

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

MARIA OLÍVIA PIMENTEL SAMERSLA

**Mapeamento do perfil dos pacientes do HRAC residentes no  
Litoral Norte de São Paulo e mensuração dos impactos no  
tratamento desses pacientes durante a pandemia da COVID-19**

BAURU  
2023

MARIA OLÍVIA PIMENTEL SAMERSLA

**Mapeamento do perfil dos pacientes do HRAC residentes no  
Litoral Norte de São Paulo e mensuração dos impactos no  
tratamento desses pacientes durante a pandemia da COVID-19**

Dissertação apresentada ao Hospital de  
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Mestre em Ciências da Reabilitação,  
na área de concentração Fissuras Orofaciais e  
Anomalias Relacionadas.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Ferreira dos  
Santos

**Versão Corrigida**

BAURU  
2023

Samersla, Maria Olívia Pimentel

Mapeamento do perfil dos pacientes do HRAC USP residentes no Litoral Norte de São Paulo e mensuração dos impactos no tratamento desses pacientes durante a pandemia da COVID-19 / Maria Olívia Pimentel Samersla. -- Bauru, 2023.

133 p.: il.; 31 cm.

Dissertação (mestrado) -- Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos

Nota: A versão original desta dissertação/tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Comitê de Ética do HRAC-USP  
Protocolo nº: 5.326.902  
CAEE nº 53275221.5.0000.5441  
Data: 01/04/2022



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Maria Olívia Pimentel Samersla**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação, na área de concentração Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

Aprovado em: 16 de junho de 2023.

### Banca Examinadora

Profa. Dra. Sandra Lia do Amaral Cardoso  
Instituição: FC-UNESP

Profa. Dra. Francely Tineli Farinha  
Instituição: HRAC-USP

Profa. Dra. Alessandra Mazze  
Instituição: FOB/HRAC-USP

Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos  
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Orientador)

---

Profa. Dra. Ivy Kiemle Trindade Suedam  
Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG: 19/05/2023

## DEDICATÓRIA

Dedico essa obra, primeiramente, ao meu Pai Celestial, por todo auxílio, por todo cuidado e por tanta confiança dedicada a mim.

Ao longo da vida, encontrei muitas pessoas que me ajudaram no processo de evolução e aprendizagem, muitos dedicaram grande parte de sua vida a ensinar, educar e lapidar pessoas para que essas conseguissem mudar sua história e a história de sua família.

E nesse processo de crescimento, agradeço aos professores que, por uma articulação bondosa do Pai Celestial, cruzaram meu caminho: Professora Maria Isabel Gallo, que me alfabetizou, professora Maria Regina, que me ensinou a escrever de maneira organizada e expressar minhas ideias em infindáveis “redações”, professor Carlos Torchia, que encantava com as suas aulas incríveis e dinâmicas durante a minha adolescência, professora Nilce Helena de Paula Santos, minha querida professora de saúde pública que teve um papel muito importante: me ensinou pontualmente “tudo” que eu precisava para conquistar uma bolsa integral para a faculdade de enfermagem, me ensinou sobre a história da saúde pública e do SUS...mulher forte, encantadora e inspiradora

Dedico esse trabalho ao meu querido orientador Professor Dr<sup>o</sup> Carlos Ferreira dos Santos cuja presença constante, sensatez, dedicação e inspiração inigualável tornaram possível esta jornada de excelência acadêmica.

Sendo assim, dedico meu trabalho a todos vocês, meus inestimáveis professores, meu mais profundo respeito e admiração pela diferença que fizeram em minha formação e ao legado que deixam na construção de um futuro brilhante e de excelência para a educação em saúde.

Que esta dissertação seja um pequeno reflexo do imenso valor que atribuo a vossa incansável dedicação, eu precisava de vocês na minha vida e divido com vocês essa conquista.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu querido Pai Celestial agradeço com profunda e reverente gratidão

Agradeço ao meu pai – Jaime, e a minha mãe –Beth, por tudo que sempre fizeram por mim, por saberem que eu seria capaz e por verem potencialidades onde eu só via fragilidade.

Às minhas incríveis crianças, Louise, Renato e Lunna, agradeço por vocês compreenderem a complexidade de ter uma mãe enfermeira, alguém que divide e dedica seu tempo aos plantões noturnos, aos pacientes, aos estudos, às campanhas de saúde pública, aos alunos. Sei que não é fácil dividir a atenção materna com múltiplas responsabilidades, mas vocês sempre estiveram ao meu lado, apoiando-me nessa jornada exaustiva, porém divertida!

Agradeço meu grande amigo Renato, formamos uma família extraordinária e, apesar das dificuldades, demos conta do recado e seguimos evoluindo.

Expresso imensa gratidão por todos os pacientes que tive o prazer de cuidar ao longo da minha vida, os nenéns, as crianças, os adultos, os idosos...os que sararam, os que sofreram, os que ficaram, os que partiram... cada um deixou uma marca indelével em minha jornada, a troca de cuidado e aprendizado foi mútua, humildemente admito que aprendi muito mais do que ensinei. Cada paciente tocou minha vida de maneira singular, moldando a enfermeira que sou e, que segue em constante construção.

E eu sigo em frente, buscando aprimorar-me como ser humano e como profissional, buscando contribuir para um mundo mais saudável, justo, acolhedor, igualitário e equânime.

"Escrevo porque vejo injustiças, escrevo porque vejo a vida de um modo diferente, escrevo porque tenho sede de justiça social."

Carolina Maria de Jesus

## RESUMO

As fissuras labiopalatinas (FLP) estão entre as anomalias congênitas de cabeça e pescoço que mais acometem a face humana. O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) é um centro especializado de excelência na reabilitação desses pacientes, sendo referência no Brasil e no exterior, atendendo pacientes de todas as localizações, inclusive do Litoral Norte (LN) de São Paulo. **OBJETIVOS:** Mapear o perfil clínico e socioeconômico dos moradores do LN de São Paulo (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba) com prontuário no HRAC. Mensurar medidas adotadas pelo HRAC, nos anos de 2019 (período pré-pandemia), 2020 (período pandêmico) e 2021-2022 (período de retomada das atividades) e investigar se houve impacto significativo no tratamento dos pacientes por conta da pandemia da COVID-19. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e estruturado nas seguintes etapas: Mapeamento do perfil por meio de coleta de dados em fontes secundárias; Análise documental das providências adotadas pelo HRAC frente à pandemia da COVID-19; Análise dos dados nas planilhas de agendamentos e cancelamentos de procedimentos no HRAC (janeiro de 2019 a 18 de outubro de 2022). **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Foram detectados 105 pacientes em acompanhamento no HRAC residentes no LN de São Paulo cujo perfil é masculino, com idade média de 21 anos, na sua maioria pacientes jovens adultos com idades entre 18 a 29 anos. Caraguatatuba e Ubatuba concentram o maior número de pacientes em tratamento no HRAC (n=45; 42,8% e n=46; 43,8%, respectivamente). Até 22 de maio de 2022 foram realizadas 429 cirurgias nos pacientes do LN (Caraguatatuba n=172; 40%, Ilhabela n= 11; 2,9%, São Sebastião n=65; 15,6% e Ubatuba n=177; 41,5%). As fissuras labiopalatinas (FLP) predominantes foram as fissuras transforame (n=37; 35%). Constatou-se que 37 (35%) pacientes tiveram a consulta de caso novo com idades entre 0 a 3 meses. A classificação socioeconômica predominante foi a Baixa Superior (BS). Ainda, 74 (71%) pacientes dependem de transporte sanitário municipal. Ubatuba apresentou o maior número de faltas às consultas (n=53) e foi o único município com abandono de tratamento (um abandono). Benefícios sociais abrangeram em média 10,5 pacientes (10%). O maior nível escolar do núcleo familiar foi o Ensino Médio Completo (EMC; n=50; 47,6%). A renda familiar ficou entre meio a quatro salários mínimos. As medidas adotadas pelo HRAC durante a pandemia foram várias, dentre outras: suspensão por períodos pontuais (março, abril e maio de 2020) das cirurgias eletivas e procedimentos ambulatoriais, com retomada gradual dos mesmos; orientações sobre equipamentos de proteção individual (EPI's); manejo de pacientes e servidores com suspeita de COVID-19; retorno dos servidores mediante análise dos indicadores

estaduais e municipais; implementação de projeto piloto de testagem para COVID-19 em pacientes e servidores; providências para realizar as fases da vacinação dos servidores. Em relação aos procedimentos agendados, em 2019 foram executados 71% dos procedimentos e cirurgias agendadas para os pacientes residentes no LN; em 2020 esse percentual foi de 44% de execução sobre os agendados ( $p < 0,001$ ). Portanto, conclui-se que houve impacto nos atendimentos dos pacientes do LN matriculados no HRAC por conta da pandemia da COVID-19.

Descritores: COVID-19; HRAC; Litoral norte de São Paulo; Região de saúde; DRS XVII; Protocolos COVID-19.

## ABSTRACT

### **Profile mapping of the patients of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies living in the North Coast of São Paulo and measurement of the impacts on the treatment of such patients during the COVID-19 pandemic**

Cleft lip and Palate (CLP) are among the congenital anomalies of the head and neck that mostly affect human face. The Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies (HRAC) is a specialized center of excellence in the rehabilitation of such patients, being a reference in Brazil and abroad and providing care to all national regions, including the North Coast (NC) of São Paulo. **OBJECTIVES:** To determine the clinical and socioeconomic profile of residents of the NC of São Paulo (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião and Ubatuba) with medical record at HRAC. To measure the strategies adopted by HRAC, in the years of 2019 (pre-pandemic period), 2020 (pandemic period) and 2021-2022 (period of resumption of activities) and investigate if COVID-19 pandemic had a significant impact on the treatment of patients living in the NC of São Paulo. **MATERIAL AND METHOD:** Quantitative, descriptive and exploratory study structured in the following parts: profile mapping through data collection in secondary sources; documentary analysis of the strategies adopted by HRAC due to the COVID-19 pandemic; data analysis of appointments and cancellations of procedures at HRAC (January, 2019 through October 18<sup>th</sup>, 2022). **RESULTS AND CONCLUSIONS:** 105 patients living in the NC were registered at HRAC whose profile is male, mean age of 21 years-old, in the majority young adults with age ranging from 18 to 29 years-old. Caraguatatuba and Ubatuba concentrate the highest number of patients (n=45; 42.8% and n=46; 43.8%, respectively). Until May 22<sup>nd</sup>, 2022, 429 surgeries were performed in patients from the NC (Caraguatatuba n=172; 40%, Ilhabela n= 11; 2.9%, São Sebastião n=65; 15.6% and Ubatuba n=177; 41.5%). Complete CLP was the most prevalent (n=37; 35%). Thirty seven (35%) patients had their first appointment between 0 and 3 months of age. The predominant socioeconomic classification was Low Income (LI). Seventy four (71%) patients depend on sanitary transportation from the municipality. Ubatuba presented the highest number of absences to appointments (n=53) and was the only municipality with treatment abandonment (n=1). Social benefits covered in average 10.5 patients (10%). The highest education level of the nuclear family was Complete High School (CHS; n=50; 47.6%). Family income ranged from half to four minimum wages. The strategies adopted by HRAC during the pandemic were various, among others: interruption for specific periods (March, April and May, 2020) of the

elective surgeries and outpatient procedures, with gradual resumption; guidelines on personal protective equipment (PPE); management of COVID-19 suspected cases in patients and workers; return of workers considering the analysis of state and municipal indicators; implementation of COVID-19 testing for patients and workers; arrangements to perform the vaccination phases for workers. Regarding the appointments, in 2019 71% of elective surgeries and outpatient procedures were performed for patients living in the NC, whereas in 2020 the numbers showed 44% of accomplishment of all the appointments ( $p < 0,001\%$ ). Therefore, it is concluded that COVID-19 pandemic had a significant impact on health care provided by HRAC to patients living in the NC of São Paulo.

Descriptors: COVID-19; HRAC; North Coast of São Paulo; Health region; DRS XVII; Protocols COVID-19.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Organização do sistema de saúde no Brasil.....	45
Figura 2 -	Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS 17 e respectiva Região de Saúde e Município .....	47
Figura 3 -	Litoral Norte de São Paulo .....	48
Figura 4 -	Fluxos de internações de clínica cirúrgica.....	97

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Consolidado 2019/2020 do Sistema de Informações do (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) .....	36
Tabela 2 -	Cirurgias realizadas no HRAC – Caraguatatuba.....	59
Tabela 3 -	Frequência e tipos de fissuras e outras condições – Caraguatatuba.....	60
Tabela 4 -	Grau de escolaridade e salário mínimo.....	62
Tabela 5 -	Nº de cômodos e Nº de moradores por residência.....	63
Tabela 6 -	Cirurgias e procedimentos realizados no HRAC- Ilhabela.....	64
Tabela 7 -	Variáveis sociais.....	65
Tabela 8 -	Frequência e tipos de fissuras e outras condições - São Sebastião.....	65
Tabela 9 –	Cirurgias e procedimentos realizados no HRAC – São Sebastião.....	66
Tabela 10 –	Maior grau de escolaridade e rendimento familiar .....	68
Tabela 11 –	Tipos de FLP e outras condições associadas.....	69
Tabela 12 –	Cirurgias e procedimentos realizados no HRAC – Ubatuba.....	70
Tabela 13 –	Condições de moradia.....	74
Tabela 14 –	Cirurgias e procedimentos / cirurgias primárias e secundárias.....	76
Tabela 15 –	Tipos de FLP.....	76
Tabela 16 –	Tipos de transporte para tratamento no HRAC.....	78
Tabela 17 –	Benefício social.....	79
Tabela 18 –	Série histórica de procedimentos gerais agendados.....	92
Tabela 19 –	Procedimentos agendados, executados, faltas e cancelamentos-2019.....	92
Tabela 20 –	Procedimentos agendados, executados, faltas e cancelamentos-2020.....	93
Tabela 21 –	Procedimentos agendados, executados, faltas e cancelamentos-2021.....	93
Tabela 22 –	Procedimentos agendados, executados, faltas e cancelamentos-2022.....	94

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Média móvel de internações e enfermarias .....	40
Gráfico 2 – Média, mediana e moda – pacientes de Caraguatatuba.....	57
Gráfico 3 – Clínica e tratamento dos pacientes do HRAC.....	58
Gráfico 4 – Idade da consulta de caso novo.....	60
Gráfico 5 – Classificação socioeconômica.....	61
Gráfico 6 – Tipos de moradia.....	63
Gráfico 7 – Idade da consulta de caso novo.....	67
Gráfico 8 – Idade da consulta de caso novo.....	71
Gráfico 9 – Classificação socioeconômica.....	72
Gráfico 10 – Maior grau de escolaridade.....	73
Gráfico 11 – Renda familiar em salários mínimos.....	74
Gráfico 12 – Idade atual dos pacientes em tratamento no HRAC.....	75
Gráfico 13 – Idade da consulta de caso novo.....	77
Gráfico 14 – Classificação socioeconômica por município.....	78
Gráfico 15 – Renda familiar.....	80
Gráfico 16 – Tipo de moradia.....	81
Gráfico 17 – Nº de pessoas por residência.....	81
Gráfico 18 – Consolidado dos cancelamentos, faltas e procedimentos executados.....	94

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Órgãos de governança da gestão interfederativa do SUS.....	44
Quadro 2 –	Condições de moradia.....	66
Quadro 3 –	Transporte sanitário.....	72
Quadro 4 –	Informes e comunicados do HRAC durante a pandemia da COVID-19.....	82
Quadro 5 –	Valores de Qui-Quadrado.....	95

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária a Saúde
BI	Baixa Inferior
BPC	Benefício de Prestação Continuada -
BS	Baixa Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEPEDES	Centro de Estudo e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde Pública
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
CRM	Conselho Regional de Medicina
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
CTBMF	Cirurgia em Traumatologia Bucomaxilofacial
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
DFV	Disfunção Velofaríngea

DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
EFC	Ensino Fundamental Completo
ESC	Ensino Superior Completo
ESI	Ensino Superior Incompleto
ERM	Expansão Rápida de Maxila
FLP	Fissura Labiopalatina
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FAB	Fístula Alveolar Bilateral
FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
FBN	Fístula Buconasal
FTFB	Fissura Transforame Bilateral
FTFD	Fissura Transforame Direita
FTFE	Fissura Transforame Esquerda
FPOFC	Fissura Pós Forame Completa
FPOFI	Fissura Pós Forame Incompleta
FPRFC	Fissura Pré Forame Completa
FPRFI	Fissura Pré Forame Incompleta
HPRLLP	Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
HU	Hospital Universitário
IAL	Instituto Adolfo Lutz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Implante Coclear
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDR	Índice de Dependência Regional
IDRH	Índice de Dependência Regional Hospitalar
IG	Índice de Gini

IOT	Intubação Orotraqueal
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MCF	Malformação Craniofacial
NC	Não Consta
OMS	Organização Mundial de Saúde
ORL	Otorrinolaringologista
PPF2	Proteção para partículas finas e névoa tóxica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PRCEU	Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária
PRG	Pró-Reitoria de Graduação
PRPG	Pró-Reitoria de Pós Graduação
PSF	Programa Saúde da Família
PUSP-B	Prefeitura Campus USP Bauru
PIB	Produto Interno Bruto
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAAC	Redes de Atenção à Condições Crônicas
RN	Recém-Nascido
RNA	Ácido Ribonucleico
RT-PCR	Transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SESMT	Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESMA	Secretaria de Estado, Saúde e Meio Ambiente
TIB	Fissura Transforame Incisivo Bilateral
TMB	Turbinectomia Bilateral
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBAS	Unidade Básica de Assistência à Saúde
UCE	Unidade de Cuidados Especiais
USGM	Ultrassonografia Morfológica
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

	<b>LISTA DE FIGURAS</b>	
	<b>LISTA DE TABELAS</b>	
	<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	
	<b>LISTA DE QUADROS</b>	
	<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	
1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	20
2	<b>IMPACTO FAMILIAR E SOCIAL DA FLP.....</b>	22
	<b>PROCESSO REABILITADOR E PROCEDIMENTOS DE TEMPO</b>	
3	<b>OPORTUNO.....</b>	28
4	<b>SARS-CoV-2 – COVID-19.....</b>	30
4.1	PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL.....	32
4.2	HRAC-USP –MEDIDAS ADOTADAS NA PANDEMIA DA COVID-19..	40
5	<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....</b>	42
5.1	DRS – DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE.....	46
6	<b>LITORAL NORTE DE SÃO PAULO.....</b>	48
6.1	CARAGUATATUBA.....	49
6.2	ILHABELA.....	50
6.3	SÃO SEBASTIÃO.....	51
6.4	UBATUBA.....	51
7	<b>OBJETIVOS.....</b>	53
7.1	OBJETIVO GERAL.....	53
7.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53
8	<b>METODOLOGIA.....</b>	54
8.1	MATERIAIS E MÉTODOS.....	54
8.1.1	<b>População e amostra.....</b>	54
8.1.2	<b>Desenvolvimento do estudo.....</b>	54
8.1.3	<b>Apresentação dos resultados.....</b>	55
8.1.4	<b>Crítérios éticos.....</b>	56
9	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	57
9.1	CARAGUATATUBA –PERFIL INSTITUCIONAL.....	57
	CONDICIONANTES SOCIAIS –	
9.2	CARAGUATATUBA.....	61
9.2.1	<b>Classificação socioeconômica.....</b>	61
9.2.2	<b>Transporte sanitário.....</b>	61
9.2.3	<b>Faltas, pacientes faltosos e abandono de tratamento.....</b>	62
9.2.4	<b>Benefícios e proteção social.....</b>	62
9.2.5	<b>Maior grau de escolaridade do núcleo familiar e renda familiar.....</b>	62
9.2.6	<b>Condições de habitação.....</b>	62
9.2.7	<b>SUS e saúde suplementar.....</b>	63
	ILHABELA- PERFIL INSTITUCIONAL DO PACIENTE NO HRAC E	
9.3	CONDICIONANTES SOCIAIS.....	63
	SÃO SEBASTIÃO – PERFIL INSTITUCIONAL DO PACIENTE NO	
9.4	HRAC.....	65
9.5	CONDICIONANTES SOCIAIS – SÃO SEBASTIÃO.....	67
9.5.1	<b>Classificação sócioeconômica.....</b>	67
9.5.2	<b>Transporte sanitário.....</b>	67
9.5.3	<b>Faltas e pacientes faltosos.....</b>	67

9.5.4	<b>Benefício de proteção social.....</b>	68
9.5.5	<b>Grau de escolaridade e renda familiar.....</b>	68
9.5.6	<b>Condições de habitação.....</b>	68
9.5.7	<b>SUS e saúde suplementar.....</b>	68
	<b>UBATUBA – PERFIL INSTITUCIONAL DO PACIENTE NO</b>	
9.6	<b>HRAC.....</b>	69
9.7	<b>CONDICIONANTES SOCIAIS – UBATUBA.....</b>	71
9.7.1	<b>Classificação sócioeconômica.....</b>	71
9.7.2	<b>Transporte sanitário.....</b>	72
9.7.3	<b>Faltas, pacientes faltosos e abandono de tratamento.....</b>	72
9.7.4	<b>Benefício de proteção social.....</b>	73
9.7.5	<b>Grau de escolaridade e renda familiar.....</b>	73
9.7.6	<b>Condições de habitação.....</b>	74
9.7.7	<b>SUS e saúde suplementar.....</b>	75
	<b>CONSOLIDADO DOS MUNICÍPIOS - PERFIL INSTITUCIONAL DO</b>	
9.8	<b>PACIENTE NO HRAC.....</b>	75
	<b>CONDICIONANTES SOCIAIS – CONSOLIDADO DOS QUATRO</b>	
9.9	<b>MUNICÍPIOS.....</b>	77
9.9.1	<b>Classificação sócioeconômica.....</b>	77
9.9.2	<b>Transporte sanitário.....</b>	78
9.9.3	<b>Faltas e pacientes faltosos.....</b>	78
9.9.4	<b>Benefício de proteção social.....</b>	79
9.9.5	<b>Grau de escolaridade e renda familiar.....</b>	79
9.9.6	<b>Condições de habitação.....</b>	80
9.9.7	<b>SUS e saúde suplementar.....</b>	81
	<b>MEDIDAS ADOTADAS PELO HRAC DURANTE O PERÍODO</b>	
9.10	<b>PANDÊMICO.....</b>	81
	<b>HRAC- TRÊS MOMENTOS NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES DO</b>	
9.11	<b>LN.....</b>	91
	<b>INVESTIGAÇÃO SOBRE IMPACTOS NO TRATAMENTO</b>	
	<b>AMBULATORIAL E CIRÚRGICO DOS PACIENTES DO HRAC</b>	
9.12	<b>RESIDENTES NO LN.....</b>	94
10	<b>DISCUSSÃO.....</b>	96
10.1	<b>PERFIL DOS PACIENTES DO LN EM TRATAMENTO NO HRAC.....</b>	96
10.2	<b>MEDIDAS DE SEGURANÇA ADOTADAS PELO HRAC.....</b>	99
	<b>ANÁLISE COMPARATIVA DOS ATENDIMENTOS NO HRAC AOS</b>	
	<b>PACIENTES DO LN: 2019 (PRÉ PANDEMIA), 2020 (PANDEMIA),</b>	
10.3	<b>2021/2022 (RETOMADA DOS SERVIÇOS) .....</b>	105
10.3.1	<b>Procedimentos gerais agendados.....</b>	106
10.3.2	<b>Procedimentos executados.....</b>	107
10.3.2.1	<b>Momento pré pandemia – 2019 e momento pandemia – 2020.....</b>	107
10.3.2.2	<b>Momento de retomada gradual dos serviços – 2021/2022.....</b>	107
10.3.3	<b>Faltas.....</b>	107
10.3.4	<b>Cancelamentos.....</b>	108
11	<b>CONCLUSÕES.....</b>	108
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	110
	<b>APÊNDICE – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE</b>	
	<b>FONTES SECUNDÁRIAS.....</b>	122
	<b>ANEXO I – PROTOCOLO DO SERVIÇO SOCIAL/HRAC USP</b>	
	<b>ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	126

## 1 INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas (FLP) estão entre as anomalias congênitas de cabeça e pescoço que mais acometem a face humana (FERNANDEZ et al, 2016). Estas anomalias craniofaciais estabelecem-se ainda na vida intrauterina e estendem-se até a fase gestacional precoce, compreendendo até a 12<sup>a</sup> semana de gestação (FREITAS et al, 2012). No Brasil, a incidência de fissuras labiopalatinas oscila em torno de 1:650, de acordo com Nagem et al (1968). Paramonta et al (2015) reportam que as prevalências de nascimentos de crianças com FLP são variadas entre estudos ao redor do mundo.

Existem vários tipos de fissuras que acometem lábio e palato. Saber diagnosticar com precisão é essencial para conduzir o tratamento adequado (CAPELOZZA FILHO et al, 1987). No Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), no qual o presente estudo foi realizado, utiliza-se a classificação de SPINA et al (1972) modificada, que compreende quatro diferentes grupos e tem o forame incisivo como referência anatômica. Porém, no presente estudo todos os tipos de fissuras foram globalmente referenciados como FLP para padronização, uma vez que o objeto do estudo não se concentra nas classificações das mesmas.

É importante considerar que fatores ambientais ameaçam a codificação genética, ou seja, fatores extragenéticos são mais importantes e impactantes quando desencadeiam deformações, como no caso das fissuras labiopalatinas. Portanto, é inegável a existência de potencialidade genética na embriogênese das fissuras (SILVA FILHO, 2009).

Ainda cabe pontuar que a morfogênese da face consiste em cinco processos: um frontonasal, dois maxilares e dois mandibulares, formados a partir de mesênquima e circundados de revestimento epitelial. Durante a embriogênese, vários fatores intervenientes podem ser considerados por interromper ou alterar o curso do desenvolvimento facial. As fissuras podem estar relacionadas com fatores geográficos, fatores genéticos, histórico familiar, uso de álcool e tabaco, alimentação deficiente em microelementos como vitaminas, zinco, ácido fólico e outros, uso de medicações durante a gestação, exposição a infecções e fatores ocupacionais (KAWALEC et al, 2015).

Em relação à suplementação de ácido fólico, segundo a caderneta da gestante utilizada unificadamente no Brasil (Brasil, 2020) no período que antecede a gravidez (período de planejamento familiar), durante a gestação e período puerperal, a recomendação é que o

mesmo seja introduzido diariamente e que seja utilizado diariamente. A caderneta da gestante foi elaborada pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. Santos e Pereira (2009) enfatizam em seus estudos que a deficiência do ácido fólico é o mais importante fator de risco para os defeitos que acometem o tubo neural identificados até hoje e consideram a relação de deficiência de ácido fólico associada a múltiplos tipos de anomalias congênita e teratogênicas. Já Souza et al (2013) mencionaram em sua pesquisa epidemiológica a sugestão de uma redução de 18,52% na prevalência de fissuras orofaciais não sindrômicas após a fortificação com ácido fólico durante a gestação.

O tubo neural se transforma em medula espinhal e cérebro entre os dias 18 a 26 da gestação e neste período nem toda mulher conhece seu estado gravídico. De acordo com Frey (2003), o ideal é que a mulher em idade fértil tenha acesso ao ácido fólico em quantidade adequada pelo menos um mês antes de ficar grávida e o autor ainda fundamentou que uma em cada sete pessoas pode portar uma mutação genética desencadeadora de deficiência de ácido fólico.

O ácido fólico exerce uma atribuição fundamental no processo de multiplicação celular. Imprescindível na gestação, sua atuação está na síntese de purinas e pirimidinas e atua como coenzima no processo metabólico sintetizando, assim, os ácidos nucleicos (VITOLLO, 2003). O ácido fólico é distribuído gratuitamente em toda a rede de saúde compreendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo parte das prescrições pré-natais com acesso amplo (BRASIL, 2020).

Segundo Millard e Richman (2001), o paciente com FLP pode apresentar expressões faciais disfuncionais, além de graves problemas relacionados ao sistema estomatognático, tais como deglutição, sucção, mastigação, fala, respiração e, além dessas funcionalidades afetadas, a integração social também sofre prejuízos psicossociais importantes. Dion et al (1972) apud Hunt et al (2005) explicam que, no que concerne às implicações e prejuízos psicossociais, a literatura traz uma gama de sentimentos e atribuições comportamentais, entre os quais: ansiedade, depressão, insatisfação com a aparência facial, implicações no aprendizado, dificuldades de relacionamento interpessoal e isolamento social.

Sabe-se que a reabilitação de um paciente com FLP envolve um longo processo de intervenções, procedimentos médicos-cirúrgicos e acompanhamento multidisciplinar (Souza

Freitas et al, 1977), e esses cuidados multidisciplinares compreendem o período de tempo que vai desde o nascimento até a vida adulta (PARAMONTA et al, 2015). Portanto, trata-se de um tratamento processual em que, segundo Freitas et al (2013), as intervenções iniciam após o nascimento e estendem-se até a fase adulta, requerendo participação interdisciplinar, e os procedimentos acontecem em tempos oportunos preestabelecidos. Miachon e Leme (2014) corroboram as informações supracitadas ao afirmarem que o processo de reabilitação morfológica é longo e é realizado em etapas, variáveis de acordo com cada caso, sendo que cada etapa compreende uma intervenção específica multidisciplinar.

Os protocolos para cada tipo de fissura estabelecem períodos oportunos para a realização de cirurgias, avaliações e acompanhamento multidisciplinares. São procedimentos e ações planejadas e eletivas, que se estendem por longos períodos da vida do paciente, geralmente tendo seu início assim que o bebê nasce e as intervenções são realizadas até a vida adulta. As cirurgias primárias, como a queiloplastia e a palatoplastia, podem ser realizadas a partir dos 3 a 6 meses de vida e 12 a 18 meses de vidas, respectivamente (SILVA FILHO, FREITAS, 2007).

As cirurgias plásticas primárias, queiloplastia e palatoplastia, ao mesmo tempo que reabilitam estética e funcionalmente o paciente, a partir da primeira infância, exercem ao longo do crescimento influência negativa sobre a maxila e arco dentário superior. Os dados do HRAC-USP demonstram que nos pacientes operados, as dimensões transversais e sagitais do arco dentário superior encontram-se reduzidas em relação ao padrão normativo, desde a dentadura decídua e mista (SILVA FILHO et al, 2003).

## **2 IMPACTO FAMILIAR E SOCIAL DIANTE DO NASCIMENTO DE UM BEBÊ COM FLP**

Carvalho e Tavano (2000) ressaltam que a família tem um papel fundamental diante do nascimento de um bebê com FLP. Essa condição remete a um desencadeamento de sentimentos, tais como susto, curiosidade, sofrimento e outras condições importantes que podem paralisar a família no desempenho de sua função (GRACIANO et al, 2007). Bom *et al* (2021) afirmam que voltar a atenção aos cuidadores compreendendo as barreiras físicas, sociais e emocionais envolvidas no cuidar é essencial. Farinha et al (2021) enriquecem esse importante aspecto ao afirmarem que “a qualidade dos cuidados prestados depende muito da saúde física, psíquica, emocional e espiritual dos cuidadores”. Portanto, os cuidadores, familiares e todos os envolvidos no círculo social de um bebê com malformação congênita precisam ser

instrumentalizados para o cuidado, acolhidos em suas angústias, e devem receber orientações da equipe multidisciplinar. Kassim et al (2021) destacam a importância das orientações multidisciplinares e do estabelecimento de vínculo com os pacientes e seus familiares, tornando essa experiência menos traumática e emocionalmente menos desgastante.

Um aspecto que deve ser aprimorado é a inserção da Atenção Primária de Saúde (APS) dentro deste contexto, uma vez que essa família reside no território da Estratégia Saúde da Família (ESF). A APS é a ordenadora dos serviços de saúde e é responsável pela Rede de Atenção às Condições Crônicas (RACC), ou seja, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são acompanhadas pela ESF. Portanto, para que a RACC seja efetivamente organizada, a atuação da APS é fundamental na realização de ações de prevenção aos fatores de risco, manejo clínico adequado e com estratégias de cuidado e encorajamento e valorização de ações de autocuidado (Shimazaki, 2021), e essa abordagem se estende ao portador de FLP, à sua família e à sua rede de apoio.

A equipe da ESF, que atua na ordenação para os demais níveis de complexidade do SUS, promove ações de prevenção e educação em saúde. A amamentação é inerente a este serviço, no qual os profissionais de saúde encorajam a amamentação, ensinam técnicas de ordenha e avaliam o ganho de peso ponderal do bebê. No caso de um recém-nascido (RN) com FLP, Farias et al (2021) constataram que “as principais dificuldades do aleitamento materno em crianças com fissura labiopalatina estão relacionadas à asfixia, refluxo nasal e dificuldade de pega e sucção”. Sendo assim, os cuidados de enfermagem diante dessa condição estão atrelados à ordenha das mamas, a proporcionar pressão negativa na pega da mama e ao uso do copinho para oferecer o leite materno.

O enfermeiro possui importante participação na manutenção da amamentação, precisa ser capaz de identificar as dificuldades das crianças com FLP e se instrumentalizar de orientações sobre aleitamento materno e peculiaridades das FLP, objetivando uma assistência segura e de qualidade. Ainda, em relação a esses cuidados, a assistência de qualidade tem a potencialidade de amenizar as expectativas e facilitar a aceitação dos pais relacionadas à deformidade, fortalecendo, assim, a compreensão familiar sobre as necessidades de nutrição e cuidados (FREITAS et al, 2021). Em síntese, está a possibilidade de fortalecimento do binômio mãe-filho. Santos et al (2011) conceituam as atribuições do enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar, onde o mesmo deve acolher as famílias, articulando ações de compreensão do quadro da malformação, coibindo, assim, interpretações errôneas e desconstruindo tanto por

parte da equipe quanto por parte da família. Se o enfermeiro se eximir da ordenação e coordenação desses cuidados, corre-se o risco de paralisação nas relações estabelecidas e prejuízos no estabelecimento de vínculo.

Esse cuidado e essa responsabilidade do enfermeiro se traduzem em ações processuais e dinâmicas por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), composta pelas seguintes etapas: Investigação; Diagnósticos de Enfermagem; Planejamento do Cuidado; Implementação da Assistência e Avaliação (Tannure, 2009), portanto, existe a liberdade de rever ações de cuidados e assistência de maneira sistematizada e dinâmica, tornando, assim, segundo Jesus (2002) a assistência estruturada, mais científica e menos intuitiva.

A questão estética é a primeira impressão de impacto no nascimento do bebê com FLP. Carvalho e Tavano (2000) observam que inicialmente a fissura no lábio é o fator mais impactante, mas a fissura de palato, que é oculta no primeiro momento, emerge como uma preocupação importante para os pais à medida que a criança manifesta dificuldades alimentares, e durante seu desenvolvimento, outras questões vão se manifestando, como os problemas de fala e erupção irregular dos dentes.

Ainda em relação ao quesito estético, os questionamentos de natureza psicológica se concentram na aceitação social dessa criança, se a mesma poderá sofrer rejeição, discriminação ou até mesmo manifestar comportamentos fora dos padrões sociais aceitáveis em ambiente escolar (Vanz e Ribeiro, 2011), portanto, não somente a sobrevivência da criança é motivo de preocupação e incertezas para a família, mas os resultados estéticos também se evidenciam como muito importantes (RAFACHO et al, 2015).

Numa sociedade que valoriza a estética e estabelece padrões de normalidade e beleza, a malformação pode acarretar dificuldade na aceitação da criança e influenciar os seus relacionamentos futuros. Estar fora dos padrões estabelecidos pode produzir sofrimentos, constrangimentos, tentativas de ocultação e isolamento (VANZ, RIBEIRO, 2011).

A atitude do profissional frente a um caso de FLP envolve o desenvolvimento de técnicas de acolhimento familiar e estabelecimento e fortalecimento de vínculo. Santos et al (2011) valorizam a necessidade premente de um atendimento multidisciplinar diante da realidade da criança com malformação congênita, e ainda esclarecem que a assistência deve ser mais complexa, pois além de capacitação, treinamento técnico e científico, existe a necessidade da presença de atributos inatos ao profissional, como sensibilidade, discernimento e

intervenções que sejam profícuas no contexto biopsicossocial e espiritual da criança e de seus familiares. Frente ao exposto, Medeiros et al (2021) afirmam que “o processo interativo entre os profissionais de saúde e a mãe propicia suporte psicossocial e estratégias de enfrentamento”.

A constatação de um resultado inesperado, neste caso, a anormalidade fetal, requer dos profissionais envolvidos a capacidade de favorecer um ambiente com qualidade técnica e emocional. Pela vivência da maioria das mães, pode-se observar que a maior parte dos profissionais não proporcionou um acolhimento diante de uma realidade inesperada, comportamento este que pode refletir desde o desconhecimento do quadro clínico, até a falta de preparo psicológico do profissional da área da saúde, que também tem de lidar com seus próprios sentimentos perante a situação (MACEDO et al, 2021).

Minervino-Pereira (2005) afirma que a presença da FLP e os procedimentos reabilitadores são condições que agravam o estresse. Rafacho et al (2015) observaram em seus estudos que, na fala de um pai de uma criança com FLP, o termo padronizado “Anomalia era muito forte para um pai,” os mesmos ainda colocam que, a partir do nascimento de uma criança com fissura, as famílias experimentam estágios distintos de enfrentamento e buscam estratégias para lidar com a realidade, que inclui o longo processo reabilitador e a convivência interrupta com a deformidade facial, e essa busca inclui variáveis e atores importantes, tais como: a estrutura familiar, condicionantes sociais, suporte familiar e emocional. Farinha et al (2021) observam que, neste contexto, a espiritualidade e/ou aspectos espirituais e religiosos emergem como uma importante estratégia de *coping*, e que as mesmas são indispensáveis no processo de aceitação.

