

JULIANA PEREIRA SOARES MOREIRA

**PROPOSTA DE FORMAÇÃO DE UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR
E UM PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO DO PACIENTE
FISSURADO NO PSF DE MACHADO - MG**

MACHADO – MINAS GERAIS

2011

JULIANA PEREIRA SOARES MOREIRA

**PROPOSTA DE FORMAÇÃO DE UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR
E UM PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO DO PACIENTE
FISSURADO NO PSF DE MACHADO - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Elizabeth Rodrigues Alfenas

MACHADO – MINAS GERAIS

2011

JULIANA PEREIRA SOARES MOREIRA

**PROPOSTA DE FORMAÇÃO DE UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR
E UM PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO DO PACIENTE
FISSURADO NO PSF DE MACHADO - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elizabeth Rodrigues Alfenas

Banca examinadora:

Prof. _____ (Universidade)

Prof. _____ (Universidade)

Prof. _____ (Universidade)

Aprovada em: _____ de _____ de 2011.

Dedico este trabalho
A todos que me incentivaram a concluí-lo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu sabedoria, forças e tranquilidade para superar este desafio.

À Profª Drª Lucimari Dippe Faria, minha tutora do curso (CEABSF), pela paciência, dedicação e ensinamentos desta especialidade; e a orientadora Elizabeth Alfenas.

À minha querida família, Elizabeth e Jorge, meus pais, Diogo e Guilherme, meus irmãos, que sempre me apoiaram.

Ao meu esposo, João, pela cumplicidade, amizade e companheirismo e, à minha filha Joana, razão da minha vida e estímulo de todo meu esforço e dedicação; são meu alicerce e incentivo em todos os momentos, pela compreensão e paciência nos meus momentos de angústias e alegrias.

À Enfª Eliane, coordenadora dos PSFs de Machado pelo apoio, colaboração e amizade que tanto contribuíram para que tudo acontecesse.

Aos professores e funcionários do Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família (CEABESF) do pólo de Campos Gerais.

A minha psicóloga e psicanalista, Denise Amorelli, que me ajudou nos momentos mais difíceis e que me incentivou e deu forças para a realização desse trabalho.

As companheiras do curso de especialização, Virgínia e Mariângela, pelo companheirismo e carinho.

Aos funcionários do PSF CAIC, fonte de inspiração e contribuição para realização deste projeto, em especial, o agente comunitário de saúde, Eduardo.

A amiga Nice, pelo auxílio e amparo para concretização deste curso.

Aos funcionários do CENTRINHO de Alfenas, em especial o Adimilson, que me ajudou com tanta dedicação e carinho na realização deste trabalho.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram-se presentes contribuindo e participando desta trajetória.

RESUMO

Este estudo nasce da minha experiência como dentista do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Machado - MG através das atividades desempenhadas no cuidado indireto aos usuários portadores de fissuras labiopalatais e suas famílias, principalmente nas dificuldades em oferecer-lhes um atendimento mais integral e humanizado. Neste sentido, objetivou-se revisar a literatura sobre o problema da fissura labiopalatal e seu tratamento para a formação de uma equipe interdisciplinar e um protocolo para o atendimento do paciente fissurado no referido PSF. Saliente-se que existem instrumentos que favorecem a inclusão das ações de saúde bucal com fissurados no programa de saúde da família como o acolhimento, vínculo e responsabilização, a unidade básica de saúde como espaço terapêutico e intervenções através da visitas dos profissionais do programa de saúde da família. Em contrapartida existem também fatores que dificultam a inclusão dessas ações como: a falta de referência e contra-referência entre o programa de saúde da família e serviços de saúde bucal especializado na área de fissurados; a relutância dos profissionais do PSF em assumir os problemas destes pacientes dentro de seu território de atuação; a dificuldade dos usuários em reconhecer a atenção primária como porta de entrada para o tratamento e principalmente a ausência de um processo educativo permanente para toda ESF (Equipe de Saúde da Família).

Palavras-chave: Fissuras labiopalatais; Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study arises from my experience as a dentist's Health Program (PSF) on Machado - MG through indirect care activities performed in the users suffering from cleft lip and palate and their families, especially the difficulties in offering them a more integral and humanized care. In this sense, the objective was to review the literature on the problem of crack labiopalatal and treatment for the formation of an interdisciplinary team and a protocol for patient care in cleft PSF. Provides for the inclusion of oral health, patients with cleft especially in primary care through family health teams. There are instruments for aid health's actions in the cleft of the family health program as the host connection and accountability, the basic unit of health interventions such as therapeutic area and by visits of professionals in family health program. In contrast there are also factors that hinder the inclusion of such actions as: the lack of reference and cross-reference between the program of family health and oral health services in the specialized area of cleft palate, cleft lip, the reluctance of the FP (Family's Phisician) to take these problems patients within their territory of operation, the users' difficulty in recognizing as the primary gateway to treatment and especially the absence of an ongoing education process for all FP.

Key-words: Cleft lip and palate; Family Health Program

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1	Definição – fissura labiopalatal.....	10
2.2	Incidência.....	11
2.3	Etiologia.....	11
2.4	Crescimento facial.....	13
2.5	Classificação das fissuras.....	16
2.6	Diagnóstico.....	20
2.7	Tratamento do paciente com fissura labiopalatal.....	24
2.8	Sequelas e aspectos psicológicos dos fissurados.....	26
2.9	Equipe interdisciplinar: atribuições das diversas especialidades.....	29
3.	METODOLOGIA.....	33
3.1	Formação da Equipe Interdisciplinar e proposta de um protocolo para o tratamento do paciente fissurado.....	33
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.	CONCLUSÕES.....	40
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

1. INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatais são uma das alterações orofaciais mais complexas e que trazem problemas de má oclusão, de ordem alimentar, de deglutição, de fonação e de respiração, apresentando-se com diferentes sinais e sintomas, sendo reconhecidas pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como um relevante problema de saúde pública. No mundo, nasce uma criança com fissura a cada dois minutos e meio. Já a incidência em brasileiros é de 650/1, ocupando o 4º lugar entre as anomalias congênicas mais freqüentes.

As fissuras labiopalatinas ocasionam distúrbios estéticos e funcionais que podem ser agravados segundo a extensão da lesão ou pela ausência de tratamento adequado

As cirurgias reparadoras primárias (queiloplastia e palatoplastia) têm como objetivo restabelecer a estética facial e permitir o desenvolvimento correto das funções orais: sucção, deglutição, mastigação, fonação e respiração. Estas podem ser favoráveis, desde que não causem tensão tecidual, reposicionando os segmentos maxilares, beneficiando o crescimento e o desenvolvimento das estruturas orofaciais.

Com o tempo, o paciente e sua família passam a se conscientizar de que além da cirurgia, é fundamental realizar o tratamento ortodôntico de modo a respeitar o crescimento da face, pois sua estrutura é formada por ossos e dentes, logo o processo de reabilitação passa diretamente pela área odontológica, com destaque para a ortodontia preventiva, corretiva ou funcional e o tratamento clínico restaurador.

Desta forma, o tratamento das fissuras labiopalatais baseia-se na odontologia, tendo como ponto de equilíbrio a atuação da cirurgia plástica e da fonoaudiologia, e, ainda, a atuação conjunta das demais especialidades, como: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, e Assistência Social.

Neste contexto, entende-se que o conhecimento dos diversos tipos de fissura e do comportamento das respectivas estruturas envolvidas é imprescindível para o profissional que se habilita a trabalhar com pacientes fissurados, sendo de suma importância, estudar os pacientes portadores destas malformações, enfocando-se a relevância da formação de uma equipe multidisciplinar integrante do PSF de Machado-MG, para que se possa obter resultados excelentes, com o fim de se conseguir o maior benefício para o paciente.

Na cidade de Machado, no quadro de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, encontramos, devidos profissionais que trabalham nos PSFs: 06 enfermeiros, 09 auxiliares de enfermagem, 12 técnicos de enfermagem, 01 cirurgião dentista (uma equipe de

saúde bucal), 01 auxiliar de consultório odontológico, 02 psicólogos, 01 fonoaudiólogo, 01 assistente social, 32 agentes comunitários de saúde, 02 técnicos de laboratório, e 02 auxiliares de análises clínicas. No quadro de profissionais médicos encontramos: 05 médicos de saúde da família, 02 ginecologistas e 01 pediatra. Estes profissionais da saúde, estão distribuídos entre 04 unidades de Saúde da Família existentes no município, que são: PSF Rural Douradinho, PSF Rural Caiana, PSF Jardim das Oliveiras, PSF CAIC. Além de toda a infraestrutura básica necessária, cada unidade do PSF, conta também com um veículo, que é usado no transporte dos profissionais, bem como dos pacientes. Os serviços prestados à população pelas equipes do PSF são de extrema importância, pois é um trabalho com enfoque preventivo. É realizado um cadastro geral da população da micro-região, onde são identificadas as diversas patologias existentes como: Diabetes, Hipertensão Arterial, DPOC, Asma Brônquica, Desidratação, Diarréia, dentre outras, prestando tais atendimentos de forma preventiva em casa, conseguindo-se diminuir o nível de internação hospitalar.

