

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

**QUALIDADE DE VIDA NOS PROTOCOLOS CLÍNICOS DO  
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS  
CRANIOFACIAIS.**

**SILVIA AMÁLIA CANOVA CARDOSO**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

**Bauru**

**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

**QUALIDADE DE VIDA NOS PROTOCOLOS CLÍNICOS DO  
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS  
CRANIOFACIAIS.**

**SILVIA AMÁLIA CANOVA CARDOSO**

**Orientador: PROF. DR. JOSÉ ROBERTO PEREIRA LAURIS**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

**Bauru**

**2008**

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

Rua Silvio Marchione, 3-20  
caixa postal: 1501  
17012-900 Bauru/SP - Brasil  
(14) 3235-8000

Profa. Dra. Suely Vilela - Reitora da USP

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas - Superintendente HRAC/USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

\_\_\_\_\_  
Silvia Amália Canova Cardoso

Bauru, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

CARDOSO, Silvia Amália Canova  
Qualidade de vida nos protocolos clínicos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais / Silvia Amália Canova Cardoso. Bauru 2008.

Dissertação (Mestrado – Ciências da Reabilitação: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) - HRAC/USP.

Cópia revisada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Descritores: 1. Qualidade de vida; 2. Fissura labiopalatina; 3. Protocolo clínico.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação apresentada e defendida por

**SILVIA AMÁLIA CANOVA CARDOSO**

e aprovada pela Comissão Julgadora em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

---

Prof.(a) Dr.(a)  
Instituição

---

Prof.(a) Dr.(a)  
Instituição

---

Prof.(a) Dr.(a)  
Instituição

---

Prof.(a) Dr.(a)  
Instituição (Orientador)

Data de depósito da dissertação junto à SPG \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.



# **SILVIA AMÁLIA CANOVA CARDOSO**

## **FORMAÇÃO ACADÊMICA**

- 1972 - 1975** Graduação em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social da Instituição Toledo de Ensino de Bauru/SP Brasil.  
Título: Estudo Experimental do Serviço Social no Âmbito Hospitalar. Orientador: Maria Inês Gândara Graciano.
- 1977 - 1977** Especialização em Instrumentalização Para Supervisão Em S Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.  
Título: Supervisão em Serviço Social. Orientador: Egle Muniz Lourenço.
- 1994 - 1995** Especialização em Administração Hospitalar. Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, Brasil.  
Título: O Serviço do Prontuário do Paciente em um Hospital Público. Orientador: José Alberto de Souza Freitas.
- 2002 - 2004** Especialização em MBA Gestão e Tecnologia da Qualidade. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, POLI/USP, Brasil.  
Título: Implantação do Núcleo Integrado de Desenvolvimento de Pessoas. Orientador: Adherbal Caminada Neto.
- 2006 - 2008** Mestrado em Ciências da Reabilitação. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, USP/HRAC, Brasil.  
Título: Qualidade de vida nos protocolos clínicos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Orientador: José Roberto Pereira Lauris.

## **ATIVIDADES PROFISSIONAIS NO HRAC / USP**

- 1986 - 1994** Chefe da Central de Avaliação de Prontuários.
- 1994 - 1999** Diretora Técnica do Serviço do Prontuário do Paciente.
- 1999 - 2000** Coordenadora do Núcleo Integrado de Reabilitação e Habilitação.
- 2001 - 2003** Diretora dos Serviços Administrativos.

## **ASSOCIAÇÕES**

- 1976** Conselho Regional do Serviço Social.



**DEDICATÓRIA**



***Aos meus amados filhos,***

***Cynthia Amália e***

***Hugo Henrique***



## **AGRADECIMENTOS**



Aos meus saudosos pais, **Onélia** e **Maurício**, que outra coisa não fizeram em vida a não ser educar e mostrar o caminho do bem a nós, seus filhos.

Aos **meus irmãos** queridos pela benevolência e compreensão nas minhas ausências.

Às amigas queridas, **Leine, Liliam, Salete, Deila Maria, Elô, Jacqueline, Rê Garcia** e **Fefê**, pela franca amizade, incentivo e vibração pelas minhas conquistas.

Aos meus jovens amigos, **Bruno, Tchê, Lew, Larissa, Livia** e **Guilherme Octaviano** pela prova maior de amor que foi o acalanto e o companheirismo nos momentos de aflição quando finalizava esse trabalho.

À minha ajudante **Terezinha** pela assiduidade e envolvimento, me auxiliando a conciliar as questões pessoais aos compromissos acadêmico-profissionais.

Aos meus especiais colegas de trabalho, **Teresa, Andrea, Bruno, Thiago, Douglas, Francine** e **Robert** pela ajuda, colaboração e pelos momentos fantásticos de celebração da vida e de companheirismo.

Aos profissionais da Secretaria de Pós-Graduação, **Andréia, Zezé, Rogério** e **Saulo** pelo apoio, simpatia e presença assertiva às necessidades de todos os alunos.

Aos profissionais do Serviço de Informática Hospitalar, Serviço do Prontuário do Paciente e Serviço de Arquivo de Prontuários, nas pessoas da **Rose, Thaísa, Juliana, Adilson** e **William** pela precisão das informações e presteza na separação dos prontuários para a realização desta pesquisa.

Aos profissionais da **Unidade de Ensino e Pesquisa** do HRAC/USP pelo apoio, orientações e preparo técnico.

Aos meus queridos, expressivos e divertidos colegas de mestrado, **Tânia Mara, Soraya, Simone, Priscila, Ana Celina, Matheus** e **Luiz Gustavo** pela doce convivência e tão feliz oportunidade de troca.



A minha super colaboradora e maxi-assistente **Rita de Cássia Miguel**, pela atenção, paciência, precisão e contribuição na elaboração deste trabalho.

Às admiradas e respeitadas professoras e amigas **Dra Maria Inês Pegoraro-Krook** e **Dra Jeniffer de Cássia Rillo Dutka-Souza** pelo privilégio da convivência e confiança em mim depositada.

À **Dra Maria Irene Bachega**, amiga e Diretora do Departamento Hospitalar do HRAC/USP pelo estímulo sempre presente.

Ao professor **Dr. João Henrique Nogueira Pinto**, Diretor Técnico da Divisão Administrativa do HRAC/USP pela estima e consideração.

Ao **corpo docente** do Curso de Pós-Graduação do HRAC/USP na pessoa da **Professora. Dra. Maria Inês Gândara Graciano** pelo empenho, dedicação e saber.

À **Professora Dra. Inge Kiemle Trindade**, Coordenadora da Pós-Graduação do HRAC/USP pela oportunidade de crescimento com a vivência acadêmica.

Ao meu estimado orientador, **Professor José Roberto Pereira Lauris** pela atenção e contribuição absoluta.

Ao Professor **Dr José Alberto de Souza Freitas (Tio Gastão)**, Superintendente do HRAC/USP mestre maior e principal responsável por toda minha trajetória profissional.



## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS .....	xix
LISTA DE SIGLAS .....	xxiii
RESUMO .....	xxvii
SUMMARY .....	xxxii
1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA .....	3
1.1 - Qualidade de vida .....	4
1.1.1 - Criança e qualidade de vida .....	6
1.2 – O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais .....	9
1.2.1 – Fissuras labiopalatinas.....	11
1.3 - Protocolos clínicos .....	13
1.3.1 - Protocolos clínicos no gerenciamento das fissuras labiopalatinas .	16
2. OBJETIVOS .....	23
3. MATERIAL E MÉTODO .....	27
3.1 - Casuística .....	27
3.2 - Definições operacionais dos termos .....	28
3.3 - Instrumento de investigação .....	29
3.4 - Procedimento para aplicação do protocolo de investigação .....	31
4. RESULTADOS .....	37
4.1 - Qualidade de vida na estrutura dos protocolos clínicos .....	37
4.2 – Análise dos protocolos clínicos das 5 áreas que contemplam domínios de QV nos 314 prontuários de pacientes .....	41
4.3 – Análise das anotações nas folhas de evolução .....	49
4.4 – Sumário dos aspectos mais contemplados nos protocolos/prontuários	57
5. DISCUSSÃO .....	61
5.1 – Qualidade de vida na estrutura dos protocolos clínicos .....	63
5.2 – Coleta e registro de itens de qualidade de vida .....	66
5.3 – Abordagens de itens de qualidade de vida nas folhas de evolução .....	70
5.4 – Comentários finais .....	74
6. CONCLUSÕES .....	79
7. REFERÊNCIAS .....	83
ANEXOS	



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Qualidade de vida contemplada na estrutura dos protocolos clínicos do HRAC/USP	39
Tabela 2	Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: convívio social	42
Tabela 3	Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: relacionamento interpessoal.	43
Tabela 4	Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: educação	44
Tabela 5	Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: desempenho escolar	45
Tabela 6	Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: lazer.	46
Tabela 7	Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: satisfação com resultado do tratamento	47
Tabela 8	Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: queixas	48
Tabela 9	Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: convívio social	50
Tabela 10	Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: relacionamento interpessoal	51
Tabela 11	Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: educação.	52
Tabela 12	Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: desempenho escolar	53
Tabela 13	Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: lazer.	54



Tabela 14	Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: satisfação com resultado do tratamento	55
Tabela 15	Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: queixas.	56
Tabela 16	Sumário dos aspectos mais contemplados nos protocolos/prontuários	57



## LISTA DE SIGLAS

Adolec	Base de Dados da Adolescência na BVS
<i>AUQUEI</i>	<i>Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé</i>
BIREME	Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Biblioteca Virtual em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional e Ética em Pesquisa
FLPUO	Fissura labiopalatina unilateral operada
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP
Lilacs	Base de Dados da BVS
MEC	Ministério da Educação e Cultura
Medline	<i>National Library of Medicine</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
QVLS	Qualidade de vida ligada à saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
Wholis	Base de Dados da BVS
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life



**RESUMO**



## RESUMO

CARDOSO SAC. Qualidade de vida nos protocolos clínicos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2008.

**Objetivo:** Verificar a existência de itens de “Qualidade de Vida” (QV) nos protocolos clínicos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP).

**Modelo:** Estudo observacional, transversal e descritivo sobre os seguintes domínios de QV: (1) convívio social, (2) relacionamento interpessoal, (3) educação, (4) desempenho escolar, (5) lazer, (6) satisfação com resultado do tratamento, e (7) queixas, nas áreas de Pediatria, Enfermagem/Saúde Pública, Serviço Social, Nutrição/Dietética, Genética, Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, Odontopediatria, e Ortodontia.

**Local:** HRAC/USP, Bauru.

**Participantes:** Protocolos clínicos e 314 prontuários de pacientes em idades entre 6 e 12 anos, com fissura unilateral transforame operada.

**Resultados:** Nenhuma das áreas clínicas contemplou os 7 domínios de QV em seus protocolos clínicos. A coleta e registro dessas informações nos protocolos clínicos ocorreram em mais de 50% da amostra somente na área de Serviço Social. A fonoaudiologia é a que mais investiga e registra aspectos de QV nas folhas de evolução.

**Conclusões:** A análise revelou que das 12 áreas investigadas, 42% (5) áreas contemplam domínios relacionados à avaliação de QV na estrutura dos protocolos clínicos e ainda que haja inconsistência na coleta e registro desses dados, a presença de domínios de QV na prática clínica se observa em 66% das áreas que o registram de forma espontânea nas folhas de evolução.

**Descritores:** Fissura labiopalatina, qualidade de vida, criança e protocolos clínicos.



**SUMMARY**



## **SUMMARY**

CARDOSO SAC. Quality of life in the clinical protocols of the Hospital of Rehabilitation of Anomalies Craniofacials [dissertation]. Bauru: University of São Paulo;2008.

**Objective:** Verifying the existence of items of “Quality of Life” in the clinical protocols of the Hospital of Rehabilitation of Anomalies Craniofacials.

**Model:** Observational study, cross and descriptive in patient’s handbooks, about domains of quality of life (1) social conviviality, (2) relationship among people, (3) education, (4) school performance, (5) leisure, (6) satisfaction with the result of treatment and (7) complaints, in the pediatrics areas, nursing, social work, nutrition, genetics, plastic surgery, ear doctor, speech pathologist, psychology, physiotherapy, child’s dentist and orthodontists.

**Setting:** HRAC/USP, Bauru.

**Participants:** Clinical protocols and 314 patients’ handbooks whose ages are between 6 and 12 years old, with cleft lip and cleft palate operated.

**Results:** None of the clinical areas contemplated the 7 domains of “Quality of life” in their clinical protocols. The collection and the registration of those information occurred in 50% of the sample only for the area of social work. The area of speech pathologist is where more investigates are notified and it registers those aspects in evolution sheet of the handbook.

**Conclusions:** The analysis showed that regarding 12 investigated areas, 42% (5) areas contemplate domains related to the evaluation of quality of life in the structure of the clinical protocols and although that there is inconsistency in the collection and registration of those data, the occurrence of domains of “Quality of Life” in clinical practice is observed in 66% of the areas that make it as spontaneous way in the evolution sheet

**Key words:** Cleft lip, cleft palate, quality of life, child and clinical protocols.



**INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA**



## 1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA.

Nas últimas três décadas o interesse pela avaliação da qualidade de vida (QV) das pessoas ultrapassou as fronteiras de jornalistas, políticos, gestores e profissionais de diversas áreas ligados às políticas públicas, migrando decisivamente ao contexto da pesquisa científica, principalmente na área da saúde (Prebianchi 2003). As relações entre saúde e QV são estreitas e têm no conceito de “promoção da saúde” sua estratégia central. De acordo com Buss (2000), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) realizou, não faz muito tempo, um seminário sobre condições de vida e situação de saúde em que vários autores latino-americanos discutiram sob diversos ângulos, o tema saúde e QV. Embora o termo “promoção da saúde” tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidados. Multifatoriais e complexos são os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. A saúde é compreendida de várias formas. Para Buss (2000) o que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre condições de saúde o qual se sustenta no entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a QV. O autor complementa que este inclui: um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; e estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Corroborando com tais caracterizações, a literatura mostra que o conceito de saúde vai desde o funcionamento do corpo até o completo estado de bem-estar (Fleck et al 1999, Minayo et al 2000 e Segre 1997). Para a Organização Mundial da Saúde OMS (1994), saúde não é apenas a ausência de doenças ou enfermidades, mas um completo estado de bem-estar físico, mental e social. Essa definição

inclui além do olhar biomédico, outros muito mais abrangentes e controversos. Dentre esses, incluem-se os aspectos relacionados a fatores econômicos, sócio-culturais, experiência pessoal e estilo de vida. Assim, vista de uma forma mais focada, qualidade de vida em saúde centraliza-se na capacidade de viver sem doenças ou superar as dificuldades ou agravos com a interveniência direta de profissionais que atuam na área da saúde, aliviando a dor, o mal-estar, minimizando desconfortos e ou propiciando condições para evitá-los (Minayo et al 2000). Todos esses aspectos requerem QV como resultado, tanto das práticas assistenciais quanto de políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Assim a concepção de saúde importa também uma visão afirmativa que a identifica com bem-estar e QV (Seidl 2004).

### **1.1 – Qualidade de vida**

QV é uma noção eminentemente humana. Muitos termos na literatura são usados para caracterizar QV. Em geral, relacionam -se com satisfação das necessidades individuais como crescimento, auto-estima, bem-estar, liberdade e prazer, nos relacionamentos e no trabalho (Chen e Hunter 1996). Muitos consideram a QV sob indicadores objetivos, tais como nível socioeconômico ou condição habitacional, porém esses domínios mais se relacionam com quantidade do que com qualidade. Para Meeberg (1993) há um impasse quanto a esses indicadores quantitativos, onde se questiona se estes realmente refletem QV do indivíduo ou se são meros indicativos de condição de vida. Tais fatores, certamente contribuem, mas não provêm uma completa avaliação de QV.

Portanto, medir QV é bastante complexo e requer que se tome como certa e aceita uma definição que mais se aproxime da realidade a ser observada (Dantas 2003). Muitos termos são usados como sinônimos de QV,

tais como bem-estar, felicidade, relações pessoais, realização profissional, nível de independência, condição de vida, satisfação de vida, saúde física, considerada a variável que mais influencia na QV, uma vez que esta seria a medida do estado e capacidade para realização de tarefas e a promoção de relações interpessoais (Segre e Ferraz 1997, Minayo e Hartz 2000, Arnold et al 2004). No entanto, há necessidade de se fazer uma distinção entre os termos “satisfação de vida” e QV, uma vez que satisfação de vida é puramente subjetiva, referindo-se a sentimentos de felicidade e contentamento com a vida. Já QV engloba aspectos subjetivos e objetivos. O aspecto subjetivo é essencial, pois a percepção de satisfação pessoal é uma característica intrínseca, mas, o componente objetivo (instrução, renda familiar, lazer, acesso às informações etc) estará sempre presente. Dessa forma tomando-se como exemplo uma pessoa que sempre viveu na pobreza e que nunca conheceu outra forma de vida, esta pode se sentir satisfeita com sua própria vida, enquanto que outra vivendo nas mesmas condições pode visualizar riscos na saúde, avaliando, desta forma uma QV abaixo do ideal (Meeberg 1993). Assim, o conceito QV representa uma tentativa de nomear algumas características da experiência humana, sendo fator central que a determina, a sensação subjetiva de bem-estar (Assumpção Jr et al 2000).

Muitos são os estudos científicos que se utilizam de instrumentos dos mais variados para medir a QV de pessoas, em sua maioria adultos e, segundo Wallander et al (2001), dos 20.000 artigos publicados entre 1980 e 1994, apenas 3.050 referiam-se às crianças. A faixa etária menos estudada dizia respeito àquelas com idades entre 6 e 12 anos. Visando diferir de seu conceito mais amplo e geral para um sentido mais restrito, ligado à saúde e à doença (ocorrência e tratamento), tem sido preconizado o uso da expressão “qualidade de vida ligada à saúde” (Fayers e Machin 2000). Alguns instrumentos tratam a saúde como componente de um indicador composto, outros têm no campo da saúde seu objeto propriamente dito. Testa e Simonson (1996) observaram que as medidas de QV têm sido cada vez mais utilizadas como suplementos às medidas biológicas ou clínicas da doença, para avaliar a qualidade do serviço, a necessidade de cuidados de saúde, a eficiência das intervenções e a análise de custos/benefícios. As considerações metodológicas no desenvolvimento e

na estrutura das medidas de QV devem propiciar resultados fidedignos, válidos e sensíveis às mudanças (Prebianchi 2003).

Reforçando o predito, a produção científica sobre a temática QV, nas Universidades Públicas do Estado de São Paulo reúne 53 trabalhos entre teses e dissertações (resumos disponibilizados on-line) desenvolvidos somente com adultos de ambos os sexos e, desses, 69,8% apresentavam algum tipo de patologia (Dantas 2003). Consultando o Serviço de Referência Bibliográfica do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP) constatou-se neste hospital um trabalho, primeiro sobre esta temática, tendo como sujeito da pesquisa, jovens adolescentes e adultos com fissura “Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal”. Esse trabalho [tese], de autoria de Bachega (2002) enfermeira diretora do Departamento de Assistência Hospitalar do HRAC/USP teve por objetivo identificar, descrever e avaliar a QV verbalizada e percebida, por adolescentes com fissura labiopalatina e por um grupo controle com características sociodemográficas próximas. Outros dois estudos sobre avaliação de QV foram realizados posteriormente, também com adultos com fissura labiopalatina e em tratamento no HRAC/USP. “Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com fissura labiopalatina”, [dissertação] de Veronez (2007) que teve por objetivo avaliar a QV de pacientes adultos com fissura labiopalatina, analisando-a a partir das condições sociodemográficas dos mesmos e do instrumento WHOQOL (brief) e “Trabalho e Qualidade de vida de pessoas com fissura labiopalatina inseridas no mercado de trabalho em Bauru” também [dissertação] de Santos (2007), cujo objetivo principal foi avaliar QV nos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambientes de indivíduos residentes em Bauru, em fase final de tratamento e inseridos no mercado de trabalho. Não foram encontrados trabalhos investigando domínios da QV especificamente em crianças com fissura labiopalatina.