O impacto emocional e psicossocial diante do nascimento de um bebê com FLP é devastador e pode desencadear sentimentos negativos intensos. Segundo Piccinini (2003), inclusive pode ocorrer um sentimento compatível com um processo de luto, com a equivalência de luto por morte e a situação é desencadeadora de desgastes emocionais, crises e até mesmo conflitos familiares, sendo esse sentimento de luto é amplamente explicado nas análises e pesquisas científicas relacionadas à temática. Geara (2005) esclarece que esse processo de luto está relacionado à perda do filho idealizado e imaginado, esperado e sonhado, mas que não nasceu assim; no seu lugar as famílias precisarão aceitar um bebê fora das expectativas, que não fazia parte dos planos, com limitações e malformação congênita; no caso das fissuras, a deformidade é na face. Guiller et al (2007) alertam sobre as consequências e a cascata de desencadeamento de problemas de ordem médica, implicações psicológicas e impacto econômico, desestruturação familiar e dificuldades de adaptação à realidade premente.

A “culpa” emerge no contexto familiar e individual na busca de respostas ou explicações que sejam capazes de atribuir a alguém ou a algo uma responsabilidade ao fato do bebê possuir FLP. Rafacho et al (2015) identificaram que os pais manifestaram duas preocupações verbalizadas no HRAC, durante orientações multidisciplinares: a causa da fissura e o exame cariótipo, que se trata de procedimento laboratorial para investigar e quantificar a estrutura cromossômica (REDDY et al, 2013). Esses questionamentos podem indicar uma angústia reiterada por parte dos pais, pois é uma preocupação relacionada à origem da malformação e que eles consideram importante a busca da constatação de que se trata de algo que independe e não se controla por parte deles. Essas duas dúvidas também podem estar relacionadas com a possibilidade de terem outro filho com alguma anomalia congênita; em suma existe a necessidade de uma resposta por parte dos pais, pois, muitas vezes, buscam uma causa gênica para o problema a fim de amenizar o sentimento de culpa (RAFACHO et al, 2015).

Nem sempre é possível identificar a FLP através de ultrassonografia obstétrica, mas na maioria dos casos é possível a identificação da anomalia através da ultrassonografia morfológica. Macedo et al (2021) constataram que foi comum nas mães do estudo realizado que diante do diagnóstico de FLP durante a realização da ultrassonografia, houve sentimento de indignação por parte das mães devido à escassez de informações, explicações quase nulas e poucos esclarecimentos sobre a anomalia identificada. Em contrapartida, Sreejith et al (2018) explicam que quando por meio de diagnóstico pré-natal se identifica a FLP, os pais podem receber orientações e aconselhamentos dos profissionais especializados sobre o método de tratamento, devem ser esclarecidos sobre as possibilidades, sobre o processo reabilitador e, “serem acolhidos e preparados emocionalmente para terem um filho com essa deformidade” (SREEJITH et al, 2018).

Nos estudos de Santos et al (2011), houve uma importante e negativa percepção: a de que as temáticas de malformações são negligenciadas na aquisição de conhecimentos acadêmicos dos profissionais de saúde, e essa negligência explica o despreparo dos mesmos e a falta de subsídios diante de situações dessa magnitude.

Macedo et al (2021) trazem importantes contribuições quando o diagnóstico de FLP é possível durante o pré-natal. A comunicação para a família de uma gestação de uma criança com uma anomalia envolve muitos aspectos e desencadeia sentimentos que remetem as mães à grande vulnerabilidade emocional. Elas podem ter dificuldade de compreender a situação devido ao uso de linguagem técnica por parte do profissional, podem também apresentar a

compreensão das informações complexas de maneira insuficiente e simplista, e chegam a concluir que as informações foram insuficientes para a sua compreensão da dimensão do problema. Diante dessas observações, percebe-se que é possível que a mãe e sua rede de apoio saiam da consulta com muitas dúvidas e insegurança. A utilização da adequação da linguagem terapêutica é um instrumento de baixa tecnologia, mas de grande resolutividade e que deve ser utilizada amplamente por profissionais da saúde em todas as circunstâncias. Fallowfield e Jenkins (2004) observaram que na maioria das vezes o profissional não dispõe de efetiva capacitação, realiza a comunicação de maneira imprópria, muitas vezes reduzindo a seriedade do caso, amenizando e simplificando as situações complexas e também podem usar termos e expressões pejorativas. A dificuldade do profissional em comunicar notícias ruins, prognósticos sombrios ou notícias tristes pode ter conexão e estar relacionada à estressante interação do momento. Em suma, Santos et al (2011) concluíram que “a linguagem utilizada pelos profissionais e a forma como as informações foram transmitidas dificultaram o entendimento da doença e, em alguns casos, retardaram o processo de aceitação do diagnóstico”.

O diagnóstico de FLP ainda no período pré-natal pode apresentar possibilidades importantes para a família se preparar e receber orientações e auxílio psicossocial. De Freitas Melo et al (2020) enfatizam a importância de obter o diagnóstico durante o período gestacional e que a mãe saiba que seu bebê é fissurado ainda no pré-natal. Mesmo com o choque inicial, haverá tempo de preparação efetiva da mãe e dos familiares, haverá período para processarem a realidade que irão enfrentar, haverá tempo para prepararem-se para o nascimento do bebê diferente do idealizado e poderão se preparar para os procedimentos cirúrgicos primários e compreender sobre o processo reabilitador que se estenderá ao longo dos anos.

Diante das informações e considerações sobre as FLP e suas implicações sociais, funcionais, familiares, profissionais e biopsicossociais e as colocações relacionadas aos profissionais capacitados, Rafacho et al (2015) expressam a grande importância do estabelecimento de parceria com a família. Os profissionais devem ter a responsabilidade de garantir a continuidade das informações em todas as etapas de desenvolvimento e tratamento da criança, e devem ter consciência do seu papel importante e nobre, pois ajudarão na aceitação da deficiência, estabilizando, assim, as inquietações e angústias que remetem a família a sofrimento, incertezas e ansiedade.

### 3 PROCESSO REABILITADOR E PROCEDIMENTOS DE TEMPO OPORTUNO

As FLP são condições que demandam longo período de tratamento. Segundo diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), o paciente fissurado requer procedimentos terapêuticos realizados por equipe multidisciplinar, e essa abordagem deve acontecer a partir do nascimento, estendendo-se até a adolescência (WHO, 2004). Portanto, trata-se de ações processuais que ocorrerão ao longo da maturidade óssea, ou seja, o processo de reabilitação das FLP compreenderá várias fases da vida do paciente.

Segundo Menegoto (1989), o primeiro autor a direcionar um olhar específico sobre as malformações labiopalatinas foi o russo Fröbelius, que realizou pesquisas no período de 1833 até 1865. Percebe-se, então, que essa questão desperta preocupação científica há séculos. Alonso et al (2010) apontam que ao longo dos anos a evolução dos protocolos cirúrgicos e terapêuticos foi se estabelecendo, e o início das intervenções deve ser precoce.

Esse acompanhamento que deve ocorrer a partir do nascimento até a maturidade óssea trata-se do processo reabilitador. Macedo et al (2021) explicam que os pacientes com FLP provavelmente enfrentarão, no mínimo, de quatro a cinco procedimentos cirúrgicos ao longo da vida, e não só as cirurgias trarão resolutividade a cada caso. A adesão contínua e a de longo prazo ao tratamento são padronizações terapêuticas que serão aplicadas para tratar os distúrbios de fala, dentadura decídua irregular, eventuais infecções do trato auditivo, questões psicossociais e sociabilidade.

Em relação à realização das cirurgias primárias, De Freitas Melo et al (2020) pontuam que “os pais começam a ansiar o momento da cirurgia, e que todo o impacto emocional, assim como o funcional na criança, causado pela deformidade labial, seja reparado após o resultado cirúrgico para que a vida siga normalmente”. Inseridos neste contexto e enaltecendo a importância das cirurgias reconstrutoras, Biazon e Peniche (2008) afirmam que estas cirurgias se configuram num desafio, não somente estético, mas funcional, principalmente.

As etapas do tratamento das FLP são sequenciais, obedecem a tempos oportunos e não são realizadas de maneira desordenada, pois seguem protocolos cientificamente fundamentados, e essas informações devem ficar claras e de fácil compreensão para a mãe, a família e a rede de apoio, pois existem impactos negativamente importantes no ato de postergar procedimentos de tempos oportunos. Souza e Roncalli (2019), consideram que quanto mais as

cirurgias primárias forem postergadas, maiores serão os impactos na qualidade de vida do paciente com FLP e seus familiares.

É importante esclarecer que, mesmo com todos os benefícios conquistados com as cirurgias realizadas na infância, considera-se possível a possibilidade de o tecido cicatricial das cirurgias afetar o desenvolvimento da maxila, inibindo seu desenvolvimento ao longo do crescimento da criança, resultando em deformidades faciais e má oclusão dentária (GRAZIANI et al, 2016).

No geral, deve ser iniciado com cirurgias plásticas - a queiloplastia (cirurgia de lábio), com três meses de idade; e a palatoplastia (cirurgia do palato), entre seis e nove meses de idade. Aos 5 anos, ocorre o refinamento da cirurgia no nariz (em 35% dos casos). Entre 7 e 9 anos, é realizado o enxerto ósseo (em 100% dos casos). Entre 12 e 18 anos é feita a rinoplastia (cirurgia de refinamento). Pode ainda ocorrer (em 25% dos casos) a cirurgia ortognática (correção óssea facial) (MIACHON e LEME, 2014).

Em relação às regiões do Brasil, o Norte e Nordeste apresentaram os resultados mais expressivos em relação ao atraso no tratamento das FLP e a região Sudeste apresentou menores percentuais de atraso no tratamento (SOUZA e RONCALLI, 2019).

A literatura relata considerações importantes ao constatar a desigualdade étnico-racial, pois os pacientes não brancos apresentavam atrasos maiores no início do tratamento. Esta realidade é considerada por Chor e Lima (2005) como uma herança do contexto histórico de escravidão de afrodescendentes e fragilidades históricas que se perpetuam em sucessivas gerações. A desigualdade étnico-racial é um importante dado, pois possibilita ao SUS cumprir um dos seus princípios doutrinários, que é a equidade (Brasil, 2009), e esse princípio firma o compromisso de oferecer a todos um tratamento igualitário e atender às necessidades específicas de saúde de cada cidadão. Este é um dado que pode orientar, acolher e orientar o tratamento de populações específicas.

Nos países mais pobres, considera-se a proporção de crianças que tiveram suas fissuras reparadas nas faixas etárias de 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14 e mais de 15 anos. Nos países ricos, onde o tratamento ocorre mais precocemente e os registros são melhores, diferenças de idade na reparação cirúrgica primária podem evidenciar desigualdades entre grupos raciais, étnicos ou de diferentes condições socioeconômicas (MOSSEY et al, 2011).

Neste contexto, observam-se déficits importantes na oferta do tratamento em tempo oportuno com as cirurgias primárias sendo realizadas dentro do período protocolar, o que evidencia fragilidades para iniciar o tratamento por conta de condicionantes sociais. Tais fragilidades estão atreladas à pobreza e variáveis de desenvolvimento, dificuldades biopsicossociais e nota-se que a família, tão importante neste processo, precisa se reorganizar

para assumir a responsabilidade do cuidado de um ente com FLP. “O processo reabilitador é longo: inicia-se na infância e estende-se até a idade adulta, requerendo tratamento multidisciplinar e interdisciplinar” (GRAZIANI et al, 2016). Sandrini et al (2005) observam que “os portadores de FLP e suas famílias experimentam um significativo estresse crônico de ordem física, emocional e social”.

#### **4 SARS-CoV-2 - COVID-19**

Em dezembro de 2019, vários casos de pneumonia de etiologia desconhecida e não causada por nenhuma infecção por vírus respiratório conhecidos foram relatados em Wuhan, província de Hubei, China (JIA et al, 2020). A OMS foi alertada sobre uma nova cepa de coronavírus que não havia sido identificada em humanos. Nesse contexto, iniciava-se um fenômeno com potencialidade de todos os países do mundo.

A alta virulência e transmissibilidade fugaz detectada no novo coronavírus trouxe preocupação e alertas sanitários importantes. Porém, na data de 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), representando, assim, o mais alto nível de alerta já emitido pela Organização. Conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional, a decisão de declarar esse nível de alerta pela OMS tinha como objetivos aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para a interrupção da propagação do vírus (PAHO, 2020).

Ao todo, sete coronavírus humanos já foram identificados em diferentes épocas e circunstâncias distintas, sendo eles: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o mais recente, novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2, sendo este o novo coronavírus e responsável por causar a doença COVID-19 (Coronavírus Disease 2019) (TESINI, 2020).

A chegada de uma nova doença, com alto grau de transmissibilidade e com potencialidade de avançar limites continentais inferiu desafios aos sistemas de saúde. Sem estratégias para debelar emergências de saúde pública, houve a necessidade de formular estratégias concomitantemente ao advento pandêmico. Murakami et al (2022) apontaram desafios extremos ao sistema de saúde e também apontaram que esses sistemas foram impelidos a formular estratégias emergenciais.

Segundo a OMS, é a sexta vez na história que uma ESPII é declarada. As outras situações foram: Pandemia de H1N1 (25 de Abril de 2009), disseminação internacional do Poliovírus (05 de Maio de 2014), surto de Ebola na África Ocidental (08 de Agosto de 2014), Zika Vírus e o aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas (01 de Fevereiro de 2016) e surto de Ebola na República Democrática do Congo (18 de maio de 2018) (OPAS, 2020).

Diniz et al (2020) estimam que nenhum país ficará imune ou indiferente aos impactos da pandemia da COVID-19. Ressaltam também que os pilares da sociedade, definidos como saúde, economia e educação, sofrerão impactos relacionados ao desequilíbrio em diversos setores. Alguns países sentirão esses impactos em proporções maiores, outros em menores proporções, mas nenhum país sairá ileso, pois “a pandemia desencadeada pelo novo coronavírus está sendo responsável pela pior recessão econômica desde a Segunda Guerra Mundial” (BANCO MUNDIAL, 2020).

Monari et al (2021) relataram que a OMS declarou a pandemia relacionada ao então desconhecido Sars-Cov-2 e que a mesma veio acompanhada por uma questão tão grave quanto a doença: veio acompanhada de uma infodemia. Allahverdipour (2022) conceituou infodemia como “epidemia de informações falsas sobre a COVID-19”, fenômeno este que se propaga fugazmente através das mídias sociais. Segundo a OMS, trata-se de “um grande aumento no volume de informações associado a um determinado assunto, que pode se multiplicar rapidamente em pouco tempo devido a um evento específico” (OMS, 2020). Tedros Adhanom, diretor geral da OMS desde 2017, descreveu a infodemia como uma situação de excesso de informações, algumas fundamentadas cientificamente, outras milhares totalmente imprecisas, e alertou que essas informações poderiam potencializar os efeitos deletérios da pandemia, pois dificultam a tarefa de encontrar orientações idôneas e confiáveis advindas de fontes precisas e cientificamente fundamentadas. Segundo Allahverdipour (2022), fenômenos relacionados à infodemia começaram a se alastrar em nível mundial, desestabilizando as pessoas mentalmente, incluindo profissionais da saúde. Medeiros (2020) também fez apontamentos negativos dos efeitos da pandemia correlacionados à saúde mental da população.

A propagação de inverdades sobre a COVID-19 se fortaleceu com a rapidez de disseminação de informações através de mídias sociais. Para Monari et al (2021), “este cenário de superabundância informacional, que é amplificado pelas redes sociais digitais, favorece o surgimento de rumores e desinformação”, criando assim tentativas de gerar dúvidas e desmentir

achados científicos. Dentre as redes sociais digitais amplamente utilizadas com finalidades ideológicas destaca-se o *Twitter*, pois o mesmo é compreendido como espaço de afirmação político-ideológica (Monari et al, 2021), espaço diversificado de pessoas, inclusive espaço onde lideranças políticas, de países estrategicamente importantes no combate à pandemia teceram suas argumentações sobre questões de saúde das quais nem sempre dominavam ou eram especialistas. Pesquisadores com alguma relação com a comunidade científica, e fatos postulados, por exemplo, pela ciência e pelo jornalismo passaram a ser, com frequência, negados e substituídos por “fatos alternativos” (D’ANCONA, 2018).

A dificuldade em orquestrar ações capazes de mostrar efetividade contra a disseminação do novo coronavírus estava justamente na facilidade de contaminação e a fugaz internacionalização da doença. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como “Pandemia”, termo que se refere à distribuição geográfica de rápido avanço, ou seja, a COVID-19 deixou de ser tratada como surto regionalizado e assumiu a sua disseminação territorial, sem limites de fronteira (PAHO, 2020).

#### 4.1 PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

A pandemia da COVID-19 impactou fortemente a economia e impactou na assistência à saúde em diversos aspectos, fazendo-se necessárias remodelações no processo de oferta de serviços de saúde, uma vez que a mesma apresentou sobrecarga em grande escala em todos os níveis de complexidade de acesso à saúde. Houve a necessidade de desenvolver mecanismos estratégicos para assistir às doenças já existentes e acrescentar esta nova doença, incipiente e desconhecida (MEDEIROS, 2020; ELERES et al, 2021).

Os impactos das ações protocolares para conter a disseminação da COVID-19 no Brasil foram sentidos nos diversos departamentos e instâncias. Os estados e municípios se organizaram, porém de maneiras distintas e descoordenadas e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) condensou as ações e tomadas de decisão por meio do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde Pública (CEPEDES). Segundo a FIOCRUZ (2020), “a missão do CEPEDES envolve o desenvolvimento de pesquisas de apoio às políticas, estratégias e ações de redução de riscos de emergências e desastres no âmbito do Sistema Único de Saúde” (SILVA et al, 2020).

As desigualdades sociais se manifestaram ainda mais explicitamente diante da pandemia. A Atenção Primária de Saúde (APS), considerada como a principal responsável pela

ordenação para os demais níveis de complexidade de saúde do SUS, não conseguiu processar os encaminhamentos para os demais níveis de complexidade de cuidados de maneira uniforme. Murakami et al (2022) observaram que as disparidades sociais regionais, somadas às características da pandemia e a falta de investimento na APS, desencadearam iniciativas sem protocolos regionais. Assim, os arranjos técnicos e operacionais foram adaptados, cada região se estruturou de acordo com suas realidades, parcas e miseráveis em muitas regiões, considerando a estratificação populacional brasileira e suas dimensões continentais.

Castro et al (2020) citaram que o desconhecimento sobre a COVID-19, a sua alta taxa de transmissibilidade por pessoas assintomáticas e a falta de tratamento específico e resolutivo contribuíram de maneira indubitável para a alta incidência, sobrecarregando o sistema de saúde. Paes-Souza (2021) fez considerações críticas ao citar a negligência das doenças crônicas, prevendo que essas negligências poderão contribuir para o aumento de óbitos e incapacidades funcionais. Como exemplo dessa colocação, citam-se a desmarcação, a suspensão e o cancelamento de cirurgias eletivas e consultas ambulatoriais.

Frente à pandemia foi necessário que a APS reorganizasse os processos de trabalho. Inicialmente houve a restrição da carteira de serviços ofertada, com a recomendação de redução de atendimentos de forma a evitar um grande fluxo de pessoas e aumentar o risco de exposição ao novo coronavírus. No entanto, não é possível manter a suspensão de todos os atendimentos a longo prazo, de forma a configurar barreiras de acesso ou ainda agravar as condições prévias de saúde existentes antes da pandemia. (MURAKAMI et al, 2022).

Sodré et al (2014) conceituam o cancelamento de cirurgia “como o rompimento/suspensão de qualquer operação que estava programada e que não foi realizada naquele dia, sendo seus motivos normalmente identificados no dia útil posterior”. Esse tipo de cancelamento tem vários apontamentos importantes, inclusive de cancelamentos relacionados à má gestão dos serviços. Appavu et al (2016) colocam que “internacionalmente, a mensuração do cancelamento cirúrgico tem ganhado relevância na gestão dos serviços de ordem operatória”. Portanto, essa prática de cancelamento cirúrgico está diretamente relacionada a questões de ingerência dos serviços, falta de previsão, provisão, organização e controle sobre insumos e equipe técnica. Ademais, somando-se a um problema que já existia, houve milhares de cancelamentos cirúrgicos eletivos no Brasil por conta da pandemia. A gravidade do cancelamento de cirurgias eletivas é tamanha que, casos simples podem se agravar até evoluírem para uma emergência cirúrgica.

Diante de tais acontecimentos marcantes e considerando os tempos oportunos e as etapas e condutas terapêuticas relacionadas ao processo reabilitador das FLP, amplamente embasado em análises científicas consolidadas, a hipótese da pesquisa está no questionamento se houve impacto da pandemia da COVID-19 no processo reabilitador dos pacientes residentes nos quatro municípios do litoral norte de São Paulo (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba), uma vez que os procedimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas foram temporariamente suspensas no país, e se houve a necessidade de adotar providências por parte do HRAC frente à emergência de saúde pública durante a pandemia da COVID-19, ou seja, como o HRAC se organizou diante da situação pandêmica.

Sobre esse questionamento, é imprescindível analisar as profícuas colocações de autores que acompanharam em seus estudos a importância do processo reabilitador e as cirurgias primárias serem realizadas no tempo oportuno:

Com a chegada do bebê e após ser apresentada a possibilidade da cirurgia, impera entre as mães o desejo de que logo nos primeiros meses o procedimento aconteça. Isso ocorre porque a deformidade labial, pela sua localização e probabilidade de sequelas estéticas e funcionais, é motivo de angústia e medos no nascimento da criança (DE FREITAS MELO et al 2020).

Risso e Braga (2010) explicam que, quando a cirurgia é suspensa, a rede de apoio, o paciente e sua família podem manifestar insegurança, angústia e ansiedade. Os preparativos para o procedimento cirúrgico envolvem uma série de providências da família, organização financeira, interferência na rotina da família, busca de orientações e cuidados ao paciente, ajustes no trabalho, seja ele formal ou informal. Cavalcante et al (2000) complementam que a perspectiva de uma cirurgia é um momento de crise, estresse e sentimento de ansiedade para todos os envolvidos, e o cancelamento da cirurgia desencadeia uma nova crise, e esse evento pode ser traumático e frustrante; é como se a crise da cirurgia cancelada se sobrepusesse à crise da cirurgia agendada.

Antônio et al (2002) analisam essa condição referenciando a falta de controle da família/paciente sobre a situação, citando expressões de conformismo e impotência, e conceituam o conformismo como sendo o reflexo da sua relação com a instituição de saúde, e ainda relatam sentimento de esperança de que ocorra uma intervenção divina.

Diante das conjunturas, constata-se que um cancelamento cirúrgico remete o paciente e sua família a um grande sofrimento, e diante da pandemia, os procedimentos foram desmarcados e não houve data para reagendar. A situação ficou como que suspensa, até os

desdobramentos relacionados ao controle, vacina, cura ou manejo adequado da COVID-19, ou seja, todas as variáveis sem respostas concretas. Cavalcante et al (2000) apontam que muita energia está envolvida nesse processo, pois a cirurgia é um evento importante e “emocionalmente necessária porque pode implicar em um estilo de vida mais saudável e com melhor qualidade de vida”.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), estima-se que, ao menos 2,8 milhões de cirurgias eletivas em 2020 foram canceladas ou adiadas em razão da pandemia. Ainda, o CFM destacou procedimentos simples (porém de grande resolutividade e impacto na qualidade de vida dos pacientes) que não foram realizados, tais como hérnia, postectomia, cirurgia de catarata, colecistectomia e, assim ocorreu também com procedimentos ambulatoriais, redução notável de cirurgias hospitalares ou ambulatoriais em todas as regiões do país (CFM, 2021).

Martelli et al (2021) fazem um importante apontamento ao colocarem que “a pandemia exige uma mudança temporária nos atuais paradigmas de tratamento do câncer de cabeça e pescoço, favorecendo a radioterapia e a quimioterapia em detrimento da cirurgia e terapia adjuvante”.

Nota-se que na tabela 1 – Consolidado 2019/2020, do Sistema de Informações do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), as cirurgias bucomaxilofaciais foram as que sofreram maior impacto no ano de 2020 em relação ao ano anterior, dado extremamente considerável no contexto do presente estudo.

**Tabela 1** – Consolidado 2019/2020, do Sistema de Informações do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)

<b>Tipo de Cirurgia</b>	<b>2019 (Mar/Dez)</b>	<b>2020 (Mar/Dez)</b>	<b>Varição</b>	<b>%Varição</b>
Pequenas Cirurgias, Pele, Tecido Subcutâneo, Mucosa	3.460.721	2.377.305	-1.083.415	-31%
Cirurgia do Aparelho de Visão	1.082.006	663.326	-418.680	-39%
Cirurgia do Aparelho Digestivo, Órgãos Anexos e Parede Abdominal	481.785	205.176	-276.609	-57%
Cirurgia do Aparelho Geniturinário	391.431	180.277	-211.154	-54%
Anestesiologia	474.394	268.154	-206.240	-43%
Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, Face, da Cabeça e do Pescoço	254.359	123.655	-131.104	-51%
Bucomaxilofacial	196.583	70.150	-126.433	-64%
Cirurgia do Sistema Osteomuscular	302.098	175.677	-126.421	-42%
Outras Cirurgias	231.293	154.578	-76.715	-33%
Cirurgia do Aparelho Circulatório	149.941	79.008	-70.933	-47%
Cirurgia do SNC e Periférico	72.896	32.801	-40.095	-55%
Cirurgia Reparadora	82.549	60.088	-22.461	-27%
Cirurgia Oncológica	108.634	89.087	-19.557	-18%
Cirurgia de Mama	25.278	11.861	-13.417	-59%
Cirurgia de Glândulas Endócrinas	9.518	3.912	-5.606	-59%
Cirurgia Torácica	11.029	7.888	-3.141	-28%
Cirurgia Obstétrica	38.587	40.233	1.646	4%
Cirurgia em Nefrologia	112.969	115.260	2.291	2%
<b>Total</b>	<b>7.486.470</b>	<b>4.658.426</b>	<b>2.828.044</b>	<b>-38%</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).

Lima (2020) enfatiza que a pandemia da COVID -19 se agravou no país de maneira a desencadear o colapso do sistema de saúde em várias cidades. Um agravante paralelo também corroborou para que o sistema de saúde se desgastasse ainda mais, se mostrando incapaz de dar uma resposta de saúde hábil e fundamentada. Os embates cada vez mais acirrados entre Presidente da República, governadores e prefeitos e, conseqüentemente, o prejuízo notável de incapacidade de resposta do Estado frente à emergência de saúde pública geraram descrédito e insegurança na população.

Outro agravante foram as vicissitudes no comando do Ministério da Saúde, demonstrando dissonância entre o Presidente da República e as ações decisórias ministeriais frente à implementação de medidas para conter a crise de saúde desencadeada pelo rápido alastramento da doença. A pandemia foi abordada municipalmente e houve baixa cooperação entre os governos federal, estadual e municipal e os poderes legislativo, executivo e judiciário. Inicialmente seguiam-se as recomendações da OMS, mas depois o gerenciamento se municipalizou (PAES-SOUZA, 2021).

Zanetta e Carnut (2019) ressaltam que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais já apresentavam consideráveis dificuldades orçamentárias recorrentes, o que piorou com fatores de agravamento da crise, tais como: a grande demanda de doentes graves relacionada à idiosincrasia da COVID-19, o número de óbitos alarmante e o aumento exponencial e o déficit de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que já existia antes da pandemia e intensificou-se sobremaneira. Shimazaki (2021) relata que “a maioria dos municípios já padecia com a carência de leitos nas UTI’s, cuja distribuição, em grande parte, concentra-se nas capitais e áreas metropolitanas”. A realocação de profissionais de saúde para alta complexidade, desfalcando atendimentos de rotina e condições crônicas de saúde, tendo como corolário o aumento na taxa de contaminação, sobrecarga de trabalho, adoecimento de profissionais de saúde, reduzindo o quantitativo, explicitando a desconsideração ao fato de que “cada profissional que adoece representa um risco para a população, pois além de ser fonte de contágio, terá de se ausentar do trabalho, desfalcando equipes e sobrecarregando aqueles que se mantiverem sadios”(SOUZA et al, 2020). Em função de problemas relacionados à gestão de pessoas com mão de obra especializada na área da saúde (Zanetta; Carnut, 2019), dificuldades na aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), consultas aos sites do COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) e outras entidades sanitárias, uma unanimidade foi constatada: os profissionais em exercício de suas atribuições laborais em locais com falta de máscaras N-95, FFP2 ou equivalentes; com orientação de uso das máscaras N-95 e FFP2, sendo proibida a troca da máscara no período indicado pelo fabricante; restrição de uso da máscara cirúrgica; falta de proteção ocular; escassez de capote impermeável e déficit de trabalhadores exclusivos para assistência aos casos de COVID-19 (COREN;COFEN, 2020). Esses dados associam-se a um fato importante trazido pela OMS: no mundo existem cerca de 28 milhões de profissionais de enfermagem.

De acordo com as análises realizadas, Scheffer (2018) aponta que o Brasil, conta com uma população de 207.660.929 habitantes em 31 de outubro de 2017 e expressa um total

de 451.777 registros de médicos, contabilizados em 2017, e nota-se o Sudeste como a região com maior densidade médica por habitante, razão de 2,81, contra 1,16 no Norte e 1,41 no Nordeste, Souza *et al* (2020) entendem que “os profissionais que cuidam estão à margem dos cuidados pelas entidades que os empregam e das entidades que fiscalizam os empregadores”.

Somando-se a essa problemática, emerge a fragilidade exposta pela RACC. Sobre este cenário, entende-se que ao negligenciar as doenças crônicas e a falta de investimento na APS, configurou-se em erros de grandes, graves e irreparáveis proporções. Shimazaki (2021) relaciona a ocorrência de COVID-19 em pessoas adultas e idosas portadoras de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, pacientes com doenças renais e pulmonares crônicas, e essa associação contribuiu para maior agravamento do quadro infeccioso, maior tempo de permanência em UTI e alta taxa de mortalidade.

Muitos apontamentos são realizados diante do gerenciamento pautado pelo descaso, conflitos e inércia frente à crise desencadeada pela COVID-19, crise esta que ressaltou as fragilidades relacionadas às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Muitos fatores foram responsáveis para a condução sem protocolos definidos, por exemplo: as macrorregiões de saúde não foram assistidas adequadamente, uma vez que os grandes centros concentram em maior número os serviços de alta complexidade, não houve gerenciamento adequado e a crise desencadeada pela COVID-19 evidenciou as iniquidades e fragilidades, e também as potencialidades das RAS no território nacional.

Múltiplos foram os fatores limitantes: a baixa governabilidade técnica para a legitimação da regionalização constituída por parâmetros geográficos, demográficos, econômicos, sociais, culturais e de saúde; as disputas políticas nos espaços regionais; a infraestrutura deficitária para organização das RAS nas regiões e macrorregiões; a deseconomia de escala nos territórios para a organização dos serviços secundários e terciários; a insuficiência de recursos para investimento e custeio das RAS; entre outros (SHIMAZAKI, 2021).

Oliveira (2020) aponta que os resultados da economia e a situação social da crise instalada não é uma irrupção, uma vez que o Brasil vem enfrentando crises institucionais e políticas desde 2014. Portanto, “por todas essas fragilidades, historicamente, os serviços de saúde não se distribuíram de forma adequada, nos territórios, para atender às necessidades em saúde da população” (SHIMAZAKI, 2021).

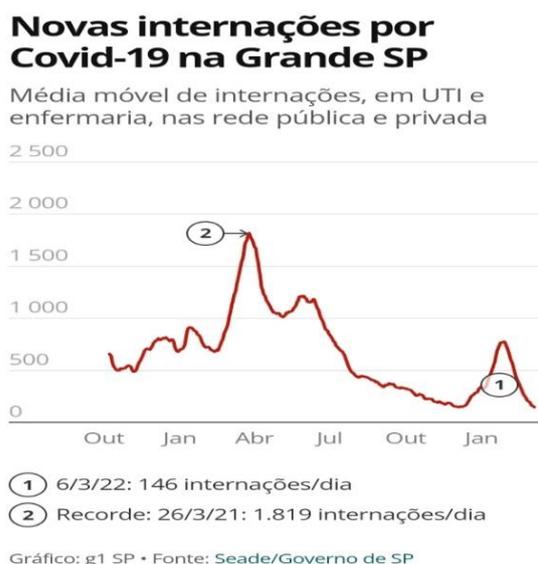
Ainda como indicador negativo e afirmativo da deficiência na governabilidade técnica no enfrentamento da pandemia, foram estabelecidos critérios de suspensão das aulas presenciais, por meio da Portaria nº 343 de 17 de março de 2020, emitida pelo Ministério da

Educação (Vieira et al, 2020), proporcionando, assim, uma mudança súbita nos processo educacionais, mais um golpe para os alunos em condições de vulnerabilidade social pois as aulas remotas não foram uma providência que alcançou todos os estudantes. Por questões sociais, culturais, financeiras e estruturais e todos esses aspectos expuseram escandalosamente os abismos sociais no Brasil. Segundo Vieira et al (2020), o êxito na educação mediada por tecnologia depende de uma série de fatores relevantes, tais como o “perfil do aluno e a sua motivação para a aprendizagem, o acesso à conexão à internet e aos recursos tecnológicos, a formação e competência digital dos professores para a docência nesta modalidade de ensino”.

O governo federal gastou em 2020, R\$ 524 bilhões para combater a pandemia – R\$ 293,11 bilhões somente com o auxílio emergencial (Brasil, 2021), e essa proteção financeira denominada “Auxílio Emergencial”, em nenhum momento vinculou-se às necessidades familiares e individuais das pessoas de se protegerem com adesão às medidas de prevenção da COVID-19. Gleriano et al (2020) descrevem que foram necessárias medidas emergenciais de aporte de recursos financeiros de outros setores para enfrentamento da pandemia.

No pior momento até então, a COVID-19 chegou a apresentar o índice de 1.819 novas internações diárias na Grande São Paulo, conforme gráfico 1 (SEADE, 2022).

**Gráfico 1** – Média Móvel de internações e enfermarias, nas redes públicas e privadas, no mesmo período, mas em anos distintos



Fonte: SEADE

Em São Paulo, considerada como um dos epicentros da doença, as quedas nos índices de internação, óbitos e contaminação levaram à revogação do Decreto de Emergência nº 59.283, tirando, assim, a cidade de São Paulo oficialmente da situação de emergência de

combate à doença e que permitia a aquisição de compra e contratação de produtos, serviços e trabalhadores sem a necessidade de licitação. Esse Decreto vigorou de 16 de março de 2020 a 25 de março de 2022. A revogação do artigo 11 do Decreto nº 59.283 se deu através do Decreto nº 61.178 de 25 de março de 2022 (SÃO PAULO, 2022).

Potencialidades também emergiram da pandemia no Brasil. O SUS, mesmo combatido e desfinanciado recebeu e administrou casos graves da COVID-19. Vale esclarecer que essa resposta frente ao caos se deve aos servidores públicos e profissionais da saúde e de outras secretarias, inclusive de atores intersetoriais, em geral, que trabalharam em condições adversas, e seguem trabalhando, em todas as frentes, atualmente administrando a versão bivalente de imunizantes contra COVID-19 na população, mostrando que o Programa Nacional de Imunização (PNI) é exemplo para o mundo, pois mesmo com a resistência presidencial e com os reiterados acessos de ingerência, o conhecimento biomédico se expandiu, com a produção de vacinas em espaço mínimo de tempo, e a construção de duas novas fábricas de vacinas no Brasil, uma na FIOCRUZ e outra no Instituto Butantan, o que nos permite refletir que “grandes tragédias costumam deixar legados institucionais” (PAES-SOUZA, 2021).

Frente a essas colocações nos cabe a observação de que a inépcia governamental na condução da maior crise de saúde pública do século atrelada à negação da gravidade da doença se apresentaram de maneira dominante na gestão pública (PAES-SOUZA, 2021).

Em 05 de maio de 2023, a Organização Mundial de Saúde declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19. O anúncio foi feito durante uma coletiva de imprensa com a presença dos principais executivos da entidade, em sua sede em Genebra, na Suíça. Nos mais de três anos de pandemia, a OMS confirmou 6 921 614 de mortes devido ao novo coronavírus e 765 222 932 casos confirmados (até 03 de maio de 2023), ainda, 13 344 670 055 de doses de vacinas foram aplicadas, os países com mais mortes confirmadas são Estados Unidos (1,1 milhão), Brasil (701 mil), Índia (531 mil), Rússia (398 mil) e México (333 mil) (WHO, 2023).

#### 4.2 HRAC – HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS E MEDIDAS ADOTADAS NA PANDEMIA DA COVID-19

O HRAC foi criado a partir da idealização de sete fundadores do então Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, os professores doutores da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP): Bernardo Gonzales Vono

(Departamento de Odontopediatria), Décio Rodrigues Martins (Departamento de Ortodontia), Halim Nagem Filho (Departamento de Prótese), José Alberto de Souza Freitas – o Tio Gastão (Departamento de Radiologia), Ney Moraes (Departamento de Odontologia Social), Noracylde Lima (Departamento de Anatomia) e Wadi Kassis (Departamento de Cirurgia).

