

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE – UNICENTRO
CAMPUS DE IRATI – PR**

**PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO**

**FERRAMENTA *ONLINE*: UMA PROPOSTA PARA INVESTIGAÇÃO SOBRE
FISSURAS LABIOPALATINAS**

**IRATI - PR
2016**

LORENA CRISTINA MENON

**FERRAMENTA *ONLINE*: UMA PROPOSTA PARA INVESTIGAÇÃO SOBRE
FISSURAS LABIOPALATINAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Interdisciplinar da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

Orientadora: Professora Doutora Cristiana Magni

IRATI – PR

2016

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

MENON, Lorena Cristina.

M547f Ferramenta online: uma proposta para investigação sobre fissuras labio-palatinas / Lorena Cristina Menon. – Irati, PR : [s.n], 2016.
93f.

Orientadora: Professora Dra. Cristiana Magni

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração: Interdisciplinar. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.

1. Medicina. 2. Fonoaudiologia – dissertação. 3. Fenda labial. 4. Fissura palatina. 5. Saúde – profissionais. 6. Avaliação – questionário. I. Magni, Cristiana. II. UNICENTRO. III. Título.

CDD 617.81

TERMO DE APROVAÇÃO

LORENA CRISTINA MENON

QUESTIONÁRIO *ONLINE*: UMA PROPOSTA PARA INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE FISSURAS LABIOPALATINAS

Dissertação aprovada em 24/06/2016 como requisito parcial para obtenção do grau de mestre no programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Interdisciplinar, da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Profa. Dra. Cristiana Magni
 Universidade Estadual do Centro-Oeste

 Profa. Dra. Rita de Cássia Tonocchi
 Universidade Tuiuti do Paraná

 Profa. Dra. Cristina Ide Fujinaga
 Universidade Estadual do Centro-Oeste

 Prof. Dr. Renato da Silva Freitas
 Universidade Federal do Paraná

 Profa. Dra. Maria Fernanda Bagarollo
 Universidade Estadual do Centro-Oeste

Irati – PR

2016

Dedico este trabalho para a minha mãe e meu namorado que sempre estão aqui por mim. Também para a minha família e amigos que vibram por mim a cada vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pelo dom da vida, e por sempre me conceder algo de que eu pudesse ficar grata.

A minha mãe, por ser esse exemplo de mulher forte e determinada, e por me mostrar que o caminho para o sucesso depende apenas de mim, por me mostrar a importância de ser independente e correr atrás de meus objetivos, o por nunca se cansar de ser a melhor mãe, até quando não mereci. Ao meu pai, por sempre acreditar na minha capacidade, e por me amar, mesmo longe.

Ao meu namorado, Thiago, pelo amor que me dedica, pela paciência que tem comigo, pela força e motivação que sempre me dá, por me entender e nunca se cansar de dizer que tudo iria dar certo.

A toda a minha família e amigos, pelo apoio, pela credibilidade, por sempre acreditarem em mim, e por me amarem exatamente do jeito que sou.

A minha orientadora, Cristiana Magni, por ser essa profissional incrível e essa mentora admirável, que sempre acreditou em minha capacidade, e que nos momentos de desânimo, me mostrou que eu tinha competência para seguir adiante.

A esta universidade que abriu tantas portas importantes em minha vida. Ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário e a todo o seu corpo docente que fizeram parte tão brilhantemente de minha formação.

Enfim, obrigado a todos, que de alguma forma, me auxiliaram para a realização deste trabalho.

Gratidão!!

Todo homem que teve amores verdadeiros, revoltas verdadeiras, desejos verdadeiros, e vontades verdadeiras, sabe muito bem que não tem necessidade de nenhuma garantia extrema para ter certeza dos seus objetivos; a certeza provém das próprias forças propulsoras.

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

Introdução: As pesquisas realizadas com auxílio da Internet estão ficando cada vez mais populares entre os pesquisadores, principalmente devido às suas vantagens de menor custo, rapidez e a capacidade de atingir populações específicas. Podem ser consideradas muito semelhantes, metodologicamente, às pesquisas realizadas utilizando questionários de autopreenchimento, diferindo apenas na maneira como são conduzidas. Instrumentos capazes de mensurar conhecimentos específicos podem ser úteis nas políticas de saúde pública. **Objetivo:** Apresentar um instrumento de avaliação do conhecimento de profissionais da saúde a respeito de fissuras labiopalatinas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório para construção e normatização de um questionário *online*. A pesquisa abrangeu todos os enfermeiros e médicos pediatras registrados nos respectivos Conselhos Regionais do estado do Paraná. O estudo foi conduzido para a construção de um questionário multitemático original, a partir de uma detalhada revisão bibliográfica. Constando de um total de dezenove questões, dezoito de múltipla escolha e uma dissertativa. O questionário foi introduzido na plataforma de formulários do *google docs* e enviado via *email* aos Conselhos Regionais das categorias para que fosse disseminado aos endereços eletrônicos dos profissionais registrados. A análise dos dados foi feita através de estatística descritiva disponibilizada pela própria plataforma de formulários do *Google docs*. **Resultados:** O número total de questionários enviados foi de 20.637, sendo 18.476 para enfermeiros e 2.161 para médicos pediatras. Destes, foram recebidas 586 respostas válidas, das quais 94% (n= 552) foram de enfermeiros e 6% (n= 34) de médicos pediatras. **Considerações Finais:** A metodologia utilizada foi adequada ao propósito do estudo e possibilitou a validação de conteúdo da ferramenta apresentada. O questionário permitiu o levantamento de concepções de profissionais da saúde sobre fissuras labiopalatinas e forneceu dados norteadores que reforçam a importância da formação qualificada da equipe de saúde que acolhe o recém-nascido com fissura labiopalatina.

Palavras chave: fissura palatina; questionário; profissionais da saúde.

ABSTRACT

Introduction: The research carried out with the help of the Internet are becoming increasingly popular among researchers, mainly due to its advantages of lower cost, speed and the ability to reach specific populations. Can be considered very similar, methodologically, the research carried out using self-administered questionnaires, differing only in how they are conducted. Instruments to measure specific knowledge can be useful in public health policies. **Objective:** To present an assessment tool of health professionals knowledge about cleft lip and palate. **Methodology:** This is a descriptive exploratory study for construction and standardization of an online questionnaire. The survey covered all nurses and paediatricians recorded in the respective Boards of Paraná State Regional. The study was conducted for the construction of an original multi-theme questionnaire from a comprehensive literature review. Consisting of a total of nineteen questions, eighteen multiple-choice and a dissertation. The questionnaire was introduced in google docs forms platform and sent via email to the Regional Councils of the categories to be disseminated to the email addresses of registered professionals. Data analysis was performed using descriptive statistics provided by the Google docs forms platform. **Results:** The total number of questionnaires sent was 20,637, with 18,476 for nurses and 2,161 for paediatricians. These were received 586 valid responses, of which 94% (n = 552) were nurses and 6% (n = 34) of paediatricians. **Final Thoughts:** The methodology used was appropriate to the purpose of the study and enabled the tool presented content validation. The questionnaire allowed the survey of health professionals concepts of cleft lip and palate and provided guiding data reinforce the importance of qualified training of health staff that welcomes the newly born with cleft lip and palate.

Keywords: cleft palate; quiz; health professionals.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de vezes que cada local de atuação foi escolhido pelos médicos nas opções da questão.....	39
Tabela 2 -	Número de vezes que cada local de atuação foi escolhido pelos médicos nas opções da questão.....	41
Tabela 3 -	Relação das respostas dos médicos para a questão 8.....	43
Tabela 4 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 8....	43
Tabela 5 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 8....	44
Tabela 6 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 9....	45
Tabela 7 -	Relação das respostas dos médicos para a questão 10.....	46
Tabela 8 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 10..	47
Tabela 9 -	Relação das respostas dos médicos para a questão 11.....	48
Tabela 10 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 11..	48
Tabela 11 -	Relação das respostas dos médicos para a questão 12.....	49
Tabela 12 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 12..	49
Tabela 13 -	Relação das respostas dos médicos para a questão 13.....	50
Tabela 14 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 13..	51
Tabela 15 -	Relação das respostas dos médicos para a questão 14.....	52
Tabela 16 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 14..	53
Tabela 17 -	Relação das respostas dos médicos para a questão 15.....	54
Tabela 18 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 15..	54
Tabela 19 -	Relação das respostas dos médicos para a questão 16.....	56
Tabela 20 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 16..	56
Tabela 21 -	Relação das respostas dos médicos para a questão 17.....	57
Tabela 22 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 17..	58
Tabela 23 -	Relação das respostas dos médicos para a questão 18.....	59
Tabela 24 -	Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 18..	59
Tabela 25 -	Comparativo do número de acertos dos médicos pediatras e enfermeiros em cada questão.....	61

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	14
2.1. Objetivo Geral.....	14
2.2. Objetivos Específicos.....	14
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1. Formação na área da saúde	15
3.2. Uso de ferramentas e instrumentos na pesquisa <i>online</i>	21
3.3. Fissuras Labiopalatinas.....	26
4. MATERIAL e MÉTODO.....	34
4.1. Tipo de Estudo.....	34
4.2. Casuística.....	35
4.3. Elaboração, envio e aplicação do questionário.....	35
4.4. Análise dos dados.....	37
5. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	39
5.1. Caracterização Médicos Pediatras.....	39
5.2. Caracterização Enfermeiros.....	41
5.3. Respostas ao questionário.....	42
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
8. APÊNDICE.....	88

1. INTRODUÇÃO:

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas faciais que se dão através de uma abertura/ruptura na região do lábio e/ou palato, ocasionada pelo não fechamento dessas estruturas, que ocorre durante a formação e desenvolvimento do feto, entre a 4ª e a 8ª semana de vida intrauterina, tendo origem no aparelho branquial ou faringeano e seus derivados (KUHN *et al.*, 2012).

A prevalência de tal malformação varia de acordo com regiões geográficas, grupos étnicos, gênero, hábito materno de fumar até o 3º mês de gestação, história familiar de fissuras, classificação socioeconômica e faixas etárias, materna e paterna. A incidência de fissuras em brasileiros é de 1/650 nascimentos, ocupando o 4º lugar entre as anomalias congênitas mais frequentes, e sendo a deformidade craniofacial mais comum (ABDO; MACHADO, 2005; MELGAÇO *et al.*, 2002).

O nascimento é o começo de uma longa jornada na busca por tratamento de reabilitação para pacientes com fissura labiopalatina, segundo Lorenzoni *et al.* (2010). Esse tratamento envolve várias especialidades com o objetivo de alcançar a reabilitação estético-funcional adequada, bem como a integração social, psicológica e profissional, tendo início desde o nascimento, passando por várias cirurgias corretivas e estéticas, sendo que, quanto mais cedo a intervenção, melhor (CERQUEIRA *et al.*, 2005).

O tratamento de reabilitação para pacientes com fissura labiopalatina é complexo e envolve uma equipe multiprofissional, que deve operar dentro de um processo de trabalho interdisciplinar. Esses profissionais precisam saber como interagir com essa população, oferecendo cuidados, esclarecimentos e encaminhamentos necessários, que são fundamentais para a construção de um paradigma da promoção da saúde. Há uma grande necessidade de garantir serviços e fornecer assistência humanizada, resolutiva, de melhor qualidade, exigindo um compromisso por parte de todos os profissionais a respeito da integração dessas pessoas à sociedade (LORENZZONI *et al.*, 2010).

No Brasil, ainda não existe legislação específica sobre a composição da equipe de cuidados de saúde ou da forma como deve ser organizada (quer seja ela multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar ou isolada). No entanto, a Portaria SAS/MS nº 62/1994 da Secretaria de Atenção à Saúde e Ministério da Saúde estabelece que os hospitais registrados para a execução de procedimentos integrados

para a reabilitação estético-funcional de pacientes com fissura labiopalatina devem oferecer as seguintes especialidades: cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia plástica, odontologia (odontopediatria, ortodontia e prótese), otorrinolaringologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, clínica médica, enfermagem, pediatria, anestesia, fisioterapia e nutrição (BRASIL, 1994).

Através da publicação da Portaria 718 SAS/MS, o Sistema Único de Saúde garante a assistência aos pacientes que apresentam anomalia do crânio e bucomaxilofacial com melhora na organização e criação de novos procedimentos. Esta portaria estabelece ainda procedimentos para a especialidade de Ortodontia e Ortopedia para os Centros de Tratamento da Má Formação Labiopalatal (BRASIL, 2010).

Profissionais da saúde que têm papel essencial no atendimento de pessoas com fissura labiopalatina são o enfermeiro e o médico pediatra, já que tais profissionais são os primeiros a ter contato com o recém-nascido fissurado ao nascimento. Segundo Neto *et al.*, (2015), compete ao enfermeiro, juntamente com o médico, reconhecer a má formação e conduzir, do melhor modo possível, orientações sobre o diagnóstico aos pais, bem como o tratamento e serviços disponíveis para atenção de crianças com fissura lábio palatal. Entre outras responsabilidades, está a educação em saúde, oferecendo orientação de qualidade, assegurando a saúde e o bem-estar dos bebês e familiares.

O papel do enfermeiro no cuidado de pacientes e famílias afetadas por anomalias craniofaciais, segundo Clarke-Sheehan e Breen (2007), é multifacetado, incluindo educação em saúde, gestão e acompanhamento de casos, pesquisa e atenção primária. A intervenção precoce consiste em assistência com a amamentação e orientações a família. O enfermeiro continua a interagir com a família em todas as fases do período de tratamento para ajudá-los a entender e a cumprir o plano de tratamento recomendado. Já na fase neonatal o enfermeiro tem um contato inicial com o paciente com fissura e auxilia no acompanhamento permanente da alimentação e ganho de peso, garantindo que o paciente esteja em condições de iniciar o tratamento cirúrgico.

No Brasil, existem alguns centros de referência que oferecem um atendimento integral para esses indivíduos. No Paraná, o CAIF (Centro de Atendimento Integral ao Fissurado) é um centro voltado para o tratamento das deformidades craniofaciais, entre as quais se incluem as fissuras labiopalatinas. Criado em abril de 1992 e

localizado na cidade de Curitiba, é um órgão da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) conveniado com a Associação de Reabilitação e Promoção Social do Fissurado Labiopalatal (AFISSUR), razão pela qual é usada a denominação CAIF/AFISSUR. Devido à complexidade de problemas que podem acometer os indivíduos com má-formação craniofacial congênita, o CAIF/AFISSUR possui uma equipe multi e interdisciplinar, composta por profissionais das áreas de: Cirurgia Plástica, Cirurgia Craniomaxilofacial, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Clínica Geral, Anestesiologia, Genética, Fonoaudiologia, Odontologia (Cirurgia Bucomaxilofacial, Prótese Dentária, Ortodontia, Clínica geral, Odontopediatria, Endodontia e Periodontia), Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e Aprendizagem/Escola. Além da equipe de profissionais, o CAIF/AFISSUR conta com uma equipe de administração, bem como de nível técnico/auxiliar e de apoio e tem como objetivo promover a reabilitação estética e funcional, assim como a reintegração dos portadores de anomalias craniofaciais na sociedade. (CAIF, 2016).

Porém, antes dos indivíduos com fissura chegarem até estes centros especializados, eles passam por profissionais do ambiente hospitalar e das Unidades Básicas de Saúde, os quais, muitas vezes, podem não ter concepções sobre o tema, dificultando a tomada de atitudes e uma atuação prática que permita a reabilitação e a inclusão destes indivíduos na sociedade.

A partir destas constatações, a elaboração de uma ferramenta que permita avaliar o conhecimento dos primeiros profissionais que tem contato com a criança fissurada ao nascimento, que são o médico pediatra e o enfermeiro, pode ser um instrumento importante para explorar tal situação com mais cuidado. De forma a abranger um grande número de profissionais, o meio mais eficaz foi a elaboração de uma ferramenta *online*, que fosse de fácil acesso e que possibilitasse ser respondido de forma rápida e prática.

Há algumas décadas, as possibilidades de intervenção eram reduzidas, no entanto, a atualidade vem nos trazendo um leque cada vez mais variado de tecnologias que podem auxiliar na resolução de certas carências, dentre elas podemos citar as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's) que são denominadas por Maia e Meirelles (2003), como procedimentos, métodos e equipamentos usados para processar a informação e comunicá-la aos interessados. As TIC's agilizaram o conteúdo da comunicação, através da digitalização e da comunicação em redes (Internet) para a captação, transmissão e distribuição das

informações. A utilização de TIC's no campo da saúde constitui-se como um elemento essencial para a promoção de modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes com os cuidados de saúde.

As pesquisas *online* podem ser consideradas muito semelhantes, metodologicamente, às pesquisas realizadas utilizando questionários de autopreenchimento ou por telefone, diferindo apenas na maneira como são conduzidas. Geralmente são usados dois meios para esse tipo de pesquisa, ou são conduzidas em uma página na Internet, ou com o uso do e-mail, sendo que na primeira, o instrumento de coleta de dados deve ser postado na rede para que os usuários acessem e o respondam. Já na segunda opção, o instrumento é enviado para o endereço particular da pessoa, não sendo necessário que ela visite outras páginas na Internet (ILIEVA *et al.*, 2002).

Instrumentos capazes de avaliar conhecimentos específicos podem ser úteis nas políticas de saúde pública, pois são marcadores importantes no auxílio às necessidades específicas de determinado grupo ou programa (VAN UDEN-KRAAN *et al.* 2008). A construção e aplicação desse instrumento será de fundamental importância, já que na literatura não foi encontrada nenhuma referência de uma ferramenta, em formato de questionário, específico criado para avaliar o nível de conhecimento de profissionais de saúde sobre as fissuras labiopalatinas, especialmente de enfermeiros e médicos pediatras.

A partir disso a fundamentação teórica foi apresentada em três capítulos, nos quais, o primeiro abordou o tema da formação na área da saúde, aprofundando um pouco as concepções da educação profissional em saúde. O segundo capítulo explanou o tema do uso de ferramentas e instrumentos na pesquisa online E, enfim, o terceiro capítulo, trouxe conceitos e definições mais detalhadas a respeito das fissuras labiopalatinas.

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo geral:

Elaborar um questionário *online* sobre o conhecimento de profissionais da saúde a respeito das fissuras labiopalatinas.

2.2. Objetivos específicos:

- Realizar a validação do conteúdo da ferramenta;
- Apresentar os dados normativos após aplicação da ferramenta *online*.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

3.1. Formação na área da saúde:

Para ser um profissional de saúde há necessidade do conhecimento científico e tecnológico, mas também do conhecimento de natureza humanística e social, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde. O diploma em qualquer área da saúde não é suficiente para garantir a qualificação necessária, já que o conhecimento e a informação estão em permanente mudança e exigem atualização por parte do profissional, assim como não é possível aprender a cuidar em uma, duas ou vinte aulas. O desenvolvimento do cuidar deve envolver o contato com o outro e as relações entre as pessoas. Essas aprendizagens são dinâmicas e imprevisíveis. A responsabilidade de cuidar do outro exige uma reavaliação constante por parte do profissional para que ele tenha condições de atender às necessidades do outro e às suas também, como pessoa e como profissional, à medida que as dificuldades, os impasses e as soluções apareçam no dia-a-dia do trabalho (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Pereira e Ramos (2006) destacam que as concepções de educação profissional de trabalhadores da saúde são engendradas pelas concepções de saúde, de sociedade e de sentidos e sobre a relação entre educação e trabalho.

Carvalho e Ceccim (2006) afirmam que é frequente nos cursos de formação em saúde, as disciplinas biológicas serem as primeiras dos currículos – anatomia e fisiologia (distantes da semiologia) podem ser exemplos – e isso tem um significado com duras consequências na formação. Na disciplina de anatomia, por exemplo, lidamos, estudamos e tocamos o corpo morto, aprendendo do corpo os seus órgãos e sua histologia, não sua dinâmica, seus estados, seus afetos. Não temos referência a respeito daquele corpo para além da sua dimensão física. Observamos, tocamos, analisamos e discutimos a respeito dos músculos, dos nervos, da disposição orgânica e fisiológica. Muitos dos cursos passam a maior parte do tempo apresentando, lidando e formando com olhar voltado para o corpo morto. Não sabemos daquele corpo uma história de vida, quem foi, o que fez, por que está ali à nossa disposição, nem como chegou até o laboratório.