### **1.1.1 – Criança e qualidade de vida**

QV na perspectiva da criança é um campo relativamente recente. Assim, embora crescente, o número de instrumentos que buscam mensurar QV da criança ainda é pequeno (Ravens-Sieber et al 2001). Pela Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente: “considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos...”, (Estatuto da Criança e do Adolescente 1990). Eiser e Morse (2001) com o objetivo de determinar a relação entre avaliação de QV ligada à saúde (QVLS), realizada por pais e filhos, por meio de revisão sistemática da literatura observaram, que os pais estão mais aptos a julgarem a QVLS das crianças em termos de questões físicas do que das questões emocionais e sociais. Essas percepções paternas ou mesmo da equipe médica que está em contato com a criança sob avaliação apresentam em geral, baixo índice de correlação positiva com a auto-avaliação infantil (Jenney e Campbell 1997, Eiser e Morse 2001).

A criança, assim como o adolescente tem diferentes graus de percepção de si mesma e do mundo, em função de sua fase de desenvolvimento (Assumpção Jr et al 2000). Bee (1997) refere que dos 6 aos 12 anos, este desenvolvimento fica focado nas aquisições escolares e nas interações sociais. Garcia (2006) com o objetivo de caracterizar e analisar os aspectos psicossociais e familiares de indivíduos com e sem distúrbios da comunicação decorrentes da fissura labiopalatina, observou nas relações sociais do paciente, um índice significativo de crianças vítimas de chacotas no ambiente escolar, com destaque a apelidos preconceituosos. Na tentativa de demonstrar alguns fatores que influenciam no auto-conceito de crianças com fissuras labiopalatinas Lansdown (1981) citado por Amaral (1997 p.503) apontou algumas variáveis tais como: efeitos da classe social, nível educacional dos pais, inteligência da criança, grau dos problemas funcionais, tamanho da família entre outros e sugeriu que estudos longitudinais sejam realizados. De acordo com Amaral (1997) esses estudos parecem não revelar sérias diferenças no auto-conceito das crianças com fissura, mas não se deve ignorar a evidência de que a fissura tem preponderância nas respostas emocionais e

sociais do indivíduo, influenciando sutilmente padrões de vida ou estilos comportamentais que devem ser levados em consideração, tanto na prática clínica como na educacional.

Estudos analisando o entendimento da criança sobre saúde têm demonstrado que este conceito muda conforme seu crescimento e amadurecimento (Jenney e Campbell 1997). Para a criança jovem, QV pode estar relacionada a ter cabelos com gel, muitos amigos ou correr no parque, enfim, fazer coisas que seus pares podem fazer, nada relacionado com funções básicas (Eiser 1997 e Landgraf 2001). Porém, para alguns grupos de crianças, que não são capazes de prover informações confiáveis (crianças muito jovens ou com doenças incapacitantes), a participação dos pais, geralmente, é a forma mais apropriada de obter esses dados (Wallander et al 2001).

Outra dificuldade está na incerteza existente sobre a capacidade da criança expressar de forma confiável suas opiniões, sentimentos e percepções sobre sua QV. Ravens-Sieber et al (2001) relatam que o entendimento do conceito QV, ou ainda, a forma como a criança avalia sua própria saúde e bem-estar é determinado pela sua idade, maturidade e desenvolvimento cognitivo. Ainda assim, alguns autores defendem a idéia de que a mensuração da QV e da QVLS deve preferencialmente, ser feita pela própria criança (Jenney e Campbell 1997; Eiser e Morse 2001, Manificat et al 1997 e Wallander et al 2001).

O patamar mínimo e universal para se falar em QV diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer (Minayo et al 2000). A Declaração Universal dos Direitos Humanos, elaborada pela Assembléia Geral das Nações Unidas (1948), em seus artigos 24, 25 e 26 cita esses aspectos como de direito de todo homem e, esses em nosso país, são garantidos por força da Lei pela Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil 1989). Assim, segundo Minayo et al (2000) a noção de QV, também se relaciona ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais, tratando-se, portanto de uma “representação social” criada

a partir de parâmetros: subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e objetivos (cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade). Nesta linha de raciocínio, mostra-se útil a definição de Wallander et al (2001), segundo os quais, QV é a combinação de bem estar objetivo e subjetivo em múltiplos domínios da vida, considerados importantes na cultura e época do indivíduo (infância, adolescência, adulto ou idoso) e que, ainda estejam de acordo com padrões universais de direitos humanos. Tendo em vista que é um direito da criança ter padrões de QV adequados às suas necessidades físicas, mentais e de desenvolvimento social, o respeito a esse direito é fundamental, pois contribui com o bem-estar do indivíduo na fase adulta (Prebianchi 2003).

## **1.2 – O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais**

O HRAC, órgão complementar da Universidade de São Paulo na cidade de Bauru, trabalha há quarenta anos, com a reabilitação de pessoas com malformações craniofaciais, em grande parte dos casos, fissuras labiopalatinas (Brasil 1999). Trata-se de um centro multidisciplinar que se baseia na odontologia, tendo como ponto de equilíbrio a atuação da medicina e da fonoaudiologia, todos integrados com as demais especialidades. A complexidade do processo de reabilitação do indivíduo com fissura labiopalatina requer que o atendimento a esses indivíduos seja prestado por equipe constituída por diversos especialistas de forma que o tratamento seja global e humanizado. O objetivo principal é atender o paciente em todas as suas necessidades físico-estético-funcionais (Loffredo et al 1994). Em centros como o HRAC, onde o processo reabilitador ocorre por um longo tempo, o paciente é acompanhado durante todo o período por diferentes profissionais dessa equipe multidisciplinar (Aiello et al 2000 e Abdo e Machado 2005). No

HRAC quem inicia o tratamento da fissura labiopalatina na infância, vivencia em meio ao processo reabilitador, todas as fases de seu desenvolvimento até sua idade adulta (Graciano et al 2007).

A literatura sobre a qualidade de vida em pacientes com fissura labiopalatina é extensa em adolescentes e adultos. Os métodos de investigação em sua maioria além da faixa etária contemplam tipo de fissura, questões psicossociais, família, trabalho, relacionamento interpessoal e aspectos gerais de vida e saúde (Kapp-Simon et al, Strauss, Patel e Ross 2003, Topolski et al, Locker et al e Edwards et al 2004). Sinko et al (2003) associaram a reabilitação estético-funcional da pessoa com fissura labiopalatina à QV enfatizando que os tratamentos secundários de início são extremamente decisivos nessa relação. Veronez (2007) avaliando QV de pacientes adultos com fissura labiopalatina observou em seu estudo que a avaliação de QV pede uma reflexão madura a respeito do quão feliz ou satisfeito se está com as condições que se tem, entendendo também que só adultos podem fazer uma auto-avaliação da própria QV. Diferentemente para as crianças e para os adolescentes, embora crescente, o número de instrumentos que buscam mensurar QV ainda é pequeno (Ravens-Sieber et al 2001). Examinando a base de dados da BIREME (Lilacs, Adolec, Wholis) e Medline, tendo como “descritores”: 1) QV; 2) Fissura e 3) Crianças e fazendo as pirâmides invertidas com os descritores 1, 2 e 3, se obteve como resultado 8 publicações com esses três descritores em conjunto nessas bases de dados. Com os descritores 1 e 3 (QV e Crianças) foram encontrados na BIREME, Adolec 17 publicações, que após pesquisa refinada, destacaram-se 12 trabalhos. Com os descritores 1 e 2 (QV e Fissura), foram encontradas 35 publicações no Medline, que após pesquisa refinada, dessas foram selecionadas 14. Em razão da especificidade e complexidade do tema, optou-se pela concentração maior dos estudos nas publicações que reuniam os três descritores em conjunto ou ainda com as que continham o conjunto dos descritores “QV e Fissura”.

### 1.2.1 – Fissuras labiopalatinas

As fissuras labiopalatinas são anomalias congênitas e integram dois grupos distintos: fissura de lábio e/ ou fissura palato, unilateral ou bilateral resultantes da falta de fusão dos processos nasais da proeminência frontal com o processo maxilar, na sétima semana de desenvolvimento embrionário. A fissura palatina é resultante da falta de fusão, na linha mediana, dos processos bilaterais independentes do maxilar, por volta da décima segunda semana de vida intra-uterina (Abdo e Machado 2005).

As fissuras labiopalatinas englobam uma ampla variedade de malformações com extensões e amplitudes que determinam protocolos e prognósticos de tratamentos distintos. Uma boa proposta de diagnóstico das fissuras é classificá-las, com o intuito de identificar a sua anatomia e priorizar as abordagens terapêuticas dentro de um protocolo sistematizado (Silva Filho e Freitas 2007). O HRAC/USP adotou a classificação das fissuras labiopalatinas baseada em Spina et al (1972) modificada por Silva Filho et al (1992) conforme descrição que se segue:

- ✓ Grupo I – Fissuras pré-forame incisivo
  - a) Unilateral – direita ou esquerda → completa / incompleta
  - b) Bilateral → completa / incompleta
  - c) Mediana → completa / incompleta
- ✓ Grupo II – Fissuras transforame incisivo
  - a) Unilateral → direita ou esquerda
  - b) Bilateral
  - c) Mediana
- ✓ Grupo III – Fissuras pós-forame incisivo
  - Completa ou incompleta
- ✓ Grupo IV - Fissuras raras da face

Essa classificação apóia-se na embriologia que reconhece mecanismos independentes de formação das estruturas anteriores (palato primário) e posteriores (palato secundário) ao forame incisivo, ponto anatômico escolhido para especificar a localização da fissura. Os prefixos latinos agregados por Spina et al (1972) ao termo “forame-incisivo” – pré, trans e pós - referem-se respectivamente às fissuras isoladas de palato primário, fissuras conjuntas de palatos primário e secundário e finalmente às fissuras isoladas de palato secundário. Para melhor entender, as fissuras pré-forames acometem o lábio; as fissuras pós-forame, o palato e as transforame envolvem lábio, alvéolo (gengiva) e palato (Capelozza e Silva 1999). As fissuras mais comuns são as transforame incisivo. As unilaterais alcançam 30%, enquanto as bilaterais 14% das fissuras. Justamente as que somam implicações morfofuncionais, além de um sério complicador, recebem o “impacto negativo das iatrogenias vinculadas às cirurgias primárias”. As fissuras transforame incisivo são aquelas que representam maior desafio para os reabilitadores e as que mobilizam um protocolo de tratamento mais extenso e longo (Silva Filho, Freitas 2007 e Modolin e Cerqueira 1997). Para o presente trabalho a fissura transforame unilateral foi a selecionada, justamente porque em razão da complexidade do seu tratamento, que requer atenção redobrada e que certamente pressupõe retornos freqüentes ao longo de muitos anos ao HRAC/USP, além da prevalência observada neste centro de estudos.

Fraser (1970) citou como fatores etiológicos as substâncias tóxicas, exógenas provocadas por medicamentos, defensivos agrícolas (agrotóxicos e herbicidas) e a consangüinidade dos pais. Tecendo ainda considerações sobre a etiologia, pode-se ressaltar a não existência de um fator causal específico, mas sim, de possíveis agentes, que podem ser agrupados em duas categorias: fatores genéticos e ambientais. O fator genético corresponde a 30% dos casos, enquanto que o restante é atribuído a qualquer fator adverso ao meio uterino durante o período embrionário: infecções viróticas, epilepsia, drogas anticonvulsivantes, deficiência nutricional, irradiação ionizante, estresse emocional, fumo, alcoolismo e idade dos pais na concepção. A teoria mais atual é a de causa multifatorial, que considera a presença da fissura de lábio e ou palato resultado das interações entre as variantes genéticas e os fatores

teratogênicos extra genéticos (Capelozza Filho e Silva Filho 1992, Modolin e Cerqueira 1997).

As fissuras labiopalatinas acometem todos os grupos raciais e étnicos, independentemente de sexo e classe sócio-econômica. Entre as raças, a amarela é a mais susceptível à sua ocorrência 1:373 nascimentos, segundo Neel (1958). Para a raça negra, o nível de ocorrência é o mais baixo, 1:2070 (Iregbulem 1982) e para a raça branca os valores são intermediários 1:700 (Souza-Freitas 1974; Johnson 1987). No Brasil, admite-se que a incidência de fissuras labiopalatinas oscila em torno de 1: 650 segundo Nagem Filho, Morais e Rocha (1968) citados por (Silva Filho e Freitas 2007 p. 17). Em relação ao sexo, a maior frequência de fissuras labiopalatinas com envolvimento do lábio é nos indivíduos do sexo masculino, enquanto que as fissuras isoladas de palato acometem mais o sexo feminino (Fraser 1960, Modolin e Cerqueira 1997).

Souza-Freitas (1974) afirmou que as malformações congênitas do lábio e do palato provocam na pessoa graves problemas funcionais e físicos e a partir desses, surgem outros ainda mais significativos: os psicossociais. Graciano (1988) e Graciano et al (2007) declararam que a reabilitação das fissuras labiopalatinas depende pelo menos de fatores como a extensão da lesão, a idade em que iniciou o tratamento, o seguimento do tratamento e a assistência integrada da equipe interdisciplinar. Nos processos de reabilitação das anomalias craniofaciais, o trabalho em equipe é fundamental e cada área possui o seu campo de atuação, no sentido de prover um tratamento integral aos pacientes. É a interação dessas áreas que possibilita a compreensão do paciente no seu todo, como ser humano em sua totalidade.

### **1.3 – Protocolos clínicos**

Protocolos clínicos segundo Osol (1990) são notas ou registros originais de uma experiência, de um exame clínico. De acordo com Castro e Shimazaki

(2006), é bastante clara e fundamental a necessidade de padronização de procedimentos e conseqüentemente dos dados coletados no exercício da clínica. Protocolos clínicos devem atender um conjunto significativo de práticas dos serviços de saúde. De um modo geral, pode-se dizer que o uso das medidas de QV, na prática clínica, assegura que o foco do tratamento e avaliações seja o paciente e não os sintomas. No entanto, uma medida, cujo uso além da pesquisa seja efetivado também na prática clínica, deve ser simples e rápida de completar (Carr et al 2001). As dificuldades relativas à avaliação da QV talvez limitem a sua inclusão na prática clínica, em grande parte devido à ausência de informação das equipes de saúde sobre as diferentes possibilidades hoje existentes para investigação da QV (Seidl 2004).

Segundo Eiser (1997) em relação ao campo de aplicação, as medidas de QVLS (questionário, instrumentos, ferramentas, inventários) podem ser classificadas como genéricas, quando fazem uso de questionários de base populacional sem especificar patologias, mais indicadas para estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde e como específicas, as que se relacionam à QV cotidiana dos indivíduos, subsequente à experiência de doenças, agravos, intervenções médicas, referindo-se a doenças crônicas ou outras análogas. Essa é uma das questões mais discutidas nos estudos que tratam de QVLS no que diz respeito à decisão entre a adoção de medidas genéricas ou específicas. As medidas específicas permitem melhor observação sobre as implicações dos diferentes tratamentos e provavelmente são mais apropriadas para avaliar intervenções e com parar o impacto de tratamentos.

Embora as definições de QVLS variem entre um ou outro estudo existente, o consenso emergido através da literatura tem sinalizado três domínios a serem englobados quando da sua avaliação, que são: sintomas físicos, percepção de bem-estar e capacidade funcional (Chen e Hunter, 1996). Para Testa e Simonson (1996, p. 835) "QVLS refere-se aos domínios físico, psicológico e social da área da saúde, os quais buscam nas experiências pessoais as influências daquilo que as pessoas acreditam, esperam da vida, suas expectativas e percepções". Segundo estudos realizados em outros

países, parece que os profissionais ainda têm resistido a incluir a avaliação da QV dos pacientes em sua rotina de atendimento clínico (Seidl 2004 , Castro e Shimazaki 2006). De acordo com Wallander et al (2001) há diferentes possibilidades de aplicação dos resultados de QV no contexto dos serviços, programas e no cuidado da criança e cita m alguns exemplos, incentivando sua prática:

- ✓ instruir tomadas de decisões de políticas pública s;
- ✓ guiar alocação de recursos públicos;
- ✓ avaliar efeitos de políticas na implantação ou implementação de programas, serviços, principalmente nas áreas de bem-estar, educação e cuidados de saúde à criança;
- ✓ avaliar efeitos de intervenções clínicas ou de tratamentos específicos;
- ✓ determinar diferentes níveis de QV entre diferentes grupos, identificando crianças vulneráveis para as quais exames e programas de prevenção possam ser implementados;
- ✓ determinar como complicações (depressão), que não estão uniformemente relacionadas com determinada condição (doença, pobreza, estresse), afetam QV em crianças e se essa condição está ou não associada;
- ✓ determinar a associação entre QV na infância e outros fatores prenunciadores e seus resultados em estudos prospectivos ; e
- ✓ avaliar relações entre diferentes suportes e resultados de QV.

Uma outra exigência de um protocolo, é que antes de ser aplicado, passe por um processo de validação, ou seja, que suas práticas sejam reconhecidas como corretas pelas sociedades profissionais e a comunidade acadêmica. Conseqüentemente as práticas realizadas no serviço, enquanto baseadas em protocolos, têm como pressuposto ser uma adequada opção clínica e estará respaldada pelas instituições que a legitimam (Castro e Shimazaki 2006).

### **1.3.1 – Protocolos clínicos no gerenciamento das fissuras labiopalatinas**

Os protocolos clínicos são também estabelecidos de um fator de segurança quer seja na prática clínica diária ou na gestão. Um requisito que um sistema baseado em protocolos deve atender, em especial nos serviços de saúde, é que os mesmos cubram um conjunto significativo de práticas do serviço, ou seja, o acolhimento e os procedimentos de maior incidência e prevalência na prática clínica (Castro e Shimazaki 2006). De acordo com Castro e Shimazaki (2006) o acolhimento tem como objetivo receber, escutar e oferecer atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos. Sua prática fundamenta-se no trabalho integrado, no comprometimento de toda a equipe de saúde, e não apenas de um grupo de profissionais, numa parte do processo do trabalho. Assim, acolhimento prevê humanização e de acordo com Rios (2003 p6) “Humanização é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento”.

É sabido que as fissuras labiopalatinas provocam no paciente graves alterações funcionais, estéticas e psicossociais. Assim o processo de reabilitação, segundo Capelozza e Silva (1999) e Altmann (1997), visa à reabilitação morfológica, funcional e psicossocial do paciente, por meio de um trabalho interdisciplinar, entre as áreas de medicina, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem, nutrição/dietética, fisioterapia e pedagogia. Nessa linha de raciocínio e de acordo com Wehby et al (2005), uma estratégia útil para avaliação de QV de pessoas com fissuras labiopalatinas é usar o próprio profissional da saúde como avaliador, usando

uma metodologia análogo-visual conforme o tipo de fissura relacionando a idade a valores de QV.

A Organização Mundial da Saúde OMS (2002) citada por Shaw e Semb (2007 p.1-10) vem dispensando em anos recentes, atenção especial ao estudo e tratamento das fissuras de lábio e palato. Várias reuniões com a participação de especialistas de todo o mundo em busca de consenso sobre o assunto, resultaram na elaboração de recomendações para o tratamento das fissuras. Esse relatório chama a atenção ainda, para as modalidades de assistência a pacientes com fissura labiopalatinas que são preferencialmente observadas nos países em desenvolvimento. O HRAC/USP é citado nesse documento como centro de excelência, caracterizado por atendimento eficiente e grande volume de pacientes, capazes de assistir a populações diversas oriundas de diferentes localidades, combinando programas de transporte custeado e atendimento em centros satélites.

