



SESA ES - SECRETARIA
DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO

LINHA DE CUIDADO da Pessoa com Fissura Labiopalatal no Espírito Santo



Governo do Estado do Espírito Santo

Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo

Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde

Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde

Linha de cuidado da Pessoa com fissura labiopalatal no Espírito Santo

Espírito Santo

2024

Governador do Estado do Espírito Santo

José Renato Casagrande

Vice-governador de Estado do Espírito Santo

Ricardo Ferraço

Secretário de Saúde do Estado do Espírito Santo

Tyago Ribeiro Hoffmann

Subsecretária de Estado de Atenção à Saúde

Carolina Marcondes Rezende Sanches

Gerente de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde

Rose Mary Santana Silva

Chefe do Núcleo Especial de Atenção Primária à Saúde

Janaina Daumas Felix

Chefe do Núcleo Especial de Atenção Especializada

Franciely da Costa Guarnier

Chefe do Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde

Márcia Portugal Siqueira

Autores(as):

Referência técnica em saúde bucal
Bernardete Delurdes Guerra de Mattos

Referência técnica em saúde bucal
Francisco Poldi Júnior

Colaboradores(as):

Angela Cristina Herpes Giestas

Carlos Alberto Timóteo

Darison Nalesso

Gabriel Duarte Basílio

Hiram Queiroz Stateri

Jessica Domingos Athaydes

Julia Zanom Gomes

Kelly Lima Viana

Ricardo Abelha

Roberta Souza Meirelles

Rosalie Matuk Fuentes Torrelio

Sandra maria souto Costa

Simone Luzia Dorna de Moraes

Suellen de Lima Matiazzi Breciani

Telma Cunha de Oliveira

Ficha catalogada
2024. Secretaria da Saúde do Estado
Coordenação, organização, informações:
Núcleo Especial de atenção Especializada (NEAE)
Série: Instrumentos técnicos, gerenciais e informativos para o
fortalecimento das Políticas e o Cuidado Integral à Saúde
Email: sbucal@saude.es.gov.br

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AAFLAP	Associação de Apoio aos Fissurados Labiopalatais
CID	Classificação Internacional de Doenças
FGF	Fator de crescimento fibroblástico
FL	Fissura Labial
FL+P	Fissura Lábio Palatal
FP	Fissura de palato
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
MSX1	<i>Musclesegmenthomeobox</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
QV	Qualidade de vida

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Quadro 1 - Tipos e nomenclatura de FL+Ps (SPINA et al., 1972)

Quadro 2 - Classificação Internacional de Doenças (CID) das Fissuras labiopalatais conforme a Classificação de SPINA, 1972

Quadro 3 - Atuação Competências dos profissionais da equipe multiprofissional na APS

Quadro 4.- Especialidade e carga horária da Equipe Multiprofissional do CEPAlF

Quadro 5.- Especialidade e competência da Equipe Multiprofissional do CEPAlF

Figura 1 - Tipos e nomenclatura de FL+Ps (SPINA et al., 1972)

APRESENTAÇÃO

A elaboração desta Linha de Cuidado está fundamentada na integralidade do atendimento ao paciente com Fissura Lábio-Palatal (FL+P). Este cuidado deve iniciar desde o atendimento à gestante durante o parto na maternidade, estendendo-se pelos atendimentos em idades específicas, do nascimento à vida adulta.

A importância de uma Linha de Cuidado reside em seu papel para a gestão e a equipe de saúde, pois, além de orientar a organização do serviço, auxilia na definição de fluxos assistenciais a serem seguidos nos diferentes níveis de atenção à saúde (Atenção Primária, Secundária e Terciária).

Assim, desenvolvemos a linha de cuidado tendo como referência um processo ideal de identificação precoce do paciente. Essa identificação possibilita o acompanhamento adequado, a avaliação da complexidade das alterações e a adoção de recursos técnicos e estratégias familiares, visando resultados positivos nos aspectos estéticos, anatômicos, funcionais e psicossociais.

Espera-se, portanto, que este documento sirva como um guia para gestores, profissionais e demais trabalhadores da saúde no processo de organização dos serviços, promovendo a melhoria do acesso e das práticas no cuidado à pessoa com fissura labiopalatal.

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO	11
2. DIAGNÓSTICO E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA FISSURA LABIO PALATAL	13
2.1 Classificação e tipos de Fissuras	14
3. JUSTIFICATIVA	16
4. Objetivos	16
4.1. Objetivo Geral	16
4.2. Objetivos Específicos	16
5. DIRETRIZES PARA O CUIDADO A PESSOA COM FISSURA LABIO PALATAL	17
6.Aspectos necessários para organização dos serviços de FL+P	18
7. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO	19
8. Situação Atual do Atendimento aos Portadores de Fissura Lábio Palatais no ES	20
9. ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL PARA A ATENÇÃO AOS PACIENTES COM FL+P	20
9.1. Critérios de elegibilidade para atendimento	20

9.1.1. Critério de Inclusão.....	21
9.1.2. Critério de Exclusão.....	21
10. ATENÇÃO AOS PACIENTES COM FL+P POR NIVEL DE ATENÇÃO.....	21
10.1. Atenção Primária à Saúde (APS).....	22
10.1.1. Ações a serem realizadas pelas equipes da APS.....	24
10.1.2. Competências dos profissionais da equipe multiprofissional na APS.....	24
10.2. ATENÇÃO AOS PACIENTES COM FL+P NA ATENÇÃO SECUNDARIA... 28	
10.2.1. Recém-nascido maternidade.....	28
11. ATENDIMENTO DOS PACIENTES (FL+P) NO CEPAIF.....	30
11.1. A composição da Equipe Multidisciplinar do CEPAIF- QUANTIDADE E CARGA HORÁRIA.....	31
11.1.2 A composição da Equipe Multidisciplinar do CEPAIF – ESPECIALIDADE E FUNÇÃO.....	32
11.1.3. Itinerário terapêutico do Paciente no CEPAIF.....	35
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
13. REFERÊNCIAS.....	38
14. ANEXO.....	41

1. INTRODUÇÃO:

A fissura lábio palatal, também conhecida popularmente como lábio leporino, é uma deformidade caracterizada pela abertura no lábio superior de um ou dos dois lados, com uma abertura no palato. É a malformação craniofacial congênita mais prevalente na população, ela apresenta diversos graus de severidade, podendo comprometer funções estéticas e funcionais, como a alimentação e fala. (Paranaíba et al. Braz)

A fissura labiopalatal é uma patologia que causa a má formação de estruturas do sistema estomatognático, face e crânio, necessitando de um tratamento multidisciplinar. Além de promover mudanças faciais as fissuras labiopalatais, provocam também alterações no rebordo alveolar ocasionando modificações na mordida de pacientes portadores dessa má formação. Desta forma, uma equipe multidisciplinar composta por médicos, dentistas, fonoaudiólogos psicólogos e nutricionistas, monitorando o crescimento e o desenvolvimento desses pacientes em todas as fases do tratamento, desde a cirurgia de correção no início da vida do paciente, até uma possível reabilitação orofacial, é de extrema importância para saúde e qualidade de vida do mesmo.

A fissura labiopalatal resulta das malformações originadas da não junção ou da junção incompleta dos processos faciais (processos frontal, mandibular, nasais mediais, nasais laterais e maxilares) durante a vida embrionária. A diferenciação destes ocorre entre a 4ª e a 8ª semana de vida intrauterina. Posteriormente os processos palatinos oriundos dos processos maxilares completam sua formação ao final da 12ª semana. Assim, as FL+P formam-se até a 8ª semana e as palatinas até a 12ª semana (NUNES, 2005).

De caráter multifatorial apresenta uma etiologia complexa devido às interações entre múltiplos fatores (MITRA et al., 2016). Por ocorrerem devido a falha na fusão dos segmentos formadores do lábio e/ou palato durante a gestação, estas podem ser detectadas ao exame de ultrassom já nas primeiras semanas de gravidez, sendo que as causas são variadas e podem incluir fatores genéticos, ambientais ou sociais (CYMROT, 2010).

