

Operação Sorriso: participação e influência no tratamento de fissurados no Brasil

Operation Smile: participation and influence on cleft lip and palate treatment in Brazil

DIOGO FRANCO¹, RENATA RUAS², BRUNO ANDRÉ², TALITA FRANCO³

RESUMO

Nesse artigo, os autores apresentam a Operação Sorriso do Brasil, discutindo aspectos relacionados à introdução desse programa no país e o passo-a-passo da estrutura da missão, incluindo triagem dos pacientes, acompanhamento pré e pós-operatórios.

Descritores: Missões médicas oficiais. Trabalhadores voluntários /organização & administração. Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos. Fenda labial/cirurgia. Fissura palatina/cirurgia.

SUMMARY

In this article, the authors present the Operação Sorriso do Brazil, discussing aspects related to the introduction of this program in the country and the step-by-step of the mission structure, including patients' screening, pre and postoperative follow up.

Descriptors: Medical missions, official. Voluntary workers/organization & administration. Reconstructive surgical procedures. Cleft lip/surgery. Cleft palate/surgery.

1.Professor Adjunto de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

2.Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ).

3.Professora Titular e Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do HUCFF – UFRJ.

Correspondência: Diogo Franco

Praia de Botafogo, 528 – 1304/A – Rio de Janeiro – RJ – CEP 22250-040 – Tel (21) 2295-4635 - Fax (21) 2295-6223

E-mail: diogo@openlink.com.br

INTRODUÇÃO

A participação de Organizações Não-Governamentais como auxiliadoras na promoção de saúde à população brasileira vem crescendo consideravelmente na última década. No âmbito da Cirurgia Plástica observamos especial interesse no tratamento de portadores de fendas lábio-palatais. Inicialmente, diferentes grupos, de origem americana ou européia, se propuseram a atuar em algumas regiões do país. Com o passar do tempo, poucos persistiram. Com boa infraestrutura e resultados confiáveis, o principal grupo, no momento, é a Operação Sorriso do Brasil, que inicialmente agia como subsidiária da *Operation Smile International*, mas que evoluiu para uma entidade independente. Nesse período, várias opiniões sobre estes “mutirões cirúrgicos”, ou “missões humanitárias” se formaram ou se transformaram. Algumas opiniões desfavoráveis foram influenciadas por trabalhos já publicados a respeito desse tipo de evento, inclusive relatando a participação de cirurgiões estrangeiros ou em formação. Nesse texto, pretendemos salientar fatos que possam contribuir para transmitir a realidade desse grupo de voluntários no Brasil.

ORGANIZAÇÃO GERAL

Com antecedência de um ano, aproximadamente, são programadas as missões a serem realizadas no país. Os locais são selecionados de acordo com as necessidades da população, da disponibilidade de ambiente de trabalho adequado, de experiências passadas no local (número de pacientes, aceitação da população e médicos locais), do apoio do setor público (Secretaria de Saúde do Município e/ou do Estado), etc.

Junto aos meios de comunicação, a divulgação da missão é programada de forma a melhor atingir a população-alvo (rádios, igrejas, postos de saúde, cartazes e folhetos, etc.). Com a divulgação inicial, faz-se o cadastro prévio de possíveis candidatos às cirurgias.

Habitualmente há um cirurgião, ou grupo de profissionais, na cidade escolhida que participam como pontos de apoio e representantes locais da Operação Sorriso.

Definido um local como candidato à missão, programa-se uma visita para análise de campo, verificando diversos pontos, como: estrutura geral e condições de segurança do hospital a ser realizado o programa cirúrgico, possíveis parceiros de apoio à logística, como hotel para os profissionais envolvidos no programa, abrigos para pacientes e familiares, transportadoras, órgãos militares, fornecedores de bebidas e alimentos, etc.

Dentro das necessidades estruturais do hospital, para realização de um programa cirúrgico, encontram-se: salas de ambulatório para triagem dos candidatos às cirurgias; disponibilidade de cinco salas cirúrgicas exclusivas para o programa; sala de recuperação anestésica; leito de CTI, para eventual emergência; reserva de algumas unidades de sangue; enfermarias com leitos suficientes para o porte do programa.

Dentro da equipe participante encontram-se profissionais de variadas áreas: enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, fonoaudiólogos, pediatras, intensivistas, anestesistas, cirurgiões plásticos, além de voluntários que atuam em todas as necessidades gerais, como

apoio aos familiares, transporte de equipamento, divulgação do evento, etc.