Duas das principais recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS 2002) sobre princípios e estratégias da reabilitação das fissuras labiopalatinas, já são usadas em diferentes centros da Europa e incluem as “declarações de política” relacionadas ao acolhimento e à humanização do atendimento; e a “prática clínica”, que compreende procedimentos de maior incidência e prevalência, ou ao que chamamos de protocolo clínico. O protocolo clínico apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS 2002) é composto de três partes: a primeira que relaciona as especialidades necessárias no processo de reabilitação das fissuras labiopalatinas, incluindo o detalhamento dos respectivos papéis e responsabilidades (psicologia, enfermagem, cirurgia plástica, odontologia, ortodontia, fonoaudiologia, otorrinolaringologia, pediatria, clínica geral, genética e serviço social). A segunda parte, diz respeito à organização dos serviços e estabelece: (1) os cuidados para com a fissura devem prescrever um time multidisciplinar de especialistas; (2) os integrantes dessa equipe devem receber treinamento especial sob como lidar com as fissuras labiopalatinas; (3) a equipe deve executar ações padronizadas de atendimento, incluindo o exame, os registros e os protocolos gerais; (4) deve existir uma única pessoa responsável para

melhoria da qualidade de comunicação dentro da equipe; (5) deve existir um único especialista responsável pela coordenação dos casos com muitos especialistas envolvidos e (6) que o número de pacientes por especialista, deva ser o suficiente para que ele, com suas habilidades possa dar conta não só do tratamento, mas também do processo de avaliação tanto dos resultados alcançados quanto da sua própria performance. A terceira e última parte diz respeito às finanças, aos recursos que devem ser disponibilizados para cobrir os seguintes cuidados para crianças com fissura labiopalatina: suporte emocional e profissional com aconselhamentos durante o período neonatal; cuidados de enfermagem; cuidados cirúrgicos; tratamentos odontológicos e ortodônticos; tratamento fonoaudiológico; tratamento otorrinolaringológico; apoio emocional para a criança durante seu desenvolvimento e aos seus pais; gastos com viagens e cuidados dentários gerais incluindo os controles ortodônticos.

Graciano et al (2007), enfatizaram que em um hospital público, como é o caso do HRAC/USP, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), cuja concepção de saúde é direito do cidadão e dever do Estado, os desafios não são poucos, a começar pelo processo de reabilitação das anomalias craniofaciais, onde o trabalho em equipe é fundamental. Cada especialidade com sua peculiar participação, no sentido de prover um tratamento integral aos pacientes, englobando aspectos estéticos, funcionais e psicossociais, ou seja, sugerindo um modelo pré-estabelecido de ações. Assim, de acordo com Castro e Shimazaki (2006), pode-se afirmar que o protocolo clínico no gerenciamento das fissuras labiopalatinas é um instrumento de gestão clínica, que sob forma de documentação sistematizada, normaliza o seu padrão de atendimento.

Dada à escassez, confirmada pelos dados acima, de estudos específicos e publicações com o conjunto de descritores, QV, crianças e fissura, e sendo o HRAC/USP, órgão especializado no tratamento das fissuras, fez-se imprescindível a realização deste trabalho. A proposta é por um estudo observacional e descritivo, por meio de análise do prontuário de pessoas com fissura labiopalatina em idade entre 6 e 12 anos, para avaliar nas diversas áreas quais domínios de QV são contemplados nos protocolos clínicos do

HRAC/USP. A relevância desse estudo justifica-se na idéia de que para a promoção da saúde, enquanto bem estar social e não somente enquanto ausência de patologia é essencial que protocolos clínicos abordem também aspectos da QV.



## **OBJETIVOS**



## 2. OBJETIVOS

1. Verificar na estrutura dos protocolos clínicos da categoria infantil (crianças de 6 à 12 anos) do HRAC/USP, quais as áreas contemplam os domínios de QV.
2. Verificar nos protocolos clínicos quais as áreas do HRAC/USP (entre aquelas que contemplam itens de QV em seus protocolos) coletam e registram estes itens de forma consistente nos devidos protocolos.
3. Verificar nas folhas de evolução nos prontuários do HRAC/USP se há registros de abordagens de domínios de QV.



## **MATERIAL E MÉTODO**



### 3. MATERIAL E MÉTODO

A metodologia para realização deste estudo foi observacional, transversal e descritiva. O mesmo envolveu estudo dos protocolos e dos prontuários de pacientes, quanto a contemplação dos seguintes domínios de QV (1) convívio social, (2) relacionamento interpessoal, (3) educação, (4) desempenho escolar, (5) lazer, (6) satisfação com o resultado do tratamento e (7) queixas.

#### 3.1 - Casuística

Os objetos de estudo deste trabalho foram dois: (1) os protocolos existentes nos prontuários do HRAC/USP para as 12 áreas clínicas que atuam na reabilitação das fissuras labiopalatinas, e (2) uma amostra destes mesmos protocolos preenchidos pelos profissionais das 12 áreas para um número pré-determinado de pacientes, conforme orientação estatística. Uma amostra de prontuários representativa de todos os pacientes com fissura unilateral transforame operada (FLPUO) do HRAC/USP com idades entre 6 e 12 anos foi investigada neste estudo. De um universo de 1713 \* pessoas com FLPUO e sem outras anomalias associadas, nascidas entre Outubro de 1994 e Outubro de 2000, aqui devidamente representadas por seus respectivos prontuários, foram selecionadas, por meio de sorteio aleatório simples sem reposição, 314 pessoas. Este número foi obtido estimando-se um intervalo de confiança de 95% com largura de intervalo de 5% (Zar 1996).

---

\* Dados obtidos com o auxílio do Serviço de Informática Hospitalar do HRAC - USP

A faixa etária (6 a 12 anos) e também a fissura transforame unilateral escolhidas, deveu-se ao número reduzido de estudos e de instrumentos de QV traduzidos e validados direcionado à criança.

### **3.2 - Definições operacionais dos termos**

Para facilitar a compreensão do texto seguem as definições dos termos nele utilizados:

- ✓ “Amostra” é o termo que corresponde aos 314 prontuários de pacientes com FLPUS em idades entre 6 e 12 anos, estudados neste trabalho;
- ✓ “Áreas” correspondem às especialidades que integram a equipe interdisciplinar do HRAC/USP, num total de 12;
- ✓ “Folhas de evolução” correspondem às folhas adicionais dos prontuários do HRAC/USP, utilizadas para registro pelas diversas áreas, de aspectos não necessariamente contemplados nos protocolos clínicos como, por exemplo, ocorrências, evolução e monitoramento do tratamento do paciente;
- ✓ “Formulário de investigação” corresponde à lista de parâmetros objetivos selecionados pela autora para representar os itens de QV na infância e relacionam-se aos domínios: (1) convívio social; (2) relacionamento interpessoal; (3) educação; (4) desempenho escolar; (5) lazer; (6) satisfação com resultado do tratamento e (7) queixas. (Anexo 1);
- ✓ “QV para crianças” baseia-se na definição de Wallander et al (2001), segundo os quais “qualidade de vida (QV) é a combinação de bem-estar objetivo e subjetivo em múltiplos domínios da vida, considerados importantes na cultura e época do indivíduo e que,

ainda estejam de acordo com os padrões universais de direitos humanos”;

- ✓ “Domínios de QV na infância” dizem respeito a parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e objetivos, [convívio social, relacionamento interpessoal, educação, desempenho escolar, lazer, saúde (satisfação com resultado do tratamento e queixas)] cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social (Segre e Ferraz, Manificat e Dazord 1997, Minayo e Hartz, Assumpção Jr et al 2000, Wallander et al 2001, Arnold et al 2004) ;
- ✓ “Patamar mínimo e universal de QV” são itens previstos na Declaração Universal de Direitos Humanos (2007), aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1948 e que se referem ao atendimento das necessidades básicas das pessoas (alimentação, acesso à água potável, habitação, saúde, educação, trabalho e lazer);
- ✓ “Prontuário” - entende-se por prontuário não apenas o registro da anamnese do paciente, mas todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente, assim como aos documentos pertinentes a essa assistência (Brasil 2007); e
- ✓ “Protocolos clínicos” conforme caracterizado por Osol (1990) correspondem aos impressos contidos no prontuário do HRAC/USP definidos e utilizados pelas respectivas áreas para avaliação dos pacientes. (Anexos 2 à 12.1)

### **3.3- Instrumento de investigação**

Para Yaremko et al (1986, p 186), o questionário, nesse trabalho caracterizado como formulário de investigação, pode ser definido como um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidades e informações biográficas. Da análise da bibliografia consultada e tendo em vista a necessidade de elaboração de um instrumento que norteasse a presente investigação, destacou-se o *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* – ou simplesmente, *AUQUEI* – desenvolvido por Manificat e Dazord (1997), instrumento este traduzido e validado para o português, por (Assumpção Jr et al 2000). O AUQUEI foi desenhado para avaliar a sensação subjetiva de bem-estar sob o ponto de vista de crianças de 4 à 12 anos de idade. Este é um questionário composto por 26 itens fechados (estruturados em forma de escala), cobrindo muitos domínios de QV pediátrica (vida familiar, vida social, saúde e atividades de lazer e escolares).

Para o estudo pormenorizado dos dados existentes no prontuário referentes a pacientes de idade entre 6 e 12 anos a autora desenvolveu um formulário de investigação acompanhando a mesma linha de raciocínio dos itens do AUQUEI, ou seja, de domínios relacionados a parâmetros subjetivos de QV pediátrica. O instrumento desenvolvido pela autora permitiu o levantamento dos dados de interesse deste estudo nos protocolos clínicos das áreas de pediatria, enfermagem/saúde pública, nutrição e dietética, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, genética, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, odontopediatria, ortodontia e nas folhas de evolução, existentes no prontuário de cada paciente.

As informações levantadas envolveram questionamentos sobre a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, ou seja, os domínios de QV em crianças, incluindo os domínios: (1) convívio social, (2) relacionamento interpessoal, (3) educação, (4) desempenho escolar, (5) lazer, (6) satisfação com resultado do tratamento, e (7) queixas:

- ✓ no domínio “convívio social” o foco era os aspectos de convivência do paciente com colegas, com vizinhos e em família;

- ✓ no domínio “relacionamento interpessoal” o foco dizia respeito à capacidade do paciente em se relacionar e ou interagir com seus semelhantes (facilidade ou dificuldade);
- ✓ no domínio “educação” a ótica era a situação de escolaridade do paciente: se compatível com a idade ou se havia distorção entre idade e a série em curso (idade superior à idade recomendada entre 7 e 15 anos) – (Brasil 2004);
- ✓ no domínio “desempenho escolar” a busca foi por informações que retratassem se o paciente tinha desempenho escolar satisfatório ou insatisfatório;
- ✓ no domínio “lazer” o centro de investigação dizia respeito à opção e interesse do paciente por atividades culturais, esportivas, de relaxamento e entretenimento (jogos eletrônicos, brincadeiras ou passeios com amigos, clubes, cinemas, esportes, televisão ou com a família);
- ✓ no domínio “satisfação com o resultado do tratamento” o foco era a saúde: obter informações de como o paciente se sentia em relação ao resultado alcançado pelo tratamento a que se submeteu ou estava se submetendo; e
- ✓ no domínio “queixas” foram observadas a presença ou não de itens que considerassem as reclamações do paciente de ordens sociais, comportamentais, sobre sua estética facial, sobre sua audição, a sua fala, ou sua estética oclusal.

### **3.4- Procedimento para aplicação do formulário de investigação.**

Em observância à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que

regulamenta a pesquisa em seres humanos, encaminhou -se ao Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC/USP o projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de vida nos protocolos clínicos do HRAC/USP” com vistas a sua aprovação.

Após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) , um conjunto não preenchido de protocolos clínicos de categoria infantil, foi solicitado pela autora e a ela disponibilizado pelo Setor de Arquivos de Prontuários (SAP) do HRAC/USP. A pesquisa teve início com a entrega ao SAP, da relação dos 314 prontuários de crianças em idades entre 6 e 12 anos, com fissura labiopalatina operada, selecionados para este estudo. Uma média de 30 prontuários foi analisada semanalmente pela autora, respeitando a ordem dos prontuários identificada pelo sorteio.

O formulário de investigação foi aplicado inicialmente na estrutura dos protocolos clínicos das 12 áreas contidas no prontuário do HRAC/USP: (a) protocolos de Pediatria, (b) protocolos de Enfermagem/Saúde Pública, (c) protocolos de Serviço Social, (d) protocolos da Fonoaudiologia, (e) protocolos da Genética, (f) protocolos da Cirurgia Plástica, (g) protocolos da Otorrinolaringologia, (h) protocolos da Nutrição/Dietética, (i) protocolos da Psicologia, (j) protocolos da Fisioterapia, (k) protocolos da Odontopediatria, e (l) protocolos da Ortodontia. Ou seja, um conjunto não preenchido de protocolos clínicos foi analisado pela autora utilizando -se o formulário de investigação, com a finalidade inicial de identificar quais as áreas que contemplam em seus protocolos clínicos os domínios de QV. Os itens encontrados nos respectivos protocolos clínicos correspondentes aos quesitos de investigação formulário ( convívio social, relacionamento interpessoal, educação, desempenho escolar, lazer, satisfação com resultado do tratamento, e queixas) foram transportados para uma tabela, que se constituiu em uma matriz segmentada por áreas no programa Excel.

Em um segundo momento o formulário de investigação foi confrontado novamente, com os protocolos clínicos dos 314 prontuários da amostra, conferindo o preenchimento ou não de todos os item contemplados nas 12 áreas: (a) protocolos de Pediatria, (b) protocolos de Enfermagem/Saúde Pública, (c) protocolos de Serviço Social, (d) protocolos da Fonoaudiologia, (e)

protocolos da Genética, (f) protocolos da Cirurgia Plástica, (g) protocolos da Otorrinolaringologia, (h) protocolos da Nutrição/Dietética, (i) protocolos da Psicologia, (j) protocolos da Fisioterapia, (k) protocolos da Odontopediatria, e (l) protocolos da Ortodontia. Novamente o formulário de investigação foi utilizado e agora com o objetivo de verificar quais dessas áreas coletam e registram de forma consistente os itens de QV sob os domínios: (1) convívio social, (2) relacionamento interpessoal, (3) educação, (4) desempenho escolar, (5) lazer, (6) satisfação com resultado do tratamento, e (7) queixas, e as informações colhidas foram transportadas para tabelas segmentadas por áreas no programa Excel.

Para finalizar, confrontou-se também o formulário de investigação com as folhas de evolução dos prontuários dos 314 sujeitos estudados, percorrendo todas suas folhas adicionais com a finalidade de verificar a existência de registros pelas 12 áreas de itens referentes à QV dos domínios: (1) convívio social, (2) relacionamento interpessoal, (3) educação, (4) desempenho escolar, (5) lazer, (6) satisfação com resultado do tratamento, e (7) queixas, complementando os protocolos clínicos. As informações colhidas foram transportadas para tabelas segmentadas por áreas no programa Excel.

Os dados levantados por meio da aplicação do formulário de investigação desenvolvido para este estudo foram inicialmente inseridos e tabulados no programa Excel com posterior formatação em tabelas no programa Word. Tratando-se de um estudo observacional, transversal e descritivo efetuou-se a representação dos achados por Tabelas com percentuais de ocorrência dos parâmetros objetivos de QV na infância, nos protocolos clínicos do HRAC/USP, por meio de tipologia descritiva, a qual “permite ao pesquisador a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (Gil 1989 p.45).

O eixo de análise foi observar a ocorrência de parâmetros subjetivos de QV, sob os domínios: (1) convívio social, (2) relacionamento interpessoal, (3) educação, (4) desempenho escolar, (5) lazer, (6) satisfação com resultado do tratamento, e (7) queixas, correlacionando-os à prática clínica do HRAC/USP,

nas estruturas dos protocolos clínicos das áreas de (a) Pediatria, (b) Enfermagem/Saúde Pública, (c) Serviço Social, (d) Fonoaudiologia, (e) Genética, (f) Cirurgia Plástica, (g) Otorrinolaringologia, (h) Nutrição/Dietética, (i) Psicologia, (j) Fisioterapia, (k) Odontopediatria, e (l) Ortodontia; ou ainda nas folhas de evolução do prontuário. Os dados coletados foram então analisados por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%).

## **RESULTADOS**



## **4. RESULTADOS**

O objetivo número 1 dessa investigação “verificar na estrutura dos protocolos clínicos da categoria infantil do HRAC/USP, quais as áreas contemplam os domínios de QV” será retratado numa única tabela de modo a facilitar sua visualização exatamente como se apresenta o formulário de investigação. Os objetivos subsequentes “verificar nos protocolos clínicos quais as áreas do HRAC/USP (entre aquelas que contemplam itens de QV em seus protocolos) coletam e registram de forma consistente os domínios de QV” e “verificar nas folhas de evolução nos prontuários do HRAC/USP se há registros de abordagens de itens de QV” serão apresentados respeitando-se a seqüência dos domínios estudados e obedecendo-se a escala de sua ocorrência nas áreas.

### **4.1 - Qualidade de vida na estrutura dos protocolos clínicos**

Como primeiro achado, ao analisar o conjunto não preenchido de protocolos clínicos constatou-se a inexistência de protocolo clínico da área de psicologia no prontuário do paciente do HRAC/USP. A inexistência não foi fator determinante para a exclusão desta área do estudo, uma vez que análises posteriores foram realizadas nas folhas adicionais à estrutura dos protocolos clínicos.

A Tabela 1 evidencia o resultado do confronto entre o formulário de investigação da autora o qual aborda itens de QV pediátrica (convívio social, relacionamento interpessoal, educação, desempenho escolar, lazer, satisfação com resultado do tratamento, e queixas) e a estrutura dos protocolos clínicos das 12 áreas estudadas (Pediatria, Enfermagem/Saúde Pública, Serviço Social,

Fonoaudiologia, Genética, Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Nutrição/Dietética, Psicologia, Fisioterapia, Odontopediatria, e Ortodontia), exceção feita ao protocolo clínico da psicologia pela sua inexistência.

Na Tabela 1. utilizou-se a letra (N) maiúscula para representar a negação e a letra (S) maiúscula para representar a afirmação da existência de domínios de QV nos protocolos clínicos das respectivas áreas. Assim que as áreas de Pediatria, Enfermagem/Saúde Pública, Serviço Social, Odontopediatria e Ortodontia, as quais representam 42% do seu total, foram identificadas como as áreas que contemplam, na estrutura de seus protocolos clínicos, itens de QV em alguns dos domínios investigados.

A escala de ocorrência segue a mesma ordem anteriormente descrita, ou seja, a Pediatria contempla na estrutura de seu protocolo clínico 5 (cinco) domínios completos de QV, o que corresponde a aproximadamente 72% dos domínios de QV investigados, a saber: convívio social, relacionamento interpessoal, educação, desempenho escolar e lazer. A segunda área na escala de ocorrência é a de Enfermagem/Saúde Pública que contempla na estrutura de seu protocolo clínico 4 (quatro) domínios completos de QV, cerca de 57% dos domínios de QV investigados, a saber: convívio social, relacionamento interpessoal, educação e desempenho escolar. O Serviço Social contempla na estrutura de seu protocolo clínico 1 (um) dos itens (família) do domínio “convívio social”, o domínio “relacionamento interpessoal” e 1 (um) item de QV (sociais) do domínio “queixas”. Finalmente, as áreas de Odontopediatria e Ortodontia contemplam igualmente na estrutura de seus protocolos clínicos 1 (um) item de QV (estética oclusal) do domínio “queixas”.



Continuação

	Audição	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	Fala	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
7- Queixas	Estética Oclusal	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S
	Sociais	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N
	Comportamentais	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

S = Sim; N = Não

A tabela 1 confirma que das 12 áreas investigadas, 5 (Enfermagem/Saúde Pública, Pediatria, Serviço Social, Odontopediatria e Ortodontia) contemplam em algum domínio, um ou outro item de QV estudado. Das variáveis dependentes desse estudo, a única não contemplada por nenhuma das áreas foi o domínio “satisfação com o resultado do tratamento”.

#### **4.2 – Análise dos protocolos clínicos das 5 áreas que contemplam domínios de QV nos 314 prontuários de pacientes**

Nas tabelas 2 a 8 evidenciam-se os resultados do confronto entre o formulário de investigação (abordando os 7 itens de QV pediátrica: convívio social, relacionamento interpessoal, educação, desempenho escolar, lazer, satisfação com resultado do tratamento, e queixas), e os protocolos clínicos das 5 áreas clínicas do HRAC/USP as quais contemplaram itens de QV na estrutura de seus protocolos conforme delineado na tabela 1 (Pediatria, Enfermagem/Saúde Pública, Serviço Social, Odontopediatria, e Ortodontia). Esta análise foi realizada nos 314 prontuários dos pacientes deste estudo, agora com o objetivo de verificar quais dessas áreas coletam e registram de forma consistente os domínios de QV. Portanto os protocolos clínicos das 5 áreas, nos 314 prontuários, foram estudados quanto à regularidade do seu preenchimento especificamente quanto aos itens que contemplam domínios de QV.