As FL+P ocorrem em cerca de 5% dos nascimentos em todo o mundo, e a prevalência varia muito em relação aos países, sendo de apenas 1,07%, no Japão, e de 4,3%, em Taiwan. No Brasil, a prevalência varia de 0,47 a 1,54 a cada 1.000 nascidos vivos, havendo a referência de que uma em cada 650 crianças apresentam FL+P (CYMROT, 2010).

Sua incidência (casos novos) vem aumentando nas últimas décadas. Isso possivelmente ocorre por causa da degradação das condições de vida, aumento das desigualdades e iniquidades sociais e situação de vulnerabilidade.

Os fatores genéticos têm um peso de 40% e os fatores ambientais de 60% (BROERING e CREPALDI, 2008). Entre os ambientais destacam-se os nutricionais (deficiência de certos suplementos, como o ácido fólico), infecciosos (vírus da gripe, vírus da rubéola e toxoplasmose), psíquicos (estresse emocional), maternos fetais (alterações anatômicas ou da fisiologia uterina), doenças maternas (epilepsia, diabetes, hipotireoidismo), medicamentos (anticonvulsivantes, aspirina, corticosteroides, vitamina A), radiações, tabagismo, alcoolismo, poluição e agrotóxicos (CAVALCANTE FILHO et al., 2009; COSTELLO e RUIZ, 2005).

As FL+Ps causam transtornos psicológicos e funcionais expressivos aos pacientes por elas acometidos. Crianças e suas famílias experimentam um significativo estresse crônico de ordem física, emocional e social (SANDRINI et al., 2006).

É importante que o paciente acometido por FL+P tenha um acompanhamento precoce, por meio de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar e tratamento integral, desde o nascimento até a fase adulta, propiciando ao indivíduo uma integralização à sociedade.

Os Centros que prestam tratamento a pacientes com alterações de face devem contar com uma equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeuta, fonoaudiólogos, cirurgiões dentistas, principalmente das especialidades de cirurgia bucomaxilofacial, odontopediatria e ortodontia, além de médicos especialistas em genética clínica, cirurgia plástica e otorrinolaringologia (DI NINNO, 2011).

O estabelecimento de condutas terapêuticas para o tratamento de cada tipo de fissura é fundamental para que a equipe reabilitadora trabalhe dentro de uma filosofia multidisciplinar, com cada especialidade atuando no momento adequado, e todas com o mesmo grau de importância para a obtenção de um resultado final satisfatório para o paciente.

A atenção à saúde nessa área atinge todos os níveis de complexidade e as intervenções para o enfrentamento desse problema, em diversos países, são realizadas em centros especializados e hospitais (OMS, 2002).

2. DIAGNÓSTICO E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA FISSURA LABIOPALATAL:

A FL+P caracteriza-se pela presença de fendas parciais ou completas do lábio superior, unilaterais ou bilaterais, sempre deslocadas em relação à região mediana da face, podendo comprometer também a gengiva. As fissuras podem se prolongar para cima até o nariz e também para trás podendo atingir o céu da boca (palato duro) e a parte posterior do palato (palato mole).

Pode ainda estar associada a outras anormalidades das estruturas vitais adjacentes do rosto como as orelhas, olhos, nariz, dentes e cérebro, além de produzirem problemas funcionais que afetam a orofaringe (alimentação e respiração), audição, visão e fala (DOMINGUES et al., 2011), pois ela se desenvolve nas primeiras semanas de vida intrauterina, período no qual acontece a formação de estruturas do organismo como cérebro, olhos, órgãos digestivos, língua e vasos sanguíneos.

Além disso, o recém-nascido com FL+P apresenta frequentes regurgitações, dificuldade para estabelecer a pressão negativa na mamada e frequentes infecções das vias aéreas. Em relação aos dentes e arcadas, as alterações mais prevalentes são: hipodontia, oligodontia, anodontia, presença de dentes natal e neonatal, microdontia, macrodontia, ectopia, hipoplasia de esmalte, fusão dentária, geminação, dilaceração, pobre suporte periodontal, além de problemas ortodônticos (Classe III, mordida cruzada anterior e posterior e apinhamentos dentários).

Há vantagens no diagnóstico precoce, pois torna possível a educação precoce, a preparação psicológica da família, a investigação de outras anormalidades e a continuidade da gravidez.

Essas anomalias são tratáveis e o prognóstico é positivo, desde que o tratamento seja iniciado ainda nos primeiros meses e vida da criança. (Sá et al. Revista Bahiana de Odontologia. 2014)

2.1 Classificação e tipos de Fissuras:

Existe uma grande diversidade clínica com que as FL+P se manifestam. Ao todo, são 147 combinações possíveis, de acordo com a localização e a extensão da fissura. Considerando que no Brasil a classificação mais comum é a proposta por Spina (SPINA et al., 1972), que tem como referência o forame incisivo. A equipe deste serviço também optou por sua utilização conforme pode ser observado imagens na figura 1 e descrição no quadro 1.

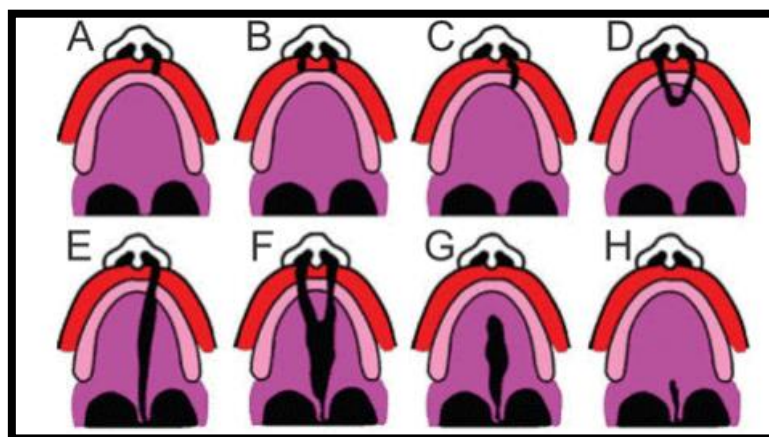


Figura 1. Tipos e nomenclatura de FL+Ps (SPINA et al., 1972)

Tipo	Características
A.	Fissura Labial Esquerda Pré forame Incompleta
B.	Fissura Labial Bilateral Pré forame Incompleta
C.	Fissura Labial Esquerda Pré forame Completa
D.	Fissura Labial Bilateral Pré forame Completa
D.	Fissura Labial Bilateral Pré forame Completa
E.	Fissura Labial Esquerda Transforame Completa
F.	Fissura Labial Bilateral Transforame Completa
G.	Fissura Palatina Pós forame Completa
H.	Fissura Palatina Pós forame Incompleta

Quadro 1. Tipos e nomenclatura de FL+Ps (SPINA et al., 1972)

Cabe destacar que as FL+P nem sempre se manifestam isoladamente, podendo estar associadas a síndromes ou outras anomalias craniofaciais o que, conseqüentemente, amplia a complexidade do tratamento.

As fissuras labiopalatais identificadas pela classificação de SPINA, encontram-se referenciadas pelo sistema internacional de codificação de doenças conforme o quadro 2 abaixo:

Classificação SPINA	CID
Fissura pós-forame incisivo	Q35 Fenda do palato
	Q35.1 Fenda do palato duro
	Q35.3 Fenda do palato mole
	Q35.9 Fenda palatina NE
Fissura pré-forame incisivo	Q36 Fenda labial
	Q36.0 Fenda labial bilateral
	Q36.1 Fenda labial mediana
	Q36.9 Fenda labial unilateral
Fissura transforame incisivo	Q37 Fenda palato c/fenda labial
	Q37.0 Fenda palato duro c/fenda labial bilateral
	Q37.1 Fenda palato duro c/fenda labial unilateral
	Q37.2 Fenda palato mole c/fenda labial bilateral
	Q37.3 Fenda palato mole c/fenda labial unilateral
	Q37.4 Fenda palatos duro mole c/fenda labial bilateral
	Q37.4 Fenda palatos duro mole c/fenda labial bilateral
	Q37.5 Fenda palatos duro mole c/fenda labial unilateral
	Q37.8 Fenda do palato c/fenda labial bilateral NE
	Q37.9 Fenda do palato c/fenda labial unilateral NE

Quadro 2. Classificação Internacional de Doenças (CID) das Fissuras labiopalatais conforme a Classificação de SPINA, 1972

3. JUSTIFICATIVA:

O atendimento precoce à pessoa com fissura labiopalatal e suas famílias potencializa os resultados do tratamento, bem como oportuniza as ações de proteção, vigilância, prevenção e assistência voltadas para as especificidades dos pacientes com fissuras labiopalatais, garantindo o seu cuidado integral, e ainda a realização dos procedimentos cirúrgicos e de reabilitação nas idades preconizadas mundialmente, levando o paciente a ser inserido socialmente sem sequelas.

