ao processo de socialização de informações necessárias para a participação efetiva do paciente/família no tratamento e na comunidade, como cidadão de direitos.

c) Ações de articulação com a equipe – numa perspectiva de interdisciplinaridade, considerando o paciente como um todo no seu desenvolvimento dentro e fora da reabilitação. As ações registradas referem-se a:

- identificação e intervenção nos determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos, no processo de reabilitação bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face às suas condições de vida;
- planejamento, execução e avaliação com a equipe de saúde, em ações que assegurem a saúde enquanto direito;

- avaliação das questões sócio-familiares que envolvem o usuário e / ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe.

Estas ações são presentes no cotidiano do Assistente Social, a partir do Caso Novo, na socialização da realidade social do paciente, registrada em prontuário único, até o momento da alta. Elas se caracterizam também por encaminhamento para outras áreas, pela discussão de casos entre os profissionais e definição de condutas sobre o desenvolvimento do tratamento, de acordo com as particularidades dos casos.

Nos registros em prontuário foram identificados encaminhamentos para outras áreas, a pedido do paciente (Psicologia, Fonoaudiologia, Odontologia) e de outra área para o Serviço Social (Nutrição – para orientação e/ou encaminhamento para recurso local e na cidade de origem – suplemento alimentar).

Estas três ações em atendimento direto aos usuários são desenvolvidas interrelacionando-se nos diversos momentos do paciente/acompanhante, dentro do processo de reabilitação, extrapolando os limites do Hospital, chegando às comunidades/região de origem dos pacientes.

Este conteúdo refere-se aos registros no prontuário único dos 52 sujeitos da pesquisa. Este prontuário, como refere o Conselho Federal de Medicina (2002), é constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (Resolução CFM 1.638/02 art 1º).

Daí a importância do registro preciso por parte dos membros da equipe o que possibilita, de acordo com Teixeira (2009), assegurar a assistência ao paciente (continuidade do atendimento/tratamento, qualidade, ganho de tempo), o apoio, o diagnóstico, a estatística administrativa e até mesmo a defesa judicial. Além disso, serve de base para o desenvolvimento de pesquisas científicas e ensino, informações epidemiológicas, estimativas da eficiência do trabalho dos profissionais, meios de comunicações entre os profissionais e de facilitação de elaboração de relatórios e atestados.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Considerando a análise dos resultados deste estudo sobre os aspectos sociais e as interrelações com o processo de reabilitação de pessoas com fissura labiopalatina, foi possível concluir que:

Com relação ao **perfil clínico** dos sujeitos com fissura transforame unilateral sem outras anomalias associadas, procedentes das cidades integrantes da DRS VI, destacou-se que mais da metade dos sujeitos são de cidades que distam até 100 km de Bauru e, quase em sua totalidade, matriculados com menos de 4 meses de idade.

A precocidade no início do tratamento favorece o processo de reabilitação que segue um protocolo de tratamento desenvolvido em **etapas e condutas terapêuticas**.

Em atendimento a este protocolo, foi observado que a realização das cirurgias primárias ocorreu, em sua maioria, nas idades preconizadas pelos profissionais do HRAC. Todas as cirurgias secundárias, quando indicadas e liberadas pela equipe, também foram realizadas em época oportuna.

Após as cirurgias (primárias e secundárias), os sujeitos foram avaliados em idades pré-determinadas pelas áreas de comando (Cirurgia Plástica, Ortodontia e Fonoaudiologia) e/ou outras especialidades, de acordo com a necessidade de cada caso.

Observou-se ainda, que os sujeitos, em sua maioria, foram atendidos nas avaliações ambulatoriais, porém, não na totalidade das áreas previstas em virtude do não agendamento – demanda reprimida nas agendas – falta do sujeito na data do

agendamento, ausência de registro do profissional no prontuário, o que exigiu uma busca complementar, no sistema de informação Gandhi.

Com relação ao **perfil social** e a **configuração dos estratos sociais** por meio das interrelações entre os indicadores socioeconômicos, pode-se concluir que quase a totalidade dos sujeitos pertence aos estratos baixos (inferior e superior) reflexo tanto dos pacientes matriculados no HRAC, como da realidade brasileira.