O ensino superior brasileiro tem sido marcado por uma concepção conservadora de ensino, ancorado no paradigma curricular racionalista acadêmico ou técnico-linear-disciplinar. Esse enfoque curricular tem como alguns dos seus sintomas a falta de integração entre as disciplinas, lógica linear, pré-requisitos, subordinação aos programas das culturas dominantes, afastamento dos problemas imediatos do contexto sócio - ambiental e pequena participação dos alunos no processo ensino-aprendizagem. Para a construção de um novo currículo para os cursos da saúde, cumpre aplicar princípios estruturais tais como: a relação teoria–prática desde o início do curso, a interdisciplinaridade, práticas multiprofissionais e a superação da dicotomia entre ciências básicas e núcleo profissionalizante (KELLER - FRANCO *et al.*, 2012).

Historicamente, o ensino de graduação em saúde tem um formato vertical de transmissão, centrado em conteúdos com núcleos temáticos desconexos, com excesso de carga horária para determinados conteúdos em detrimentos de outros, com enfoque na doença e na cura e que distancia o ensino do trabalho (CARVALHO e CECCIM, 2006).

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e se estruturar a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (BRASIL, 2004).

A questão central para a formação de pessoal em saúde está nas limitações dos modelos de formação vigentes diante das demandas e necessidades dos sistemas de serviços de saúde, em função da dinâmica do mercado de trabalho decorrente da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e da recomposição do setor privado, nas últimas décadas (BAHIA, 2005; SANTOS *et al.*, 2008). Segundo Morin (2003), as realidades e os problemas que se colocam estão cada vez mais multidimensionais e globais, enquanto os saberes estão cada vez mais desunidos, divididos e compartimentados.

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por um amplo e complexo processo de reforma do seu sistema de saúde, muito embora a reforma do sistema de serviços de saúde dependa da existência de profissionais qualificados e comprometidos com a garantia do direito à saúde dos cidadãos, os esforços e iniciativas desencadeados até o momento parecem insuficientes para modificar o

modelo de formação ainda prevalente nos atuais cursos de graduação em saúde. Com efeito, em que pesem os esforços realizados na implementação de reformas curriculares em vários cursos da área, esta reconfiguração, entretanto, não tem sido acompanhada de mudanças qualitativas nos modelos e processos de ensino capazes de incidir, significativamente, nos perfis profissionais/ocupacionais dos egressos, atualmente, caracterizados pela dificuldade de atuação em equipe multiprofissional e pobre formação humanística e, ainda, pela desvinculação do contexto sociocultural da realidade onde vive (ALMEIDA-FILHO, 2011, 2013).

É necessário compreender, dentro desse processo, quais são as mudanças possibilitadas pelas instituições formadoras, mediadoras dos processos formais de construção do conhecimento. E embora o cenário aponte para um movimento de reflexões e requalificação no ensino de graduação de saúde, muitas instituições ainda trabalham dentro da estrutura curricular tradicional, com ênfase na transmissão de conteúdo, evidenciando uma dicotomia entre teoria e prática (FAUSTINO, *et al.*, 2003).

A maneira como são estruturados e funcionam os processos de formação e de práticas profissionais em saúde configura um quadro de raciocínio propositivo e avaliativo comprometido com muitos tipos de interesse, exceto o dos usuários. O trabalho das equipes e das organizações de saúde deveria, entretanto, centrar-se na correspondência aos interesses do usuário, inclusive de contribuir para a sua autonomia e para a sua capacidade de intervenção sobre sua própria vida (BRASIL, 2004).

De fato, a reorientação das políticas e as mudanças na produção, distribuição e consumo de serviços, induzidas pelos interesses do mercado no setor têm gerado mudanças significativas na organização do processo de trabalho em saúde, afetando, direta e indiretamente, a formação dos profissionais (de nível superior) e dos trabalhadores de saúde em geral. Observa-se, assim, uma tendência à fragmentação do processo de trabalho e à diversificação das formas de inserção dos profissionais no mercado, cuja contrapartida tem sido, de um lado, a reorganização do trabalho com tendência à formação de equipes multiprofissionais, ao tempo em que se acentua a tendência à multiplicação de vínculos empregatícios (PIERANTONI *et al.*, 2004, 2008).

Desse contexto, marcado pelo conflito de interesses entre os vários atores políticos e sociais, fazem parte as instituições responsáveis pela formação de pessoal, notadamente as universidades, bem como as instituições empregadoras de mão de

obra em saúde, tanto as estatais quanto as privadas. Estudos sobre a formação de nível superior apontam a extraordinária expansão do número de escolas e de cursos na área de saúde, notadamente no setor privado, constatando-se que esta expansão vem se dando de modo desigual, dado a existência de fortes movimentos de “reserva de mercado” por parte de algumas categorias profissionais (HADDAD, 2010).

A aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB-1996) confere liberdade às instituições de ensino para o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas, substituindo-se o antigo “currículo mínimo” pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 1996). Segundo Santana (2006), tal lei, tem como princípios, entre outros, assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade de composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos; encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar; fortalecer a articulação da teoria com a prática e, como eixo norteador, um modelo pedagógico pautado na construção de competências.

Carvalho e Ceccim (2006) afirmam que as metodologias de ensino devem ser priorizadas a partir de critérios que contemplem os fatores de exposição que estão proporcionando, considerando que não se aprende apenas por transmissão cognitiva. Para incorporarmos modos e perfis são necessárias exposições de si e o contato com a alteridade (o outro despertando diferença em nós). A implicação dos estudantes revela-se determinante no seu protagonismo, a ser reconhecido e incentivado, inclusive na atuação junto ao movimento estudantil. Enfim, projetos multiprofissionais, atuação docente multiprofissional em cada curso e ações multiprofissionais na pesquisa, extensão e campos de práticas precisam ser deliberadamente buscadas e prestigiadas.

A formação do enfermeiro, por exemplo, tem que ser um processo em que estejam envolvidas as múltiplas dimensões da vida humana - intelectual, afetiva, social, estética, ética, cultural e política. Os cursos de enfermagem ainda são em grande parte, pautados no modelo curricular tradicional, portanto, fragmentado em disciplinas (NASCIMENTO *et al.*, 2003; SANTANA, 2006)

Em 2001, o Conselho Nacional de Educação, por intermédio da Resolução nº 03 de 7/11/2001 instituiu as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001) preconizando a formação do enfermeiro generalista, crítico e reflexivo, tendo como eixo norteador a integração entre conteúdos teóricos e

práticos, competências e habilidades, objetivando a formação de um profissional capaz de refletir e atuar sobre a realidade social em que vive, como promotor da saúde integral ao ser humano.

O currículo tradicional ou “fechado”, estruturado por disciplinas, apesar de ser amplamente aceito e utilizado na formação do enfermeiro, tem despertado muitas críticas. Uma dessas críticas, diz respeito ao fato de que este currículo peca quantitativa e qualitativamente, pois é apresentado mínimo e fragmentado, não oferecendo por meio de suas matérias a visão do todo, do curso e do conhecimento uno, não favorecendo a comunicação e o diálogo entre os saberes, pois as matérias com seus programas e conteúdo, não se integram ou complementam, dificultando a perspectiva de conjunto e de globalização, desfavorecendo assim a aprendizagem (SANTOS, 2003).

A Resolução citada anteriormente tem como intuito assegurar a articulação entre ensino, pesquisa e extensão/ assistência, garantindo um ensino crítico reflexivo e criativo, que leve à construção do perfil almejado e atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do enfermeiro de forma integrada e interdisciplinar (SANTANA, 2006).

O artigo 3º da Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências, apresenta que o graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014).

A construção de um projeto de educação profissional contra hegemônico exige refundar uma nova compreensão sobre o papel da educação profissional em saúde, radicalmente da que predominou até então. Uma nova concepção deve toma-la como importante mediadora no processo de construção do conhecimento científico-tecnológico, a fim de fortalecer o trabalho qualificado dos cidadãos brasileiros (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A seleção de conteúdos deve se fazer pela integralidade em saúde: suporte para as práticas de cuidado e curativas; aprendizagem da construção; busca e uso de

informações; aprendizado sobre o desenvolvimento da autonomia dos usuários, o que implica contatar, conhecer e compreender as redes sociais por onde circulam os usuários dos serviços de saúde; apropriação e problematização das políticas de saúde e dos desenhos tecnoassistenciais; desenvolvimento das capacidades intelectuais e práticas para o exercício do apoio matricial entre profissionais, entre especialistas e generalistas e entre especialidades; desenvolvimento de práticas de educação permanente em saúde e compreensão dos sentidos da participação (CARVALHO; CECCIM, 2006).

A educação médica está passando por críticas quanto aos métodos de ensino e aos conteúdos, vivendo um processo de transformação explicitado nas reformas curriculares em diversas escolas médicas. O motivo de tantas mudanças é garantir maior eficácia na formação e cultivar um egresso médico capaz de lidar com os problemas da sociedade brasileira moderna (NOGUEIRA, 2009; SIQUEIRA-BATISTA e SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) valorizam, entre outros, um perfil atrelado a um cuidado integral, com uma ampla visão de saúde e doença, e que considere o indivíduo não fragmentado, bem como seu contexto, e com conhecimento da realidade em que atua. As DCN são compostas por 28 competências e habilidades, sendo que seis delas são gerais, comuns para os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, são elas: Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento; Educação permanente (BRASIL, 2001).

Todas as Diretrizes curriculares de todos os cursos da área de saúde são muito semelhantes, com vistas à adequação ao SUS. Dentro as disposições gerais podemos observar: os cursos visam um profissional da saúde com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à Saúde do Sistema Saúde vigente no país; atividades teóricas e práticas de forma interdisciplinar e integrada; articulação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência para formar a capacidade de aprender continuamente (“aprender a aprender”) para acompanhar a evolução tecnológica, envolvendo atividades complementares, de iniciação científica e trabalho de conclusão de curso (BRASIL, 2001).

De acordo com o site do Cofen (Conselho Federal de Enfermagem), em sua imensa maioria, os cursos continuaram mantendo a concepção de projetos de ensino centrados no professor como transmissor de informações, em disciplinas estanques, sem interdisciplinaridade, sem integração ensino, pesquisa, extensão, sem muita

preocupação com aprendizagem, a cargo individual de cada aluno. No entanto, no final do século XX, ocorreu uma mudança muito intensa na cultura mundial, com a adoção de tecnologias avançadas, como o computador, o celular, a internet, que revolucionaram a comunicação. A informação, que era preciosa e restrita a bibliotecas na década de 1960, passa a ser facilmente acessível pela internet e o que agora se valoriza é o que fazer com a informação, utilizando as competências e habilidades que possibilitam solucionar problemas práticos do dia a dia das profissões (COFEN, 2015).

Pensando nisso, a próxima sessão da fundamentação teórica abordou o tema das ferramentas tecnológicas que podem auxiliar no processo de ensino-aprendizagem, bem como nas pesquisas científicas.

3.2. Uso de ferramentas e instrumentos na pesquisa *online*:

De acordo com Moraes (2012), a internet disponibilizou diferentes panoramas para o saber, melhorou o acesso e o tempo ao conhecimento, mudou os modelos de relação entre autor e leitor, apresentou novas formas de ver o conteúdo. Ao mesmo tempo, temos imagens, sons e *links*, abrindo um novo horizonte para o ser e para o saber.

Segundo Rafacho (2012), a internet oferece ampla oportunidade para o acesso e compartilhamento de inúmeros dados, com facilidade de transmissão, velocidade e confiabilidade, constituindo um recurso valioso, com tendência a crescer, para encontrar informações de modo rápido e fácil, a qualquer momento. Devido à simplicidade de acesso e ao seu custo por pessoa ser relativamente baixo, é uma tecnologia de informação de caráter interativo e com grande potencial.

Vieira *et al.* (2010) afirmam que, atualmente, a Internet está presente na vida de uma parcela significativa de brasileiros, e é principalmente utilizada pelos jovens, que são, em grande parte, estudantes. Em 2008, o IBGE realizou sua Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, revelando que, aproximadamente, 56 milhões de pessoas fizeram uso da Internet durante o período de referência da pesquisa (último trimestre de 2008). Esses dados demonstram que, praticamente um terço da população se conecta regularmente à rede mundial de computadores para diversos fins, como trabalho, pesquisas e, principalmente, lazer.

A busca por informações através da internet tende a crescer. Vários *websites* se destinam à divulgação de informações em saúde, buscam a atenção do indivíduo

utilizando imagens, disponibilizando atividades de lazer, como jogos e fóruns de discussão e promovendo debates e outras atividades. A utilização de recursos multimídia, testes interativos, vídeos e outros recursos de informática disponibilizados na *web*, é um método de educação em saúde que merece ser explorado. Esse meio de comunicação, ao mesmo tempo permite a identificação de temas, amplia a cobertura e possibilita a atualização constante do material oferecido (RAFACHO, 2012)

A comunicação é a base da atividade humana, e a Internet está mudando o modo como nos comunicamos, dado que ela é o primeiro meio que permite a comunicação de muitos para muitos a uma escala global e no tempo escolhido pelas pessoas. Atualmente, as principais atividades econômicas, sociais, políticas e culturais estão estruturadas através da Internet (CASTELLS, 2004).

A internet como forma de avaliar o nível educacional e como forma de promoção de saúde já se mostrou uma ferramenta útil e capaz de trazer benefícios para a saúde (MURRAY *et al.* 2005; VAN UDEN-KRAAN *et al.* 2008). A era digital tende a promover a aproximação de pessoas, reduzir distâncias e favorecer parcerias; sendo assim, não haveria porque temer a diminuição do contato humano como decorrência da supervalorização tecnológica (MENDES *et al.* 2000).

Com o advento da Internet e o desenvolvimento de novas tecnologias, alteraram-se as relações sociais e o fluxo da comunicação científica foi reestruturado. A Internet e a *Web* influenciaram as transformações sociais, gerando uma sociedade na qual a informação pode ser produzida e armazenada em diferentes espaços e acessada por usuários distantes geograficamente, facilitando o desenvolvimento de pesquisas e a preparação de trabalhos em redes de colaboração. O processo de globalização no século XXI teve maior desenvolvimento quando os indivíduos perceberam a capacidade de colaboração em redes no âmbito mundial, utilizando amplamente os recursos tecnológicos existentes (CASTELLS, 2000; CASTRO, 2006).

Targino (2002), ressaltou que as aplicações tecnológicas no processo de comunicação acarretaram, sempre, novas formas de relações sociais e práticas culturais, a começar pela escrita, que propiciou a consolidação da literatura e da imprensa, a grande responsável pela popularização das informações. As mudanças propiciadas pela Internet devem ser discutidas como resultado de um processo de transformação conjunta dos sujeitos e dos objetos. Houve mudanças entre produtores e usuários de conhecimento. O desenvolvimento das redes de comunicação, por meio

da Internet e do correio eletrônico, permitiu maior participação social dos indivíduos nos processos de decisão política; gestão participativa nas empresas e instituições; formação de grupos de colaboração para a realização de atividades, dentre outras.

A informação dinamizou o processo de construção do conhecimento coletivo, fazendo convergir num único espaço a comunicação, a decisão, a demanda, a resposta e a ação. O acesso equitativo ao conhecimento científico passou a ser prioritário na definição de políticas de desenvolvimento social, econômico e cultural (CASTRO, 2006).

Kotler e Keller (2006) enfatizam que o processo de pesquisa pode ser classificado como um processo comunicativo entre o pesquisador e o pesquisado. Dessa forma, a Internet, como meio de comunicação, pode oferecer várias oportunidades a serem exploradas para a realização de pesquisas, dado que possui diversas funcionalidades.

Segundo Malhotra (2006), as pesquisas realizadas com auxílio da Internet estão ficando cada vez mais populares entre os pesquisadores, principalmente devido às suas vantagens, entre as quais figuram os menores custos, rapidez e a capacidade de atingir populações específicas, assim como, do ponto de vista do respondente, é possível responder da maneira que for mais conveniente, no tempo e local de cada um.

Com o aumento do número de usuários da Internet a cada ano, é crescente também a parcela da população que tem acesso a ferramentas como o e-mail, fator que proporciona aos pesquisadores um meio favorável para coletar dados, o correio eletrônico (ILIEVA *et al.*, 2002).

Muito embora inicialmente considerada apenas como uma ferramenta útil para as fases de aquisição de informações, produção de anúncios científicos e difusão de conhecimentos, a Internet vem conquistando um papel importante em todo o processo de pesquisa. Independentemente do método de entrevista utilizado, ela pode desempenhar papel valioso em todas as fases do trabalho de campo: seleção, treinamento, supervisão, validação e avaliação dos entrevistadores. Sendo considerada como uma das tecnologias de maior influência em difusão de informações e interatividade, a internet posiciona-se como uma ferramenta importante para a aquisição de dados e apresentação de resultados, revolucionando a maneira como as equipes de pesquisas vêm conduzindo seus estudos (JANISSEK, 2000; BAULAC *et al.*, 2000; MALHOTRA, 2001).

Dessa maneira, o poder comunicativo e a ampla tecnologia disponível na internet podem ser adaptados a métodos qualitativos de coleta e análise de dados. Sendo a pesquisa *on-line* uma possibilidade metodológica da pesquisa qualitativa, ela se define também como uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Freitas *et al.* (2004), chamam atenção para o fato de que esse tipo de pesquisa oferece uma agilidade muito maior, tanto na distribuição quanto no espaço de tempo entre a finalização de um estudo e a sua divulgação. A coleta de dados também atinge outro patamar, em que os respondentes têm acesso à pesquisa num ambiente *on-line*, que pode ser acessado no momento desejado. Além da pesquisa qualitativa, a internet também vem se mostrando uma ferramenta importante nas pesquisas de natureza quantitativa.

O ganho do uso deste tipo de tecnologia é imenso: quando se realiza um estudo bem dirigido e bem planejado com coleta de dados *online*, não será necessário que outras formas de coleta sejam feitas. Além disso, o tempo entre o final da pesquisa e o começo da análise dos dados é praticamente zero, já que em algumas plataformas é possível acessar os dados já prontos para análise (quando utilizado um sistema que compreende da concepção à análise). Ou ainda, essa análise já é concomitante ao processo de coleta dos dados, o que representa um ganho de tempo e agiliza todo o processo (FREITAS, *et al.* 2004).

Mann e Stewart (2000), apontam em seu estudo, alguns métodos de pesquisa *on-line*: entrevistas estruturadas e entrevistas não padronizadas nas quais, são utilizadas perguntas padronizadas com um conjunto limitado de categorias de resposta. As respostas são registradas de acordo com um esquema de código preestabelecido e são geralmente analisadas estatisticamente. Falam ainda sobre as entrevistas padrão, que são também chamadas de “pesquisa de opinião” (*surveys*). Podem ser realizadas através de: *E-mail Surveys*, nos quais as perguntas são normalmente enviadas aos participantes como uma mensagem de *e-mail* convencional. As repostas recebidas podem ser computadas em um programa de análise da mesma forma que a pesquisa convencional. Como alternativa, pode-se utilizar um programa que interprete os *e-mails* recebidos e leia as respostas diretamente por meio de uma base de dados.

Dainesi e Goldbaum (2012) afirmam que os questionários enviados via *e-mail* tem sido cada vez mais utilizado devido à possibilidade de utilizar um *link* para o questionário e porque os dados vão diretamente para o banco de dados. Isso também permite que os inquiridos permaneçam anônimos e facilita a entrada de dados, uma vez que as respostas são enviadas diretamente para o banco de dados. Pesquisa realizada por meio da Internet representa uma metodologia promissora para coleta de dados, devido ao elevado número de respostas e a conveniência para coletá-los; ele também economiza tempo e dinheiro. A expansão de informações de tecnologia, mídia eletrônica e acesso tornam a *web* uma atraente alternativa ao tradicional “papel e lápis” dos questionários enviados por correio, ou mesmo de entrevistas realizadas por telefone.

O uso de instrumentos ou questionários de avaliação é um importante recurso em programas educativos na área da saúde, pois possibilitam mensurações dos efeitos do processo de ensino e aprendizagem e possíveis mudanças de atitudes. É também uma forma de conhecer as necessidades dos indivíduos e das condições para a implementação do processo educativo (NAVARRO-CÁRDENAS *et al*, 2000).