Em 25 de março de 1976, o governador de São Paulo, Egydio Martins, modificou o Regimento Geral da USP pelo Decreto 7734/76, criando o chamado Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (HPRLLP, hoje HRAC-USP) e o Hospital Universitário (HU-USP), vinculando a instituição diretamente à reitoria da USP.

O HRAC localiza-se no município de Bauru e sua importância é internacionalmente reconhecida como um dos maiores centros especializados de referência em anomalias craniofaciais do mundo, recebendo pacientes de todo o Brasil. Atualmente já ultrapassou a marca de 100 mil pacientes atendidos nas áreas de fissuras labiopalatinas, anomalias craniofaciais congênitas e deficiência auditiva e conta com equipe multidisciplinar, altamente qualificada, prestando atendimento integral e humanizado aos seus pacientes.

Com o advento da pandemia da COVID-19, assim como todos os estabelecimentos de saúde do país, no HRAC houve a necessidade de adequação para a oferta de serviços de saúde de maneira segura, evitando, assim, a disseminação do novo coronavírus.

Medidas foram adotadas, dentre as quais a diminuição do número de atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos, uso de tecnologias digitais para a realização de consulta de caso novo, implementação de ações protocolares como a testagem para COVID-19 antes das cirurgias e restrição de circulação de pessoas, limitando, inclusive, a presença de acompanhantes nas enfermarias (medida adotada para pacientes maiores de idade). Também foram disponibilizadas no site institucional do HRAC orientações sobre segurança e medidas para conter a doença.

## **5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, e também enfatiza que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, implementando assim o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

A principal porta de entrada para os SUS é a APS, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente chamava-se “Programa Saúde da Família” (PSF), mas não se trata de um programa, que tem início, meio e fim e sim de uma “estratégia assistencial e de organização de serviços nesse nível de atenção com foco no cuidado à família e na ação sobre os determinantes de saúde de uma dada população (RAFACHO et al, 2010).

A importância da APS e da ESF é tamanha, porque, por meio da ação de ambos, o paciente é inserido nos demais níveis de complexidade de atendimento (Alta e Média Complexidade). Esse modelo de cuidado é pautado por princípios doutrinários e organizacionais, dentre eles os princípios da universalização, descentralização, equidade e participação social.

O SUS é mediado por órgãos colegiados que garantem a sua operacionalização, os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS, que são colegiados do coletivo de gestores municipais de saúde em cada estado do país e são instituídos legalmente. Quando vinculados ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS) fazem a representação do ente municipal nas instâncias decisórias e consultivas do SUS (Lei 12.466/2011 que altera a Lei 8080/90) (DA SILVA et al, 2017).

O CONASEMS nasceu a partir do movimento social em prol da saúde pública e se legitimou como uma força política, que assumiu a missão de agregar e de representar o conjunto de todas as secretarias municipais de saúde do país. Essa promoção e consolidação de um modelo de gestão pública alicerçado nos princípios organizacionais do SUS, como descentralização e municipalização, conferem uniformidade e força resolutiva e, principalmente, unidade nas conduções do Sistema de Saúde vigente no Brasil (CONASEMS, 1988).

Diante de tal emergência de proporções internacionais, o CONASEMS, juntamente com outros órgãos deliberativos e comprometidos com a gestão participativa do SUS, se uniram para que as garantias de acesso aos serviços de saúde fossem impactadas da menor maneira possível (CONASEMS, 2020). Dentre várias estratégias, podem ser citados: Instâncias Colegiadas – que respondem como espaços intergovernamentais, políticos e técnicos responsáveis pelo gerenciamento do SUS; Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – Instituída pela Portaria nº 1180, de 22 de julho de 1.991, que se trata de uma instância colegiada de negociação e articulação entre os gestores dos três níveis de governo para a regulamentação e

a operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito da gestão do SUS e também a Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB), criada pela Portaria nº 1.202/93 da Secretaria de Estado da Saúde e Meio Ambiente – SESMA, em 08 de julho de 1993, que possibilita as Câmaras Técnicas, nas quais os assuntos são previamente discutidos e analisados (CARVALHO, 1998).

Uma Câmara Técnica é composta paritariamente por membros da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e por membros do COSEMS e da Comissão Intergestores Regionais (CIR), que é uma instância formada pelos secretários municipais de saúde e representantes da secretaria estadual de saúde em uma determinada região e devem discutir problemas regionais. As soluções e as pactuações devidas também são mediadas pelo Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que se trata de uma entidade de direito privado, colegiada, de representação do coletivo de Secretários Estaduais de todo país (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

No Quadro 1, elencaram-se os principais Órgãos de Governança e Gestão Interfederativa do SUS, suas respectivas atribuições, conceito e organização.

**Quadro 1 - Órgãos de Governança da Gestão Interfederativa do SUS**

<b>Principais Órgãos de Governança da Gestão Interfederativa do SUS</b>	
<b>Órgão</b>	<b>Conceito e Atribuições</b>
Conselho Nacional de Saúde (CNS)	<p>O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS com a missão de fiscalizar, acompanhar e supervisionar as políticas públicas de saúde, atendendo às demandas da população ao poder público.</p> <p>O CNS é composto por 48 membros e seus primeiros representantes e segundos representantes, usuários, trabalhadores, gestores do SUS e provedores de serviços de saúde. Fazem parte do conselho as entidades de profissionais de saúde, a comunidade científica, os prestadores de serviços e o setor privado. O CNS realiza a cada três anos para escolher seus membros. Dentre suas principais atribuições, ele aprova o orçamento da saúde e sua execução, avaliando o Plano Nacional de Saúde a cada quatro anos.</p>
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)	<p>Reúne os secretários de saúde dos estados e do Distrito Federal e seus substitutos legais, com o objetivo de operacionalizar a troca de experiências e informações entre seus associados. O conselho visa assegurar uma implementação dos princípios constitucionais, legislações e diretrizes nas ações e</p>

	nos serviços de saúde. O CONASS se decidiu em conjunto para que as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal participem da tomada de decisões sobre o desenvolvimento do SUS com o Ministério da Saúde. Seu conselho é eleito em assembleias.
Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)	É uma entidade não governamental, sem fins lucrativos, criada para representar como secretarias municipais de saúde. Sua importância no cenário político se dá principalmente em razão da competência brasileira atribuída aos municípios na prestação dos serviços de saúde, contando com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União. O CONASEMS realiza um congresso anual para apoiar os interesses dos dois gestores municipais e definir suas diretrizes para seus representantes e elege de administração a cada dois anos.
Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)	Os secretários municipais de saúde se reúnem no COSEMS para dirigir os temas estratégicos antes de apresentarem suas posições na CIB. Os COSEMS também são instâncias de articulação entre gestores municipais de saúde.
Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	Órgão de articulação e consenso na esfera federal de governança do SUS, incluindo o desenvolvimento de estratégias, diretrizes, programas e alocação de recursos do sistema. É composta por gestores do SUS das três esferas de governo: cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo CONASS e cinco pelo CONASEMS. As decisões são tomadas por consenso.
Comissão Intergestores Bipartite (CIB)	Espaços operacionais de articulação e pactuações regulares de saúde para avaliação e nortear do SUS. Os membros são representantes indicados pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo COSEMS.

Fonte: Informações Ministério Brasil da Saúde, disponível em: <http://www.saude.gov.br/br>

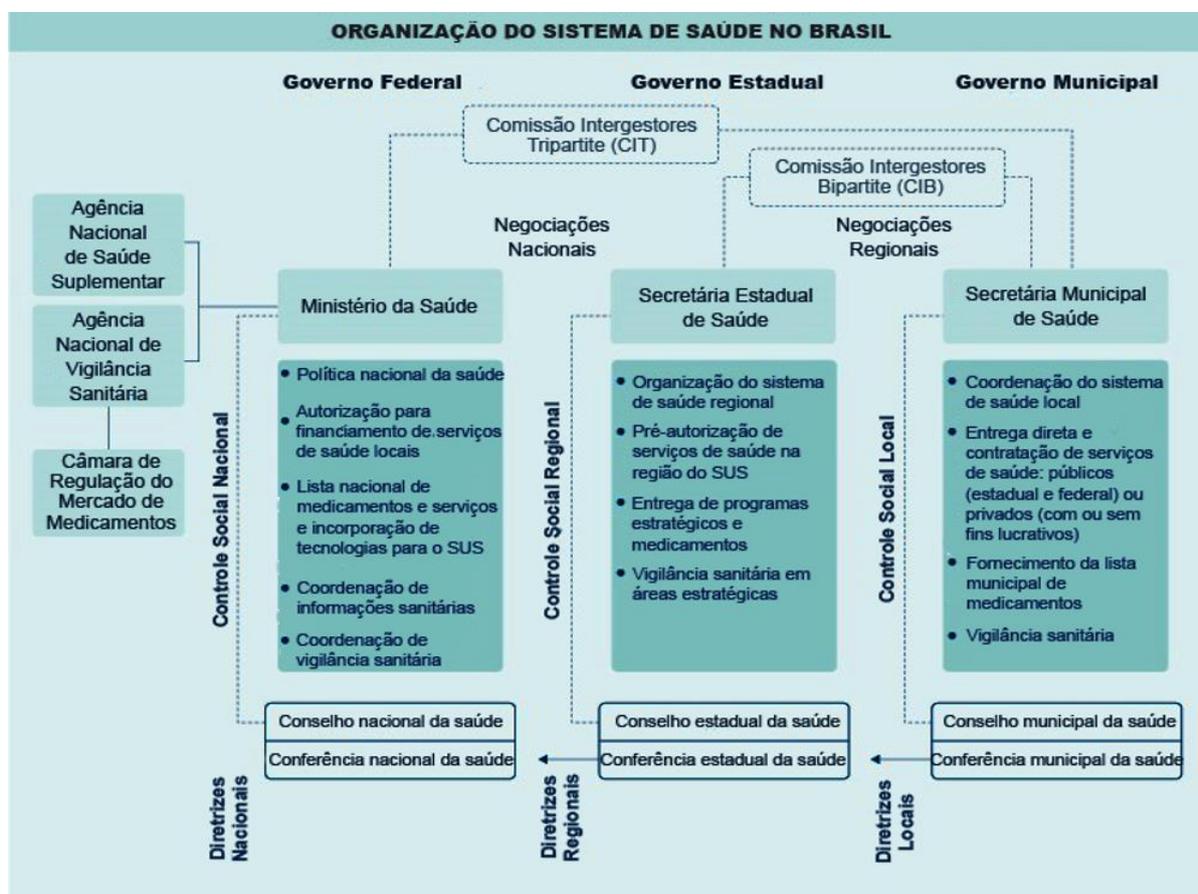
O SUS possui uma estrutura de financiamento de participação tripartite por meio das receitas fiscais e contribuições sociais do governo federal, estadual e municipal. As arrecadações são oriundas de alíquotas mínimas de contribuição para gastos direcionados à saúde. As percentagens das alíquotas são definidas em lei, e a contribuição federal corresponde a 15% da receita líquida atual do governo em 2017, com reajuste pela inflação anual; a contribuição estadual é de 12% da receita total e a contribuição municipal corresponde a 15% da receita total (PIOLA et al, 2015).

Nos últimos 30 anos, a participação do financiamento federal diminuiu, enquanto o financiamento dos municípios aumentou. Em 2017, a participação federal foi de cerca de 43% do total dos gastos públicos, enquanto os estados contribuíram com quase 26% e os municípios com 31%. Como resultado, embora os municípios sejam obrigados a gastar pelo menos 15% de suas próprias receitas totais em saúde, na realidade eles gastam, em média, quase 24% (PIOLA, et al, 2015).

Viana et al (2018) explicam que o SUS trabalha de maneira a integrar os sistemas através da participação das três esferas governamentais, a resposta para os usuários do SUS frente às suas necessidades de saúde acontecem mediante a ações combinadas de diferentes serviços.

Frente ao desafio relacionado ao controle da COVID-19, todos esses colegiados e comissões se equipararam para articular ações emergentes, resolutivas, fundamentadas e paritárias. Dentre essas ações de franca necessidade frente ao cenário pouco promissor, aconteceram adiamentos e suspensão temporária de cirurgias eletivas, consultas ambulatoriais e procedimentos médicos ambulatoriais (CNS, 2020). A figura 1 expõe o fluxograma organizacional do SUS e todas as suas instancias colegiadas participativas.

**Figura 1** – Organização do Sistema de Saúde no Brasil



Fonte: Adaptado de Massuda et al. (2020), "Brasil – Perfil do Sistema Internacional de Saúde", disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil>

## 5.1 DRS – DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE

A administração da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo fragmenta-se em uma divisão administrativa denominada como Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e atende ao Decreto Oficial do Estado nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste Decreto, o Estado de São Paulo foi fragmentado em 17 Departamentos de Saúde, que têm como objetivo primordial a coordenação das ações da Secretaria de Estado no âmbito regional e também tem como atribuição a promoção e a articulação intersetorial entre os municípios e organismos da sociedade civil (BRASIL, 2006).

Cada Departamento de Saúde (DRS) representa municipalidades geograficamente próximas. Quando essas municipalidades são estaduais, recebem a denominação de SES (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), as quais abrangem um Estado e seus respectivos Municípios. A nível de informação, muitas instituições importantes são vinculadas à Secretaria de Estado de São Paulo, dentre as quais citamos algumas: FOSP (Fundação Oncocentro de São Paulo), Instituto Butantan, Instituto Pasteur, Instituto Adolpho Lutz, dentre outras (SAÚDE, 2020).

O Estado de São Paulo conta com uma ferramenta de gestão de vagas de oferta de serviços de saúde, antes denominada “Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS”, na qual, por meio de pactuações de oferta de serviços de saúde, regulava e dimensionava os pacientes para locais onde houvesse a oferta do serviço de saúde no qual o mesmo necessita, em nível ambulatorial e hospitalar, porém o CROSS passou a ser chamado “Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP)” da SES-SP, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo entendendo a Regulação como uma importante ferramenta de gestão do sistema de saúde pública, criou a Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP), que une as ações voltadas para a regulação do acesso na área hospitalar e ambulatorial, propiciando o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão.

Agostinho e Alvarenga (2018) conceituam a CROSS como uma ferramenta reguladora de vagas de serviços de saúde, contudo constatou-se a existência de fragilidades que impactam no tempo entre a solicitação da avaliação e a formalização do agendamento na CROSS, com a implantação do SIRESP, inconsistências e disparidades podem ser corrigidas, pois os sistemas Conexa, Regnet Leitos, Regnet Urgência, Hospnet e Resgate agora fazem parte do SIRESP que unifica os sites de apoio a regulação em um mesmo local.

A Rede Regional de Assistência à Saúde 17 localiza-se na macrorregião Sul/Sudeste do Estado de São Paulo. É composta pelo Departamento Regional de Saúde (DRS XVII) de Taubaté com 39 municípios agregados nas Regiões de Saúde Alto Vale do Paraíba, Circuito da Fé - Vale Histórico, Litoral Norte e Vale do Paraíba - Região Serrana, abrangendo uma população total de 2.264.594 habitantes.

O Departamento Regional de Saúde XVII divide-se em Circuito da Fé e Vale Histórico (Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lavrinhas, Lorena, Piquete, Potim, Queluz, Louveira, São José do Barreiro e Silveiras), Alto Vale do Paraíba (Caçapava Igaratá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos) e Região Serrana, Alto Vale do Paraíba e Litoral Norte de São Paulo (São Sebastião, Ilhabela, Caraguatatuba e Ubatuba – regiões analisadas no presente estudo), vide figura 2.

**Figura 2:** Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 e respectiva Região de Saúde e Município



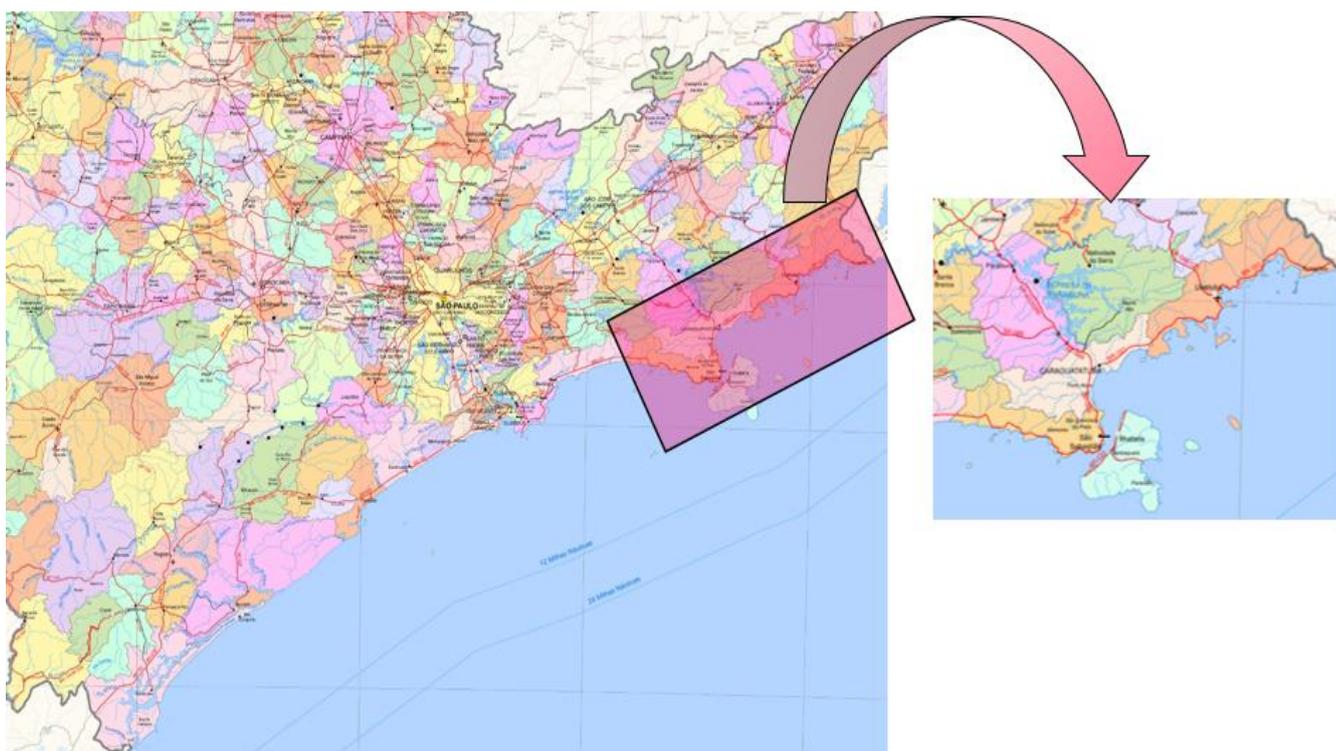
Fonte: SES/SP

## 6 LITORAL NORTE DE SÃO PAULO

Os municípios do colegiado de gestão do Litoral Norte (LN) (figura 3) formam uma microrregião com especificidades regionais que as diferenciam dos demais pertencentes à DRS-17. De acordo com o Plano Municipal de Caraguatatuba (Quadriênio 2018-2021), possuem geografia peculiar com acidentes geográficos e grande extensão litorânea, e são ocupados por grande migração devido à expansão imobiliária na década de 70.

O LN de São Paulo concentra nos seus quatro municípios, aspectos macroeconômicos e razoável estrutura assistencial de saúde, onde a abrangência da APS e a rede de serviços básicos apresentam boa cobertura assistencial; a saúde complementar responde por apenas 27% de cobertura, e isso acontece devido à informalidade do setor e sazonalidade regional (SEIXAS et al, 2019).

**Figura 3** – Litoral Norte de São Paulo



Fonte: <http://www.mapas-sp.com/litoral-sp.htm/2022>

Os Municípios de Caraguatatuba e São Sebastião possuem economia mista, comércio, turismo e indústria, enquanto Ubatuba e Ilhabela têm sua economia baseada no turismo; são cidades de veraneio que têm sua população duplicada nos períodos de temporada, feriados prolongados e finais de semana (IBGE, 2016).

Os Municípios do LN paulista apresentam peculiaridades importantes. As definições dos planos municipais de saúde no quadriênio 2018 a 2021 de cada um dos municípios que integram essa regionalização específica são ferramenta de gestão que têm por finalidade apresentar o Planejamento da Secretaria da Saúde. A partir do diagnóstico realizado pelas diversas áreas técnicas visando à melhoria das condições de saúde da população e para a análise dos condicionantes de saúde dos municípios do LN, os respectivos planos municipais de saúde quadriênio 2018-2021 foram analisados, e estão à disposição nas páginas das Prefeitura municipais dos respectivos municípios.

Uma peculiaridade que merece atenção, pois impacta diretamente nas secretarias de saúde e educação desses municípios, são os *royalties* do petróleo. O LN do Estado de São Paulo compreende os municípios de Caraguatatuba, Ihabela, São Sebastião e Ubatuba. Estes municípios somados ocupam uma área de territorial de 1.956 Km<sup>2</sup>, que representa 0,57% da área total do estado.

Em relação à extensão litorânea destaca-se Ubatuba, que se apresenta como de maior litoral entre os municípios do estado, com 141 km de costa. Mediante a publicação do Decreto nº. 93.189, de 29 de agosto de 1986, houve a regulamentação do traçado de linhas de limites dos Estados e Municípios, e a consequente localização dos poços de petróleo e de pagamento dos *royalties*, que se trata de uma das mais antigas formas de pagamento. Seu conceito é a remuneração a sociedade pela utilização de recursos escassos e não renováveis (GUERRA; HONORATO, 2004).

Os recursos dos Royalties de petróleo podem ser usados para o custeio ao ensino, especialmente educação básica pública, e para a capitalização de fundos de previdência. Normatizações de 2012 e 2013 procuraram alterar esse quadro ao vincular esses recursos à Educação (75% do total) e à Saúde (25%) (OBSERVATÓRIO LITORAL SUSTENTÁVEL, 2016).

## 6.1 CARAGUATATUBA

Pesquisas sobre as origens de Caraguatatuba indicam que a fundação da cidade ocorreu entre os anos de 1664 e 1665. O fundador foi Manuel de Faria Dória, Capitão-mor da Capitania de Itanhaém. No ano de 1693, devido a um surto de varíola, a maior parte da população sucumbiu à doença, muitos moradores deixaram a região e seguiram para as cidades de Ubatuba e São Sebastião, ficando o antigo local de povoamento conhecido como a “Vila que

desertou”. O local ficou deserto, apenas a igrejinha de invocação a Santo Antônio permaneceu em pé (IBGE, 2016).

Devido à sua localização, é o município do LN que recebe estabelecimentos regionais de saúde para assistência regionalizada dos quatro municípios. Em 2008 o AME (Ambulatório Médico de Especialidades) foi inaugurado, implementando e ampliando a oferta de serviços ambulatoriais especializados para os municípios que compõem o LN paulista. Possui uma casa de saúde filantrópica e, recentemente houve a inauguração do Hospital Regional Francine Maia França, que teve a sua inauguração antecipada por conta da pandemia da COVID-19.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11.27 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.3 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2020).

Segundo o censo do IBGE de 2022, a população estimada está em 134.875 pessoas. 97,7% das crianças de 6 a 14 anos estão matriculadas na rede de ensino (IBGE,2010). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,759 (IBGE, 2010). A taxa de mortalidade infantil é de 10,5 óbitos para cada mil nascidos vivos (DATASUS,2019). O PIB per capita é de 31.526,24 reais (IBGE, 2020).

## 6.2 ILHABELA

Ilhabela é considerado o único município arquipélago marinho do Brasil, que possui 36.194 habitantes, segundo o IBGE (2021). A ilha de São Sebastião, a maior da costa Brasileira foi descoberta e identificada por Américo Vespúcio, em 20 de janeiro de 1502, dando-lhe o nome do Santo do Dia, São Sebastião. Em maio de 1934 foi incorporada ao Município de São Sebastião e elevada a Município em setembro do mesmo ano, passando a denominar-se Formosa, em 1940, e quatro anos depois, Ilhabela (IBGE, 2016).

Possui IDHM de 0,756 (IBGE, 2010) e sua rede de saúde conta com Hospital Municipal e 100% de cobertura SUS e de Unidades de Estratégia Saúde da Família, além de serviços de média complexidade (Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório de Infectologia, entre outros). Ilhabela possui 34.934 habitantes, segundo dados do IBGE (2022), Em 2010, 98,3% das crianças de 6 a 14 anos estavam matriculadas na rede de ensino. Segundo IBGE (2020), a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 6.15 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.4 para cada 1.000 habitantes. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de 302.099,40 reais (IBGE, 2020).

### 6.3 SÃO SEBASTIÃO

São Sebastião foi um dos primeiros povoados estabelecidos na costa brasileira, elevado à vila em 1636. Seu povoamento se formou por consequência da ocupação de terras por sesmeiros portugueses vindos da Vila de Santos. Antes da colonização portuguesa, a região era ocupada por índios Tupinambás ao norte e Tupiniquins ao sul, sendo a Serra de Boiçucanga uma divisa natural das terras (IBGE, 2016).

Possui uma população estimada de 81.540 pessoas, segundo dados censitários de 2022, IDHM de 0,772 (IBGE, 2010), 98,2% de crianças de 6 a 14 anos matriculadas na rede de ensino (IBGE, 2010). A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 15.28 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.4 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2020) e PIB per capita de 37.830,81 reais (IBGE, 2020).

Possui Hospital Geral de Clínicas e 95% de cobertura de APS. Na alta complexidade o município conta com os serviços de UTI adulto e terapia renal substitutiva. Na oncologia conta com uma unidade avançada de quimioterapia em parceira com o Hospital São Francisco de Jacareí sendo referência para os municípios do LN. Nos demais serviços de alta complexidade utiliza as referências regionais por meio da Central de Regulação e enfrenta dificuldades nas especialidades cirúrgicas.

Serviços de referência são encaminhados por meio da Central de Regulação de Vagas Municipal: Defeitos labiopalatais, litotripsia, implante de marca-passo, cirurgia cardíaca, oncologia, cateterismo, cintilografia de perfusão, cirurgia torácicas, papilotomia endoscópica, endoscopia retrógrada, serviços de cabeça e pescoço, câmara hiperbárica (SES, 2020).

### 6.4 UBATUBA

De acordo com o censo do IBGE (2022), a população estimada de Ubatuba é de 92.980 habitantes. Sua economia baseia-se na pesca e no turismo, seu IDHM é de 0,751 (IBGE, 2010), seu PIB per capita é de 26.111,17 reais (IBGE, 2020), 97,7% das crianças de 6 a 14 anos estão matriculadas na rede de ensino (IBGE, 2010) e a taxa de mortalidade infantil é de 7,45 óbitos para cada mil nascidos vivos (IBGE, 2020).

O município conta com um único hospital geral filantrópico. Possui 100% de cobertura de Estratégia Saúde da Família, CEM (Centro de Especialidades Médicas) e CEO

(Centro de Especialidades Odontológicas), além de CAPS I habilitado e CAPS AD e CAPS infanto-juvenil em processo de habilitação.

A localização e a logística do município requerem que o mesmo conte com os demais municípios integrantes da DRS XVII para referências de serviços de saúde especializados. O município não possui leitos de UTI e mantém central de regulação para mediações de vagas via SIRESP.

## **7 OBJETIVOS**

### **7.1 OBJETIVO GERAL**

Mapear o perfil de residentes dos quatro municípios do LN de São Paulo (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba) que possuam prontuário no HRAC, realizando assim o consolidado geral (dos quatro municípios) e municipal (de cada município individualmente) dos pacientes residentes nesses territórios, identificando: sexo, média de idade, clínica e tratamento a qual o mesmo está submetido, número de cirurgias primárias e secundárias, terciárias, reparadoras de outras intervenções já realizadas no HRAC, tipos de fissuras, pacientes inativos, abandono de tratamento, avaliação das condições sociais, uso de tratamento fora de domicílio (TFD) e transporte sanitário de responsabilidade municipal.

### **7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Mensurar as medidas adotadas pelo HRAC durante o período pandêmico.

Comparar três momentos do HRAC no atendimento dos pacientes residentes no Litoral Norte de São Paulo: 2019 – período pré-pandemia; 2020 – período pandêmico e 2021-2022 – período de retomada das atividades.

Investigar se houve impacto significativo no tratamento ambulatorial e realização de cirurgias eletivas e de tempo oportuno nos pacientes com fissuras labiopalatinas dos quatro municípios do Litoral Norte de São Paulo (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba) em tratamento no HRAC, por conta da pandemia da COVID-19.

## 8 METODOLOGIA

### 8.1 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, uma vez que tem como objeto de estudo a epidemiologia que descreve determinantes, ocorrências e descrições situacionais precisas, subsidiando, assim, a formulação de hipóteses significativas (MOLINARI, 2008).

O estudo foi estruturado por meio das seguintes etapas: mapeamento do perfil dos pacientes residentes no LN de São Paulo por meio de coleta de dados em fontes secundárias, análise documental das providências adotadas pelo HRAC frente à pandemia da COVID-19 e análise dos dados nas planilhas de agendamento e cancelamento de procedimentos no HRAC nos períodos compreendidos entre janeiro de 2019 a 18 de outubro de 2022, possibilitando a comparação do período pré-pandemia, pandêmico e retomada progressiva das atividades no HRAC.

Os locais de estudo foram: Banco de dados do HRAC e a Seção de arquivo de prontuário do HRAC.

#### 8.1.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes da pesquisa foram pacientes em acompanhamento no HRAC residentes nos municípios que compõem o LN de São Paulo, que integram a macrorregião compreendida pelo DRS XVII, ou seja, Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba, que possuem prontuário no HRAC.

Para o mapeamento do perfil, foram incluídos na pesquisa os pacientes residentes no LN com prontuário no HRAC até a data de 23 de maio de 2022.

Para a comparação dos atendimentos hospitalares entre 2019 e 2022, estabelecemos os seguintes períodos: 01 de janeiro de 2019 até a data limite de 18 de outubro de 2022.

#### 8.1.2 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Para a análise dos prontuários, foi realizado o levantamento dos pacientes residentes no LN de São Paulo com prontuários no HRAC até a data de 23 de maio de 2022, identificando, assim, o número de pacientes para a pesquisa (105 pacientes).

Subsequentemente a essa identificação, foi realizado via e-mail o contato com a Seção de arquivo de prontuário do HRAC, sendo também enviado o projeto de pesquisa aprovado pelo CEP do HRAC.

A análise dos prontuários aconteceu na Seção de Recepção, Registro e Arquivo de Prontuários do HRAC, no período de 23 de maio a 27 de maio de 2022, onde diariamente havia a separação dos prontuários pela pesquisadora e aplicação do instrumento de coleta de dados – planilha de autoria da pesquisadora, com as seguintes variáveis a serem coletadas: sexo, idade, tipo de fissura, implante coclear, tipos de cirurgias as quais já foram submetidos, identificação de absenteísmos e abandono de tratamento, condicionantes sociais como TFD, renda familiar, tipos de moradia, grau de escolaridade, auxílios sociais e dependência de transporte sanitário disponibilizado pelo município. Os dados foram colocados em planilhas, dispostos em gráficos e quadros e submetidos à análise estatística para a sumarização dos resultados. Os prontuários foram submetidos a análise dos atendimentos multidisciplinares, os quais: Assistência Social, Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina e Psicologia.

A análise das providências adotadas pelo HRAC durante o período de pandemia da COVID-19 e gradual flexibilização e retomada das atividades foi realizada por meio da análise das publicações documentais como normas técnicas, comunicados da superintendência do HRAC, comunicados internos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HRAC e assessoria de imprensa HRAC/Centrinho-USP, elencados cronologicamente em quadro pela pesquisadora.

A análise comparativa dos atendimentos do HRAC compreendeu o período de 01 de Janeiro de 2019 a 18 de outubro de 2022 e foi realizada por meio de consulta ao banco de dados do HRAC, tendo sido solicitado o número de atendimentos dos pacientes residentes no Litoral Norte de São Paulo com prontuários no HRAC nesse período, e também o número de faltas e cancelamentos de procedimentos no HRAC. Esses dados foram colocados em planilhas, dispostos em gráficos e tabelas e submetidos à análise estatística do Qui-Quadrado de Pearson.

### 8.1.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados analíticos das fontes secundárias foram apresentados por meio de gráficos, quadros, tabelas e relatório discursivo. Os resultados cronológicos das providências adotadas pelo HRAC na pandemia da COVID-19 e gradual flexibilização e retomada das atividades foram organizados em quadros e tabelas e a análise comparativa realizada por meio

de consulta em banco de dados foram apresentados em de gráficos, tabelas e relatório discursivo.

#### 8.1.4 CRITÉRIOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC-USP (CAAE nº 53275221.5.0000.5441).

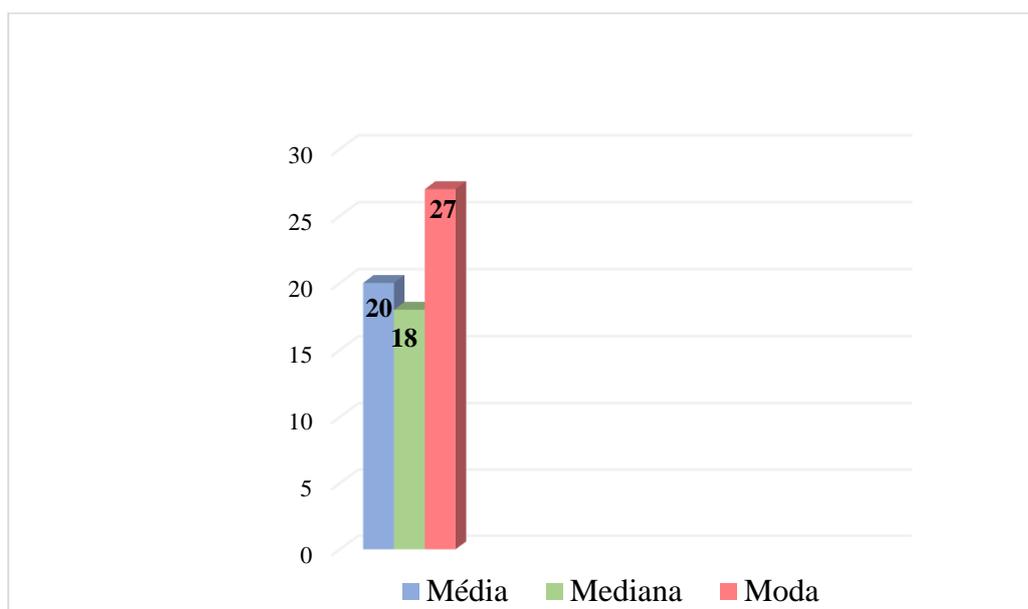
## 9 RESULTADOS

A exposição dos achados relacionados ao mapeamento do perfil dos pacientes residentes nos quatro municípios do LN de São Paulo foi realizada por município individualmente e também por intermédio do consolidado geral.

### 9.1 CARAGUATATUBA – PERFIL INSTITUCIONAL DO PACIENTE NO HRAC

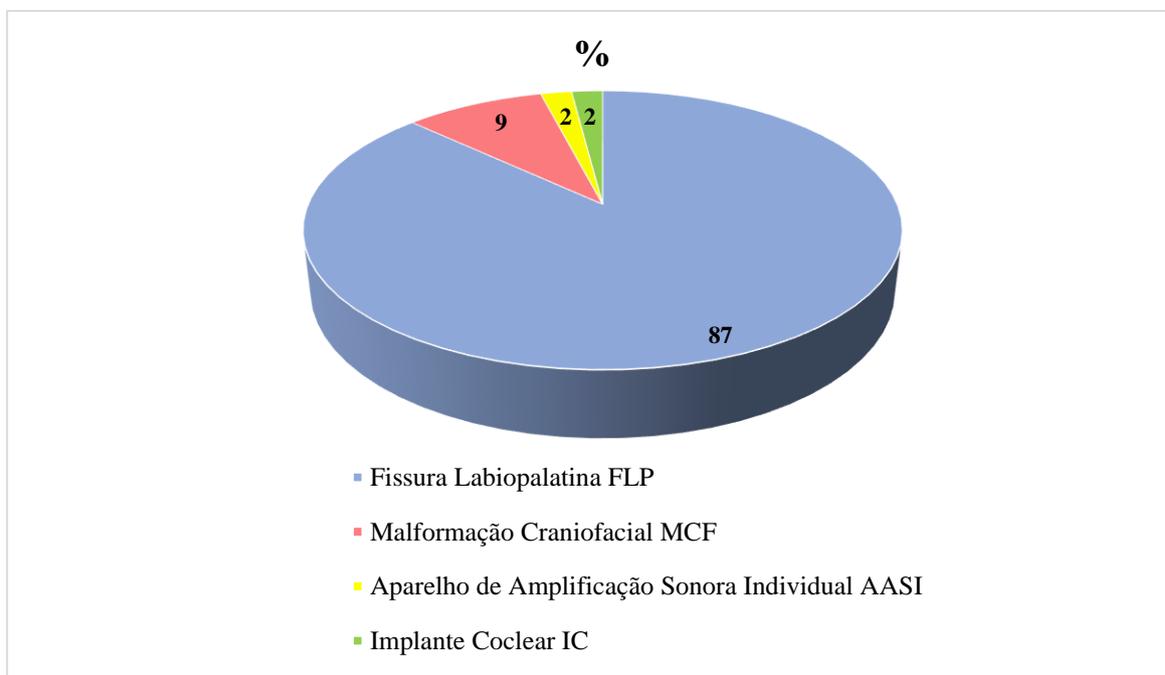
Foram identificados 45 pacientes com prontuário no HRAC, dos quais 56% (n=25) do sexo masculino e 44% (n=20) do sexo feminino. A média de idade foi de 20 anos, mediana 18 anos e moda 27 anos, conforme exposto no gráfico 2.