Sob o domínio “convívio social”, e especificamente o item família, o Serviço Social foi a área a que maior regularidade apresentou quanto à coleta e registro de dados nos 314 prontuários estudados, ou seja, observou-se o preenchimento do item em 266 (84,7%). O preenchimento dos demais itens do domínio “convívio social” para as áreas de pediatria e enfermagem/saúde pública, no entanto, foi observado em menos de 1% dos prontuários estudados. As áreas

de Odontopediatria e Ortodontia não contemplam na estrutura de seus respectivos protocolos clínicos itens de QV sob o domínio “convívio social”. Vide Tabela 2.

Tabela 2 - Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: convívio social. (n=314)

<b>Convívio Social</b>						
<b>Áreas</b>	<b>Colegas</b>		<b>Vizinhos</b>		<b>Família</b>	
	n	%	n	%	n	%
Enfermagem / Saúde Pública	2	0,6	2	0,6	2	0,6
Pediatria	1	0,3	0	0	2	0,6
Serviço Social	1	0,3	1	0,3	266	84,7
Odontopediatria*	-	-	-	-	-	-
Ortodontia*	-	-	-	-	-	-

\* Áreas que não contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos.

Ainda que com baixa frequência a área do Serviço Social foi também aquela que maior regularidade apresentou a coleta e o registro de dados sobre o domínio “relacionamento interpessoal” (4,1%) seguida das áreas de Pediatria e Enfermagem/Saúde Pública. As áreas de Odontopediatria e Ortodontia, não contemplam nas estruturas de seus protocolos clínicos itens de QV sob o domínio “relacionamento interpessoal”. Vide Tabela 3.

Tabela 3 - Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: relacionamento interpessoal. (n=314)

<b>Relacionamento Interpessoal</b>		
<b>Áreas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermagem / Saúde Pública	1	0,3
Pediatria	2	0,6
Serviço Social	13	4,1
Odontopediatria*	-	-
Ortodontia*	-	-

\* Áreas que não contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos.

O domínio “educação” ainda que não contemplado especificamente na estrutura do protocolo clínico do Serviço Social, foi também coletado e registrado por esta área (como uma observação no próprio protocolo clínico), com expressiva regularidade (66,2%). Dos 204 protocolos do serviço social com informações quanto ao domínio educação 4 (1,3%) apresentaram distorção entre idade e série. Numa proporção bem menor a Pediatria também coletou e registrou essa informação sendo que para os 15 (4,8%) registros encontrados nos 314 prontuários para o domínio educação não houve distorção entre idade e série. Finalmente a área de Enfermagem/Saúde Pública coletou e registrou informação quanto ao item educação em 3 dos 314 prontuários (1,6%). As áreas de Serviço Social, Odontopediatria e Ortodontia não contemplam na estrutura de seus respectivos protocolos clínicos, esse domínio de QV. Vide tabela 4.

Tabela 4 - Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: educação. (n=314)

Áreas	Educação			
	Compatível com a idade		Distorção idade x série	
	n	%	n	%
Enfermagem / SP	3	1,0	2	0,6
Pediatria	15	4,8	0	0
Serviço Social*	204	65,0	4	1,3
Odontopediatria*	-	-	-	-
Ortodontia*	-	-	-	-

\* Áreas que não contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos.

O domínio “desempenho escolar” é contemplado somente na estrutura dos protocolos clínicos das áreas de Enfermagem/Saúde/Pública e Pediatria. No entanto, o Serviço Social, que junto com a Odontopediatria e a Ortodontia, não contempla na estrutura de seu protocolo clínico este domínio de QV, é a área que apresentou maior regularidade quanto à coleta e registro dessa informação nos próprios protocolos clínicos (16,9%) dos 314 casos. Nos casos onde o item não foi contemplado na estrutura do protocolo clínico a anotação foi feita como uma observação no próprio protocolo. A Pediatria vem em seqüência com 3,2% dos casos coletados e registrados sob este domínio de QV. As áreas de Serviço Social, Odontopediatria e Ortodontia não contemplam na estrutura de seus respectivos protocolos clínicos, esse domínio de QV. Vide tabela 5.

Tabela 5 - Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: desempenho escolar. (n=314)

<b>Desempenho Escolar</b>		
<b>Áreas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermagem / Saúde Pública	0	0
Pediatria	10	3,2
Serviço Social*	53	16,9
Odontopediatria*	-	-
Ortodontia*	-	-

\* Áreas que não contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos.

A única área que contempla na estrutura de seu protocolo clínico o domínio de QV “lazer” é a Pediatria, a mesma que coleta e registra de forma muito eventual este dado tendo sido observado apenas que 4 prontuários (1,3%) dos 314 casos estudados incluíam informações quanto aos itens “brincadeiras...” e “televisão”. As áreas de Enfermagem/Saúde Pública, Serviço Social, Odontopediatria e Ortodontia não contemplam na estrutura de seus respectivos protocolos clínicos, esse domínio de QV. Vide tabela 6.

Tabela 6 - Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: lazer. (n=314)

Áreas	Lazer											
	Jogos Eletrônicos		Brincadeiras ou passeios com amigos		Clubes, cinemas		Esporte		Televisão		Com a família	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermag / SP*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pediatria	0	0	2	0,6	0	0	0	0	2	0,6	0	0
Serviço Social*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Odontopediatria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ortodontia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\* Áreas que não contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos

Nenhuma das áreas do HRAC/USP contempla na estrutura de seus protocolos clínicos itens sob o domínio “satisfação com o resultado do tratamento”. As áreas de Enfermagem/Saúde Pública, Pediatria e Ortodontia muito esporadicamente coletam e registram informações sobre satisfação com o resultado do tratamento. Os relatos observados durante estudo não alcançam respectivamente 1% da amostra estudada. Vide Tabela 7.

Tabela 7 - Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: satisfação com resultado do tratamento. (n=314)

Satisfação com resultado do tratamento																								
Áreas	Pediatria		C. Plástica		Genética		Fonoaudiologia		Fisioterapia		Otorrinolaringologia		Odontopediatria		Ortodontia		Psicologia		Serviço Social		Enfermagem		Nutrição Dietética	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermag / SP*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,6	-	-
Pediatria*	1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviço Social*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Odontopediatria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ortodontia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3	1	0,3	-	-	-	-	-	-

\* Áreas que não contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos

É interessante observar que uma vez sendo este domínio imprescindível para contribuir para uma avaliação análogo-visual do profissional sobre os resultados do tratamento sob a ótica do paciente, além de não existir nos protocolos clínicos de nenhuma das áreas, foi uma vez ou outra registrado de forma natural no protocolo clínico de algumas áreas.

O domínio “queixas” é contemplado somente na estrutura dos protocolos clínicos das áreas de Serviço Social, Odontopediatria e Ortodontia, e essas áreas de forma muito esporádica coletaram e registraram essas informações. A ortodontia foi a área que mais coletou e registrou queixas (2,5%) dos 314 estudados. A Pediatria e Enfermagem/Saúde Pública, que não têm na estrutura de seus protocolos clínicos esse domínio de QV, também coletaram e registraram informações referentes às queixas de forma esporádica, ou seja, em 1,2% da amostra, respectivamente em seus protocolos clínicos. Vide Tabela 8.

Tabela 8 - Qualidade de vida coletada e registrada nos protocolos clínicos – domínio: queixas. (n=314)

Áreas	Queixas											
	Estética Facial		Audição		Fala		Estética Oclusal		Sociais		Comportamentais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermagem / SP*	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,6	2	0,6
Pediatria*	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,6	2	0,6
Serviço Social	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1,3	0	0
Odontopediatria	0	0	0	0	0	0	3	1,0	0	0	0	0
Ortodontia	2	0,6	0	0	0	0	4	1,3	1	0,3	1	0,3

\* Áreas que não contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos

A exemplo do domínio “satisfação com o resultado do tratamento”, o domínio “queixas”, também imprescindível para contribuir para uma avaliação análogo-visual do profissional sobre os resultados do tratamento sob a ótica do paciente, não mereceu a devida observação por parte das áreas.

### **4.3 - Análise das anotações nas folhas de evolução dos 314 prontuários para cada uma das 12 áreas estudadas**

As próximas tabelas de 9 a 15 retratam o hábito das áreas em coletar e registrar itens de QV nas folhas de evolução dos 314 prontuários investigados. Ou seja, após analisar a estrutura dos protocolos (reportado na tabela 1), e analisar os prontuários das 5 áreas que contemplam qualidade de vida na estrutura de seus protocolos clínicos (reportado nas tabelas 2 a 8), foi realizada a leitura de todas as anotações existentes nas fichas de evolução dos 314 prontuários, buscando -se o registro informal de dados quanto a QV. Mais especificamente foram estudadas as anotações encontradas nas 12 áreas clínicas (Pediatria, Enfermagem/Saúde Pública, Serviço Social, Fonoaudiologia, Genética, Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Nutrição/Dietética, Psicologia, Fisioterapia, Odontopediatria, e Ortodontia), para os 7 domínios de qualidade de vida contemplados neste estudo (convívio social, relacionamento interpessoal, educação, desempenho escolar, lazer, satisfação com resultado do tratamento, e queixas). As áreas de Odontopediatria, Ortodontia, Otorrinolaringologia e Nutrição/Dietética não registraram nenhum dos domínios de QV estudados nas folhas de evolução dos 314 prontuários.

No domínio “convívio social”, as áreas de Fonoaudiologia e Psicologia foram as que mais coletaram e registraram itens de QV nas folhas de evolução dos prontuários dos 314 pacientes estudados. O item mais reportado para este domínio foi o item família. Vide tabela 9. Assim na tabela 9 além de aparecerem os resultados sobre a coleta e registro do domínio “convívio social” nas folhas de evolução, também é informado o *ranking* para esta ação entre as áreas, com destaque ainda para as áreas que contemplam em seu protocolo clínico esse domínio.

Tabela 9 - Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: convívio social. (n=314)

<b>Convívio Social</b>						
<b>Áreas</b>	<b>Colegas</b>		<b>Vizinhos</b>		<b>Família</b>	
	n	%	n	%	n	%
Cirurgia Plástica	-	-	-	-	1	0,3
Enfermagem*	-	-	-	-	7	2,2
Pediatria*	-	-	-	-	10	3,2
Genética	-	-	-	-	8	2,5
Fonoaudiologia	4	1,2	-	-	104	33,1
Fisioterapia	-	-	-	-	4	1,3
Serviço Social*	2	0,6	-	-	9	2,9
Psicologia	10	3,2	6	1,9	111	35,4

\* Áreas que contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos

Todas as áreas referenciadas na próxima tabela coletaram e registraram nas folhas de evolução dos prontuários aspectos do domínio “relacionamento interpessoal” (capacidade do paciente em se relacionar e ou interagir com seus semelhantes) com destaque novamente para as áreas de Fonoaudiologia (5,4%) em 17 casos da amostra e da Psicologia (13,1%) em 41 dos 314 casos. Vide tabela 10.

Tabela 10 - Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: relacionamento interpessoal. (n=314)

<b>Relacionamento Interpessoal</b>		
<b>Áreas</b>	n	%
Cirurgia Plástica	1	0,3
Enfermagem*	2	0,6
Pediatria*	2	0,6
Genética	3	1,0
Fonoaudiologia	17	5,4
Fisioterapia	1	0,3
Serviço Social*	2	0,6
Psicologia	41	13,1

\* Áreas que contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos

Sobre o domínio “educação” todas as áreas referenciadas nesta tabela coletaram e registraram aspectos relacionados à escolaridade dos pacientes estudados, sendo que a Fonoaudiologia o fez para mais da metade da amostra (56,7%), ou seja, para 178 casos e a Psicologia para um pouco menos, (52,2%) dos casos estudados. Vide tabela 11.

Tabela 11 - Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: educação. (n=314)

<b>Educação</b>				
<b>Áreas</b>	Compatível com a idade		Distorção idade x série	
	n	%	n	%
Cirurgia Plástica	2	0,6	-	-
Enfermagem*	10	3,2	-	-
Pediatria*	-	-	1	0,3
Genética	30	9,5	1	0,3
Fonoaudiologia	168	53,5	10	3,2
Fisioterapia	24	7,6	2	0,6
Serviço Social	4	1,3	2	0,6
Psicologia	157	50	7	2,2

\* Áreas que contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos

Nesta tabela, o domínio “educação” é bem evidenciado nas folhas de evolução, principalmente por áreas que não o contemplam em seus protocolos clínicos, ao que se pode inferir sobre o nível de interesse das áreas quanto à influência exercida pela fissura e seu processo de reabilitação na escolarização do paciente.

Com exceção da Pediatria, todas as áreas relacionadas na tabela abaixo coletaram e registraram dados quanto ao desempenho escolar nas folhas de evolução dos prontuários de alguns dos pacientes estudados. Novamente destacam-se as áreas de Fonoaudiologia e de Psicologia as quais reportaram informações quanto a este item em 163 (51,9%) e 137 (43,6%) prontuários da amostra, respectivamente. Vide tabela 12.

Tabela 12 - Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: desempenho escolar. (n=314)

<b>Desempenho Escolar</b>		
<b>Áreas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cirurgia Plástica*	2	0,6
Enfermagem	9	2,9
Pediatria	-	-
Genética*	30	9,5
Fonoaudiologia*	163	51,9
Fisioterapia*	13	4,1
Serviço Social*	1	0,3
Psicologia*	137	43,6

\* Áreas que contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos

A tabela 12 mostra o interesse das áreas em observar o domínio de QV “desempenho escolar” nas folhas de evolução, cuja maneira de relato é registrada como desempenho satisfatório e ou insatisfatório.

No domínio “lazer” cujo centro de investigação dizia respeito à opção e interesse do paciente por atividades culturais, esportivas, de relaxamento e entretenimento (jogos eletrônicos, brincadeiras ou passeios com amigos, clubes, cinemas, esportes, televisão ou com a família) a área de Fisioterapia foi a que coletou e registrou num maior número de casos (3,8%), ou seja, em 12 casos da amostra. Vide tabela 13.

Tabela 13 - Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: lazer. (n=314)

Áreas	Lazer											
	Jogos Eletrônicos		Brincadeiras ou passeios com amigos		Clubes, cinemas		Esporte		Televisão		Com a família	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cirurgia Plástica*	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	-	-
Enfermagem*	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	-	-
Pediatria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Genética*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fonoaudiologia*	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-
Fisioterapia*	-	-	1	0,3	-	-	11	3,5	-	-	-	-
Serviço Social*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicologia*	-	-	2	0,6	-	-	-	-	-	-	3	1,0

\* Áreas que contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos

A tabela 13 evidencia que o domínio de QV “lazer” sem dúvida alguma não foi alvo de observação significativa por nenhuma das áreas.

No domínio “satisfação com o resultado do tratamento” observou-se que as áreas de Cirurgia Plástica e Fonoaudiologia foram as que mais procuraram registrar nas folhas de evolução dos prontuários o ponto de vista do paciente (satisfação ou insatisfação) em relação ao resultado alcançado pelo tratamento a que se submeteu ou estava se submetendo. Observou-se tal anotação em de 129 (29,7%) das folhas de evolução da área de cirurgia plástica e em 56 (17,8%) das folhas de evolução da fonoaudiologia. Vide tabela 14.

Tabela 14 - Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: satisfação com resultado do tratamento. (n=314)

Satisfação com resultado do tratamento																								
Áreas	Pedia- tria		C. Plástica		Gené- tica		Fonoau- diologia		Fisio- terapia		Otorri- nolarin- gologia		Odontope- diatria		Orto- dontia		Psico- logia		Serviço Social		Enfer- magem		Nutrição Dietética	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cirurgia	-	-	58	18,4	-	-	36	11,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plástica																								
Enfermagem	1	0,3	2	0,6	1	0,3	2	0,6	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Pediatria	2	0,6	2	0,6	-	-	4	1,3	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Genética	-	-	1	0,3	1	0,3	1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fonoaudiologia	-	-	6	1,9	-	-	51	16,2	1	0,3	1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fisioterapia	-	-	3	1,0	-	-	1	0,3	9	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviço Social	-	-	2	0,6	-	-	2	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicologia	-	-	4	1,3	-	-	2	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-

Quanto ao domínio “queixas” as áreas de Fonoaudiologia e Cirurgia Plástica foram as duas que mais significativamente registraram nas folhas de evolução dos prontuários tais aspectos. Dos 314 casos estudados, a Fonoaudiologia registrou em 184 (58,5%) dos prontuários da amostra e a Cirurgia Plástica em 38 (12%). Vide tabela 15.

Tabela 15 - Qualidade de vida coletada e registrada nas folhas de evolução – domínio: queixas. (n=314)

Áreas	Queixas											
	Estética Facial		Audição		Fala		Estética Oclusal		Sociais		Comportamentais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cirurgia Plástica	10	3,2	-	-	12	3,8	13	4,1	2	0,6	1	0,3
Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-
Pediatria	-	-	-	-	2	0,6	1	0,3	2	0,6	1	0,3
Genética	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-	2	0,6
Fonoaudiologia	6	1,9	23	7,3	35	11,1	104	33,1	8	2,5	8	2,5
Fisioterapia	2	0,6	1	0,3	-	-	-	-	-	-	2	0,6
Serviço Social*	-	-	-	-	-	-	-	-	9	2,9	3	1,0
Psicologia	-	-	-	-	2	0,6	1	0,3	5	1,6	16	5,1

\* Áreas que contemplam este domínio na estrutura de seus protocolos clínicos

#### 4.4. Sumário dos aspectos mais contemplados nos protocolos/prontuários

A freqüência relativa dos aspectos e domínios de QV mais investigados e registrados tanto nos protocolos clínicos, quanto nas folhas de evolução dos prontuários, foram comentados anterior e sequencialmente (tabelas 2, 4, 11, 9, 15, 14, 12, 10 e 15 novamente) respeitando-se respectivamente local, domínio e área clínica, os quais estão segmentados na tabela 16. Considerou-se significância somente para os domínios cujos achados foram superiores a 11% das anotações.

Tabela 16 - Aspectos e Domínios mais investigados (N=314)

<b>Aspecto (Domínio)*</b>	<b>Área Clínica (N=12)</b>	<b>Freqüência (N=314)</b>	<b>Local (N=314)</b>
Família (Convívio Social)	Serviço Social	266 (84,6%)	Protocolo
Educação (do paciente)	Serviço Social	204 (65,0%)	Protocolo
Educação ("do paciente")	Fonoaudiologia	168 (53,5%)	Evolução
Educação ("do paciente")	Psicologia	157 (50,0%)	Evolução
Família (Convívio Social)	Psicologia	111 (35,4%)	Evolução
Família (Convívio Social)	Fonoaudiologia	104 (33,1%)	Evolução
Queixa (audição)	Fonoaudiologia	104 (33,1%)	Evolução
Satisfação com Tratamento	Cirurgia Plástica	58 (18,4%)	Evolução
Satisfação com Tratamento	Fonoaudiologia	51 (16,2%)	Evolução
Desempenho Escolar	Serviço Social	53 (16,9%)	Evolução
Relacionamento Interpessoal	Psicologia	41 (13,1%)	Evolução
Queixa (Fala)	Fonoaudiologia	35 (11,1%)	Evolução

\*Os demais aspectos foram contemplados em menos de 10% das observações



**DISCUSSÃO**



## 5. DISCUSSÃO

Ainda há uma considerável distância não só do ponto de vista de uma concepção uniforme e universal de QV, de modo geral e em particular na infância, como também de meios de avaliação deste conceito.

Sabe-se que as relações entre QV e saúde são estreitas e têm no conceito de “promoção da saúde” sua estratégia central. Assim, vista de uma forma mais focada, qualidade de vida em saúde centraliza-se na capacidade de viver sem doenças ou superar as dificuldades ou agravos com a interveniência direta de profissionais que atuam na área da saúde, aliviando a dor, o mal-estar, minimizando desconfortos e ou propiciando condições para evitá-los (Minayo et al 2000). Pensando na experiência e especialização dos profissionais do HRAC/USP que atuam na reabilitação de pessoas com fissuras labiopalatinas e associando esta propriedade à possibilidade destes profissionais serem os próprios avaliadores da QV dos pacientes deste Hospital, decidiu-se por investigar a existência de itens de QV nas avaliações clínicas. Assim de maneira oportuna o foco passou a ser quais as áreas do HRAC/USP que se valem de domínios de QV na prática clínica.