Desse modo, para sua adequada orientação, acompanhamento e inclusão, é pertinente a compreensão de suas etapas por todos os profissionais atuantes na rede de saúde pública e privada do Estado do Espírito Santo, em todos os níveis de atenção, tendo a Atenção Primária em Saúde como porta de entrada do sistema.

4. OBJETIVOS:

4.1. Objetivo Geral:

Estruturar a rede de atenção à saúde para o cuidado integral à pessoa com fissura labiopalatal (PF + L), possibilitando ampliação do acesso à saúde deste público-alvo, de forma integral de maneira a promover sua reabilitação e inserção social.

4.2. Objetivos específicos:

- Estabelecer fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde dos portadores de (FL+P);
- Organizar a oferta da reabilitação no atendimento especializado e estabelecer os cuidados a estes usuários e seus familiares nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Viabilizar o acesso da pessoa com fissuras labiopalatais ao Serviço Multidisciplinar de referência para tratamento;
- Qualificar as equipes das maternidades públicas e privadas para o encaminhamento adequado para o serviço especializado;

- Qualificar as equipes das Unidades básicas de Saúde (UBS) para o encaminhamento adequado para o serviço especializado;
- Promover abordagem acolhedora à família, oferecendo orientações quanto ao cuidado da criança com fissura, com ênfase no processo de amamentação;
- Estimular o registro da notificação compulsória das pessoas com fissuras labiopalatais em todos os níveis de atenção à saúde;
- Promover a sensibilização e conscientização do tratamento das fissuras labiopalatais, por meio da educação permanente, em toda a rede de atenção à saúde, tanto pública quanto privada;
- Monitorar e avaliar a implantação da linha de cuidado da pessoa com fissuras labiopalatais.

5. DIRETRIZES PARA O CUIDADO À PESSOA COM FISSURA LABIOPALATAL:

Esta linha de cuidado está fundamentada nas seguintes diretrizes:

- Regionalização da assistência em conformidade com as pactuações, realidade local e regional;
- Cuidado integral em tempo oportuno, mediante a organização da Rede de Atenção Assistencial;
- Atenção humanizada, multiprofissional, interdisciplinar, baseada nas necessidades identificadas;
- Ampliação do acesso a serviços de diagnóstico, tratamento, reabilitação de forma regulada;
- Qualificação dos trabalhadores da saúde, cuidadores e familiares;
- Organização da Linha de Cuidado de forma integrada com outras políticas públicas;

- Promoção de estratégias de educação permanente;
- Respeito às diferenças e o estímulo ao enfrentamento de estigmas e preconceitos.

6. ASPECTOS NECESSÁRIOS PARA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FL+P:

Para organização dos serviços, diversos aspectos devem ser considerados, tais como: recursos humanos, estrutura física, materiais, equipamentos, insumos, sistema de informação, entre outros. Para tanto, é preciso:

- a) Definir pontos de atenção da rede de saúde e respectivas responsabilidades;
- b) Pactuar/ regular - referência e contrarreferência entre maternidade e hospitais de referência e/ou maternidade e atenção primária à saúde, sendo que quase sempre são nas maternidades que as crianças com fissuras labiopalatais são identificadas e devem ser notificadas;
- c) Organizar fluxo de atendimento, articulação e integração com equipes e serviço;
- d) Identificar necessidade de cirurgias e assegurar oferta;
- e) Elaborar instrumentos técnicos de apoio aos profissionais: protocolos, linha de cuidado, manuais técnicos, informativos, entre outros;
- f) Dispor de sistema de informação, cadastro, prontuário integrado, medicamentos e outros insumos;
- g) Garantir tratamento odontológico e ortodôntico para continuidade e efetividade da reabilitação;
- h) Manter comunicação e integração entre os profissionais dos diferentes serviços de saúde (Atenção Primária, Especializada e Terciária), para evolução terapêutica-reabilitadora;
- i) Definir serviço de referências para a reabilitação fonoaudiologia (comunicação - voz, linguagem e fala) nos serviços de atenção municipal e/ou estadual, para reabilitação pós-cirúrgica, continuidade do cuidado e do sucesso terapêutico;
- j) Qualificar os profissionais para evolução terapêutica-reabilitadora, o que pode ser realizado inclusive a distância, mediado pela tecnologia digital.

7. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO:

O primeiro pesquisador a se preocupar com a prevalência das fissuras foi Frobelius ao encontrar 118 casos entre 180 mil crianças (0,7/1.000), em um hospital de St. Petersburg (USA), durante o período de 1833 a 1864 (FOGH-ANDERSEN, 1964). Entretanto, não há consenso na literatura sobre sua prevalência.

Acredita-se que a FL+P pode ocorrer de acordo com a localização geográfica, grupos raciais e étnicos, exposições ambientais e nível socioeconômico. No mundo a ocorrência é de 1/1.000 nascidos vivos; populações asiáticas e ameríndias têm as maiores taxas de prevalência (1/500); populações europeias têm taxas intermediárias (1/1.000); e, as populações africanas têm as mais baixas taxas cerca de 1/2.500. Na Colômbia, observa-se uma prevalência de 1/1.000 nascidos vivos, e, no Brasil, há talvez um dos índices mais heterogêneos do mundo, tanto do ponto de vista sociocultural como do ponto de vista genético. Nagem Filho et al. (1968) encontraram a prevalência de 1,54/1.000, em escolares de Bauru (SP); Cândido observou a prevalência de 0,88/1.000, em Porto Alegre (RS); e, no Espírito Santo, Maia (2007) encontrou uma prevalência de 0,7/1.000 nascimentos.

Freitas et al. (2007) investigaram a distribuição de fissuras entre pacientes que compareceram ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP), Bauru (SP), no ano de 2000. De um total de 803 pacientes não operados, com ou sem malformações adicionais e sem síndromes reconhecíveis, foi observada predominância de fissura completa de lábio e palato, unilateral ou bilateral (37,1%), seguida pela FP isolada (31,7%) e FL isolada (28,4%). Os achados revelaram uma predominância de fissuras completas do palato primário e secundário, cujo tratamento é mais complexo.

Baroneza et al. (2007) descreveram as características de 377 fissurados atendidos por uma instituição de Londrina (PR), e a fissura de maior prevalência foi a transforame (59,9%), a razão entre os sexos foi de 1,5 masculino/1 feminino, 92,6% da população pertencia à classe econômica baixa e as idades maternas e paternas foram respectivamente $25,5 \pm 7,0$ e $29,8 \pm 8,9$ anos de idade. A associação entre as variáveis e os tipos de fissura foi positiva em relação ao sexo e à idade paterna. Não foi observada relação com a idade do pai, mas sim com a da mãe.

As fissuras não sindrômicas estão entre as anomalias congênitas mais comuns, correspondem a aproximadamente 75% de todas as fissuras, e ocorrem em cerca de 1/1000 indivíduos. São mais prevalentes e compreendem os casos em que somente a fissura orofacial está presente, sem associação a nenhuma síndrome ou má formação secundária.

No Espírito Santo (ES) não há muitos dados estatísticos, se estimarmos, o ES possui uma população de 3.885 milhões de habitantes, e o número de nascidos vivos nos últimos anos foi de aproximadamente 58 mil crianças, por isso estima-se que nasce no ES uma criança a cada cinco dias com alguma alteração, muitos desses moram em cidades do interior, principalmente em áreas rurais.