Nesta linha de trabalho, a Prefeitura Municipal de Machado, está planejando e executando ações básicas de saúde, visando proporcionar à população melhores condições de vida. Para tanto vem desenvolvendo várias ações, preventivas educativas e curativas, como: implantação, aparelhamento e adequação das Unidades Básicas de Saúde; campanha educativa de atenção à saúde; capacitação de recursos humanos; ampliação das unidades de saúde; promoção de eventos técnicos sobre melhoria da qualidade e eficiência dos serviços de saúde; acreditação hospitalar da rede privada e promoção de educação em saúde.

Por isto, o objetivo deste trabalho é fazer uma revisão da literatura sobre o problema da fissura labiopalatal e seu tratamento para a formação de uma equipe interdisciplinar e um protocolo para o atendimento do paciente fissurado no PSF de Machado - MG.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Definição –Fissura Labiopalatal

As fissuras são aberturas na região do lábio e/ou palato, ocasionadas pelo não fechamento destas estruturas, que normalmente se formam entre a 4ª e 12ª semana de gestação. Elas podem ser unilaterais ou bilaterais e variam desde formas mais leves, como cicatriz labial ou a úvula bífida, até formas mais complexas, como as fissuras atípicas envolvendo outras regiões da face (ORSI JR., 2006). A fissura bilateral apresenta problemas severos de má oclusão alterando assim as funções de respiração, fonação, deglutição e nutrição (FIGUEIREDO et al., 2008)

Já as fissuras labiopalatais são conceituadas por Álvares et al. (1998) como sendo “anomalias faciais congênitas, resultantes de qualquer alteração no decorrer do desenvolvimento embrionário humano, que podem variar desde pequenas assimetrias nas relações maxilares até defeitos faciais com maiores comprometimentos estéticos e funcionais”.

Graciano et al. (2007) relatou que a deformidade provocada pela fissura labiopalatal poderá provocar dificuldades para o desempenho de funções em decorrência da anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica e anatômica, que gere incapacidade para o desempenho de uma atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, conforme previsto no artigo 3º do decreto 3298/99.

As fissuras lábio-palatais são malformações congênitas que trazem como conseqüências, uma série de alterações que comprometem a estética, a fala e o posicionamento dentário dos indivíduos acometidos (FIGUEIREDO et al., 2008).

Segundo Garib et al. (2010b), em alguns pacientes, as fissuras labiopalatinas associam-se a outras anomalias, constituindo, nesses casos, as fissuras sindrômicas, como, por exemplo, a síndrome de Van der Woude, a síndrome velocardiofacial, a trissomia do cromossomo 18, a síndrome Opitz-G (ectrodactilia, displasia ectodérmica e fissura labiopalatina). Mais de 200 síndromes envolvem as fissuras labiopalatinas e a frequência de anomalias associadas é mais alta entre os pacientes com fissura isolada de palato, entre 13 a 50% do que entre pacientes com fissura de lábio associada ou não à fissura de palato, o que corresponde de 2 a 13%.

2.2. Incidência

Segundo Vasconcelos et al. (2002), as fissuras labiopalatinas são as deformidades faciais mais comuns em todas as raças e grupos étnicos. Nem sempre se manifestam isoladamente, podendo estar associadas a síndromes ou outras anomalias. Estima-se que, na população de raça branca, haja uma frequência de fenda labial, associada ou não à fenda palatal, na proporção de 1/1000 nascidos vivos (com variações de 0,7 a 1,3), Entretanto são os asiáticos que possuem a maior incidência de malformações labiopalatais. No Brasil, apesar de ser escasso o investimento em pesquisas para atualização dos dados, pode-se afirmar que para cada 1.000 nascimentos, duas crianças apresentam fissura lábio-palatal, sendo a mortalidade no primeiro ano de vida em torno de 30%. No estudo realizado pelos autores, o gênero masculino é mais afetado que o feminino. As fissuras de lábio com comprometimento palatal são mais frequentes. O lado mais acometido é o esquerdo.

2.3. Etiologia

As fissuras de lábio e palato, visíveis já ao nascimento, levam a alterações nasolabiais e orofaciais, cuja etiologia aparece como resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais produzindo uma variedade de diferentes comprometimentos no organismo dos portadores desse tipo de patologia, conforme as interferências que ocorrem nos estágios de desenvolvimento embrionário (MENEGOTTO, 1989).

Os achados do estudo realizado por Souza Freitas et al., (2004) sustentam a etiologia hereditária da fissura, visto que concluíram que: 1) Uma porcentagem significativa da amostra apresentou um ou mais parentes com anomalias (32,3%). 2) Foi encontrada uma correlação positiva para a recorrência de fissuras em irmãos, assim atenção especial deve ser dada a casais com um filho portador de fissura. 3) As fissuras mais severas parecem ter uma maior influência hereditária que os outros tipos de fissuras, mas este achado requer investigação adicional. Neste intuito os autores ressaltaram que todos os profissionais de saúde devem estar cientes deste fato ao lidar com famílias com casos anteriores de fissuras e anomalias congênitas, para oferecer informação e aconselhamento.

Segundo Machado (2005), as fissuras de lábio e palato, isoladas ou conjuntas, estão entre os defeitos congênitos mais frequentes nos dias atuais. Apesar de o palato ser normalmente fendido durante o seu desenvolvimento, o lábio nunca o é, embora possua sulcos durante o período embrionário. Ainda que associadas com certa frequência, a fissura

labial e a palatal são, embriológica e etiologicamente, malformações distintas. Elas se originam em várias épocas durante o crescimento facial (entre a quarta e a décima segunda semanas de vida intra-uterina) e envolvem processos diferentes de desenvolvimento. A autora descreve uma teoria para o aparecimento de fissuras orofaciais. A rede arterial primitiva é o sistema que primeiro e de modo eletivo seria influenciado por estímulos nocivos, na determinação de um tipo particular de fissura. A nutrição dos botões faciais primitivos é feita pela artéria carótida interna através de um pequeno ramo, a artéria estapédia, na qual emite muitos vasos. Desde o fim do segundo mês de gestação, a estapédia é reabsorvida, mas o transporte sanguíneo de seus ramos terminais é assegurado por uma anastomose com a carótida externa e que irá se tornar eventualmente a artéria facial externa. Assim sendo, caso não se estabeleça tal modificação circulatória em um período crítico da fusão dos botões faciais, pode ocorrer a formação de fissuras labiopalatais, devido à falta de nutrição vascular e conseqüente necrose da região.

Abdo (2005) salienta, ainda, que o palato normal, teto da cavidade bucal, inicia seu desenvolvimento após o lábio, por volta da sétima semana de vida intra-uterina. O crescimento simultâneo de porções laterais da maxila em direção à linha média, acabando por se encontrar, primeiro na região anterior e progressivamente para posterior, formam o palato que estará completo na nona semana de vida intra-uterina. Se as duas porções laterais da maxila não crescerem simultaneamente ou não se unirem na linha média, ocorre a fissura do palato. A fissura pode variar em extensão e largura, dependendo da época de atuação do agente causador e do grau de junção das partes. As fissuras não são formadas pela separação ou dilaceração dos tecidos após a sua formação, mas sim por falta de união durante a fase de formação destes. Dependendo de como e em que época o desenvolvimento da face foi afetado, vários tipos de fissuras podem ocorrer. Assim, é possível ocorrer apenas a fissura de lábio ou somente a fissura de palato, completas ou incompletas, uni ou bilaterais, ou ainda uma combinação de ambas, ou seja, fissura de lábio e palato.

Para Orsi Jr, (2006), a etiologia da fissura é multifatorial, ou seja, se deve à combinação de fatores genéticos e ambientais. O fator genético envolve uma interrelação de várias informações genéticas (genes) herdadas dos pais. Dentre os fatores ambientais, o uso de álcool ou cigarros, a realização de raio X na região abdominal, a ingestão de medicamentos, como anticonvulsivantes ou corticóides durante o primeiro trimestre gestacional.