**Gráfico 2** – Média, moda e mediana de idade dos pacientes de Caraguatatuba no HRAC



Fonte: Autorial própria

Quanto à clínica e ao tratamento, identificou-se a maioria dos pacientes como portadores de FLP (87%, n=39), seguidos de Malformação Craniofacial (9%, n=4), Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI, 2%, n=1), Implante Coclear (IC, 2%, n=1), conforme exposto no gráfico 3.

**Gráfico 3** – Clínica e tratamento dos pacientes de Caraguatatuba

Fonte: Autoria própria

O estudo possibilitou a análise e quantificação das intervenções cirúrgicas e também dos procedimentos invasivos realizados nos pacientes do HRAC moradores do município de Caraguatatuba, conforme exposto na tabela 2.

Tabela 2 – Cirurgias realizadas no HRAC - Caraguatatuba

<b>Categoria</b>	<b>Nome do Procedimento</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Cirurgia Primária</b>	Queiloplastia Primária	26	58
	Palatoplastia Primária	26	58
<b>Cirurgia Secundária</b>	Queiloplastia Secundária	14	31
	Palatoplastia Secundária	14	31
<b>Cirurgias Terciárias e Reparadoras</b>	Enxerto Ósseo Alveolar (EOA)	16	35
	Alongamento de Columela	5	11
	Rinosseptoplastia e Septoplastia	17	37
	Faringoplastia	3	7
	Veloplastia	3	7
	Nasoplastia	1	2
	Queiloplastia	7	15
	Palatoplastia	1	2
<b>Outras Cirurgias e Procedimentos Invasivos</b>	Microotológica	9	20
	Ortognática	5	11
	Implante Coclear (IC)	1	2
	Exérese de Lesão Nasal	1	2
	Alveoloplastia	1	2
	Herniorrafia Inguinal	1	2
	Retirada de Tubo T	1	2
	Nasofaringoscopia	2	4
	Nasofibroscopia	1	2
	Fístula de Palato	2	4
	Frenectomia	1	2
	Ulectomia	1	2
	Adenoamigdelectomia	1	2
	Dentisteria	2	4
	Macrostomia	1	2
	Amigdalectomia	2	4
	Aprofundamento de Sulco	1	2
	Septoplastia	1	2
	Fístula Alveolar Bilateral (FAB)	1	2
	Fístula Buconasal (FBN)	1	2
Osteotomia Maxilar	2	2	
Osteotomia Mandibular	1	1	
<b>Total</b>		<b>172</b>	

Fonte: Autoria própria

A média de cirurgias e procedimentos invasivos realizados nos pacientes do município de Caraguatatuba foi de 3,8 intervenções por paciente.

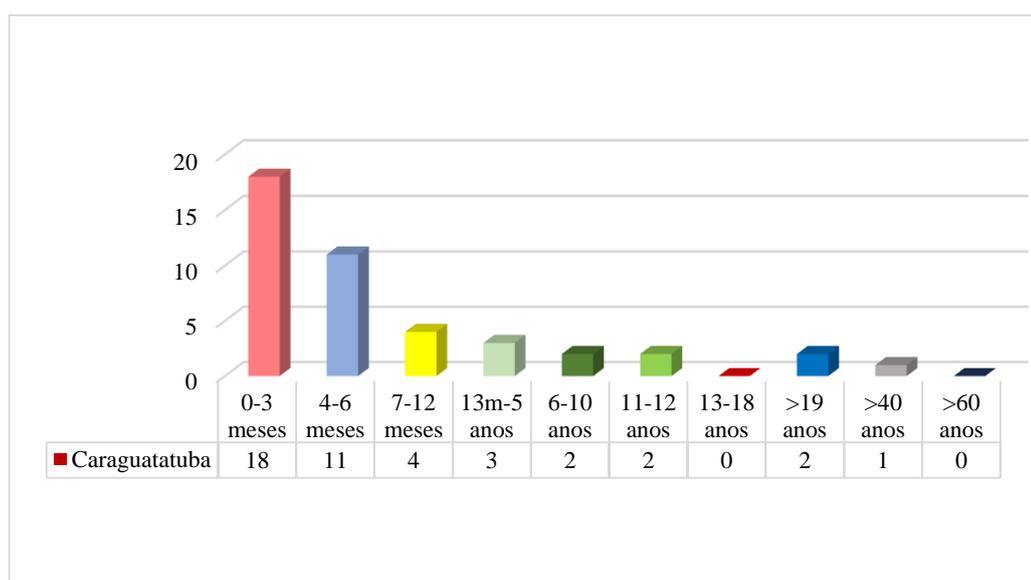
Em relação aos tipos de FLP, a explanação dos resultados foi organizada na tabela 3, sendo predominante nos municípios a fissura transforame incisivo (FTI).

**Tabela 3** - Frequência de tipos de fissuras e outras condições - Caraguatatuba

Tipo de Fissura	Frequência	%
Pré-Forame Completa	8	18
Pré-Forame Incompleta	7	15
Pós-Forame Completa	5	11
Pós-Forame Incompleta	9	20
Fissura Submucosa	2	4
Transforame (Todos os Tipos)	16	35
Úvula Bífida	3	7
Língua Bífida	1	2
Sequência de Robin	2	4
Síndromes Associadas	2	4
Cicatriz de Keith	2	4
Bandeleta de Simonart	3	7
AASI	1	2
Implante coclear (IC)	1	2
Malformação de crânio e face (CID 10 Q 74.8)	1	2
Dois tipos de fissuras associadas	7	15

Fonte: Autoria própria

Em Caraguatatuba, 40% (n=18) dos pacientes em acompanhamento no HRAC tinham de 0 a 3 meses de idade quando tiveram a sua consulta de caso novo, 25% (n=11) de 4 a 6 meses e 9% (n=4) de 7 a 12 meses. Portanto, 76% (n=34) da amostra é composta de pacientes que tiveram sua consulta de caso novo nos primeiros 12 meses de vida. Conforme o gráfico 4, é considerável e relevante o fato de que 15,5% dos pacientes (n=7) só tiveram sua consulta de caso novo após os cinco anos de idade, sendo que três 6,7% (n=3) já tinham mais de 18 anos (dois pacientes não tinham essa informação no prontuário).

**Gráfico 4** – Idade da consulta de caso novo

Fonte: Autoria própria

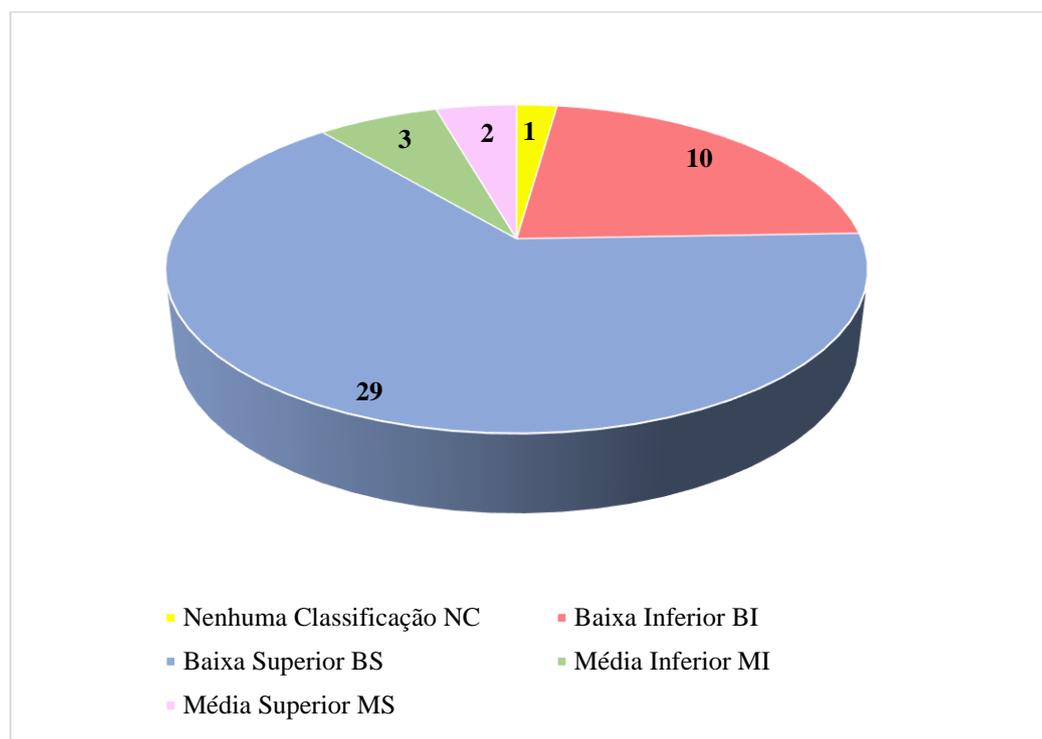
## 9.2 CONDICIONANTES SOCIAIS – CARAGUATATUBA

No HRAC, o núcleo familiar do paciente é acolhido pela assistência social para a investigação das condições sociais.

### 9.2.1 Classificação Socioeconômica

A Classificação Socioeconômica se baseia na renda familiar, através de scores da investigação da assistência social sobre indicadores sociais do núcleo familiar do paciente. A classificação Baixa Superior (BS) foi a predominante, com 64,4% (n=29), a classificação Baixa Inferior (BI) foi de 22% (n=10), a classificação Média Inferior (MI) foi de 7% (n=3), Média Superior (MS) foi 4,4% (n=2) e a 2,2% (n=1) da amostra não trazia essa informação, conforme gráfico 5.

**Gráfico 5 – Classificação Socioeconômica**



Fonte: Autoria própria

### 9.2.2 Transporte Sanitário

Quanto ao Transporte Sanitário, 67% (n=30) fazem uso do transporte da prefeitura, 31% (n=14) chegam ao HRAC por meios próprios e 2% (n=1) não constava a informação em prontuário.

### 9.2.3 Faltas, Pacientes Faltosos e Abandono de Tratamento

Foi definido no presente estudo o paciente “faltoso” como aquele paciente que apresentou três ou mais faltas durante o seu tratamento, identificando-se assim, 7% (n=3) de pacientes faltosos, observando que todos os pacientes faltosos dependem do uso de transporte municipal. O número total de faltas (considerando pacientes com faltas eventuais e os faltosos) foi de 29 faltas. Não foi identificado nenhum abandono de tratamento.

### 9.2.4 Benefícios de Proteção Social

Em relação a Benefícios Sociais, 2% (1) recebe Benefício de Prestação Continuada/Lei Orgânica de Assistência Social (BPC/LOAS) e 2% (1) recebe Bolsa Família

### 9.2.5 Maior grau de escolaridade do núcleo familiar e renda familiar

Como indicador social, considera-se também o maior grau de escolaridade do núcleo familiar, na presente análise identificou-se que predominou o Ensino Médio Completo (EMC), correspondendo a 50 % (n= 22) da amostra, em seguida o Ensino Médio Incompleto (EMI), respondendo por 25% (n=11), e 85% (n=38) recebem entre meio a quatro salários mínimos.

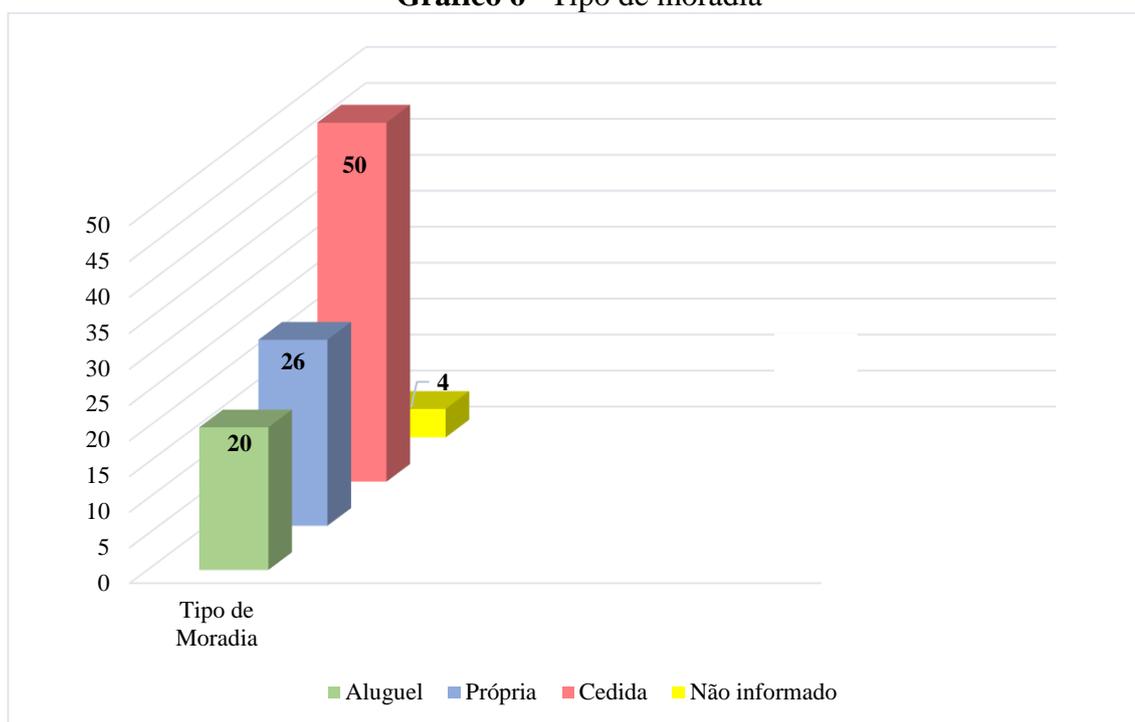
**Tabela 4 – Grau de escolaridade e salário mínimo**

<b>Maior grau de escolaridade do núcleo familiar e renda familiar</b>						
<b>&gt; Grau de Escolaridade</b>	<b>EFC</b>	<b>EFI</b>	<b>EMC</b>	<b>EMI</b>	<b>ESC</b>	<b>ESI</b>
N	1	2	22	11	4	4
%	2	5	50	25	9	9
<b>Salário Mínimo Renda/Familiar</b>	<b>0</b>	<b>0 a 1/2</b>	<b>1/2 a 2</b>	<b>2-4</b>	<b>5 a 9</b>	<b>10 a 15</b>
N	1	0	22	15	2	4
%	2	-	50	33	4	9

Fonte: Autoria própria

### 9.2.6 Condições de habitação

As condições da habitação foram categorizadas em imóvel alugado, cedido ou próprio, número de pessoas que residem no imóvel e número de cômodos na residência, conforme exposto do gráfico 6 e tabela 5, respectivamente.

**Gráfico 6– Tipo de moradia**

Fonte: Autoria própria

**Tabela 5 – Nº de cômodos e Nº de moradores por residência**

Perfil de Moradia					
Nº de Pessoas por moradia	<b>1-2</b>	<b>3-4</b>	<b>5-8</b>	<b>&gt;8</b>	<b>NC</b>
N	3	23	17	1	1
%	7	51	38	2	2
Nº de Cômodos por moradia	<b>1-3</b>	<b>4-6</b>	<b>7-9</b>	<b>NC</b>	<b>-</b>
N	6	29	8	2	-
%	13	64	18	4	-

Fonte: Autoria própria

### 9.2.7 SUS e saúde suplementar

Constatou-se que 93,4% (n=42) dos pacientes do HRAC moradores do município de Caraguatatuba fazem uso exclusivo do SUS, 4,4% (n=2) possuem convênio médico e acesso à saúde suplementar e para 2,2% (n=1) não houve identificação dessa variável.

### 9.3 – ILHABELA– PERFIL INSTITUCIONAL DO PACIENTE NO HRAC E CONDICIONANTES SOCIAIS

Foram identificados três pacientes, um número relativamente pequeno de pacientes do HRAC moradores de Ilhabela em relação aos demais municípios colegiados. O sexo feminino foi unânime, com idades entre 11 e 49 anos. A média de cirurgias foi de cinco por

paciente. As três pacientes possuem FLP: Fissura transforame unilateral esquerda, fissura transforame unilateral direita e fissura pós-forame completa associada à sequência de Pierre Robin e todas as pacientes receberam intervenções cirúrgicas no HRAC, conforme tabela 6:

**Tabela 6** – Cirurgias e procedimentos realizados no HRAC - Ilhabela

<b>Categoria</b>	<b>Nome do Procedimento</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Cirurgia Primária</b>	Queiloplastia Primária	1	33
	Palatoplastia Primária	2	67
<b>Cirurgia Secundária</b>	Queiloplastia Secundária	-	-
	Palatoplastia Secundária	4	133
<b>Cirurgias Terciárias e Reparadoras</b>	Rinosseptoplastia e Septoplastia	2	67
	Correção de Fístula Buconasal (FBN)	1	33
<b>Outras Cirurgias e Procedimentos</b>	Cirurgia Bucomaxilofacial (CBMF)	1	33
	Fístula Alveolar	1	33
	TIB	1	33
	TMB	1	33
	Mastoidectomia Radical	1	33
<b>Total</b>		<b>15</b>	

Fonte: Autoria própria

Em relação à idade do paciente na consulta de caso novo, 67% (n=2) tiveram acesso com idade inferior a três meses de vida e 33% (n=1) teve acesso à consulta de caso novo após os 35 anos de idade, oriunda de outro serviço de saúde. Nenhum paciente apresentou faltas aos serviços agendados no HRAC, 67% (n=2) têm renda familiar entre dois a quatro salários mínimos, 33% (n=1) referem que a renda familiar se situa entre quatro e nove salários mínimos, inserindo os mesmos em renda Baixa Inferior (BI, 33% n=1) e renda Baixa Superior (BS, 67% n=2). Ainda, 100% dos pacientes fazem uso exclusivo do SUS e também não possuem nenhum tipo de benefício de proteção social.

Outras variáveis de relevante importância encontram-se expostas na tabela 7.

**Tabela 7** - Variáveis sociais

Variáveis Sociais de Ilhabela				
Tipo de Moradia	Própria	%	Alugada %	
	2	66,7	1	33,3
Nº Pessoas na Casa	2-4	%	5-8	%
	2	66,7	1	33,3
> Grau de Escolaridade	EMC	%	EMI	%
	2	66,7	1	33,3
Tipo de Transporte	Municipal	%	Próprio	%
	1	33,3	2	66,7

Fonte: Autoria própria

#### 9.4 SÃO SEBASTIÃO – PERFIL INSTITUCIONAL DO PACIENTE NO HRAC

Nos onze prontuários analisados, foram identificados 45,4% (n=5) pacientes do sexo feminino e 54,6% (n=6) pacientes do sexo masculino. Em relação à Média, mediana e moda de idades, os valores encontrados foram: 24, 24 e 24 anos, respectivamente.

Quanto à clínica e ao tratamento, identificou-se todos os pacientes como portadores de FLP e uma associação de FLP e malformação craniofacial, e também outras associações como Sequência de Robin, cardiopatias, hipertelorismo ocular e dependência química, conforme tabela 8.

**Tabela 8** - Frequência de tipos de fissuras e outras condições – São Sebastião

Tipo de Fissura	Frequência	%
Pré-Forame Incompleta	2	18
Pós-Forame Incompleta	2	18
Transforame (Todos os Tipos)	8	73
Sequência de Robin	1	9
Outras Anomalias	1	9
FLP Associadas	2	18
Hipertelorismo Ocular	1	9
Dependência Química	1	9
Cardiopatias	1	9

Fonte: Autoria própria

O estudo possibilitou a análise e quantificação das intervenções cirúrgicas e também dos procedimentos invasivos realizado nos pacientes do HRAC moradores no município de São Sebastião, conforme exposto na tabela 9.

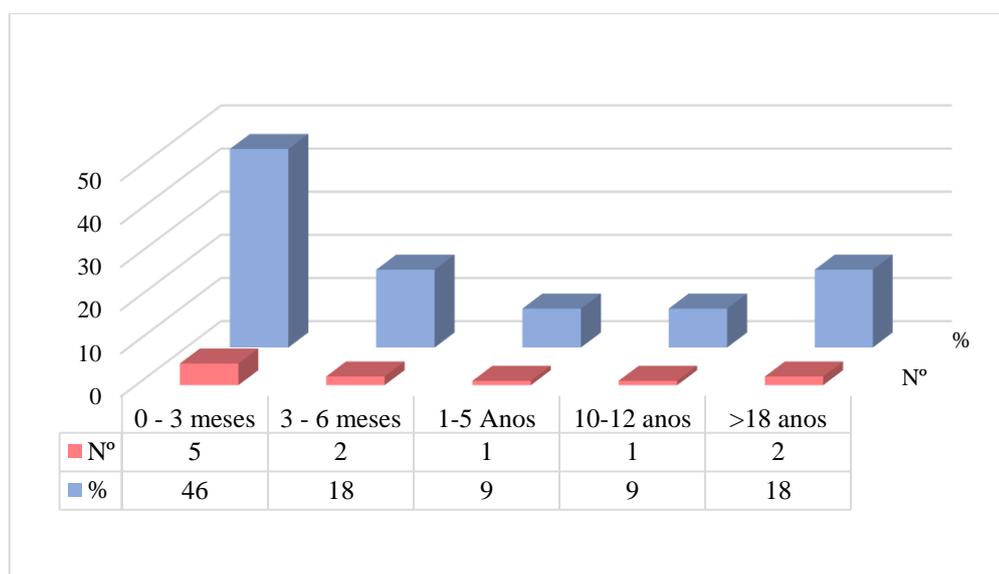
**Tabela 9** – Cirurgias realizadas no HRAC –São Sebastião

<b>Categoria</b>	<b>Nome do Procedimento</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Cirurgia Primária</b>	Queiloplastia Primária	8	73
	Palatoplastia Primária	8	73
<b>Cirurgia Secundária</b>	Queiloplastia Secundária	4	36
	Palatoplastia Secundária	6	54
	Plástica Lingual	1	9
	Otorrinolaringologia (ORL)	1	9
<b>Cirurgias Terciárias e Reparadoras</b>	Enxerto Ósseo Alveolar (EOA)	6	54
	Alongamento de Columela	2	18
	Rinosseptoplastia e Septoplastia	11	100
	Faringoplastia	2	18
	Turbinoplasia	1	9
<b>Outras Cirurgias e Procedimentos Invasivos</b>	Microotológica	4	36
	Ortognática	1	9
	Crioterapia	3	27
	Fístula Bucomaxilo (FBM)	1	9
	Traqueostomia	1	9
	Nasofaringoscopia	1	9
	Turbinectomia	1	9
	Osteotomia Mandibular	1	9
	Osteotomia Maxilar	1	9
	Exodontia	1	9
	<b>Total</b>		<b>65</b>

Fonte: Autoria própria

A média de cirurgia foi de 5,9 cirurgias por paciente. Por meio da análise de dados, constatou-se que dois pacientes migraram de outros serviços de acompanhamento de FLP para o HRAC, inclusive as cirurgias primárias foram realizadas nesses serviços.

Em São Sebastião, 46% (n=5) dos pacientes tiveram a sua consulta de caso novo até os primeiros três meses de vida, 18% (n=2) de três a seis meses, 9% (n=1) de um a cinco anos, 9% (n=1) de 10 a 12 anos e 18% (n=2) tiveram acesso a consulta de caso novo com idade superior a 18 anos, conforme gráfico 7, inclusive uma paciente chegou ao HRAC aos 19 anos, com Fissura Pós Forame Incompleta (FPFI) (Palato Mole) sem nenhum tipo de intervenção cirúrgica ou terapêutica relacionada à sua condição.

**Gráfico 7 – Idade da consulta de caso novo**

Fonte: Autoria própria

## 9.5 CONDICIONANTES SOCIAIS – SÃO SEBASTIÃO

### 9.5.1 Classificação socioeconômica

Por meio da análise das variantes socioeconômicas, o serviço social do HRAC classificou 73% (n=8) da amostra como pertencentes à classificação social de renda Baixa Superior (BS) e 27% (n=3) como renda Baixa Inferior (BI).

### 9.5.2 Transporte sanitário

Verificou-se que 73% (n=8) dos pacientes dependem do transporte sanitário municipal e 27% (n=3) chegam ao HRAC com recursos próprios.

### 9.5.3 Faltas e pacientes faltosos

Considerou-se paciente “faltoso” aquele com três ou mais faltas, identificando, assim, 27% (n=3) dos pacientes. Foram contabilizadas 26 faltas entre os pacientes residentes em São Sebastião, perfazendo uma média de 2,6 faltas por paciente e constatou-se que todos os pacientes com faltas eventuais e faltosos fazem uso exclusivo de transporte municipal. Não houve constatação de abandono de tratamento.

#### 9.5.4 Benefícios de proteção social

O perfil social dos pacientes do HRAC residentes no município de São Sebastião, definido pelos condicionantes sociais coletados nos acolhimentos do Serviço Social no HRAC, permitiu constatar que apenas um paciente usufrui dos benefícios sociais do TFD e um paciente recebe Bolsa Família.

#### 9.5.5 Grau de escolaridade e renda familiar

Constatou-se a prevalência de maior grau de escolaridade do núcleo familiar foi o EFC (27% n=3) e EMC (27% n=3) e 90% (n=10) dos pacientes possuem renda familiar entre meio a quatro salários mínimos, conforme exposto na tabela 10.

**Tabela 10** – Maior grau de escolaridade e renda familiar

Grau de Escolaridade	EFI	EFC	EMI	EMC	ESI
Nº	1	3	2	3	2
%	10	27	18	27	18
Renda Familiar (Salário Mínimo)	0 a Meio	Meio a 2	2 a 4	5 a 9	
Nº	1	3	6	1	
%	10	27	53	10	

Fonte: Aatoria própria

#### 9.5.6. Condições de habitação

Prevaleceu nesses indicadores que 64% (n=7) residem com cinco a sete habitantes por residência, 55% (n=6) em residências com três a quatro cômodos e 63,6% (n=7) em residência própria (Quadro 2).

**Quadro 2** – Condições de moradia do paciente

Condições de Moradia								
Nº Moradores	Nº	%	Nº Cômodos			Moradia	Nº	%
			Nº	%	Nº			
1 a 2	1	9	3 a 4	6	55	Alugada	2	18,2
5 a 7	7	64	5 a 6	3	27	Cedida	2	18,2
5 a 8	3	27	>7	2	18	Própria	7	63,6

Fonte: Aatoria própria

#### 9.5.7 SUS e saúde suplementar

Não houve nenhum paciente da municipalidade que fizesse uso de serviços de saúde suplementar ou dispusesse de convênio médico. Sendo assim, 100% dos pacientes fazem uso exclusivo do SUS.

#### 9.6 UBATUBA – PERFIL INSTITUCIONAL DO PACIENTE NO HRAC

Ubatuba foi identificado como o município com o maior número de munícipes em tratamento no HRAC (n=46), dos quais 56% (n=26) são do sexo feminino.

Em relação à média, mediana e moda de idade, os resultados calculados são de 20, 18 e 21 anos, respectivamente.

Quanto à clínica e ao tratamento, identificou-se a prevalência de FLP, sendo a fissura labiopalatina transforame a mais frequente (26% n=12), e também outras anomalias, Sequência de Robin, disfunção velofaríngea, bandeleta de Simonart, úvula bífida, AASI, IC, micrognatia, estenose laringofaríngea e associação de dois tipos de FLP, conforme tabela 11.

**Tabela 11** – Tipos de FLP, outras condições associadas, frequência e porcentagem

<b>Tipo de Fissura</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Transforame	4	8	12	26
Pós-Forame Completa	2	2	4	9
Pós-Forame Incompleta	4	1	5	11
Pré-Forame Completa	4	2	6	13
Pré-Forame Incompleta	2	6	8	17
Sindrômico	-	1	1	2
Disfunção velofaríngea (DVF)	1	-	1	2
Bandeleta	2	2	4	9
Implante coclear (IC)	3	2	5	11
AASI	1	1	2	4
Sequência de Robin	1	-	1	2
Micrognatia sem FLP	-	1	1	2
Úvula Bífida	1	-	1	2
Outras Anomalias	-	4	4	9
Associação de FLP	1	-	1	1

Fonte: Autoria própria

## Resultados

Quanto à análise e à quantificação dos procedimentos realizados, a média de procedimentos realizados é de 3,84 procedimentos por paciente e os achados estão expostos na tabela 12.

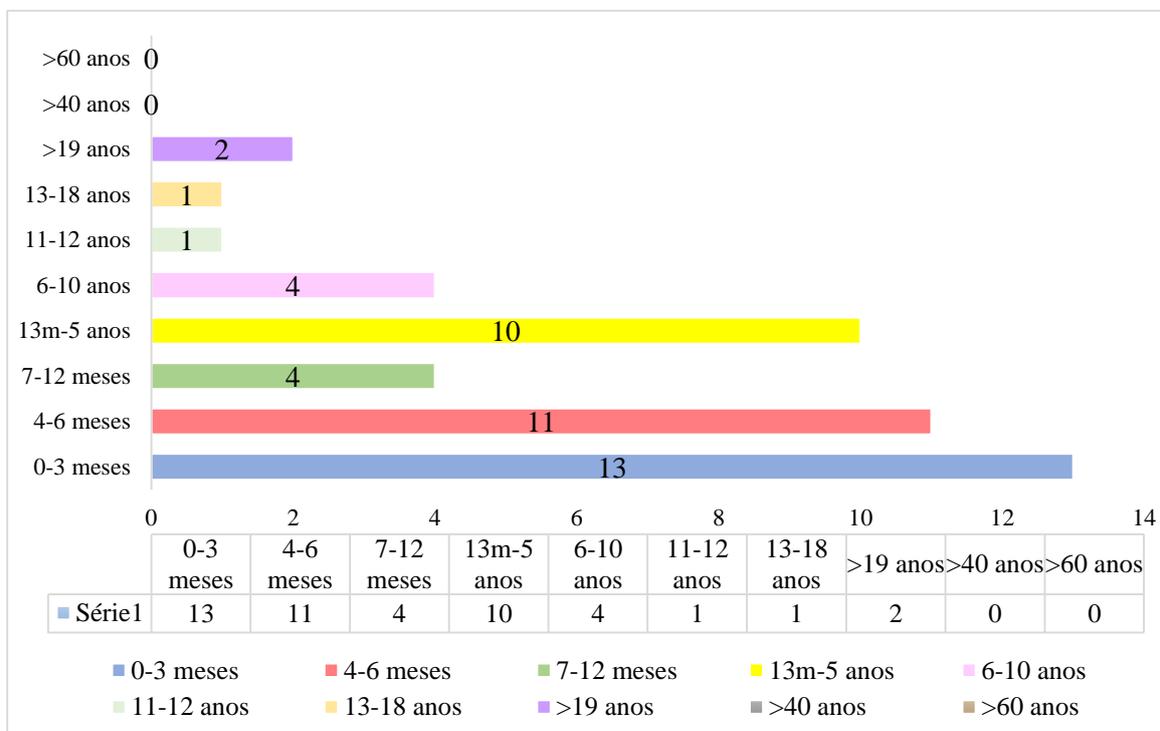
**Tabela 12** – Cirurgias e procedimentos realizados no HRAC - Ubatuba

<b>Procedimentos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
AASI	1	0,6
Queiloplastia Primária	24	13,6
Palatoplastia Primária	17	9,6
Queiloplastia Secundária	13	7,1
Palatoplastia Secundária	13	7,1
Adenoidectomia	7	4,0
Enxerto Ósseo Alveolar (EOA)	10	5,6
Alongamento de Columela	5	2,8
Rinosseptoplastia e Septoplastia	19	10,7
Faringoplastia	6	3,4
Queiloplastia	4	2,3
Palatoplastia	11	6,2
Veloplastia	6	3,4
Faringoplastia	6	3,4
Amigdalectomia	4	2,3
Microotológica	7	4,0
Ortognática	5	2,8
Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (CTBM)	1	0,6
Implante de expansor	1	0,6
Análise de implante de expansor	3	1,7
Retirada de implante de expansor	1	0,6
Correção de asa nasal	2	1,2
Dentisteria	1	0,6
Correção de macrostomia	1	0,6
Expansão rápida de maxila (ERM)	1	0,6
Turbinectomia	1	0,6
Sinusectomia	1	0,6
Mastoidectomia	1	0,6
Implante coclear (IC)	5	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>177</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria

De acordo com a análise dos dados, 61% (n=28) dos pacientes tiveram a consulta de caso novo até os 12 meses de vida, conforme exposto no gráfico 8.

**Gráfico 8** – Idade na consulta de caso novo

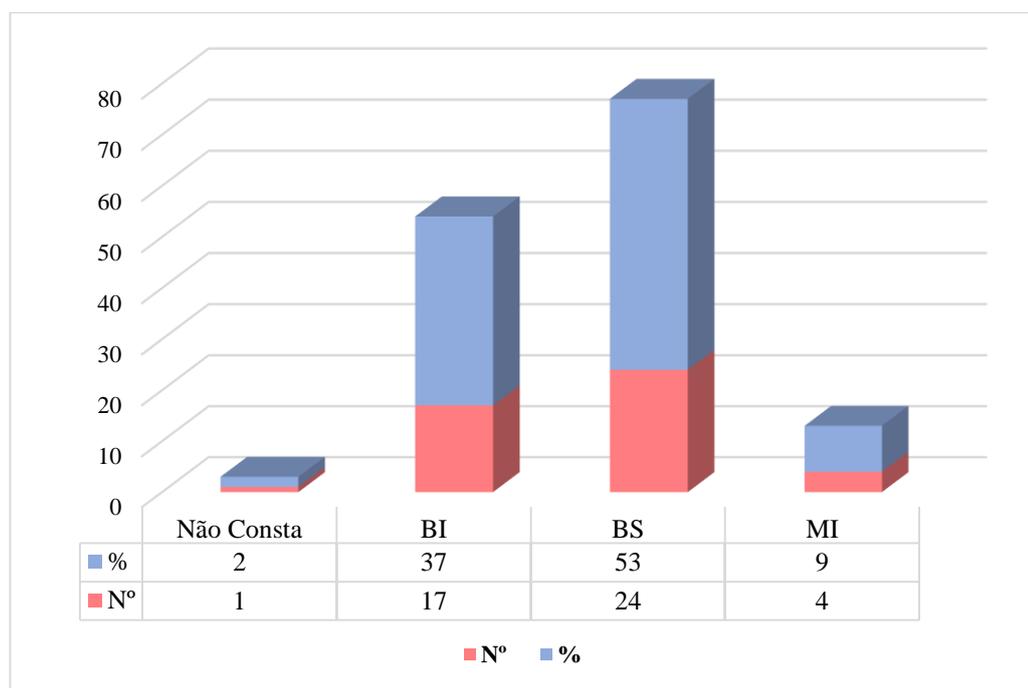


Fonte: Autoria própria

## 9.7 CONDICIONANTES SOCIAIS – UBATUBA

### 9.7.1 Classificação socioeconômica

Em relação à classificação socioeconômica, três categorias foram identificadas: 37% (n=17) pertencentes à renda BI, 53% (n=24) com renda BS e 9% (n=4) referiram renda MI, conforme gráfico 9.

**Gráfico 9 – Classificação socioeconômica**

Nenhuma Classificação (NC), Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI)

Fonte: Autoria própria

### 9.7.2 Transporte sanitário

O transporte sanitário de responsabilidade municipal respondeu por 79% (n=36) da totalidade, conforme o quadro 3. Identificou-se em 6% (n=3) dos pacientes realizaram o transporte até Bauru cooperando parcialmente com os valores do deslocamento.

**Quadro 3 – Transporte Sanitário**

Transporte Sanitário		
Municipal	36	79%
Próprio	5	11%
Municipal e Próprio	1	2%
NC	1	2%
TFD	3	6%

Fonte: Autoria própria

### 9.7.3 Faltas, pacientes faltosos e abandono de tratamento

Foram contabilizadas 53 faltas a consultas e procedimentos no HRAC entre 21 pacientes com faltas em seus prontuários. Os pacientes com número de faltas igual ou superior a três foram classificados no estudo como “paciente faltoso”, e foram identificados cinco pacientes

nessas condições, dos quais todos dependem do transporte sanitário municipal. Um paciente abandonou o tratamento segundo informações em fonte secundária.