Levando-se em conta que se trata de um grande número de pacientes a serem tratados em pouco tempo, os profissionais envolvidos devem ser altamente capacitados e especializados no tratamento de fissurados. Cada cirurgião realiza, em média, cinco cirurgias por dia, num período de cinco dias. Não há espaço para iniciantes, residentes ou inexperientes. Todos são reconhecidamente capacitados para ocupar o cargo destinado.

Há coordenadores de grupos, divididos da seguinte forma: líder dos cirurgiões, líder dos anestesistas, líder de centro cirúrgico e líder clínico. Estes são os representantes do time de profissionais. A integração e a interação entre estes é que determina o bom andamento do programa de cirurgias. Identificado algum problema, discordância ou dificuldade, os líderes devem decidir a conduta final do grupo.

ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA

Desde 2004, há no Brasil um representante da *Operation Smile International*, chamada de Operação Sorriso do Brasil. Dentro dessa organização existem todos os níveis necessários para o funcionamento independente dentro do país, desde o grupo de administração e captação de recursos, até os voluntários da área médica, como enfermeiras, fonoaudiólogas, dentistas, cirurgiões, pediatras, intensivistas, etc.

Há três tipos de missões no Brasil: nacional, educacional e internacional. A nacional envolve voluntários brasileiros, ocorre num período de quatro dias, em média, e opera cerca de 20 a 30 pacientes. A educacional visa, principalmente, à transmissão de conhecimento e protocolos de tratamento para cirurgiões menos experientes. Nesses casos, cirurgiões habituados com fissurados fazem em torno de 10 cirurgias demonstrativas para que os cirurgiões locais adquiram mais conhecimento no assunto. Esses cirurgiões locais, habitualmente, já estão vinculados a um grupo de atendimento, mas anseiam por mais conhecimento e solicitam a realização desse tipo de missão. Eles não realizam as cirurgias, mas têm a oportunidade de presenciar o procedimento sendo realizado por cirurgiões mais experientes.

A missão internacional envolve um grupo maior de profissionais, alguns estrangeiros, e visa à avaliação, em média, de 350 pacientes e à operação de perto de 130 crianças, num período de cinco dias.

Ano após ano, o grupo de voluntários de cada missão internacional tem sido formado por cada vez mais brasileiros, com a expectativa de, em breve, serem de formação estritamente brasileira.

O número de programas anuais também tem aumentado progressivamente, sendo que para o ano de 2008 estão agendadas oito missões, sendo duas internacionais.

ESTRUTURA DE UMA MISSÃO INTERNACIONAL

Equipamento

Praticamente todo o equipamento utilizado no programa é trazido, por meio de importação temporária, pela Operação Sorriso. Neste inclui-se: instrumental cirúrgico completo

Figura 1 – Carga com o equipamento a ser utilizado em centro cirúrgico, durante um programa de cirurgias.



(Stryker®); aspirador; bisturi elétrico (Valleylab®); monitores para cirurgia e pós-operatório (Datascop®); fluxômetro com vaporizador calibrado, todas as drogas para pré, per e pós-operatório (analgésicos, sevorane, etc.); material de consumo para todas as áreas de atuação (fios Ethicon®, surgicel®, capotes e campos cirúrgicos descartáveis, luvas, máscaras faciais e laríngeas, tubos RAE® e circuitos para anestesia, etc.). O volume total de material importado fica em torno de duas toneladas (Figura 1). Basicamente, na sala de cirurgia, são aproveitados somente a mesa cirúrgica, os focos e as saídas de gases, sendo o restante trazido pelo grupo.

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

As especialidades envolvidas avaliam todos os pacientes. De acordo com esta avaliação, faz-se o plano de tratamento, sendo habitualmente o seguinte:

- Pediatria: todos os pacientes são submetidos a exames físicos e complementares pertinentes, para determinação das condições clínico-cirúrgicas;
- Fonoaudiologia: avaliação e orientação à família quanto à necessidade e à forma correta de exercícios articulatórios;
- Odontologia: avaliação e realização dos procedimentos cabíveis: limpeza e tratamento clínico básico, orientação de higiene oral, extrações de elementos inviáveis, confecção de placas palatais em casos onde não se realizará palatoplastia;
- Cirurgia plástica: decisão sobre a indicação cirúrgica: rino-queiloplastia, palatoplastia ou rino-queilo-palatoplastia (em pacientes selecionados).

Prioridades e técnicas cirúrgicas

Há cinco prioridades cirúrgicas:

- Prioridade 1 – fenda labial;
- Prioridade 2 – fenda palatal em crianças com até quatro anos de idade;

- Prioridade 3 – fenda palatal em maiores de cinco anos;
- Prioridade 4 – revisões ou correção de seqüelas de cirurgias prévias;
- Prioridade 5 – outras doenças: hemangioma, sindactilia, etc.