Goiato et al. (2006) relataram que vários fatores podem influir nessa malformação congênita: a força da lâmina dentária, quanto menor a força dessa na movimentação, menor

será a velocidade levando a uma maior probabilidade de fissura; resistência da língua, quanto maior a resistência desta, maior a probabilidade de ocorrer a malformação; largura da cabeça, quanto maior a largura, maior a dificuldade de fusão dos maciços médio e laterais; forma da face, quanto mais larga, maior a probabilidade de fissura e alterações da cabeça e da mandíbula. Embora a sua forma de transmissão não esteja, ainda determinada, fatores genéticos, mesológicos (nutricionais, químicos, endócrinos, actínicos, infecciosos, anoxiantes, mecânicos, ambientais, stress, alcoolismo, mistos), drogas (antiepléticas, antagonistas do ácido fólico e uso de ácido retinóico) e toxinas na gravidez são comumente responsabilizados como causas associadas à ocorrência da deformidade.

Segundo Garib et al. (2010b), as fissuras sindrômicas, mais raras do que as não sindrômicas, costumam ter etiologia genética, cromossômica ou exposição teratogênica particular já bem definidas ou em definição. Por outro lado, a etiologia das fissuras labiopalatinas isoladas é mais complexa, apresentando causalidade multifatorial, onde tanto os fatores genéticos (sistema poligênico de herança), como os fatores ambientais, desempenham um papel de relevância na determinação da malformação. Os autores ressaltaram que as fissuras labiopalatinas são determinadas dependendo do número ou procedência dos genes e/ou fatores ambientais em ação. A malformação apresenta-se apenas quando a suscetibilidade excede um limiar crítico. E quanto maior a suscetibilidade, mais extensa é a fissura. Por isso, pais de uma criança com fissura labiopalatina podem não apresentar a fissura e tampouco um histórico familiar para esse tipo de malformação; mas, ao gerar uma criança com fissura de lábio e palato, conclui-se que os mesmos possuem genes para a formação dessa fissura. Dentre os principais fatores etiológicos ambientais das fissuras, incluem-se o tabagismo, a ingestão de bebidas alcoólicas, deficiências vitamínicas e drogas anticonvulsivantes. Além disso, especula-se o estresse, devido à liberação de corticosterona, os benzodiazepínicos, doenças virais agudas (vírus influenza da gripe e vírus do sarampo) ou a febre relacionada a elas, radiação ionizante e certos químicos (pesticidas) também possam elevar o risco de fissura.

2.4. Crescimento Facial

Segundo Capelozza Filho e Silva Filho (1992), até os 3 anos de idade, a maxila dos pacientes fissurados crescerá muito, podendo chegar a 4/5 do seu crescimento pós-natal. Nesta fase, já deverão ter sido realizadas as cirurgias reparadoras (inicialmente a dos lábios e posteriormente a do palato), com o intuito estético e de evitar o crescimento desarmônico

e desproporcional da face. Como resultado dessas cirurgias, o lábio operado (mais fino que o normal) pode mostrar-se deficiente e reduzir drasticamente as dimensões da face, tendo como consequência possível uma mordida cruzada, além de agravar a retrusão maxilar quando presente. No processo de crescimento facial dos fissurados após a cirurgia, a maxila tenderá a apresentar deficiências tanto no sentido vertical quanto anteroposterior (maxila menor e retroposta em relação à base do crânio). Sendo assim, a margem orbital do processo zigomático acompanha a retroposição maxilar, contribuindo para a desarmonia da face. A mandíbula mostra-se nos fissurados com o corpo mais curto que o normal e ângulo goníaco mais aberto (rotação no sentido horário, mento mais posterior e terço inferior da face aumentado). Embora tenha uma retrusão maxilar e mandibular em relação à base do crânio, a maxila mostra-se mais retruída. A fissura transforame unilateral completa, sem correção cirúrgica, apresenta ausência de osso alveolar, maxilar e palatino na região de alteração, além da deficiência dos tecidos moles. A maxila apresenta-se com todas as dimensões maiores que o normal ao nascimento. Com o crescimento, pode-se observar um desvio do complexo maxilar para o lado normal, além de um alargamento da maxila no sentido transversal e projeção anterior. A cirurgia numa fase precoce tenderia a restringir este crescimento, o que poderia deixar como seqüela uma retrusão maxilar e uma mordida cruzada. Já nas fissuras transforame bilaterais, ao nascimento, a maxila apresenta-se dividida em 3 segmentos e com falta tecidual. Isto a torna maior tanto nas dimensões laterais como anteroposteriores. Como a pré-maxila mostra-se projetada já na vida intra-uterina (desde a 10^a semana), tem-se um perfil convexo devido à deposição óssea na junção vômer/pré-maxila. Tal convexidade exagerada tende a diminuir após a correção cirúrgica do lábio. Até a puberdade, podemos observar uma face convexa que, a partir desta fase, tende a apresentar um maior desenvolvimento mandibular e uma queda no crescimento maxilar maior que o normal. Nos pacientes com fissuras pós-forame e deficiência de tecido ósseo, podem-se observar alterações no crescimento transversal da maxila, que se mostra pequena e retrusiva.

De acordo com França e Locks (2003), o desenvolvimento facial embrionário humano é bastante complexo. Talvez esta complexidade seja responsável pelo surgimento de inúmeras anomalias congênitas relacionadas à face. Sabe-se que a diferenciação da face humana ocorre entre a quarta e a oitava semana após a fertilização, e qualquer fator teratogênico que atue no decorrer deste período pode provocar defeitos faciais com maiores comprometimentos estéticos e funcionais, como as fissuras de lábio, de palato e de lábio e palato.

O desenvolvimento embrionário da face inicia-se a partir da quarta semana de vida intra-uterina. O embrião mede apenas 3,5mm de comprimento e possui uma cavidade oral rudimentar, o *stomodeum*. Durante esse período, no desenvolvimento normal, os processos maxilares do primeiro arco branquial começam a se desenvolver e no segundo mês de vida intra-uterina, a face embrionária consiste de cinco proeminências – processos faciais – que aparecem em torno do *stomodeum*: o processo frontonasal impar, que constitui o limite superior do *stomodeum*, que resulta da proliferação do mesoderma ventral do encéfalo em desenvolvimento; os processos maxilares pares do primeiro arco branquial, que formam os limites laterais do *stomodeum*; e os processos mandibulares pares deste mesmo arco, que constituem o limite inferior do *stomodeum* (ABDO e ABDO FILHO, 2005).

Ao final da quarta semana, espessamentos ovalados bilaterais do ectoderma da superfície, os placóides nasais, desenvolvem-se de cada lado da porção inferior do processo frontonasal. Em seguida, esses placóides sofrem invaginação para formar as fossetas olfativas, que, ao atingirem o teto do *stomodeum*, terminam um fundo cego. O ectoderma que reveste essas fossetas adere-se àquele que forra o *stomodeum* e com este forma uma membrana buconasal, biepitelial, reabsorvida precocemente por falta de penetração mesodérmica. Com isso, as fossetas tornam-se permeáveis e abrem-se os orifícios nasofaríngeos, constituindo-se as coanas primárias. O mesoderma prolifera sob a forma de ferradura às margens das fossetas olfativas, produzindo os processos nasais internos (processos globulares) e externos. Os processos maxilares evoluem rapidamente e logo se aproximam um do outro e dos processos nasais internos. Cada um dos processos nasais externos é separado dos processos maxilares por uma fenda ou sulco, o sulco naso-óptico, destinado a formar a maior parte do aparelho lacrimal. Este sulco nivela-se rapidamente e depois desaparece, porém nenhuma fusão ocorre nesta linha. Ao final da quinta semana, os olhos situam-se ligeiramente para diante na face e a formação do ouvido externo se inicia (ABDO e ABDO FILHO, 2005).

Durante a sexta e a sétima semanas, os processos nasais internos fundem-se um com o outro e com os processos maxilares. À medida que ocorre esta fusão, os processos nasais internos determinam a ponta do nariz, a columela, o prolábio, a pré-maxila e o filtro, dando-se a este conjunto o nome de palato. O palato é originado em duas partes: o palato primário e o palato secundário. Seu desenvolvimento começa durante a quinta semana de vida intra-uterina e a fusão de suas partes se completa por volta da 12^a semana de vida intra-uterina. O septo nasal desenvolve-se como uma proliferação ascendente dos processos nasais internos fundidos, apresentando a forma de uma crista projetada no interior do *stomodeum*, orientado

no sentido sagital. As porções laterais do lábio superior (situadas em relação ao prolábio) e a maxila formam-se a partir dos processos maxilares. Esses processos se fundem lateralmente com os processos mandibulares e reduzem o tamanho da boca (ABDO e ABDO FILHO, 2005).