8. SITUAÇÃO ATUAL DO ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATAIS NO ES:

Por muitos anos, parte dos pacientes com fissuras labiopalatais eram encaminhado, por profissionais, ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP) de Bauru - SP, por meio de programas de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), custeados pelo Governo do Estado do Espírito Santo, por essa razão e também na verdade toda e qualquer gestante e bebê nascido no ES não eram sequer acolhidos, transitando por vezes, por diversos serviços, com comprometimento do aleitamento materno e da sua própria sobrevivência. Em face do exposto, tornou-se imperativo a criação de um Centro Ensino, Pesquisa e Atenção Integral ao Fissurado (CEPAIF) que está localizado no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) que prevê as cirurgias primárias e reabilitação dos pacientes em idades de zero a 18 anos.

9. ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL PARA A ATENÇÃO AOS PACIENTES COM FL+P:

9.1. Critérios de elegibilidade para atendimento:

9.1.1. Critérios de Inclusão

Deverão ser encaminhados para acompanhamento no Centro de Referência em FL+P:

- Gestantes com diagnóstico intrauterino de feto com FL+P;
- Recém-nascidos, bebês, crianças, adolescentes, com fissura labial, palatina ou labiopalatina sem outras malformações, comorbidades e sem intercorrências no desenvolvimento;
- Que não esteja dependente de oxigenoterapia;
- Que apresenta resultado de ultrassom abdominal e ecocardiograma normais;
- Que não apresenta outras malformações associadas após avaliação médica e/ou geneticista;
- Pessoas com outras anomalias craniofaciais, envolvendo fissuras orofaciais atípicas, múltiplas anomalias craniofaciais, etc.

9.1.2. Critérios de Exclusão:

- Pessoas apresentando FL+P adquirida por processos traumáticos, neoplasias e outras doenças ou, ainda, decorrentes de procedimentos cirúrgicos alheios ao especificado nesta Linha de Cuidado;
- Pessoas com FL+P associados a grandes síndromes e com envolvimento neurológico. Será feita uma avaliação dessas anomalias e caso não haja capacidade instalada no Serviço, o que ocorre atualmente, a conduta será o encaminhamento para Tratamento Fora do Domicílio em unidades hospitalares da Federação;
- Com ou sem síndrome genética, que apresentou intercorrências no desenvolvimento ou comprometimento multissistêmico.

10. CUIDADO AOS PACIENTES COM FISSURA LABIOPALATAL POR NÍVEL DE ATENÇÃO:

10.1. Atenção Primária à Saúde (APS):

A Atenção Primária por se configurar como uma das principais portas de entradas do sistema de saúde, pode acolher e acompanhar os usuários com fissura labiopalatal e familiares, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Atenção Primária (EAP), Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB), de acordo com sua capacidade. O cuidado humanizado visa construir um espaço de acolhimento numa perspectiva que contemple, além do tratamento, a inserção social, a melhoria do bem-estar e qualidade de vida. A Equipe de Saúde da Família (ESF) atua como coordenadora do cuidado, responsável pelo acompanhamento da família, da gestante, durante o pré-natal e desenvolvimento do bebê após o nascimento, orientação à família, à gestante na amamentação, alimentação, encaminhamentos necessários.

Um dos principais motivos para a busca por consulta na atenção primária à saúde é a gestação. Diante disso, este caracteriza-se como um momento oportuno para realização dos primeiros cuidados neste período de intensas transformações físicas, hormonais, psicológicas, emocionais e sociais da fase da vida da mulher e de sua família.

Assim, um suporte adequado de atenção dos profissionais dos serviços de saúde favorece a passagem por tantas transformações e adaptação à chegada do novo membro familiar. Esse aspecto é importante, por considerar que se trata do período de vulnerabilidade da mulher, especialmente quanto ao risco de adoecimento psíquico (ANDRADE, et al., 2006). Por esse motivo, também é um momento propício para o desenvolvimento de ações preventivas, promoção à saúde e fortalecimento familiar, incluindo a vinculação com o parceiro e outros membros de sua rede de apoio.

Conforme tem sido discorrido, as orientações sobre o cuidado do paciente com FL+P não se limitam ao nascimento do bebê. Em razão da formação da fissura ocorrer ainda no período embrionário entre a sexta e a décima semanas gestacionais é recomendado que sua prevenção seja iniciada durante as orientações oferecidas à mulher em idade fértil (COBOURNE, 2006). Isso deve ser realizado a partir das ações de planejamento reprodutivo nas unidades de Atenção Primária em Saúde,

conforme estabelecido no **Protocolo de Atenção à Saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido**, destacando:

Durante o planejamento da gravidez, recomenda-se que a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada pelo menos 30 dias ou o mais precoce possível antes da data em que se planeja engravidar, para a prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural e, deve ser mantida durante toda a gestação, para a prevenção da anemia.

É importante que a mulher que deseja engravidar, bem como a gestante, tenha acesso a ações de educação alimentar e nutricional para alimentação adequada e saudável.

A pedido da mulher ou, se avaliada a suspeita de gravidez, deve ser providenciada a realização de teste rápido a partir de amostra urinária, permitindo a descoberta o mais precoce possível. Assim, em caso positivo, o profissional de saúde deverá providenciar o pronto início das consultas pré-natais, se possível no mesmo dia com o médico ou com o enfermeiro da equipe.

No momento do diagnóstico da gravidez, caso essa mulher esteja sozinha, o profissional de saúde deve incentivar a participação do(a) parceiro(a) nas próximas consultas de pré-natal ou do(a) acompanhante que ela escolher, conforme orientação do Ministério da Saúde (MS) e legislação Estadual vigente.

Ainda durante o acompanhamento pré-natal, os exames de imagem (ultrassonografia) ocupam papel fundamental para identificar possíveis intercorrências e suspeitas clínicas, sendo imprescindível sua realização no primeiro trimestre (até 12 semanas), quando já pode ser identificada a presença de malformações congênitas, dentre elas a FL+P, que são as anomalias craniofaciais mais comuns.

Assim, caso ocorra a identificação precoce da existência de FL +P, é muito importante que o profissional de radiologia forneça as orientações adequadas à gestante e acompanhante sobre o desenvolvimento geral do bebê, e também sobre o tratamento multidisciplinar fornecido pelo SUS.

Essa informação também deverá ser reforçada pelo médico de família e/ou enfermeiro e/ou cirurgião dentista da Equipe da Saúde da Família (ESF) ou pelo ginecologista/obstetra que acompanha o pré-natal que orientará a respeito da malformação e o tratamento, devendo encaminhar a gestante, via Sistema de Regulação para o **Centro Ensino, Pesquisa e Atenção Integral ao Fissurado (CEPAIF)**.

Assim, a gestante com diagnóstico intrauterino de feto com FL+P será inserida na regulação e agendada para atendimento de acolhida realizado pela equipe Multiprofissional do CEPAIF. Porém, a gestante manterá o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária em Saúde e também será realizado seu acompanhamento psicológico individual ou multifamiliar.