No meio científico e clínico, as medidas de avaliação são adotadas com a finalidade de compreender, de avaliar e de diferenciar as características das pessoas ou dos objetos, de modo a favorecer a descrição das suas características físicas ou comportamentais de acordo com as suas quantidades, os seus estágios de desenvolvimento e as suas capacidades ou qualidades. A avaliação do nível de conhecimento sobre um determinado assunto faz parte deste escopo e tem por base a avaliação de um determinado construto, isto é, a avaliação inferencial dos conceitos que representam os comportamentos não observáveis diretamente, e que se assume como o conhecimento esperado sobre o assunto (PORTNEY; WATKINS, 2008).

Streiner e Norman (2003) recomendam que o desenvolvimento de um instrumento original seja sempre a última opção, dando-se prioridade aos já existentes. No entanto, não foram encontrados na literatura estudos que tenham investigado como descrever, por meio de questionários *online*, o conhecimento de profissionais da saúde, enfermeiros e médicos pediatras, a respeito de assuntos ligados às fissuras labiopalatinas. Reichenheim e Moraes (2007), afirmam que existem ocasiões em que a insuficiência de instrumentos de aferição pertinentes a um ou mais constructos é genuína, portanto, é necessário investir na construção de um novo instrumento.

Dessa forma, a construção de questionários para a avaliação dos conhecimentos tem por base a formulação de um construto teórico relevante na área. Os itens que compõem este tipo de instrumento visam abordar os conceitos mais pertinentes para a medição desse construto (CONWAY, 2008).

Na área das fissuras é possível observar que são escassos os estudos voltados para esse tema. Raposo-do-Amaral *et al.* (2011) desenvolveram um estudo no qual buscavam identificar, na literatura, instrumentos específicos que possibilitem a avaliação de qualidade de vida em pacientes com fissura labiopalatina de forma global, envolvendo aspectos estéticos e funcionais e a resposta do indivíduo ao tratamento e suas várias etapas. Os autores não identificaram, um único instrumento que pudesse avaliar integralmente esses indivíduos. Assim sendo, concluíram, que existe demanda para o desenvolvimento de novos instrumentos nessa área.

3.3. Fissuras Labiopalatinas:

As fissuras labiopalatinas constituem-se nas malformações craniofaciais mais frequentes na espécie humana, com uma prevalência mundial estimada em 1:700 indivíduos nascidos vivos. A cada dois minutos, uma criança nasce com fissura labiopalatina no mundo, 660 crianças diariamente e 235 mil novos casos de fissuras são observados anualmente. Com o crescimento da população mundial, um adicional de 3200 novos casos anuais de são esperados. Tais malformações são resultantes de interações entre fatores genéticos e ambientais, estes defeitos congênitos têm seu período de desenvolvimento compreendido entre a 4^a. e 12^a semanas gestacionais, devido a falhas no fechamento de estruturas faciais e/ou cranianas (KOT; KRUK-JEROMINI, 2007; CARVALHO, 2011).

Mossey *et al.* (2009), definem as fissuras labiais e palatinas como um grupo heterogêneo de desordens que afetam os lábios e a cavidade oral e resultam, basicamente, da falha na fusão dos processos maxilares ou placas palatinas.

A maioria dos casos de fissura de lábio e/ou palato é determinada por fatores múltiplos, genéticos e não genéticos, ou seja, a determinação de tal patologia é multifatorial. A fissura também pode ser causada por fatores teratogênicos ou fazer parte de síndromes. De acordo com Brito *et al.* (2009), fatores genéticos estão como causas mais frequentes de fissura labial e fenda palatina, porém, outros fatores podem estar envolvidos, como: o gene IRF6 (Interferon Regulatory Factor 6); presença de

outra anomalia além da fissura, caracterizando uma possível forma sindrômica; álcool e tabagismo; doença materna (rubéola, hipertensão, convulsão e diabetes); medicamentos (fenotoína); drogas; e exposição à radiação, poluição, produtos químicos.

As estruturas básicas envolvidas são: lábio, processo alveolar, palato duro e palato mole. Estas podem estar envolvidas de forma completa ou incompleta, nas mais variadas combinações, desde mínimos defeitos como vermelhidão do lábio até defeitos maiores (ABDO e MACHADO, 2005). A classificação mais utilizada no Brasil é a formulada por Spina et al. (1972). Tal classificação dividiu as fissuras tendo como ponto de referência o forame incisivo, que está localizado posteriormente aos dentes incisivos centrais maxilares:

- Fissura pré-forame incisivo: fissura labial decorrente da falta de fusão dos processos maxilares com os processos nasais medianos. Pode ser unilateral, bilateral ou mediana e completa ou incompleta. É completa quando ocorrem pequenos entalhes na mucosa do vermelhão e/ou pele do lábio e rompimento total do lábio e rebordo alveolar, passando pelo assoalho do nariz e acabando no forame incisivo, e incompleta quando acomete apenas lábio. A ponta nasal é desviada para o lado não fissurado.
- Fissura transforame incisivo: é decorrente da não fusão do mesênquima dos processos palatinos laterais do palato e do septo nasal. Atinge lábio, arcada alveolar e todo o palato. Pode ser unilateral ou bilateral e é sempre completa.
- Fissura pós-forame incisivo: são as fendas palatinas, resultantes da falta de fusão dos processos palatinos entre si e com o septo nasal. São medianas. Podem ser completas (quando acomete palato duro e mole) ou incompletas (quando acomete só palato mole). Nesse tipo de fissura não existe o problema estético como nas demais, mas pode levar a uma ressonância nasal da fala devido à função inadequada do mecanismo velofaríngeo. É a fissura que mais se encontra associada a outros defeitos congênitos e pode apresentar úvula bífida.
- Fissuras raras da face: envolvem lábios, nariz, olhos e mandíbula.

O diagnóstico pode ser realizado ainda no pré-natal, pela ultrassonografia a partir da 14ª semana de gestação. O tratamento das fissuras labiopalatais deve ser realizado precocemente, desde o nascimento até a fase adulta, por intervenção

cirúrgica e não cirúrgica, por uma equipe multidisciplinar a fim de eliminar ou amenizar as sequelas (RIBEIRO e MOREIRA, 2005).

As fissuras labiopalatinas podem acarretar diversas alterações, uma delas pode ser as dificuldades de alimentação, assim como a incapacidade de absorção adequada de nutrientes durante os primeiros meses de vida e os processos infecciosos no ouvido médio. (MONTAGNOLI *et al.*, 2005).

O aleitamento materno é indicado para todas as crianças, pois é o melhor método para desenvolver a musculatura da face e da boca, fortalecer o vínculo mãe-filho e evitar infecções (RIBEIRO; MOREIRA, 2005). É importante ressaltar que a lesão labiopalatal não exclui o aleitamento materno. No entanto, este é mais satisfatório em crianças com fissuras menos complexas (PINI; PERES, 2001).

Outra alteração que tais pacientes podem apresentar é a disfunção velofaríngea, caracterizada por uma falha no fechamento velofaríngeo, que mesmo após a correção cirúrgica do palato pode permanecer. Essa disfunção é definida como qualquer alteração do mecanismo velofaríngeo, seja resultante da falta de tecido em nível do palato mole para se alcançar o fechamento velofaríngeo adequado (insuficiência velofaríngea), seja pela falta de competência neuromuscular no movimento das estruturas velofaríngeas (incompetência velofaríngea), ou ainda, consequência de maus hábitos articulatorios aprendidos na infância que não refletem alterações físicas ou neuromusculares (PINTO, *et al.*, 2007; MITUUTI, *et al.*, 2010).

Já quanto a aspectos audiológicos e otológicos, Brandão (2002), afirma que a fissura labiopalatina acarreta problemas nesses aspectos. A maior ocorrência de tais problemas acomete a orelha média, acarretando disfunção tubária, otite média com efusão e consequente perda auditiva, sendo a do tipo condutivo, de grau leve e bilateral a mais comumente encontrada, com medida de imitância acústica revelando ausência do pico indicativo de pressão, na presença de efusão na orelha média (SANTOS, *et al.* 2009).

As otites ocorrem em indivíduos com fissura labiopalatina em função da falta da pressão para funcionamento adequado da tuba auditiva e da alteração anatômica e funcional dos músculos tensor e elevador do véu palatino. A tuba auditiva é aberta e dilatada pela contração do músculo tensor do véu sustentado pelo músculo elevador do véu. Em pacientes com fissura palatina, a inserção média de tais músculos está ausente, prejudicando a função da tuba. (BIANCUZZO, 1998).

Atualmente, o tratamento considerado mais abrangente para os fissurados é realizado de maneira multidisciplinar, que visa a uma maior eficiência na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial desses pacientes. Embora varie a severidade das fissuras e anomalias orofaciais, o tratamento multidisciplinar é sempre necessário para a reabilitação desses pacientes. O tratamento de pacientes com lábio e/ou palato fissurados, deve ser instituído logo após o nascimento, visando um tratamento global na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial destes pacientes (MUGAYAR, 2000; MARAZITA; MOONEY, 2004).

As cirurgias corretivas são parte fundamental no processo de tratamento do paciente com fissura labiopalatina. As cirurgias primárias de queiloplastia, que é a cirurgia plástica de correção dos lábios, e palatoplastia, que é o procedimento cirúrgico que visa à reconstrução do palato duro e/ou mole, contribuem para a reabilitação das fissuras. São cirurgias realizadas em tecidos moles com a finalidade de reconstrução do lábio e palato (LIMA *et al.*, 2008). Entretanto, o tratamento não se restringe apenas às intervenções cirúrgicas, necessita ainda de inúmeros outros procedimentos que devem ser realizados por profissionais de diferentes áreas (FERNANDES; DEFANI, 2013).

Com o intuito de buscar assistência adequada a ser prestada a criança com essa patologia, a procura de treinamento técnico, sensibilidade e habilidade da equipe multidisciplinar tornam capaz a percepção e intervenção na dimensão biopsicossocial e da criança e da família (SANTOS; DIAS, 2005). Para que haja um tratamento eficaz, é necessário que seja efetuado por uma equipe multidisciplinar envolvendo, geneticista, cirurgião plástico, pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, cirurgião bucomaxilofacial, entre outros (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

A fissura labiopalatina é uma anomalia que causa grande impacto na vida do indivíduo portador, provocando problemas funcionais, estéticos e psíquicos. É necessária a atuação de uma equipe interdisciplinar, para iniciar o processo de reabilitação, após o nascimento da criança, e mantê-lo durante seu crescimento, promovendo cuidado biopsicossocial completo a fim de resolver os problemas e atender às necessidades dela e de sua família, contribuindo para sua melhora física e emocional. Assim, os pacientes acometidos podem viver sem traumas e complexos, ou seja, com melhor qualidade de vida (FIGUEIREDO *et al.* 2010).

Embora não haja consenso sobre o conceito de qualidade de vida, pode-se citar o que sugere a Organização Mundial da Saúde (OMS): “ qualidade de vida trata

da percepção do indivíduo de sua posição na vida e no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, ou seja, é um conceito subjetivo e multidimensional. Pazinato *et al.* (2011) afirmam que apesar do avanço nas técnicas cirúrgicas na correção da deformidade, a fissura labial e/ou palatal afeta a qualidade de vida de crianças e adolescentes, sendo necessária a atenção precoce de equipe multi e interprofissional, que possibilite adequado desenvolvimento e minimização dos danos psicossociais.

Além de lidar com estigmas e com a exclusão social que tendem a recair sobre os sujeitos com fissura labiopalatina e as suas famílias, tal problemática demanda uma série de cuidados, tratamentos e ações que determinam parte das experiências de vida do sujeito envolvendo o período da infância e, podendo se estender até a adolescência. (ROBBINS *et al.* 2010)

Quanto ao momento do diagnóstico das fissuras labiopalatinas, pesquisas nacionais apontam que este ocorre, geralmente, durante ou após o parto. No entanto, é importante frisar ainda que o diagnóstico pré-natal de bebês com fissuras labiopalatinas, pode possibilitar um direcionamento das gestantes para Centros de Referência aptos a fornecer esclarecimentos sobre aspectos que caracterizam tais quadros, bem como contribuir para o planejamento de ações futuras e a adoção de providências clínicas que favoreçam o prognóstico da criança. Portanto, o diagnóstico precoce das fissuras labiopalatinas e o acesso a informações relativas ao mesmo, garantem um segmento adequado para o tratamento da gestante e do bebê, cumprindo com as orientações das políticas de saúde quanto ao acesso aos diferentes níveis de assistência à saúde de ambos. (AMSTALDEN *et al.*, 2011; BERBERIAN *et al.*, 2012)

Um instrumento de fundamental importância no diagnóstico das fissuras labiopalatinas ainda no pré-natal é o exame de ultrassonografia. Vaccari-Mazzetti *et al.* (2009) observaram em seu estudo, que teve como objetivo avaliar se o diagnóstico pré-natal influencia no tratamento das fissuras, que os paciente que tiveram esse diagnóstico através de exame ultrassonográfico, tiveram uma melhor evolução no tratamento, clínico e cirúrgico.

De qualquer forma, sabe-se que no momento do diagnóstico é importante que o profissional responsável ofereça informações e orientações que proporcionem condições para a adoção de cuidados adequados, bem como a aproximação e interação entre pais e recém-nascidos. Os pais precisam ter acesso a informações

sobre as condições gerais do bebê, bem como a explicações sobre os aspectos específicos relativos às fissuras orofaciais e de seu tratamento para que possam sentir-se aptos a cuidar de seus filhos. (VASCONCELOS; PETEAN, 2009)

Embora a pesquisa aponte ser o médico o profissional que, na maioria dos casos, informa os familiares da presença das fissuras labiopalatinas, seguido pelo enfermeiro, estudos ressaltam a necessidade de orientação pré-natal conduzida por uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas, a fim de abarcar as dimensões que podem ser comprometidas no desenvolvimento de crianças com fissura. Conhecimentos relativos a diferentes áreas/profissões serão convocados para dar conta das demandas relacionadas aos aspectos orgânicos, emocionais, sociais e relativos à fala envolvidos com a problemática em questão. (VASCONCELOS; PETEAN, 2009; AMSTALDEN *et al.*, 2011)

Berberian *et al.* (2012), estudaram aspectos relacionados ao diagnóstico e observaram que o momento tardio em que malformações congênitas são detectadas e informadas à mãe estão implicados com experiências de sofrimento vivenciadas pelas mesmas após o diagnóstico. Os dados levantados na pesquisa apontam para a necessidade de superação das limitações relativas, especialmente, aos recursos humanos que comprometem, de forma significativa, o diagnóstico de crianças com fissura e a assistência integral a elas e às suas famílias. Para tanto, observa-se a necessidade da ampliação de recursos que viabilizem a formação de equipes compostas por diferentes profissionais que atuam com pessoas acometidas por fissuras; bem como, a urgência de ações destinadas à formação continuada desses profissionais. Os autores ainda ressaltam a necessidade de ampliar dispositivos tecnológicos e recursos humanos envolvidos em programas de assistência a gestantes e bebês que, de forma integral, possam atender às diversificadas demandas decorrentes, dentre outros acometimentos, as específicas aos quadros de fissuras labiopalatinas.

Ainda que diante do que foi exposto e da ênfase na importância do diagnóstico precoce, observa-se que a forma como a fissura vem sendo abordada não se mostra satisfatória. Souza (2011) estimou que a incidência de casos de fissura orais não-sindrômicas no estado do Paraná entre 2002 e 2008 foi de um caso para cada 961 nascidos vivos, no entanto, observou uma importante subnotificação junto à SESA (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná), cerca de 40% dos casos. O fato de um a cada dois nascidos vivos com fissura orofacial não ser notificado é preocupante e

surpreendente, já que as fissuras são malformações facilmente detectáveis ao nascimento, com exceção das fissuras palatinas ocultas.

Olhando mais de perto para os municípios mais próximos da pesquisa, Irati – Paraná, sendo o local onde este programa de pós-graduação acontece, e Curitiba – Paraná, como capital do estado e sede do CAIF (Centro de Atenção Integral ao Fissurado), que é referência em todo o estado, vemos que, segundo o site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre os anos de 1994 e 2014, na cidade de Irati houve seis (0,052%) casos (para 11.527 nascidos vivos) de fissura labiopalatina notificados para residentes em Irati, no entanto, por ocorrência foram 14 (0,074%) casos (para 18.868 nascidos vivos). E para residentes de Curitiba, foram notificados 250 (0,71%) casos (para 349.536 nascidos vivos) de fissura labiopalatina, enquanto, por ocorrência observaram-se 365 (0,075%) casos (para 481.288 nascidos vivos). Esses dados demonstram que há um grande número de subnotificações nos casos de fissura, ou seja, muitos dos casos não são notificados no momento do nascimento. A notificação é a comunicação da ocorrência de determinadas doenças ou agravos à saúde por parte de profissionais da saúde à autoridade sanitária, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. A subnotificação consiste na ausência da notificação dessas doenças ou agravos (CIEVS-RJ. 2013).

Hoje no Brasil muitas doenças ainda deixam de ser notificadas, o que dificulta as ações públicas. Fica claro que, atualmente, as subnotificações configuram um problema no sistema de saúde brasileiro, e isso aponta para a necessidade de pesquisas científicas que auxiliem, de alguma forma, a tornar o mecanismo de notificação mais eficiente, e também que possam apontar onde ocorre as falhas nesse sistema de informação, para que haja viabilidade de elaboração de políticas públicas de conscientização e formação continuada para profissionais da saúde, que são os grandes responsáveis, na maioria das vezes, pela ação da notificação (TEXEIRA, 2005).

Com esses dados podemos definir a fissura labiopalatina, e as dificuldades que permeiam seu diagnóstico e tratamento, como sendo um fator que influencia no desenvolvimento comunitário e local de uma região. O desenvolvimento comunitário é um conceito que aponta para a melhoria das condições e da qualidade de vida das populações. Para Rezsohazy (1988), as primeiras tarefas importantes a realizar no processo de desenvolvimento comunitário consistiriam em assegurar que as

populações reconheceriam os seus problemas, para poderem aspirar a formular as suas necessidades; só então se poderia traduzi-las em algo que pudesse ser assumido eficazmente através da ação, pelos próprios interessados. Já o desenvolvimento local é descrito por Reis (1992), que afirma que as regiões e os espaços locais, não são apenas receptores da industrialização, mas podem, pelo contrário, transformar as estratégias de descentralização em estratégias reticulares estruturadas localmente, podem ser analisadas na sua espessura própria.

Fragoso (2005) aponta também que esse processo se trata de um processo de aprendizagem social, centrado em dinâmicas coletivas em torno aos problemas de um determinado território e que poderia apontar à emancipação gradual das populações. Possibilitando assim, surgimento progressivo do desenvolvimento local.

Posteriormente a análise de todas as questões abordadas em todas as sessões da fundamentação teórica, é possível fazer uma reflexão e afirmar que a ferramenta que foi proposta neste trabalho, pode atuar em consonância com todos os apontamentos aqui levantados, desde a questão da ampliação das informações relacionados à fissura, até um impacto no desenvolvimento das populações. A ferramenta proposta por este estudo pode levar a ponderações importantes e demonstrar o quanto é urgente que seja dada mais atenção a malformação craniofacial que mais atinge nossa população.

4. MATERIAL E MÉTODO:

4.1. Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo metodológico com foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas (POLIT; HUNGLER, 1995). A pesquisa será descritivo-exploratória. Segundo Marconi e Lakatos (1999) uma pesquisa descritiva trata-se de uma investigação empírica, com o objetivo de conferir hipóteses, delinear um problema ou analisar um fato e pode ser usada para facilitar a elaboração de um questionário ou para servir de base a uma futura pesquisa, ajudando a formular hipóteses. Como método de coleta de dados, utiliza questionários, entrevistas, observação participante (MATTAR, 1996).