Os lábios e as bochechas primitivas são invadidos por mesoderma do segundo arco branquial, que origina os músculos faciais, e o processo frontonasal eleva-se para formar a testa, o dorso e a pirâmide nasal. As porções laterais ou asas do nariz são derivadas dos processos nasais externos, e os processos mandibulares se unem medialmente para constituir o corpo da mandíbula, o lábio inferior e a porção inferior da face. O desenvolvimento final da face ocorre entre a sétima e a oitava semanas de vida intra-uterina, quando o embrião mede entre 19 e 30 mm de comprimento. Nestas duas últimas semanas, ocorrem alterações na proporção e na posição relativa dos componentes faciais. Durante o início do período fetal, o nariz é achatado e a mandíbula, subdesenvolvida. Essas estruturas atingem sua forma característica quando o desenvolvimento facial se completa durante este período. O encéfalo cresce criando uma testa proeminente, os olhos deslocam-se medianamente e as orelhas sobem (ABDO e ABDO FILHO, 2005)

De acordo com Freitas et al., (2009), o crescimento e o desenvolvimento anormal das estruturas craniofaciais em pacientes com fissura lábio-palatina tratados é um achado frequente. As cirurgias primárias do lábio e do palato parecem exercer um efeito restritivo ao crescimento da maxila, já segmentado pela deformidade e com potencial alterado de crescimento, de tal modo que os cuidados na realização da cirurgia inicial são essenciais para o sucesso final do tratamento. Os autores ressaltaram que um dos fatores que compromete o crescimento facial no fissurado pode ser inibição do crescimento, resultante da correção cirúrgica da fissura de lábio e palato em idade precoce.

2.5. Classificação das fissuras

As variações da apresentação de fissuras labiais e fendas palatinas é quase infinita, sendo, portanto, necessário classificá-las em grupos, de modo a descrevê-los para estudar suas causas e comparar os resultados de seu tratamento. As classificações simples são valiosas na prática diária, são fáceis de compreender e produzem grupos extensos, com grandes números de pacientes, mas não conseguem fazer a distinção entre as variações de gravidade dentro desses grupos. Portanto, existe uma tendência de fazer os sistemas de classificação cada vez mais complicados, de maneira a incluir todas as variações, tendo

como resultado o fato de eles se tornarem difíceis de usar, porque os grupos que descrevem ficam menores. Para a maioria das finalidades, é preciso atingir um equilíbrio entre esses dois extremos (WATSON, 2005).

Vários tipos de classificação já foram apresentados, apesar de diferirem em muitos pontos, eles podem ser agrupados em dois grandes grupos: 1) Classificações baseadas em aspectos morfológicos – nessas, as primeiras a aparecerem, o único fator considerado como requisito era o aspecto, ou seja, a aparência do defeito observado; 2) classificações baseadas em aspectos embriológicos que passaram a ser considerados no processo de classificação das fissuras labiopalatais. Atualmente, a classificação mais utilizada no Brasil é a formulada por Spina et al., (1972) que propuseram uma classificação em quatro categorias, tomando como ponto de reparo o forame incisivo, limite entre o palato primário e o secundário. Ou seja, o ponto de referência para esta classificação é o forame incisivo, que separa embriologicamente as fissuras do palato primário e secundário (SILVA FILHO et al., 1992)

O sistema de classificação de Spina et al., (1972) encerra em fundamento dois princípios: a morfologia e a origem embriológica da fissura. Usa como referência anatômica o forame incisivo, vestígio do limite embrionário entre palato primário e palato secundário na vida pré-natal, para classificar as fissuras em três grupos principais: fissuras pré-forame incisivo (fissuras de palato primário), fissuras transforame incisivo (fissuras de palato primário e secundário, simultaneamente) e fissuras pós-forame incisivo (fissuras de palato secundário), conforme figura 1 e 2.

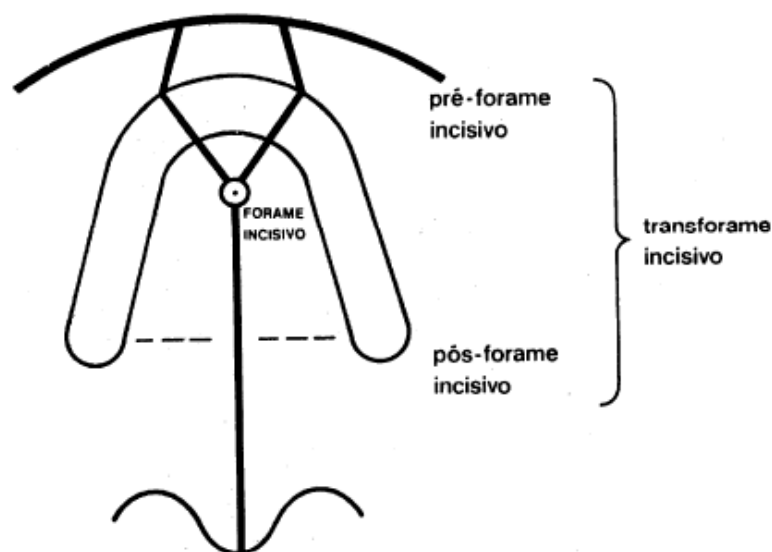


Figura 1 – Esquema ilustrativo da classificação de Spina. Observa-se o forame incisivo como ponto de referência anatômica que separa as fissuras do palato primário e secundário no período embrionário

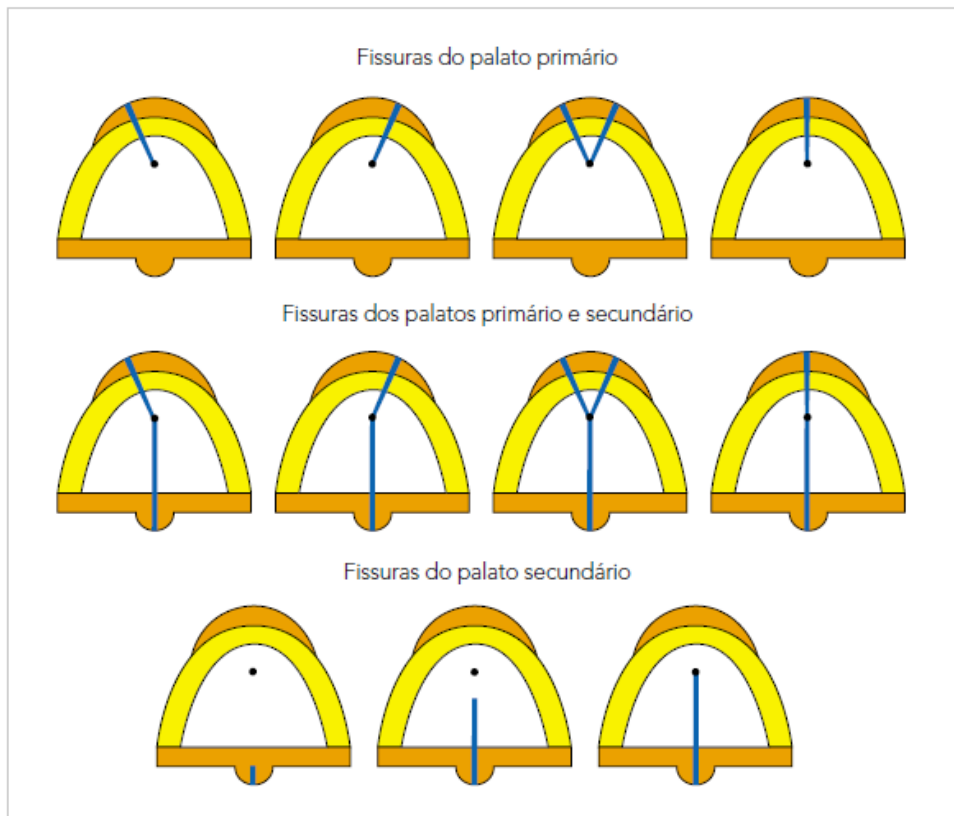


Figura 2 – Representação esquemática das fissuras que envolvem o palato primário e/ou palato secundário.

As fissuras pré-forame incisivo são aquelas que se localizam atrás do forame incisivo, comprometendo o lábio, rebordo alveolar e assoalho nasal, e podem ser: **A**: unilateral (direita ou esquerda): completa, que compromete tecidos moles, rebordo alveolar e assoalho nasal; incompleta, que compromete apenas os tecidos moles. **B**: bilateral, completa ou incompleta. **C**: Mediana completa ou incompleta. Embrionariamente, as fissuras pré-forame uni e bilaterais ocorrem por problemas na fusão dos processos maxilares com o processo nasal médio, e a fissura mediana por alguma deficiência no próprio processo nasal médio. Esse tipo de fissura ocorre antes das anteriores e, geralmente, está associada a síndromes.