10.1.1. Ações a serem realizadas pelas equipes da APS:

- Acolhimento e repasse de orientações às gestantes e familiares de bebês identificados no pré-natal com FL+P ou alguma deformidade craniofacial associada ou não às síndromes;
- Acolhimento e repasse de orientações às mães e familiares de bebês identificados na puericultura ou em outra fase da vida com FL+P ou alguma deformidade craniofacial;
- Busca ativa para identificação de bebês com FL+P ou alguma deformidade craniofacial associada ou não às síndromes, realizada pelo ACS, e ou equipe de saúde da família;
- Orientação em relação a amamentação/alimentação e a outras condições observadas no bebê com Deformidade Crânio Facial com ou sem FL+P, além das orientações;
-

10.1.2. Competências dos profissionais da equipe multiprofissional na APS:

PROFISSIONAL	FUNÇÃO
Agente Comunitário	<p>Realizar busca ativa dos bebês que nascem com FL+P. Orientar as famílias de portadores de FL+P da necessidade de informar à equipe da APS os casos em que as cirurgias foram realizadas e/ou os pacientes abandonaram as etapas do plano de tratamento realizado pela equipe.</p>
Pediatra e/ou Médico da Família	<p>O paciente para iniciar o tratamento, passará por uma avaliação geral do seu estado de saúde e também para detectar outras possíveis malformações. Para os pais de recém nascidos e lactantes são fornecidas todas as informações necessárias, principalmente sobre a técnica de alimentação e aspectos relacionados à puericultura como: imunizações, crescimento e desenvolvimento. Cabe à pediatria avaliar e preparar os pacientes bem como liberá-los para qualquer ato cirúrgico e acompanhamento pós-operatório.</p>
Nutricionista	<p>Orienta quanto à amamentação, alimentação, importância dos nutrientes para o desenvolvimento físico e cognitivo, ganho ponderal e cuidados no pré e pós-operatório. É fundamental para evitar as defasagens no crescimento, uma vez que destaca os benefícios orgânicos do aleitamento materno e apresenta a alimentação adequada no primeiro ano de vida do paciente com anomalia craniofacial.</p>
Enfermeiro	<p>Realizará consulta ao paciente e sua família, direcionando o olhar para as necessidades básicas do paciente. Vinculada a equipe interdisciplinar, tem como foco a assistência de enfermagem utilizando os conceitos de autocuidado possibilitando o estímulo à participação ativa dos cuidadores nas ações de cuidado. Faz diagnóstico de enfermagem, prescreve cuidados direcionados às</p>

necessidades do paciente e sua família, esclarece dúvidas sobre rotinas cirúrgicas, alimentação, higiene oral entre outras. Trabalha em conjunto com a rede de atendimento ao paciente realizando o cadastramento do paciente no sistema de regulação e acompanhamento dos demais encaminhamentos solicitados. Presta atendimento à gestante. Acompanha o paciente e a família em todas as etapas do processo de reabilitação.

A atuação fonoaudiológica à indivíduos com FL+P tem início no período gestacional, a partir do diagnóstico intrauterino, e se estende durante outras fases do desenvolvimento: recém-nascido (0-28 dias); lactente (1 mês a 2 anos de idade); pré-escolar (2-5), escolares (6-11) e adolescente (12-18). Em muitos casos, há a necessidade de atendimento na fase adulta, especialmente quando a intervenção não ocorreu na infância e adolescência. O fonoaudiólogo se volta para o cuidado direcionado ao desenvolvimento dos aspectos oromiofuncionais; das estruturas e funções do sistema estomatognático (sucção, deglutição, mastigação, respiração e fala); da linguagem oral e escrita somado a sua aprendizagem; ressonância; voz e audição.

A conduta do fonoaudiólogo inicia-se através do contato com a família, logo no nascimento da criança, explicando como deve ser realizada a amamentação do bebê, orientação dos pais sobre os problemas que poderão surgir na fala, marcação de visitas periódicas para avaliação, estimulação a linguagem e introdução de exercícios de sopro. A prevenção de problemas musculares é o foco principal. Com os músculos da face em ordem, facilitará que o bebê seja alimentado adequadamente, tenha um desenvolvimento psicológico e motor normal e promova a

Cirurgião dentista

maturação das estruturas orofaciais, juntamente com um bom padrão da fala.

O acompanhamento com o cirurgião-dentista ou odontopediatra é de fundamental importância em todas as fases do tratamento.

O Cirurgião Dentista deve estabelecer um programa de orientação quanto aos autocuidados (alimentação, higiene bucal, prevenção de cáries dentárias, gengivite, etc). No pré-natal, as gestantes além de receberem o tratamento odontológico necessário, devem receber orientações sobre higiene bucal do bebê, amamentação, introdução alimentar e como evitar hábitos bucais deletérios. A presença de lesões cariosas indicam focos infecciosos e quando presentes impossibilitam a realização do tratamento cirúrgico. Portanto, deverão ser realizadas profilaxias a cada seis meses além de outros tratamentos como, dentística, endodontia ou exodontias sempre que indicados. A atuação do odontólogo é constante, pois começa, sempre que possível, na maternidade, logo após o nascimento, e finaliza ao se obter a normalização da oclusão dentária, de acordo com as características individuais do caso, em torno dos 18 anos de idade.

Psicólogo

Acolhimento da família e do bebê, que podem não ter sido atendidos ainda na gestação, especialmente nos casos de diagnóstico apenas ao nascimento. A escuta qualificada psicológica permite a elaboração pela família do luto do bebê imaginário/ideal, a partir dos sentimentos vivenciados (tristeza, medo, culpa, raiva, impotência, etc) e a ressignificação para acolhimento do bebê real, preparando-os para o processo de vinculação afetiva, realização dos cuidados e alimentação, atendimento às necessidades do

Assistente Social

bebê, reorganização da família, adaptação emocional, melhora da autoconfiança materna e fortalecimento da competência familiar. São realizadas orientações sobre o tratamento, esclarecidas dúvidas quanto às informações contraditórias e realizada preparação para as etapas, uma vez que geram impacto na dinâmica familiar e relações interpessoais, podendo ter outras consequências psicossociais. Também busca-se fortalecer fatores protetivos, especialmente a rede de apoio familiar.

Responsáveis pela análise do perfil sócio-econômico e psicossocial dos familiares e pacientes, atuam como intermediários entre a família dos fissurados e a equipe multidisciplinar das UBS e dos Centros de Referência.

QUADRO3. Atuação e Competências dos profissionais da equipe multiprofissional na APS

10.2. ATENÇÃO AOS PACIENTES COM FL+P NA ATENÇÃO SECUNDARIA

10.2.1. Recém nascido na Maternidade

Imediatamente após o parto, os profissionais de pediatria e neonatologia, ao realizar os exames de rotina estabelecidos na Linha de Cuidado Materno-Infantil deverão também proceder à avaliação do palato, por meio do exame físico com luz e toque (HUNTER et al., 2014).

Sendo diagnosticada a FL+P, o profissional pediatra ou neonatologista da maternidade pública ou privada deverá registrar a notificação compulsória no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC (Campo 34).

Em caso do recém-nascido apresentar outras comorbidades, deverá ser mantido o acompanhamento clínico necessário durante a internação. Em caso de múltiplas malformações (ex. cardiopatia ou outros defeitos de linha média como onfalocele,

hérnias volumosas). A partir do momento em que mãe e filho estiverem em condições adequadas para a alta hospitalar, deverá receber as orientações adequadas para acesso à primeira consulta no Serviço Multidisciplinar de Atendimento a Pacientes com Fissuras Labiopalatais.

Em caso de maternidade pública, o profissional vinculador da maternidade, deverá inserir o portador de FL+P no Sistema de Regulação, para o atendimento de primeira consulta, no CEPAL e informar a UBS a qual o paciente faz parte que realizou o agendamento da consulta, para que a unidade de saúde esteja ciente desse agendamento e não haja quebra do vínculo do paciente com a sua UBS de origem pois ela será o seu ponto de apoio nas intercorrências que possam vir acontecer.

Em caso de maternidade privada, deverá ser realizado o encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde - UBS de referência da área de moradia da gestante e do bebê, para que, a partir do sistema de regulação seja inserido para a primeira consulta no CEPALIF.

Há necessidade de sensibilizar as maternidades pública ou privada que é indispensável que a genitora receba orientações sobre amamentação e acompanhamento nutricional.

A mãe deverá ser orientada e estimulada, desenvolvendo sua autoconfiança (ROCHA, 2016), uma vez que a amamentação do paciente com fissura labiopalatal exige mais dedicação, por ser mais lento e com pequenos intervalos, com atenção ao posicionamento mais ereto e acompanhamento regular do ganho de peso, devido à ingestão reduzida do leite e outras dificuldades (DI NINNO, 2011). Apesar desses desafios, devem ser reforçados os benefícios do aleitamento materno do bebê com fissura labiopalatal, pois além das vantagens já conhecidas, estimula o equilíbrio da musculatura orofacial, reduz ocorrência de infecções de ouvido e de inflamação de mucosa nasal (BRASIL, 2015).