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais há mais de quarenta anos oferece atenção interdisciplinar à saúde das pessoas que nascem com fissuras labiopalatinas de maneira integral e humanizada. Recebe diariamente novos casos de todas as faixas etárias. Sua equipe multidisciplinar tem como compromisso conciliar a atuação clínica às atividades de ensino e de pesquisa. Nesse viés, a aplicação de instrumentos para avaliação de QV de seus pacientes adolescentes e adultos, tem sido alvo de estudos desde 2002, por parte de seus profissionais.

Para reforçar as considerações acima, a literatura mostra ainda uma vastidão de estudos e instrumentos que avaliam QV para adultos e um número muito reduzido de estudos e de instrumentos de QV traduzidos e validados direcionado à criança. Acompanhando esta linha de raciocínio, a criança então

passou a ser um dos objetos de interesse deste trabalho; crianças com idades entre 6 e 12 anos, faixa menos estudada segundo (Wallander et al 2001).

A fissura transforame unilateral foi escolhida como o segundo elemento de apoio, justamente porque é aquela que representa maior desafio para os reabilitadores e a que mobiliza um protocolo de tratamento mais extenso e longo. Assim considerando, além do prognóstico de tratamento, a fissura transforame unilateral requer atenção redobrada pelo impacto negativo das iatrogenias vinculadas às cirurgias primárias conforme estudos de Silva Filho, Freitas (2007) e Modolin e Cerqueira (1997), o que certamente pressupõe retornos freqüentes ao longo de muitos anos ao HRAC/USP. Reconhecendo-se que as situações que alteram a saúde da criança, ou que provocam seqüelas, ao longo do seu crescimento, como as malformações craniofaciais, impõem-se questionamentos acerca do comprometimento da QV no que tange aos mecanismos de enfrentamento no convívio social, familiar, escolar, lazer etc, diante das limitações impostas por um tratamento complexo e extenso.

Assim definido, este estudo procurou caminhar no sentido inverso, isto é, buscou verificar domínios de QV contemplados nas estruturas dos protocolos clínicos da categoria infantil e nas folhas de evolução dos prontuários dos pacientes do HRAC/USP. Optou-se por construir um formulário de investigação baseado em itens do AUQUEI, ou seja, de domínios relacionados a parâmetros subjetivos de QV pediátrica de acordo com Manificat e Dazord (1997), o qual orientou o início, a evolução e a conclusão deste estudo. As informações levantadas envolveram questionamentos sobre a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, ou seja, os domínios de QV em crianças, incluindo os domínios: (1) convívio social, (2) relacionamento interpessoal, (3) educação, (4) desempenho escolar, (5) lazer, (6) satisfação com resultado do tratamento, e (7) queixas. Os dois últimos domínios citados: “satisfação com o resultado do tratamento” e “queixas” têm na saúde sua linha de sustentação e podem ser considerados como aqueles que se constituem em elementos importantes para contribuir numa avaliação análogo -visual do profissional sobre os resultados do tratamento sob a ótica do paciente.

Aqui também, para tornar mais fácil a contextualização da discussão, optou-se pela sua apresentação em tópicos, respeitando a ordenação dos resultados e em conformidade aos objetivos:

### **5.1 - Qualidade de vida na estrutura dos protocolos clínicos**

Ao analisar a estrutura dos protocolos clínicos das áreas que compõem a equipe de reabilitação do HRAC/USP, constatou-se a existência de outros domínios de QV além dos definidos para esse estudo. Em consonância ao patamar mínimo e universal de QV (Segre e Ferraz, Manificat e Dazord 1997, Buss, Minayo e Hartz, Assumpção Jr et al 2000, Wallander et al 2001, Arnold et al 2004, Declaração Universal de Direitos Humanos 2007) encontram-se alguns domínios que dizem respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, habitação e condições de acesso a serviços de saúde, inclusive vacinação; esses de atenção específica das áreas de Serviço Social, Nutrição/Dietética e Enfermagem/Saúde Pública, respectivamente. Como se pode ver, o tema QV ainda é tratado sob uma discreta concordância intercultural dos profissionais na área da saúde.

Assim, aplicando o formulário de investigação à estrutura não preenchida dos protocolos clínicos das áreas de (a) Pediatria, (b) Enfermagem/Saúde Pública, (c) Serviço Social, (d) Fonoaudiologia, (e) Genética, (f) Cirurgia Plástica, (g) Otorrinolaringologia, (h) Nutrição/Dietética, (i) Psicologia, (j) Fisioterapia, (k) Odontopediatria, e (l) Ortodontia, observou-se que:

- ✓ Nenhuma das áreas clínicas do HRAC contempla TODOS os quesitos básicos da QV (conforme definida neste estudo) ;
- ✓ As áreas de Pediatria, Enfermagem/Saúde Pública, Serviço Social, Odontopediatria e Ortodontia, as quais representam 42% do total, foram identificadas como as áreas que contemplam na

estrutura de seus protocolos clínicos itens de QV sob a alguns dos domínios investigados;

- ✓ A escala de ocorrência segue a mesma ordem anteriormente descrita, ou seja, a Pediatria contempla na estrutura de seu protocolo clínico 5 (cinco) domínios completos de QV, aproximadamente 72% dos domínios de QV investigados, a saber: convívio social, relacionamento interpessoal, educação, desempenho escolar e lazer;
- ✓ A segunda área na escala de ocorrência é a de Enfermagem/Saúde Pública que contempla na estrutura de seu protocolo clínico 4 (quatro) domínios completos de QV, cerca de 57% dos domínios de QV investigados, a saber: convívio social, relacionamento interpessoal, educação e desempenho escolar;
- ✓ O Serviço Social contempla na estrutura de seu protocolo clínico 1 (um) dos itens (família) do domínio “convívio social”, o domínio “relacionamento interpessoal” e 1 (um) item de QV (sociais) do domínio “queixas”;
- ✓ As áreas de Odontopediatria e Ortodontia contemplam igualmente na estrutura de seus protocolos clínicos 1 (um) item de QV (estética oclusal) do domínio “queixas”;
- ✓ Mais da metade (58%) das áreas, Fonoaudiologia, Genética, Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Nutrição/Dietética, Psicologia e Fisioterapia, as quais integram a equipe clínica do HRAC/USP, não contemplam na estrutura de seus protocolos clínicos quesitos de QV em nenhum dos domínios investigados;
- ✓ A área de Psicologia, inclusive, não tem protocolo clínico no prontuário;
- ✓ A área de Serviço Social contempla vários domínios de QV, quase todos direcionados ao chefe da família, especialmente no que se refere ao domínio “educação”. Com relação ao paciente, existe

somente um item que diz respeito ao domínio de “convívio social” (família) e um item referente à “queixas” (sociais);

- ✓ O domínio “satisfação com o resultado do tratamento” é o único não contemplado nas estruturas dos protocolos clínicos de todas as áreas; e
- ✓ As áreas de Odontopediatria e Ortodontia são as únicas que contemplam nas estruturas de seus protocolos clínicos o domínio de QV “queixas”.

Em relação ao tópico QV na estrutura dos protocolos clínicos do HRAC/USP o que se observa é que as áreas ainda não reconhecem como necessária a inclusão de domínios de QV para agregar valor aos procedimentos e aos dados coletados no exercício da clínica. Pelo número anual de novos casos matriculados no HRAC/USP, a introdução de um conjunto significativo de domínios de QV nos protocolos clínicos, daria aos profissionais uma maior propriedade não só para a construção, mas também para a validação e legitimação de um instrumento específico para avaliar a QV de crianças com fissuras labiopalatinas. O uso disseminado e sistemático desse instrumento entre as áreas permitiria ao longo dos anos acumular evidências sobre sua qualidade psicométrica.

Para tanto, é recomendado um trabalho prévio com os responsáveis por cada uma das áreas que compõem a equipe multidisciplinar do hospital, sobre as diferentes possibilidades hoje existentes para investigação de QV e a importância da aplicação de seus resultados no contexto dos serviços prestados. Este preparo prévio incluiria necessariamente noções elementares sobre QV e também sobre a prática da interdisciplinaridade a qual prevê um processo de troca contínua de conhecimentos entre as áreas tendo como foco principal a reabilitação do paciente.

Além do entendimento, isto contribuiria para que a equipe pudesse desenhar os futuros protocolos clínicos de maneira simples e rápida de coletar e preencher, distribuindo entre as partes, os vários domínios de QV definidos pela equipe. Desta forma, evitar-se-ia a repetição de tópicos e ou duplicidade de informação e tanto o paciente, quanto o profissional e o próprio hospital seriam beneficiados pela objetividade desse instrumento, que na prática clínica asseguraria que o foco do tratamento e avaliações seriam o paciente e não tão somente os sintomas.

Ao entender-se que a reabilitação enquanto processo diz respeito ao desenvolvimento das capacidades adaptativas do indivíduo, nas diferentes fases de sua vida, confundindo-se ao processo de desenvolvimento ótimo da pessoa com deficiência nos seus aspectos funcionais, físicos, psíquicos, educacionais, sociais, profissionais e ocupacionais, não há como não admitir a importância e necessidade de se adotar preceitos de QV para nortear e determinar a associação entre QV na infância e outros fatores prenunciadores, como a condição de pessoas com fissuras labiopalatinas. De acordo com The World Group (1998), a natureza multidimensional do construto de QV inclui quatro grandes dimensões: física, percepção do indivíduo sobre sua condição física; psicológica, percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; relacionamento social, percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; e ambiente percepção do indivíduo sobre os aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

A proposta pela elaboração de um instrumento para avaliação da QV da criança com fissura labiopalatina colocaria o HRAC/USP em consonância com os tratados internacionais contribuindo diferenciadamente para com o avanço teórico e metodológico na área.

## **5.2 – Coleta e registro de itens de qualidade de vida**

Quando o formulário de investigação foi confrontado com os protocolos clínicos dos 314 pacientes estudados foi constatado também que:

- ✓ Sob o domínio “convívio social”, das áreas que contemplam na estrutura de seus protocolos clínicos domínios de QV, de longe foi o Serviço Social a que maior regularidade apresentou quanto à coleta e registro (84,7%) de dados dos 314 pacientes sobre o item família. No entanto, comparada às áreas de Pediatria e Enfermagem/Saúde Pública nos itens “colegas” e “vizinhos”, a área de Serviço Social

apresentou frequência de coleta e registro igual ou inferior para esses dois dados. As áreas de Odontopediatria e Ortodontia não contemplam na estrutura de seus respectivos protocolos clínicos itens de QV sob o domínio “convívio social”;

- ✓ Mesmo com baixa frequência a área do Serviço Social foi também aquela que maior regularidade apresentou na coleta e registro de dados sobre o domínio “relacionamento interpessoal” (4,1%) seguida das áreas de Pediatria e Enfermagem/Saúde Pública. As áreas de Odontopediatria e Ortodontia, não contemplam na estrutura de seus protocolos clínicos itens de QV sob o domínio “relacionamento interpessoal”;
- ✓ O domínio “educação” ainda que não contemplado (sob os aspectos de compatibilidade ou distorção entre idade e série) na estrutura do protocolo clínico do Serviço Social, foi também coletado e registrado por esta área no próprio protocolo clínico, com expressiva regularidade. Dos 314 analisados (66,2%) foram devidamente documentados e desses, somente 4 (1,3%) apresentam distorção entre idade e série. Numa proporção bem menor a Pediatria também apresentou certa regularidade na coleta e registro dessa informação: 15 registros para educação compatível com a idade (4,8%) da amostra, seguida da Enfermagem/Saúde Pública com 1,6% de coleta e registro desse domínio. As áreas de Odontopediatria e Ortodontia não contemplam na estrutura de seus respectivos protocolos clínicos, esse domínio de QV;
- ✓ O Serviço Social embora não contemple na estrutura de seu protocolo clínico o domínio de QV referente ao “desempenho escolar”, foi a área que apresentou maior regularidade quanto à coleta e registro dessa informação nos próprios protocolos clínicos (16,9%) dos 314 casos. A Pediatria vem em seqüência com 3,2% dos casos coletados e registrados sob este domínio de QV;
- ✓ A única área que contempla na estrutura de seu protocolo clínico o domínio de QV “lazer” é a Pediatria, a mesma que coleta e registra de

forma muito acanhada este dado (0,6% respectivamente para brincadeiras e televisão);

- ✓ Embora nenhuma das áreas do HRAC contemple na estrutura de seus protocolos clínicos itens sob o domínio “satisfação com o resultado do tratamento”, as áreas de Enfermagem/Saúde Pública, Pediatria e Ortodontia muito esporadicamente coletam e registram informações sobre satisfação com o resultado do tratamento; não alcançam respectivamente 1% da amostra;
- ✓ As áreas de Serviço Social, Odontopediatria e Ortodontia de forma muito esporádica coletaram e registraram informações sobre o domínio “queixas”; a ortodontia foi a área que mais coletou e registrou queixas dos 314 estudados. A Pediatria e Enfermagem/Saúde Pública que não têm na estrutura de seus protocolos clínicos esse domínio de QV, também coletaram e registraram informações referentes às queixas de forma esporádica 1,2% da amostra, respectivamente em seus protocolos clínicos;
- ✓ Embora a área de Enfermagem/Saúde Pública, contemple em seu protocolo clínico 4 (quatro) dos 7 (sete) domínios, incluindo convívio social, relacionamento interpessoal, educação e desempenho escolar, só o aplica por ocasião da primeira consulta do paciente no HRAC, o que implica na ausência de coleta e preenchimento desses dados do protocolo clínico caso o paciente na época da primeira consulta ao HRAC seja bebê, ou criança menor de seis anos;
- ✓ A área de Serviço Social, dentre todas as áreas, foi a que mais regularmente colheu e registrou domínios de QV no protocolo clínico;
- ✓ Na área de Pediatria, a que reúne o maior número de domínios 5 (cinco): convívio social, relacionamento interpessoal, educação, desempenho escolar e lazer, apenas um único profissional tinha por hábito preencher seu protocolo clínico na íntegra, mas de forma inconstante;

As áreas da Pediatria e Enfermagem/Saúde Pública que não têm na estrutura de seus protocolos clínicos o domínio de QV “queixas”, coletaram e acrescentaram também essas informações em seus protocolos clínicos, (0,6%) respectivamente; e

- ✓ O domínio de QV “queixas”, o único contemplado na estrutura dos protocolos clínicos das áreas de Odontopediatria e Ortodontia, não foi coletado e registrado com regularidade pelas respectivas áreas nos 314 casos da amostra.

Sabe-se que uma exigência para um protocolo clínico ser legitimado, é que antes ele passe por um processo de validação, ou seja, que depois de aplicado na prática clínica ele seja reconhecido como correto pelas sociedades profissionais e a comunidade acadêmica (Castro e Shimazaki 2006). Trata-se de uma estrutura simples, eminentemente interdisciplinar, o que implica a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para seu aprimoramento conceitual e metodológico e sua utilização pode contribuir para a melhoria da qualidade e da integralidade da assistência na perspectiva da saúde como direito de cidadania.

Como o HRAC/USP possui uma equipe multidisciplinar para a reabilitação de pessoas com malformações craniofaciais, possui também, como foi visto vários protocolos clínicos. Nesses, em determinadas áreas foram encontrados alguns domínios de QV ao que se supõe façam parte de uma investigação cujos resultados de alguma maneira devem contribuir com o processo de reabilitação.

Mas, o que se observa é que mesmo as áreas que contemplam na estrutura de seus protocolos clínicos, itens referentes aos domínios investigados de QV, estas não coletam e não registram esses dados de maneira coerente ao proposto, ou seja, não há a sistematização dessa linha de pensamento e ou ação.

A prática inconstante e irregular de coleta e registro destes dados, além de deixar uma lacuna na avaliação do paciente, não permite que se trace um perfil diagnóstico conclusivo daquele caso sob a ótica de QV, inclusive para servir de fundamento para futuros projetos de pesquisa. Impossível inferir sobre o porquê isso ocorre, uma vez que a inclusão dos dados na estrutura dos protocolos clínicos foi definida e caracterizada pela iniciativa das próprias áreas. Inadequação? Dados

eletivos? Escassez de tempo? Juízo de valor? Desconhecimento de causa e efeito?

Essa postura inconsistente reforça a necessidade de que se relatou anteriormente sobre o preparo prévio da equipe incluindo noções elementares sobre QV e também sobre a prática da interdisciplinaridade contribuindo com a reciclagem e atualização da equipe e conseqüente melhoria do processo. Nessa oportunidade, seria estimulado o hábito por uma coleta e registro de dados de maneira perseverante para que a própria equipe formulasse, aplicasse e validasse um instrumento de investigação de QV específico para crianças com fissuras labiopalatinas.

Nada mais justo e apropriado para um hospital deste porte, reconhecido pela OMS (2002) como centro de excelência, caracterizado por atendimento eficiente e grande volume de pacientes. Por que não sair na frente? Por que não se preparar para ter seu próprio instrumento de investigação de QV e institucionalmente servir de modelo para a comunidade científica? Assim, os princípios do acolhimento e humanização, mais que respeitados, seriam os responsáveis diretos pela transformação da cultura institucional.

### **5.3 – Abordagens de itens de qualidade de vida nas folhas de evolução**

Quando se confrontou o formulário de investigação com as folhas de evolução dos prontuários dos 314 sujeitos estudados, percorrendo todas suas folhas adicionais com a finalidade de verificar a existência de registros de domínios de QV pelas áreas, constatou-se que:

- ✓ 8 (66%) das 12 áreas que integram o protocolo clínico do HRAC/USP (Cirurgia Plástica, Enfermagem/Saúde Pública, Pediatria, Genética, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Serviço Social e Psicologia) tiveram por

rotina coletar e registrar quesitos de QV nas folhas de evolução dos prontuários de alguns dos casos estudados.

- ✓ No domínio “convívio social”, as áreas de Fonoaudiologia e Psicologia foram as que mais coletaram e registraram itens de QV nas folhas de evolução dos prontuários dos 314 pacientes estudados e sobressaindo para todas as áreas os registros referentes ao item família (média entre as áreas de 10%).
- ✓ As áreas de Cirurgia Plástica, Enfermagem, Pediatria, Genética, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Serviço Social e Psicologia coletaram e registraram nas folhas de evolução dos prontuários aspectos do domínio “relacionamento interpessoal” (capacidade do paciente em se relacionar e ou interagir com seus semelhantes) com destaque novamente para as áreas de Fonoaudiologia (5,4%) em 17 casos da amostra e da Psicologia (13,1%) em 41 dos 314 casos.
- ✓ Sobre o domínio “educação” todas as áreas referenciadas acima coletaram e registraram aspectos relacionados à escolaridade dos pacientes estudados, sendo que a Fonoaudiologia o fez para mais da metade da amostra (56,7%), ou seja, para 178 casos e a Psicologia para um pouco menos, (168) 52,2% dos casos estudados.
- ✓ À exceção da Pediatria, todas as áreas referenciadas anteriormente coletaram e registraram nas folhas de evolução dos prontuários de alguns dos pacientes estudados, aspectos relacionados ao domínio “desempenho escolar”. Novamente com destaque para as áreas de Fonoaudiologia e de Psicologia (51,9%) 163 casos e (43,6%) 137 casos da amostra, respectivamente.
- ✓ No domínio “lazer” cujo centro de investigação dizia respeito à opção e interesse do paciente por atividades culturais, esportivas, de relaxamento e entretenimento (jogos eletrônicos, brincadeiras ou passeios com amigos, clubes, cinemas, esportes, televisão ou com a família) a área de Fisioterapia foi a que coletou e registrou num maior número de casos (3,8%), ou seja, em 12 casos da amostra.