O mapa de cirurgias é montado preenchendo-o com as prioridades 1 e 2. Havendo disponibilidade de vagas, complementa-se com as outras prioridades.

A idade mínima para queiloplastias é de seis meses e para palatoplastias, 12 meses.

As técnicas cirúrgicas empregadas são selecionadas de acordo com a experiência de cada cirurgião. Habitualmente, no Brasil, realiza-se o seguinte:

- fenda labial unilateral: Millard + McComb;
- fenda labial bilateral: Spina, Millard ou Mulliken;
- fenda palatal: veloplastia intravelar associada a Von Langenbeck ou Veau.

PÓS-OPERATÓRIO

O acompanhamento pós-operatório é dividido em grupos de atuação, sendo que o pós-operatório imediato (até cinco dias de cirurgia) é feito por parte do grupo de voluntários. A partir do 6º dia, a equipe local fica responsável pela avaliação. Com seis meses de cirurgia, os pacientes são convidados para nova avaliação, realizada por membros da Organização, onde são feitas as fotografias de pós-operatório. Essas fotos são analisadas por um grupo de profissionais, que emitem um parecer sobre cada resultado. Isto é feito de forma independente e incógnita (o cirurgião não sabe quem é o avaliador e este não sabe quem está avaliando). Esses pareceres são enviados para os cirurgiões participantes da missão, que podem ter uma impressão sobre seus resultados, colaborando para o aprimoramento técnico de cada um.

DIA-A-DIA DE UMA MISSÃO

A estrutura de uma missão internacional é montada para um período de 14 dias, da seguinte forma:

- 5ª feira e 6ª feira: avaliação pré-operatória e seleção dos pacientes que serão operados (Figura 2);
- Sábado: montagem da estrutura de centro cirúrgico e enfermarias (Figura 3);
- Domingo: dia livre. É programada uma atividade conjunta, normalmente em algum ponto turístico da cidade, que serve para agregar os voluntários;
- 2ª feira a 6ª feira: realização das cirurgias;
- 4ª feira seguinte às cirurgias: última revisão pós-operatória feita pelo grupo de voluntários da missão. A partir dessa data, o seguimento é feito pelos médicos voluntários locais.

A equipe de cirurgiões e anestesiologistas é formada por, pelo menos, seis representantes de cada especialidade, sendo que durante a semana de cirurgias são utilizadas somente cinco mesas de cirurgias, havendo assim sempre um profissional qualificado disponível para substituição de outro. Voluntários da área médica costumam atuar como auxiliares nas cirurgias e funcionárias do centro cirúrgico, como instrumentadoras. Em cada mesa cirúrgica realizam-se, em

Figura 2 – Pacientes e familiares durante o período de triagem pré-operatória.



Figura 3 – Montagem e distribuição dos equipamentos dentro do centro cirúrgico.



média, cinco a sete cirurgias por dia, variando de acordo com a complexidade dos casos e a habilidade do cirurgião. No primeiro e no último dia de cirurgias, não se realizam palatoplastias, para que, no início do programa, haja tempo de adaptação dos profissionais ao ambiente e, no final, evitem-se possíveis complicações, como sangramentos e necessidade de reintervenção cirúrgica.

DISCUSSÃO

Na fase inicial de participação no Brasil, os voluntários da Operação Sorriso do Brasil eram quase que somente americanos, inclusive os cirurgiões, o que determinou, por parte da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, uma reação inicial de contrariedade. Por que seria necessário o en-

vio de cirurgiões americanos para realizar procedimentos que os cirurgiões brasileiros estavam, reconhecidamente, capacitados a fazer?

Essa fase inicial foi conturbada, pois criou um grande sentimento de indignação e reprovação que, desde então, tem se tentado reverter.

A apresentação da Organização talvez devesse ter sido feita de forma mais aberta e abrangente frente aos membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e aos cirurgiões brasileiros envolvidos com o tratamento desse tipo de paciente.

O protocolo apresentado não parecia o ideal para um fissurado, já que a base do tratamento preconizado em todos os Centros de Referência - tratamento interdisciplinar e continuado - não era possível, pois os voluntários iriam embora em 10 dias. Quem cuidaria, então, desses pacientes?

Além disso, a veiculação na mídia que “cirurgiões americanos” estariam trabalhando de graça em prol das crianças brasileiras, num país com inúmeros cirurgiões plásticos altamente gabaritados, despertou o “nacionalismo”.