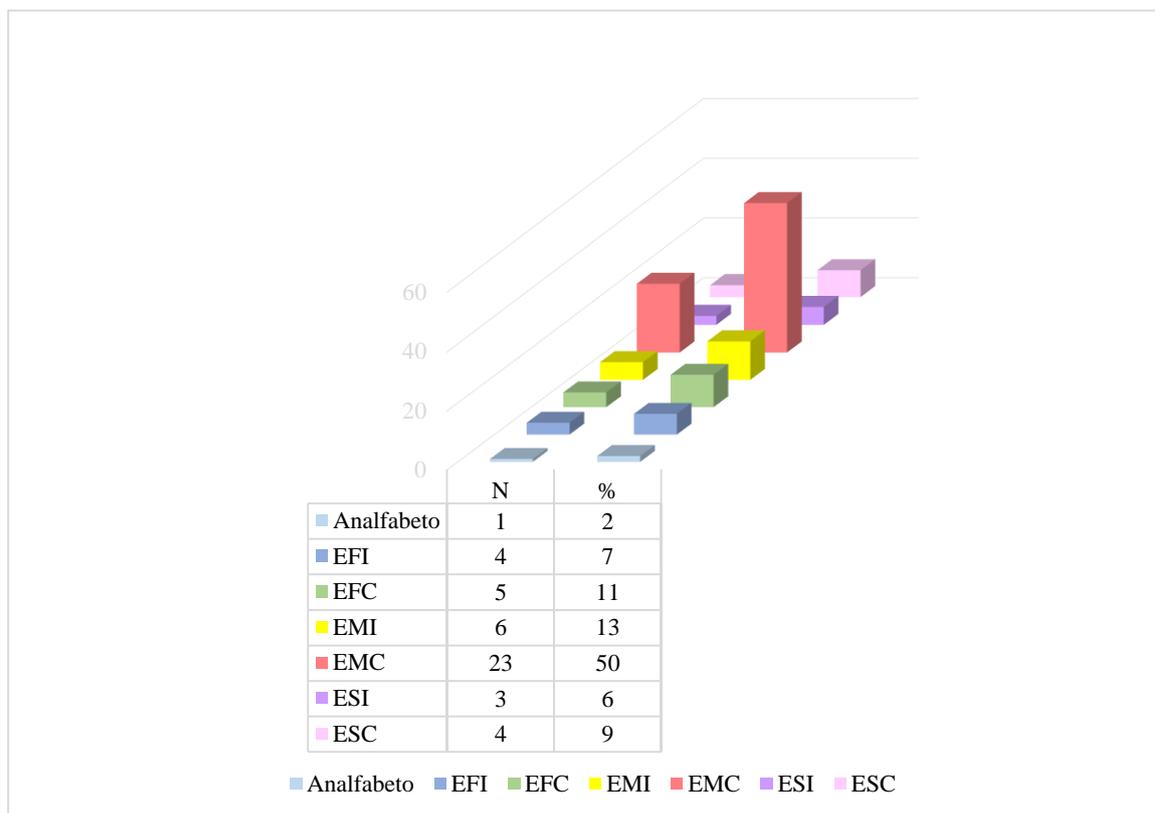
#### 9.7.4 Benefícios e proteção social

Contabilizou-se que 6,5% (n=3) dos pacientes fazem uso do TFD, 4% (n=2) recebem BPC/LOAS e 4% (n=2) recebem Bolsa Família.

#### 9.7.5 Grau de escolaridade e renda familiar

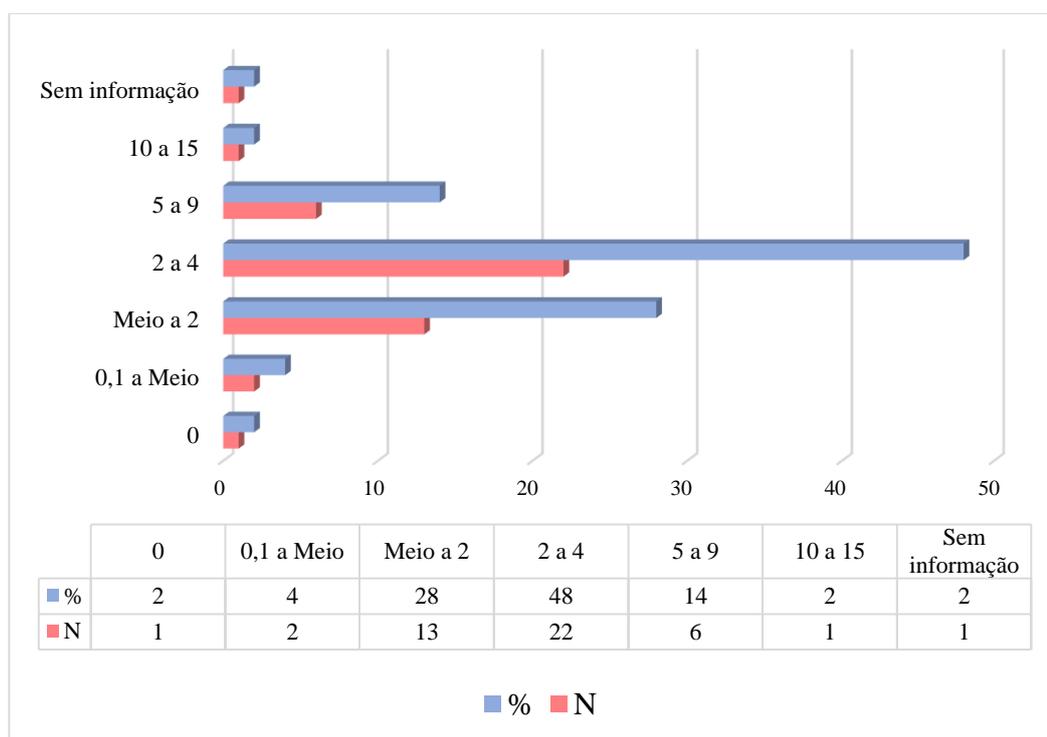
O maior nível de escolaridade identificado no núcleo familiar foi o EMC, conforme gráfico 10.

**Gráfico 10 - Maior grau de escolaridade**



Fonte: Autoria própria

Em relação à renda familiar, mensurada em número de salários mínimos, os achados estão expostos no gráfico 11, onde o maior percentual dos pacientes (48% n=22) de Ubatuba recebem de dois a quatro salários mínimo mensais.

**Gráfico 11 – Renda familiar em salários mínimos – Ubatuba**

Fonte: Autoria própria

### 9.7.6 Condições de habitação

Na análise das condições e tipos de moradia, identificou-se que 50% (n=23) moram em residência própria, 59% (n=27) em residências com dois a quatro moradores e 78% (n=36) em residência com quatro a seis cômodos, conforme tabela 13.

**Tabela 13 – Condições de moradia**

	<b>Condições de moradia</b>			
<b>Pessoas por Residência</b>	<b>1-2</b>	<b>2-4</b>	<b>5-8</b>	<b>NC</b>
Nº	3	27	15	1
%	6	59	33	2
<b>Tipo de Moradia</b>	<b>Alugada</b>	<b>Cedida</b>	<b>Própria</b>	<b>NC</b>
Nº	7	15	23	1
%	15	33	50	2
<b>Cômodos</b>	<b>1-3</b>	<b>4-6</b>	<b>7-9</b>	<b>NC</b>
Nº	4	36	4	2
%	9	78	9	4

NC – Não constava informação em Prontuário

Fonte: Autoria própria

### 9.7.7 SUS e saúde suplementar

Os resultados indicam que 98% (n=45) utilizam unicamente o SUS e apenas 2% (n=1) mantêm convênio médico.

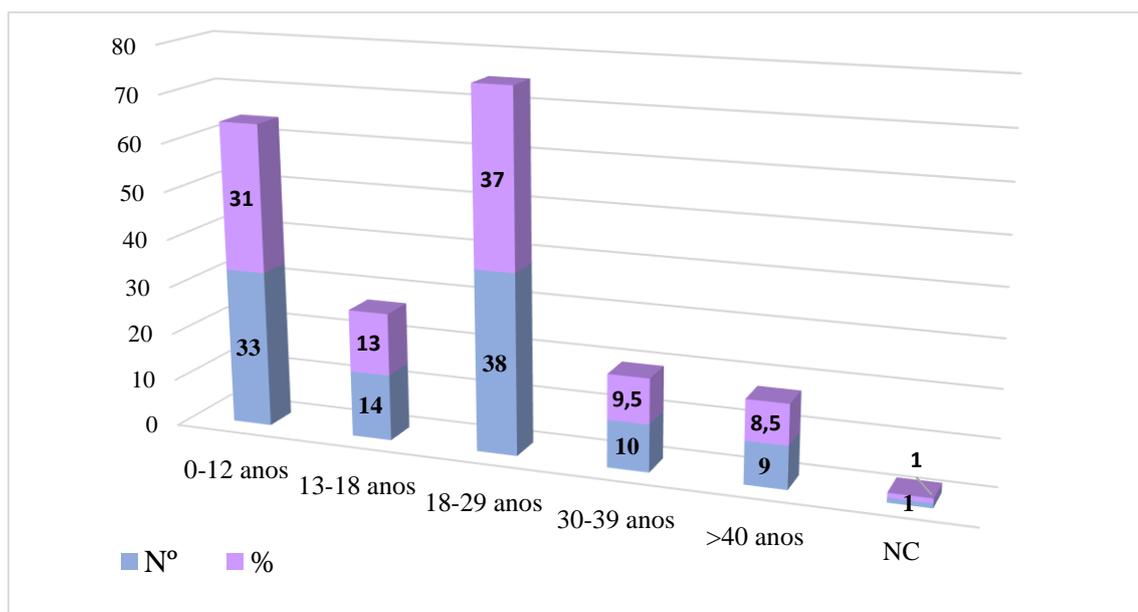
### 9.8 CONSOLIDADO DOS MUNICÍPIOS - PERFIL INSTITUCIONAL DO PACIENTE NO HRAC

Ao todo, foram identificados 105 pacientes residentes no LN de São Paulo que fazem acompanhamento no HRAC em Bauru, dos quais são 53 do sexo feminino e 52 são do sexo masculino. A média, mediana e moda de idade correspondem a 21, 19 e 21 anos, respectivamente.

O município de Ubatuba apresentou o maior percentual de pacientes: 44% (n=46), na sequência Caraguatatuba com 43% (n=45), São Sebastião 10% (n=11) e Ilhabela com 3% (n=3).

O perfil dos pacientes, baseado na data limite da análise dos prontuários (22 de maio de 2022), no HRAC revelou que 37% (n=38) dos pacientes são adultos jovens, com idade entre 18 a 29 anos, e 31% (n=33) dos pacientes são crianças de 0 a 12 anos (n=31), conforme o gráfico 12.

**Gráfico 12** – Idade atual dos pacientes em tratamento no HRAC



Fonte: Autoria própria

Em relação ao número de procedimentos cirúrgicos, considerando o número total de intervenções por municípios, São Sebastião apresentou média de 5,9 procedimentos por paciente, seguido de Ilhabela, com média de cinco procedimentos por paciente e Caraguatatuba e Ubatuba com média de 3,8 procedimentos por paciente. Considerando também o número total de cirurgias e procedimentos, foi possível identificar o número de cirurgias primárias e secundárias, conforme exposto na tabela 14.

**Tabela 14** - Total de cirurgias e procedimentos, cirurgias primárias e secundárias

<b>Município</b>	<b>Total de cirurgias e procedimentos</b>	<b>Primárias</b>	<b>%</b>	<b>Secundárias</b>	<b>%</b>
Caraguatatuba	172	26	15	14	8
Ilhabela	15	3	20	4	27
São Sebastião	65	16	25	12	19
Ubatuba	177	41	23	26	15

Fonte: Autoria própria

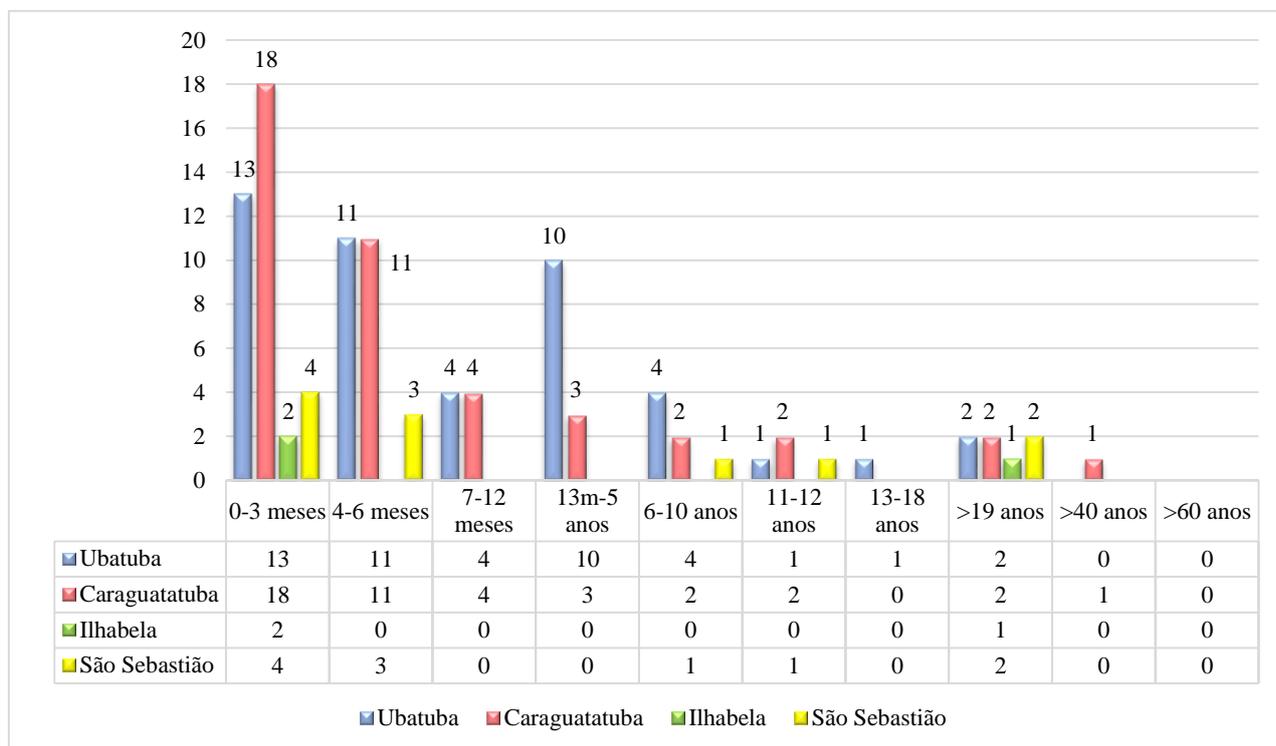
O tipo de FLP prevalente nos quatro municípios do LN de São Paulo foram as Fissuras Pré-Forame Incompleta e Fissura Transforame Esquerda. A tabela 15 demonstra os achados da pesquisa quanto ao tipo de FLP.

**Tabela 15** – Tipos de FLP

<b>Tipos de FLP do Estudo</b>			
<b>Pré-Forame</b>	<b>Completa</b>	<b>Incompleta</b>	
Masculino	8	14	
Feminino	8	6	
Total	16	20	
<b>Pós-Forame</b>			
Masculino	4	2	
Feminino	6	13	
Total	10	15	
<b>Transforame</b>	<b>Direita</b>	<b>Esquerda</b>	<b>Bilateral</b>
Masculino	5	10	10
Feminino	8	8	2
Total	13	18	12

Fonte: Autoria própria

Considerando essas condições para acesso ao tratamento no HRAC, e considerando o acesso ao tratamento ainda nos três primeiros meses de vida, o estudo indica que 35% (n=37) dos pacientes tiveram acesso à consulta de caso novo com idade entre 0 e 3 meses. Caraguatatuba apresentou maior número de pacientes que tiveram esse tipo de consulta ainda bebês (0 a 3 meses), conforme o gráfico 13.

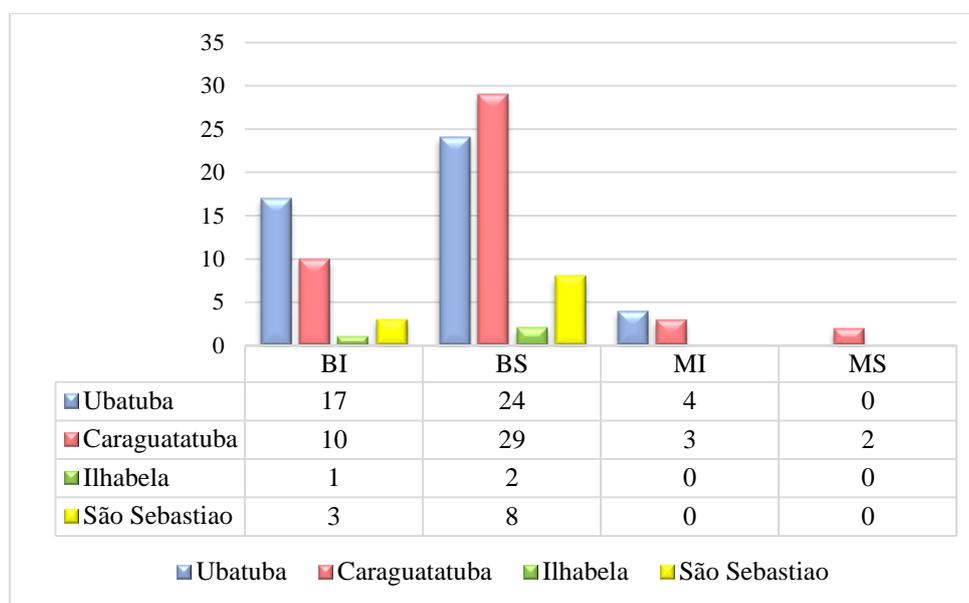
**Gráfico 13 – Idade do paciente na consulta de caso novo**

Fonte: Autoria própria

## 9.9 CONDICIONANTES SOCIAIS – CONSOLIDADO DOS QUATRO MUNICÍPIOS

### 9.9.1 Classificação socioeconômica

Quanto à classificação socioeconômica, 60% (n=63) dos pacientes encontram-se classificados como BS e 30% (n=31) foram classificados como BI, renda MI (6% n=7) e renda MS (2% n=2) e (2% n=2) sem a informação, conforme gráfico 14.

**Gráfico 14** – Classificação socioeconômica por município

Fonte: Autoria própria

### 9.9.2 Transporte Sanitário

Considera-se notório que 71% (n=75) dos pacientes do LN dependem do transporte sanitário municipal para realizar o tratamento no HRAC, conforme exposto na tabela 16.

**Tabela 16** – Tipo de transporte para tratamento no HRAC

Tipos de Transporte do Paciente ao HRAC					
	Municipal	Próprio	NC	TFD	Misto
Caraguatatuba	30	14	1	-	-
%	67	31	2	-	-
Ilhabela	1	2	-	-	-
%	33	67	-	-	-
São Sebastião	8	3	-	-	-
%	73	27	-	-	-
Ubatuba	36	5	1	3	1
%	79	12	2	7	1
Consolidado	75	24	2	3	1
% Total	71	23	2	3	1

Fonte: Autoria própria

### 9.9.3 Faltas e pacientes faltosos

No consolidado geral, os quatro municípios apresentaram 108 faltas a consultas e/ou procedimentos no HRAC, até a data limite de análise dos prontuários (22 de maio de 2022). O município com o maior número de faltas e maior número de pacientes faltosos foi Ubatuba,

com 53 faltas e cinco pacientes faltosos. Ilhabela não apresentou faltas nas consultas e/ou procedimentos no HRAC.

#### 9.9.4 Benefícios de proteção social

O BPC/LOAS é o principal meio de transferência de renda para a população com deficiência (BRASIL, 2007). Esse benefício também atende idosos em condições de miserabilidade. Apesar de ser um benefício social, o mesmo é administrado e operacionalizado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) (SILVA, DINIZ, 2012).

Já o programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), instituído pelo Ministério da Saúde, trata-se de “uma das estratégias que visa garantir o direito e a viabilidade da assistência de saúde dos pacientes em outras localidades” (Da Costa et al, 2020). Para Gurjão et al (2018), conceitua-se o TFD como “um programa essencial à materialização do princípio da universalidade do acesso à Saúde, porém limitado pela estrutura de organização do Estado neoliberal”.

Os subsídios sociais governamentais foram identificados em três municípios: Caraguatatuba, São Sebastião e Ubatuba, conforme tabela 17. Os resultados mostram que apenas 10,4% da amostra fazem uso de Benefícios de Proteção Social.

**Tabela 17 – Benefício social**

<b>Tabela dos benefícios sociais por município</b>			
<b>Benefício</b>	<b>BPC</b>	<b>Bolsa Família</b>	<b>TFD</b>
<b>Município</b>			
Caraguatatuba	1 (0,9%)	1 (0,9%)	-
São Sebastião	-	1 (0,9%)	1 (0,9%)
Ubatuba	2 (1,9%)	2 (1,9%)	3 (2,8%)
<b>Total</b>	<b>3 (2,8%)</b>	<b>4 (3,8%)</b>	<b>4 (3,8%)</b>

Fonte: Autoria própria

#### 9.9.5 Grau de escolaridade e renda familiar

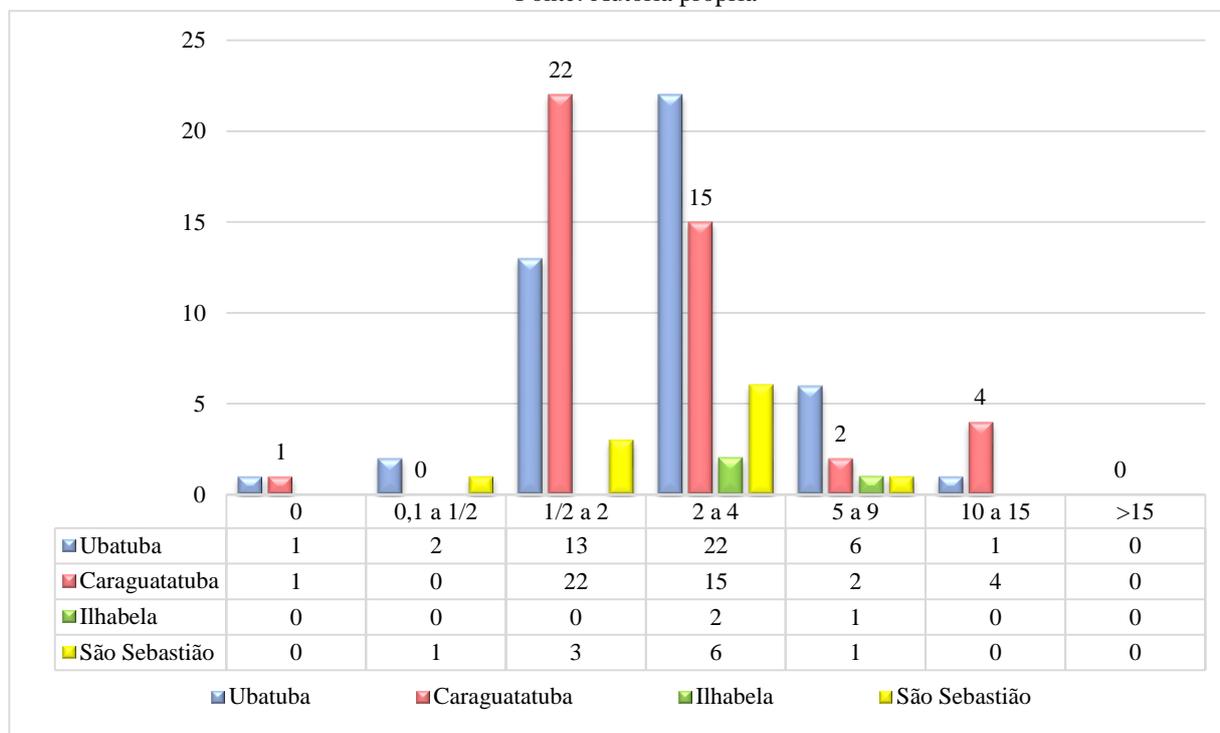
O maior nível de escolaridade no núcleo familiar mais referido foi o EMC, com 47,6% (n=50), seguido de EMI, com 19% (n=20).

A renda familiar predominante foi a de zero a quatro salários mínimos compreendendo 81,9% (n=86) da amostra, conforme exposto no gráfico 15. Identificou-se em

Caraguatatuba e Ubatuba a presença de núcleos familiares sem nenhum tipo de renda (2%), onde os recursos financeiros são oriundos de auxílio de redes de apoio (familiares, amigos e conhecidos).

**Gráfico 15 – Renda familiar mensurada em salário mínimo**

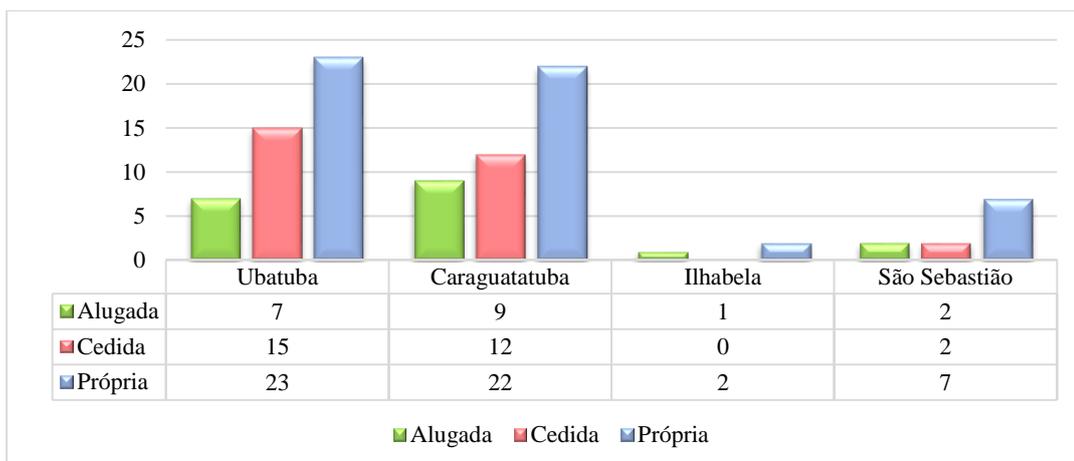
Fonte: Autoria própria



Fonte: Autoria própria

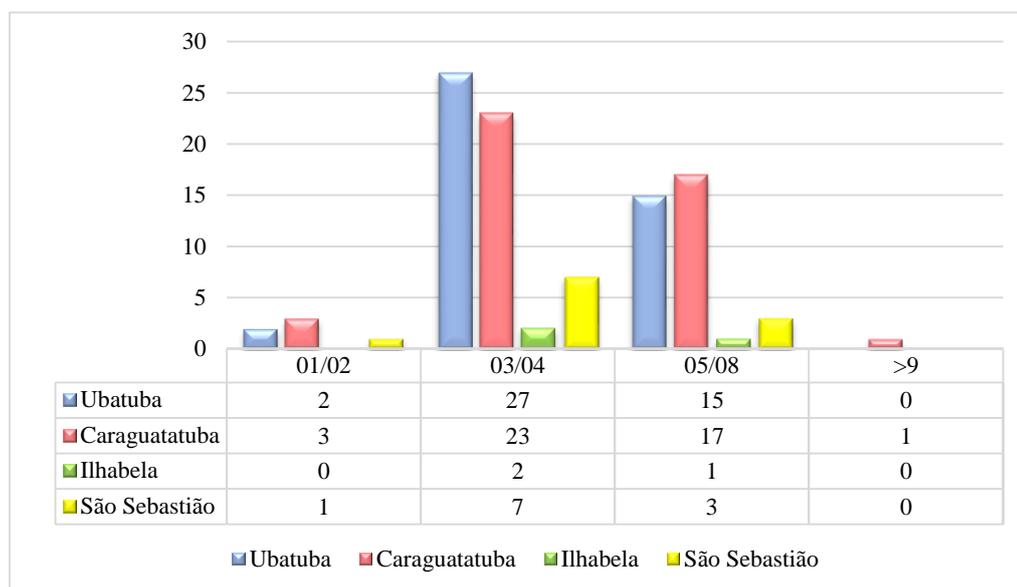
#### 9.9.6 Condições de habitação

O tipo de moradia “Própria” foi a mais autodeclarada nos municípios do LN, respondendo por 51,4% (n=54), seguida de 27,6 % (n=29) de moradias “Cedidas” (n=28%) e 18% (n=19) de moradia “Alugada”, conforme gráfico 16. As residências que foram cedidas para as famílias foram cedidas por familiares e patrões.

**Gráfico 16 – Tipo de Moradia**

Fonte: Autoria própria

O estudo revelou que 56,1% (n=59) dos pacientes moram em residências com três a quatro moradores, conforme gráfico 17.

**Gráfico 17 – N° de pessoas por residência.**

Fonte: Autoria própria

#### 9.9.7 SUS e saúde suplementar

No consolidado dos quatro municípios, 96% (n=101) dos pacientes fazem uso exclusivo do SUS, 3% (n=3) possuem convênio médico e 1%(n=1) faz uso do SUS, porém contrata serviço particular de fonoaudiologia.

### 9.10 MEDIDAS ADOTADAS PELO HRAC DURANTE O PERÍODO PANDÊMICO

Considerando todas as publicações realizadas pelo HRAC desde o início da pandemia, em março de 2020 até julho de 2022, foram emitidas 45 publicações, sendo 28 comunicados da superintendência (63%), 2 notas técnicas (4%), 1 documento norteador (2%), 11 comunicados da CCIH (24%) e 3 comunicados da assessoria de imprensa (7%), totalizando 22 publicações em 2020 (49%), 17 em 2021 (38%) e 6 até julho de 2022 (13%).

Em relação às medidas adotadas pelo HRAC durante a pandemia, disponibilizou-se, por ordem cronológica, um quadro com os responsáveis pelo informe, os objetivos e as providências adotadas (Quadro 4):

**Quadro 4** – Informes e comunicados do HRAC durante a pandemia de COVID-19

<b>Tipo de Documento</b>	<b>Data</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Providências</b>
Norma Técnica	11/03/2020	Adequar as normas preexistentes de prevenção e controle da doença no HRAC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precauções Padrão para todos os profissionais durante a assistência aos pacientes em todas as ocasiões.</li> <li>• Providências frente a caso suspeito e caso provável.</li> <li>• Divulgação de fluxograma de sintomas respiratórios.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	14/03/2020	Reduzir a transmissão do Coronavírus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspensão de todas as aulas, de acordo com o Decreto Estadual nº 64.862.</li> <li>• Suspensão de qualquer atendimento clínico por estudantes.</li> <li>• Suspensão de atividades de pesquisa clínica.</li> <li>• Reagendar oportunamente as cirurgias eletivas já agendadas, assim como os atendimentos ambulatoriais.</li> <li>• Mantido expediente interno para profissionais de saúde e equipe técnico-administrativo.</li> <li>• Internação hospitalar para anomalias craniofaciais serão realizadas por servidores docentes e técnicos administrativos.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	16/03/2020	Adequar os serviços mediante a consideração às circunstâncias globais de saúde pública.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspensão de todas as visitas técnicas e visitas internacionais agendadas para os meses de março e abril de 2020.</li> </ul>
Norma Técnica CCIH	17/03/2020	Dar suporte técnico ao HRAC para a garantia de segurança do paciente e dos profissionais, por parte do CCIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas de controle de infecção</li> <li>• Orientações e obrigatoriedade de uso de EPI's</li> <li>• Manejo de pacientes com suspeita de COVID-19</li> </ul>

## Resultados

Comunicado da Superintendência do HRAC	18/03/2020	Orientar sobre a suspensão de cirurgias eletivas e Orientações sobre a COVID-19 à comunidade HRAC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspensão das cirurgias eletivas agendadas até 30/04/2020, assim como atendimentos ambulatoriais.</li> <li>• Anomalias craniofaciais que necessitem de internações serão atendidas.</li> <li>• Solicitação do Pró-reitoria da graduação (PRG), Pró-reitoria da pós graduação (PRPG) e Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária (PRCEU) para que as disciplinas migrem do formato presencial para o formato não presencial.</li> <li>• Médicos e enfermeiros residentes mantém a prática profissionalizante.</li> <li>• Adoção do regime de revezamento ou escalonamento para os servidores do HRAC.</li> </ul>
Anexo do documento de 18/03/2020	18/03/2020	Divulgar as novas diretrizes, tendo em vista as decisões da Reitoria e os Decretos de números 64.862/20 e 64.864/20, que dispõem sobre a adoção de medidas temporárias e emergenciais contra o contágio da Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revezamento de pessoal</li> <li>• Enquadramento de atividades em domicílio</li> <li>• Servidores com mais de 60 anos, servidores com doenças respiratórias, servidores com filhos até 10 anos, servidora gestante, servidores que retornaram de viagem ao exterior, servidores com sintomas de COVID-19, servidores com COVID-19, servidores que residam com pessoas com COVID-19 OU com suspeita de COVID-19</li> <li>• Tratamento da frequência dos servidores</li> <li>• Antecipação de repatriação de alunos estrangeiros</li> <li>• Adiamento de realização de concursos públicos</li> <li>• Fechamento de centros esportivos</li> <li>• Eleições de dirigentes através de votação eletrônica.</li> <li>• Reuniões devem ser realizadas on line.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	27/03/2020	Considerar a retaguarda pediátrica não COVID 19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição da Unidade I do HRAC como uma importante base de ajuda na retaguarda pediátrica não COVID-19.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	01/04/2020	Reiterar a disponibilidade do HRAC para retaguarda pediátrica não-Covid-19, conforme a necessidade do Hospital Estadual de Bauru (HEB) e seguindo direcionamentos do Departamento Regional	

## Resultados

		de Saúde (DRS-6), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e do Ministério da Saúde.	
Comunicado do CCIH	05/05/2020	Estabelecer uso de máscara e distanciamento social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A CCIH seguindo as orientações do Ministério da Saúde e o decreto Municipal n. 14712, determina que todos os funcionários façam uso de máscara facial, mantenham distanciamento entre as pessoas de 1,5 m. quando possível e mantenham a higienização das mãos.</li> <li>• Os funcionários que prestam atendimento ao paciente ou tenham contato com os mesmos devem usar máscara cirúrgica, os demais técnicos administrativos poderão usar máscara artesanal.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	21/05/2020	Anunciar que o novo Hospital das Clínicas de Bauru, instalado no prédio do Centrinho, vai ser uma extensão do Hospital Estadual, mas vai atender somente pacientes com coronavírus de baixa e média complexidade. Anúncio realizado pela diretoria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião definiu detalhes da abertura que representará ampliação do número de leitos no município de Bauru.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	07/07/2020	Divulgar o “Protocolo e recomendações para servidores(as) do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC) durante a pandemia de COVID-19”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sempre que for considerado um caso suspeito pelo profissional da área médica competente, o(a) servidor(a) será submetido(a) ao teste por RT-PCR para investigação do diagnóstico de COVID-19 no Laboratório de farmacologia da Faculdade de Odontologia de Bauru. Os servidores cujas amostras estão sendo analisadas para COVID-19 no Laboratório de Farmacologia da FOB-USP serão comunicados individualmente do resultado COVID-19.</li> <li>• Manejo do servidor sintomático, assintomático, contato de exposição, prazos de isolamento e categorias de risco de exposição.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	18/07/2020	Divulgar a previsão de retorno de atividades de pesquisa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O retorno presencial e parcial de atividades de pesquisa nas dependências do HRAC está previsto para a segunda quinzena de agosto (segundo determinação da reitoria da USP) e será autorizado pela superintendência do HRAC.</li> </ul>

## Resultados

Comunicação interna do CCIH	30/07/2020	Divulgar o protocolo para o uso de máscaras, seguindo recomendações do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para todos os servidores do HRAC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diretrizes para o uso de máscaras N95, PFF2 ou equivalentes.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	05/08/2020	Divulgar os resultados do projeto piloto iniciado em junho para testagens para COVID 19 (RT-PCR) para profissionais, pacientes e acompanhantes do HRAC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforme já divulgado, iniciamos em junho um projeto-piloto de testagem para COVID-19 de profissionais e pacientes/acompanhantes do HRAC. Nessa primeira fase de testagem, foram analisadas amostras de 339 servidores – incluindo profissionais de saúde e administrativos em atividades presenciais no Hospital – e também de 79 pacientes e/ou acompanhantes. Desse total, apenas quatro servidores apresentaram resultado positivo e foram encaminhados para o protocolo de quarentena em suas residências.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	11/09/2020	Enfatizar as obrigatoriedades impostas pelo Decreto nº 64.959 sobre o uso de máscaras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressaltando a importância e obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção facial. O decreto destaca o uso obrigatório tanto em espaços abertos, como no interior de estabelecimentos que realizam atividades essenciais e em repartições públicas estaduais (como a USP), pela população, por agentes públicos, prestadores de serviço e particulares.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	23/09/2020	Manter o ambiente de trabalho livre da COVID-19 e assim preservar a saúde de toda a equipe e usuários, através da divulgação da segunda fase de testagem de RT-PCR.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informamos que a segunda fase de testagem de todos os servidores e residentes do HRAC será realizada no mês de outubro.</li> <li>• A coleta ocorrerá somente nos dias 14, 15 e 16/10/2020, em esquema de drive thru.</li> </ul>
Comunicação interna do CCIH	30/09/2020	Normatizar medidas protetivas em relação a disseminação de micro-organismos em ambiente hospitalar e a utilização dos sistemas de climatização do ar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção da operacionalização dos sistemas de exaustão de ar.</li> <li>• Ressaltar sempre o distanciamento social e uso de máscaras faciais.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	05/10/2020	Divulgação segunda fase da coleta de RT-PCR aos servidores do HRAC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitamos a todos os servidores e residentes dos Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais que se organizem para a realização da coleta conforme o cronograma.</li> </ul>