As fissuras transforame incisivo são aquelas que passam pelo forame incisivo, atingindo estruturas anteriores e posteriores a ele, comprometendo lábio, assoalho nasal, rebordo alveolar, palatos duro e mole, e podem ser: **A** unilateral direta ou esquerda; **B** bilateral. Embriologicamente, este tipo de anomalia ocorre por deficiência na fusão dos processos maxilares entre si e com o processo nasal médio.

As fissuras pós-forame incisivo são aquelas que se localizam atrás do forame incisivo e podem ser: 1) Completa, quando comprometem toda a extensão dos palatos duro e mole; e, 2) incompleta, quando podem comprometer apenas o palato mole, o palato mole e

parte do palato duro ou só a úvula (úvula bífida). O outro grupo é o das fissuras faciais raras que têm o envolvimento de outras estruturas da face, que se manifestam com a falta de fusão dos processos envolvidos, na vida embrionária.

Abaixo, na figura 3, a classificação das fissuras labiopalatinas proposta por Silva Filho et al., (1992) a partir da modificação na classificação de Spina et al., (1972).

GRUPO I Fissuras Pré-forame Incisivo	a) unilateral <table border="0"> <tr> <td>direita</td> <td rowspan="2">[completa incompleta completa incompleta</td> </tr> <tr> <td>esquerda</td> </tr> </table>	direita	[completa incompleta completa incompleta	esquerda	
direita	[completa incompleta completa incompleta				
esquerda					
	b) bilateral [completa incompleta				
	c) mediana [completa incompleta				
GRUPO II Fissuras Transforame Incisivo	a) unilateral: <table border="0"> <tr> <td>direita</td> <td rowspan="2">[</td> </tr> <tr> <td>esquerda</td> </tr> </table>	direita	[esquerda	
direita	[
esquerda					
	b) bilateral				
	c) mediana				
Grupo III Fissuras Pós-forame Incisivo	a) completa				
	b) incompleta				
Grupo IV Fissuras raras da face					

Figura 3 – Classificação das fissuras proposta por Silva filho et al., (1992).

Como ideal de classificação, a metodologia aplicada deve atender aos seguintes requisitos, segundo Modolin et al., (1996): ser suficientemente clara para impedir interpretações subjetivas das diversas variedades morfológicas; denominar pormenores da deformidade que, eventualmente, possam passar despercebidos; ter simplicidade de termos, de forma a permitir o entendimento entre os profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes portadores da deformidade; incluir as formas raras da deformidade; superar barreiras lingüísticas; portanto, ser de compreensão internacional; permitir a codificação para computadorização e eventuais análises estatísticas.

No estudo de Miranda et al. (2004), o tipo de fissura mais frequentemente encontrado foi o transforame (tipo II), sendo a maioria do subtipo unilateral esquerdo. Observando-se que 51% dos pacientes eram do sexo feminino e 49%, do sexo masculino. A média de idade foi de 12,5 anos, sendo a variação de 4 a 52 anos.

Segundo Abdo e Abdo Filho (2005a), para que se possam estabelecer as bases do tratamento de reabilitação de pacientes portadores de fissuras labiopalatais, faz-se necessário o conhecimento dos diversos tipos de fissuras e das respectivas estruturas envolvidas. Assim, as fissuras de lábio e palato têm recebido atenção diferenciada em relação à proposta de se encontrar uma classificação que permita, através de um método

adequado, agrupar os mais variados tipos de fissuras. Isso acontece, talvez, devido o trabalho com o paciente fissurado ser interdisciplinar e à grande necessidade de comunicação entre os especialistas de áreas diferentes e que estão preocupados com um paciente em comum. Os autores enfatizam que as estruturas básicas envolvidas na fissura labiopalatal são em número de quatro: lábio, processo alveolar, palato duro e palato mole. Estas estruturas podem estar envolvidas de forma completa ou incompleta, nas mais variadas combinações, desde mínimos defeitos envolvendo apenas o vermelhão do lábio (uni ou bilateral), como também defeitos maiores que se estendem para a base do nariz, rompendo o processo alveolar e atingindo a úvula, criando, assim, uma comunicação direta entre a cavidade nasal e a bucal.

2.6. Diagnóstico

Pacientes portadores de fissura de lábio e palato apresentam uma maior frequência de anomalias dentárias como supranumerários, extranumerários e agenesias - quando comparados a indivíduos que não possuem essa anomalia congênita. A ausência congênita de dentes é mais comum do que a presença de extranumerários, ocorrendo no lado da fissura e o dente mais acometido é o incisivo lateral superior, em cerca de 48,3% dos casos. Quanto às alterações de desenvolvimento no tamanho do elemento dentário, os pacientes com fissura bilateral completa de lábio e palato apresentam 5,6% de ocorrência, sendo o incisivo lateral superior o dente mais afetado em todos os tipos de fissuras. No que se referem às inclusões dentárias, os terceiros molares inferiores são os dentes mais frequentemente inclusos, seguidos pelos segundos pré-molares inferiores e segundos pré-molares superiores nos pacientes fissurados (OLIVEIRA et al., 1996).

Segundo Chitty e Griffin (2005), o contorno da face fetal pode ser reconhecido por meio da ultrasonografia, no final do primeiro trimestre e, particularmente, ao se usar o ultrassom transvaginal, as anormalidades podem ser identificadas nas 12-14 semanas. No entanto, o exame da face fetal é difícil nesse estágio da gestação e é mais comum examinar a face por volta de 18-22 semanas. O exame mais tarde na gravidez pode ser difícil, em especial ao se tentar visualizar o palato, porque o sombreamento das estruturas ósseas pode obscurecer a visão. Três vistas são usadas para examinar a face: axial, coronal e sagital. No plano axial, órbitas e ossos nasais, cristalinos, mandíbula, palato, brotos dentários e lábios podem todos ser visualizados em diferentes níveis. No plano coronal, podem ser vistos lábios superiores e inferiores e nariz e, em um nível mais alto, bochechas, pálpebras, cristalinos e fronte. A

visualização da abertura da boca em geral é útil para definir a integridade do lábio superior. A vista sagital demonstra o perfil do feto e é conveniente para examinar queixo, frente e ponte do nariz. As anormalidades do palato podem ser melhor visualizadas na vista axial, ao passo que as do lábio normalmente são mais bem visualizadas no plano coronal, embora o exame dos planos axial e sagital também seja proveitoso. As fendas do palato mole não podem ser detectadas nos exames pré-natais, e as fendas pequenas do palato duro isoladas em geral não são detectadas com ultrassom, porque o palato é difícil de examinar em detalhe devido ao sombreamento das estruturas ósseas circundantes. Os autores ressaltam ainda que, depois de identificar a fissura labial no pré-natal é importante examinar o restante da face meticulosamente para detectar anormalidades que possam alterar o prognóstico. Em geral, a fissura labial é identificada primeiro, porque os lábios são mais fáceis de visualizar. Mais exames do palato com frequência podem revelar fenda associada e a vista sagital pode demonstrar um grau de micrognatia. O exame cuidadoso do restante do feto deve ser realizado para excluir a presença de outras anormalidades estruturais. A cariotipagem fetal deve ser discutida, em especial se houver anormalidades sonográficas associadas ou outros fatores de risco, como idade materna avançada. Em um feto com fenda ou fissura facial isolada e nenhum outro fator de risco, a probabilidade de o cariótipo ser anormal é muito pequena.

No estudo desenvolvido por Mastrantonio et al., (2009), observou-se que em indivíduos com fissura de lábio e palato, as anomalias dentárias são frequentes, sendo sua maior incidência na maxila. As anomalias dentárias são alterações de desenvolvimento que podem atingir dentes decíduos e permanentes, manifestando-se por alterações de tamanho, forma, número, estrutura e cronologia de erupção. A anomalia de número pode se manifestar pelo aumento no número de dentes (extranumerários ou supranumerários) ou diminuição (agenesias). Dentes extra ou supranumerários são resultantes da proliferação continuada da lâmina dentária decídua ou permanente, para formar um terceiro germe dentário. Esses dentes podem apresentar uma morfologia normal, sendo denominados extranumerário, ou serem rudimentares e em miniatura (dentes supranumerários). A anodontia é a anomalia dentária mais frequentemente observada em pacientes com fissura de lábio e palato, afetando, principalmente, o incisivo lateral do lado da fissura. Para a detecção de anomalias dentárias, um dos meios auxiliares mais importantes no diagnóstico da malformação é o exame radiográfico, o qual definirá o diagnóstico correto. O diagnóstico precoce de dentes supranumerários e agenesias é importante para que se estabeleça uma conduta clínica e ortodôntica adequada, visando à obtenção de uma oclusão mais favorável

diante de tais casos.