Um questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas pelo informante, sem a presença do pesquisador (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). O questionário é um importante instrumento de coleta de informações sendo possível que o pesquisador formule perguntas consistentes “a respeito de variáveis e situações que deseja medir ou descrever”. A internet pode ser uma grande aliada no processo metodológico, pois o envio e resposta do questionário podem ser realizados eletronicamente possibilitando, então, rapidez no processo de envio e retorno das respostas por parte dos participantes selecionados. (MARTINS; THEÓPHILO, 2007, p.90)

Como apresentado na sessão 3.2., uma das funcionalidades apresentadas que pode ser explorada para pesquisas *online* é o correio eletrônico, dado que é uma ferramenta bastante versátil, pois permite a comunicação por mensagens de qualquer tamanho e o envio de documentos a um custo muito baixo e com grande rapidez possibilitando a comunicação com indivíduos ou grupos que estejam à longa distância (REEDY *et al.*, 2001).

O presente trabalho estruturou-se em um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa quantitativa, segundo Fonseca (2002), centra-se na objetividade e considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. Tal método focaliza uma quantidade pequena de conceitos, inicia com ideias preconcebidas do modo pelo qual os conceitos estão relacionados, utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para coleta de dados, mediante

condições de controle, enfatiza a objetividade e analisa os dados numéricos através de procedimentos estatísticos (POLIT *et al.*, 2004). A pesquisa qualitativa, por sua vez, descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos (DIEHL, 2004).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, em agosto de 2015, sob o número CAAE 47576615.0.0000.0106.

4.2. Casuística:

A pesquisa abrangeu todos os enfermeiros e médicos pediatras registrados nos respectivos Conselhos Regionais do estado do Paraná. Até o momento da coleta de dados, março de 2016, o Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR), apresentava 2161 médicos pediatras devidamente registrados e o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN-PR), 18476 enfermeiros.

4.3. Elaboração, envio e aplicação do questionário:

O estudo foi conduzido para a construção de um questionário multitemático original (Apêndice 1), a partir de uma detalhada revisão bibliográfica que, segundo Reichenheim e Moraes (2007), deve envolver o escrutínio dos instrumentos disponíveis sobre os conceitos de interesse.

A etapa inicial da construção do questionário constituiu-se de uma revisão de literatura sobre os conceitos básicos acerca do conceito, etiologia, classificação e tratamento das fissuras labiopalatinas, tal revisão foi apresentada na sessão 3.2 da fundamentação teórica. Nesta fase foi considerada a afirmação de Reichenheim e Moraes (2007), de que o principal desafio é especificar um conjunto que seja suficientemente completo para garantir a validade de conteúdo, mas que não seja tão extenso a ponto de dificultar a aceitabilidade e aplicabilidade do instrumento. A etapa seguinte foi a de construção das questões, as quais são fechadas e de múltipla escolha, exceto a última questão, que é aberta e dissertativa.

Constando de um total de dezenove questões, o questionário é dividido em duas partes. A primeira parte consta de sete questões para a caracterização da amostra, abordando características como: profissão, formação, local de atuação, participação em equipe multidisciplinar de saúde, contato com conteúdos relacionados à fissura durante a formação, e dados sobre atendimentos a pacientes fissurados. A segunda parte, composta por doze questões, voltadas para conteúdos básicos a respeito de fissuras labiopalatinas. Destas doze questões, onze apresentam três alternativas de resposta, nas quais o profissional deveria sempre eleger a incorreta, o que possibilita ao respondente uma chance de cerca de 33% de acerto. A última questão é dissertativa, na qual o respondente deve escrever sobre sua conduta ao identificar um indivíduo com fissura labiopalatina.

A validade de conteúdo indica se os itens do questionário abrangem adequadamente todos os aspectos importantes e relevantes do problema que está sendo investigado. Para o estabelecimento desta validade, podem ser empregadas como estratégias a revisão de literatura e o julgamento de *experts* (Streiner e Norman, 2003).

Ambas as estratégias citadas acima foram utilizadas no presente estudo. A revisão de literatura foi empregada durante a construção do questionário, sendo assim, viabilizou-se a validação do conteúdo por meio do julgamento de *experts*. A palavra *expert* segundo o Dicionário Oxford Inglês-Português (2007) quer dizer “especialista, perito (em algo/fazer algo)”. Para este estudo foram considerados *experts*, pessoas como pesquisadores, especialistas, mestres e doutores nas áreas mais relacionadas ao tema em questão e denominados como juízes.

O questionário foi enviado para três juízes, sendo um psicólogo, uma fonoaudióloga e um médico com especialidade em bucomaxilofacial, que estudam, pesquisam e atuam na área de fissuras labiopalatinas e de elaboração de instrumentos de avaliação. Os objetivos do estudo foram elucidados a fim de que os juízes pudessem analisar o conteúdo das questões do instrumento e todas as sugestões e apontamentos encaminhados foram considerados na elaboração da versão final do questionário.

A etapa final consistiu da introdução do questionário na plataforma de formulários do *google docs*. Tal plataforma é um pacote de aplicativos que funciona totalmente *online* e permite que o usuário crie documentos em vários formatos e os compartilhe via internet com outros usuários. A opção de formato foi a de formulário,

que permite ao usuário a elaboração de questionários em diferentes moldes, e em cada questão é possível mudar as configurações, propiciando ao pesquisador flexibilidade na criação do instrumento.

O questionário foi do tipo estruturado não disfarçado, ou seja, o respondente é informado sobre o objetivo da pesquisa no corpo do *e-mail*. Para a utilização do *Google docs*, é necessário ter uma conta ativa no *Google*, para a qual são encaminhados os questionários respondidos, sem qualquer informação sobre a identidade do respondente.

Depois de concluída a introdução do questionário no *Google docs*, o *link* do questionário foi enviado via *email* aos Conselhos Regionais das categorias para que fosse disseminado aos endereços eletrônicos dos profissionais registrados. O primeiro envio do link do questionário para os conselhos foi realizado no dia 26/11/2015, e devido à baixa adesão, 30 dias depois foi solicitado aos conselhos que realizassem um novo envio aos profissionais. O questionário encerrou o recebimento de respostas no dia 01/03/2016, ficando aberto durante pouco mais de três meses.

Os profissionais receberam um *e-mail* contendo uma pequena explicação sobre a pesquisa, e um *link* para acesso direto ao questionário. Cada sujeito tem livre escolha para acessar o *link* e responder ou não o questionário. Nenhuma das questões era de caráter obrigatório. A responsabilidade e risco pelo não recebimento dos questionários respondidos foi unicamente da pesquisadora.

4.4. Análise dos dados:

A análise dos dados foi feita através de estatística descritiva disponibilizada pela própria plataforma de formulários do *Google docs*. Assim que os questionários são enviados pelos respondentes, os dados são salvos em uma tabela do Excel é gerada automaticamente pela plataforma no momento em que o questionário é criado. Nessa tabela estão disponíveis todos os dados relacionados ao preenchimento de cada questionário, a data e a hora em que foi respondido e a resposta de cada questão separadamente, cada questão em uma coluna distinta, o que permite gerar gráficos e definir a porcentagem que cada opção foi escolhida em cada questão. A partir da tabela principal, é possível também gerar outras tabelas com dados isolados para fazer análises diferentes. A plataforma é bem didática e versátil e oferece vários caminhos para a apreciação dos dados.

A análise qualitativa dos dados foi realizada a partir do conceito de categorias. Segundo Minayo (2001), a palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à ideia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

O número total de questionários enviados foi de 20.637, sendo 18.476 para enfermeiros e 2.161 para médicos pediatras. Destes, foram recebidas 586 respostas válidas, das quais 94% (n= 552) foram de enfermeiros e 6% (n= 34) de médicos pediatras. Foram ainda recebidos seis questionários em branco, os quais foram descartados.

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados, da primeira parte do questionário, a qual tinha como objetivo caracterizar a amostra.

5.1. Caracterização Médicos Pediatras:

A questão 2 era relacionada à formação profissional, todos os 34 médicos pediatras responderam ao questionário, e desses, 82,4% (n=28) tinham residência profissional, 11,8% (n=4) especialização e 5,9% (n=2) mestrado.

Na questão 3, relativa ao local de atuação, era possível marcar mais de uma opção, já que grande parte dos profissionais acaba atuando em mais de uma instituição. Os resultados desta questão estão apresentados na tabela 1, a qual mostra quantas vezes cada local de atuação foi escolhido como opção na questão.

Tabela 1 – Número de vezes que cada local de atuação foi escolhido pelos médicos nas opções da questão.

Locais de atuação	Quantidade
1 - Hospitais e/ou maternidades (público)	19
2 - Hospitais e/ou maternidades (privado)	13
3 - Consultórios ou Clínicas Particulares	22
4 - UBS	9
5 - Ambulatórios Ocupacionais e/ou de associações	1
6 - Universidades e/ou Faculdades	4
7 - Outros	3

É possível perceber que os três primeiros locais foram os mais citados e a opção 5 a menos escolhida. Como era possível escolher mais de uma opção e

combinar locais, a grande maioria selecionou, no máximo, dois lugares diferentes de atuação, onde as opções 2 e 3 juntas foram as mais assinaladas.

A questão 4 dizia respeito à participação em equipe multi/interdisciplinar em algum dos locais de atuação. Uma porcentagem de 61,9% (n=21) assinalou não atuar em equipes multi/interdisciplinar.

O próximo ponto abordado na caracterização dos participantes, através da questão 5, foi o contato que tiveram com conteúdo específico sobre fissura labiopalatina durante algum momento de sua formação. Mais da metade assinalou ter tido contato com o tema de fissuras labiopalatinas na formação. Este resultado nos mostra que, apenas pouco mais da metade respondeu afirmativamente tal questão, considerando que, como afirmam Stanier e Moore (2004) as fissuras labiopalatinas são as malformações faciais mais comuns ao nascimento, de incidência frequentemente citada como 1:700 nascidos vivos, e ponderando tais dados, o conteúdo direcionado a tal patologia poderia ser de cunho obrigatório na formação em medicina e enfermagem. A questão 5 apresentava uma segunda parte, direcionada apenas para quem respondeu “sim”, e procurava investigar em qual momento da formação esse contato com os conteúdos ocorreu, uma porcentagem de 20% (n=4) assinalaram ter tido contato com este conteúdo durante a graduação, e 80% (n=16) durante a residência profissional, o que conferiu ao profissional especialista, a possibilidade de ter tido conhecimento sobre o tema.

A questão 6 investigava o contato com pacientes com fissuras labiopalatinas. Todos os médicos pediatras respondentes já avaliaram ou atenderam pacientes com fissuras labiopalatinas, sendo que destes, 44,1% (n=15) assinalaram ter ocorrido raramente, 41,7% (n=14) esporadicamente, e apenas 14,7% (n=5) assinalaram que atendem esses casos regularmente.

A questão 7 indagou o nível de dificuldade que os profissionais tiveram para atender os casos de fissura labiopalatina, 50% (n=17) assinalou média dificuldade para atender casos de fissura labiopalatina, 38,2% (n=13) pouca dificuldade, 5,9% (n=2) muita dificuldade e 5,9% (n=2), nenhuma dificuldade. É interessante ressaltar o resultado de que metade dos respondentes relatou ter tido média dificuldade, o que leva a inferir uma relação com o resultado anterior, o qual evidenciou que mais da metade dos profissionais respondentes não tiveram contato com o conteúdo de fissura labiopalatina durante a formação.

5.2. Caracterização Enfermeiros:

A questão 2 foi respondida por todos os 552 enfermeiros, e buscava levantar informações relacionadas à formação profissional, 54% (n=298) tem especialização, 26,8% (n=148) graduação, 10,3% (n=57) mestrado, 6,3% (n=35) residência profissional e 2,5% doutorado (n=14).

Na questão 3, relativa ao local de atuação, os enfermeiros respondentes também assinalaram mais de uma opção. Os resultados estão apresentados na tabela 2, a qual mostra quantas vezes cada local de atuação foi escolhido como opção na questão.

Tabela 2 – Número de vezes que cada local de atuação foi escolhido pelos médicos nas opções da questão.

Locais de atuação	Quantidade
1 - Hospitais e/ou maternidades (público)	151
2 - Hospitais e/ou maternidades (privado)	112
3 - Consultórios ou Clínicas Particulares	18
4 – UBS	90
5 - Ambulatórios Ocupacionais e/ou de associações	20
6 - Universidades e/ou Faculdades	62
7 – Outros	186

A opção 7 (Outros) foi a mais selecionada e estava sempre assinalada em combinação com outra das opções. Hospitais e maternidades, seja público ou privado, foram as opções mais assinaladas concomitantemente.

Para a questão 4, sobre a participação em equipe multi/interdisciplinar em algum dos locais de atuação, sete (1,2%) dos 552 participantes não responderam. Dos que responderam, uma porcentagem de 73,8% (n=402) assinalaram fazer parte de equipes multi/interdisciplinar.

O próximo ponto abordado na caracterização dos participantes, através da questão 5, foi o contato que tiveram com conteúdo específico sobre fissura labiopalatina durante algum momento de sua formação. Dois participantes deixaram de responder essa questão. Dos 550 que responderam 55,2% (n=303) assinalaram

ter tido contato com o conteúdo. A questão 5 apresentava uma segunda parte, direcionada apenas para quem respondeu “sim”, e procurava investigar em qual momento da formação esse contato com os conteúdos ocorreu. Uma porcentagem de 88,3% (n=267) assinalaram ter tido esse contato durante a graduação, 8,1% (n=25) durante a especialização, 3,3% (n=10) durante a residência profissional, e 0,3% (n=1) no mestrado.

A questão 6 abordava informações sobre o contato dos profissionais com pacientes com fissura labiopalatina. Tal questão não foi respondida por três participantes, 41,6% (n=228) assinalou já ter atendido casos de fissura, mesmo que raramente por 67,5% (n=154), esporadicamente por 25,9% (n=59) e regularmente por apenas 6,6% (n=15).

A questão 7 procurava investigar o nível de dificuldade que esses profissionais tiveram para atender os casos de fissura labiopalatina, dos 228 que afirmaram ter atendido os pacientes com fissura labiopalatina, 52,2% (n=119) assinalou média dificuldade, 24,6% (n=56) pouca dificuldade, 15,8% (n=36) muita dificuldade e 7,5% nenhuma dificuldade (n=17).

5.3. Respostas ao questionário:

Nessa sessão serão apresentados e discutidos os resultados da segunda parte do questionário, ou seja, as respostas às questões relativas ao conhecimento dos profissionais sobre fissuras labiopalatinas. As respostas de cada questão estão apresentadas em tabelas, nas quais, a alternativa em negrito é sempre a que o participante deveria ter assinalado, ou seja, a resposta incorreta. Nem todos os participantes responderam a todas as questões, já que nenhuma era obrigatória. O número de participantes que respondeu cada questão está indicado na última linha de cada tabela.

Tabela 3 – Relação das respostas dos médicos para a questão 8.

Questão 8: É INCORRETO afirmar que as fissuras labiopalatinas:			
Alternativas	Nº	%	
São malformações de lábio e/ou palato que ocorrem entre a 4ª e 12ª semanas de embriogênese humana.	2	5,9%	
São malformações faciais com abertura/ruptura na região do lábio e/ou palato adquiridas no período perinatal.	31	91,2%	
São malformações faciais congênitas, caracterizadas por abertura/ruptura na região do lábio e/ou palato.	1	2,9%	
TOTAL	34	100%	

Tabela 4 – Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 8.

Questão 8: É INCORRETO afirmar que as fissuras labiopalatinas:			
Alternativas	Nº	%	
São malformações de lábio e/ou palato que ocorrem entre a 4ª e 12ª semanas de embriogênese humana.	72	13,3%	
São malformações faciais com abertura/ruptura na região do lábio e/ou palato adquiridas no período perinatal.	388	71,5%	
São malformações faciais congênitas, caracterizadas por abertura/ruptura na região do lábio e/ou palato.	82	15,2%	
TOTAL	542	100%	

A questão 8 investiga o conhecimento dos profissionais em relação ao conceito de fissura labiopalatina, enfocando aspectos básicos relacionados ao conceito. Uma porcentagem de 91,2% (n=31) dos médicos pediatras respondeu corretamente à questão. Os enfermeiros tiveram uma porcentagem menor de acerto, 71,5% (n=388).

Segundo Veronez (2007), entre as malformações que acometem o homem, as fissuras labiopalatinas representam as mais comuns, sendo estimada em 1:700 indivíduos nascidos vivos (CARVALHO, 2011). Surgem na vida intrauterina, durante a formação da face e sua alta prevalência é explicada pela complexidade do desenvolvimento embrionário humano, sendo considerada por Gorlin *et al.* (2001) e Buzzo (2010) como a deformidade craniofacial congênita mais frequente, apresentando-se de formas variadas, com distorções anatômicas no lábio superior, nariz e palato. Corresponde, aproximadamente, a 65% das malformações da região craniofacial.

As fissuras labiopalatinas estão entre as malformações craniofaciais congênitas mais comuns na espécie humana, que ocorrem pela falta de fusão dos processos embrionários responsáveis pela formação da face, podendo acometer o lábio (pré-forame), o palato (pós-forame) ou ambos (transforame) e estar também associadas a outras malformações mais complexas, envolvendo síndromes (GENARO *et al.*, 2004).

Tabela 5 – Relação das respostas dos médicos para a questão 9.

Questão 9: É INCORRETO afirmar que a etiologia das fissuras labiopalatinas:			
Alternativas	N°	%	
É multifatorial, ou seja, inclui fatores genéticos e ambientais.	1	3%	
Pode ser determinada por fatores teratogênicos ou fazer parte de síndromes.	2	6,1%	
É determinada unicamente por herança monogênica.	30	90,9%	
TOTAL	33	100%	

Tabela 6 – Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 9

Questão 9: É INCORRETO afirmar que a etiologia das fissuras labiopalatinas:		
Alternativas	Nº	%
É multifatorial, ou seja, inclui fatores genéticos e ambientais.	107	19,7%
Pode ser determinada por fatores teratogênicos ou fazer parte de síndromes.	64	11,8%
É determinada unicamente por herança monogênica.	372	68,5%
TOTAL	543	100%

A questão 9 procurou investigar o conhecimento dos profissionais em relação à etiologia das fissuras labiopalatinas. Uma porcentagem de 90,9% (n=30) dos médicos pediatras assinalou corretamente. A porcentagem de acertos dos enfermeiros foi menor, 68,5% (n =372).

Embora a etiologia ainda não esteja totalmente comprovada, Abdo e Machado (2005) apontam para diversos fatores. Dentre eles, estão questões ambientais, sociais e nutricionais; fatores teratogênicos, como o uso de medicamentos e drogas na gestação, além de exposição a radiações, rubéola, varíola e toxoplasmose, estresse e hipervitaminose A; fatores endocrinológicos como diabetes e hipotireoidismo na mãe. Mesmo não se sabendo ainda como a fissura seria transmitida de uma geração a outra, os fatores hereditários são considerados, pois a probabilidade de transmissão de pais para filhos aumenta conforme a ocorrência de fissura na família. Os autores também apontam a existência de fatores múltiplos combinados que poderiam causar a fissura labiopalatina como: suprimento vascular deficiente ou distúrbio motor (quando o feto posiciona a língua no local de desenvolvimento das estruturas).

Fatores genéticos e/ou ambientais têm sido descritos para explicar a etiologia de origem multifatorial das fissuras labiopalatinas, incluindo insuficiência do desenvolvimento embriológico, ruptura parcial na fusão dos processos médio nasal da face e anormalidades do desenvolvimento craniofacial que vão alterar a embriogênese das estruturas craniofaciais durante as primeiras semanas de vida intrauterina (VASCONCELOS, 2006). Portanto, de acordo com a literatura, 19,7% dos enfermeiros assinalou a resposta que agrega estes dois fatores para a etiologia da

fissura, revelando um nível de conhecimento sobre a questão, mas não acertando a resposta, já que a questão solicitava que assinalasse a incorreta.

As exposições ambientais são potenciais fatores teratogênicos, que podem ser considerados como fatores de risco: as carências nutricionais, exposições ocupacionais e ambientais, uso de medicações durante a gestação e fatores hormonais. As exposições ocupacionais, que está submetida a gestante, como o uso de pesticidas e herbicidas também podem comprometer o desenvolvimento embriológico normal das estruturas orofaciais. O estilo de vida materno associado ao consumo de álcool e fumo apresenta um risco para a ocorrência de fissuras labiopalatinas (LEITE *et al.* 2002). Uma porcentagem de 11,8% (n=64) dos enfermeiros parece ter conhecimento sobre os fatores teratogênicos para a etiologia da fissura, mas não respondeu corretamente à resposta solicitada.