Os recursos para reabilitação e serviços públicos de saúde e socioassistenciais na cidade de origem, foram abordados e registrados na maioria dos casos; os não documentados são dos sujeitos residentes em Bauru.

Estas informações são essenciais para o planejamento/intervenção do tratamento, assim como o encaminhamento para tratamentos complementares.

Quanto ao parecer e intervenção social, estes foram registrados na totalidade dos prontuários, especificando as demandas e subsidiando as ações da equipe interdisciplinar.

As **ações interventivas** registradas foram categorizadas pela pesquisadora em ações socioassistenciais, socioeducativas, articulação com a equipe, de acordo com os parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na saúde, na busca do enfrentamento das expressões da questão social que envolve os sujeitos.

Estas ações foram desenvolvidas inter-relacionando-se nos diversos momentos do processo de reabilitação no sentido de efetivá-lo garantindo-o como direito de cidadania.

Finalizando, este estudo, baseado numa análise minuciosa dos prontuários, constatou a imprescindibilidade dos registros para compreensão do desenvolvimento do paciente e planejamento adequado do tratamento.

Diante do exposto, o registro dos atendimentos no prontuário caracteriza-se como um meio de comunicação escrita entre os profissionais da equipe interdisciplinar, que garante a visão holística preconizada no atendimento à saúde, além de subsidiar a produção e disseminação de conhecimento.

7 REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

Alvarez CW. Fissura pré-forame incisivo uni/bilateral e fissura pós-forame incisivo associadas: estudo genético-clínico.[monografia na internet]. Bauru; 2010 [acesso em 05 mai 2012]. Disponível em:
http://www.centrinho.usp.br/ciencia_foco/file/ciencia_foco_1/resultados_1.html
7.

Amaral VLAR. Aspectos psicossociais. In: Altmann EBC. Fissuras labiopalatinas. São Paulo: Pró-Fono; 1997. p. 501-14.

Bertier CE, Trindade IEK, Silva Filho OG. Cirurgias primárias de lábio e palato. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p. 73-86.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 218, de 1997 [acesso em 20 jan 2013]. Disponível em:
<http://www.crprj.org.br/legislacao/documentos/resolucaosaude1997-218.pdf>.

Brasil. Lei nº. 8.662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências [online]. Diário Oficial [da] União, 7 jun 1993a [acesso em 11 jan 2013]. Disponível em:
http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf.

Brasil. Lei nº. 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e base da educação nacional [on line]. Diário Oficial [da] União, 20 dez 1996 [acesso em 25 jan 2013]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino. Portaria Interministerial n. 2400/MEC/MS, de 2 de outubro de 2007. Diário Oficial [da] União, Brasília, out 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº. 126 de 17 de setembro de 1993. Estabelece as seguintes normas para o cadastramento de Hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação labiopalatal para o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 21 set 1993b [acesso em 29 jan 2013]. Disponível em:
http://www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta.../SAS_P126_93/alta_ab_p.doc.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº. 96 de 27 de março de 2000. Estabelece as seguintes normas para o cadastramento de Hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação labiopalatal para o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 28 mar 2000 [acesso em 29 jan 2013]. Disponível em:
http://www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_cg/SAS_P96_00alta_cg.doc

Brasil. Portaria SAS nº. 55 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do tratamento fora de domicílio no sistema único de saúde – SUS com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências [online]. Diário Oficial [da] União. 1 mar 1999 [acesso em 11 jan 2013]. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-055.html>.

Bravo MIS, Matos MC. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária. In: Mota E. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; 2006. p. 197-217.

Bravo MIS, Matos MC. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: Bravo MIS, Vasconcelos AM, Gama AS, Monnerat GL, organizadores. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; 2004. p. 25-47.

Bravo MIS. Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. Rio de Janeiro: Cortez; 2011.

Capelozza Filho L, Alvares ALG, Rossato C, Vale DMV, Janson GRP, Beltrami LER. Conceitos vigentes na etiologia das fissuras lábio-palatinas. Rev Bras de Cir. 1988;78(4):233-40.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1638 de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde. Diário Oficial [da] União. 9 ago 2002 [acesso em 13 jan 2013]. Disponível em:
http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3101.