Garib et al., (2010a), descreveram as etapas para realização do diagnóstico das maloclusões em pacientes com fissuras ressaltando que ele é morfológico e utiliza os mesmos recursos utilizados na documentação ortodôntica convencional: fotografias de frente (em repouso e sorrindo); fotografias de perfil; modelos de gesso; radiografias extrabuciais (panorâmica e telerradiografia em norma lateral) e intrabuciais (periapicais e oclusal de maxila). Na análise facial, com o paciente posicionado na posição natural da cabeça e com lábios relaxados, o ortodontista procura por características morfológicas faciais que denunciem discrepâncias esqueléticas anteroposteriores e verticais. Ele também avalia a estética dos lábios e do nariz operado. Na fotografia frontal sorrindo, observa-se a quantidade de exposição dos dentes anteriores e da gengiva ao sorrir, além da coincidência ou não das linhas médias. Nessa tomada, também é avaliado o corredor bucal, importante indicador de atresias maxilares. Na análise facial de perfil, nas fissuras unilaterais de lábio e de palato, desde a infância (dentaduras decídua e mista), é perceptível a deficiência na projeção sagital do osso zigomático, equivalente de crescimento da maxila.

O padrão facial III é uma constante com o lábio superior aquém do lábio inferior. Quando acentuada, a deficiência anteroposterior da maxila pode ocasionar exposição da esclera dos olhos e aspecto de exoftalmia. A mandíbula frequentemente apresenta tamanho normal ou reduzido, com características de crescimento vertical predominante, com pouca projeção do mento, ângulo queixo-pescoço fechado e linha queixo-pescoço curta. Mesmo diante de deficiências acentuadas da maxila, o ângulo nasolabial apresenta-se fechado (85 a 90°) por causa da posição baixa da columela nasal. Na análise facial frontal, a deficiência no terço médio da face pode estar aparente e as assimetrias do nariz ficam evidentes. Na fissura bilateral de lábio e de palato, a análise facial mostra um perfil convexo na infância, porém, nos adolescentes e nos adultos, o perfil tem contornos predominantemente côncavos e expressa a deficiência sagital da maxila. Os pacientes com fissuras completas bilaterais apresentam uma mandíbula semelhante à do paciente com fissura completa unilateral, com predomínio de crescimento vertical. As características faciais descritas representam o comportamento médio da face nas fissuras completas de lábio e de palato, unilateral e bilateral. No entanto, é importante salientar que a variação individual no padrão facial é frequente, na dependência principalmente da amplitude da fissura e da agressividade das cirurgias plásticas primárias. É relevante observar que: pacientes com fissuras parciais, como as fissuras de palato primário e as fissuras de palato secundário, não apresentam a deficiência sagital do terço médio da face; pacientes com fissura envolvendo apenas lábio e

rebordo alveolar (fissuras do palato primário) assemelham-se à face do paciente não fissurado; pacientes com fissuras envolvendo somente o palato (fissuras do palato secundário) exibem uma birretrusão maxilar, com a mandíbula exibindo características verticais.

No tocante à avaliação cefalométrica, os referidos autores (GARIB et al., 2010a), relataram que os pacientes com fissura transforame unilateral, operados na infância, apresentam deficiência sagital da maxila, com redução expressiva dos ângulos SNA e SN.ENA. O ângulo SNA aparece reduzido já em tenra idade ($79,6^\circ$ aos 5 anos). Durante o crescimento, a deficiência maxilar demonstrou redução progressiva e alcançou, aos 18 anos, um SNA médio de $74,2^\circ$. O ângulo ANB desses pacientes, portanto, mostrou-se reduzido. A restrição em nível da ENA é um pouco menos expressiva do que ao nível do ponto A. A mandíbula apresenta morfologia de crescimento vertical, com ângulo goníaco aberto e plano mandibular girado para baixo e para trás.¹⁴ Seu corpo é curto, comparativamente a pacientes não fissurados. No paciente com fissura transforame bilateral, a restrição do desenvolvimento anterior da maxila é ainda maior, considerando-se que o ângulo SNA decresce 10° dos 5 aos 18 anos (de $84,9^\circ$ para 75°), mas o ângulo ANB não é tão reduzido como no fissurado transforame unilateral, devido à protrusão inicial da pré-maxila nesses pacientes. A morfologia mandibular do paciente com fissura bilateral assemelha-se ao paciente com fissura unilateral.

A **análise cefalométrica**, para pacientes com fissura de palato primário e pacientes com fissura de palato secundário difere dos pacientes com fissura simultânea de palatos primário e secundário. O padrão cefalométrico do paciente com fissura de palato secundário (isolada no palato) aponta base do crânio, maxila e mandíbula curtos, com padrão facial vertical. O paciente com fissura de palato primário (lábio e rebordo alveolar) apresenta características cefalométricas semelhantes ao paciente não fissurado (GARIB et al., 2010a).

A **radiografia panorâmica** é utilizada para uma visão global da dentição, para diagnóstico de anomalias dentárias e para visualização da amplitude e da extensão do defeito ósseo alveolar (GARIB et al., 2010a).

A **radiografia oclusal de maxila** padronizada para fissura, assim como a periapical da fissura, são muito utilizadas para o planejamento do enxerto ósseo secundário e para a avaliação do comportamento do osso enxertado, bem como para a movimentação dos dentes adjacentes.

2.7. Tratamento do paciente com fissura labiopalatal

O tratamento de fissurados tem sido um constante desafio, que deve ser iniciado ao nascimento, visando a melhor adequação da cavidade bucal a todas as demandas funcionais (FARAJ e ANDRÉ, 2007).

Franco et al. (2000) ressaltaram a importância do atendimento multidisciplinar ao portador de fissura labiopalatal descrevendo que o atendimento multidisciplinar ao fissurado visa a proporcionar condições para que o paciente tenha acesso às especialidades necessárias à sua melhor evolução e os familiares recebam orientação para participar deste tratamento de forma favorável. A base deste atendimento é formada pela cirurgia plástica, a odontologia e a fonoaudiologia. Devem participar deste grupo, tornando-o mais abrangente, a pediatria, a cirurgia maxilofacial, a psicologia, a genética, a otorrinolaringologia, o serviço social e a enfermagem. A qualquer momento do tratamento pode ser necessária a participação de outras especialidades. Preferencialmente, o paciente deve ser sempre atendido pelos mesmos profissionais, favorecendo maior continuidade.

Segundo Gallbach (2004), os procedimentos odontológicos preventivos e restauradores nos indivíduos com fissura de lábio e/ou palato são similares aos realizados em indivíduos que não apresentam tal malformação. Medidas preventivas devem ser instituídas desde a primeira infância. O dentista deve orientar os pacientes a respeito de uma correta escovação, o uso de fio dental e a necessidade de uso de fluoreto de sódio na forma de bochecho ou gel. Cuidados são essenciais para prevenir a doença cárie e para manter a saúde bucal destes pacientes, pois os mesmos frequentemente apresentam mal posicionamento dos dentes, principalmente os próximos à fissura.

Segundo Goiato et al. (2006) a Prótese Bucomaxilofacial é a especialidade odontológica que visa ao estudo clínico e à reabilitação de pacientes portadores de malformações congênitas, mutilações traumáticas ou patológicas e distúrbios de desenvolvimento maxilofaciais. As malformações congênitas envolvendo fissuras labiopalatais, de acordo com estes autores, levam à reabilitação do paciente com uma prótese obturadora palatina. A reabilitação protética desses pacientes devolve o bem-estar físico e mental a esses indivíduos, restaurando a estética, a fala e principalmente a função, pela retomada da mastigação e deglutição.

Pinto et al. (2008) relataram que muito embora a fissura labiopalatal não possa ser prevenida, naturalmente todas as suas intercorrências podem ser minimizadas, desde que o

paciente seja assistido oportunamente e principalmente por profissionais de Odontologia e de Fonoaudiologia. A atuação do cirurgião dentista é bastante intensa, pois começa sempre que possível logo após o nascimento e finaliza ao se obter a normalização da oclusão dentária, de acordo com as características individuais de cada caso, em torno dos 18 anos de idade. O odontopediatra além de ser o responsável pela completa manutenção dentária do paciente é o encarregado de acompanhar o desenvolvimento e crescimento facial e corporal, bem como o desenvolvimento da dentição. Exatamente este profissional que deve orientar os pais e o paciente sobre os problemas dentários que podem ocorrer e que são associados com as fissuras como: dentes natais ou neonatais, ausências congênitas especialmente do incisivo lateral (decíduo ou permanente e pré-molares), freqüência de dentes supranumerários, incisivos laterais ectópicos localizados palatinamente, anomalias morfológicas como hipoplasia de esmalte dental, microdontia e macrodontia, dentes fissurados, mordida cruzada posterior, sobremordida, retração da gengiva inserida, perfil convexo associado à prognatismo mandibular ou pseudomandibular. O fonoaudiólogo deve iniciar o tratamento precocemente, na própria maternidade, prevenindo ou minimizando as seqüelas normalmente encontradas, pois o bebê fissurado apresenta alterações das funções vitais, tais como: respiração, sucção e deglutição. O profissional atua em áreas básicas como alimentação, hábitos, sensibilidade, linguagem, audição e desenvolvimento neuropsicomotor. O trabalho tem sua prioridade relacionada inicialmente na manutenção da nutrição, pois dela depende a sobrevivência do portador da fissura e na busca de técnicas que favoreçam a nutrição adequada para o crescimento e desenvolvimento normais, fornecendo benefícios do ponto de vista psicoemocional. Deste modo, a mãe é orientada quanto à importância da amamentação em seio materno, pois o contato mãe-bebê promove equilíbrio emocional e favorece o sistema imunológico do bebê reduzindo o risco de infecções de ouvido. É importante ainda a orientação quanto à postura para amamentação, a fim de evitar que o alimento penetre na nasofaringe e conseqüentemente penetre na tuba auditiva. Além disto, a correta postura facilita o trânsito gastrointestinal, diminuindo assim o acúmulo de ar no estômago, conseqüentemente reduzindo o risco de aspiração, cólica e regurgitação.