Tabela 7 – Relação das respostas dos médicos para a questão 10

Questão 10: Assinale a alternativa INCORRETA com relação à fissura pré-forame:			
Alternativas	Nº	%	
É a forma de fissura que compromete a nasalidade da fala (voz fanha).	20	60,6%	
São fissuras labiais que acometem o lábio superior.	2	6,1%	
São fissuras cuja cirurgia corretiva de caráter estético pode ser realizada nos primeiros meses de vida.	11	33,3%	
TOTAL	33	100%	

Tabela 8 – Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 10

Questão 10: Assinale a alternativa INCORRETA com relação à fissura pré-forame :			
Alternativas	N°	%	
É a forma de fissura que compromete a nasalidade da fala (voz fanha).	227	42,3%	
São fissuras labiais que acometem o lábio superior.	124	22,8%	
São fissuras cuja cirurgia corretiva de caráter estético pode ser realizada nos primeiros meses de vida.	189	34,9%	
TOTAL	540	100%	

A questão 10 foi direcionada para a investigação do conhecimento dos profissionais em relação à fissura pré-forame.

A porcentagem de erros aumentou em ambas as categorias. Uma porcentagem de 60,6% (n=20) dos médicos pediatras e de 42,3% (n=228) dos enfermeiros respondeu corretamente. Cabe ressaltar que a classificação das fissuras, bem como as características de cada tipo delas, são informações bem específicas, é importante também considerar que apenas 58,8% dos médicos pediatras e 55,2% dos enfermeiros afirmou terem tido contato com conteúdo específico de fissuras labiopalatinas durante suas formações, e menos da metade dos enfermeiros respondentes avaliou ou atendeu esse tipo de paciente. Apesar, de 100% dos médicos pediatras sinalizarem já ter atendido ou avaliado pacientes acometidos por essa malformação, quase a metade disse que esse atendimento aconteceu raramente. Tais fatores devem ser levados em conta, e podem ter colaborado para o baixo índice de acertos dessa questão.

Em diversos estudos a fissura transforame é apontada como o tipo de fissura de maior prevalência, seguida pela pós-forame, e a pré-forame como a menos frequente (BARONEZA *et al.* 2005; FREITAS E SILVA *et al.* 2008; CYMROT, 2010; DI NINNO, 2011; REBOUÇAS, *et al.* 2014). Esse é um fator que pode ter contribuído para o índice mais baixo de acertos de ambos os profissionais na questão sobre

fissura pré-forame, em relação às questões sobre as fissuras transforame e pós-forame.

Tabela 9 – Relação das respostas dos médicos para a questão 11

Questão 11: Assinale a alternativa INCORRETA com relação à fissura pós-forame:			
Alternativas	N°	%	
São fissuras que acarretam a comunicação entre a cavidade nasal e a cavidade oral.	2	6,1%	
É um tipo de fissura que ocasiona otites recorrentes.	2	6,1%	
Esse tipo de fissura apresenta muitas alterações estéticas e pouco impacto na fala dos indivíduos.	29	87,8%	
TOTAL	33	100%	

Tabela 10 – Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 11

Questão 11: Assinale a alternativa INCORRETA com relação à fissura pós-forame:			
Alternativas	N°	%	
São fissuras que acarretam a comunicação entre a cavidade nasal e a cavidade oral.	53	9,9%	
É um tipo de fissura que ocasiona otites recorrentes.	127	23,7%	
Esse tipo de fissura apresenta muitas alterações estéticas e pouco impacto na fala dos indivíduos.	356	66,4%	
TOTAL	536	100%	

A questão 11 foi direcionada para a investigação do conhecimento dos profissionais em relação à fissura pós-forame.

Nessa questão a porcentagem de acertos aumentou em ambas as categorias entre os médicos, chegando em 87,8% (n=29), e entre os enfermeiros 66,4% (n=356).

Tabela 11 – Relação das respostas dos médicos para a questão 12

Questão 12: Assinale a alternativa INCORRETA com relação à fissura transforame:			
Alternativas	N°	%	
É um tipo de fissura que pode comprometer o aleitamento materno.	6	18,2%	
Sempre acomete lábio e arcada dentária bilateralmente.	27	81,8%	
O tratamento cirúrgico envolve etapas em faixas etárias diferentes para correção de todas as estruturas.	0	0%	
TOTAL	33	100%	

Tabela 12 – Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 12

Questão 12: Assinale a alternativa INCORRETA com relação à fissura transforame:			
Alternativas	N°	%	
É um tipo de fissura que pode comprometer o aleitamento materno.	126	23,3%	
Sempre acomete lábio e arcada dentária bilateralmente.	336	62,1%	
O tratamento cirúrgico envolve etapas em faixas etárias diferentes para correção de todas as estruturas.	79	14,6%	
TOTAL	541	100%	

A questão 12 foi direcionada para a investigação do conhecimento dos profissionais em relação à fissura transforame, a qual é pode causar inúmeros problemas alimentares, respiratórios, funcionais, de fonação, deglutição e alterações oclusais (FIGUEIREDO *et al.*, 2008), pois neste tipo de fissura os indivíduos apresentam o lábio, o alvéolo, o palato duro e o palato mole acometidos (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; MARTELLI JÚNIOR *et al.*, 2006; MENDES; LOPES, 2006).

O aleitamento materno de bebês afetados por fenda transforame poder ser favorável, considerando-se o tamanho e a localização específica da fenda: será mais efetiva nos casos em que a fenda é estreita e mais posterior do que nos casos em que há fenda mais extensa ou completa de palato ósseo. (AMSTALDEN-MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006). Em casos de fendas palatais mais extensas, porém, há maior dificuldade em se gerar a pressão intraoral negativa, pois a língua não comprime o tecido mamário contra o palato, prejudicando a sucção. (ALMEIDA, 2002).

Nessa questão a porcentagem de acertos dos médicos foi de 81,8% (n=27). Os enfermeiros continuaram apresentando um índice de acertos de pouco mais da metade (62,1%; n=336).

Tabela 13 – Relação das respostas dos médicos para a questão 13

Questão 13: Sobre o papel da enfermagem nos casos de fissura labiopalatina, assinale a alternativa INCORRETA:			
Alternativas	Nº	%	
É diversificado, inclui educação, orientação e assistência em todas as fases do tratamento.	0	0%	
É um dos profissionais que deve estar habilitado para incentivar e divulgar os benefícios do aleitamento materno exclusivo.	1	3,1%	
É o profissional que prescreve qual(is) o(s) método(s) cirúrgico(s) mais adequado para cada caso.	31	96,9%	
TOTAL	32	100%	

Tabela 14 – Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 13

Questão 13: Sobre o papel da enfermagem nos casos de fissura labiopalatina, assinale a alternativa INCORRETA:

Alternativas	Nº	%
É diversificado, inclui educação, orientação e assistência em todas as fases do tratamento.	19	3,5%
É um dos profissionais que deve estar habilitado para incentivar e divulgar os benefícios do aleitamento materno exclusivo.	25	4,6%
É o profissional que prescreve qual(is) o(s) método(s) cirúrgico(s) mais adequado para cada caso.	502	91,9%
TOTAL	546	100%

A questão 13 estava relacionada com a investigação do conhecimento dos profissionais em relação ao papel da enfermagem nos casos de fissura labiopalatina. A enfermagem juntamente com a equipe multidisciplinar, é parte atuante no processo de reabilitação, tendo como objetivo integrar o paciente para assegurar a continuidade do tratamento (SPIRI; LEITE, 1999).

O enfermeiro é responsável por orientar e dirimir dúvidas pertinentes aos cuidados, proporcionando maior tranquilidade e segurança, propondo uma assistência holística e humanizada, e envolvendo não somente o paciente, mas sua família (TRETTENE, *et al.*, 2014).

Segundo a equipe multidisciplinar do CAIF/AFISSUR o principal objetivo da equipe de enfermagem é o cuidado humanizado ao paciente e sua família. Dentre suas responsabilidades estão: esclarecimentos acerca dos procedimentos cirúrgicos: orientações pré, trans e pós-operatórias como: horário de jejum, período de internamento, rotinas do hospital onde são realizados os procedimentos cirúrgicos, higienização oral, dieta após a cirurgia e cuidados para pós-operatório mediato e tardio; administração de medicações, retirada de pontos, curativos e inalações; auxílio no atendimento médico, facilitando a consulta ambulatorial; auxílio nos exames PEATE (potencial evocado auditivo de tronco encefálico) e nasolaringoendoscopia, para os quais é necessária medicação tópica pré exame; esclarecimentos de dúvidas

dos pacientes e familiares; atuação no centro cirúrgico eletivo do hospital, providenciando os materiais para cirurgias e instrumentando, quando necessário (CAIF, 2016).

O percentual de acertos, tanto dos médicos (96,9%; n=) como dos enfermeiros (91,9%; n=) revelou um conhecimento satisfatório por parte destes profissionais sobre o papel do enfermeiro. A questão abordou aspectos diretamente relacionados com a prática da enfermagem.

Tabela 15 – Relação das respostas dos médicos para a questão 14

Questão 14: Sobre o papel do médico pediatra nos casos de fissura labiopalatina, assinale a alternativa INCORRETA:		
Alternativas	N°	%
É o único profissional responsável por identificar a etiologia e/ou patogênese da fissura.	33	100%
Em um primeiro momento reconhecer a má formação e conduzir da melhor forma possível as orientações sobre a fissura à família.	0	0%
Assegurar a saúde e o bem-estar dos bebês e seus familiares.	0	0%
TOTAL	33	100%

Tabela 16 – Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 14

Questão 14: Sobre o papel do médico pediatra nos casos de fissura labiopalatina, assinale a alternativa INCORRETA:		
Alternativas	N°	%
É o único profissional responsável por identificar a etiologia e/ou patogênese da fissura.	470	86,8%
Em um primeiro momento reconhecer a má formação e conduzir da melhor forma possível as orientações sobre a fissura à família.	29	5,4%
Assegurar a saúde e o bem-estar dos bebês e seus familiares.	42	7,8%
TOTAL	541	100%

A questão 14 estava relacionada com a investigação do conhecimento dos profissionais em relação ao papel do médico pediatra nos casos de fissura labiopalatina. De acordo com a equipe multidisciplinar do CAIF/AFISSUR os cuidados com a criança que apresenta má-formação craniofacial devem ser iniciados logo após o nascimento. Desse modo, cabe ao Pediatra: avaliar o estado global de saúde da criança, verificando possíveis associações sindrômicas e, assim, se necessário, encaminhar para atendimento especializado; orientar pais ou responsáveis sobre aspectos relacionados à puericultura (imunizações, nutrição, crescimento e desenvolvimento), bem como às patologias mais susceptíveis e como evitá-las; avaliar clinicamente o estado de saúde da criança no pré e pós-operatório (CAIF, 2016).

O pediatra é também um dos profissionais que deve fazer parte da equipe pré-cirúrgica, a qual é composto por profissionais que tem o primeiro contato com o paciente, sendo esses profissionais responsáveis pela identificação da deformidade e contato com o setor de apoio. É ainda o responsável pela avaliação sistêmica e tratamento da criança caso esta apresente intercorrências como virose, anemia, pneumonia, diarreia ou até mesmo problemas cardíacos (VALENTE, *et al.*, 2003; WEHBY, *et al.*, 2006).

A totalidade dos médicos pediatras responderam essa questão de forma correta, o que infere o conhecimento destes profissionais com relação à sua prática e com a rotina do seu trabalho. Um bom índice de acerto entre os enfermeiros (86,8%;

n=) também confirma a hipótese de que os enfermeiros têm conhecimento sobre o papel dos profissionais com quem trabalha mais diretamente, na maioria das instituições.

Tabela 17 – Relação das respostas dos médicos para a questão 15

Questão 15: Sobre o aleitamento de crianças fissuradas, é INCORRETO afirmar que:			
Alternativas	N°	%	
A posição deitada é a indicada no momento da alimentação dessas crianças.	29	93,5%	
Fissura pré-forame possibilita aleitamento materno exclusivo.	1	3,2%	
Dependendo do tipo de fissura e de suas alterações anatômicas é indicado que a alimentação seja realizada de formas alternativas até que sejam realizadas as cirurgias corretivas.	1	3,2%	
TOTAL	31	100%	

Tabela 18 – Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 15

Questão 15: Sobre o aleitamento de crianças fissuradas, é INCORRETO afirmar que:			
Alternativas	N°	%	
A posição deitada é a indicada no momento da alimentação dessas crianças.	409	75,3%	
Fissura pré-forame possibilita aleitamento materno exclusivo.	83	15,3%	
Dependendo do tipo de fissura e de suas alterações anatômicas é indicado que a alimentação seja realizada de formas alternativas até que sejam realizadas as cirurgias corretivas.	51	9,4%	
TOTAL	543	100%	

A questão 15 procurava investigar o conhecimento dos profissionais em relação ao processo de amamentação de crianças com fissura, abordando aspectos básicos relacionados ao tema. O leite materno é recomendado pelo seu próprio valor nutritivo e qualidade antibacteriana, auxiliando no combate de infecções, inclusive as de orelha média, que são comuns nos portadores de fissura (SILVA *et al.*, 2005). Mas o aleitamento materno deve ser conduzido respeitando os aspectos emocionais e afetivos da relação da família com o bebê, além de considerar as limitações decorrentes da própria malformação (ALMEIDA, 2002). Nas fissuras labiopalatinas as dificuldades se relacionam à impossibilidade anatômica de isolar a cavidade oral, da falta de apoio e estabilização do bico do peito e da posteriorização da língua, além da baixa pressão intraoral (CAVALHERI, 2000; DALBEN *et al.*, 2003).

Uma porcentagem de 93,5% (n=29) dos médicos pediatras respondeu corretamente à questão. Os enfermeiros tiveram uma porcentagem menor de acerto (75,3%; n=409).

O estudo de Neto *et al.* (2015), o qual teve por objetivo identificar o conhecimento de enfermeiros acerca da amamentação de recém-nascidos com fissura labiopalatina, encontrou resultados que demonstraram que 84,6% (n=11) dos enfermeiros participantes do estudo (N=13) afirmou não ter recebido qualquer informação a respeito do processo de amamentação de bebês ou crianças com fissura labiopalatina. No mesmo estudo 46,2% (n=6) foram enfáticos ao afirmar o desconhecimento sobre a posição mais adequada para a amamentação dessas crianças, e 38,5% (n=5) indicou acreditar que a melhor posição é a deitada.

Os bebês com fissura labiopalatina devem ser posicionados semieretos, de frente para o corpo da mãe, com a cabeça inclinada para o colo materno, enquanto a mãe inclina o seu corpo sobre ele. Nessa posição, a ação da gravidade permite que o mamilo e a aréola do seio penetrem com mais facilidade dentro da boca do bebê, proporcionando maior vedação da fenda, promovendo um melhor escoamento do alimento para a orofaringe e o esôfago, reduzindo a fadiga e a energia gasta pelo bebê durante a alimentação (SILVA, *et al.*, 2005).

Silva *et al.* (2005) também investigou os métodos de alimentação utilizados em 50 recém-nascidos com fissura labiopalatal, durante a internação e após a alta hospitalar e, em especial, a experiência das mães desses bebês em relação ao aleitamento materno. O aleitamento natural foi mais satisfatório em crianças com fissura menos complexa, do tipo pré-forame incisivo, e a sucção insuficiente foi a

principal causa de substituição do aleitamento natural por outras formas de alimentação.

Tabela 19 – Relação das respostas dos médicos para a questão 16

Questão 16: Em crianças com fissura labiopalatina, uma alteração muito frequente é a otite média. Assim sendo, é INCORRETO afirmar que:		
Alternativas	Nº	%
Isso ocorre devido às malformações anatômicas e/ou funcionais da tuba auditiva.	6	18,8%
As alterações decorrentes das otites são irreversíveis.	25	78,1%
As otites podem causar prejuízos no desenvolvimento da fala e linguagem.	1	3,1%
TOTAL	32	100%

Tabela 20 – Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 16

Questão 16: Em crianças com fissura labiopalatina, uma alteração muito frequente é a otite média. Assim sendo, é INCORRETO afirmar que:		
Alternativas	Nº	%
Isso ocorre devido às malformações anatômicas e/ou funcionais da tuba auditiva.	69	12,8%
As alterações decorrentes das otites são irreversíveis.	425	78,7%
As otites podem causar prejuízos no desenvolvimento da fala e linguagem.	46	8,5%
TOTAL	540	100%

Em indivíduos portadores de fissura labiopalatina, a alteração mais frequente relacionada à audição é a otite média, em decorrência de malformações anatômicas e/ ou funcionais da tuba auditiva e região do esfíncter velo faríngeo. Esses sujeitos ainda podem apresentar problemas de fala, dentários, ortodônticos e emocionais (AMARAL, *et al.*, 2010; MONDELLI, *et al.*, 2013).

A perda de audição consequente à otite implica o dano mais frequente encontrado nessa população e pode ser responsável por atraso de aquisição de linguagem, cognição e desenvolvimento psicossocial. Perda auditiva é a redução da audição em qualquer grau que reduza a inteligibilidade da mensagem falada para a interpretação apurada ou para a aprendizagem (MONDAIN *et al.*, 2005; TESTA, *et al.*, 2010; MONDELLI, *et al.*, 2013).

A questão 16 investiga o conhecimento dos profissionais em relação a uma alteração muito frequente em crianças com fissura labiopalatina, que é a otite média. O número de acertos entre os médicos pediatras caiu nessa questão, apresentando um percentual de 78,1% (n=25). Entre os enfermeiros, o índice de acertos atingiu um percentual similar (78,7%; n=425), obtendo a maior aproximação entre os índices de acerto entre ambos os profissionais.

Tabela 21 – Relação das respostas dos médicos para a questão 17

Questão 17: Sobre a equipe multidisciplinar de saúde, assinale a alternativa INCORRETA:			
Alternativas	Nº	%	
Deve ser composta por profissionais de várias áreas, que garantam o domínio do conhecimento de suas áreas específicas para que cada qual possa prescrever o tratamento mais indicado para cada caso.	0	0%	
Deve trabalhar de forma a garantir uma maior eficiência na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial.	0	0%	
O tratamento multidisciplinar é necessário apenas nos casos de fissura transforame.	32	100%	
TOTAL	32	100%	

Tabela 22 – Relação das respostas dos enfermeiros da questão 17

Questão 17: Sobre a equipe multidisciplinar de saúde, assinale a alternativa INCORRETA:

Alternativas	N°	%
Deve ser composta por profissionais de várias áreas, que garantam o domínio do conhecimento de suas áreas específicas para que cada qual possa prescrever o tratamento mais indicado para cada caso.	10	1,8%
Deve trabalhar de forma a garantir uma maior eficiência na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial.	11	2%
O tratamento multidisciplinar é necessário apenas nos casos de fissura transforame.	522	96,2%
TOTAL	543	100%

A questão 17 investiga o conhecimento dos profissionais a respeito do trabalho da equipe multi/interdisciplinar de saúde com indivíduos com fissura labiopalatina. Atualmente, o tratamento considerado mais abrangente para os fissurados é realizado de maneira multi/interdisciplinar, que visa a uma maior eficiência na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial desses pacientes. Embora varie a severidade das fissuras e anomalias orofaciais, o tratamento multi/interdisciplinar é sempre necessário e deve ser instituído logo após o nascimento, visando um tratamento global na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial destes pacientes (MUGAYAR, 2000; MARAZITA; MOONEY, 2004).

No processo de reabilitação de indivíduos com fissuras labiopalatinas, a equipe multi/interdisciplinar constituída pelas áreas de medicina, enfermagem, odontologia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, fisioterapia, educação e terapia ocupacional prezam pela troca de informações e saberes entre os profissionais, que se faz fundamental para o atendimento do paciente e de sua família, pois uma área interfere diretamente na outra, no que diz respeito à reabilitação estética, funcional, psicológica e social (FERNANDES, *et al.*, 2015).

A totalidade dos médicos pediatras respondeu essa questão de forma correta. Entre os enfermeiros, o índice de acertos atingiu 96,2% (n=522).