Logo se disseminou a idéia de que não era preciso a participação de cirurgiões estrangeiros para fazer o que poderíamos fazer perfeitamente. Além desse conceito, havia também o medo de que a proposta principal dessas missões seria a de proporcionar a oportunidade a médicos residentes estrangeiros de aprender ou aprimorar suas habilidades cirúrgicas em crianças brasileiras¹⁻⁷. Isto ficou batizado de “safári cirúrgico”.

Certamente essas idéias se difundiram facilmente e ninguém queria que isto realmente acontecesse. E, de fato, não aconteceu.

Aos poucos, vários cirurgiões brasileiros com grande experiência em cirurgia de fissurados foram tomando conhecimento da estrutura da Organização e passaram a integrá-la de forma voluntária.

Afinal, se em cada missão humanitária internacional são avaliados cerca de 350 pacientes e operados perto de 130, em uma semana, o que aconteceria com esses pacientes se não tivessem esta oportunidade de serem submetidos às cirurgias?

O princípio de não se dar o acompanhamento interdisciplinar a longo prazo não é o ideal, mas deixar um grande número de pacientes crescer sem nenhum tipo de cirurgia parece pior. O fortalecimento dos grupos de atendimento de fissurados espalhados pelo Brasil e das equipes de apoio local tem se mostrado uma opção adequada para acompanhar esses pacientes⁸.

Observando-se os dados do Sistema Único de Saúde sobre a faixa etária dos pacientes internados para tratamento de fissuras, notamos que aproximadamente metade dos pacientes operados nos últimos cinco anos encontra-se acima da faixa etária habitual de tratamento primário, o que poderia significar que o primeiro atendimento estaria sendo realizado após a idade ideal⁹. Parece mais provável, entretanto, que isto se deva ao volume de cirurgias secundárias também computadas. Os conceitos atuais de valorização do aspecto visual e social estimulam o paciente a procurar por melhorias nos seus resultados estético e funcional. Além disso, os avanços tecnológicos possibilitam novas opções cirúrgicas e menores riscos em procedimentos complexos.

Isto se traduz como mais cirurgias para refinamentos, enxertia óssea, avanços maxilares, retalhos faríngeos, etc. Naturalmente, pacientes que nasceram fissurados no início do século não foram tratados com os recursos hoje disponíveis e passam pela vida insatisfeitos com os resultados, buscando, periodicamente, alguma melhora. É de se esperar que resultados melhores e definitivos venham mudar esses dados, concentrando o atendimento nas duas primeiras décadas de vida.

Outro dado a ser considerado com relação ao preenchimento dos relatórios enviados ao DATASUS é que, muitas vezes, não são os próprios cirurgiões responsáveis pelos pacientes que preenchem esses documentos, o que dá margem a erros. Além disso, não há diferenciação entre cirurgias primárias ou secundárias, havendo somente discriminação de doenças e cirurgias realizadas, impossibilitando a avaliação real dos casos.

O sistema de documentação nacional é, notoriamente, falho em diversos aspectos. Infelizmente, não há obrigatoriedade, por parte das maternidades brasileiras, de se notificar, nem mesmo registrar, os casos de nascimentos de portadores de malformações congênicas. No documento preenchido nas maternidades, que será utilizado para confecção da certidão de nascimento, há um campo destinado à notificação de má formação congênita e qualificação da mesma. Contudo, muitas vezes, este não é preenchido.

Sendo assim, não há possibilidade de se obter valores reais de incidência de fendas labiais e/ou palatais no Brasil. Trabalhamos com dados mundiais, pesquisados internacionalmente, que apontam os valores médios de fendas de acordo com a raça. Isso pode não ser fidedigno, pois em nosso meio o conceito de “raça” é discutível, face ao alto grau de miscigenação.

Ainda de acordo com o DATASUS, no período de 2005 a 2007, o número de cirurgias realizadas, anualmente, para fendas labiais e/ou palatais nas regiões Norte e Nordeste, somadas, esteve entre 1689 e 2308. Isto correspondeu à média de 25,5% do total no Brasil. Nesse período, os voluntários da Operação Sorriso do Brasil operaram um total de 506 pacientes, tendo sido a preferência pela atuação em cidades das regiões Norte e Nordeste, pela menor disponibilidade de especialistas. De fato, no ano de 2007, a Operação Sorriso do Brasil operou 233 pacientes, valor semelhante a 10% do total de cirurgias das regiões Norte e Nordeste somadas (Tabela 1).