O processo de reabilitação das fissuras inicia-se com as cirurgias plásticas primárias, queiloplastia e palatoplastia, realizadas nos primeiros meses e nos primeiros anos de vida, respectivamente. Mas o processo reabilitador não se restringe ao reparo anatômico da fissura. Dependendo do tipo e extensão da fissura, vários outros procedimentos funcionais e morfológicos – como a fala, audição, desenvolvimento da oclusão e crescimento craniofacial – acompanham o indivíduo com fissuras, exigindo a intervenção da equipe

multidisciplinar em época oportunas, no afã de alcançar a reabilitação integral do paciente com essa malformação (GARIB et al, 2010b).

Existem autores que preconizam que a fissura labial deve ser fechada no período pré-natal, de modo que os pais não tenham de sofrer a angústia de ver seu bebê estigmatizado. A cirurgia no recém-nascido é mais arriscada do que no bebê de mais idade; em particular, os sistemas cardiovascular e respiratório são imaturos e as fendas podem ser associadas a outras anormalidades congênitas, em especial as cardíacas (LEES, 2005). É mais importante, quando a cirurgia neonatal for considerada, que ela seja realizada em um centro com um anestesista pediátrico experiente e com instalação de atendimento intensivo, e que a avaliação pré-operatória seja realizada por um pediatra. No entanto, Hathorn (2005) sugere que os resultados da correção neonatal da fissura labial não são melhores que a correção posterior e que o impacto psicológico sobre ao pais não é diferente. Outra corrente (BRADBURY e BANNISTER, 2005) prefere esperar até que a criança seja mais velha – em geral, entre três e seis meses – antes de operar, porque, com o menor risco da anestesia, sentem que podem usar mais tempo para chegar a um resultado melhor, quando o lábio e o nariz estão mais desenvolvidos. Além disso, muitos acreditam que é melhor para os pais gastarem algumas semanas para aceitarem a deformidade do filho, porque isso os preparará para aceitarem os vários problemas que podem surgir durante a infância e que vão exigir tratamento.

Por questão didática pode-se dividir o tratamento ortodôntico em: 1. Tratamento ortopédico maxilar precoce pré-operatório/pós-operatório. 2. Tratamento ortopédico maxilar preventivo-dentição decídua. 3. Tratamento ortopédico maxilar preventivo ou ortodôntico-dentição mista. 4. Tratamento ortopédico maxilar ou ortodôntico corretivo-dentição permanente.

2.8. Sequelas e aspectos psicológicos nos fissurados

Capelloza Filho e Silva Filho, em 1992, relataram que há uma resistência respiratória nasal aumentada na população com fissura, sendo significativamente maior no lado da fissura, independente do tipo de fissura. Esta redução da ventilação nasal guarda uma relação causa-efeito com a redução no tamanho da cavidade nasal, a qual encontra argumentações na configuração anatômica assimétrica do nariz, mucosa nasal edemaciada e atresia maxilar

acentuada pelas cirurgias de lábio e de palato. A presença da fissura de palato acarreta comprometimentos otológicos que podem causar perdas auditivas permanentes devido a vários fatores como o mecanismo de aeração velotubal deficiente, infecção e irritação da tuba auditiva por refluxo de leite e alimentos, posição horizontal da tuba na infância e presença de amídalas e adenóides hipertrofiadas. As anormalidades estruturais do lábio, do processo alveolar e do palato constituem obstáculos palpáveis para a correta articulação dos sons, bem como para a qualidade nasal da voz. As falhas articulatórias variam em função da amplitude da fissura e da atresia transversal e antero-posterior do arco dentário superior.

Segundo Freitas (1998), os problemas dentários presentes em portadores de fissura labiopalatina são: ausência de dentes adjacentes à fissura, mais frequentemente os incisivos laterais permanentes; alta incidência de ausência de dentes em outras regiões, especialmente pré-molares; dentes mal formados, posicionados ectopicamente; dentes supranumerários; falta de suporte ósseo para alguns dentes comprometendo a possibilidade de movimentá-los para posições desejáveis; curva de *Spee* acentuada na maxila, na mandíbula ou em ambos os arcos; arco atrésico; higiene bucal deficiente; doença cárie e doença periodontal.

No tocante à avaliação psicológica, Zane, Tavano e Peres (2002), relataram que esta é importante devido à relação existente entre o estado emocional do paciente no pré-operatório com suas respostas orgânicas, fisiológicas e emocionais no pós-operatório. Esta avaliação também procura verificar, no pré-operatório, se suas expectativas em relação à cirurgia, aos procedimentos cirúrgicos e aos resultados esperados atuam diretamente no seu processo de recuperação pós-cirúrgico, além de oferecer apoio e esclarecimentos que ele precisa para defrontar-se com as mudanças estéticas e funcionais ocorridas. A avaliação do estado psicológico deve ser complementada com a avaliação física e nutricional, uma vez que o bom estado nutricional do paciente promove respostas imunológicas contra infecções, ajuda no processo de cicatrização, além de prevenir complicações futuras. Portanto, para que estas intercorrências sejam diminuídas ou amenizadas são necessárias avaliações, intervenções e acompanhamentos junto ao paciente, a fim de identificar no pré-operatório como o mesmo conduz suas respostas emocionais e os seus mecanismos de defesa, caso haja intercorrências no pós-operatório, pois se o paciente encontra-se confuso e mal informado a respeito dos procedimentos da cirurgia, ou se seus medos, fantasias, angústias e ansiedades não foram discutidos e desmistificados, seu processo de recuperação e reabilitação poderá se complicar.

Figueira (2004) lembra que o portador de fissura labiopalatal sempre foi repellido e ridicularizado pela sociedade. São estes preconceitos que se tenta evitar por meio do tratamento desde o nascimento e/ou até a fase adulta, independente da idade do paciente. Em

bebês, começam a partir dos três meses as diversas intervenções cirúrgicas de fechamento do lábio e recomposição do palato. Ao longo do tratamento, à luz da análise genética da família, a odontologia recupera a arcada dentária, a otorrinolaringologia e a fonoaudiologia corrigem as distorções auditivas e fonovocais, enquanto se intensificam os cuidados para prevenir e curar infecções respiratórias às quais a criança fissurada é mais suscetível. Enfim, é um tratamento lento e intenso de reconstrução orgânica e psíquica para remover as barreiras físicas e sociais que entravam o desenvolvimento do paciente. É de fundamental importância, ainda, a realização de uma série de atividades esportivas, recreativas que estimulam a socialização e a desinibição, fazendo emergir as potencialidades de cada um, anuladas ou camufladas pelo complexo.

De acordo com Graciano et al. (2007), os prejuízos para auto-imagem e auto-estima com reflexos no processo de integração/inclusão social decorrentes dos comprometimentos da comunicação, desfiguramento facial e outros também devem ser usados como critério para enquadramento da pessoa com fissura labiopalatina como deficiente físico.

Neste mesmo sentido, Gomes et al. (2009), tendo em vista que a fissura labiopalatal determina limitações funcionais e estéticas, determinando dificuldades de interação e integração no âmbito familiar e social, elaboraram um estudo observacional retrospectivo com 50 participantes recrutados dentre os pacientes submetidos ao procedimento de reposicionamento de pré-maxila, no período de janeiro de 2003 a julho de 2005, no Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal em Curitiba (CAIF), com o intuito de avaliar as motivações e expectativas em relação ao tratamento e a inclusão e integração social obtida pelo procedimento. Os resultados mostraram 90% de sucesso das cirurgias em relação ao protocolo de atendimento. Quanto às expectativas cirúrgicas e de integração social, estas mostraram que 76% procuraram tratamento em busca de satisfação pessoal e, 86% relataram maior autoconfiança após a cirurgia. Os autores concluíram que a maioria dos pacientes submetidos ao reposicionamento de maxila percebeu a avaliação pós-cirúrgica como continuidade dos cuidados dispensados previamente, com expectativa da aparência e melhora da autoconfiança e, 96% deles manifestaram satisfação com os resultados obtidos, o que facilitou sua inclusão e reintegração social.