- ✓ No domínio “satisfação com o resultado do tratamento” observou -se que as áreas de Cirurgia Plástica e Fonoaudiologia foram as que mais procuraram registrar nas folhas de evolução dos prontuários o ponto de vista do paciente (satisfação ou insatisfação) em relação ao resultado alcançado pelo tratamento a que se submeteu ou estava se submetendo de 129 (29,7%) e 56 (17,8%) pacientes respectivamente.
- ✓ Quanto ao domínio de QV “queixas” as áreas de Fonoaudiologia e Cirurgia Plástica foram as duas que mais significativamente registraram nas folhas de evolução dos prontuários tais aspectos. Dos 314 casos estudados, a Fonoaudiologia registrou em (58,5%) 184 dos casos da amostra e a Cirurgia Plástica em (12%) 38 pacientes.
- ✓ As áreas de Nutrição/Dietética, Otorrinolaringologia, Odontopediatria e Ortodontia foram as únicas que não fizeram referência a nenhum dos domínios de QV, nas folhas de evolução.
- ✓ As áreas de Fonoaudiologia, Psicologia, Cirurgia Plástica e Fisioterapia foram as que mais coletaram e registraram informações sobre domínios de QV nas folhas de evolução dos 314 pacientes estudados.
- ✓ O domínio de QV mais coletado e registrado por essas áreas nas folhas de evolução foi “educação”, seguido obedecendo a uma escala de frequência, pelos domínios: “desempenho escolar”; “convívio social”; “satisfação com o resultado do tratamento”; “queixas”; “relacionamento interpessoal” e “lazer”.
- ✓ O domínio “desempenho escolar” não foi referenciado pela Pediatria nas folhas de evolução.
- ✓ O domínio “lazer” não foi referenciado nas folhas de evolução dos casos estudados, pelas áreas de: Pediatria, Genética e Serviço Social.

Esses registros de caráter espontâneo corroboram os preceitos de que as relações entre saúde e QV são estreitas e têm no conceito de “promoção da saúde” sua estratégia central. Tomando-se por base a caracterização e as

medidas para avaliação de QV é possível inferir que esta parece consolidar-se como uma variável importante na prática clínica e na produção do conhecimento na área da saúde.

De acordo com Bee (1997) a criança, em função de sua fase de crescimento dos 6 aos 12 anos, tem seu desenvolvimento focado nas aquisições escolares e nas interações sociais, domínios estes de QV dos mais coletados e registrados tanto nos protocolos clínicos, quanto nas folhas de evolução dos prontuários dos pacientes estudados. A criança inicia sua caminhada social por meio da convivência escolar e assim, encontra as referências para sua socialização com o mundo circundante nas relações futuras.

A coleta e registro pelas áreas, principalmente a Fonoaudiologia, de informações sobre a escolaridade e desempenho escolar nas folhas de evolução permitiram identificar nuances de preconceitos no cotidiano escolar e atitudes ambíguas em relação ao futuro do escolar em processo de reabilitação. No entanto, pela sua magnitude não daria para assegurar que a utilização desses atributos em intervalos irregulares, seria suficiente para contribuir com as tomadas de decisão ou ainda que lhes possibilitasse identificar grupos vulneráveis ao se avaliarem o custo e os benefícios dos programas de intervenção.

Ainda que essa condição de utilização seja relativa, se somada às avaliações registradas nos protocolos clínicos complementariam a pretensa metodologia (instrumento de investigação) por meio da combinação de itens padronizados com análises qualitativas sobre outros enfoques de QV do paciente. Sua aplicação e desenvolvimento sistemático poderiam resultar certamente, em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença.

Estas práticas, além de contribuir para aprimorar processos diagnósticos e de direcionamento de tratamentos, serviriam também para avaliação sistemática de resultados de tratamento. O processo decorrente do exercício espontâneo na coleta e registro pelas áreas do HRAC/USP de domínios de QV nas folhas de evolução revelou uma aculturação inconsciente do significado e

caracterização do conceito de QV. Nesse contexto, caracterizou-se a propulsão inata das áreas para o desenvolvimento de um instrumento próprio que possa mensurar a QV dos pacientes na faixa etária entre 6 e 12 anos assistidos pelo HRAC/USP.

À proporção que inúmeros estudos são orientados e aplicados fazendo - se uso de versões brasileiras de instrumentos de avaliação da QV no campo da saúde, no HRAC/USP há ainda a considerar o desafio de se estabelecer uma rotina de avaliação de QV que atenda também aos interesses práticos assistenciais, o que inclui demonstrar a utilidade de um instrumento no gerenciamento das fissuras labiopalatinas como sendo de gestão clínica, que sob forma de documentação sistematizada, normaliza o seu padrão de atendimento, permitindo ainda uma auto-avaliação sistemática dos resultados de tratamento.

#### **5.4 - Comentários finais**

Apesar das dificuldades para se caracterizar precisamente o termo qualidade de vida sabe-se que em síntese tem sua noção aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, sócio -ambiental, estilo de vida, acesso a serviços de saúde e à própria estética existencial dos indivíduos ou de uma coletividade. Na esfera da saúde, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito da promoção da saúde seu foco mais relevante.

A busca pela qualidade assistencial dos serviços de saúde, um dos preceitos da “promoção da saúde” deixou de ser uma atitude exótica, e tornou - se uma necessidade técnica e social. Verifica -se em vários países a existência de um consenso crescente sobre a conveniência de criar organismos que, de forma sistemática, produzam normas específicas de avaliação e controle de qualidade dos serviços de saúde.

A Universidade de São Paulo em 2007 aderiu ao Programa de Qualidade do Governo Federal/GESP ÚBLICA (Brasil 2007). Desde 1991, esse programa vem desenvolvendo na administração pública brasileira, ações cujo propósito é transformar as organizações públicas, procurando torná-las cada vez mais preocupadas com o cidadão e não, apenas, com os seus processos burocráticos internos. Elevar o padrão dos serviços prestados ao cidadão e, ao mesmo tempo, tornar o cidadão mais exigente em relação aos serviços públicos a que tem direito é o grande desafio da qualidade na administração pública e o foco de sua atuação. Em outras palavras, o que se busca é fazer com que a organização pública passe a considerar o cidadão como parte interessada e essencial ao sucesso da gestão pública e, em função disso, que avaliação do desempenho institucional somente seja considerada aceitável se incluir a satisfação do cidadão como item de verificação.

Existe um crescente interesse em medir qualidade de vida em crianças, mas há ainda muita diversidade e confusão nessa área de avaliação. Enquanto a avaliação da qualidade de vida é uma parte vital do acesso ao efeito do tratamento, em muitas triagens clínicas normalmente um método de medição não está acessível ou não existe. Assim, fazer do protocolo clínico seu próprio instrumento de avaliação de qualidade de vida, daria aos profissionais investigadores do HRAC/USP, maior eficiência nos estudos para determinar benefícios de tratamento, além de orientá-los quanto à tomada de decisão sobre os cuidados de saúde específicos à criança. Sabe-se que não há receita pronta, mas existe uma série de estágios no desenvolvimento de testes ou instrumentos que meçam qualidade de vida, a começar pela importância em se decidir pela maneira conceitual de QV mais adequada sob a ótica na infância; selecionar tópicos ou domínios que possam traduzir esse contexto; distribuir entre as áreas as respectivas responsabilidades pelos vários domínios; dar forma ao questionário etc.

Assim que, também são vários os passos necessários para equacionar as necessidades das organizações de saúde às transformações de seus ambientes, em busca da excelência. Mas não é difícil atingir esse intento com uma preparação razoável dos profissionais e habilitações pertinentes a essa

nova proposta. Necessariamente no tópico anterior (5.3), deste trabalho discorreu-se sobre a “aculturação inconsciente do significado e caracterização do conceito de QV pelas áreas” que se resume num processo próprio de organizações cujo perfil de cultura se estabelece estruturalmente para valorizar o acultamento pró-inovação. O HRAC/USP tem isto a seu favor, pois é uma entidade que tem o grau de interação muito amplo propiciando e estabelecendo redes de mudanças. E toda mudança sistemática leva a nova procura, portanto a uma tendência de alcançar o sucesso. Essa postura peculiar das áreas embasa a idéia de se conciliar a propriedade de conhecimento do profissional do HRAC/USP (sobre a reabilitação das fissuras labiopalatinas) à iniciativa oportuna e pioneira pela transformação do protocolo clínico em instrumento de investigação para avaliação de QV. Esta se firmaria sob a forma de uma nova estratégia e reorganização dos trabalhos como resposta às mudanças, principalmente em relação à adesão conseqüente do HRAC/USP ao GESPÚBLICA.

**CONCLUSÕES**



## 6. CONCLUSÕES

- 1) Um dos objetivos deste estudo foi o de verificar na estrutura dos protocolos clínicos da categoria infantil do HRAC, quais áreas contemplam os domínios de QV:

Das 12 áreas clínicas do HRAC/USP, 5 (42%) áreas contemplaram na estrutura de seus protocolos alguns itens dos 7 domínios estudados. A Pediatria inclui os domínios “convívio social”, “relacionamento interpessoal”, “educação”, “desempenho escolar” e “lazer”; a Enfermagem/Saúde Pública os domínios: “convívio social”, “relacionamento interpessoal”, “educação” e “desempenho escolar”; o Serviço Social o item família do domínio “convívio social” o domínio “relacionamento interpessoal” e do domínio “queixas” o item “sociais”. A odontopediatria e a ortodontia igualmente o item estética oclusal do domínio “queixas”.

- 2) Outro objetivo foi o de verificar nos protocolos clínicos de 314 prontuários quais áreas (entre aquelas que contemplam itens de QV em seus protocolos) coletam e registram estes itens de forma consistente nos devidos protocolos.

Os achados deste estudo revelaram que houve inconsistência na coleta e registro das informações sobre domínios de QV sendo que o item mais reportado foi o aspecto “família” no domínio convívio social o qual foi reportado 84,7% das vezes nos protocolos do serviço social. Apenas outros 2 itens foram reportados em mais de 50% dos prontuários: educação do paciente (reportado 65% no protocolo do serviço social). Os demais itens de qualidade de vida foram reportados em 50% ou menos prontuários, sendo que a maioria dos itens não foi sequer reportada. Pode-se afirmar resumida e enfaticamente que não há a sistematização da coleta e preenchimento desses dados pelas áreas.

- 3) Finalmente este estudo também teve o objetivo de verificar nas folhas de evolução nos prontuários dos 314 pacientes se havia registros de abordagens de domínios de QV.

Os achados revelaram que 8 (66%) das 12 áreas clínicas (Cirurgia Plástica, Enfermagem/Saúde Pública, Pediatria, Genética, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Serviço Social e Psicologia) fizeram anotações de informações quanto a alguns aspectos de QV nas folhas de evolução. A área de fonoaudiologia reportou nas folhas de evolução, aspectos quanto à educação do paciente em 53,5% dos 314 prontuários analisados. Os demais itens de qualidade de vida foram reportados em 50% ou menos prontuários, sendo que a maioria dos itens não foi sequer reportada.

## **REFERÊNCIAS**



## 7. REFERÊNCIAS

Abdo RCC, Machado MAMM. Odontopediatria das fissuras labiopalatinas. São Paulo: Editora Santos; 2005.

Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador. In: Mugayar LRF, coord. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*, São Paulo: Pancast; 2000.p.111-39.

Altmann EBC. *Fissuras labiopalatinas*. 4ª.ed. Carapicuíba: Pró-Fono Departamento Editorial;1997.

Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GI, Ormel J, Suur meijer TP. The relative contribution of domains of quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res* 2004. 13: 883-96.

Assembléia Geral das Nações Unidas 1948. *Declaração Universal dos Direitos Humanos* [online]. 2006, [consultado em 11 de novembro de 2007] [1 tela]. Disponível em URL: [http://onu-brasil.org.br/documentos\\_direitos\\_humanos.php](http://onu-brasil.org.br/documentos_direitos_humanos.php).

Assumpção Junior FB, Kuczynski E, Sproviere MH, Aranha EMG. Escala de avaliação de qualidade de vida: (AUQEi – Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé) validade e confiabilidade de uma escala para a qualidade de vida em crianças de 4-12 anos. *Arq.Neuro-Psiquiatr*. [periódico on line]. 2000, mar vol 58 n1 [consultado em agosto 2006]; [13 telas]. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0004-282X20000001000018&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S0004-282X2000000100018>.

Bachega MI. *Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal* [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002.

Bee H. *A criança em desenvolvimento*. São Paulo: Harper, Raw do Brasil; 1997.

Brasil, Conselho Federal de Medicina, 2007. *Resolução 1821/2007*. Brasília:[on line] 23 Nov 2007 [consultado 12 de dez 2007]. Disponível: URL:[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1871\\_2007.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1871_2007.htm).

Brasil, Conselho Nacional de Saúde 1996. *Resolução nº 196, 1996*. Brasília: [on line] 10 Out 1996 [consultado 12 dez 2007]. Disponível: URL:<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Resol196.doc>

Brasil, Constituição 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. São Paulo: Revistas dos Tribunais;1989.

Brasil, *Diário Oficial do Estado*, 1999. São Paulo: Resolução 4652 de 29 de março de 1999 – Baixa o regimento do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais; 1999.

Brasil, Ministério da Educação e Cultura, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade 2004. Programa Brasil Alfabetizado, Diversidade e Inclusão Educacional Brasília: 09 de dezembro de 2004 [on line] [consultado 21 de novembro de 2007]. Disponível: URL: <http://www.portal.mec.gov.br/secad/index.php?option=content&task=view&id=110>  
- 23k

Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão 2007. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA; Prêmio Nacional da Gestão Pública - PQGF: *Instrumento para Avaliação da Gestão Pública – Ciclo 2007* – Brasília: MP, GESPÚBLICA, SEGES; 2007.

Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5, (Supl 1): 163-77.

Capelozza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras lábio-palatais. In: Petrelli E, coordenador. *Ortodontia para fonoaudiologia*. Curitiba: Lovise; 1992. p.195-239.

Carr AJ, Higginson PG. Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ* 2001; 322:1297-1300.

Castro AJR, Shimazaki E. *Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde*. Belo Horizonte: Editora Gutenberg; 2006.

Chen M, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med*, Oxford 1996; 43(Supl 8):1213-22.

Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. *Rev. Latino Am Enfermagem*, [online] Ago 2003 [citado 2006 set 18]; 11(4): [6 telas]. Disponível: URL:[http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&=S0104-11692003000400017&lng=pt&nrm=isso.doi:10.1590/S0104-11692003000400017](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&=S0104-11692003000400017&lng=pt&nrm=isso.doi:10.1590/S0104-11692003000400017).

Edwards TL, Patrick DL, Aspinall CL, Mouradian WE, Speltz ML. Approaches to craniofacial-specific quality of life assessment in adolescents. *Cleft Palate Craniofac J* 2004; 42:1, 19-24.

Eiser C. Children's quality of life measures. *Arch Dis Child*, London, v. 77, p. 350-4, 1997.

Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual life Res*, Oxford, v. 10, p. 347-57, 2001.

Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8.069. Brasília: CNBB; [1990].

Fayers PM, Machini D. Quality of life, assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley, 2000. Chap.1, p.3-27.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovic E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Brás Psiquiatr* 1999; 21: 19-28.

Fraser FC. The genetics of cleft lip and palate. *Am J Hum Genet* 1970; 22:336-52.

Garcia RCM, *Aspectos psicossociais e familiares de pessoas com e sem distúrbios da comunicação decorrentes da fissura labiopalatal* [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo, 2006.

Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 3a. ed. São Paulo: Atlas; 1989.

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

Graciano MIG. *De cliente a agente: os pais coordenadores e a sua multiplicado ra num programa com portadores de lesões lábio -palatais* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1988.

Iregbulem LM. The incidence of cleft lip and palate in Nigeria. *Cleft Palate J* 1982. 9:201-5.

Jenney MEM, Campbell S. Measuring quality of life. *Arch Dis Childhood*, 1997;77(4):347-9.

Johnson PE. Surgical repair of cleft lip and palate. In: Pirruccello FW editor. *Cleft lip and palate*. Springfield: Charles C. Thomaz; 1987 . p.69-00.

Kapp-Simon KA, McGuire DE, Long BC, Simon DJ. Addressing quality of life issues in adolescents: social skills interventions. *Cleft Palate Craniofac J* 2003; 42:1, 45-50.

Landgraf JM. Measuring and monitoring quality of life in children and youth: a brief commentary. *International Journal of Public Health*, Zürich, v. 46, n.5, p. 181-2, 2001.

Lansdown R (1981) apud Amaral VLAR. 4a. ed. Carapicuíba: Pró-Fono Departamento Editorial; 1997. p. 503.

Loffredo LCM, Souza JMP, Yunes Jr, Souza Freitas, JA, Spiri, WC. Fissuras labio-palatais: estudo caso-controle. *Rev. Saúde pública* [online] 1994 Jun [citado 2006 Set 18]; 28(3): 213-7. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101994000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000300009&lng=pt&nrm=iso). doi: 10.1590/S0034-89101994000300009.

Locker D, Jokovic A, Tompson B. Health related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. *Cleft Palate Craniofac J* 2004; 42:3, 260-6.

Manificat S, Dazord A. Evaluation de La qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers résultats. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1997; Lyon,45(4):106-14.

Meeberg GA. Quality of life: concept analysis. *J. Adv.Nurs*, 1993; Oxford, v.18,n.1, p. 32-8, 1993.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde coletiva*. [periódico online]. 2000 v.5 n1 [consultado em agosto de 2006] [6 telas]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi)

[D=S1413 – 8123200000100002&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000300009&lng=pt&nrm=isso).doi:10.1590/S1413-81232000000100002.

Modolin MLA, Cerqueira EMM. Etiopatogenia. In: Altmann EBC, coord. *Fissuras labiopalatinas*. 4ª Ed. Carapicuíba: Pró-Fono Departamento Editorial;1997. p.25-9.

Nagem Filho H, Morais N, Rocha RGF (1968) apud Silva Filho OG, Freitas JAS. *Caracterização morfologia e origem embriológica*. Bauru: Editora Santos Ltda; 2007. p.17.

Neel JV. A study of major congenital defects in japanese infants. *Am J Hum Genet* 1958.10:398-45.

Organización Mundial de La Salud. *Promoción de la salud: Glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994.

Osol A. *Dicionário Médico Blakiston*. 2ª Edição. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda; 1990.

Patel Z, Ross E. Reflections on the cleft experience by South African adults: use of qualitative methodology. *Cleft Palate Craniofac J* 2003; 40:471-80.

Prebianchi HB. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Psicol.teor.prát.* 2003; 5(1):57-69.

Ravens-Sieber U.; et al.; Kdiscreen group. Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *International Journal of Public Health*, Zürich, v. 46, n. 5, p. 295-302, 2001.

Rios IC *Humanização na área da saúde*. *BIS* 2003; (30):6-7.

Santos LRS. *Trabalho e qualidade de vida de pessoas com fissura labiopalatina inseridas no mercado profissional em Bauru* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

Segre M, Ferraz FCO. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* 1997; 31: 538-42.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2004; 20(2):580-88.

Silva Filho OG, Souza Freitas JA. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coords. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos Editora: 2007.p.17-49.

Silva Filho OG, Ferrari Junior FM, Rocha DL, Souza Freitas JA. Classificação das fissuras labiopalatinas: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Ver Bras Cir* 1992; 22:435-41

Shaw WC, Semb G. Principais estratégias a reabilitação: recomendação da organização mundial as saúde (oms). In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coords. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos Editora: 2007.p. 1-15.

Sinko K, Jagsch R, Pretchl V, Watzinger F, Hollmann K, Baumann A. Evaluation of esthetic, functional, and quality of life outcome in adult cleft lip and palate patients. *Cleft Palate Craniofac J* 2003; 42:355-61

Souza-Freitas JA. *Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio -Palatais*. Bauru: Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio -Palatais da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 1974.

Spina V, Psillakis, Lapa FS et al. Classificação das fissuras labi opalatais: sugestão de modificação. *Ver Hosp Clin Faculd Med São Paulo* 1972; 27:5-6.

Strauss RP, Fenson C. Experiencing the "Good life": Literary views of craniofacial conditions and quality of life. *Cleft Palate Craniofac J* 2003;42:14- 8.

Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334:835-40.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46: 1569-85.

Topolski TD, Edwards TC, Patrick DL. Quality of life: How do adolescents with facial differences compare with other adolescents? *Cleft Palate Craniofac J* 2004; 42:1, 25-32.

Veronez FS. *Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com fissura labiopalatina* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007 .

Yaremko RM, Harari H, Harrison CR, Lynn E. *Handbook of reserch and quantitative methods in psichology*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1 986.