Tabela 23 – Relação das respostas dos médicos para a questão 18

Questão 18: Indivíduos com fissura labiopalatina podem apresentar disfunção velofaríngea trazendo alterações importantes na inteligibilidade de fala. Qual das alterações abaixo NÃO é causada por essa disfunção?			
Alternativas	N°	%	
Qualidade vocal hipernasal (“voz fanha”).	6	18,8%	
Distúrbios de fala.	6	18,8%	
Má oclusão dentária.	20	62,5%	
TOTAL	32	100%	

Tabela 24 – Relação das respostas dos enfermeiros para a questão 18

Questão 18: Indivíduos com fissura labiopalatina podem apresentar disfunção velofaríngea trazendo alterações importantes na inteligibilidade de fala. Qual das alterações abaixo NÃO é causada por essa disfunção?			
Alternativas	N°	%	
Qualidade vocal hipernasal (“voz fanha”).	56	10,4%	
Distúrbios de fala.	91	16,9%	
Má oclusão dentária.	393	72,7%	
TOTAL	540	100%	

A questão 18 investiga o conhecimento dos profissionais a respeito das alterações que a disfunção velofaríngea pode trazer para os indivíduos com fissura labiopalatina. Nessa questão, o índice de acertos dos médicos pediatras voltou a cair,

apresentando um percentual de 62,5% (n=20). Entre os enfermeiros, a porcentagem de acertos foi maior (72,7%; n=393). Esta foi a única questão em que o número de acertos teve uma maior porcentagem entre os enfermeiros em comparação aos médicos pediatras.

Quando o mecanismo velofaríngeo não funciona normalmente, ocorre um efeito significativo na ressonância e em vários aspectos da fala. Se as cavidades, oral e nasal, não estão completamente separadas, a câmara de ressonância é permanentemente ampliada e uma corrente de ar é transportada através da cavidade nasal durante a fala. O tamanho, a forma e a configuração da cavidade do trato vocal também têm grande importância no resultado da ressonância e na inteligibilidade da fala (MITUUTI *et al.*, 2010).

A função velofaríngea normal é assegurada pelo movimento sincronizado das estruturas do mecanismo velofaríngeo como palato mole, paredes laterais e parede posterior da faringe. Estas desempenham papel fundamental na produção da fala, na medida em que são responsáveis pela distribuição do fluxo aéreo expiratório e das vibrações acústicas para a cavidade oral, na produção dos sons orais e para a cavidade nasal, na produção dos sons nasais (TRINDADE *et al.*, 2005).

Os distúrbios obrigatórios na disfunção velofaríngea, decorrentes de uma alteração estrutural, compreendem a hipernasalidade, a emissão de ar nasal, a fraca pressão aérea intraoral e o ronco nasal (PINTO *et al.*, 2007; MITUUTI *et al.*, 2010).

A hipernasalidade é uma das manifestações clínicas mais marcantes da disfunção velofaríngea, descrita como um desvio na qualidade vocal que resulta do acoplamento da nasofaringe com a orofaringe. Corresponde a um excesso de energia acústica nasal durante a produção de sons orais, podendo persistir mesmo após a correção cirúrgica do palato. Além da hipernasalidade, também podemos encontrar as articulações compensatórias, que são provenientes da tentativa de compensar a inadequação velofaríngea, nas fases iniciais da aquisição da linguagem. A alteração dos órgãos fonoarticulatórios pode fazer com que estes indivíduos busquem outros locais de produção dos sons plosivos e fricativos, desenvolvendo assim distúrbios importantes de fala. (TIMMONS *et al.*, 2001; PEGORARO-KROOK *et al.*, 2004; PINTO *et al.*, 2007; MITUUTI *et al.*, 2010).

Um comparativo da porcentagem de acertos que cada categoria profissional fez em cada questão está apresentado na tabela abaixo:

Tabela 25 - Comparativo do número de acertos dos médicos pediatras e enfermeiros em cada questão

Questão	Médicos Pediatras	Enfermeiros
Questão 8 (conceito)	91,2%	71,5%
Questão 9 (etiologia)	90,9%	68,5%
Questão 10 (fissura pré-forame)	60,6%	42,3%
Questão 11 (fissura pós-forame)	87,8%	66,4%
Questão 12 (fissura transforame)	81,8%	62,1%
Questão 13 (papel da enfermagem)	96,9%	91,9%
Questão 14 (papel do médico pediatra)	100%	86,8%
Questão 15 (aleitamento)	93,5%	75,3%
Questão 16 (otite média)	78,1%	78,7%
Questão 17 (equipe multidisciplinar)	100%	96,2%
Questão 18 (disfunção velofaríngea)	62,5%	72,7%

A questão 19 é a única dissertativa do questionário. Dos 34 médicos pediatras que responderam ao questionário, 29 (85,2%) responderam essa questão e dos 552 enfermeiros, 464 (84%) responderam essa questão. A questão investiga a conduta que os profissionais apresentam ao identificar um indivíduo com fissura labiopalatina. Após a análise das respostas, elas foram divididas em categorias para uma melhor apresentação dos dados. A forma escolhida para a determinação das categorias foi a proposta por Minayo (2001), a qual afirma que as categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. No caso da presente pesquisa, as categorias foram definidas posteriormente a coleta de dados, já que, como afirma a autora são mais específicas e mais concretas. As respostas foram, em geral, curtas e objetivas e a forma escolhida para a categorização foi a de separar conforme o verbo utilizado para a ação que cada profissional descreveu.

Em relação as respostas dos médicos pediatras, foi possível identificar quatro categorias de verbos para as ações descritas: a) encaminhar; b) orientar; c) avaliar e d) outros (que se refere a ações que apareceram apenas em uma resposta).

No que diz respeito a categoria “encaminhar”, foram encontradas algumas respostas como:

“Encaminhado para serviço de referência para seguimento em conjunto”

“Encaminhar para avaliação/ acompanhamento no CAIF preferencialmente ainda antes da alta da maternidade”

“Encaminhar para serviço especializado para os fissurados”

“Encaminhar para centros especializados para acompanhamento multidisciplinar”

“Encaminhar para centro de referência”

“Encaminhar para centro multidisciplinar > centrinho de Bauru”

Foi possível constatar que a maioria das respostas é similar, indicando a mesma ação - encaminhar para um centro que ofereça serviços especializados na área de fissuras labiopalatinas. Alguns chegam até a citar o nome dos centros, como o CAIF e o Centrinho de Bauru. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apresentam 22 competências e habilidades específicas para o curso de Medicina, dentre elas podemos destacar: “Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral”, a qual, se pode se encaixar na referida ação por parte médicos pediatras nessa categoria (BRASIL, 2001).

Algumas das respostas encontradas na categoria “orientar”, estão apresentadas abaixo:

“Orientá-lo dentro das minhas possibilidades”

“Oriento aleitamento de acordo com a possibilidade do tipo de fenda e oriento leite materno exclusivo se possível, e complemento com fórmula apenas se necessário”

“Orientações gerais sobre os cuidados da amamentação (importância, posição, etc.)”

“Orientar a família sobre amamentação, alimentação posterior, possíveis complicações otorrinolaringológicas”

“Orientações básicas de cuidados com alimentação e higiene da região”

As respostas dessa categoria estão todas voltadas para a realização de orientações, a maioria delas cita algo relacionado com a orientação para a amamentação, observa-se ainda que uma das repostas fala sobre higiene e outra sobre complicações otorrinolaringológicas, outras ainda enfatizam que orientam em questões pertinentes a sua área. Nessa categoria podemos apontar para dois itens

das competências e habilidades específicas para o curso de medicina encontrados na DCN's: "Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como de agente de transformação social", e "Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação". (BRASIL, 2001).

A categoria "avaliar" apresentou apenas duas respostas, apresentadas abaixo:

"Avaliar sucção e deglutição[...]"

"Avaliar a extensão da lesão[...]"

Estas respostas são recortes de outras respostas, ambas eram complementadas com a indicação de encaminhamento para centros de referência. Foi possível observar nos recortes que os respondentes indicaram a ação de avaliar, no entanto, de forma sucinta, sem maiores detalhes, uma delas indica a avaliação de sucção e deglutição e a outra da extensão da lesão, mas nenhum dos profissionais entrou em detalhes do porquê observar tais aspectos. Os dados referidos que apontam para a avaliação podem ser correlacionados com o item "Realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico", apresentado como habilidade e competência nas DCN's (BRASIL, 2001).

A categoria "outros" foi criada devido ao fato de que algumas respostas não se encaixavam em nenhuma das outras categorias, porém, apareceram apenas uma vez. Algumas destas estão destacadas abaixo:

"Identificar o tipo de fissura (pré, trans ou pós forame); identificar síndromes associadas; verificar se o lactente está tendo algum problema na amamentação e orientar alimentação através de mamadeiras se necessário [...]"

"Classificar o tipo da fissura, cuidar da saúde da criança como de qualquer outra que não tenha fissura [...]"

"Acolher a família, garantir alimentação adequada para o recém-nascido, acompanhar seu ganho de peso e evolução clínica [...]"

Estas respostas indicavam ações voltadas para a identificação e classificação da fissura e cuidados gerais com a saúde do paciente e família, e a finalização das respostas era sempre indicando orientação e encaminhamento para centro especializado.

A grande maioria das respostas indicava a ação do encaminhamento para centro de referência ou especializado ou a realização de orientações em relação à fissura, em alguns casos o profissional afirmou em sua resposta a realização das duas ações, orientar e, posteriormente, encaminhar.

Em relação às respostas dos enfermeiros, foi possível observar seis categorias, a) encaminhar, b) orientar, c) avaliar, d) tratar, e) desconhecer e f) outros (categoria dedicada a respostas isoladas que não se encaixam nas outras categorias)

Algumas das respostas encontradas na categoria “encaminhar”, estão apresentadas abaixo:

“Encaminhar o indivíduo para as especialidades envolvidas (Cirurgião plástico, Dentista - Cirurgião Buco Maxilo Facial, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Psicólogo”

“Encaminhar para ambulatório para acompanhamento mensal, assim a família não se sente desamparada e nem perdida”

“Encaminhar para um hospital onde tenha a possibilidade de fazer cirurgia á essa criança”

“Encaminhar para centro especializados”

“Encaminhamento do indivíduo aos especialistas médicos e fonoaudiólogos”

“Encaminhar o indivíduo para o centro de referência”

“Entrar em contato com o serviço CAIF para encaminhamento e tratamento”

“Encaminhar ao pediatra para encaminhamento ao serviço de referência”

“Encaminhar para pediatra, e acompanhar a criança e a família com orientações para boa evolução”

“Encaminhar o mais rápido possível ao profissional médico que irá avaliar e após diagnosticado, o mesmo encaminhará a equipe multiprofissional onde o Enfermeiro entrará com a sua parte no acompanhamento”

“Encaminhar ao cirurgião dentista”

“Encaminhar a um serviço específico como o CENTRINHO para devido apoio e orientações nas diferentes necessidades da criança e da família”

As respostas relacionadas a essa categoria apareceram em grande número, e configuram, juntamente com a categoria “orientar”, uma maioria expressiva das respostas, com pouca variação na escrita, mas apresentam a mesma intenção final, que é a de encaminhar o indivíduo para outras especialidades ou outras instituições. Essas respostas podem ser relacionadas à competência que nas DCN’s é citada como “tomada de decisões”, a qual afirma que o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (BRASIL, 2001).

No que diz respeito a categoria “orientar”, pode-se apontar algumas respostas como:

“Orientar a família quanto a enfermidade, tirar dúvidas decorrentes e ensinar quanto aos cuidados necessários e amamentação”

“Orientar a mãe, com relação ao aleitamento, e todas as condutas, orientar a procurar o médico, explicar que precisará da equipe multidisciplinar para esse indivíduo”

“Orientar os familiares quanto aos cuidados com os indivíduos de acordo com o grau de comprometimento”

“Orientação familiar que varia de acordo com a faixa etária da criança”

“Orientar a mãe sobre os cuidados essenciais que ela precisa ter e esclarecer sobre a patologia e fornecer orientações de qual a melhor conduta a ser tomada a partir de então”

“Orientar mãe e familiares quanto à importância em assegurar a amamentação exclusiva até os 6 meses de vida da criança”

“Orientar meus cuidados em prol da patologia de base, tendo como objetivo a recuperação ou melhora do quadro, promovendo uma qualidade de vida ao mesmo”

“Oriento o aleitamento materno de forma que facilite a pega e posição correta para a mãe e o bebê, sempre com o cuidado de não broncoaspirar”

“Orientar o aleitamento materno exclusivo, auxiliar na pega e posicionamento correto, elevar cabeceira, manter cabeceira 45 graus. Se não estiver em seio materno, incentivar a alimentação via oral”

Nesta categoria foi observado que grande parte dos profissionais acredita que a orientação é muito importante. As orientações descritas são variadas, indo desde sanar dúvidas em relação à fissura, aos cuidados básicos que a criança deve receber, até o tratamento e qualidade de vida, mas a descrição mais prevalente menciona a questão da amamentação, da importância do aleitamento materno e das particularidades desse indivíduo em relação à posição. É interessante lembrar que na questão objetiva relacionada ao aleitamento materno obteve-se um índice de 75,3% de acertos no que diz respeito aos enfermeiros, isso pode ser relacionado com essa preocupação que muitos demonstraram nas respostas dissertativas.

Outra estratégia que pode estar relacionada com essa preocupação e interesse em relação ao aleitamento materno é a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC). Esta iniciativa é considerada uma importante estratégia implementada em várias partes do mundo, com impacto positivo nas taxas de aleitamento materno. A IHAC está estruturada em medidas práticas dos estabelecimentos de saúde (hospitais e maternidades) para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (LAMOUNIER *et al.*, 2005).

A mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças de condutas para prevenção do desmame precoce se dá por meio de cursos de capacitação, com base nos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” preconizado pela OMS/Unicef. Os dez passos consistem de um elenco de medidas que visam prover informações para gestantes e nutrizas sobre os benefícios e o correto manejo da amamentação. As mulheres, além de ter noções sobre a lactação, são informadas sobre estímulos para produção de leite e soluções para os problemas com a amamentação (OMS; UNICEF, 1990; UNICEF, 2004).

No sentido da orientação, o enfermeiro tem papel fundamental porque, apesar de a educação aos pacientes e suas famílias ser um compromisso de toda a equipe de saúde, esse profissional é o elemento da equipe que atua de modo mais constante e mais próximo. Portanto, ele está capacitado para identificar as necessidades dos pacientes e intervir de forma eficaz. É o enfermeiro que, através do cuidado de enfermagem, planeja intervenções educativas junto aos pacientes e suas famílias, de acordo com a avaliação que realiza, visando ajudá-los a aprender a viver com a nova realidade (SOUZA, 2004; SANTOS, 2008). A enfermagem, cujo instrumento de trabalho é o cuidado, tem papel importante no tratamento e nas orientações

educativas aos pacientes e familiares, promovendo sua recuperação e bem-estar e capacitando-o para o autocuidado após a alta hospitalar. (BRESSAN *et al*, 2007).

É interessante chamar a atenção para a última resposta citada nessa categoria, uma resposta bem específica e que parece demonstrar um bom conhecimento a respeito da amamentação de pacientes com fissuras labiopalatinas. Tal profissional referiu em suas respostas possuir residência profissional e trabalhar em hospitais e universidades, relatou ainda fazer parte de equipe multidisciplinar e ter tido contato com conteúdo sobre o tema na residência. Afirmou também atender regularmente pacientes com essa malformação e sentir uma média dificuldade durante tais atendimentos. Nas perguntas 14, a respeito do papel do enfermeiro em fissuras, e 15, sobre aleitamento de tais pacientes, o profissional supracitado respondeu de forma correta ambas as questões, o que condiz com sua resposta dissertativa.

A próxima categoria é “avaliar”, a qual podemos observar algumas respostas abaixo:

“Avaliar o grau de comprometimento físico e psicossocial, avaliar as possibilidades terapêutica”

“Após a primeira avaliação e identificação do distúrbio a conduta inicial é informar a equipe multidisciplinar (médico(a); fonoaudiólogo(a); assistente social) para dar os devidos encaminhamentos. Avaliar padrão respiratório e se necessário oferecer suporte de oxigenoterapia. Avaliar as possibilidades de nutrição (se possível a passagem de sonda orogástrica ou alimentação via parenteral)”

“Avaliar a gravidade e comunicar a equipe multidisciplinar a fim de estabelecer uma estratégia para o melhor tratamento”

“Avaliar o acompanhamento de pré-natal da mãe, suas condições físico/emocionais, solicitar avaliação da equipe multidisciplinar”

“Avaliação da extensão da fissura”

“Avaliar o tipo de fissura e grau de comprometimento da respiração, alimentação, fala”

“Avaliar conforme a idade o impacto na qualidade de vida do indivíduo, realizar uma avaliação de modo que identifique os fatores necessários para promover o cuidado, e verificar as possibilidades para tratamento”

Nas respostas dessa categoria, muitos profissionais se preocupam em avaliar aspectos relacionados com a gravidade da fissura, as possibilidades terapêuticas, os

comprometimentos causados pela alteração, entre outras coisas, e em algumas apontam a avaliação como objetivo de melhor conduzir o caso. Nas DCN's encontram-se apontados como habilidades e competências específicas os atos de "Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" e "Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança", e a avaliação dos aspectos desses pacientes é um meio de alcançar tais aspectos citados (BRASIL,2001).

A próxima categoria é "tratar", e algumas das respostas estão apresentadas abaixo:

"Tratá-lo com igualdade, respeito, e tentar ajudar conforme sua necessidade"

"Tratá-lo com a melhor conduta possível, deixá-lo à vontade e ajudar no que precisar"

"Tratá-lo como os outros pacientes, disponibilizar os cuidados necessários para a sua necessidade"

"Tratar esse paciente com muito cuidado com amor e carinho"

Esta é uma categoria que apresentou um número de respostas inferior as apresentadas anteriormente, no entanto, as respostas aqui encontradas apontaram para um caminho diferente, não apenas com foco na malformação, mas demonstrando uma preocupação no acolhimento desta criança e da família. O ato de acolher como o estabelecimento de uma rede de confiança e solidariedade entre cidadãos, usuários, profissionais e equipes de saúde que favoreça a construção de uma relação de confiança e respeito para com aquele que busca o atendimento. Dessa forma, vemos que tal relação favorece a participação do usuário durante a oferta do serviço, tornando-o corresponsável e protagonista nos cuidados com sua saúde, o que, conseqüentemente, amplia a eficácia dos serviços prestados (COELHO *et al.*, 2009; PINAFO *et al.*, 2008).

Leonello e Oliveira (2007) elencaram algumas competências como necessárias para o crescimento entre os profissionais enfermeiros. São elas: promoção da integralidade do cuidado à saúde; articulação da teoria à prática; promoção do

acolhimento e construção de vínculos com os sujeitos assistidos; reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde; reconhecer e respeitar a autonomia dos sujeitos; respeitar o saber do senso comum e reconhecer a incompletude do saber profissional e utilizar o diálogo como estratégia.

A categoria “desconhecer” foi criada para apresentar respostas nas quais os profissionais indicaram o fato de não ter tido oportunidade de atender tais pacientes e se sentirem confusos em relação a forma de agir e desconhecer a forma de atuação, tais respostas estão apresentadas abaixo:

“Nunca tive contato com esse paciente”

“Nunca fiz atendimento primário ou de atenção específica à fissura labial, normalmente, pacientes que chegaram a mim para atendimento, vieram por motivos secundários não relacionados à fissura. Portanto não saberia como conduzir um atendimento dessa especificidade”

“Não me ocorreu a oportunidade de atender nenhum paciente com tal patologia”

“Como não tenho experiência com esses pacientes estudaria sobre o assunto e procuraria profissionais com experiência para me auxiliarem ou assumirem o atendimento”

“Não tenho conhecimento qualificado nesse assunto”

“Por não trabalhar com esse tipo de paciente, não saberia para onde encaminhar”

“Nunca atendi este tipo de caso, teria que buscar orientação”

“No decorrer destes anos de trabalho, não tive nenhuma oportunidade de trabalhar com esse perfil de pacientes. Portanto não saberia responder”

“Por não possuir conhecimentos aprofundados sobre o tema, tentaria agir com naturalidade e tranquilidade, tentando acalmar a família e solicitando acompanhamento por equipe especializada”

Esta categoria demonstra que muitos profissionais nunca atenderam casos específicos de fissura labiopalatina, isso é algo que chama muita atenção, já que, como afirmam, Raposo-do-Amaral *et al.* (2011) a fissura labiopalatina é a deformidade craniofacial mais prevalente. Baroneza *et al.*, (2005) verificaram uma prevalência de, aproximadamente, 1/700 fissurados por nascidos vivos em Londrina no Estado do Paraná, enquanto Ribeiro e Moreira (2005) encontraram 1/600 em Fortaleza. Analisando de forma mais geral, estima-se que, no mundo, haja a existência de um a

dois casos de fissura labial e/ou palatal para cada 1.000 nascimentos. No Brasil as estatísticas apontam para um caso a cada 650 nascidos vivos (FIGUEIREDO *et al.*, 2008; GARIB *et al.*, 2010). Estas respostas também condizem com os dados já encontrados nesta pesquisa, onde mais da metade dos enfermeiros que responderam ao questionário afirmou nunca ter atendido/avaliado um paciente com fissura labiopalatina.