## Resultados

Comunicado da Superintendência do HRAC	06/10/2020	Comunicar o aumento progressivo dos atendimentos agendados no HRAC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerando a crescente necessidade de atendimento e assistência aos nossos pacientes, anunciamos o aumento progressivo das agendas de atendimento, para 30% em novembro, 40% em dezembro, 50% em janeiro, 75% em fevereiro e 100% em março de 2021.</li> </ul>
Comunicação interna do CCIH	19/10/2020	Dar suporte técnico ao HRAC para a garantia de segurança do paciente e dos profissionais, por parte do CCIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendações de proteção aos profissionais do HRAC quanto à COVID-19 e outras síndromes gripais.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	06/11/2020	Atualizar os servidores sobre os números e resultados de testagem. Informar que não serão mais realizadas retestagens a pedido do servidor, somente mediante avaliação médica da saúde suplementar (convênio médico do servidor).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como parte da estratégia preventiva para proteção e segurança da equipe e dos usuários do HRAC, a testagem para covid-19 por meio de RT-PCR no Hospital tem priorizado a avaliação em massa realizada por meio de mutirões, em um modelo em que os servidores já foram testados pelo menos duas vezes.</li> <li>Para maior segurança, também estão sendo testados os pacientes cirúrgicos e os de transferência hospitalar.</li> <li>Os números mostram que, mesmo após o retorno de 25% das agendas de cirurgias eletivas e atendimentos ambulatoriais há dois meses, os casos positivos permanecem em quantidade muito reduzida (menos de 1%), o que evidencia a importância dos protocolos adotados e os cuidados de todos.</li> <li>Ao todo, desde 15 de junho (quando teve início a testagem na comunidade do HRAC) até o momento, 2.215 amostras já foram analisadas, considerando testes e retestes, dentre as quais 13 (0,59%) testaram positivo para COVID-19. Desse total de amostras, 1.446 foram de servidores (sendo 9 positivos, 0,62%), 159 de residentes e alunos (nenhum positivo) e 610 de pacientes (4 positivos, 0,66%).</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	13/01/2021	Divulgar as condutas em caso de COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conforme amplamente já divulgado, reforçamos a todos que não compareçam ao trabalho em caso de sintomas de COVID-19. Se apresentar algum sintoma, informe a chefia imediata e procure o serviço de saúde.</li> </ul>

## Resultados

Comunicado da Superintendência do HRAC	21/01/2021	Orientar os servidores do HRAC sobre os trâmites da aplicação da vacina da COVID-19, inclusive os grupos prioritários a serem vacinados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os profissionais do HRAC serão vacinados seguindo uma escala de prioridade de acordo com a Seção em que o funcionário trabalha, conforme orientação da Vigilância Sanitária. As doses da vacina virão nominais da Secretaria Municipal de Saúde, não sendo possível vacinar o profissional que naquele momento não estiver com seu nome na lista.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	27/01/2021	Esclarecer os servidores sobre o início da vacinação contra a COVID-19 na USP-Bauru.	<p>Cabe esclarecer que, nesse processo inicial de vacinação, a Divisão de Vigilância Epidemiológica de Bauru solicitou ao HRAC as seguintes ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Relação de todos os servidores do HRAC-USP registrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), independentemente da área de atuação. Foram incluídos todos os servidores ativos no Hospital;</li> <li>Relação dos servidores da área da saúde contemplados nessa primeira fase de vacinação, conforme os seguintes critérios estabelecidos junto à Vigilância Epidemiológica: a) Equipe envolvida na testagem para diagnóstico molecular da covid-19 (que conta com profissionais da FOB-USP e do HRAC); b) Profissionais de saúde que trabalham na UTI, Unidade de Cuidados Especiais (UCE), Centro Cirúrgico e Laboratório de Análises Clínicas; c) Profissionais de saúde das áreas de Enfermagem, Odontologia e Medicina com idade acima de 60 anos.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	27/01/2021	Comunicar que, diante dos indicadores de saúde, os atendimentos do HRAC se manterão nos 50% nos próximos sessenta dias, não sendo possível estender os atendimentos a 75 e 100%, respectivamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A partir do acompanhamento constante dos indicadores de saúde, e diante da evolução da pandemia de COVID-19 no Brasil, no Estado de São Paulo e na região de Bauru, comunicamos que os atendimentos ambulatoriais no HRAC serão mantidos em 50% também nos meses de fevereiro e março de 2021.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	05/02/2021	Comunicar que Terceira etapa de vacinação no HRAC contemplará todos os servidores e também terceirizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A vacinação será realizada nesta terça-feira, dia 09/02/2021, das 8h às 12h, no quiosque do jardim interno do Hospital. Assim como nas duas etapas iniciais, a relação dos servidores imunizados será divulgada após a vacinação dos mesmos.</li> </ul>

## Resultados

Comunicado da Superintendência do HRAC	06/02/2021	Comunicar que Pós-doutorandos e alunos de pós-graduação e de extensão já podem fazer agendamento para vacinação da COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informamos, porém, que os demais profissionais da saúde do HRAC que não são servidores – Pós-doutorandos, alunos de pós-graduação (mestrado e doutorado) e alunos de extensão em todas as suas modalidades (residências médicas e multiprofissionais, especializações, práticas profissionalizantes e atualização) – já podem se cadastrar no site da Prefeitura de Bauru e agendar sua vacinação na rede pública de saúde da cidade, preenchendo “Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC)” no campo “Nome do estabelecimento onde trabalha”.</li> </ul>
Assessoria de Imprensa do HRAC	08/02/2021	Divulgar o esquema de vacinação de fevereiro de 2021.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pormenores sobre servidores inaptos a receberem a vacina, de acordo com Ministério da Saúde (transplantados, pacientes oncológicos, imunossuprimidos, com sintomas de COVID-19, servidores que contraíram COVID-19 há menos de 30 dias).</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	10/02/2021	Convocar os profissionais vacinados em 22/01 para a segunda dose a realizar-se em 12/02/2021.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocamos os profissionais vacinados em 22/01/2021 (HRAC e FOB) para receberem a segunda dose da vacina contra a covid-19 nesta sexta-feira, 12/02/2021, das 8h às 11h, no quiosque do jardim interno do HRAC.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	11/03/2021	Comunicar o retorno presencial de todos os servidores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O retorno presencial dos servidores deverá ocorrer até o dia 21/03/2021, impreterivelmente, após essa data não será possível a chefia autorizar o trabalho em domicílio dos servidores.</li> </ul>
Comunicação interna do CCIH	10/05/2021	Orientar os profissionais sobre a observância dos protocolos de biossegurança.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assim sendo, orientamos que o profissional deve seguir o protocolo de biossegurança do seu setor para os atendimentos a pacientes mantendo o uso de máscaras nos diferentes ambientes hospitalares.</li> </ul>
Assessoria de Imprensa HRAC/Centrinho-USP	31/05/2021	Divulgar o “Protocolo para prevenção e vigilância das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo”, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HRAC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhamento do documento para conhecimento de todos.</li> </ul>

## Resultados

Comunicado da Superintendência do HRAC	11/06/2021	Comunicar sobre a testagem para retorno às atividades após afastamento por COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir de 11/06/2021, todo servidor que for diagnosticado com COVID-19 deverá apresentar atestado médico de afastamento das atividades e o resultado do teste comprobatório assim que possível.</li> <li>• A chefia encaminhará os dois documentos à Superintendência, que entrará em contato com o servidor um dia antes do retorno previsto às atividades, informando a data e horário em que deverá comparecer à Unidade II do HRAC, em esquema de drive thru, para coleta da amostra para o teste RT-PCR, o qual será realizado pelo Laboratório de Farmacologia da FOB-USP.</li> <li>• Caso o resultado seja negativo, a chefia será comunicada que o servidor estará apto a retornar às atividades no HRAC.</li> </ul>
Comunicação interna do CCIH	14/06/2021	Notificar os eventuais casos de COVID-19 pós-vacinação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HRAC reforça que todo servidor que eventualmente seja diagnosticado com COVID-19 pós-vacinação (que já tenha recebido as duas doses) deverá se apresentar na sala da CCIH quando retornar as atividades para preenchimento de ficha de notificação de evento adverso pós-vacinação.</li> </ul>
Comunicação interna do CCIH	21/06/2021	Solicitar a relação nominal de servidores com COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HRAC solicita a todas as chefias que enviem a relação com o nome e setor dos servidores que eventualmente tenham sido diagnosticados com COVID-19 pós-vacinação (que já tenham recebido as duas doses).</li> </ul>
Comunicação interna do CCIH	21/07/2021	Reforçar orientações de prevenção e vigilância das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O Servidor que desenvolver sintomas gripais, como tosse, coriza, cefaleia, febre, dor de garganta, mialgia ou falta de ar, não poderá vir ao HRAC. Deverá procurar atendimento médico público ou privado que definirá a prescrição farmacológica e demais exames necessários.</li> <li>• Deverá apresentar atestado médico que comprove o tempo de afastamento e comunicar o superior imediato o mais rápido possível.</li> </ul>

## Resultados

Comunicado da Superintendência do HRAC	14/08/2021	Divulgar o estabelecimento de prazo, de acordo com Portaria Estadual, para docentes e servidores iniciarem o processo de imunização.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A Portaria GR 7670 (publicada em 13/08/2021 no Diário Oficial do Estado (DOE) estabelece o prazo de até sete dias úteis para que docentes e servidores técnicos e administrativos que ainda não se vacinaram por escolha pessoal iniciem o processo de imunização.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	02/12/2021	Orientar as chefias sobre a inapropriação das realizações de eventos sociais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforçamos a todos que não é permitido realizar comemorações de caráter estritamente particular nas dependências do Hospital (como chá de fralda, chá de bebê, chá de cozinha etc.). Esse tipo de festividade particular é inapropriado no ambiente de trabalho.</li> </ul>
Comunicação interna do CCIH	06/01/2022	Encaminhar para amplo conhecimento a Comunicação Interna da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) com orientações sobre prevenção e vigilância das infecções por SARS-CoV-2 no HRAC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenção e vigilância das infecções por SARS-CoV-2 através do conhecimento da “Comunicação Interna da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)”.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	10/01/2022	Solicitar que as chefias mantenham a Superintendência informada sobre os servidores sintomáticos e os assintomáticos com contato domiciliar confirmado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informação atualizada da situação de saúde dos servidores do HRAC.</li> </ul>
Comunicação Interna do CCIH	06/06/2022	Disseminar recomendações de proteção aos profissionais do HRAC quanto a COVID-19, Influenza e Dengue.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendações relacionadas ao uso de EPI's e orientações relacionadas ao desenvolvimento de sintomas gripais nos profissionais do HRAC.</li> </ul>
Comunicado da Superintendência do HRAC	06/06/2022	Orientar os profissionais do HRAC sobre o anúncio do Governo do Estado de São Paulo em relação a 4ª dose da vacina da COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciamos contato com a Diretoria do Departamento de Saúde Coletiva de Bauru com o intuito de disponibilizar a aplicação das doses no próprio HRAC (como nas vezes anteriores), aos trabalhadores e estudantes que atuam na instituição, através de envio de e-mail institucional até dia 09/06/2022 as 12h.</li> </ul>
Superintendência do HRAC	06/06/2022	Orientar os alunos e trabalhadores da USP Bauru sobre o anúncio do Governo do Estado de São Paulo em relação a 4ª dose da vacina da COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciamos contato com a Diretoria do Departamento de Saúde Coletiva de Bauru com o intuito de disponibilizar a aplicação das doses no próprio HRAC (como nas vezes anteriores), aos trabalhadores e estudantes que atuam na instituição, através de</li> </ul>

## Resultados

			envio de e-mail institucional até dia 09/06/2022 as 12h.
Assessoria de Imprensa HRAC/Centrinho-USP	04/07/2022	Divulgar o nº de vacinas realizadas nos alunos e colaboradores do HRAC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No total, no período de 29/06 a 01/07/2022, foram aplicadas 831 doses em servidores do HRAC, FOB, PUSP-B (Prefeitura Campus Bauru), CSCRH (Centro de Serviços Compartilhados em RH de São Paulo), UBAS (Unidade básica de assistência à saúde), e SESMT (Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho); colaboradores terceirizados do Hospital e da Faculdade; e alunos do HRAC e da FOB.</li> </ul>

Fonte: Assessoria de Imprensa HRAC/Centrinho-USP.

### 9.11 HRAC – TRÊS MOMENTOS NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES DO LN

Através da análise de dados do HRAC, realizou-se o levantamento dos atendimentos do pacientes residentes no LN considerando três momentos: o ano de 2019, onde não havia nenhum tipo de restrição aos atendimentos, portanto considerado o momento pré pandêmico; 2020, quando a pandemia foi declarada pela OMS e houve uma série de medidas governamentais e de autoridades em saúde pública para restringir a disseminação do vírus, portanto momento pandêmico; e os anos 2021 e 2022 (os dados do ano de 2022 são parciais: até 18 de outubro de 2022), quando ações de flexibilização dos serviços foram implantadas, ou seja, momento de recuperação dos prejuízos relacionados às demandas reprimidas por conta da pandemia da COVID-19, portanto, momento da retomada gradual dos serviços.

Conforme dados apresentados na tabela 18, verifica-se que em Ilhabela o número de procedimentos agendados diminuiu de 13, em 2019, para 1 em 2020, essa notável variação de 92,3% indica flutuações na demanda por conta da instabilidade dinâmica relacionada a pandemia da COVID-19, não diferente dos achados em Caraguatatuba, onde o número de procedimentos agendados em 2019 foi de 97, e em 2020 foram agendados 20 procedimentos, e nos anos subsequentes observa-se a retomada gradual dos agendamentos.

Em São Sebastião o número de procedimentos agendados aumentou de 62 em 2019 para 79 em 2021, exemplificando a retomada dos agendamentos, e verificou-se também a diminuição para 39 procedimentos agendados em 2020 (início da pandemia).

Em Ubatuba houve um aumento considerável no número de procedimentos agendados, de 90 em 2019 para 133 em 2021, com uma diminuição para 55 em 2020 e um aumento para 62 em 2022.

No geral, quando consideramos todos os municípios, o número total de procedimentos agendados aumentou de 262 em 2019 para 322 em 2021, um aumento de 18,6%. Essas mudanças sugerem variações na demanda por procedimentos ao longo dos anos avaliados na pesquisa, por conta da pandemia da COVID-19 e claramente se permite a análise do período pré pandemia, período pandêmico e período de retomada gradual das atividades.

Na tabela 18 apresenta-se a análise de série histórica dos procedimentos gerais agendados no HRAC, referentes aos municípios da pesquisa.

**Tabela 18** – Série histórica de procedimentos gerais agendados

<b>Município</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Ilhabela	13	1	5	3
Caraguatatuba	97	20	105	58
São Sebastião	62	39	79	40
Ubatuba	90	55	133	62
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>115</b>	<b>322</b>	<b>163</b>

Fonte: Autoria própria

De acordo com a tabela 19, o município de Ilhabela tinha um total de 13 procedimentos agendados, dos quais 10 foram executados (77%), contabilizou-se 2 faltas (15,3%) e 1 cancelamento (7,7%). Em Caraguatatuba, foram agendados 97 procedimentos, sendo que 70 deles foram executados (72%), 7 faltas (7%) e 20 cancelamentos (21%). No município de São Sebastião, foram agendados 62 procedimentos, dos quais 46 foram executados (74%), 3 faltas (5%) e 13 cancelamentos (21%). Ubatuba teve um total de 90 procedimentos agendados, com 61 deles executados (68%), foram registradas 17 faltas (19%) e 12 cancelamentos (13%).

No total, considerando todos os municípios, foram agendados 262 procedimentos, dos quais 187 foram executados (71,3%), um consolidado de 29 faltas (11,2%) e 46 cancelamentos (17,5%).

Com base nessas informações, observa-se que a porcentagem de procedimentos executados apresenta variação entre os municípios, sendo que Ilhabela teve a maior taxa de execução (77% n=10) e Ubatuba teve a menor taxa (68% n=61). Além disso, o quantitativo de faltas também variou, com Ilhabela apresentando a menor taxa (15,3% n=2) e Ubatuba apresentando a maior taxa (19% n=17). Os cancelamentos também variaram, com

Caraguatatuba registrando a maior porcentagem (21% n=20) e Ilhabela registrando a menor porcentagem (7,7% n=1), conforme exposto na tabela 19.

**Tabela 19** – Procedimentos Agendados, Executados, Faltas e Cancelamentos – 2019

<b>Município</b>	<b>Agendados</b>	<b>Executados</b>	<b>Faltas</b>	<b>Cancelamentos</b>
Ilhabela	13	10(77%)	2 (15,3%)	1(7,7%)
Caraguatatuba	97	70(72%)	7 (7%)	20(21%)
São Sebastião	62	46(74%)	3 (5%)	13(21%)
Ubatuba	90	61(68%)	17(19%)	12(13%)
<b>Total</b>	<b>262(100%)</b>	<b>187(71,3%)</b>	<b>29(11,2%)</b>	<b>46(17,5%)</b>

Fonte: Autoria própria

A tabela 20 exibe, em 2020, o quantitativo de agendamentos de procedimentos e execução dos mesmos, faltas e cancelamentos. O município de Ubatuba apresentou 63,6% (n=35) de procedimentos cancelados. O município com maior percentual de faltas foi Caraguatatuba, com 25% (n=5). No consolidado geral, dos 115 procedimentos agendados para os quatro municípios do LN, 46,9% (n=54) foram cancelados.

**Tabela 20** – Série Histórica de Procedimentos Agendados, Executados, Faltas e Cancelamentos 2020

<b>Município</b>	<b>Agendados</b>	<b>Executados</b>	<b>Faltas</b>	<b>Cancelamentos</b>
Ilhabela	1	1(100%)	-	-
Caraguatatuba	20	12(60%)	5(25%)	3(15%)
São Sebastião	39	18(46%)	5(13%)	16(41%)
Ubatuba	55	18(33%)	2(4%)	35(63%)
<b>Total</b>	<b>115(100%)</b>	<b>49(43%)</b>	<b>12(10%)</b>	<b>54(47%)</b>

Fonte: Autoria própria

A retomada gradual e flexibilização dos serviços iniciou a sua efetivação no ano de 2020. De acordo com a tabela 21, 322 procedimentos foram agendados pelo HRAC para os municípios do LN, um número 23% superior ao mesmo período de 2019, dos quais 27%(n=28) foram cancelados. Ubatuba teve 30% (n=40) dos seus agendamentos cancelados.

**Tabela 21** – Série Histórica de Procedimentos Agendados, Executados, Faltas e Cancelamentos 2021

<b>Município</b>	<b>Agendados</b>	<b>Executados</b>	<b>Faltas</b>	<b>Cancelamentos</b>
Ilhabela	5	5(100%)	-	-
Caraguatatuba	105	74(70%)	3(3%)	28(27%)
São Sebastião	79	50(63%)	11(14%)	18(23%)
Ubatuba	133	80(60%)	13(10%)	40(30%)
<b>Total</b>	<b>322(100%)</b>	<b>209(65%)</b>	<b>27(8%)</b>	<b>86(27%)</b>

Fonte: Autoria própria

Os achados parciais referentes ao ano de 2022 indicam que a execução dos procedimentos agendados segue em ascensão em relação aos anos anteriores, conforme exposto na tabela 22. Em síntese, foram executados 187 procedimentos durante o ano inteiro de 2019 (tabela 19), em 2022 foram executados 209 procedimentos até a data de 18 de outubro de 2022, ou seja, 22 procedimentos a mais, representando aumento de 11.76% na execução de procedimentos, considerando os dados parciais, ou seja, esse quantitativo esteve sujeito à ascensão até o término do ano de 2022.

**Tabela 22** – Série Histórica de Procedimentos Agendados, Executados, Faltas e Cancelamentos – janeiro a 18 de outubro de 2022

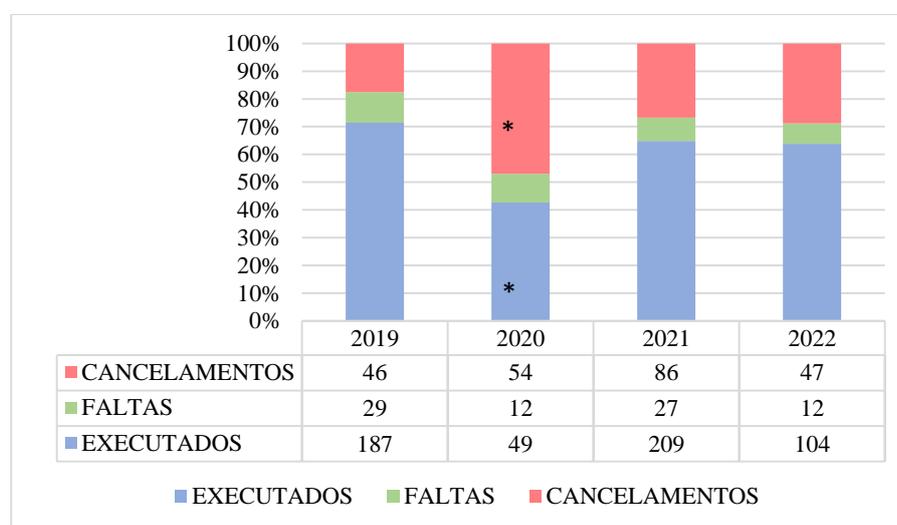
Município	Agendados	Executados	Faltas	Cancelamentos
Ilhabela	3	3	-	-
Caraguatatuba	58	35(60,3%)	1(1,7%)	22(38%)
São Sebastião	40	25(62,5%)	7(17,5%)	8(20%)
Ubatuba	62	41(66%)	4(7%)	17(27%)
<b>Total</b>	<b>163(100%)</b>	<b>104(64%)</b>	<b>12(28%)</b>	<b>47(7%)</b>

Fonte: Autoria própria

## 9.12 INVESTIGAÇÃO SOBRE IMPACTOS NO TRATAMENTO AMBULATORIAL E CIRÚRGICO DOS PACIENTES RESIDENTES NO LN EM TRATAMENTO NO HRAC

Para a análise estatística inferencial foi usado o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) (MacDonald; Gardner, 2000) que demonstrou diferença estatisticamente significativa na comparação entre os anos de 2019 e 2020, conforme gráfico 18 ( $p>0,001$ ).

**Gráfico 18** – Consolidado dos Cancelamentos, Faltas e Executados



\* $P<0,001$  em comparação com o ano de 2019.

Fonte: Autoria própria

**Quadro 5 – Valores de Qui-Quadrado**

<b>Teste Qui-Quadrado</b>	
<b>Informações</b>	<b>Valores</b>
Estatística $X^2$	38,3208472
Graus de Liberdade	6
P-Valor	< 0,001

Fonte: Autoria própria

## 10 DISCUSSÃO

### 10.1 PERFIL DOS PACIENTES DO LITORAL NORTE EM TRATAMENTO NO HRAC

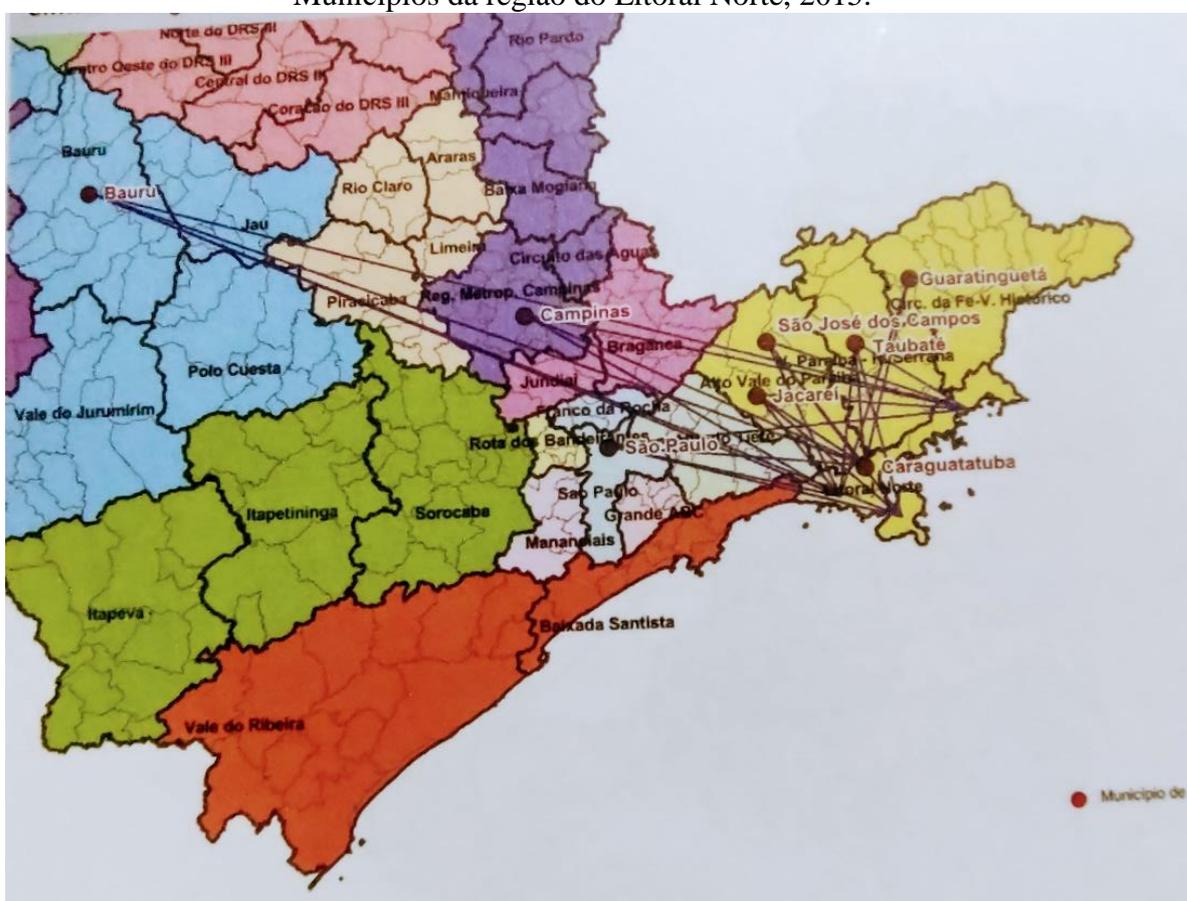
O município de Ubatuba apresentou o maior percentual de pacientes em tratamento no HRAC: 44% (n=46), na sequência Caraguatatuba com 43% (n=45), São Sebastião 10% (n=11) e Ilhabela com 3%. O município de São Sebastião expressou a maior média de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais (5,9 procedimentos por paciente). Constatou-se que até a data de 22 de maio de 2022, 429 cirurgias e procedimentos ambulatoriais foram realizados nos pacientes do LN. É importante discutir a situação dos municípios em estudo em relação à dependência de outros municípios para a oferta de serviços de saúde. Os municípios que compõem o Litoral Norte de São Paulo apresentam Índice de Dependência Regional (IDR) em 20%, ou seja, o percentual de evasões do território em busca de integralidade em saúde, onde o município redireciona o olhar para o grau de suficiência de cada região. Guerra (2015) observa que, no Estado de São Paulo, 71% dos municípios apresentavam valores de IDR inferiores a 20% em 2015 e valores de IDR maiores para internação de clínica cirúrgica.

Quanto ao Índice de Dependência Regional Hospitalar (IDRH), Mourão e Iozzi (2020) explicam que Bauru se sobressai especialmente nos setores de educação e saúde, pois concentra referências hospitalares importantíssimas, destacando-se o HRAC/Centrinho da USP e o Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL). Portanto, a referência para o acesso de casos novos de fissura labiopalatina congênita e/ou anomalias craniofaciais congênitas e síndromes associadas a essas malformações é o HRAC para os municípios do Litoral Norte de São Paulo, mas esse acesso não é realizado diretamente no HRAC, sendo realizado pela SES ou pelos DRS por meio do sistema CROSS. A recomendação do HRAC é que o familiar/paciente busque uma ESF, UBS ou AMA munido de documentações específicas e essas portas de entrada encaminharão a documentação para a respectiva Secretaria Municipal de Saúde, que remeterá ao DRS ao qual o Município é integrante. Nesse caso, a DRS XVII solicitará a vaga ao DRS VI – Bauru - na especialidade “Cirurgia Plástica – Fenda Labiopalatina” e “Anomalias Craniofaciais e Síndromes Associadas”. Inserido neste contexto, é de grande relevância ressaltar o papel enfatizado da APS na ordenação dos serviços de saúde. O HRAC, com oferta de serviços de alta complexidade e especificidade enfatiza a necessidade de envolver a ESF, UBS ou AMA no acesso aos serviços de média e alta complexidade. A esse respeito, Júnior e Jorge (2022) enfatizam que “Um sistema de saúde orientado na APS representa garantia de

qualidade na atenção prestada em todas as áreas de cuidado e o desenvolvimento dos atributos interfere diretamente no êxito das ações e na qualidade de vida dos usuários”.

Ainda em relação à dependência de outros municípios para a assistência integral e universal aos serviços de saúde aos moradores do Litoral Norte, Mourão e Iozzi (2020) apontam que 95% de internações de alta complexidade, em 2015, foram realizadas em outros municípios. O IDM para internações de alta complexidade é de 99%, conforme a figura 3, onde encontram-se os Fluxos de Internações de Clínica Cirúrgica para o LN, e verifica-se que Bauru é referência para os municípios de LN, conforme figura 4.

**Figura 4** – Fluxos de Internações de Clínica Cirúrgica de Alta Complexidade. Municípios da região do Litoral Norte, 2015.



Fonte: SIH/SUS - DATASUS

Os tipos de fissuras mais frequentes nos quatro municípios do LN foram as Fissuras Pré-Forame Incompleta e Fissura Transforame Esquerda. Nos estudos de Soares et al (2021), na avaliação de 100 indivíduos atendidos em serviço de referência, o tipo de fissura mais prevalente foi a Transforame. Cabe pontuar os achados de Andrade et al (2021), onde observam que, de 2015 a 2019, São Paulo concentrou o maior número de nascimentos de

crianças com FLP, sendo a união federativa com maior ocorrência, com 1905 casos. Em contrapartida, o estado do Acre apresentou a menor frequência total, sendo representado por apenas 38 casos nesse período.

Considera-se notório o fato de que 35% dos pacientes chegaram ao HRAC para Consulta de Caso Novo com idades de 0 a 3 meses. A inserção precoce do paciente ao tratamento é um ganho considerável para o indivíduo com FLP e para a sua família. A cirurgia reparadora primária é a primeira etapa terapêutica do processo de reabilitação (Freitas et al, 2012). Segundo Mossey et al (2011), a realização do tratamento cirúrgico primário é extremamente importante, podendo até ser considerado um indicador de acesso ao tratamento. As cirurgias primárias – queiloplastia e palatoplastia - são muito aguardadas pela família, pois elas apresentam resolutividade funcional e estética de grande relevância. Biazon e Peniche (2008) explicam que a queiloplastia e a palatoplastia são as primeiras cirurgias plásticas reparadoras realizadas, após seguem-se as etapas do longo e complexo tratamento das fissuras labiopalatinas. Constatou-se que em Caraguatatuba, 15,5% (n=7) dos pacientes só tiveram sua consulta de caso novo após os cinco anos de idade, sendo que 6,7% (n=3) já tinham mais de 18 anos, situação também identificada em São Sebastião, onde 18% (n=2) da amostra tiveram acesso a consulta de caso novo com idade superior a 18 anos, inclusive uma paciente chegou ao HRAC aos 19 anos, com Fissura Pós Forame Incompleta, sem nenhum tipo de intervenção cirúrgica ou terapêutica relacionada à sua condição. Cabe enfatizar a relevância indiscutível para os aspectos biopsicossociais, o acesso ao tratamento e acesso às cirurgias primárias em tempo oportuno.

Arelado a essas condições de acesso tardio ao tratamento específico, nota-se que o aumento na complexidade dos serviços e o baixo aporte financeiro dos municípios e dos pacientes tornam necessária a busca por soluções para que o acesso à saúde seja equânime. A classificação socioeconômica predominante no presente estudo foi a Baixa Superior. Inserido nesse contexto, o Brasil apresenta disparidades sociais de grande relevância. Os serviços de saúde específicos e especializados como os requeridos nas anomalias craniofaciais, muitas vezes são inacessíveis a todos os pacientes que necessitam desse tratamento e o início tardio do tratamento fica evidenciado em muitos estudos, assim como a relação com as condições sociais dos pacientes e das regiões onde os mesmos residem. Para Souza e Roncalli (2019), as razões de prevalência de atraso nas cirurgias primárias foram maiores em pacientes moradores de regiões com municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), taxa de

analfabetismo aos 15 anos, pobreza e desocupação aos 18 anos, rendas per capita baixas e considerável índice de Gini.

Os pacientes do LN com prontuário no HRAC dependem, em número expressivo, exclusivamente do SUS, com 96% (n=101) de dependência. Tão expressiva quanto está a dependência de transporte sanitário municipal, onde 71% dos pacientes dependem desse tipo de arranjo estratégico para ter acesso ao HRAC. Frente a esse grau de dependência, inversamente encontra-se a baixa taxa de pacientes em uso de benefícios de proteção social, onde esses subsídios sociais governamentais foram identificados em três municípios: Caraguatatuba, São Sebastião e Ubatuba, revelando que apenas 10,4% dos pacientes do presente estudo possuem TFD, BPC-LOAS ou Auxílio Brasil (Bolsa Família). Em relação a essa disparidade de informações, Carnellosi (2022) ressalta que os direitos sociais são conquistas provenientes da sociedade salarial. Porém, estamos diante de uma sociedade salarial em declínio, e “essa realidade nos coloca diante da urgência de repensarmos formas de acesso a direitos sociais desvinculados do mercado de trabalho”. As iniquidades sociais também foram consideravelmente afetadas frente à robotização da assistência social em tempos de pandemia, entendida como o acesso mediado por Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs). Loliola enriquece as colocações supracitadas ao sugerir a remodelação da prática profissional de assistência social, de maneira a garantir o direito ao acesso dos serviços, programas, projetos e benefícios destinados a população, principalmente frente a emergências de saúde pública, como a pandemia da COVID-19.

## 10.2 MEDIDAS DE SEGURANÇA ADOTADAS PELO HRAC

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020 (Magno et al, 2020), paciente do sexo masculino, de 61 anos, que retornou de viagem à Itália. Neste momento também se iniciaram as primeiras ações governamentais relacionadas à contenção da disseminação do vírus (BRASIL, 2020).

Em 5 de março de 2020 havia oito casos confirmados de COVID-19 no Brasil, número esse que aumentou vertiginosamente. O HRAC emitiu a primeira Nota Técnica no dia 11 de março de 2020 com objetivo de rápida adequação às normas já existentes de precauções padrão. Também houve a divulgação de fluxograma para pessoas com sintomas respiratórios, assim como providências relacionadas a casos suspeitos. Em 22 de março de 2020, o governador João Dória decretou “Quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia

de COVID-19 por meio do Decreto nº 64.881 de 22 de março de 2020 (SÃO PAULO, 2020). Pazin Filho et al (2021) pontuaram que os desafios inerentes aos serviços hospitalares eram complexos e muitas ações estavam relacionadas à adequação dos mesmos, entre as quais: estabelecimento de triagem e classificação de risco nos atendimentos ambulatoriais, gerenciamento de fluxos de pessoas, EPI's para profissionais e pacientes, transparência dos dados para prestação de contas à sociedade, elaboração e divulgação de protocolos institucionais e acompanhamento epidemiológico.

No mês de março de 2020 o HRAC emitiu sete comunicados aos colaboradores, sendo duas notas técnicas, sendo uma da CCIH, quatro comunicados das Superintendência, inclusive orientações sobre suspensão de cirurgias eletivas e atendimentos ambulatoriais até 30 de abril de 2020 e um documento norteador baseado nos Decretos nº 64.862/20, que “dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19, bem como sobre recomendações no setor privado estadual” (São Paulo, 2020) e nº 64.864/20, que dispõe sobre providências correlatas às medidas temporárias e emergenciais relacionadas à prevenção de contágio pelo COVID-19, entre as quais a contemplar servidores idosos, gestantes e portadores de doenças respiratórias crônicas, cardiopatias, diabetes, hipertensão ou outras afecções com potencial de deprimir o sistema imunológico, para que as suas atividades laborais fossem realizadas de maneira remota (SÃO PAULO, 2020).

Em relação às providências supracitadas e frente à pandemia da COVID-19 houve a necessidade mundial de reorganização dos serviços de saúde para que a assistência de média e alta complexidade pudesse responder às demandas impostas pela gravidade da doença. Soares e Passos (2022) apontaram a necessidade da adoção de medidas de contenção e mitigação do progresso exponencial da doença. A previsibilidade das implicações relacionadas à pandemia da COVID-19 foi considerada pela Superintendência do HRAC e, desde o dia 15 de março de 2020, antes do início da quarentena no Estado de São Paulo, decretada em 22 de março de 2022, foram suspensas as cirurgias eletivas no HRAC e também houve a suspensão dos serviços ambulatoriais. Contudo, equipes presenciais se mantiveram durante todo o tempo a postos e as urgências, transferências e atendimentos prioritários foram atendidos (USP, 2020). Machado et al (2021) sintetizam essas ações de enfrentamento da pandemia por Sars-Cov-2 como um produtor de implicações negativas ao dificultar o acesso aos serviços de saúde, com a suspensão de cirurgias eletivas, consultas ambulatoriais e tratamentos terapêuticos em geral em detrimento e priorização de situações de urgência e emergência, pois essa remodelação do acesso aos

cuidados de doenças crônicas potencializa as condições de morbimortalidade por doenças evitáveis e de tratamento com ações pragmáticas já estabelecidas. Em contrapartida, o CONASEMS (2020) considerou “necessária a reorganização dos fluxos e da carteira de serviços da unidade hospitalar como a suspensão de procedimentos eletivos, internações eletivas com finalidade diagnóstica ou cirúrgica”. Fortalecendo essa necessidade, autores afirmam que “a redução de atividades eletivas protege os pacientes da transmissão hospitalar do vírus e complicações pulmonares pós-operatórias associadas” (COVIDSURG COLLABORATIVE, 2020).

Em abril de 2020, o HRAC colocou-se à disposição do DRS 6 para retaguarda pediátrica não COVID-19. Medeiros (2020) reconheceu o papel dos hospitais universitários brasileiros como centros de formação e qualificação profissional, bem como de produção de conhecimento e ressaltou o papel significativo dessas instituições no enfrentamento da pandemia. Em concordância a essa colocação, outra potencialidade apontada por Gleriano et al (2020) nesse cenário pandêmico no Brasil, destaca-se a participação ativa das universidades públicas nas ações de enfrentamento da COVID-19, “que têm produzido conhecimento científico qualificado como resposta ágil, inovadora e pertinente aos desafios da pandemia”.