Diante da complexidade que envolve a amamentação do paciente com fissura labiopalatal, é importante que o profissional de saúde esteja acessível para compreender os sentimentos e percepções maternas envolvidas no processo de aleitamento.

11. ATENDIMENTO DOS PACIENTES (FL+P) NO CEPAIF

Os pacientes agendados para o CEPAIF, terão a consulta de acolhimento, realizada pelo assistente social e psicólogo. Neste momento, também são encorajadas as participações do genitor e/ou de demais membros familiares, à escolha dos responsáveis. O encontro de acolhimento promove uma comunicação mais horizontal e a construção de um espaço de diálogo. Nele, são acolhidas as angústias, inseguranças, medos e outros sentimentos dos participantes. Além disso, oferece acesso a informações gerais sobre a fissura labiopalatal, as etapas do tratamento e esclarece dúvidas. Tudo isso contribui para o sucesso do tratamento, o desenvolvimento adequado da criança e o fortalecimento dos vínculos familiares e com a equipe.

Após o acolhimento, o paciente deve ser encaminhado **para consulta de acolhimento realizada pela equipe multidisciplinar do CEPAIF** onde o portador com fissura labiopalatal será avaliado, considerando as suas necessidades específicas e terá seu **Plano Terapêutico Singular (PTS)** realizado. É essencial que os responsáveis pela criança com fissura sejam orientados sobre o diagnóstico e aspectos importantes, como a alimentação adequada e o futuro desenvolvimento da fala. Devem ser informados sobre os hábitos inadequados que devem ser evitados e as etapas do tratamento. É fundamental seguir as orientações médicas e o compromisso familiar com a adesão a todas as fases do tratamento, que vai desde o nascimento até a fase adulta. Isso inclui atendimentos especializados em ambulatorios, cuidados pré e pós-operatórios, altas assistidas e retornos para etapas posteriores. As cirurgias, como queiloplastia, palatoplastia, enxerto ósseo alveolar, rinoplastia e ortognática, são instrumentos essenciais para viabilizar essas etapas terapêuticas, favorecendo o desenvolvimento físico, emocional e social adequado do paciente e de sua família. Os encaminhamentos/ agendamentos para as especialidades da equipe multidisciplinar serão realizados internamente, conforme Plano Terapêutico Singular (PTS) e protocolos clínicos específicos: pediatria, nutrição, fonoaudiologia, ortopedia em bebês, psicologia, serviço social, cirurgia plástica, odontopediatria, otorrinolaringologia, enfermagem, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, terapia ocupacional, fisioterapia. Caso a equipe avalie a necessidade de encaminhamento para especialidade não contemplada no

Ambulatório de Especialidades, a criança será encaminhada a Unidade Básica de Saúde para inserção no sistema vigente de regulação.

Caso o paciente se enquadre nos **critérios de exclusão**, identificada a necessidade, poderá ser encaminhado para tratamento em outro Estado por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), conforme rotina estabelecida e critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA-ES).

11.1 A composição da Equipe Multiprofissional do CEPAIF – QUANTIDADE E CARGA HORÁRIA:

PROFISSIONAL	QUANTIDADE	HORAS/ SEMANA
Anestesista	01	20 h
Cirurgia plástica	02	20 h
Otorrinolaringologia	01	20 h
Pediatra	01	20 h
Cirurgião bucomaxilofacial	02	20 h
Odontopediatra	01	20 h
Ortodontista	01	20 h
Protesista	01	20 h
Implantodontista	01	20 h
Enfermeiro	02	40 h
Fonoaudiólogo	02	40 h
Nutricionista	01	30 h
Fisioterapeuta	01	30 h
Assistente Social	01	40 h
Técnico em Saúde Bucal	02	40 h
Auxiliar administrativo	02	40 h

QUADRO 4. Especialidade e carga horária da Equipe Multiprofissional do CEPAIF

11.2 A composição da Equipe Multidisciplinar do CEPAIF - ESPECIALIDADE E FUNÇÃO:

PROFISSIONAL	FUNÇÃO
Anestesista	Avaliação pré-operatória, revisando o histórico médico do paciente para identificar possíveis riscos e escolher o tipo de anestesia mais apropriado. Durante a cirurgia, o anestesista monitora continuamente os sinais vitais do paciente, como a frequência cardíaca, pressão arterial e níveis de oxigênio, ajustando a anestesia conforme necessário para manter a estabilidade e a segurança. É responsável por gerenciar a dor do paciente durante e após o procedimento, ajustando a medicação para garantir conforto. Após a cirurgia, supervisiona a recuperação do paciente
Cirurgia plástica	O cirurgião plástico é o elemento da equipe de atendimento ao paciente fissurado, responsável pela determinação da melhor época para a realização das cirurgias corretivas primárias das fissuras labiais e palatinas. Acompanhará o crescimento do paciente e realizará as cirurgias secundárias corretivas quando necessárias: a nível de nariz e lábio, assim como o tratamento da insuficiência velofaríngea (IVF), quando presente (CRONIN, 1987).
Otorrinolaringologia	Acompanhamento da audição; prevenção e tratamento de lesões no ouvido, nariz e garganta.
Pediatra	Investigar desvios nutricionais ou outras doenças associadas, além de acompanhar o desenvolvimento neuromotor e intelectual, fazendo o diagnóstico da malformação. Perceber a não aceitação da malformação pelos familiares (quando existir), orientar a forma adequada de tratamento, mostrando as possibilidades de reabilitação dentro de um contexto realista, mais humano

	e solidário, elaboração de laudos e encaminhamento para outras especialidades quando necessário.
Cirurgião bucomaxilofacial	Enxerto ósseo alveolar (entre 09 e 12 anos); cirurgias ortognáticas; cirurgias orais.
Odontopediatra	Avaliação inicial, orientação, tratamento, acompanhamento contínuo e atendimentos com demais especialidades.
Ortodontista	Ortodontia preventiva e tratamento contínuo.
Protesista	Reabilitação da estética e função por meio de próteses odontológicas fixas e/ou removíveis
Implantodontista	Realizar implantes odontológicos que criam condições para a instalação de próteses odontológicas
Enfermeiro	Participa na equipe multidisciplinar prestando assistência ao portador de fissura labiopalatal sobre prevenção, orientação, recuperação, reabilitação, unidade de internação, centro cirúrgico e aconselhamento familiar.
Fonoaudiólogo	Responsável pela detecção sistemática, identificação, avaliação, interpretação, diagnóstico diferencial, reabilitação das funções de fala, linguagem, audição, voz, sucção, mastigação e deglutição e prevenção dos problemas de comunicação associados à FL+P atuando desde o nascimento até a vida adulta. Avaliação inicial e contínua da audição e fala; orientação pré e pós-operatória; avaliação da função velofaríngea, e terapia fonoaudiológica contínua.
Nutricionista	Avaliação nutricional, orientação e acompanhamento do paciente
Fisioterapeuta	Trabalha para melhorar a função muscular oral e facial, auxiliando na cicatrização e na redução do edema. Ele realiza exercícios específicos para fortalecer a musculatura envolvida, ajudando a melhorar as funções de mastigação, sucção e fala. Além disso, o fisioterapeuta

	orienta sobre a postura correta e técnicas de respiração que podem facilitar a recuperação. O acompanhamento fisioterapêutico é contínuo e ajustado de acordo com as necessidades do paciente, visando sempre a otimização dos resultados funcionais e estéticos da cirurgia.
Assistente Social	Acolhimento e apoio biopsicossocial ao paciente/família de forma contínua; orientações dos direitos dos fissurados, orientação sobre obtenção de recursos financeiros e programas sociais; encaminhamentos para outros serviços públicos e da rede sócio assistencial; busca ativa dos faltosos quando necessário.
Psicólogo	Avaliação psicológica do paciente; acompanhamento psicológico do paciente/família, de forma contínua; avaliação do desenvolvimento cognitivo; orientação do paciente adolescente.
Técnico em Saúde Bucal	Educação e a instrução dos pacientes e suas famílias sobre cuidados de higiene oral, que são essenciais para prevenir infecções e promover uma boa cicatrização pós-operatória. Antes da cirurgia, o técnico pode ajudar a preparar o paciente, garantindo que a cavidade oral esteja em condições ideais para o procedimento. Auxiliar o cirurgião dentista durante os procedimentos odontológicos. Após a cirurgia, ele auxilia na manutenção da higiene oral, fornece instruções específicas para o cuidado dos dentes e gengivas, e incentiva práticas saudáveis para proteger a área operada. Colaborar com outros profissionais da equipe multidisciplinar para monitorar e apoiar o progresso do paciente, assegurando que todas as práticas recomendadas sejam seguidas para uma recuperação bem-sucedida e para melhorar a saúde bucal a longo prazo.
Auxiliar administrativo	Responsável por organizar e manter a documentação dos pacientes, assegurando que os registros estejam