Conselho Federal de Serviço Social. Código de ética do Assistente Social. 9. ed. Brasília: Cfess; 1993.

Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília: Cfess; 2010.

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência [periódico na internet]. 2010 [acesso em 11 jan 2013]: [aproximadamente 64p.] Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>.

Costa MDH. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. *Serv Soc Soc.* 2000;62:35-71.

Fávero ET. O estudo social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: Conselho Federal de Serviço Social. *O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, penitenciário e na previdência social*. 7. ed. São Paulo: Cortez; 2007. p. 9-51.

Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: dicionário da língua portuguesa; 1999. p. 1641- 64.

Genaro KF, Fukushima AP, Suguimoto MLFCP. Avaliação e tratamento dos distúrbios da fala. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p. 109-22.

Gomide MR, Costa B. Cuidados odontopediátricos. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007; p. 199-211.

Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves F.A. Critérios de avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização parte II. *Serv Social Realid.* 1996;5(2):171-201.

Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves Filho A. Critérios de avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização. *Serv Social Realid.* 1999;8(1):109-28.

Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Serv Social Saude.* 2010;9(9):157-85.

Graciano MIG, Tavano LD, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p. 311-33.

Graciano MIG. Critérios de avaliação para a classificação sócio-econômica. *Serv Social Soc.* 1980;1(3):81-103.

Graciano MIG. Desafios do Serviço Social no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo: assistência, ensino e pesquisa. *Serv Soc Hosp*. 1999/2000;6-7:17-24.

Graciano MIG. O Estudo socioeconômico como instrumentos estratégico de conhecimento da realidade social: indicadores e metodologia utilizados em hospitais de ensino do estado de São Paulo [pós-doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2010.

Guerra Y. Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social. *Serv Soc Soc*. 2000;21(62):5-34.

Iamamoto MV. O trabalho profissional na contemporaneidade. In: Iamamoto MV. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez; 2005. p.17-81.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Indicadores sociais mínimos: aspectos demográficos, informações gerais. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012 [acesso em 10 jan 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default_minimos.shtm.

Jannuzzi PM. Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações. 2. ed. Campinas: Alínia; 2003.

Kummer AW. Cleft palate and craniofacial anomalies: effects on speech and resonance. San Diego: Singular; 2000.

Marques LC. Implicações Psicossociais da realização de faringoplastia em indivíduos com fissuras labiopalatina [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2004.

Martinelli ML. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. *Serv Soc Saúde*. 2007;6(6):21-33.

Moraes MCAF. Contribuições das atividades expressivas e recreativas durante a hospitalização da pessoa com fissura lábiopalatina [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2012.

Mossey PA, Little J, Munger Rg, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. 2009;374 (9703):1773-85.

Ribeiro AA, Leal L, Thuin R. Análise morfológica dos fissurados de lábio e palato do Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais do estado do Rio de Janeiro. *R Dental Press Ortod Ortop Facial*. 2007;12(5):109-18.

São Paulo (Estado). Portaria 4722 de 16 de outubro de 1996. Dispõe sobre a organização das Unidades de Educação Infantil, de Ensino Fundamental e Médio e dos Centros Educacionais Unificados da Rede Municipal de Ensino e dá outras providências. [on line]. Portaria da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo. 1996 [acesso em 25 jan 2013]. Disponível em: http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/Documentos/OrganizaEscola2010/PORTARIA4722_Organizacao_Unidades.pdf.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Departamentos Regionais de Saúde [homepage na Internet]. São Paulo: Secretaria de Saúde, Governo de São Paulo. 2013 [acesso em 25 jan 2013]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-vi-bauru>.

Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras de História & Ciências Sociais*; 2009.

Silva Filho OG, Ferrari Junior FM, Rocha DL, Freitas JAS. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Rev Bras Cirur*, Rio de Janeiro. 1992;82(2):59-65.

Silva Filho OG, Freitas JA de S. Caracterização morfológica e origem embrionária. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p. 17-49.

Silva Filho OG, Ozawa TO, Carvalho RM. Enxerto ósseo secundário. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p. 239-60.

Silva FM. Antigos e novos arranjos familiares: um estudo das famílias atendidas pelo serviço social. Franca; 2008 [acesso em 13 jan 2013]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/109345414/Antigos-e-Novos-Arranjos-Familiares>.