Wallander JL, Schimit M, Koot HM. Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. *J Clin Psychol*, New York 2001;57(4) p.571-85.

Wehby GL, Ohsfeldt RL, Murray JC. Healt professional's assessment of hea lth quality of life values for oral clefting by age using a visual analogue scale method. *Cleft Palate Craniofac J* 2005; 43:383-91.

World Health Organization (2002) apud Shaw WC, Semb G. Bauru: Editora Santos Ltda; 2006. p. 2.

Zar JH. *Biostatistical Analysis*. 3rd ed. Prentice Hall – Upper Saddle River: New Jersey; 1996.

**ANEXOS**



## ANEXO 1 - Formulário de investigação aplicado nos prontuários estudados.

Área: \_\_\_\_\_

Pesquisador: Silvia Amália Canova Cardoso

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Iniciais: \_\_\_\_\_ Nº matrícula: \_\_\_\_\_

Assinalar com o Nº "1" os aspectos de qualidade de vida na infância registrados nos protocolos clínicos ( P ) e nas folhas de evolução ( E ) das diversas áreas e com o Nº "0" os aspectos de qualidade de vida não contemplados:

	P	E
1. Convívio social:		
Família	[    ]	[    ]
Colegas	[    ]	[    ]
Vizinhos	[    ]	[    ]
2. Relacionamento interpessoal:		
Assinalado	[    ]	[    ]
Não assinalado	[    ]	[    ]
3. Educação:		
Compatível com a idade	[    ]	[    ]
Distorção idade x série	[    ]	[    ]
4. Desempenho escolar:		
Assinalado	[    ]	[    ]
Não assinalado	[    ]	[    ]
5. Lazer:		
Jogos eletrônicos	[    ]	[    ]
Brincadeiras ou passeio com amigos	[    ]	[    ]
Clubes, cinemas	[    ]	[    ]
Esporte	[    ]	[    ]

Televisão	[	]	[	]
Com a família	[	]	[	]

## 6. Saúde:

### 6.1 Satisfação com resultado do tratamento:

Pediatria	[	]	[	]
C. Plástica	[	]	[	]
Genética	[	]	[	]
Fonoaudiologia	[	]	[	]
Fisioterapia	[	]	[	]
Otorrinolaringologia	[	]	[	]
Odontopediatria	[	]	[	]
Ortodontia	[	]	[	]
Psicologia	[	]	[	]
Serviço Social	[	]	[	]
Enfermagem	[	]	[	]
Nutrição/Dietética	[	]	[	]

### 6.2 Queixas

Estética Facial	[	]	[	]
Audição	[	]	[	]
Fala	[	]	[	]
Estética oclusal	[	]	[	]
Sociais	[	]	[	]
Comportamentais	[	]	[	]

## ANEXO 2 – Protocolo clínico da Cirurgia Plástica

Classificação da Malformação					
Nome _____		_____ - _____			
Condição de chegada ao Hospital - Total _____		_____			
1. operado lábio	2. operado palato duro	4. operado palato mole			
8. operado nariz	16. pré-maxilar ausente	32. operado fis. lábio			
64. operado fis. palato duro	128. operado palato mole	256. sem tratamento cirúrgico prévio			
( ) UNILATERAL	( ) pré-forame	( ) D	( ) comp. _____ 01	_____	
			( ) incomp. _____ 02		( ) F. cicatricial _____ 03
	( ) E	( ) lábio _____ 04	( ) comp. _____ 05	( ) F. cicatricial _____ 06	
		( ) lábio + arco _____ 08		( ) lábio _____ 07	
	( ) transforame	( ) D	( ) lábio + arco _____ 08	( ) comp. _____ 09	_____
			( ) E _____ 10		
	( ) BILATERAL	( ) pré-forame	( ) D	( ) comp. _____ 01	TOTAL _____
				( ) incomp. _____ 02	
		( ) E	( ) lábio _____ 04	( ) comp. _____ 05	( ) F. cicatricial _____ 06
			( ) lábio + arco _____ 08		( ) lábio _____ 07
( ) transforame		( ) D	( ) lábio + arco _____ 08	( ) comp. _____ 09	TOTAL _____
			( ) E _____ 10		
( ) PÓS-FORAME		( ) comp.	( ) úvula _____ 01	TOTAL _____	
			( ) 1/2 palato mole _____ 02		
		( ) incomp.	( ) palato mole _____ 04	_____	
			( ) palato duro parcial _____ 08		
	( ) oculta _____ 16				
( ) MEDIANA	( ) pré-forame	( ) comp.	( ) F. cicatricial _____ 01	TOTAL _____	
			( ) lábio _____ 02		
	( ) transforame	( ) incomp.	( ) lábio _____ 03	_____	
			( ) lábio + arco _____ 04		
	( ) OBLÍQUA	( ) Direita 01	( ) Esquerda 02	( ) Bilateral 03	_____
( ) TRANSVERSA	( ) Direita 01	( ) Esquerda 02	( ) Bilateral 03	_____	
( ) LÍNGUA BÍFIDA	( ) Sim 01	( ) Não 02		_____	
( ) F. MANDIBULAR	( ) Sim 01	( ) Não 02		_____	
( ) F. PÁLPEBRA	( ) Direita 01	( ) Esquerda 02	( ) Bilateral 03	_____	
( ) OUTRAS ANOMALIAS		( ) Sim 01	( ) Não 02	_____	
( ) INSUFICIÊNCIA IVF		( ) Sim 01	( ) Não 02	_____	
Preenchido por: _____		Data ____/____/____			
HRAC- Mod. 1.6					

## ANEXO 2.1 – Protocolo clínico da Cirurgia Plástica

CIRURGIA PLÁSTICA

RG nº  -

Classificação:

Antecedentes cirúrgicos:

Lábio -

Palato -

Nariz -

Exame Físico Específico - Face

Nariz	Septo
	Asa
Lábio	Prolábio
	Pré-maxila
	Arco Cupido
Palato	Anterior
	Posterior

Cronograma Cirúrgico Provável:

1 -

Idade:

2 -

Idade:

3 -

Idade:

4 -

Idade:

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO 2.2 – Protocolo clínico da Cirurgia Plástica

Procedimento: Cirúrgico Idade Data Técnica Anestesia Pós-Operatório Imediato		Evolução Pós-Operatório Data  Indicação Cirúrgica
Procedimento: Cirúrgico Idade Data Técnica Anestesia Pós-Operatório Imediato		Evolução Pós-Operatório Data  Indicação Cirúrgica
Procedimento: Cirúrgico Idade Data Técnica Anestesia Pós-Operatório Imediato		Evolução Pós-Operatório Data  Indicação Cirúrgica
Indicações Cirúrgicas:		

### ANEXO 3 – Protocolo clínico da Enfermagem/Saúde Pública

Data	Peso	Altura	P. Cefálico	P. Torácico	Assinatura
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					

		Vacinas obrigatórias no 1º ano de vida						
Doses		Antipólio	D.P.T.	B.C.G.	Anti-Sarampo	Toxóide Tetânico	Dupla	Outras
1º	data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	rubrica							
	CV							
	PV							
2º	data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	rubrica							
	CV							
	PV							
3º	data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	rubrica							
	CV							
	PV							
Reforço	data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	rubrica							
	CV							
	PV							

## ANEXO 3.1 – Protocolo clínico da Enfermagem/Saúde Pública

### Consulta de Enfermagem Caso Novo

RG nº       -

#### I - Histórico de Enfermagem

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### 1 - Antecedentes

##### 1.1 Pré-Natal

Fez pré-natal?

Número de gestações

Intercorrência com a criança ao nascer

Como recebeu a criança?

##### 1.2 Mórbitos

- problemas de saúde apresentados até o momento  
(internações/cirurgias/outras alterações clínicas)

- virose da infância (MIC)

- realiza controle de saúde?

Antecedentes de:

( ) alergia especifique: \_\_\_\_\_

( ) hemotransfusão quando, porque? \_\_\_\_\_

#### 2 - Uso de Medicamentos:

(qual/quantidade/tempo de uso)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3 - O que você faz para manter-se com saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO 3.2 – Protocolo clínico da Enfermagem/Saúde Pública

### 3.1 - Higiene

#### 3.1.1 - Corporal

3.1.2 - Oral → frequência higiene

#### 3.1.3 - Vestuário

Como é feita a lavagem de roupa do bebe em casa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3.2 - Saneamento básico

3.2.1 - Condições de moradia (procedência da água/luz/destino do lixo/dejetos)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4 - Alimentação

### • ao nascer:-

( ) natural período \_\_\_\_\_

( ) artificial qual? \_\_\_\_\_

### • técnica utilizada:-

( ) seio materno ( ) colher

( ) conta gotas ( ) SNG

( ) mamadeira tipo de bico utilizado: \_\_\_\_\_

### • atual:

(tipo/frequência/quantidade/técnica utilizada/tempo gasto para alimentação)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### • apetite:

( ) bom ( ) regular ( ) ruim

(tem apresentado alteração/restricção no aumento ou diminuição de apetite)?

## 5 - Eliminações

### 5.1 - Urinaria

( ) sem anormalidades ( ) com anormalidades

quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 3.3 – Protocolo clínico da Enfermagem/Saúde Pública

Consulta de Enfermagem Caso Novo

### 5.2 - Intestinal

( ) sem anormalidades ( ) com anormalidades

quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6 - Sono e repouso

6.1 - ( ) calmo ( ) agitado

6.2 - Problemas durante o sono

(respiração ruidosa/dificuldade respiratória/outras alterações)

6.3 - Hábitos

( ) chupeta ( ) fraldinha ( ) chupa o dedo

### 7 - Orientação sexual

- já teve a primeira menstruação?

( ) sim ( ) não

quando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ciclo menstrual regular?

( ) sim ( ) não

- data última menstruação \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- uso de anticoncepcional? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) sim ( ) não

- já iniciou atividade sexual?

( ) sim ( ) não

- gostaria de alguma informação? (DST/planejamento familiar/método contraceptivo)?

\_\_\_\_\_

### 8 - Vida social e efetiva

8.1 - qual a expectativa para o tratamento da fissura em nosso serviço?

\_\_\_\_\_

## ANEXO 3.4 – Protocolo clínico da Enfermagem/Saúde Pública

—> Como é o relacionamento:

• família: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• escola: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• trabalho: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

—> O seu problema (fissura ou outro qualquer problema) trás dificuldades para o relacionamento:

• família: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• escola: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• trabalho: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• parceiro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Tem algo em você que gostaria de mudar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### II - EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM

• Postura (D.n.p.m): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO 3.5 – Protocolo clínico da Enfermagem/Saúde Pública

Consulta de Enfermagem Caso Novo

- Cabeça:
- Couro Cabeludo (sujidade, lesões, pediculose, fontanela, outros) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Face (coloração, edema, lesões, turgor) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Olhos (secreção, hiperemia, deficiência visual, outras alterações) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nariz (higiene, lesão, outras alterações) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Orelhas (higiene, lesão, secreção, deficiência auditiva outras alterações) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Boca (lesões, outras alterações) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Tórax (lesões, tipo de respiração, outras alterações) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Abdome (lesões, flácido, globoso, cicatriz umbilical, outras alterações) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Genitais/nádegas/anus (secreção, lesões, outras alterações) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Membros superiores (lesões, movimentação, outras alterações) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Membros inferiores (lesões, movimentação, outras alterações) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **ANEXO 3.6 – Protocolo clínico da Enfermagem/Saúde Pública**

### **III - PROBLEMAS LEVANTADOS:**

- **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:**

### **IV - CONDOTA DE ENFERMAGEM:**

Enfermeira  
COREN-SP

## ANEXO 4 – Protocolo clínico da Nutrição/Dietética

Nutrição e Dietética

RG nº       -

Idade: \_\_\_\_\_

Historico

Observacoes:

Conduta:

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Historico

Observacoes:

Conduta:

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HRAC - mod. 1.14

**ANEXO 4.1 – Protocolo clínico da Nutrição/Dietética**

Idade: \_\_\_\_\_

Historico

Observacoes:

Conduta:

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

---

Idade: \_\_\_\_\_

Historico

Observacoes:

Conduta:

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

---

## ANEXO 5 – Protocolo clínico da Pediatria

RG nº

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Pediatria - Caso Novo

Nome: \_\_\_\_\_ Proced.: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Cor: \_\_\_\_\_

Acompanhante: ( ) Mãe ( ) Pai \_\_\_\_\_

Tipo de Fissura: \_\_\_\_\_

HMA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ISDA: Geral: \_\_\_\_\_

Pele e anexos: \_\_\_\_\_

Seg. Cefálico: \_\_\_\_\_

Cardiorespiratório: \_\_\_\_\_

Gastrointestinal: \_\_\_\_\_

Genito-urinário: \_\_\_\_\_

Membros: \_\_\_\_\_

Neuro-muscular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A.P.: Doenças da Infância: \_\_\_\_\_

Outras Doenças: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VACINAÇÃO: Em dia ( ) \_\_\_\_\_

ALERGIA: Medicamento(s) Não ( ) \_\_\_\_\_

PROBLEMA DE SANGRAMENTO: Não ( ) \_\_\_\_\_

## ANEXO 5.1 – Protocolo clínico da Pediatria

PRÉ-NATAIS: Fez o pré-natal? Sim ( ) Não ( ). Intercorrências durante a gestação: ( ) Não ( ) Sim

---

---

---

NATAIS: Parto normal ( ) Cesárea ( ) Chorou ( ) APGAR \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg

---

Qual a reação da família ao saber que o bebê era portador de FIP? \_\_\_\_\_

---

Como o RN passou os primeiros dias? \_\_\_\_\_

---

---

Alimentação: \_\_\_\_\_

---

ALIMENTAÇÃO ATUAL: \_\_\_\_\_

---

---

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: BDNPM ( ). ADNPM ( ). Sustentou a cabeça \_\_\_\_\_,

sentou \_\_\_\_\_, ficou de pé \_\_\_\_\_, andou \_\_\_\_\_, falou \_\_\_\_\_.

CONDIÇÕES NEUROPSÍQUICAS: (temperamento; personalidade; sono; atividades domésticas, lúdicas e sociais; relacionamento, disciplina, TV). \_\_\_\_\_

---

---

---

---

ESCOLARIDADE \_\_\_\_\_

---

A. FAMILIARES: Tem outro(s) portador(es) de FIP na família?

---

---

## ANEXO 5.2 – Protocolo clínico da Pediatria

### Exame Físico

Peso \_\_\_\_\_ Kg Estatura \_\_\_\_\_ cm PC: \_\_\_\_\_ cm PT: \_\_\_\_\_ cm T: \_\_\_\_\_ °C

Impressão Geral: \_\_\_\_\_

Pele e Anexos: \_\_\_\_\_

Esqueleto: \_\_\_\_\_

Cabeça: \_\_\_\_\_

Pescoço: \_\_\_\_\_

Tórax: \_\_\_\_\_

Abdome: \_\_\_\_\_

Genitais: \_\_\_\_\_

Membros: \_\_\_\_\_

Neurológico: \_\_\_\_\_

Psicológico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

Conduta(s): \_\_\_\_\_

Médico Pediatra \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO 6 – Protocolo clínico da Genética

GENÉTICA CLÍNICA

RG nº  -

Dados gerais:

Idade materna na concepção:

Idade paterna na concepção:

Intercorrências gestacionais/perinatais:

Heredograma:

Dados Clínicos:

H.D.:

Conduta:

HRAC - mod 1,12

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO 7 – Protocolo clínico da Otorrinolaringologia

RG nº

						-		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

OTORRINOLARINGOLOGISTA

### Orofaringe

lábios, gengivas e dentes

língua, palato, amígdalas

adenóides, trompas

### Hipofaringe

### Laringe

cordas vocais, demais estruturas

### Nariz

mucosa, septo, cornetos

seios da face

### Ouvidos

pavilhões, conduto, tímpanos

Rx da mastóide

### Conclusão radiológica

### Conclusão audiométrica

### Hipótese diagnóstica

### Conduta

**ANEXO 7.1 – Protocolo clínico da Otorrinolaringologia**

Exame avaliativo

Condições  
Otorrinolaringológicas

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ANEXO 8 – Protocolo clínico da Fonoaudiologia

### AVALIAÇÃO FONOARTICULATÓRIA

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Finalidade da Avaliação: \_\_\_\_\_ Tempo de pós-cirúrgico \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ m

Setor: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O paciente encontra-se em condições adequadas para avaliação? ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Fonoterapia ( ) Sim ( ) Não Duração \_\_\_\_\_ Frequência \_\_\_\_\_

Enfoque \_\_\_\_\_

Alta ( ) Sim ( ) Não OBS: \_\_\_\_\_

#### I - EXAME ORAL.

##### 1 - MORFOLOGIA DO LÁBIO.

[ ] n.a. ( ) simétricos [ ] tecido cicatricial à Esquerda [ ] "fistula" no lábio inferior  
( ) assimétricos [ ] tecido cicatricial à Direita

Obs: \_\_\_\_\_

##### 2 - FUNÇÃO LABIAL.

Em repouso: [ ] n.a. ( ) selamento labial ( ) lábios entreabertos  
Protrusão: [ ] n.a. ( ) não ( ) simétrico ( ) assimétrico  
Sorriso: [ ] n.a. ( ) não ( ) simétrico ( ) assimétrico

Obs: \_\_\_\_\_

##### 3 - FUNÇÃO DA LÍNGUA.

Em repouso: [ ] n.a. ( ) na papila palatina ( ) projetada ( ) no assoalho bucal ( ) indefinida  
Na deglutição: [ ] n.a. ( ) na papila palatina ( ) protrusão entre os dentes ( ) protr. entre os lábios ( ) indefinida  
Movimentação: [ ] n.a. [ ] adequada [ ] assimétrica [ ] limitada

Obs: \_\_\_\_\_

##### 4 - FRÊNULO DA LÍNGUA.

[ ] n.a. ( ) adequado ( ) parece curto, mas não para a fala ( ) parece curto para a fala

Obs: \_\_\_\_\_

##### 5 - OCLUSÃO

###### MORDIDA CRUZADA.

[ ] n.a. ( ) ausente [ ] anterior [ ] posterior direita [ ] mordida de topo  
( ) presente [ ] posterior bilateral [ ] posterior esquerda [ ] total

###### MORDIDA ABERTA.

[ ] n.a. ( ) ausente ( ) presente ( ) anterior ( ) posterior

Obs: \_\_\_\_\_

##### 6 - MORFOLOGIA DO PALATO.

[ ] n.a. ( ) não operado [ ] diástase muscular [ ] deiscente  
( ) operado [ ] retalho faríngeo [ ] fibrose acentuada  
( ) íntegro [ ] entalhe ósseo [ ] fissura submucosa

Obs: \_\_\_\_\_

##### - EXTENSÃO:

[ ] n.a. ( ) curto ( ) regular ( ) longo

Obs: \_\_\_\_\_



## ANEXO 8.2 – Protocolo clínico da Fonoaudiologia

### 12 - OBSTRUÇÃO NASAL.

[ ] n.a. Direita: ( ) sem obstrução ( ) parcialmente obstruído ( ) totalmente obstruído  
 Esquerda: ( ) sem obstrução ( ) parcialmente obstruído ( ) totalmente obstruído

Obs: .....

### 13 - HÁBITOS DELETÉRIOS.

[ ] n.a. ( ) ausente [ ] sucção digital [ ] chupeta [ ] onicofagia  
 ( ) presente [ ] bruxismo [ ] mamadeira

Obs: .....

## II - PRODUÇÃO DE FALA.

### 14 - INTELIGIBILIDADE DE FALA

[ ] n.a. ( ) adequada ( ) leve ( ) leve para moderada  
 ( ) moderada ( ) moderada para severa ( ) severa

Obs: .....

### 15 - RESSONÂNCIA.

[ ] n.a. ( ) equilibrada ( ) hipernasal ( ) hiponasal ( ) mista

Hipernasalidade: [ ] n.a. ( ) leve aceitável ( ) leve para moderada  
 ( ) leve não aceitável ( ) moderada  
 ( ) moderada para severa ( ) severa

Hiponasalidade: [ ] n.a. ( ) leve aceitável ( ) leve não aceitável ( ) moderada ( ) severa

Obs: .....