Desde o início de suas atividades, há 10 anos, a Operação Sorriso do Brasil já realizou 3.293 procedimentos cirúrgicos, contemplando 2.539 pacientes, na sua maioria crianças.

Outro fato importante a ser considerado é o número de cirurgiões plásticos no Brasil. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica há, atualmente, 4.274 cirurgiões plásticos cadastrados em seu banco de dados, sendo que na região Norte há 75 e no Nordeste 429, totalizando perto de 12% do total de especialistas no território nacional. Sabemos que alguns cirurgiões que operam pacientes fissurados não fazem parte da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, mas, a princípio, teríamos cerca de 27% das cirurgias computadas no ano de 2007, nas regiões Norte e Nordeste, realizadas por 12% dos cirurgiões plásticos brasileiros. No mesmo período, teríamos na região Sudeste 58% dos procedimentos realizados por 65% dos cirurgiões da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. A realidade certamente é diferente, já que observamos que a grande maioria dos cirurgiões plásticos não realiza, nem tem interesse em realizar, esses tipos de cirurgia, sobrecarregando aqueles que as fazem.

A centralização do atendimento de pacientes portadores de fendas lábio-palatais, em termos nacionais, não nos parece a melhor solução, pois o tamanho do país a torna extremamente dispendiosa e, portanto, inviável. Muito melhor seria proceder a centralizações regionais, de maneira a aparelhar melhor vários grupos tornados multidisciplinares; divulgar a oferta de tratamento, sob a forma de campanhas no perímetro que cada região alcança; facilitar o fluxo de pacientes de baixa renda, dando-lhes condições de chegar aos hospitais de referência. Isto não é tarefa simples, pois depende de vencer inércias e criar hábitos. Mas será, a médio e longo prazos, mais eficaz e barato do que concentrar as verbas e os profissionais em um ou dois locais, aos quais uma enorme quantidade de pacientes não terá acesso. Mesmo porque o tratamento de cada fissurado se estende por décadas, e isto só poderá ser feito adequadamente se o local de atendimento for próximo ao de habitação.

A participação da Operação Sorriso do Brasil, agregando equipes e cirurgiões, divulgando o atendimento, estimulando o aprimoramento dos conhecimentos e técnicas e apoiando o surgimento de novos e capacitados grupos interdisciplinares, pode contribuir para a melhoria do tratamento dos fissurados no Brasil. Além disso, um programa de cirurgias possibilita troca de conhecimentos entre

Tabela 1 - Relação entre o número de pacientes operados pela Operação Sorriso do Brasil (OSB) e cadastrados pelo DATASUS, nas regiões Norte (N) e Nordeste (NE), entre 2005 e 2007.

Pacientes operados (regiões N e NE)	Cadastro OSB	Cadastro DATASUS	Porcentual OSB / DATASUS
2005	109	1689	6,5
2006	164	1969	8,3
2007	233	2308	10

cirurgões experientes, semelhante a evento científico de altíssimo nível. Isto estimula os cirurgiões já reconhecidamente ligados a este tipo de paciente e traz novos profissionais ao ambiente criado.

REFERÊNCIAS

1. Wolfberg AJ. Volunteering overseas: lessons from surgical brigades. *Engl J Med.* 2006;354(5):443-5.
2. Panosian C, Coates TJ. The new medical "missionaries": grooming the next generation of global health workers. *N Engl J Med.* 2006;354(17):1771-3.
3. Gupta AR, Wells CK, Horwitz RI, Bia FJ, Barry M. The International Health Program: the fifteen-year experience with Yale University's Internal Medicine Residency Program. *Am J Trop Med Hyg.* 1999;61(6):1019-23.
4. Suchdev P, Ahrens K, Click E, Macklin L, Evangelista D, Graham E. A model for sustainable short-term international medical trips. *Ambul Pediat.* 2007;7(4):317-20.
5. Bermudez L. Operation Smile: plastic surgery with few resources. *Lancet.* 2000;356(Suppl):s45.
6. Soloveoff S. Operation Smile: giving the gift of a smile. *Plast Surg Nurs.* 2005;25(3):122-3.
7. Pshenishnov KP, Bessonov SN. Operation Smile and its help in the development of plastic and reconstructive surgery in Russia. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(5):1569-70.
8. <http://www.operacaosorriso.com.br/aboutus/facts/>. Acesso em 04/01/2008.
9. <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=360A2B0C0D0E0F360G2H0I1Jd2L3M0N&VInclude=../site/texto.php>. Acesso em 04/01/2008.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

Artigo recebido: 4/1/2008

Artigo aceito: 19/5/2008