Sociedade de Promoção Social do Fissurado Labiopalatal. Estatuto da Profis 2003 [homepage na internet]. Bauru: Sociedade de Promoção Social do Fissurado Labiopalatal; 2003 [acesso em 25 jan 2013]. Disponível em: <http://www.profis.com.br/>.

Sousa CT. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Emancipação*. 2008;8(1):119-32.

Spina V, Psillakis JM, Lapa FS. Classificação das fissuras labiopalatais: sugestão de modificação. *Rev Hos Clin Fac Med Univ São Paulo*. 1972;27(1):5-6.

Sposatti A. Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão de análise. São Paulo: Cortez; 2010.

Teixeira J. Atualidades sobre o prontuário de paciente. 2009. [acesso em 15 jan 2013]. Disponível em: <http://www.prontuariodopaciente.com.br>.

Universidade de São Paulo. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Etapas e Condutas Terapêuticas Universidade de São Paulo e Fundação para o estudo e tratamento de deformidades craniofaciais: fissuras labiopalatais, anomalias craniofaciais, deficiências auditivas, síndromes. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2008.

Universidade de São Paulo. Resolução USP-5.517 de 13 de fevereiro de 2009. Regimento do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais [on line]. Diário Oficial [do] Estado de São Paulo. 13 fev 2009 [acesso em 11 jan 2012]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2009/iels.fev.09/iels31/E_RS-USP-5517_130209.pdf.

Varelli LL. Indicadores de resultados de projetos sociais. In: Paiva BA. Reflexões sobre pesquisa e processos de formulação e gestão. In: Capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: Fundação Universidade de Brasília; 2000. p. 79-94. (módulo 4).

World Health Organization [homepage on the internet]. Disabilities Rehabilitation World Health Organization. 2012 [update 2013; cited 2013 Jan 25]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/en/>.

ANEXOS

ANEXO 1 – Protocolo do Serviço Social para Estudo Socioeconômico

Ficha do Serviço Social

RG nº -

I - Investigação Diagnóstica

1 - Classificação Sócio-Econômica: _____ Total pontos: () N/C () F - BI () E - BS () D - MI () C - M () B - MS () A - AL
00 - 20 20 - 30 30 - 40 40 - 47 47 - 54 54 - 57

OBS.: Alteração da Tabela () Sim () Não Esp. _____

2 - Situação econômica da família: _____ salários mínimos

Pontos		Renda bruta mensal	Especificação
21	()	acima de 100 SM	
18	()	60 - 100 SM	
14	()	30 - 60 SM	
12	()	15 - 30 SM	
9	()	09 - 15 SM	
5	()	04 - 09 SM	
3	()	02 - 04 SM	
2	()	1/2 - 02 SM	
1	()	0H 1/2 SM	

Tipo de rendimento:

() salário () retirada pró-labore () rendimento financeiro () aluguéis () honorários
() aposentadoria () pensionista () outros. Especificar: _____3 - Número de membros residentes da família / Especificação: _____ pessoas

Pontos		Especificação / Relações (religião)
6	()	até 2
4	()	2 - 4
3	()	4 - 6
2	()	6 - 8
1	()	acima de 8

4 - Escolaridade - Maior nível educacional / responsável * _____

Pontos		Nível educacional	Especificação / Vínculo / Relações
7	()	1-Superior	
5	()	2-Superior incompleto / 3-Colegial completo	
4	()	4-Colegial incompleto / 5-Ginásio completo	
3	()	6-Ginásio incompleto / 7-Primário completo	
2	()	8- Primário incompleto	
1	()	9-Sem escolaridade / alfabetizado	
0	()	10-Sem escolaridade / analfabeto	
N	()	11-Sem idade escolar	

5 - Habitação / Situação _____ 6 - Habitação / Condição. _____

Situação - Pontos					Condição / Acomodações	
1 - Prec.	2 - Ins.	3 - Reg.	4 - Boa	5 - Ótima	()	1 - Própria
6	7	8	9	10	()	2 - Financiada
5	6	7	8	9	()	3 - Alugada
4	5	6	7	8	()	4 - Cedida
2	3	4	5	6	()	5 - Outras. Espec.
0	0	0	1	2	()	