### 16 - TESTE DE ESCAPE DE AR NASAL (espelho).

[ ] n.a. [ ] papai [ ] papel [ ] piupiu [ ] pepe [ ] popô Total = \_\_\_\_\_ /10  
 [ ] babá [ ] bebê [ ] bobi [ ] boba [ ] bibi  
 [ ] fita [ ] saci [ ] Xuxa [ ] caqui [ ] tatu [ ] lula  
 [ ] vovô [ ] Ziza [ ] Juca [ ] Guga [ ] dedo [ ] arara  
 [ ] sopro [ ] /f/ [ ] /s/ [ ] /ʃ/ [ ] /i/ [ ] /u/

Obs: .....

### 17 - TESTE DE HIPERNASALIDADE (CUL-DE-SAC).

[ ] n.a. [ ] babá [ ] bebê [ ] bibi [ ] bobó Total = \_\_\_\_\_ /10  
 [ ] baba [ ] bebe [ ] bobi [ ] boba [ ] buba  
 [ ] /i/ [ ] /u/

Obs: .....

### 18 - TESTE DE HIPONASALIDADE.

[ ] n.a. [ ] mamãe [ ] mânia [ ] momo [ ] múmia Total = \_\_\_\_\_ /10  
 [ ] momo [ ] mamão [ ] manhá [ ] minha [ ] mimi

Obs: .....

### 19 - MÍMICA FACIAL.

[ ] n.a. ( ) presente ( ) ausente

Obs: .....

### 20 - DISTÚRBIOS ARTICULATÓRIOS.

[ ] n.a.

a) Fonológico: ( ) ausente [ ] substituição simples [ ] omissão [ ] simplificação  
 ( ) presente [ ] contaminação [ ] aglutinação [ ] acréscimo  
 [ ] redução ou substituição de grupo consonantal  
 [ ] outros: \_\_\_\_\_

No de fonemas alterados = \_\_\_\_\_ (apenas os fonemas substituídos ou omitidos).



## ANEXO 8.4 – Protocolo clínico da Fonoaudiologia

### V - CONDUTAS.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> correção cirúrgica de fistula | <input type="checkbox"/> palatoplastia primária                     | <input type="checkbox"/> prótese de palato     |
| <input type="checkbox"/> naso para definição conduta   | <input type="checkbox"/> correção cirúrgica da IVF                  | <input type="checkbox"/> controle              |
| <input type="checkbox"/> videofluoroscopia             | <input type="checkbox"/> fonoterapia                                | <input type="checkbox"/> avaliação audiológica |
| <input type="checkbox"/> alta                          | <input type="checkbox"/> rotina para definição de conduta cirúrgica |  |
- outros: encaminhamentos e/ou condutas \_\_\_\_\_

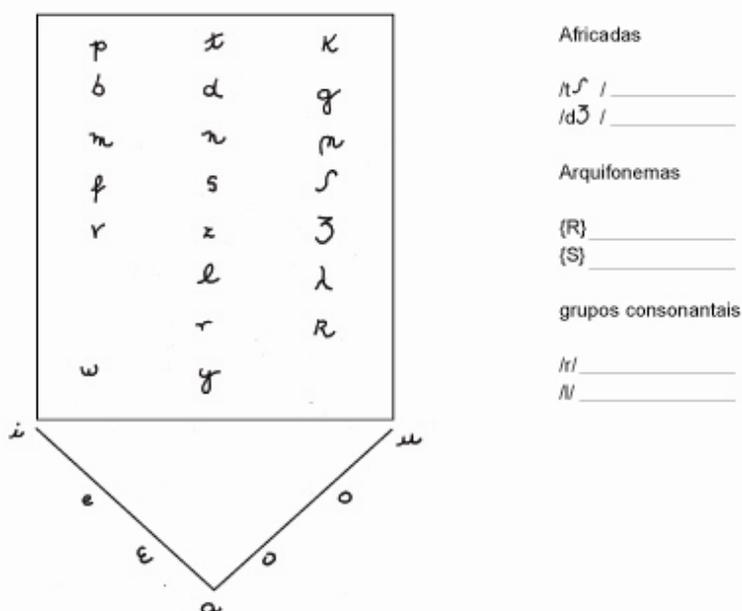
### 30 - OBSERVAÇÕES:

.....

.....

.....

### VI - QUADRO FONÉTICO-FONOLÓGICO.



### LEGENDA.

- |                                  |                                 |                  |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------|
| —▶ Substituição sistemática      | FV Fricativa Velar              | MF Mimica Facial |
| —▶ Substituição assistemática    | FNP Fricativa Nasal Posterior   | RN Ronco Nasal   |
| ○ Omissão sistemática            | FN Fricativa Nasal              |                  |
| ○ Omissão assistemática          | AF Africada Faringea            | Outros: _____    |
| GG Golpe de Glote                | COART Coarticulação             | _____            |
| PDMP Plosiva dorso médio palatal | CEA Ceceo Anterior              | _____            |
| PF Plosiva Faringea              | CEL Ceceo Lateral               | _____            |
| FF Fricativa Faringea            | EAN Emissão de ar nasal audível | _____            |
| FL Fricativa Laringea            | PROJ Projeção de Língua         | _____            |



## ANEXO 8.6 – Protocolo clínico da Fonoaudiologia

ENTREVISTA AUDIOLÓGICA			RG _____	
			Idade _____	
<b>Motivo da Consulta:</b>				
Solicitação do(a) paciente ( )		Controle Ambulatorial ( )		
Solicitação do ORL ( ) _____				
Pré-cirúrgico ( ) _____				
Pós-cirúrgico ( ) _____				
<b>Queixas</b>		<b>Atual(até 3 meses)</b>	<b>Pgressa</b>	<b>Ausente</b>
Otalgia:	( ) OD ( ) OE ( ) bilateral	( )	( )	( )
Otorréia:	( ) OD ( ) OE ( ) bilateral	( )	( )	( )
Dificuldade para ouvir:	( ) OD ( ) OE ( ) bilateral	( )	( )	( )
Otite:	( ) OD ( ) OE ( ) bilateral	( )	( )	( )
Zumbido:	( ) OD ( ) OE ( ) bilateral	( )	( )	( )
Prurido:	( ) OD ( ) OE ( ) bilateral	( )	( )	( )
Número e frequência dos episódios: _____				
_____				
<b>Exposição ao ruído:</b>	( ) não	( ) sim	_____	
<b>Surdez familiar:</b>	( ) não	( ) sim	_____	
<b>Queixa escolar:</b>	( ) não	( ) sim	_____	
<b>Doenças:</b>	( ) não	( ) sim	_____	
<b>Vol. de TV ou fala ↑ :</b>	( ) não	( ) sim	_____	
<b>Interesse no uso de AASI (se necessário):</b>	( ) não	( ) sim	_____	
_____				
_____				
<b>Conduta:</b>				
( ) retorno para controle		Prazo: _____		
( ) não necessita retorno				
( ) retorno a critério ORL				
<b>Encaminhamento:</b>				
( ) ORL		( ) CEDALVI	( ) CPA	
Preenchido por: _____ Data ____/____/____				

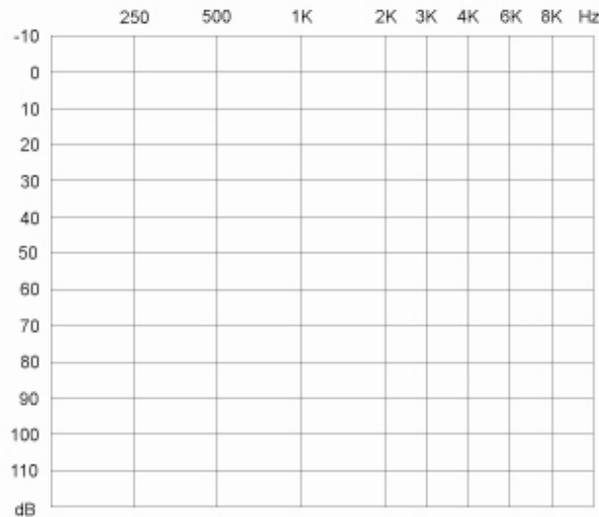
## ANEXO 8.7 – Protocolo clínico da Fonoaudiologia

### AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

RG \_\_\_\_\_

- Avaliação comportamental       Audiometria em campo livre  
 Audiometria lúdica             Audiometria tonal limiar  
 Paciente não colaborou         Não realizada: \_\_\_\_\_

#### AUDIOMETRIA



OD  $\bar{X}$  \_\_\_\_\_ dB    OE  $\bar{X}$  \_\_\_\_\_ dB

#### LEGENDA

V.A. \_\_\_\_\_ O.D. \_\_\_\_\_ V.O. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ O.E. \_\_\_\_\_

#### LOGOaudiometria

IRF \_\_\_\_\_ dB    Mono \_\_\_\_\_ %  
                          Diss \_\_\_\_\_ %  
                          Fig. \_\_\_\_\_ %  
 SRT \_\_\_\_\_ dB  
 SDT \_\_\_\_\_ dB

IRF \_\_\_\_\_ dB    Mono \_\_\_\_\_ %  
                          Diss \_\_\_\_\_ %  
                          Fig. \_\_\_\_\_ %  
 SRT \_\_\_\_\_ dB  
 SDT \_\_\_\_\_ dB

#### WEBER Audiométrico

	500	1000	2000	4000	Hz
OD					OE

#### REAÇÕES COMPORTAMENTAIS

- | Tons modulados                                 | Sons verbais             |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> respostas reflexas    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> atenção               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> procura da fonte      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> localização sonora    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ausência de respostas | <input type="checkbox"/> |

#### MASCARAMENTO

VA    OD \_\_\_\_\_  
       OE \_\_\_\_\_  
 VO    OD \_\_\_\_\_  
       OE \_\_\_\_\_  
 LOGO OD \_\_\_\_\_  
       OE \_\_\_\_\_

#### LAUDO

- |   | OD                       | OE                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> comportamento auditivo alterado        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> perda auditiva condutiva leve          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> perda auditiva condutiva moderada      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> perda auditiva mista leve              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> perda auditiva mista moderada          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> perda auditiva neurosensorial leve     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> perda auditiva neurosensorial moderada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> perda auditiva neurosensorial severa   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> perda auditiva neurosensorial profunda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> dentro dos padrões normais             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> não conclusivo                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Equipamento: \_\_\_\_\_

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO 8.8 – Protocolo clínico da Fonoaudiologia

**TIMPANOMETRIA**

**TIPO DE CURVA**

<b>OD</b>	<b>OE</b>
A ( )	A ( )
B ( )	B ( )
C ( )	C ( )
Ad ( )	Ad ( )
As ( )	As ( )
Não realizada ( )	( )

Motivo: \_\_\_\_\_

	OD	OE
Pressão	daPa	daPa
Máximo de Relaxamento	ml	ml
+200 mm H <sub>2</sub> O	ml	ml
Complacência (cc)	ml	ml
Meatoscopia		

	Pressão	
	OD	OE
INÍCIO		
1º DEGL.		
2º DEGL.		
3º DEGL.		

REFLEXO ESTAPEDIANO					
Hz	LIMIAR TONAL	CONTRA LATERAL	DIFERENÇA	DECAY	IFSI
500					
1000					
2000					
4000					
WN					

REFLEXO ESTAPEDIANO					
Hz	LIMIAR TONAL	CONTRA LATERAL	DIFERENÇA	DECAY	IFSI
500					
1000					
2000					
4000					
WN					

O. DIREITA (SONDA O.E.)

O. ESQUERDA (SONDA O.D.)

Equipamento: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO 9 – Protocolo clínico da Fisioterapia

RG nº  -

### FISIOTERAPIA

#### 1. Identificacao do paciente

#### 2. Aspectos cirurgicos

#### 3. Avaliacao neuromotora

#### 4. Aspectos musculares

## ANEXO 9.1 – Protocolo clínico da Fisioterapia

5. Alterações ortopédicas

6. Condições respiratórias

7. H.D.

8. Conduta fisioterápica

---

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO 10 – Protocolo clínico do Serviço Social

### Ficha do Serviço Social

RG nº       -

#### I - Investigação Diagnóstica

1 - Classificação Sócio-Económica: \_\_\_\_\_ Total pontos:

( ) N/C ( ) F - BI ( ) E - BS ( ) D - MI ( ) C - M ( ) B - MS ( ) A - AL  
 00 - 20      20 - 30      30 - 40      40 - 47      47 - 54      54 - 57

OBS.: Alteração da Tabela ( ) Sim ( ) Não Esp. \_\_\_\_\_

2 - Situação económica da família: \_\_\_\_\_      salários mínimos

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

Tipo de rendimento:

( ) salário ( ) retirada pró-labore ( ) rendimento financeiro ( ) aluguéis ( ) honorários  
 ( ) aposentadoria ( ) pensionista ( ) outros. Especificar: \_\_\_\_\_

3 - Número de membros residentes da família / Especificação: \_\_\_\_\_   pessoas

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

4 - Escolaridade - Maior nível educacional / responsável \* \_\_\_\_\_

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

5 - Habitação / Situação \_\_\_\_\_

6 - Habitação / Condição \_\_\_\_\_

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

Obs.: Número de cômodos \_\_\_\_\_   cômodos

HRAC - mod 1.8

## ANEXO 10.1 – Protocolo clínico do Serviço Social

7 - Tipo: \_\_\_\_\_

( ) 1. tijolos ( ) 2. madeira ( ) 3. tijolos e madeira ( ) 4. outros Espec.: \_\_\_\_\_

8 - Zona (localização): \_\_\_\_\_

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

9 - Infra-estrutura: \_\_\_\_\_

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

10 - Nível Ocupacional: \_\_\_\_\_

( ) 1. ativo ( ) 2. aposentado ( ) 3. pensionista ( ) 4. desempregado \_\_\_\_\_

Ocupação - Maior nível ocupacional / responsável \_\_\_\_\_

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

11- Setor: \_\_\_\_\_

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

Observação: ( ) 1. público ( ) 2. privado \_\_\_\_\_

**II - Recursos para Reabilitação**

Cidade / Estado (trajeto) \_\_\_\_\_ Hs ou Km: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Prazo para comunicação de retorno: \_\_\_\_\_

Periodicidade dos retornos: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Expectativas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problemas de saúde ou deficiências: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**III - Parecer / Intervenção do Serviço Social:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Assistente Social: \_\_\_\_\_

Código CPD 08/97

## ANEXO 11 – Protocolo clínico da Odontopediatria

ODONTOPEDIATRIA

RG nº      -

Data: \_\_/\_\_/\_\_

### Exame Dentário

1. Dente presente - Assinale com um círculo ao redor do número correspondente.
2. CÁRIE - Assinale o contorno da face afetada, assim como as restaurações a serem refeitas.
3. RESTAURAÇÕES PRESENTES - Preencha as faces envolvidas que estejam em bom estado
4. EXTRAÇÃO INDICADA - Cruze com uma barra (/)
5. DENTE EXTRAÍDO - Cruze com um X
6. DENTE COM TERAPIA PULPAR - Desenhe um triângulo sob o quadro do dente correspondente:
  - vazio - para tratamento indicado
  - cheio - para tratamento realizado
  - metade - para pulpotomia
  - inteiro - para pulpectomia

17 16 15 14 13 12 11 	21 22 23 24 25 26 27 
55 54 53 52 51 	61 62 63 64 65 
85 84 83 82 81 	71 72 73 74 75 
47 46 45 44 43 42 41 	31 32 33 34 35 36 37 

### Oclusão

Dentadura decídua       mista       permanente

Relação de caninos    classe I  D/E  
 classe II  D/E  
 classe III  D/E

Mordida cruzada    anterior   
 posterior unilateral   
 posterior bilateral   
 total

Mordida aberta anterior    sim       não

Hábitos \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

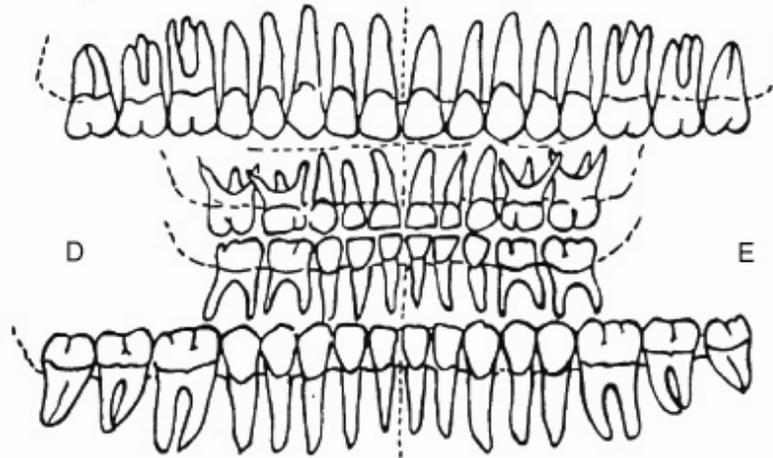


## ANEXO 11.2 – Protocolo clínico da Odontopediatria

RG nº

--	--	--	--	--	--	--	--

EXAME RADIOGRÁFICO - DENTIÇÃO MISTA



Radiograficamente as áreas assinaladas sugerem:

1 - Cárie

7 - Macrodonτία

2 - Lesão Apical

8 - Dens in Dente

3 - Corpo Estranho

9 - Retido

X - Extração em Irrupção

▲ - Fenda

4 - Anodontia: Parcial - Total

10 - \_\_\_\_\_

5 - Supranumerário

11 - \_\_\_\_\_

6 - Microdonτία

12 - \_\_\_\_\_

Complementação do Diagnóstico:

a) Exame Clínico

b) Exame Laboratório

c) Novas Radiografias

Preenchido por: \_\_\_\_\_

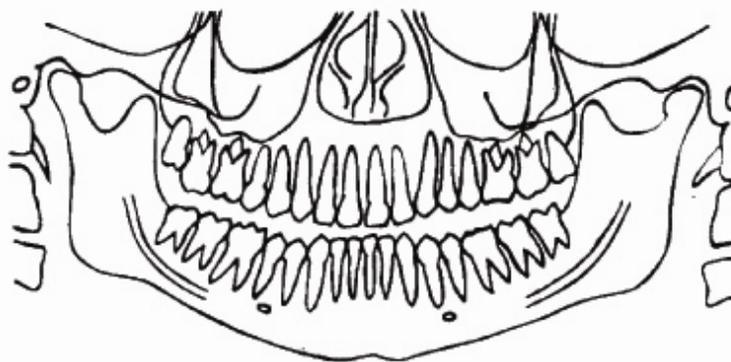
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HRAC - mod 1.21.2

## ANEXO 11.3 – Protocolo clínico da Odontopediatria

RG nº      -

### EXAME RADIOGRÁFICO - DENTIÇÃO PERMANENTE



Radiograficamente as áreas assinaladas sugerem:

1 - Cárie

7 - Macrodonτία

2 - Lesão Apical

8 - Dens in Dente

3 - Corpo Estranho

9 - Retido

X - Extração em Irrupção

▲ Fenda

4 - Anodontia: Parcial - Total

10 - \_\_\_\_\_

5 - Supranumerário

11 - \_\_\_\_\_

6 - Microdonτία

12 - \_\_\_\_\_

Complementação do Diagnóstico:

a) Exame Clínico

b) Exame Laboratório

c) Novas Radiografias

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HRAC - mod 1.2.2

## ANEXO 12 – Protocolo clínico da Ortodontia

Ortodontia - Buco Maxilo

RG nº  -

Idade: \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

Sexo:  M  F \_\_\_\_\_

Tipo de malformação: \_\_\_\_\_

Histórico cirúrgico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Análise estética: Frontal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Perfil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Análise dos arcos e elementos dentários: Dentição \_\_\_\_\_

classe I \_\_\_\_\_

classe II \_\_\_\_\_

classe III \_\_\_\_\_

Mordida cruzada

anterior  unilateral  
 posterior  bilateral  
 total

Anomalias dentárias:

supranumerários: \_\_\_\_\_

agenesia: \_\_\_\_\_

outras: \_\_\_\_\_

dentes perdidos: \_\_\_\_\_

higiene oral: \_\_\_\_\_

atitude do paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HRAC - Mod. 1.22.1

## ANEXO 12.1 – Protocolo clínico da Ortodontia

Diagnóstico:

Prognóstico:

Plano de tratamento:

Contencao:

---

Relatório final:

Preenchido por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)