A última categoria foi destinada às respostas que acabaram não se encaixando em outra categoria e não eram suficientes para criar uma nova, tendo sido denominada como “outros” e está apresentada abaixo:

“Realizar um trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional”

“Acionar a equipe multidisciplinar, pediatra, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo para juntos definir tratamento como possíveis encaminhamentos”

“Realizo um exame físico para identificar o tipo de fissura”

“Prestar o cuidado específico levando em consideração o tipo de fissura e suas particularidades”

“Buscar maior conhecimento sobre o tema e cooperação multiprofissional”

Nesta categoria foram observadas respostas um pouco diferentes e que indicavam outro tipo de ação das outras categorias, as respostas não se assemelham muito entre si, no entanto, uma característica em comum que pode ser vista em várias delas, é a questão do envolvimento da equipe multidisciplinar no atendimento.

O que leva mais uma vez a chamar a atenção para a importância de uma equipe multi/interdisciplinar nesses casos, desde o momento do diagnóstico. O nascimento de uma criança com fissura orofacial faz com que os pais e o restante da família tenham que lidar com uma situação inesperada e indesejada, o que pode ocorrer de maneira mais ou menos adequada, dependendo de como se dá o processo de elaboração e aceitação de tal problemática por parte dos mesmos. A possibilidade de elaboração está relacionada à forma como o diagnóstico é conduzido. O que é informado a respeito da criança e da patologia que a acomete, os profissionais envolvidos com a informação do diagnóstico, o momento em que é realizado são aspectos que fazem parte desse processo (SAMPAIO *et al.*, 2007; BATTIKHA *et al.*, 2007).

Diante disso, cabe destacar, como afirmam Berberian *et al.* (2012), a necessidade do implemento, concomitante, de abordagens voltadas à educação em saúde como uma das estratégias para que a família promova, de forma ativa e consciente, ações de cuidado destinadas a essa criança.

Como uma das principais abordagens que orienta as políticas nacionais de saúde, a educação em saúde pressupõe o empoderamento do sujeito que necessita de cuidados, e/ou de seus familiares acerca dos determinantes e das implicações que estão envolvidos com suas condições de saúde/ doença. Propostas de ações interdisciplinares que objetivem o educar-cuidar estão assentadas nas concepções, por um lado, dos pacientes e das famílias como protagonistas e não meros expectadores de suas condições de saúde e, por outro, dos profissionais como facilitadores das experiências de aprendizagem e de cuidados e não como únicos detentores do saber (BARROSO *et al.*, 2006; ALMIM; FERREIRA, 2007).

Ressalta-se ainda a necessidade de uma formação profissional continuada que objetive a participação de todos os atores sociais envolvidos na promoção da saúde. Enfim, defende-se uma educação profissional continuada que assuma como eixo norteador a interdisciplinaridade e objetive a superação do tecnicismo a partir de abordagens que articulem as diferentes dimensões e implicações envolvidas com os cuidados à saúde /doença (BARROSO *et al.*, 2006).

Nessa direção, o investimento na formação permanente de recursos humanos implica numa ação coletiva de reflexão/ação por parte dos profissionais da saúde que viabilize o compartilhar de conhecimentos teóricos e práticos, produzidos nos diversos campos em que estão inseridos, como condição para o entendimento e o enfrentamento dos problemas de saúde em geral, e no caso específico, dos quadros de fissura. (BERBERIAN *et al.*, 2012).

A grande maioria das questões apresentou um índice de acertos superior a 50%, o que demonstra que, apesar de 50% dos médicos e 52,2% dos enfermeiros que já atenderam casos de fissuras sentir média dificuldade nesses atendimentos e apenas pouco mais da metade dos respondentes de ambas as categorias afirmar já ter tido contato com conteúdo sobre fissuras, seu conhecimento a respeito dessa malformação é bom.

Em breve pesquisa nos sites das universidades e faculdades que disponibilizam curso superior de medicina e enfermagem, foi possível constatar que todas elas disponibilizam as grades curriculares em seus sites, no entanto, as

ementas das disciplinas não são informadas. Ao realizar uma pesquisa detalhada por essas grades foi possível observar que em nenhuma delas há alguma disciplina com foco e objetivo voltados apenas para fissuras labiopalatinas, e nem mesmo para as malformações de cabeça e pescoço, mas como as ementas não estão acessíveis, não se pode afirmar que tais conteúdos não estejam incluídos dentro de outras disciplinas.

Foi possível observar também que a maioria dos profissionais, de ambas as categorias, que se posicionou prontamente na ação do encaminhamento, são os mesmos que referiram ter pouco ou nenhum contato com conteúdo e atendimentos de pacientes com fissuras labiopalatinas, e também dos que afirmaram ter grau médio ou alto de dificuldade diante desses atendimentos.

A escolha de padronizar a forma de responder o questionário sempre marcando a alternativa que estivesse INCORRETA foi feita para possibilitar uma maior chance de acerto para os respondentes, já que sendo visualizadas mais informações que estejam corretas, é torna-se fácil identificar o que não está certo. No entanto, esse tipo de questão pode levar a uma maior confusão na hora de responder o questionário, o que parece não ter ocorrido aqui, pois, a maioria das questões teve um índice maior de acertos do que de erros.

A questão do envio do questionário via *email* se mostrou eficaz, já que o retorno de questionários respondidos foi satisfatório, principalmente no caso dos enfermeiros. Segundo Aaker (2007), a coleta de dados utilizando o *e-mail* pode proporcionar algumas vantagens como: os questionários podem ser enviados quantas vezes forem necessárias com maior velocidade; maior velocidade também no recebimento das respostas; os questionários podem ser respondidos de acordo com a conveniência e tempo do entrevistado.

Gerhardt e Silveira (2009) afirmam que os questionários apresentam vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens podemos citar: economiza tempo e viagens e obtém grande número de dados; atinge maior número de pessoas simultaneamente; abrange uma área geográfica mais ampla; obtém respostas mais rápidas e mais precisas; propicia maior liberdade nas respostas, em razão do anonimato; dá mais segurança, pelo fato de suas respostas não serem identificadas; expõe a menos riscos de distorções, pela não influência do pesquisador; dá mais tempo para responder, e em hora mais favorável; permite mais uniformidade na avaliação, em virtude da natureza impessoal do instrumento; e obtém respostas que, materialmente, seriam inacessíveis. E entre as desvantagens: não é possível ajudar o informante em

questões mal compreendidas; uma questão pode influenciar outra quando é feita a leitura de todas as perguntas antes do início das respostas; a devolução tardia prejudica o calendário ou sua utilização; o desconhecimento das circunstâncias em que foram preenchidos torna difícil o controle e a verificação.

Um estudo realizado pela Ritter *et al.*, publicado em 2004, avaliou as características das respostas de pacientes recrutados através da Internet, distribuídos aleatoriamente para participar em uma pesquisa pelo correio ou pela Internet. Eles observaram que a participação foi tão boa quanto, se não melhor, entre os que receberam o questionário através da Internet em relação para que o recebeu pelo correio. Além disso, as respostas não diferiram significativamente entre os grupos.

Cook, Dickinson e Eccles, publicaram em 2009, um estudo observacional avaliando a taxa de resposta aos questionários enviados pela Internet, em comparação com a forma convencional. Trezentos e cinquenta estudos realizados em vários países foram incluídos entre 1996 e 2005. A taxa média de resposta foi de 57,5% e foi maior quando um lembrete foi enviado, embora este lembrete tenha ocorrido apenas em metade dos estudos analisados. Vale ressaltar que no presente estudo o retorno de respostas teve um percentual de 2,9% (n=552) para os enfermeiros, lembrando que o número total de questionários enviados para essa categoria foi de 18.476. Já para a categoria dos médicos pediatras a porcentagem de retorno foi de 1,5% (n=2161) e o número total de envios foi de 2161.

O estudo de Dainesi e Goldbaum (2012), no qual membros de comitês de ética, pesquisadores clínicos e patrocinadores foram entrevistados com questionários enviados pela Internet, recebeu 62% das respostas totais após o primeiro envio de questionários, uma porcentagem entre 25 e 30% de respostas após o primeiro lembrete, e as respostas remanescentes após o segundo lembrete.

Em 1997, Silva *et al.* publicaram um estudo no qual um questionário de papel foi enviado para professores da USP, com a opção de preenchimento em papel ou através de um site. Uma porcentagem de 64,6% dos 102 professores que receberam o questionário, respondeu em papel e 35,4%, usando a Internet. Este resultado demonstra que, naquela época, havia uma clara preferência por questionários “papel e lápis”.

Em relação à opção de escolha de construir um instrumento inédito, estudos apontam que os investigadores frequentemente desenvolvem os seus próprios questionários com o objetivo de que os itens desse novo instrumento sejam

exatamente os considerados relevantes para o estudo. No entanto, novas escalas que avaliem conhecimentos só devem ser desenvolvidas quando não houver ou não for encontrada uma adequada preexistente. Tal afirmação é pertinente ao presente estudo, já que não foram encontrados outros instrumentos com objetivos semelhantes ao buscado aqui (PARMENTER; WARDLE, 2000)

É importante ressaltar que o uso de tais instrumentos proporciona a oportunidade de enriquecer as metodologias de pesquisas *online* e pode ainda levar o profissional que o responde a refletir sobre suas práticas e seus conhecimentos, possibilitando possíveis interesses por parte desses profissionais para um aprofundamento no assunto e uma busca de melhorar suas práticas diárias sempre visando uma melhor qualidade de vida para seus pacientes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A metodologia utilizada foi adequada ao propósito do estudo, a revisão de literatura e a avaliação dos *experts* no tema de fissuras labiopalatinas possibilitaram a validação de conteúdo da ferramenta apresentada nesse estudo.

Não foram encontrados na literatura estudos com ferramentas *online* que visem verificar concepções de profissionais da saúde acerca da temática fissuras labiopalatinas. Assim sendo, espera-se que este estudo seja um incentivo para que mais pesquisadores se interessem tanto pelo tema das fissuras quanto pelo tema das pesquisas online, o que poderá enriquecer essas áreas de pesquisa.

O questionário utilizado forneceu dados norteadores sobre a formação da equipe de saúde envolvida no acolhimento do recém-nascido com fissura labiopalatina, além dos dados relacionados à necessidade de elaboração de estratégias de ensino aprendizagem na formação destes profissionais.

Conclui-se, de modo geral, que o conhecimento sobre fissuras labiopalatinas dos enfermeiros e médicos pediatras participantes desse estudo é satisfatório, já que a maioria das questões apresentou um bom índice de acertos entre ambos os profissionais, inferindo a eficácia deste questionário na mensuração desses conhecimentos. Observa-se também que a dificuldade maior dos respondentes está na prática, já que mesmo tendo conhecimento de informações teóricas sobre o assunto a maioria referiu algum grau de dificuldade no momento do atendimento.

Mais pesquisas são necessárias para garantir maior generalidade aos resultados obtidos no presente trabalho. O questionário deve ser aplicado em outras amostras de profissionais enfermeiros e médicos pediatras do Brasil, com a finalidade de ampliar e averiguar a especificidade do instrumento utilizado, cujo propósito é o de levantar o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde que acolhem o recém-nascido com fissura labiopalatina.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AAKER, D. A., KUMAR, V. e DAY, G. S. **Pesquisa de marketing**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- ABDO, R. C. C. e MACHADO, M. A. A. M. **Odontopediatria das fissuras labiopalatais**. São Paulo: Editora Santos; 2005.
- ALMEIDA FILHO N. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.18, n.6, p. 1677-1682, 2013.
- ALMEIDA, H. Situações especiais no lactante. *In*: CARVALHO, M. R. e TAMEZ, R. N. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.162-80; 2002.
- ALMEIDA-FILHO N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1898-900, 2011.
- ALMIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 16(2): 315-9; 2007.
- AMARAL, M. I. R.; *et al.* Estudo da audição em crianças com fissura labiopalatina não-sindrômica. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 76, n. 2, p. 71-164, mar./abr. 2010
- AMSTALDEN-MENDES, L. G. e GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 15(5):437-448, set./out., 2006.
- AMSTALDEN-MENDES, L.G., *et al.* Time of diagnosis of oral clefts: a multicenter study. **J Pediatr**. 87(3):225-30; 2011.
- ARARUNA, R. C.; VENDRÚSCOLO, D. M. S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. **Rev.latino-am enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p. 99-105, abr. 2000.
- BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. *In*: LIMA, N. T., *et al.*, organizadores. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- BARONEZA, J. E. et al. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 27, n. 1, p. 31-5, 2005.

- BARROSO, M. G. T. *et al.* Ensino de Educação em Saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas. **Bras Psico**. 19(3):182-7; 2006.
- BATTIKHA, E. C. *et al.* As Representações Maternas acerca do Bebê que Nasce com Doenças Orgânicas Graves. **Psic Teor e Pesq**. 23:17-24; 2007.
- BAULAC, Y., BOLDEN, R., MOSCAROLA, J. (2000) - Interactive Research: How Internet technology could revolutionise the survey and analysis process. Londres: Association for Survey Computing Conference on Survey Research On The Internet, Imperial College, 28 Set. 2000.
- BERBERIAN, A. P. *et al.* Fissuras orofaciais: aspectos relacionados ao diagnóstico. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, 24(1): 11-20, abril, 2012.
- BIANCUZZO, M. Clinical focus on cleft. Yes! Infants with clefts can breastfeed. **AWHONN Lifelines**. v. 2, p. 45-49. 1998.
- BRANDÃO, G. R. Características audiológicas de indivíduos com sinais clínicos de Síndrome Velocardiofacial [dissertação]. Bauru (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
- BRASIL. Câmara de Educação Superior. Resolução N° 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014.
- BRASIL. Lei nº 9.394 de 24 de dezembro de 1996. Lei de diretrizes e bases da educação. Diário Oficial da União 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução N° 3, de 07 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a assistência aos pacientes com anomalia do crânio e região bucomaxilofacial. Diário Oficial da União, Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 62, 19 de abril de 1994. Normaliza cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior nº 3, de 7 de novembro de 2002. Institui Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.

BRESSAN, F. *et al.* Cuidado de Enfermagem com enfoque no autocuidado de pacientes pós-infarto agudo do miocárdio [monografia]. Florianópolis: UFSC; 2007.

BRITO, L.A. *et al.* Fatores genéticos tem maior contribuição na etiologia das fissuras lábio-palatinas no interior do Ceara (Região Metropolitana de Cariri) Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial**. 12(4): 151-4, 2009.

BUZZO, C. L. Tratamento cirúrgico da fissura labial pela técnica de Göteborg: seguimento de 7 anos. **Rev Bras Cir Plást**. 25(2):251-9; 2010.

CARVALHO, R. M. Reparo do defeito alveolar com proteína morfogenética óssea (rhBMP-2) em pacientes com fissura labiopalatina [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais; 2011.

CARVALHO, Y. M. e CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CASTELLS, M. **A galáxia da internet: reflexões sobre internet, negócios e sociedade**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

CASTRO, R. C. F. Impacto da Internet no fluxo da comunicação científica em saúde. **Rev Saúde Pública**; 40(N Esp):57-63, 2006.

CAVALHERI, V. A. N. Fissura labiopalatal e aleitamento materno. **Revista CEFAC**; 2(1):53-65; 2000.

CERQUEIRA, M. N. *et al.* Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 161-6, 2005.

CIEVS-RJ. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde. Orientações Gerais para Notificação Online. 2013

- CLARKE-SHEEHAN, N e BREEN, M. L. Section II: General role of the various disciplines in treating patients with clefts and craniofacial anomalies *in* WORNOM, I. L., WILL, L. A. CORE CURRICULUM: for Cleft Palate & Other Craniofacial Anomalies. ACPA – American Cleft Palate – Craniofacial Association. 2007.
- COELHO, M. O. *et al.* O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Rev Baiana de Saúde Pública.** jul-set; 33(3):440-52. 2009.
- CONWAY, S. G. Avaliação dos conhecimentos sobre a Medicina do Sono dos alunos da UNIFESP e do Instituto do Sono por meio do questionário ASKME. Tese (mestrado). São Paulo, 2008.
- COOK, J. V., DICKINSON, H. O., ECCLES, M. P. Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: an observational study. **BMC Health Services Research**; 9: 160. 2009.
- CYMROT, M. *et al.* Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Cir. Plást.**; 25 (4): 648-51. 2010.
- DAINESI, S. M. e GOLDBAUM, M. E-survey with researchers, members of ethics committees and sponsors of clinical research in Brazil: an emerging methodology for scientific research. **Rev Bras Epidemiol**; 15(4): 705-13; 2012.
- DALBEN, G. S., *et al.* Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. **Cleft Palate Cranifac J** 2003.
- DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. *In*: DENZIN, N. K. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DI NINNO, C. Q. M. S. *et al.* Levantamento epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de Belo Horizonte. **Rev. CEFAC.**; 13 (6): 1002-8. 2011.
- DICIONÁRIO, Oxford Advanced Learner's Dictionary. Oxford University Press. Oxford. 2007.
- DIEHL, A. A. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- FAUSTINO, R. L. H. *et al.* CAMINHOS DA FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM: continuidade ou ruptura? **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) jul/ago;56(4):343-347; 2003.

- FERNANDES, R. e DEFANI, M. A. Importância da Equipe Multidisciplinar no Tratamento e Proervação de Fissuras Labiopalatinas. **Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 1, 2013.
- FERNANDES, T. F. S., *et al.* As repercussões sociais em indivíduos com distúrbios da comunicação associados às fissuras labiopalatinas com e sem perda auditiva. **Audiol Commun Res**. 20(1):40-7; 2015.
- FIGUEIREDO, M. C. et al. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão – relato de caso clínico. **RFO**, Porto Alegre, v.13, n.3, p. 73- 77, set./dez. 2008.
- FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Apostila. Fortaleza: UEC, 2002.
- FRAGOSO, A. Desenvolvimento Participativo: Uma Sugestão de Reformulação Conceptual. **Revista Portuguesa de Educação**, año/vol. 18, número 001. Universidade do Minho Braga, Portugal, pp. 23-51; 2005.
- FREITAS E SILVA, *et al.* Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. **RGO**.; 56 (4): 387-91. 2008.
- FREITAS, H. *et al.* Pesquisa via Internet: características, processo e interface. **Revista Eletrônica GIANTI**, Porto Alegre, 2004.
- GARIB, D. G. et al. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas. **Rev. Clin. Ortod. Dental Press**, Maringá, v.9, n.4, p. 30-36, 2010.
- GENARO, K. F., *et al.* Avaliação clínica e instrumental na fissura labiopalatina. *In*: Ferreira L. P., *et al.* **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca; p. 456-77. 2004.
- GERHARDT, T. E. e SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GORLIN, R. J., *et al.* **Syndromes of the head and neck**. 4th ed. Oxford: University Press; 2001.
- HADDAD, A. E., *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista Saúde Pública**, 44(3):383-393; 2010.
- <http://www.caif.saude.pr.gov.br/> [acesso em 20 de janeiro de 2016]
- <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/Artigo-Conceitos-B%C3%A1sicos-das-Diretrizes-Curriculares-Nacionais-Dcns-dos-cursosd->

[Gradua%C3%A7%C3%A3o-da-%C3%81rea-de-Sa%C3%BAde.pdf](#) [acesso em 20/08/2016]

ILIEVA, J. *et al.* Online surveys in marketing research: pros and cons. **International Journal of Marketing Research**, 2002.

Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicarágua, 17 de abril a 6 de maio de 2005.

JANISSEK, R. (2000) - A influência da Internet em negócios empresariais: identificação e caracterização de elementos para análise de sites. Dissertação de Mestrado em Administração - Sistemas de Informação, PPGA/EA/UFRGS, Porto Alegre. Maio, 2000.

KELLER-FRANCO, E. *et al.* Inovação Curricular na Formação dos Profissionais da Saúde. Revista eletrônica e-curriculum, São Paulo, v.8 n.2 Ago, 2012.

KOT, M.; KRUK-JEROMINI, J. Analysis of family incidence of cleft lip and/or palate. **Med Sci Monit.** 13(3):231-4; 2007.

KOTLER, P. e KELLER, K. L. **Administração de marketing**. 12ª Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

KUHN, V. D. *et al.* Fissuras Labiopalatais: Revisão de Literatura. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 237-245, 2012.

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Iniciativa Hospital Amigo da Criança em Minas Gerais: situação atual. **Rev Med Minas Gerais**. 15 (Suppl 1):S1-7; 2005.

LEITE, I. C. G. *et al.* Chemical exposure during pregnancy and oral clefts in newborns. **Cad. Saúde Pública**, 18:17-31; 2002.

LEONELLO, V. M. e OLIVEIRA, M. A. C. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 41, n. spe, Dez. 2007.

LIMA, M. L. S. *et al.* Fissuras labiopalatais – Considerações sobre o tratamento interdisciplinar. **Ortodont Science and Practice**, v.1, n.2, p. 173-177, 2008.

LORENZZONI, D. *et al.* Interdisciplinary care for patients with cleft lip/palate. **Revista Odonto Ciência**. 25(2):198-203. 2010.

MAIA, M. e MEIRELLES, F. S. Educação a Distância e o Ensino a Distância e o Ensino Superior no Brasil. **Revista Brasileira de Aprendizagem Superior no Brasil Aberta e a Distância**, São Paulo, dez, pp.1-19. 2003.

MALHOTRA, N. K. - **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 3a. edição, 2001.

- MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4^a Ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- MANN, C. e STEWART, F. *Internet Communication and Qualitative Research: a handbook for researching online*. **London: SAGE Publications**: 2000.
- MARAZITA, M. I. e MOONEY, M. P. - Current concepts in the embryology and genetics of cleft lip and cleft lip. **Clin Plastic Surg**. 31:125-140. 2004.
- MARCONI, M. A e LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- MARTELLI JÚNIOR, H. *et al*. Prevalence of nonsyndromic oral clefts in a reference hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, between 2000 – 2005. **Braz. Oral. Res.**, v.21, n.4, p. 314-317, 2007.
- MARTINS, G.A; THEÓPHILO, C.R. **Metodologia da Investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007.
- MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**: edição compacta. São Paulo. Atlas, 1996.
- MELGAÇO, C. A. *et al*. Aspectos ortodônticos/ortopédicos e fonoaudiológicos relacionados a pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. **J Bras Ortodon Ortop Facial**; 7(37):23-32; 2002.
- MENDES, I. A. C., *et al*. Comunicação e enfermagem: tendências e desafios para o próximo milênio. Esc Anna Nery. **Rev Enferm**, 2000.
- MENDES, L. G. A. e LOPES, V. L. G. S. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. **Rev. ciênc. méd.**, Campinas, v. 15, n. 5, p. 437- 448, set./out. 2006.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MITUUTI, C. T. *et al*. Caracterização da fala de indivíduos submetidos à palatoplastia primária. *Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiologia*.15(3):355-61; 2010.
- MONDAIN, M., *et al*. Classification et traitement des surdités de l'enfant. **Oto-rhinolaryngologie (traité)**. 20:190C-200C; 2005.
- MONDELLI, M. F. C. G. *et al*. Ocorrência de perda auditiva unilateral em pacientes com fissura labiopalatina. **Revista CEFAC**. 15(6):1441-1446; Nov-Dez; 2013.
- MONTAGNOLI, L. C., *et al*. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade. Um estudo transversal. **J Pediatr (Rio J)**;81:461-5; 2005.

- MORAES, M. H. M. As tecnologias de informação e comunicação contribuindo para a disseminação da produção científica. **Biblos: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação**, v. 26, n.1, p.57-63, jan./jun. 2012.
- MORIN, E. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- MOSSEY, P.A. *et al.* Cleft lip and palate. **Lancet**, 21;374 (9703):1773-85, 2009.
- MUGAYAR, L. R. F - **Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Manual de Odontologia e Saúde Oral**. São Paulo: Pancast, p. 111-139, 2000.
- MURRAY, E. *et al.* Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. 2005.
- NASCIMENTO, E. S. *et al.* Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, n. 4, p. 447-452, jul.-ago. 2003.
- NAVARRO-CÁRDENAS, J.M., *et al.* Nivel de information médica sobre diabetes, actitud de los pacientes hacia la enfermedad y su asociación con el nivel de control glucémico. **Aten Primaria**; 26(5):283-6. 2000.
- NETO, J. L. P. *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre amamentação de recém-nascidos com fissura labiopalatina. **Rev Rene**. jan-fev; 16(1):21-8, 2015.
- NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. Bras. Educ. Med.**; 33(2); 2009.
- PARMENTER, K. e WARDLE, J. Evaluation and design of nutritional knowledge measures. **J Nutr Educ**. 5, Vol. 32, pp. 269-277. 2000.
- PAZINATO, L. V. *et al.* Qualidade de vida de crianças e adolescentes portadoras de fissura labiopalatal na visão dos cuidadores. **Revista Brasileira de Cirurgia Craniofacial**; 14(4): 194-7; 2011.
- PEGORARO-KROOK, M. I. *et al.*, Intervenção fonoaudiológica na fissura palatina. *In*: FERREIRA, L.P. *et al.*, **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca; p. 339-455; 2004.
- PEREIRA, I. B. e RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Coleção Temas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- PIERANTONI, C. R., *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas de SUS. **Physis**, 18(4): 685-704. 2008.

- PIERANTONI, C. R., *et al.* Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. *In:* BARROS, A. F. R., *et al.*, organizadores. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- PINAFO, E. *et al.* Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Rev Espac saúde**. 2008.
- PINI, J. G.; PERES, S. P. B. A. Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: aleitamento e introdução alimentar. **Rev. Nutr.**, v. 4, n. 3, p. 195-199, 2001.
- PINTO, J. H. Speech intelligibility of patients with cleft lip and palate after placement of speech prosthesis. **Cleft Palate J**. 44(6):635-41; 2007.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PORTNEY, L. G. e WATKINS, M. P. **Foundations of clinical research: applications to practice**, 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 2008.
- RAFACHO, M.B. A Internet como um Recurso de Acesso à Informação para Pais de Crianças com Fissura Labiopalatina. Dissertação (Mestrado – Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo. Bauru, 2012.
- RAPOSO-DO-AMARAL, C. E. *et al.* Qualidade de vida de crianças com fissura labiopalatina: análise crítica dos instrumentos de mensuração. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. 26(4): 639-44; 2011.
- REBOUÇAS, P. D. *et al.* Prevalência de fissuras labiopalatinas em um hospital de referência do nordeste do Brasil. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 39-41, jan./jun. 2014.
- REEDY, J.; SCHULLO, S. e ZIMMERMAN, K. **Marketing Eletrônico: a integração de recursos eletrônicos ao processo de marketing**. 1^a Ed. São Paulo: Bookman, 2001.
- REICHENHEIM, M. E. e MORAES, C. L. Desenvolvimento de Instrumentos de Aferição Epidemiológica. *In:* KAC, G.; SICHIERI, R. e GIGANTE, D. **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- REIS, J. Os Espaços da Indústria. **A Regulação Económica e o Desenvolvimento Local em Portugal**. Porto: Edições Afrontamento. 1992.
- RESZOHAZY, R. **El Desarrollo Comunitario**. Madrid: Narcea. 1988.

- RIBEIRO, E. M.; MOREIRA, A. S. C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 18, n. 1, 2005.
- RITTER, P. *et al.* Internet versus mailed questionnaires: a randomized comparison. **J Med Internet Res**; 6(3): 29. 2004.
- ROBBINS, J.M., *et al.* Prenatal diagnosis of orofacial clefts: Association with maternal satisfaction, team care, and treatment outcomes. **The Cleft Palate Craniofacial Journal**. 47: 476-81; 2010.
- SAMPAIO, M. A. *et al.* Resultados preliminares de um estudo qualitativo sobre a interação entre mãe e criança desnutrida grave, no contexto de hospitalização. **Rev Bras Saude Mater Infant**. 7(1):529-536; 2007.
- SANTANA, A. R. C. M. B. F. Conhecimento de Enfermeiros de Clínica Médica e Unidade de Terapia de Intensiva de Hospitais Escola da Região Centro-Oeste sobre medicamentos específicos. Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto, 2006.
- SANTOS, F. R. *et al.* Avaliação audiológica pré-cirurgia otológica de indivíduos com fissura labiopalatina operada. **Revista CEFAC**, São Paulo. 2009.
- SANTOS, I. S., *et al.* O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008.
- SANTOS, R. S.; DIAS, I. M. V. Refletindo sobre a malformação congênita. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 5, set./out. 2005.
- SANTOS, S. C. S. Currículos de Enfermagem no Brasil e as diretrizes. Novas perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 362-364, jul.-ago. 2003.
- SILVA, E. B. S.; *et al.* Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 21-28, jan./mar. 2005.
- SILVA, S.M. *et al.* O uso do questionário eletrônico na pesquisa acadêmica: Um caso de uso na Escola Politécnica da USP. II SEMEAD – Seminários e Administração. Programa de Pós-graduação em Administração, FEA-USP: São Paulo; 1997.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. e SIQUEIRA-BATISTA, R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 14(4); 2009.

- SOUZA, F. F. Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- SOUZA, J. Classificação clínica e epidemiológica das fissuras orais em uma amostra de pacientes nascidos no Paraná. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde). Pontifícia Universidade Católica do Paraná. 2011.
- SPINA, V. *et al.* Classificação das fissuras labiopalatinas: Sugestões de modificação. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ.** São Paulo, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.
- SPIRI, W. C.; LEITE, M. M. J. Convivendo com o portador de fissura lábio-palatal: o vivencial da enfermeira. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 33, n. 1, mar. 1999.
- STANIER, P. e MOORE, G. E. Genetics of cleft lip and palate: syndromic genes contribute to the incidence of non-syndromic. *Hum Mol Genet*, 13 (1): R73-81, 2004.
- STREINER, D. L. e NORMAN, G. R. *Health Measurement Scales – A practical guide to their development and use.* New York: Oxford University Press, 2003.
- TARGINO, M. G. Novas tecnologias e produção científica: uma relação de causa e efeito ou uma relação de muitos efeitos? **DataGramZero Rev Cienc Inf**, 2002.
- TESTA, J. R., *et al.* Avaliação de resultados e complicações da cirurgia de colocação de tubos de ventilação em pacientes com otite média serosa. **Arq. Int. Otorrinolaringol.** 14(1):671-6; 2010.
- TEXEIRA, C.F Equidade, Cidadania, Justiça e Saúde. Paper elaborado para o Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicarágua, 17 de abril a 6 de maio de 2005.
- TIMMONS, M. J., *et al.* Speech after repair is isolated cleft palate and cleft lip and palate. **Br J Plast Surg.** 54(5):337-84; 2001.
- TRETTENE, A. S. *et al.* Dúvidas de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós operatórios de queiloplastia e palatoplastia. **Rev Esc Enferm USP.** 48(6):993-8. 2014.
- TRINDADE, I. E. K., *et al.* Proposta de classificação da função velofaríngea na avaliação perceptivo-auditiva da fala. **Pró-Fono.** 17(2):259-62; 2005.
- United Nations Children's Fund. *Baby-friendly Hospital Initiative.* 2nd ed. New York: Unicef; 2004.
- VACCARI-MAZZETTI, M. P. *et al.* Diagnóstico Ultrassonográfico Pré-Natal da Fissura Labiopalatal. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** Vol.38. 2009.

- VALENTE, C. *et al.* **Técnicas cirúrgicas bucais e maxilofaciais**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 482, 2003.
- VAN UDEN-KRAAN, C.F., *et al.* Self-Reported Differences in Empowerment Between Lurkers and Posters in Online Patient Support Groups. **J Med Internet Res**. 2008.
- VASCONCELOS, L.; PETEAN, E. B. L. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. **Psic Saúde & Doenças**. 10:69-81; 2009.
- VASCONCELOS, M. C. R. Distúrbios articulatorios compensatórios em adolescentes portadores de fissura labiopalatina, pós-palatoplastia. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde da Criança e do Adolescente, 2006.
- VERONEZ, F. S. Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com fissura labiopalatina. [dissertação]. Bauru, 2007.
- VIEIRA, H.C. *et al.* O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. XIII Semead, setembro de 2010.
- WEHBY, G. L. *et al.* Description of methodology used in ongoing pediatric care interventional study of children born with cleft lip and palate in South America. **BMC pediatrics**. 2006.
- World Health Organization. WHOQOL user Manual. Geneva: World Health Organization; 2008.
- World Health Organization/United Nations Children’s Fund (WHO/Unicef). Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Meeting “Breast-feeding in the 1990s: A global initiative”. Florence/ Italy: World Health Organization; 1990.

APÊNDICE 1 - Questionário

Prezado profissional da área de saúde,

O objetivo do envio deste email é convidá-lo a participar do trabalho da minha dissertação de mestrado intitulada: “Conhecimento de Profissionais da Saúde Sobre Fissuras Labiopalatinas: Normatização de um Questionário Online” sob a orientação da Profa Dra Cristiana Magni / Universidade Estadual do Centro Oeste (PR).

A proposta é que você responda ao questionário online, acessando-o neste link (...). O tempo estimado para o preenchimento do questionário é de, aproximadamente, de 5 a 10 minutos. Sua identidade não será revelada.

A sua contribuição é de suma importância para o desenvolvimento desta pesquisa.

Desde já agradeço pela atenção e sua participação.

Lorena Cristina Menon

Mestranda do PPGIDC – UNICENTRO (PR)

Questões de 1 a 7 – Caracterização da Amostra:

Questão 1:

Você é:

- () Médico
- () Enfermeiro

Questão 2:

Formação:

- () Graduação
- () Especialização
- () Residência profissional
- () Mestrado
- () Doutorado

Questão 3: (Nesta questão poderá ser marcada mais de uma opção)

Local de atuação atual:

- () Hospitais e/ou maternidades (público)
- () Hospitais e/ou maternidades (privado)

- Consultório ou Clínicas Particulares
- UBS
- Pronto atendimento
- Ambulatórios ocupacionais e/ou de associações
- Universidades e/ou Faculdades
- Outros

Questão 4:

Em algum(s) do(s) local(is) de atuação faz parte de equipe multi/interdisciplinar?

- Sim
- Não

Questão 5:

Em algum momento de sua formação teve contato com conteúdos específicos sobre fissuras labiopalatinas?

- Sim
- Não

Se sim, quando:

- Graduação
- Especialização
- Residência profissional
- Mestrado
- Doutorado

Questão 6:

Já avaliou/atendeu indivíduos com fissura labiopalatina?

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência:

- Regularmente
- Esporadicamente
- Raramente

Questão 7:

Em relação ao nível de dificuldade que você teve em atender tais casos:

- Muita dificuldade
- Média dificuldade
- Pouca dificuldade
- Nenhuma dificuldade

Questões de 8 a 20 – Responda de acordo com seus conhecimentos sobre fissura labiopalatina, em todas as questões você deve indicar a alternativa INCORRETA:

Questão 8:

É INCORRETO afirmar que as fissuras labiopalatinas:

- São malformações de lábio e/ou palato que ocorrem entre a 4a e 12a semanas de embriogênese humana.
- São malformações faciais com abertura/ruptura na região do lábio e/ou palato adquiridas no período perinatal.
- São malformações faciais congênitas, caracterizadas por abertura/ruptura na região do lábio e/ou palato.

Questão 9:

É INCORRETO afirmar que a etiologia das fissuras labiopalatinas:

- É multifatorial, ou seja, inclui fatores genéticos e ambientais.
- Pode ser determinada por fatores teratogênicos ou fazer parte de síndromes
- É determinada unicamente por herança monogênica.

Existem diferentes tipos de fissuras labiopalatinas, por esse motivo faz-se necessária uma classificação. No Brasil, uma classificação comumente utilizada é a descrita por Spina (1972), classificando as fissuras em quatro categorias tendo como ponto de referência o forame incisivo: fissura pré-forame incisivo, fissura pós-forame incisivo, fissura transforame incisivo e fissuras raras de face. A partir de tais informações responda as questões 10, 11 e 12.

Questão 10:

Assinale a alternativa INCORRETA com relação à fissura pré-forame:

- É a forma de fissura que compromete a nasalidade da fala (voz fanha).*
- São fissuras labiais que acometem o lábio superior.
- São fissuras cuja cirurgia corretiva de caráter estético pode ser realizada nos primeiros meses de vida.

Questão 11:

Assinale a alternativa INCORRETA com relação à fissura pós-forame:

- São fissuras que acarretam a comunicação entre a cavidade nasal e a cavidade oral.
- É um tipo de fissura que ocasiona otites recorrentes.
- Esse tipo de fissura apresenta muitas alterações estéticas e pouco impacto na fala dos indivíduos.*

Questão 12:

Assinale a alternativa INCORRETA com relação à fissura transforame:

- É um tipo de fissura que pode comprometer o aleitamento materno.
- Sempre acomete lábio e arcada dentária bilateralmente.*
- O tratamento cirúrgico envolve etapas em faixas etárias diferentes para correção de todas as estruturas.

Questão 13:

Sobre o papel da enfermagem nos casos de fissura labiopalatina, assinale a alternativa INCORRETA:

- É diversificado, inclui educação, orientação e assistência em todas as fases do tratamento.
- É um dos profissionais que deve estar habilitado para incentivar e divulgar os benefícios do aleitamento materno exclusivo.
- É o profissional que prescreve qual(is) o(s) método(s) cirúrgico(s) mais adequado para cada caso.*

Questão 14:

Sobre o papel do médico pediatra nos casos de fissura labiopalatina, assinale a alternativa INCORRETA:

- É o único profissional responsável por identificar a etiologia e/ou patogênese da fissura.*
- Em um primeiro momento reconhecer a má formação e conduzir da melhor forma possível as orientações sobre a fissura à família.
- Assegurar a saúde e o bem-estar dos bebês e seus familiares.

Questão 15:

Sobre o aleitamento de crianças fissuradas, é INCORRETO afirmar que:

- A posição deitada é a indicada no momento da alimentação dessas crianças.*
- Fissura pré-forame possibilita aleitamento materno exclusivo.
- Dependendo do tipo de fissura e de suas alterações anatômicas é indicado que a alimentação seja realizada de formas alternativas até que sejam realizadas as cirurgias corretivas.

Questão 16:

Em crianças com fissura labiopalatina, uma alteração muito frequente é a otite média. Assim sendo, é INCORRETO afirmar que:

- Isso ocorre devido às malformações anatômicas e/ou funcionais da tuba auditiva.
- As alterações decorrentes das otites são irreversíveis.*
- As otites podem causar prejuízos no desenvolvimento da fala e linguagem.

Questão 17:

Sobre a equipe multidisciplinar de saúde, assinale a alternativa INCORRETA:

- Deve ser composta por profissionais de várias áreas, que garantam o domínio do conhecimento de suas áreas específicas para que cada qual possa prescrever o tratamento mais indicado para cada caso.
- Deve trabalhar de forma a garantir uma maior eficiência na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial.
- O tratamento multidisciplinar é necessário apenas nos casos de fissura transforame.*

Questão 18:

Indivíduos com fissura labiopalatina podem apresentar disfunção velofaríngea trazendo alterações importantes na inteligibilidade de fala. Qual das alterações abaixo NÃO é causada por essa disfunção?

- () Qualidade vocal hipernasal (“voz fanha”).
- () Distúrbios de fala.
- (X) *Má oclusão dentária.*

Questão 19:

Ao identificar um indivíduo com fissura labiopalatina qual a sua conduta? (Questão dissertativa)