Obs.: Número de cômodos _____ cômodos

HRAC - mod 1.8

7 - Tipo:

() 1. tijolos () 2. madeira () 3. tijolos e madeira () 4. outros

Espec.: ☐

8 - Zona (localização):

() 1. rural () 2. urbana () 3. suburbana ☐

9 - Infra-estrutura:

() 1. água encanada () 2. mina ☐ () 1. esgoto () 2. fossa ☐ () 1. luz elétrica () 2. lamparina ☐

10 - Nível Ocupacional:

() 1. ativo () 2. aposentado () 3. pensionista () 4. desempregado ☐Ocupação - Maior nível ocupacional / responsável ☐ ☐

Pontos

13 ()
11 ()
10 ()
9 ()

7 ()

7 ()
6 ()
5 ()
3 ()
3 ()
2 ()
1 ()

1. Empresários
2. Trabalhadores da alta administração
3. Profissionais liberais autônomos
4. Trabalhadores assalariados administrativos, técnicos e científicos
5. Trabalhadores assalariados
6. Trabalhadores por conta própria/autônomos:
Com empregado
7. Sem empregado
8. Pequenos produtores rurais: com empregado
9. Sem empregado
10. Empregados domésticos: urbanos
11. Rural
12. Trabalhadores rurais assalariados, volantes e assemelhados

Especificação /Vínculo/Relações

11- Setor:

() 1. primário (recursos da natureza) () 2. secundário (atividades industriais) () 3. terciário (comércio e prestação de serviços)

Observação: () 1. público () 2. privado ☐**II - Recursos para Reabilitação**

Cidade / Estado (trajeto)

Hs ou Km:

Recursos para retornos (próprio, C.A., T.F.D., Coordenadores, Associações)

Prazo para comunicação de retorno:

Periodicidade dos retornos:

Recursos para tratamento local (odonto, fono, etc):

Expectativas:

Problemas de saúde ou deficiências:

III - Parecer / Intervenção do Serviço Social:

Data: ____ / ____ / ____

Assistente Social: _____

☐ Código CPD

09/97

ANEXO 2 – Formulário de Investigação nos Prontuários

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

N. de matrícula HRAC: _____

Cidade: _____

Estado: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade Atual: _____

Data da Matrícula: ____/____/____

Idade: _____

II - PERFIL CLÍNICO - de acordo com etapas e condutas terapêuticas

	Sim	Não	Data
() Cirurgia de lábio – Idade ideal a partir dos 3 meses			____/____/____
- Especificar: idade/meses: _____			
- Motivos do não comprimento: ECT () SCC () FT () TH () Matrícula tardia ()			
() Revisão Cirurgia de Lábio + avaliação pré cirúrgica do palato			____/____/____
() Cirurgia de palato – Idade ideal a partir dos 12 meses			
- Especificar: idade/meses: _____ () Tempo único () Dois tempos			
- Motivos do não comprimento: ECT () SCC () FT () TH () Matrícula tardia ()			
() Revisão pós-cirúrgica de palato - Idade ideal 12 meses após a cirurgia ____/____/____			
- Após 12 meses			____/____/____
- Especificar: idade/meses: _____			
- Áreas: () Cirurgia Plástica () Pediatra () Odontopediatria (2 a 4 anos) () Enfermagem () Otorrino () Fonoaudiologia/Audiologia () Serviço Social			
	Sim	Não	Data
- Indicação de cirurgia de palato secundária			____/____/____
- Correção de fistula / após 4 anos de idade			____/____/____
- Faringoplastia / após 4 anos de idade			____/____/____
- Realização da cirurgia			____/____/____
1ª. Avaliação Ambulatorial – Idade ideal de 4 anos			____/____/____
- Acima de 4 anos			____/____/____
- Especificar: idade e meses: _____			
- Áreas: () Cirurgia Plástica () Pediatra () Odontopediatria (2 a 4 anos) () Enfermagem () Otorrino () Fonoaudiologia/Audiologia () Serviço Social			
2ª. Avaliação Ambulatorial – Idade ideal de 5 – 6 anos			____/____/____
- Acima de 6 anos			____/____/____
- Especificar: idade e meses: _____			
- Áreas: () Cirurgia Plástica () Pediatra () Odontopediatria (2 a 4 anos) () Enfermagem () Otorrino () Fonoaudiologia/Audiologia () Serviço Social			
3ª. Avaliação Ambulatorial – Idade ideal de 8 – 12 anos			____/____/____
- Acima de 12 anos			____/____/____
- Especificar: idade e meses: _____			
- Áreas: () Cirurgia Plástica () Pediatra () Odontopediatria (2 a 4 anos) () Enfermagem () Otorrino () Fonoaudiologia/Audiologia () Serviço Social			
- Indicação de cirurgia buco-maxilo-facial (enxerto ósseo)			____/____/____
- Realização de cirurgia			____/____/____