As fragilidades relacionadas à contingência de leitos hospitalares na pandemia da COVID-19 se fez presente no Brasil, necessitando de ajustes, dimensionamento de recursos humanos e regionalização da atenção hospitalar (Santos et al, 2021). As alternativas para o enfrentamento da COVID-19 foram discutidas por intermédio de articulações entre o governo federal e os governos estaduais a partir do final de janeiro de 2020 (Lana et al, 2020). Porém, coube aos gestores estaduais “desenhar soluções para o enfrentamento da pandemia, considerando as peculiaridades do seu território e seus contextos sócio-políticos e culturais” (SANTOS et al, 2021). Considerando a capacidade limitada da rede hospitalar para leitos de baixa, média e alta complexidade, houve a constituição de fluxo regulatório para casos graves e absorção de baixa e média complexidade em leitos de hospitais redimensionados, como no caso do HRAC, onde foram habilitados 40 leitos de enfermaria para atendimento de pacientes com COVID-19, de baixa e média complexidade, na unidade 2 do HRAC, sob a responsabilidade da SES-SP, sendo que a ativação desses leitos aconteceu a partir de 1º de julho de 2020 (USP, 2020).

A pandemia da COVID-19 expôs as desigualdades sociais em muitas interfaces. As pessoas portadoras de deficiências sempre enfrentaram desafios potencializados. Em relação à

deficiência auditiva, Correia e Ferreira (2021) observaram que as dificuldades de obtenção de informações sobre saúde e a acessibilidade para cuidado à saúde, que antes já eram evidenciadas, durante a pandemia se agravaram sobremaneira. O HRAC considerou a importância de manter os cuidados relacionados à saúde auditiva e a Divisão de Saúde Auditiva do HRAC manteve, de março a setembro de 2020, o atendimento presencial aos familiares de pacientes idosos para verificação de funcionamento e manutenção dos AASI. As equipes também ficaram a postos para a renovação de benefícios sociais e estruturaram protocolo de biossegurança e também de teleconsulta em fonoaudiologia, respaldado pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (USP, 2020), demonstrando que o compromisso com a saúde deve se pautar pelos princípios doutrinários do SUS, como universalidade, equidade e integralidade.

O governo estadual, por meio do Decreto nº 64.994 de 28 de maio de 2020, instituiu o Plano São Paulo, um plano de acompanhamento de indicadores de saúde capaz de permitir a flexibilização das medidas para conter a disseminação do vírus SARS CoV2 baseado nos resultados dos indicadores, podendo assim restringir ou revogar a flexibilização mediante os resultados avaliados (Moraes, Silva, Toscano, 2020). Para Radfahrer e Gurgel (2020) o Plano São Paulo foi “uma política pública em forma de algoritmo, decidida por uma coleta de dados”. Este plano categorizou as suas fases em: Alerta Máximo, Controle, Relaxamento e Abertura Parcial, as quais determinam as medidas de isolamento social a serem impostas. A análise dos indicadores ocorreu semanalmente, com base nos números de novos casos, número de novas internações (considerando casos confirmados e suspeitos), número de óbitos, taxa de ocupação de leitos de UTI para COVID-19 nas redes pública e particular e leitos de UTI para COVID-19 (públicos e privados) por 100 mil habitantes (MORAES, SILVA, TOSCANO, 2020). O Plano São Paulo também firmou o compromisso de autonomia dos municípios, pontuando que a flexibilização deveria ser feita por decreto municipal, mediante a observância de dois pré-requisitos: adesão aos protocolos de testagem e apresentação pelos prefeitos de fundamentação científica para liberação que citasse fatores locais relacionados ao município. Portanto, “o Plano São Paulo deu autonomia para que prefeitos aumentem as restrições de acordo com os limites estabelecidos pelo Estado” (SÃO PAULO, 2020). Em maio de 2020, a FIOCRUZ, o Ministério da Saúde e o CEPEDS produziram e divulgaram um relatório técnico que visou analisar de maneira crítica a gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil, por meio de análise dos “Decretos Estaduais no primeiro mês”. Esse relatório técnico também realizou a Análise das Medidas do Setor Saúde, Medidas de Coordenação do Setor Saúde, Medidas de vigilância em saúde, informação e comunicação e medidas de atenção à saúde, constatando que

“novos cenários de riscos se sobrepõem aos já existentes, a COVID-19 traz novos cenários de riscos pelo vírus e agrava a situação de saúde já existente” e essa sobreposição compromete a resposta do setor saúde e pode potencializar novas emergências em saúde pública (SILVA et al, 2020).

Segundo Magno et al (2020) a identificação precoce de pessoas com casos leves de COVID-19, bem como de seus contactantes e o início dos cuidados adequados dos casos graves tem sido amplamente eficiente para o controle da pandemia e a estratégia de testagem em larga escala tem sido adotada em vários países. Alguns países da Ásia e da Oceania apresentaram controle da pandemia com a combinação de estratégias com a ampla testagem (Rong et al, 2020). No continente europeu, Itália, Espanha e Reino Unido iniciaram essa abordagem tardiamente, quando os sistemas de saúde já estavam em colapso. Em contrapartida, a Alemanha iniciou a estratégia de testagem em massa com brevidade, mostrando uma reposta rápida e coordenada à pandemia (Stafford, 2020). Já o Brasil não iniciou estratégias de controle da pandemia em tempo hábil. A descoordenação federal frente à maior crise de saúde pública foi pautada por ações regionalizadas e sem comando único e as testagens para COVID-19 foram limitadas para a população (Prado et al, 2020). Em contrapartida, o laboratório de farmacologia da FOB foi habilitado pelo IAL em 10 de abril de 2020 para a realização do diagnóstico molecular da COVID-19. O HRAC adotou a estratégia de testagem para pacientes, acompanhantes e colaboradores, protagonizando, assim, ações de rastreamento do SARS CoV 2 a partir de junho de 2020 como um projeto piloto. Tal decisão ratificou ações que se mostraram exitosas e profícuas no mundo inteiro, inclusive, em 20 de dezembro de 2021, este laboratório da FOB ultrapassou a marca de mais de 100 mil testagens para COVID-19 para a população de Bauru e região.

Em 15 de junho de 2020 iniciou-se a testagem para COVID-19 da equipe do HRAC, incluindo retestagens. Testes em massa também foram realizados em dias alternados de outubro do mesmo ano, onde 578 testes de RT-PCR foram realizados e quatro amostras do público-alvo testaram positivo. Em 05 de agosto de 2020, por meio de comunicado da Superintendência, houve a divulgação dos resultados do projeto piloto iniciado em junho para realização de testagem para COVID-19 para servidores, pacientes e acompanhantes do HRAC (USP, 2020).

Em 04 de agosto de 2020 houve a publicação do Decreto Estadual nº 64.959 sobre o uso geral e obrigatório de máscaras de proteção facial no contexto da pandemia da COVID-19 e deu medidas correlatas, sendo necessário no dia 11 de setembro de 2020, a

Superintendência do HRAC ressaltar a importância da observância das obrigações impostas pelo referido decreto (SÃO PAULO, 2020).

Ainda em relação a setembro, houve o anúncio da segunda fase do projeto piloto de testagem do teste para COVID-19 por RT-PCR, programado para outubro de 2020 e também comunicado interno da CCIH sobre medidas de contenção e precaução em relação ao novo coronavírus. A partir de 08 de setembro de 2020, o HRAC, adotando todas as recomendações das autoridades sanitárias, iniciou a retomada gradual dos atendimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas, na ordem de 25% das agendas de setembro e outubro (USP, 2020). De Oliveira Silva et al (2021), em seu relato de experiência, pontuaram que “se faz importante definir um cronograma do retorno das atividades ambulatoriais, apoio diagnóstico e atividades cirúrgicas em diversas especialidades orientando a sequência de retorno das atividades com a previsão de datas”, e também ressaltaram que a cautela e deve permear todo o processo, considerando o risco aos pacientes e aos profissionais envolvidos.

No Brasil houve divergências públicas entre governo federal e governos estaduais em relação à aquisição de imunizantes contra a COVID-19. Tais divergências causaram atraso na obtenção dos mesmos, uma vez que o mundo inteiro estava aguardando para adquirir imunizantes. Colocaram-se em conjecturas medicações sem comprovação científica, a efetividade e a segurança das vacinas foram publicamente questionadas e houve negação da gravidade da doença por parte de autoridades governamentais. Essa situação agregou-se à demora na aquisição dos imunizantes e quando foram adquiridos, a aquisição foi realizada num número muito reduzido, causando transtornos para as equipes de saúde e pânico na população, já polarizada e manifestando ufanismo belicoso dos defensores das decisões presidenciais e os que se opunham à maneira da condução da pandemia. A aquisição de vacinas transformou-se num embate político visando o pleito presidencial de 2022, ou seja, a crise sanitária assumiu a interface de embate geopolítico (Paes-Souza, 2021; Monari et al,2021). Finalmente, após a aprovação para uso emergencial das vacinas Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz, o Estado de São Paulo iniciou a vacinação contra a COVID-19 em 17 de janeiro de 2021. A aprovação foi concedida pelas agências reguladoras e no Brasil a agência reguladora é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (Domingues, 2021). A distribuição equitativa da vacina se constitui num desafio global, o acesso à vacina é desigual no Brasil e no mundo. Países ricos detêm o poder de compra para a obtenção de acesso prioritário e por conta dessas situações, a organização de acesso a programas de vacinação é realizada em fases, conforme orientação da OMS (WHO, 2020), priorizando profissionais de saúde e pessoas com maior risco de doença

grave ou morte por COVID-19 (Souza, Buss, 2021). O HRAC se organizou mediante as recomendações da Vigilância Epidemiológica Municipal de Bauru e realizou todas as exigências processuais para que os servidores recebessem a vacina, e essas articulações se mantiveram à medida que novas doses de reforço da vacina foram aprovadas pela ANVISA.

Shimizu et al (2021) ressaltam que foi notável “a ausência de protagonismo do governo federal na condução das ações, sobretudo, para articulá-las entre os três níveis de governo”. Portanto, os conflitos nas relações tripartite causaram imensas dificuldades no manejo da pandemia da COVID- 19. Contudo, os serviços de saúde no Brasil enfrentaram a falta de medicações sedativas no mercado, fato esse correlacionado às relações governamentais conflituosas, onde a descoordenação do Ministério da Saúde na aquisição de equipamentos, insumos, ampliação de leitos de UTI e compra de medicamentos, entre os quais, sedativos utilizados para intubação orotraqueal em pacientes com a forma grave da COVID-19, levaram o presidente do CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) a renunciar (CONASS, 2020). No primeiro semestre de 2021, os serviços de saúde no Brasil enfrentaram a falta de medicações sedativas no mercado, com reiteradas licitações desertas em razão das medicações serem amplamente utilizadas na intubação de pacientes com grave evolução da COVID-19. Diante desta situação, a Superintendência do HRAC realizou articulações com a Superintendência do Hospital Universitário (HU) e essas articulações, pautadas na legalidade, resultaram na cooperação entre os entes e não houve prejuízos na assistência dos pacientes cirúrgicos do HRAC (USP, 2021). Analisando criticamente esses entraves e dificuldades enfrentadas por gestores de serviços de saúde, Paes-Souza (2021) aponta a mixórdia de ações dessincronizadas por conta do governo federal frente à falta de medicamentos sedativos para procedimentos de Intubação orofacial (IOT), déficit do número de respiradores e construção errática de hospitais de campanha que, ora eram erguidos, ora eram desmontados, estruturas que não se mantiveram após o pico da doença e não estavam prontas durante o auge da doença, alguns foram fechados, pois foram projetados para um cenário que não ocorreu naquele momento e depois foram reabertos num segundo momento, quando a situação estava acima das projeções.

Em março de 2021, mediante comunicado da Superintendência, os servidores deveriam retornar ao trabalho, porém a fase do Plano São Paulo evoluiu para Vermelha – Alerta Máximo, e o retorno dos servidores aconteceu a partir de agosto de 2021, onde a fase do Plano São Paulo permitia flexibilização dos serviços, considerando também o acesso da população aos imunizantes da COVID- 19.

No mês de junho de 2021, os comunicados da CCIH e da Superintendência do HRAC eram relacionados às ações referentes à vacinação dos servidores e também às medidas sobre servidores diagnosticados com COVID-19. No mês de julho, por meio do Decreto nº 65.897 de 30 de julho de 2021, a medida de quarentena permaneceu sem revogação, e a CCIH emitiu comunicado no HRAC sobre medidas a serem adotadas frente a servidores com sintomas de síndrome gripal.

Em agosto de 2021, a Superintendência divulgou parecer contido na Portaria GM 7670 de 13 de agosto de 2021, a qual estabeleceu data para retorno ao trabalho presencial, apresentando a respectiva comprovação de vacinação à chefia imediata (AGOPYAN, 2021).

Em junho de 2022, a Superintendência fez dois comunicados aos servidores do HRAC e a CCIH também emitiu comunicado com orientações sobre o anúncio de Governo de São Paulo em relação à 4ª dose da vacina da COVID-19 e em 04 de julho a assessoria de imprensa do HRAC tornou público o número de vacinas realizadas nos servidores do HRAC.

### 10.3 ANÁLISE COMPARATIVA DOS ATENDIMENTOS NO HRAC AOS PACIENTES DO LN: 2019 (PRÉ PANDEMIA), 2020 (PANDEMIA), 2021/2022 (RETOMADA DOS SERVIÇOS)

#### 10.3.1 Procedimentos gerais agendados

Em relação aos procedimentos gerais, em um período de normalidade, sem intercorrências políticas e sanitárias, como foi o ano de 2019, 262 procedimentos foram agendados pelo HRAC para os quatro municípios do LN. Na análise do consolidado anual de agendamentos, constata-se que em 2020 houve uma queda de 56% (n=115) no agendamento de procedimentos gerais e em 2021 nota-se um aumento de 23% (n=60) em relação ao ano de 2019. Em um estudo observacional de séries temporais, Normando et al (2022) observaram que, em comparação com o mesmo período de 2019, houve um decréscimo de 15% na taxa de internação hospitalar (IH) em razão de condições relacionadas ao sistema cardiovascular nos serviços próprios e conveniados ao SUS entre janeiro e maio dos anos de 2016 a 2020. Ainda enfatizaram suas análises comparativas ao concluírem que as taxas de IH registradas em 2020 diferiram significativamente da tendência projetada para o corrente ano. Eles observaram queda nas taxas de IH e aumento nos óbitos relacionados a doenças cardiovasculares (DCV) e afirmam que “esses dados possivelmente são consequência do planejamento inadequado no manejo das

DCV durante a pandemia, sendo necessária a implementação de ações imediatas para modificar esse cenário”.

### 10.3.2 Procedimentos executados

#### 10.3.2.1 Momento pré-pandemia – 2019 e momento pandemia - 2020

Em 2019, 187 procedimentos gerais foram executados nos pacientes do LN no HRAC, dos quais 37% (n=70) em pacientes de Caraguatatuba, 33% (n=61) foram realizados em pacientes de Ubatuba, 25% (n=46) em pacientes de São Sebastião e 5% (n=10) nos pacientes de Ilhabela. Em 2020 os procedimentos executados foram 49 ao total, esse valor corresponde a 138 procedimentos a menos executados, uma queda de 73,8% em relação ao ano de 2019.

#### 10.3.2.2 Momento de retomada gradual dos serviços – 2021/2022

Em 2021, 209 procedimentos foram executados em pacientes do LN no HRAC, um número superior ao momento pré-pandemia (2019), 22 procedimentos a mais do que em 2019, ou seja, um aumento de 12% nos procedimentos executados, de acordo com o Relatório Anual de Atividades do HRAC. Os dados de 2021 mostraram que o volume de pacientes com procedimentos executados (Cirúrgicos e Ambulatoriais) se encontram próximos do registrado em 2019 (USP, 2021) e no caso do LN, esse número ultrapassou o registrado em 2019. De Oliveira Silva et al (2021) realizaram um levantamento de estratégias de retomada dos serviços de saúde, com o objetivo de suprir a demanda reprimida devido à pandemia por meio de um estudo de relato de experiência. Estes autores conceituaram as atividades assistenciais eletivas como “aquelas que podem ser adiadas ou não serem realizadas sem danos ao paciente”. O ponto a ser amplamente considerado está na relevância do estabelecimento de ações de planejamento “com a finalidade de garantir o retorno das atividades eletivas em etapas para atendimento das demandas de rotina e reprimida dos pacientes que deixaram de ser atendidos devido à pandemia”, considerando também a priorização de medidas necessárias relacionadas à segurança dos pacientes e também trabalhadores da saúde (EBSERH, 2020).

### 10.3.3 Faltas

Shibukawa et al (2021), por meio de revisão integrativa, elencaram 308 estudos relacionados aos motivos de faltas a consultas e procedimentos médicos. Na presente pesquisa, na análise comparativa, constatou-se que o maior percentual de faltas a consultas e procedimentos no HRAC registrou-se no ano de 2019, 11% (n=29). O ano de 2020 apresentou

10% (n=12) de faltas. Em 2021 foram 8% (n=27) e em 2022 (parcial) registrou-se 7% (n=12) de faltas. As porcentagens de faltas não apresentaram grandes disparidades na comparação dos anos analisados no presente estudo e emerge nesse contexto a questão do transporte sanitário de pacientes para cuidados de saúde. Shibukawa et al (2021) identificaram que os principais motivos relacionados ao comportamento faltoso envolveram condições socioeconômicas, acessibilidade geográfica e a compreensão dos usuários quanto à importância do comprometimento com a saúde. Dentro deste contexto está a problemática desafiadora do transporte sanitário, uma vez que os pacientes faltosos do LN e os que faltam eventualmente são totalmente dependentes do transporte sanitário municipal. Em 2017, por intermédio de uma Resolução da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), foram estabelecidas diretrizes para o transporte sanitário eletivo para procedimentos de saúde de caráter eletivo no âmbito do SUS. Em detrimento à dificuldade de acesso a serviços de saúde por questões relacionadas à logística e a partir da Resolução supracitada, o governo federal, por meio de portarias distintas, estabeleceu a aplicação de recursos para aquisição de veículos e implantação de Transporte Sanitário Eletivo. Porém, apesar das políticas públicas vigentes, ainda é dificultoso para o paciente o acesso aos serviços de saúde por conta de precariedades no transporte sanitário eletivo (BRANDT, 2019).

#### 10.3.4 Cancelamentos

Os cancelamentos de procedimentos gerais e cirúrgicos tiveram seu maior percentual no ano de 2020, quando 47% (n=54) dos agendamentos foram cancelados. O menor percentual foi em 2019, ocasião em que 17,5% (n=46) dos procedimentos foram cancelados. Em 2021 27% (n=86) dos procedimentos foram cancelados e 2022 apresentou 29% (n=47) de procedimentos cancelados até o mês de outubro. Truche et al (2022) afirmam em seus achados que, por conta da pandemia da COVID-19, o Brasil teve mais de um milhão de procedimentos cirúrgicos adiados/cancelados no SUS, representando um acúmulo de cirurgias eletivas de mais de 900.000 casos. Na pesquisa realizada por Rocco et al (2022), houve a análise quantitativa de 743 prontuários e, em comparação ao ano de 2019, constatou-se uma queda no número de procedimentos cirúrgicos de 63,13% em relação ao ano de 2020, reforçando, assim, a premissa de que “a pandemia por COVID-19 impactou de forma significativa não somente o volume de procedimentos cirúrgicos como também diversos aspectos epidemiológicos relacionados”.

## 11 CONCLUSÕES

Frente aos resultados obtidos foi possível concluir que o perfil do paciente do LN no HRAC é misto, com idade média de 21 anos, moda de 21 anos e mediana de 19 anos. A maior parte dos pacientes são jovens adultos com idades de 18 a 29 anos. As duas cidades mais populosas do LN concentram o maior número de pacientes em tratamento no HRAC, sendo Ubatuba e Caraguatatuba, respectivamente.

O município de São Sebastião expressou a maior média de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais (5,9 procedimentos por paciente). Constatou-se que até a data de 22 de maio de 2022, 429 cirurgias e procedimentos ambulatoriais foram realizados nos pacientes do LN, um número expressivo, considerando a especificidade das intervenções cirúrgicas realizadas.

Os tipos de fissuras prevalentes no público-alvo da pesquisa foram as fissuras transforame, afirmando os achados científicos que apontam esse tipo de fissura como a mais prevalente em diversos estudos, e também as que envolvem maiores complexidades no processo reabilitador.

Considera-se notório o fato de que 35% dos pacientes chegaram ao HRAC para consulta de caso novo com idades de 0 a 3 meses, uma vez que, o início precoce do tratamento possibilita maiores benefícios para o paciente, as intervenções de tempo oportuno realizadas na primeiríssima infância conferem qualidade de vida para a criança e para a sua família, tanto do ponto de vista estético, funcional, mas também do ponto de vista psicossocial.

A classificação socioeconômica predominante é a Baixa Superior (60%) e a dependência do transporte sanitário municipal é de 71%. Ubatuba apresentou o maior número de faltas às consultas no HRAC e foi o único município que apresentou abandono de tratamento (0,9%), e relacionado a esses achados, foi o município com o maior grau de dependência de transporte municipal para a continuidade de tratamento dos pacientes no HRAC, esses números expressivos de falta e até mesmo o abandono de tratamento podem estar relacionadas a questões de ordem de transporte sanitário, relacionadas a oferta e dinâmica deste serviço a nível municipal, outro dado de extrema relevância está no acesso à saúde no LN, que é em 96% (n=101) exclusivamente ofertado pelo SUS, ainda, os poucos pacientes que buscam a saúde suplementar para complementar seu tratamento relacionado a FLP, também fazem uso dos serviços do HRAC

– que atende pelo SUS e, considerando essa observação, podemos considerar que 100% dos pacientes residentes do LN em tratamento no HRAC, fazem uso do Sistema Único de Saúde – SUS.

Apesar da classificação social da população da amostra nos indicar a necessidade de subsídios governamentais de proteção social, um fato surpreendente é que apenas 10% dos pacientes fazem uso de benefícios de proteção e subsídios sociais, o que pode estar relacionado à dificuldades de adesão aos benefícios, falta de informação relacionadas a critérios de elegibilidade, desconhecimento sobre subsídios governamentais e, ainda, dificuldade para realizar cadastros e atendimentos para elucidação de dúvidas que requeiram auto atendimento via internet ou via ligação telefônica, ou seja, serviços sociais mediados por tecnologias, nem sempre com pessoas realizando este atendimento presencial (mesmo que seja por telefone) com o usuário.

Em relação ao maior nível escolar do núcleo familiar, o Ensino médio completo foi predominante, muitas vezes o maior grau de escolaridade do núcleo familiar é o do próprio paciente do HRAC. A renda familiar é de meio a quatro salários mínimos e 52% moram em casa própria, com dois a quatro moradores.

Medidas foram adotadas pelo HRAC durante a pandemia, por exemplo: Adequação as normas de precaução padrão; suspensão de cirurgias eletivas e procedimentos ambulatoriais; orientações relacionadas a EPI's e manejo de pacientes e servidores com suspeita de COVID-19; preparação para retorno dos servidores mediante análise dos indicadores estaduais e municipais; implementação de projeto piloto de testagem para COVID-19 em pacientes, acompanhantes e servidores do HRAC; providências para o retorno parcial para atividades de pesquisa; aumento progressivo e gradual nos atendimentos do HRAC; providências para a vacinação dos servidores do HRAC em todas as fases da vacinação; divulgação de protocolos de biossegurança; ações pactuadas com a CCIH e orientações mediante ao dinamismo da pandemia, um aparato de medidas que foram se adequando aos decretos estaduais e municipais, de acordo com a dinâmica imposta pelos indicadores de saúde de acordo com a pandemia da COVID-19 no Estado de São Paulo e no município de Bauru.

A pandemia apresentou impacto significativo e mensurável nos tratamentos dos pacientes do LN em acompanhamento no HRAC.

Em 2019 houve o maior percentual de procedimentos executados no HRAC, 71% (n=187); em 2020 esse percentual foi de 44% (49); apontando assim uma queda de 38% no número de procedimentos executados em 2020, em relação ao ano anterior.

Em 2021 o percentual ficou em 65% (n=209), apontando uma queda de cerca de 8,45% no número de procedimentos executados em 2021 em comparação com 2019 e até outubro de 2022, 64% (n=104), indicando que houve uma queda de aproximadamente 9,86% no número de procedimentos executados até outubro de 2022 em comparação com 2019.

Em relação aos procedimentos cancelados, em 2019, 17,5% (n=46) dos procedimentos agendados foram cancelados, já em 2020 esse percentual foi de 47% (n=54) de cancelamentos, isso indica um aumento considerável no número de procedimentos cancelados em comparação com 2019. Em 2021 e até outubro de 2022, a queda nos atendimentos foi menor, ficando em torno de 8% e 10%, respectivamente, em relação a 2019.

Frente ao exposto, conclui-se que existe uma associação significativa entre as variáveis e houve impacto nos atendimentos de pacientes do LN matriculados no HRAC por conta da pandemia da COVID-19 e todas as restrições impostas pela mesma, e esse notável impacto não diferiu dos serviços de saúde no mundo inteiro, que também foram duramente afetados durante a pandemia.

Contudo, o HRAC nos anos de 2021 e 2022 apresentou recuperação dos níveis de atendimentos em comparação com o período pré-pandemia, demonstrando efetivação de estratégias para minimizar esse impacto e proporcionar acesso à saúde para todos os pacientes que vivenciaram momentos de incerteza diante de cancelamentos de consultas, adiamento de procedimentos cirúrgicos e demais restrições de acesso ao HRAC, evidenciando assim respeito à saúde pública e aos princípios doutrinários que regem o nosso Sistema Único de Saúde, que se fez e se faz presente em todos os níveis de complexidade de saúde e que, com todas as dificuldades impostas por décadas de subfinanciamento, na maior emergência de saúde pública vivenciada, esteve e segue presente na defesa da vida, da equidade, da universalidade e integralidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

AGOPYAN, Vahan (São Paulo). D.O.E.: 13/08/2021. [**Consolidada**] **Portaria GR N° 7670, DE 12 de Agosto de 2021**, São Paulo, ano 2021, 13 ago. 2021.

AGOSTINHO, Raquel Sampaio e ALVARENGA, Kátia de Freitas. Saúde auditiva infantil: desafio na rede pública do Brasil. 2018, **Anais. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru**, 2018. Acesso em: 12 nov. 2022.

ALLAHVERDIPOUR, Hamid. Global challenge of health communication: infodemia in the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. **Journal of Education and Community Health**, v. 7, n. 2, p. 65-67, 2020.

ALONSO, Nivaldo et al. Comparative and evolutive evaluation of attendance protocols of patients with cleft lip and palate. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 25, n. 3, p. 434-438, 2001.

ANDRADE, Andressa Ferreira et al. Análise epidemiológica de Fissuras labiopalatinas em recém-nascidos no Brasil Epidemiological analysis of cleft lip and palate in newborns in Brazil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 18005-18021, 2021.

ANTONIO, Priscila da Silva; MUNARI, Denize Bouttelet; COSTA, Hérica Kelly. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. 2002.

APPAVU, Sivasubramanian T. et al. The burden of surgical cancellations and no-shows: quality management study from a large regional hospital in Oman. **Sultan Qaboos University Medical Journal**, v. 16, n. 3, p. e298, 2016.

BIAZON, Janir; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 519-525, 2008.

BOM, Gesiane Cristina et al. Estresse, sobrecarga e qualidade de vida em cuidadores de crianças com / sem fissura orofacial e disfgia. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 575-586, 2012.

BRANDT, Daniele Batista. Transporte sanitário eletivo: para (i) mobilidade urbana de pessoas com deficiências e/ou crônicas doenças no RJ. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019**. 2019.

BRASIL. Tesouro Nacional. Monitoramento dos gastos da União com combate à Covid-19. 2021. Disponível em <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19> Acesso em: 25/03/2022.

BRASIL. Decreto n° 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. Diário Oficial, São Paulo, SP, 28 dez. 2006. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html> Acesso 12/12/2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus> Acesso em 08/11/2022.

BRASIL. Conheça nossos projetos do Triênio 2018-2020. Portal Proadi.SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/proadi-sus/trienios> Acesso em 23/03/2023.

BRASIL, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Como e para que perguntar a Cor ou Raça ou Etnia no Sistema Único de Saúde. 2º Ed. **Série: Prevenção às DST/aids**, p.18, 2018,

CAPELOZZA FILHO, Leopoldino; CAVASSAN, Arlete de Oliveira; SILVA FILHO, Omar Gabriel da. Avaliação do crescimento craniofacial em portadores de fissuras transforame incisivo unilateral: estudo transversal. **Rev. bras. cir.**, p. 97-106, 1987.

CARNELOSSI, Bruna N. Robotização da proteção social: impactos e desafios à atuação profissional do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, p. 129-152, 2022.

CARVALHO, Ana Paula Balderrama de; TAVANO, Liliam D.'Aquino. Avaliação dos pais diante do nascimento e tratamento dos filhos portadores de fissura labiopalatal, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo-Bauru. **Pediatr. mod.**, p. 842-843, 2000.

CARVALHO, Gilson. Comissões Intergestores tripartite e bipartites. 1998.

CASTRO, Catarina Sampaio et al. Pandemia da Covid-19: cenário do sistema de saúde brasileiro para o enfrentamento da crise. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 7, pág. e516974383-e516974383, 2020.

CAVALCANTE, Jacqueline Borges; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; ALMEIDA, Paulo César. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, p. 59-65, 2000.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020> Acesso em 21/12/2020.

CONASEMS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Disponível em: <https://portal.conasems.org.br/institucional/o-conasems> Acesso em 12/09/2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-derruba-quase-30-milhoes-de-procedimentos-medicos-em-ambulatorios-do-sus/> . Acesso em 13/09/2022.

CHEMIN, Beatris Francisca. Manual da Univates para trabalhos acadêmicos. **Lajeado: Univates**, 2010.

D'ANCONA, Matthew, 2018. Pós-verdade: a nova guerra contra os fatos em tempos de fake news. Barueri: Faro editorial.

DA COSTA, Lucas Lopes et al. Caracterização dos pacientes atendidos pelo programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) nos anos de 2016 e 2017 no município de Marabá, Pará. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6544-6561, 2020.

DA SILVA, Virgílio César et al. Participação social em saúde no Brasil. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 18, n. 2, p. 153-161, 2017.

DE FREITAS MELO, Cynthia et al. A cicatriz invisível: o ser mãe de bebês com fissura labiopalatina. **Contextos Clínicos**, v. 13, n. 2, p. 475-499, 2020.

DE OLIVEIRA SILVA, Gabriela et al. Vigilância em saúde na pandemia da COVID-19: retomada das atividades eletivas em rede de hospitais de ensino. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 9, n. 1, p. 47-54, 2021.

DINIZ, Michely Correia et al. Crise Global Coronavírus: monitoramento e impactos. **Cadernos de Prospecção**, v. 13, n. 2 COVID-19, p. 359-359, 2020.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Guia para retomada das atividades eletivas durante a pandemia da COVID-19. **Boletim de Serviço 896**. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/guia\\_para\\_retomada\\_das\\_atividades\\_eletivas\\_durante\\_a\\_pandemia\\_da\\_covid\\_08-09-21\\_vf.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/guia_para_retomada_das_atividades_eletivas_durante_a_pandemia_da_covid_08-09-21_vf.pdf) Acesso em 04/09/2022.

ELERES, Fabrício Bezerra et al. A infecção pelo coronavírus chegou ao Brasil, e agora? Emoções de enfermeiras e enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

FALLOWFIELD, Lesley; JENKINS, Valerie. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. **The Lancet**, v. 363, n. 9405, p. 312-319, 2004.

FREITAS, José Alberto de Souza et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies-USP (HRAC-USP)-Part 2: Pediatric Dentistry and Orthodontics. **Journal of Applied Oral Science**, v. 20, n. 2, p. 268-281, 2012.

FREITAS, José Alberto de Souza et al. Tratamento reabilitador da fissura labiopalatina: experiência do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais / USP (HRAC / USP) - Parte 4: Reabilitação Oral. **Journal of Applied Oral Science**, v. 21, p. 284-292, 2013.

GUERRA, Daniele Marie. **Descentralização e regionalização da assistência à saúde no estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GUERRA, Daniele Marie. Estudo do Fluxo regulado pela CROSS. In: **Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo**. 2020. pág. 329-346.

GUERRA, Sinclair Mallet Guy; HONORATO, F. A Lei do Petróleo e a renda petrolífera no Brasil. **Campinas: Unicamp**, 2004.

GUILLER, Cristiana Araújo; DUPAS, Giselle; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. Child with congenital abnormality: bibliographical study about pediatric nursing publications. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 18-23, 2007.

GURJÃO, Fernanda Maia et al. Tratamento Fora De Domicílio: perspectivas dos pacientes do transplante renal de um hospital universitário. **Serviço Social e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 155-180, 2018.

GRACIANO, Maria Inês Gândara; TAVANO, Liliam D.'Aquino; BACHEGA, Maria Irene. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. p. 311-333.. 2007

GREENE, John C. Epidemiologic research - 1964–1967. **The Journal of the American Dental Association**, v. 76, n. 6, pág. 1350-1356, 1968.

HUNGLER, Polit; POLIT, Denise. Investigación científica en ciencias de la salud. BP-Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem-Porto, **Interamericana**, 2000.

IBAÑEZ, Nelson. Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo. In: **Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo**. pág. 463-463. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/caraguatatuba.html> Acesso em 12/11/2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ilhabela/panorama> Acesso em 12/11/2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-sebastiao.html> Acesso em 14/11/2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ubatuba/panorama> Acesso em 12/11/2022.

JESUS, C. A. C. Sistematização da assistência de enfermagem: evolução histórica e situação atual. **Anais do 3º Fórum Mineiro de Enfermagem**, p. 21-22, 2002.

JIA, Jing et al. Características epidemiológicas da natureza de agrupamento de COVID-19 na cidade de Qingdao, 2020: uma análise descritiva. **Medicina de desastres e preparação de saúde pública**, v. 14, n. 5, pág. 643-647, 2020.

JÚNIOR, Francisco Freitas Gurgel; JORGE, Maria Salete Bessa. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: desafios teóricos e práticos na perspectiva de gestores e enfermeiros. **International Journal of Development Research**, v. 12, n. 02, p. 54134-54141. 2022.

KASSIM, Maria Júlia Navarro et al. Cuidados pré e pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia: percepção dos cuidadores em um centro especializado da região sul do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e5. 2021.

KAWALEC, Ágata et al. Fatores de risco envolvidos na predisposição de fissura orofacial – revisão. **Open Medicine**, v. 10, n. 1, 2015.

---

LIMA, Luciana Dias de; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MACHADO, Cristiani Vieira. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

LOIOLA, Edna Mota Loiola Mota; CAVALCANTE, Nara Cesar. Os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social: desafios e impasses. **Cadernos ESP**, v. 15, n. 1, p. 110-121, 2021.

MACDONALD, Paulo L.; GARDNER, Robert C. Comparações de taxa de erro tipo I de procedimentos post hoc para tabelas I j Qui-Quadrado. **Medição educacional e psicológica**, v. 60, n. 5, pág. 735-754, 2000.

MACEDO, Marina Cruvinel et al. Vivência de mães após o diagnóstico pré-natal de fissura labiopalatina. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 51-64, 2021.

MACHADO, Dora Margarida Ribeiro et al. Saúde em crise. Revista INFAD de Psicologia. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**. v. 1, n. 1, p. 191-200, 2021.

MARTELLI, José et al. Revaluation of the treatment of head and neck cancer in Brazil during the COVID-19 pandemic-phase 2. **Oral Oncology**, 2021.

MEDEIROS, Eduardo Alexandrino Servolo. Desafios para o enfrentamento da pandemia covid-19 em hospitais universitários. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020.

MENEGOTTO, B. Epidemiologia e interação herança-ambiente nas fissuras labiopalatinas. **Porto Alegre (RS): UFRS**, 1989.

MIACHON, Mateus Domingues; LEME, Pedro Luiz Squilacci. Surgical treatment of cleft lip. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, p. 208-214, 2014.

MILLARD, Tom; RICHMAN, Lynn C. Diferentes condições de fissura, aparência facial e fala: relação com variáveis psicológicas. **The Cleft palate-craniofacial journal**, v. 38, n. 1, p. 68-75, 2001.

MINERVINO-PEREIRA, Ana Cristina Musa. **O processo de enfrentamento vivido por pais de indivíduos com fissura labiopalatina, nas diferentes fases do desenvolvimento**. 2005. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MOLINARI, Jean-François; MOLINARI, Alain. Uma nova metodologia de classificação de instituições científicas. **Scientometrics**, v. 75, n. 1, pág. 163-174, 2008.

MONARI, Ana Carolina Pontalti et al. Legitimando um populismo anticiência: análise dos argumentos de Bolsonaro sobre vacinação contra Covid-19 no Twitter. **Liinc em revista**, v. 17, n. 1, p. e5707, 2021.

MOSSEY, P. A. et al. Global oral health inequalities: challenges in the prevention and management of orofacial clefts and potential solutions. **Advances in dental research**, v. 23, n. 2, p. 247-258, 2011.

MURAKAMI, Manami Niho; DE ARAÚJO, Fernanda Junges; MARQUES, Carla Pintas. A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 2, p. 12232-12251, 2022.