	<p>atualizados e acessíveis. Além disso, coordena o agendamento de consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, garantindo que o cronograma de tratamento seja seguido corretamente. Também fornece suporte no atendimento aos pacientes e suas famílias, esclarecendo dúvidas e orientando sobre as etapas do tratamento. O auxiliar apoia a equipe multidisciplinar na logística de reuniões e organização de materiais, além de facilitar a comunicação entre pacientes, familiares e a equipe médica, assegurando uma troca eficiente de informações.</p>
--	--

QUADRO 5. Especialidade e Função da Equipe Multiprofissional do CEPAlF

11.3 . Itinerário Terapêutico do paciente no CEPAlF

O itinerário terapêutico de portadores de FL+P deve começar desde o momento do diagnóstico e continuar após o nascimento, até a fase final do tratamento, que, em alguns casos, se estende até a idade adulta do paciente. Esse processo envolve várias etapas, como: queiloplastia, palatoplastia e tratamentos de fonoaudiologia e ortodontia, cirurgias ortognáticas, cirurgias plásticas.

A jornada terapêutica é personalizada conforme as necessidades do paciente e é guiada pela avaliação de uma equipe multiprofissional no centro de referência para fissuras labiopalatais (FL+P) e da equipe da APS que disponibilizara a atenção integral e longitudinal de acordo com as especificidades de cada tratamento.

Este percurso cuidadoso é fundamental para garantir que o paciente alcance o melhor resultado possível em termos de funcionalidade e estética, proporcionando uma melhoria significativa em sua qualidade de vida e bem-estar.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A linha de cuidado para o tratamento de fissurados labiopalatais representa um modelo abrangente e multidisciplinar que busca atender de forma integral as complexas necessidades dos pacientes desde o nascimento até a vida adulta. Este modelo enfatiza a importância de um diagnóstico precoce, possibilitando que o plano terapêutico seja iniciado rapidamente, o que é crucial para o sucesso do tratamento.

Desde os primeiros momentos, o envolvimento de uma equipe multidisciplinar é fundamental. Profissionais de várias áreas, incluindo cirurgiões, fonoaudiólogos, dentistas, psicólogos, e assistentes sociais, trabalham de forma coordenada para criar um plano de tratamento personalizado. Cada especialista traz uma perspectiva única, garantindo que todas as dimensões do desenvolvimento do paciente sejam contempladas.

O tratamento começa frequentemente com intervenções cirúrgicas iniciais, como a queiloplastia e palatoplastia, que são essenciais para corrigir a fissura e permitir o desenvolvimento adequado da fala e alimentação. O pós-operatório requer cuidados específicos, com a intervenção de fisioterapeutas e fonoaudiólogos que promovem a reabilitação funcional, favorecendo o fortalecimento muscular e a melhoria da articulação da fala.

Além dos aspectos clínicos, o suporte emocional e psicológico é uma parte vital do tratamento. A fissura labiopalatina pode impactar significativamente a autoestima e a interação social do paciente, e o apoio psicológico contínuo ajuda a enfrentar essas questões, promovendo a aceitação e integração social. A presença constante de um psicólogo na equipe é crucial para oferecer esse apoio e para trabalhar com as famílias, cuidando do bem-estar emocional de todos os envolvidos.

A linha de cuidado também enfatiza a importância do acompanhamento longitudinal. O crescimento do paciente exige ajustes contínuos no plano de tratamento, incluindo possíveis intervenções ortognáticas na adolescência e juventude, para corrigir anomalias remanescentes e otimizar a função e a estética facial.

Os responsáveis pelos pacientes desempenham um papel central ao longo de todo o processo. É essencial que estejam bem informados e engajados, participando

ativamente das decisões sobre o tratamento e sendo orientados sobre os cuidados diários necessários. Programas educativos e grupos de apoio são estratégias valiosas para empoderar as famílias, ajudando-as a compreender melhor o percurso de tratamento e a apoiar efetivamente seus filhos.

Concluindo, a linha de cuidado para fissurados labiopalatinos é um exemplo de como a saúde integrada pode transformar vidas. Ao oferecer um tratamento holístico e centrado no paciente, promove-se não apenas a saúde física, mas também o desenvolvimento emocional e social, assegurando que cada paciente tenha a oportunidade de viver plenamente. Esta abordagem integrada, que valoriza a colaboração entre diferentes disciplinas e o envolvimento ativo da família, é essencial para o sucesso a longo prazo e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Assim, esperamos que este documento cumpra o objetivo de orientar e direcionar os profissionais quanto ao fluxo apropriado de atendimento da pessoa com fissura labiopalatal até a finalização de seu tratamento.