III - PERFIL SOCIAL**Aspectos constitutivos do estudo social**

Situação Econômica () Não () Sim Especificar: _____

Escolaridade () Não () Sim Especificar: _____

Número de membros da família () Não () Sim Especificar: _____

Habitação () Não () Sim Especificar: _____

Ocupação () Não () Sim Especificar: _____

Aspectos demográficos

Procedência () Não () Sim Especificar: _____

Gênero () Não () Sim Especificar: _____

Idade () Não () Sim Especificar: _____

Aspectos psicosociais e culturais

Religião/ Crença () Não () Sim Especificar: _____

Discriminação () Não () Sim Especificar: _____

Preconceito () Não () Sim Especificar: _____

Arranjos/ Ansiedades () Não () Sim Especificar: _____

Expectativas e Preocupações () Não () Sim Especificar: _____

Problemas de saúde na família () Não () Sim Especificar: _____

Serviços de saúde e recursos para reabilitação

Acesso a benefícios () Não () Sim Especificar: _____

Sistema público de saúde () Não () Sim Especificar: _____

Serviços de apoio de tratamento () Não () Sim Especificar: _____

Meios de transporte () Não () Sim Especificar: _____

Outros recursos () Não () Sim Especificar: _____

Parecer Social () Não () Sim

Intervenção Social () Não () Sim

Data ____/____/____

ANEXO 3 – Termo de Compromisso de Manuseio de Informações**Termo de Compromisso de Manuseio de Informações**

Eu **Michele Lira Miguel**, abaixo assinado, pesquisador(a) envolvida no projeto de título: **“Aspectos sociais e as interações com o processo de reabilitação de pessoas com fissura labiopalatina”**, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados no prontuário do paciente matriculado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 196/96 do Ministério da Saúde, parágrafo III “Aspectos Éticos Envolvendo Seres Humanos”.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito ao perfil clínico e social do paciente e a consulta ao prontuário ocorrerá no período de janeiro de 2012 a agosto de 2012.

Bauru, ____/____/____.

Michele Lira Miguel

Nome

R.G.

Assinatura

Prof. Dr. José Roberto P. Lauris

Nome

R.G.

Assinatura

ANEXO 4 – Ofício de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão
Seção de Apoio à Pesquisa

Ofício nº 391/2012-SVAPEPE-CEP

Bauru, 5 de dezembro de 2012.

Prezada Senhora

O projeto de pesquisa intitulado **"Aspectos constitutivos do estudo e intervenção social: interrelações com o processo de reabilitação de pessoas com fissura labiopalatina"**, de autoria de V.Sa., foi aprovado pelo CEP em 29 de novembro de 2011. Na reunião realizada em **27 de novembro de 2012**, as alterações solicitadas e a solicitação de alteração do título para: **"Aspectos sociais e interrelações com o processo de reabilitação de pessoas com fissura labiopalatina"**, foram aprovadas.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará um parecer final que poderá ser utilizado para publicação do trabalho.

Atenciosamente,

PROFA. DRA. MARCIA RIBEIRO GOMIDE
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilma. Sra.

MICHELE LIRA MIGUEL

A/C

Dr. José Roberto Pereira Lauris

Saúde Coletiva - FOB/USP

Rua Sílvio Marchioni, 3-20 Bauru SP Brasil
CEP 17.012-900
Tel. 55 14 3236-8421
E-mail: cep@centrinho.usp.br