NORMANDO, Paulo Garcia et al. Redução na Hospitalização e Aumento na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2021.

OBSERVATÓRIO LITORAL SUSTENTÁVEL. Ana Cristina Gentile, Danielle Klintowitz, Jorge Kayano, Paulo Romeiro e Mariana Levy Piza Fontes, Disponível em: [https://polis.org.br/wp-content/uploads/2020/03/bo\\_02.pdf](https://polis.org.br/wp-content/uploads/2020/03/bo_02.pdf) Acesso em 13/08/2022.

OPAS. Sexta Declaração de Emergência Pública Internacional na História da OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus> Acesso em: 13/04/2020.

OLIVEIRA, Thaianie Moreira de. Como enfrentar a desinformação científica? Desafios sociais, políticos e jurídicos intensificados no contexto da pandemia. *Liinc em Revista*, v. 16, n. 2, e5374. 2020.

PAHO. Declaração de Pandemia da Covid 19. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus> Acesso em 12/03/2020.

PANAMONTA, Vipawee et al. Global birth prevalence of orofacial clefts: a systematic review. *J Med Assoc Thai*, v. 98, n. Suppl 7, p. S11-21, 2015.

PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. 2018.

PICCININI, Cesar A. et al. O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. *Interações*, v. 8, n. 16, p. 81-108, 2003.

RAFACHO, Marina Bigeli et al. As perguntas mais frequentes dos pais de crianças com fissura labiopalatina. *Pediatria Moderna*, v. 51, n. 3, p. 106-110, 2015.

REDDY, Uma M. et al. Karyotype versus microarray testing for genetic abnormalities after stillbirth. *New England Journal of Medicine*, v. 367, n. 23, p. 2185-2193, 2012.

RISSO, Amanda Creste Martins da Costa Ribeiro; BRAGA, Eliana Mara. A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, p. 360-367, 2010

SANDRINI, Francisco Aurélio Lucchesi et al. Fissuras labiopalatinas em gêmeos: relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, v. 5, n. 4, p. 43-8, 2005.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, p. 622-631, 2014.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; PEREIRA, Michelle Zanon. Efeitos da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural. **Cadernos de saúde pública**, v.23, p. 17-24, 2007.

SANTOS, Shirley Ribeiro dos et al. A vivência dos pais de uma criança com malformações congênitas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 491-497, 2011.

SAÚDE/SP. Departamentos regionais de saúde (DRS) e atribuições correlatas. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/> Acesso em 12/07/ 2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 64.862 de 13 de março de 2020. Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64862-13.03.2020.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20ado%C3%A7%C3%A3o%2C%20no,recomenda%C3%A7%C3%B5es%20no%20setor%20privado%20estadual> .Acesso em 07/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 64.864 de 13 de março de 2020. Dispõe sobre a adoção de medidas adicionais, de caráter temporário e emergencial, de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências correlatas. Disponível em: [https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64864-16.03.2020.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20ado%C3%A7%C3%A3o%20de,Coronav%C3%ADrus\)%2C%20e%20d%C3%A1%20provid%C3%Aancias%20correlatas](https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64864-16.03.2020.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20ado%C3%A7%C3%A3o%20de,Coronav%C3%ADrus)%2C%20e%20d%C3%A1%20provid%C3%Aancias%20correlatas) Acesso em 07/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 59.283, de 16 de março de 2020. Declara situação de emergência no Município de São Paulo e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-59283-de-16-de-marco-de-2020#:~:text=Declara%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20emerg%C3%Aancia%20no,d%20a%20pandemia%20decorrente%20do%20coronav%C3%ADrus.&text=MAR%2087O%20DE%202020-Declara%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20emerg%C3%Aancia%20no%20Munic%C3%ADpio%20de%20S%C3%A3o%20Paulo%20e,da%20pandemia%20decorrente%20do%20coronav%C3%ADrus>. Acesso em 07/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 64.881 de 22 de março de 2020. Decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia do COVID 19 e dá providências complementares. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64881-22.03.2020.html#:~:text=Artigo%201%C2%BA%202D%20Fica%20decretada%20medida,7%20de%20abril%20de%202020>. Acesso em 07/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto Estadual nº 64.959 de 04 de maio de 2020. Dispõe sobre o uso geral e obrigatório de máscaras de proteção facial no contexto da pandemia da COVID-19 e dá medidas correlatas. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64959-04.05.2020.html> Acesso em 07/11/2022.

SÃO PAULO, Decreto nº 64.994 de 28 de maio de 2020. Dispõe sobre a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, institui o Plano São Paulo e dá providências complementares. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64994-28.05.2020.html> Acesso em 07/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 65.237 de 09 de outubro de 2020. Estende a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-65237-09.10.2020.html> Acesso em 07/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 65.320 de 30 de novembro de 2020. Estende a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-65320-30.11.2020.html> Acesso em 07/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 65.502 de 05 de fevereiro de 2021. Estende a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020. Disponível em: [https://www.transparenciacultura.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/Decreto\\_n\\_-\\_65.502\\_de\\_05\\_de\\_fevereiro\\_de\\_2021.pdf](https://www.transparenciacultura.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/Decreto_n_-_65.502_de_05_de_fevereiro_de_2021.pdf) Acesso em 07/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 65.545 de 03 de março de 2021. Estende a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, institui, no âmbito do Plano São Paulo, disciplina excepcional e dá providências correlatas. Disponível em: [https://www.transparenciacultura.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/Decreto\\_n\\_-\\_65.545\\_de\\_03\\_de\\_marco\\_de\\_2021.pdf](https://www.transparenciacultura.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/Decreto_n_-_65.545_de_03_de_marco_de_2021.pdf) Acesso em 07/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 65.716 de 21 de maio de 2021. Estende a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, e as medidas transitórias, de caráter excepcional, instituídas pelo Decreto 65.635, de 16 de abril de 2021, e dá providências correlatas. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/quarentena/> Acesso em 08/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 65.897 de 30 de julho de 2021. Dispõe sobre a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, e dá providências complementares. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2021/decreto-65897-30.07.2021.html> Acesso em 08/11/2022.

SÃO PAULO. Decreto nº 66.421 de 03 de janeiro de 2022. Dispõe sobre a comprovação de vacinação contra a COVID 19 por parte dos agentes públicos que especifica e dá providências correlatas. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/201528> Acesso em: 08/11/2022.

SEADE- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/coronavirus/> Acesso em 28 mar 2022.

SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo et al. Physicians' commuting in five health regions in São Paulo, Brazil: patterns and intervening factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

SCHEFFER M, coord. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2018.

SHIBUKAWA, Bianca Machado Cruz et al. Comportamento faltoso em serviços de saúde materno-infantil: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 23, 2021.

SILVA, Janaína Lima Penalva da; DINIZ, Debora. Mínimo social e igualdade: deficiência, perícia e benefício assistencial na LOAS. **Revista Katálysis**, v. 15, p. 262-269, 2012.

SILVA, Rafael Bianchi; BONATTI, Graziela Lastoria. Reflexões sobre a clínica ampliada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). **Psicologia Revista**, v. 28, n. 2, p. 379-394, 2019.

SILVA FILHO, Omar Gabriel da et al. Crescimento facial espontâneo Padrão II: estudo cefalométrico longitudinal. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 14, p. 40-60, 2009.

SILVA FILHO, Omar Gabriel da; OZAWA, Terumi Okada; BORGES, Heloisa Carvalho. A influência da queiloplastia realizada em tempo único e em dois tempos cirúrgicos no padrão oclusal de crianças com fissura bilateral completa de lábio e palato. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 12, n. 2, p. 24-37, 2007.

SILVA, Isadora Vida de Mefano et al. A gestão de riscos e governança na pandemia por covid-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês: relatório técnico e sumário executivo. 2020.

SILVA FILHO, Omar Gabriel da; FREITAS, José Alberto de Souza. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**, p. 17-49. 2007.

SOARES, Maria Sueli Marques et al. Impacto dos tratamentos de fissuras labiopalatinas na qualidade de vida: avaliação pelo CLEFT-Q. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e304101321180-e304101321180, 2021.

SODRÉ, Roberto Luiz; EL FAHL, Michely de Araújo Félix. Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. **Rev. adm. saúde**, p. 67-70, 2014.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BUSS, Paulo Marchiori. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00056521, 2021.

SOUZA FREITAS, JA de. Pesquisas epidemiológica sobre lesões lábio-palatais e tratamento destas anomalias congênitas. **Cien. Cult**, v. 29, p. 141, 1977.

SOUZA, Josiane; RASKIN, Salmo. Clinical and epidemiological study of orofacial clefts. **Jornal de pediatria**, v. 89, p. 137-144, 2013.

SOUZA, Giselle Firmino Torres de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Fatores associados ao atraso no tratamento cirúrgico primário de fissuras labiopalatinas no Brasil: uma análise multinível. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3505-3515, 2021.

SOUZA, Luís Paulo et al. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida?/Brazilian nursing against the new Coronavirus: who will take care for those who care?. **Journal of nursing and health**, v. 10, n. 4, 2020.

SHIMAZAKI, Maria Emi. O Impacto da Regionalização na resposta à Pandemia da Covid-19. **Planejamento e Gestão Volume 2**, p. 66, 2021.

SPINA, V. et al, Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. **REV. Hosp. Fac. Med. S.Paulo**, v.27, n.1, p. 5-6, 1972.

SREEJITH, V. P. et al. Psychological effect of prenatal diagnosis of cleft lip and palate: a systematic review. **Contemporary clinical dentistry**, v. 9, n. 2, p. 304, 2018.

TAVANO, Liliam D.'Aquino. Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes submetidos a tratamento multidisciplinar das fissuras lábio-palatinas no HRAC-USP [tese]. Bauru: Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais; 2000.

TANNURE, Meire Chucre. SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TESINI, Brenda L. Coronavírus e síndromes respiratórias agudas (Covid-19, Mers e Sars). **Manual MSD para profissionais da saúde**, 2020.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Relatório Anual de Atividades Ano 2019 / Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Universidade de São Paulo; organizado por Marisa Romangnolli; Tiago Rodella - Bauru, 2020.

VANZ, Ana Paula; RIBEIRO, Nair Regina Ritter. Listening to the mothers of individuals with oral fissures. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 596-602, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. State of the world's nursing 2020. Genebra; WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> Acesso em 13/11/2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> Acesso em 13/11/2021.

VIEIRA, Márcia de Freitas; DA SILVA, Carlos Manuel Seco. A Educação no contexto da pandemia de COVID-19: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Brasileira de Informática na Educação**, v. 28, p. 1013-1031, 2020.

ZANETTA, Bruno Lopes; CARNUT, Leonardo. Metodologias para alocação equitativa de recursos federais a estados e municípios ao redor do mundo: uma revisão integrativa–primeiros resultados. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 11, 2019.

**APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE FONTES SECUNDÁRIAS**

<b>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM FONTES SECUNDÁRIAS</b>																	
<b>Município</b>																	
Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nº de Cirurgias																	
Idade na Consulta de caso novo																	
Tipo de Fissura <sup>1</sup>																	
Nº de Faltas																	
Idade Atual																	
Maior Escolaridade <sup>2</sup>																	
Nº pessoas na casa																	
Renda <sup>3</sup>																	
Classificação Social <sup>4</sup>																	
Tipo de Moradia <sup>5</sup>																	
Nº de Cômodos																	
Benefício Social <sup>6</sup>																	
SUS / Convenio Médico																	
TFD																	
Transporte <sup>7</sup>																	
Salário Mínimo																	
Sexo <sup>8</sup>																	
Religião <sup>9</sup>																	
<p><b>1. Tipo de Fissura:</b> FTB (Fissura Transforame Bilateral); FTE (Fissura Transforame Esquerda); FTD (Fissura Transforame Direita; FPOFC (Fissura Pós Forame Completa); FPOFI (Fissura Pós Forame Incompleta); FPRFC (Fissura Pré Forame Completa); FPRFI (Fissura Pré Forame Incompleta).</p> <p><b>2. Escolaridade:</b> EFI (Ensino Fundamental Incompleto); EFC (Ensino Fundamental Completo); EMI (Ensino Médio Incompleto); EMC (Ensino Médio Completo); ESI (Ensino Superior Incompleto); ESC (Ensino Superior Completo).</p> <p><b>3. Renda:</b> SR (Sem Renda); Menos de 1SM; 1 a 2 SM; 2 a 3 SM; 3 a 4 SM; 4 a 7 SM; 7 a 13 SM; 13 a 21 SM; 21 a 28 SM; &gt;28 SM.</p> <p><b>4. Classificação Socioeconômica:</b> NC (nada consta); BI (Baixa Inferior); BS (Baixa Superior; MI (Média Inferior); M (Média); MS (Média Superior); A (Alta).</p> <p><b>5. Tipo de Moradia:</b> Própria; Alugada; Cedida.</p> <p><b>6. Benefício Social:</b> BF (Bolsa Família); BPC (Benefício de Progressão Continuada)</p> <p><b>7. Transporte:</b> TS (Transporte Sanitário); P (Próprio)</p> <p><b>8. Sexo:</b> F (Feminino); M (Masculino)</p> <p><b>9. Religião:</b> C (Católico); E/P (Evangélico/Protestante); E (Espírita); TJ (Test. Jeová); SR (Sem religião),O (Outras).</p>																	

**ANEXO I – IMPRESSO DESENVOLVIDO PELO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO HRAC**

**PROTOCOLO DO SERVIÇO SOCIAL / HRAC-USP**      RG nº

Nome: \_\_\_\_\_

**I- SITUAÇÃO SCOCIOECONÔMICA FAMILIAR**

1 – Classificação socioeconômica    Alteração da Tabela ( ) Sim ( ) Não      **Total Pontos**

Classificação Socioeconômica						
( ) NC	( ) BI Baixa Inferior	( ) BS Baixa Superior	( ) MI Média Inferior	( ) M Média	( ) MS Média Superior	( ) A Alta
00	01 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 47	48 a 52	53 a 57

2 – Caracterização socioeconômico familiar / indicadores

Indicadores socioeconômico familiar						
Nome	Vínculo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Situação Econômica
						R\$
						,00
						,00
						,00
						,00
						,00
						,00
OBS:					Outras receitas:	,0
						0
Valor SM no país: R\$					SM Total Geral:	,00

Pts	Nº pessoas na família	Pts	Maior Nível Educacional com Renda			Pts	Renda Bruta
6	( ) 1 a 2		Pct	*Resp		21	( ) = ou > de 28 SM
		7	( )	( )	1. Pós Graduação	18	( ) de 21 a 28 SM
4	( ) 3 a 4	6	( )	( )	2. Superior	14	( ) de 13 a 21 SM
		5	( )	( )	3. Superior incompleto ou Médio completo	12	( ) de 7 a 13 SM
3	( ) 5 a 6	4	( )	( )	4. Médio inc. ou Fund – Ciclo II completo	9	( ) de 4 a 7 SM
		3	( )	( )	5. Fund. Ciclo II inc. ou Fund. Ciclo I comp.	5	( ) de 3 a 4 SM
2	( ) 7 a 8	2	( )	( )	6. Fundamental – Ciclo I inc.	3	( ) de 2 a 3 SM
		1	( )	( )	7. Alfabetizado	2	( ) de 1 a 2 SM
1	Acima de 8	0	( )	( )	8. Analfabeto/ ensino infantil ou especial	1	( ) Menos de 1 SM
					*Responsável	0	( ) Sem renda

Maior Nível Ocupacional do Responsável com Renda			
Pts	Pac	Resp	Grupo/Ocupação
13			1. Membro superior dos poderes legislativos, executivo e judiciário, membro do Ministério Público e afins.
12			2. Propriet. de empresas e org. e produtores agropecuários de grande porte e afins.
10			3. Dirigentes de organizações públicas ou privada: diretores, gerentes, supervisores, assessores, procuradores, defensores, advogados públicos, vereadores, militares de nível superior e afins.
9			4. Profis de nível superior; pós graduandos bolsistas, religiosos de nível superior.
8			5. Supervisores, consultores, chefias, coordenadores de nível técnico e médio e produtores agropecuários e proprietários de empresas e organizações de médio porte e afins.
7			6. Técnicos e profissionais de nível médio, serviços administrativos, militares e afins.
6			7. Trab. de serv., vendedores do com., mercado e prod. agropecuários e prop. de emp. E organizações de pequeno porte e afins
5			8. Trabalhador de produção de bens e serviços industriais e afins.
4			9. Trab. de serv. Diversos: manut. e reparação, embelez., religiosos, e micro prod. agrop. e prop. De micro empresa e org. e afins.
3			10. Trabalhadores domésticos e afins.
2			11. Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca e produtores agropecuários de subsistência
1			12. Benefícios assistenciais.
0			- Não trabalha/ sem idade.
OBS: Aposentado – Relacionar a ocupação em vigor na ativa.			

Tipo		Modalidade				Água	
<input type="checkbox"/> 1. Tijolos <input type="checkbox"/> 2. Madeira <input type="checkbox"/> 3. Tijolos e Madeira <input type="checkbox"/> 4. Outros Esp. _____ <b>Zona</b> <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana		<input type="checkbox"/> 1. Casa <input type="checkbox"/> 2. Apartamento <input type="checkbox"/> 3. Cômodo <input type="checkbox"/> 4. Outros Esp. _____ Total de Cômodos _____ <input type="checkbox"/> Dorm. <input type="checkbox"/> Cozinha <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Banheiro				<input type="checkbox"/> 1. Água encanada <input type="checkbox"/> 2. Mina <input type="checkbox"/> 3. Poço <b>Saneamento</b> <input type="checkbox"/> 1. Esgoto <input type="checkbox"/> 2. Fossa <input type="checkbox"/> 3. Nenhum <b>Iluminação</b> <input type="checkbox"/> 1. Luz elétrica <input type="checkbox"/> 2. Lamparina	
						Observação:	
Condição	Situação						
	Insatisfatória	Regular	Boa	Ótima			
<input type="checkbox"/> 1. Própria							
<input type="checkbox"/> 2. Financiada							
<input type="checkbox"/> 3. Alugada							
<input type="checkbox"/> 4. Cedida							
<input type="checkbox"/> 5. Outras							

**Religião:** ( ) Católica ( ) Evangélica/Protestante ( ) Espírita ( ) Test. Jeová ( ) Sem religião  
( ) Outras \_\_\_\_\_

**Relacionamento Familiar Atual**

---



---

**Convênios de Saúde:** ( ) Sim ( ) Não

Especificar: \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ( ) Aéreo ( ) Terrestre

Tempo de Viagem \_\_\_\_\_

**Recursos para Locomoção:**

( ) 1. Condução Municipal/Carona Amiga ( ) 2. Condução Municipal/Individual

( ) 3. TFD ( ) 4. Passagens/Município ( ) 5. Passe Municipal/Deficiência

( ) 6. Passe Interestadual/Deficiência ( ) 7. Próprio \_\_\_\_\_

**II – INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL:**

Ações Sócioassistenciais

**1. Planejamento e/ou mobilização de benefícios e serviços sociais/PROFIS:**

( ) Alimentação ( ) Hospedagem

**2. Orientação social e providências de documentos referentes a:**

( ) Escola ( ) Trabalho ( ) Família

( ) TFD ( ) Relatório Social ( ) Laudo de Deficiência

( ) Passe Livre (interestadual/Municipal)

**3. Orientações e encaminhamentos a recursos institucionais e comunitários:**

( ) Prefeitura Municipal ( ) Serviço de Saúde ( ) Associações ( ) Carona Amiga

( ) Coordenadores ( ) Coordenadores ( ) Outros \_\_\_\_\_

**Ações Socioeducativas**

( ) Orientações sobre direitos sociais, normas e rotinas hospitalares

( ) Divulgação de materiais socioeducativas, mobilização e participação popular

**Articulação com Equipe**

( ) Encaminhamento e discussão do caso com a equipe para (re) definição de conduta de tratamento/question social

**III – PARECER SOCIAL** (Posição no grupo familiar, condição socioeconômica, interesse e responsabilidade/tratamento, nível de compreensão, dinâmica familiar e de participação social, acesso e utilização de recursos):

---



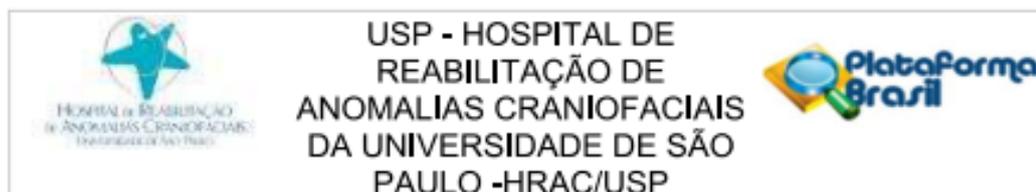
---



---

**Data** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Assistente Social** \_\_\_\_\_ **CRESS** \_\_\_\_\_

## ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Mapeamento do perfil dos pacientes do HRAC USP residentes no Litoral Norte de São Paulo e avaliação dos impactos psicossociais e no tratamento desses pacientes durante a pandemia da COVID 19

**Pesquisador:** MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 53275221.5.0000.5441

**Instituição Proponente:** Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

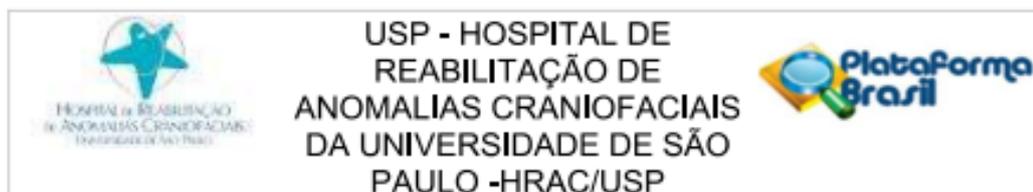
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.326.902

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa de Dissertação de Mestrado da aluna MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA sob orientação do Prof. Dr. CARLOS FERREIRA DOS SANTOS. Segundo "Projeto\_PesquisaOLIVIA.docx 08/03/2022", trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, documental e descritivo, que, por meio de análise de prontuários, irá mapear o perfil social de 120 pacientes residentes nos quatro municípios do Litoral Norte de São Paulo (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba). Esse mapeamento será através de análise de dados, nas quais as seguintes informações serão coletadas: Gênero, Idade, Tipo de Fissura, Implante coclear, Tipos de cirurgias as quais já foram submetidos, identificação de abandono de tratamento, Absenteísmos, Condicionantes sociais como TFD e dependência de transporte sanitário disponibilizado pelo Município. E em outra etapa será aplicado um questionário online, com perguntas fechadas, para verificar os impactos da pandemia da COVID 19 no tratamento da fissura labiopalatina desses participantes. Após explicação e concordância com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para maiores de idade e familiares de crianças com idade até 11 anos e Termo de Assentimento Livre Esclarecido para participantes de 12 a 17 anos, os questionários serão disponibilizados, através do Google Forms via e-mail e também e-mail

**Endereço:** Rua Sílvio Marchioni, 3-2, Unidade I, 1º andar, sala 169  
**Bairro:** Vila Universitária **CEP:** 17.012-900  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br



Continuação do Parecer: 5.326.902

explicativo com as devidas credenciais da pesquisadora. Assim que se obter os dados analíticos, tanto do questionário quanto das análises documentais, os mesmos serão dispostos em gráficos, tabelas e quadros onde receberão

intervenções estatísticas para fundamentação dos achados.

**Objetivo da Pesquisa:**

De acordo com "Projeto\_PesquisaOLIVIA.docx 08/03/2022":

**OBJETIVO GERAL:**

Mapear o perfil de residentes dos quatro municípios do Litoral Norte de São Paulo (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba) que possuam prontuário no HRAC, realizando assim o consolidado geral (dos quatro municípios) e municipal (de cada município individualmente) dos pacientes residentes nesses territórios, Identificando: Gênero, Média de Idade, Clínica e Tratamento a qual o mesmo está submetido, Número de Cirurgias Primárias e Secundárias, Terciárias, Reparadoras entre outras intervenções já realizadas no HRAC, Tipos de Fissuras, Pacientes inativos, presença de absenteísmo/abandono de tratamento, Avaliações das Condições Sociais, uso de TFD e Transporte Sanitário de responsabilidade municipal.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar se houve impacto significativo no tratamento ambulatorial e realização de cirurgias eletivas e de tempo oportuno nos pacientes com fissuras labiopalatinas dos quatro municípios do Litoral Norte de São Paulo (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba) em tratamento no HRAC, por conta da Pandemia da COVID 19.

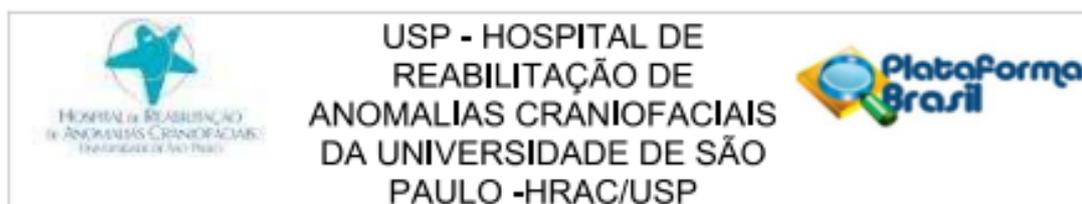
- Descrever as impressões relacionadas ao advento da pandemia na qualidade de vida e nos aspectos psicossociais dos pacientes e seus familiares.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com Projeto\_PesquisaOLIVIA.docx 08/03/2022:

**RISCOS**

**Endereço:** Rua Sílvio Marchione, 3-2, Unidade I, 1º andar, sala 169  
**Bairro:** Vila Universitária **CEP:** 17.012-900  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br



Continuação do Parecer: 5.326.902

Considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolvem riscos, mesmo que mínimos, a presente pesquisa apresenta os seguintes riscos: Indiretamente, através de uso de fontes secundárias de dados, consideramos como risco a quebra de confiabilidade.

Também considerado como risco mínimo está o risco a segurança dos Prontuários. Como não existe a categorização de "Sem Riscos", a presente pesquisa relacionada ao mapeamento do perfil dos pacientes do Litoral Norte de São Paulo, através de análise de dados e prontuários, seguramente a pesquisa envolve risco mínimo para os sujeitos da pesquisa e suas fontes secundárias.

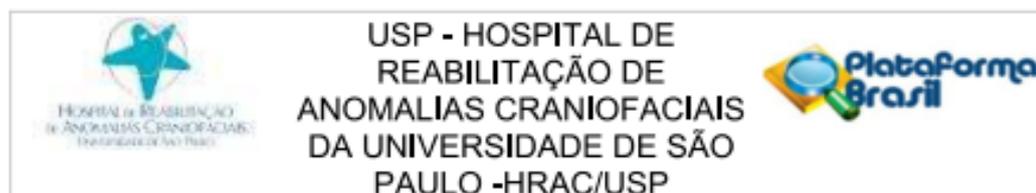
Também considerados como riscos mínimos em relação a presente pesquisa, e relacionado a fase de aplicabilidade de questionário fechado, citam-se os seguintes riscos mínimos:

Responder a questões sensíveis, tais como sentimentos negativos relacionados a Pandemia da COVID 19. Possibilidade de revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados partir do conteúdo revelado. Uso do tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista. O ato de responder a um questionário ou de ser abordado em uma entrevista, possuem riscos aos participantes uma vez que poderá causar constrangimentos ou trazer à memória experiências ou situações vividas que causam sofrimento psíquico, físico, intelectual, social, cultural ou espiritual destes.

#### BENEFÍCIOS

O Mapeamento do perfil dos pacientes com Matrícula/Prontuário no HRAC, residentes nos quatro municípios do Litoral Norte de São Paulo (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba) pertencentes a DRS XVII apresenta importância ímpar no sentido de ampliação de acesso à Serviços de Referência à pacientes com Anomalias Craniofaciais, Auditivas Congênitas e Fissuras Labiopalatinas, ampliando a possibilidade de acesso aos tratamentos propostos e que dependem de tempo oportuno para a sua realização exitosa, minimizando os prejuízos funcionais, econômicos e sociais na qual esses pacientes estão sujeitos. O mapeamento possibilitará também a identificação dos acompanhamentos dos pacientes, absenteísmo, abandono de tratamento e a identificação de fatores diretamente intervenientes no êxito do tratamento como, por exemplo, o acesso a transporte sanitário, acesso ao TFD (Tratamento Fora do Domicílio), dificuldades de inserção de determinada região no sistema CROSS, falta de capacitação das Unidades de Estratégia

**Endereço:** Rua Sílvio Marchionni, 3-2, Unidade I, 1º andar, sala 169  
**Bairro:** Vila Universitária **CEP:** 17.012-900  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br



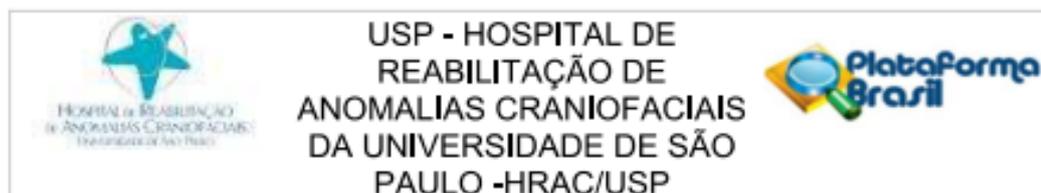
Continuação do Parecer: 5.326.902

Saúde da Família, Identificação da necessidade de capacitações relacionadas a amamentação de bebês com fissuras labiopalatinas, tanto a âmbito de Baixa Complexidade como em Média e Alta Complexidade, Realização de Semanas de Visibilidade das Anomalias Craniofaciais propostas por Câmara de Vereadores com ênfase nas Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social das municipalidades participantes da presente pesquisa. Em relação a amplitude do Impacto da Pandemia da COVID 19, o benefício da pesquisa está na mensuração dos prejuízos econômicos, psicossociais e funcionais nas quais os pacientes se viram inseridos por conta da desmarcação/suspensão por tempo indeterminado de acompanhamentos ambulatoriais previstos em tempos oportunos e também a desmarcação/suspensão por tempo indeterminado de cirurgias eletivas por conta da crise sanitária desencadeada pela pandemia da COVID 19, mensuração do impacto psicossocial nas famílias e pacientes que aguardam a realização das cirurgias primárias e secundárias e demais procedimentos ambulatoriais relacionadas ao processo reabilitador. A mensuração da amplitude desses prejuízos pode desencadear políticas públicas relacionadas a saúde mental e bem estar biopsicossocial, remodelação do processo de inserção desses pacientes novamente ao processo longo e complexo reabilitador e, principalmente provocar o debate público sobre essas condições adversas, com urgente desenvolvimento de estratégias municipais, pautas em reuniões de CIB (Comissões Intergestoras Bipartites), CIR (Comissão Intergestores Regionais), que são espaços de pactuação, cooperação e fortalecimento dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Ainda, em relação ao questionário de perguntas fechadas, poderá haver a ampliação dessa discussão, após comprovação dos impactos pandêmicos sobre o grave prejuízo biopsicossocial do público alvo da presente pesquisa, podendo desencadear ações factíveis e metas pactuadas com a finalidade de fortalecer os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que são Universalidade (acesso a todos), Equidade (proporcionar acesso aos serviços de saúde, cuidados e ações aos que mais necessitam de tratamentos específicos) e Integralidade (cuidado holístico e em todas as fases do ser humano) e ações relacionadas à manutenção da saúde mental dos sujeitos da pesquisa.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é inédita e apresenta mérito científico significativo para a área da saúde e reabilitação.

**Endereço:** Rua Sílvio Marchione, 3-2, Unidade I, 1º andar, sala 169  
**Bairro:** Vila Universitária **CEP:** 17.012-900  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br



Continuação do Parecer: 5.326.902

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- \*Carta de encaminhamento;
- \*Declaração de Concordância e Infraestrutura;
- \*Folha de Rosto da Plataforma Brasil;
- \*Termo de Compromisso de Tornar Públicos os Resultados da Pesquisa e Destinação de Materiais ou Dados Coletados;
- \*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Termo de Assentimento;
- Termo de Compromisso, Confidencialidade e Autorização de Utilização de Dados em Projetos de Pesquisa
- Termo de Permissão para uso de Registros para Fins Científicos;

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em resposta às considerações apontadas pelo CEP, os pesquisadores providenciaram as adequações éticas necessárias:

Adequação 1: Inserir cabeçalho no TALE informando o setor em que pesquisa será realizada.

Resposta: O cabeçalho foi inserido no TALE (taleok.docx 08/03/2022).

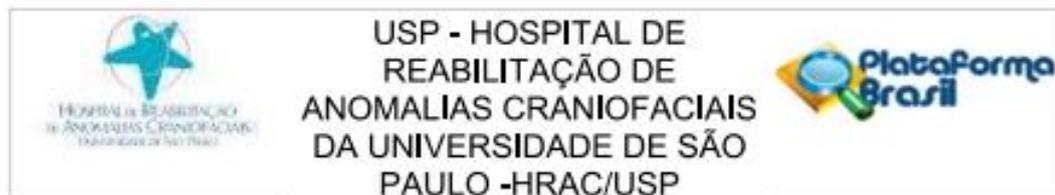
Adequação 2: Acrescentar no TCLE, nas informações sobre o ressarcimento de despesas, a seguinte frase: "não haverá o ressarcimento de despesas com transporte, hospedagem e alimentação por conta da coleta de dados ser aplicada com os participantes na modalidade online.

Resposta: A frase supracitada foi adicionada ao TCLE (TCLE\_LINK\_Olivia.docx08/03/2022)

Adequação 3: Alterar nos cronogramas do Projeto de Pesquisa Detalhado e Plataforma Brasil a data de início da coleta de dados para o mês seguinte ao que o projeto de pesquisa estiver sendo analisado pelo Comitê de Ética.

Resposta: O cronograma foi alterado tanto no projeto quanto na Plataforma Brasil. O início da coleta está previsto para 01/04/2022 (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1852698.pdf 17/03/2022 e Projeto\_PesquisaOLIVIA.docx 08/03/2022).

**Endereço:** Rua Sílvio Marchioni, 3-2, Unidade I, 1º andar, sala 169  
**Bairro:** Vila Universitária **CEP:** 17.012-900  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br



Continuação do Parecer: 5.326.902

Adequação 4: Favor inserir o ofício com assinatura dos pesquisadores.

Resposta: O ofício encontra-se devidamente assinado (oficio\_resposta.pdf 17/03/2022).

Adequação 5: O formulário no link <https://forms.gle/fH4zPrtR4LsrGqmH7> não está ativo).

Resposta: o formulário no link <https://forms.gle/fH4zPrtR4LsrGqmH7> encontra-se ativo e funcionando adequadamente.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação. Portanto, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", se caso houver alterações nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

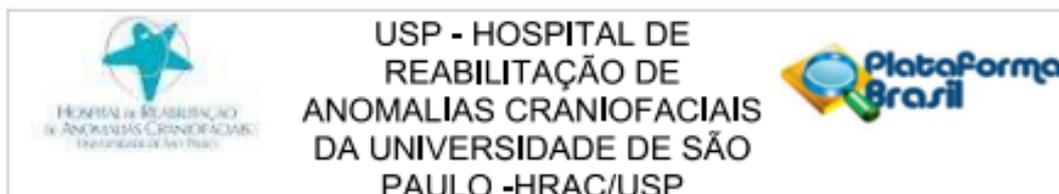
Cabe ao pesquisador notificar via Plataforma Brasil o relatório final para avaliação. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e/ou outros Termos obrigatórios assinados pelos participantes da pesquisa deverão ser entregues ao CEP. Os relatórios semestrais devem ser notificados quando solicitados no parecer.

A obtenção de dados pessoais para recrutamento dos participantes da pesquisa deve ser por meio do sistema de chamados, conforme a Portaria 12/2021-SUPE.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1852698.pdf	17/03/2022 12:56:40		Aceito
Outros	oficio_resposta.pdf	17/03/2022 12:55:52	MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PesquisaOLIVIA.docx	08/03/2022 12:12:38	MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA	Aceito
Outros	taleok.docx	08/03/2022 11:46:31	MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_LINK_Olivia.docx	08/03/2022 11:18:34	MARIA OLIVIA PIMENTEL	Aceito

**Endereço:** Rua Sílvio Marchione, 3-2, Unidade I, 1º andar, sala 169  
**Bairro:** Vila Universitária **CEP:** 17.012-900  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br



Continuação do Parecer: 5,326,902

Justificativa de Ausência	TCLE_LINK_Olivia.docx	08/03/2022 11:18:34	SAMERSLA	Aceito
Outros	Projeto_Pesquisa_cronograma_Olivia.docx	08/03/2022 11:08:14	MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA	Aceito
Folha de Rosto	folharosto1.pdf	03/01/2022 13:28:55	MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA	Aceito
Outros	QUEST_B_18.pdf	31/12/2021 18:53:28	MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA	Aceito
Outros	QUEST_A_12_18.pdf	31/12/2021 18:51:37	MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA	Aceito
Outros	CARTA_ENC_CEP.PDF	13/11/2021 22:59:35	MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaNFRAESTRUTURA.pdf	11/11/2021 21:25:50	MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	Term_Perm_Uso_Registro.pdf	11/11/2021 21:15:49	MARIA OLIVIA PIMENTEL SAMERSLA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BAURU, 01 de Abril de 2022

Assinado por:  
**Renata Paciello Yamashita**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sílvio Marchioni, 3-2, Unidade I, 1º andar, sala 169  
 Bairro: Vila Universitária CEP: 17.012-900  
 UF: SP Município: BAURU  
 Telefone: (14)3235-8421 Fax: (14)3234-7818 E-mail: cephrac@usp.br