REFERÊNCIAS

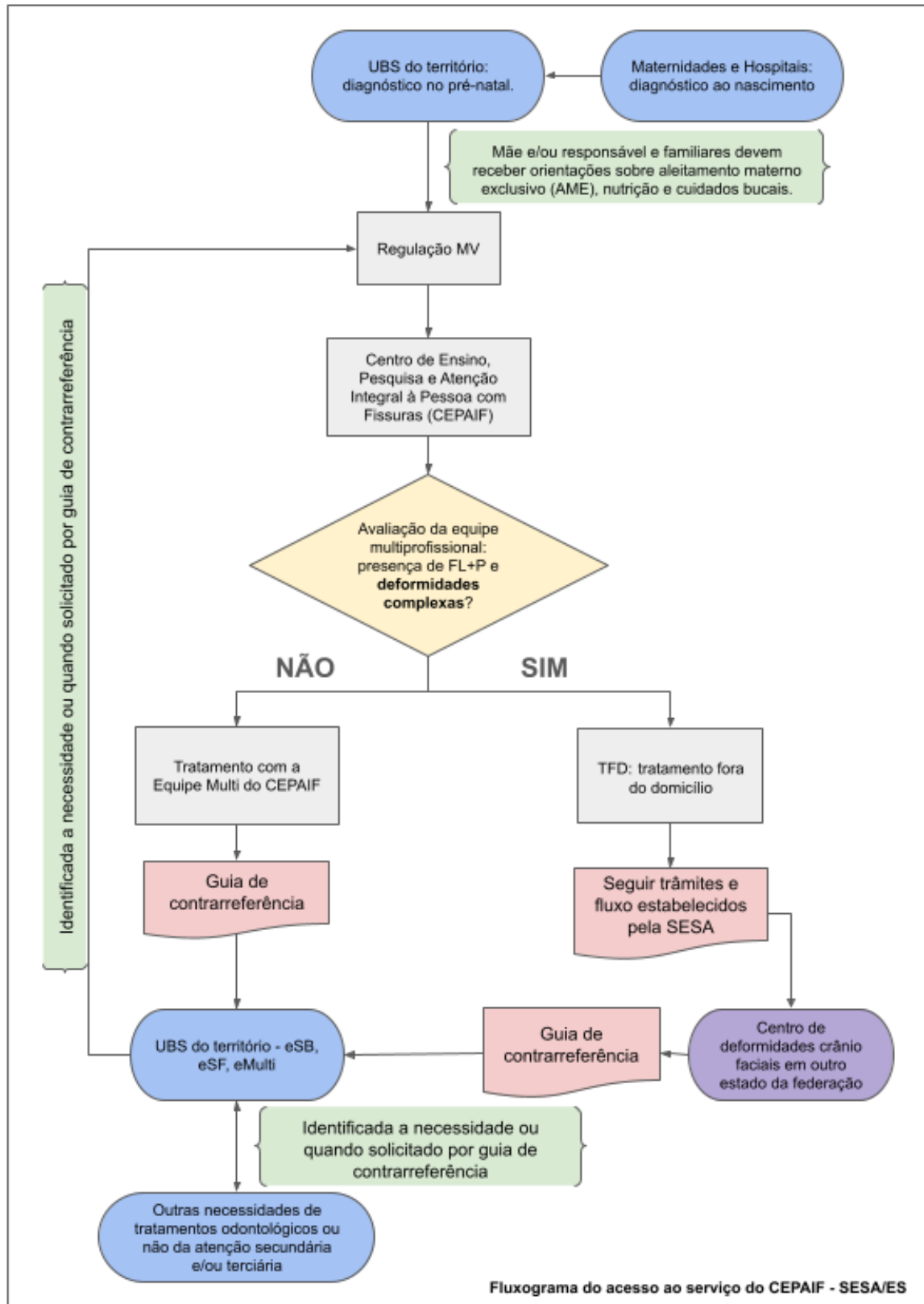
1. ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 9, n. 6, p. 37-41, 2001.
2. ARAÚJO, M. F. P. Ocorrência de hábitos orais e maloclusões em crianças com fissuras lábio-palatinas. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 237-243, 2012.
3. BARONEZA, J. E. et al. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Health Science*, v. 27, n. 1, 2005.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança, aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: s.n., 2015.
5. BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde DF. Linha de cuidado à pessoa com fissura labiopalatal no âmbito da SES-DF. Brasília, 2019. Disponível em: . Acesso em: 09 ago. 2021.
6. CAMPBELL, A.; COSTELLO, B. J.; RUIZ, R. L. Cleft lip and palate surgery: an update of clinical outcomes for primary repair. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, v. 22, n. 1, p. 43-58, 2010.
7. CÂNDIDO, T. T. Epidemiologia das fendas de lábio e/ou palato: estudo de recém-nascidos em dois hospitais de Porto Alegre, no período de 1970 a 1974. 1978. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1978.
8. CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface*, v. 13, p. 31, 2009.
9. 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. 161-166, 2005.
10. CHUNG, C. S. et al. Segregation analysis of cleft lip with or without cleft palate: a comparison of Danish and Japanese. *American Journal of Human Genetics*, v. 39, p. 603-611, 1986.
11. COLARES, V.; RICHMAN, L. Fatores psicológicos e sociais relacionados às crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. Grupo Editorial Moreira. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2130. Acesso em: 15 abr. 2016.
12. COBOURNE, M. T. A genética complexa do lábio leporino e fenda palatina. *European Journal of Orthodontics*, v. 26, n. 1, p. 7-16, 2004.
13. DI NINNO, C. Q. M. S. Aleitamento materno exclusivo em bebês com fissura do lábio e/ou palato. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 16, n. 4, 2011.
14. DOMINGUES, A. C. et al. Desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos professores. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 16, n. 3, p. 310-316, 2011.

15. FOGH-ANDERSEN, P. Genetic and non-genetic factors in the etiology of facial clefts. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 1, p. 22-29, 1967.
16. FRANCO, D.; GONÇALVES, L. F.; FRANCO, T. Management of cleft lip and palate in Brazil. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, v. 37, n. 4, p. 272-276, 2003.
17. FREITAS, J. A. de S. et al. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. *Brazilian Oral Research*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 128-133, 2004.
18. FRASER, F. C. The genetics of cleft lip and cleft palate (review). *American Journal of Human Genetics*, v. 22, p. 336-352, 1970.
19. KUMMER, A. W. Velopharyngeal dysfunction (VPD) and resonance disorders. In: KUMMER, A. W. *Cleft palate and craniofacial anomalies: the effects on speech and resonance*. 2. ed. San Diego: Singular Thomson Learning, 2008. p. 45-76.
20. LOFFREDO, L. C. M. et al. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*, v. 28, p. 213-217, 1994.
21. LOPES, L. D.; GONZÁLEZ, N. Z. T. Fissuras labiopalatinas: atuação multidisciplinar precoce - tratamento ortopédico maxilar e ortodôntico. In: CORRÊA, M. S. N. P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, 1998. p. 213-217.
22. MARINO, V. C. C. et al. Articulação compensatória associada à fissura de palato ou disfunção velofaríngea: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, v. 14, n. 3, p. 528-543, 2012.
23. MARTELLI-JUNIOR, H. et al. Prevalência de fissuras orais não sindrômicas em um hospital de referência em Minas Gerais, entre 2000-2005. *Brazilian Oral Research*, v. 21, n. 4, p. 314-317, 2007.
24. MOSSEY, P. A.; DAVIES, J. A.; LITTLE, J. Prevention of orofacial clefts: does pregnancy planning have a role? *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, v. 44, p. 244-250, 2007.
25. MELGAÇO, C. A. et al. Aspectos ortodônticos/ortopédicos e fonoaudiológicos relacionados a pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. *Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v. 7, n. 37, p. 23-32, 2002.
26. MISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 11108/2005, de 07/04/2005 – Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/lei_acompanhante.pdf. Acesso em: 9 ago. 2021.
27. NAGEM FILHO, H. et al. Contribuição para o estudo da prevalência das má-formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Revista da Faculdade de Odontologia de São Paulo*, v. 6, n. 2, p. 111-128, 1968.
28. NASSER, L. S. et al. Ophthalmic changes in cleft lip and palate. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, Rio de Janeiro, v. 75, n. 2, p. 94-98, 2016.
29. NUNES, L. M. N. Prevalência de fissuras labiopalatais e sua notificação no sistema de informação. 2005. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de

- Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2005.
30. PARANAIBA, L. M. et al. Frequência de malformações craniofaciais congênitas em um Centro Nacional de Referência. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, p. 151-160, 2011.
 31. POWER, S. M. et al. Definition of the lateral bulge deformity after primary cleft lip repair using real-time high-resolution ultrasound. *Journal of Craniofacial Surgery*, v. 21, n. 5, p. 1493-1499, 2010.
 32. SÁ, J. et al. Anomalias dentárias nas fissuras labiais e/ou palatinas não-sindrômicas. *Revista Bahiana de Odontologia*, v. 5, n. 3, p. 153-159, 2014.
 33. RICHMAN, L. C. Self-reported social, speech, and facial concerns and personality adjustment of adolescents with cleft lip and palate. *Cleft Palate Journal*, v. 20, n. 2, p. 108-112, 1983.
 34. SANDRINI, F. A. L. et al. Estudo familiar de pacientes com anomalias associadas às fissuras labiopalatinas no Serviço de Defeitos da Face da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, v. 6, n. 2, p. 57-68, 2006.
 35. SHAW, W. C.; SEMB, G. Princípios e estratégias da reabilitação: recomendações da Organização Mundial da Saúde. In: SILVA FILHO, O. J. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*, 2007. p. 1-15.
 36. VIEIRA, A. R. Unraveling human cleft lip and palate research. *Journal of Dental Research*, v. 87, n. 2, p. 119-123, 2008.

ANEXO 1:

Fluxograma do acesso ao serviço do CEPAIF



Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

BERNARDETE DELURDES GUERRA DE MATTOS

ODONTOLOGO - DT
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 07/03/2025 13:05:29 -03:00

CAROLINA MARCONDES REZENDE SANCHES

SUBSECRETARIO ESTADO
SSAS - SESA - GOVES
assinado em 07/03/2025 15:28:32 -03:00

FRANCIELY DA COSTA GUARNIER

CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 07/03/2025 16:03:03 -03:00

ROSE MARY SANTANA SILVA

GERENTE QCE-03
GEPORAS - SESA - GOVES
assinado em 07/03/2025 14:52:57 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 07/03/2025 16:03:03 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por BERNARDETE DELURDES GUERRA DE MATTOS (ODONTOLOGO - DT - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2025-R6QWRQ>