Figueiredo et al. (2010) relataram casos clínicos de pacientes com fissura labiopalatina, com o intuito de mostrar o processo de reabilitação e as consequências psicológicas advindas e puderam observar que a fissura de lábio-palato é uma anomalia que causa grande impacto na vida do indivíduo portador, provocando problemas funcionais, estéticos e psíquicos. As disfunções mais comuns são relacionadas à deglutição, à mastigação,

à audição, à respiração, à arcada dentária e à voz nasalizada. Por isso, indivíduos com tal patologia precisam receber cuidados multidisciplinares, e o tratamento deve começar com a maior antecedência possível. Ou seja, é necessária a atuação de uma equipe interdisciplinar, especializada, 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. Os autores sugeriram que o paciente fissurado pode ter um fator genético predisponente a essa doença, podendo apresentar um menor desenvolvimento físico e até mental. Ele pode sofrer preconceito e abandono ou ser negligenciado pela sociedade que não sabe lidar com essa situação, nem que um tratamento correto, na época adequada, pode proporcionar ao doente melhores chances de reabilitação.

2.9. Equipe Interdisciplinar: atribuições das diversas especialidades no tratamento dos fissurados

Entender o processo da fissura de lábio, as alterações fonoaudiológicas, de amamentação e de deglutição, o processo de crescimento crânio facial diferenciado, o auxílio odontológico, além de presenciar todo o aspecto social e psicológico que envolvem o paciente portador de fissura, tem sido uma fonte riquíssima de experiência e informações para os profissionais interessados em fazer parte de uma equipe interdisciplinar para o tratamento e reabilitação dos pacientes. Para o tratamento integral do paciente fissurado é necessário um atendimento interdisciplinar e multiprofissional envolvendo recursos humanos das seguintes áreas e especialidades: Medicina (pediatria, cirurgia plástica, genética); Odontologia (odontopediatria, ortodontia, clínica geral e prótese); Psicologia; Fonoaudiologia; Fisioterapia; Enfermagem e Assistência social.

A atuação do médico **pediatra** é fundamental, na identificação do problema logo ao nascer, na orientação dos pais para criar condições de alimentação do bebê, no acompanhamento e encaminhamento para a cirurgia plástica (PERNETTA et al., 1981). Muitos bebês falecem antes do momento da cirurgia plástica por complicações pulmonares decorrentes do problema. A Pediatria atende os pacientes com fissura lábio-palatal com idade entre 0 e 12 anos, detectando através de entrevista com os pais ou responsáveis, além do

diagnóstico da malformação, desvios nutricionais, outras doenças associadas, o desenvolvimento neuro-motor e intelectual. Percebe e orienta o desajuste entre os pais e pacientes, possibilitando uma forma mais adequada de tratamento, mostrando as possibilidades de reabilitação dentro de um contexto realista, mais humano e solidário. Tratar, quando a conduta clínica for possível, em regime de ambulatório e, internando quando as condições do paciente exigir. Praticando sempre a prevenção e profilaxia das moléstias (CAPELOZA FILHO et al., 1987) .

O profissional da **cirurgia plástica** ao reconstruir a face do recém-nascido, atenua o complexo vivido pelos pais diante do problema. A intervenção deste profissional deve se dar, precocemente, quando a criança atinge 5 Kg de peso (MILLARD, 1971).

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 das fissuras labiais e palatinas. Acompanhará o crescimento do paciente e realizará as cirurgias corretivas necessárias, de deformidades secundárias a nível de nariz e lábio, assim como o tratamento da insuficiência velofaríngea (IVF), quando presente (CRONIN, 1987).

Na adolescência e idade adulta são feitas as cirurgias para a estabilização e correção da maxila e mandíbula através de enxertia óssea, e, cirurgias maxilo-faciais, além de correção de fístulas oronasais residuais (BERTZ, 1981).

Em resumo, o cirurgião plástico é o responsável pela realização das cirurgias necessárias ao tratamento do paciente fissurado, até a sua idade adulta.

A **odontopediatria** esclarece aos pais a necessidade da manutenção da saúde bucal, principalmente, porque este paciente necessitará dos elementos dentários para o tratamento ortodôntico e protético.

O paciente portador de fissura lábio-palatal apresenta alterações dentárias e esqueléticas importantes. Dentre as alterações dentárias podemos citar as de número (supranumerários e agenesias, principalmente adjacentes à fenda), de forma (dentes em forma de T, conóides, hipoplasias e hipocalcificações), de posição (devido a ocorrência da fissura) e de irrupção (dentes neonatais). Estas alterações ocorrem geralmente na região da fissura e dependem do tipo e extensão da fenda. A odontopediatria deve ainda acompanhar constantemente o crescimento e o desenvolvimento dos arcos maxilares, a fim de encaminhar para a ortodontia as possíveis alterações ortodônticas e ortopédicas o alinhamento dos arcos posteriormente (DAMANTE, 1973).

Geralmente o paciente também necessitará de um cirurgião dentista especialista em **dentística, periodontia e estomatologia**.

A **ortodontia** busca a harmonia facial do paciente, induzindo o crescimento da maxila e reposicionando os dentes. No contexto da reabilitação do fissurado lábio-palatal, a terapia ortodôntica é imprescindível. Considerando-se o aspecto interdisciplinar e os fatores limitantes do tratamento (envolvimento anatômico e funcional da fissura, cirurgias mal conduzidas associadas a fatores geo-econômicos e sociais) , o tempo é um fator relevante a ser ponderado na execução da ortodontia. A terapia ortodôntica preventiva ou interceptativa na maioria dos casos é incapaz de eliminar os problemas, fazendo com que o tratamento seja levado para a fase corretiva, cujos resultados são mais previsíveis e estáveis, evitando desta forma, longos períodos de contenção. O tratamento ortodôntico corretivo, salvo algumas peculiaridades na área adjacente à fissura, com atuação mais extensiva na maxila obedece aos princípios básicos da ortodontia, favorecendo sobremaneira as etapas subsequentes da reabilitação.

O **clínico geral (dentística)** atua restaurando e prevenindo novas lesões cariosas. Abordará o paciente fissurado lábio-palatal quanto às suas necessidades odontológicas. Serão abordados aspectos múltiplos inerentes aos trabalhos realizados na clínica odontológica geral como: prevenção, diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento mais adequado para cada paciente em especial.

O **periodontista** atua junto às áreas de **dentística, endodontia, ortodontia e prótese**, tanto preventivamente quanto na fase cirúrgica (GOLDMAN e COHEN, 1980; (MONDELLI et al., 1994; BARATIERI et al., 1984).

Quanto à reabilitação protética são feitas considerações sobre determinadas situações que o protesista deverá levar em conta no seu planejamento, como: tipo de fissura, alterações nos arcos dentários tamanho do espaço protético necessidades de contenções permanentes (quando não se faz a cirurgia de enxerto ósseo), condições geo-econômicas que influenciam nas expectativas do paciente e possibilidade de atender aos retornos solicitados..

A prótese substitui os órgãos dentários ausentes restaurando a estética e função. (TELLES e TELLES, 2009) .

A **psicologia** trabalha primeiramente com os pais e posteriormente com a criança ao longo do seu desenvolvimento. Em nossa sociedade existe um culto ao que é belo e a beleza é muito valorizada. Quanto maiores e mais extensas as malformações, maiores serão suas consequências e a isso é somado o fato de a malformação ser aparente na face do paciente, dificilmente podendo ser ocultada, o que a torna ainda mais “grave” porque provoca reações por parte de todos. A fissura labiopalatal apresenta além do problema estético, repercussões

psicológicas profundas no portador, dificuldades de comunicação oral, de socialização, de alimentação, complicações respiratórias e outras patologias. De acordo com pesquisas recentes, não se pode falar na existência de uma personalidade típica do fissurado. Os problemas que são característicos surgem em função da faixa etária, do meio ambiente específico e do tipo de tratamento clínico ao qual estão sendo submetidos. A criança começa a comparar o seu corpo com o dos pais e companheiros por volta dos dois anos de idade e é a partir daí que ela percebe as semelhanças e diferenças. A entrada na escola pode representar um período de estresse assim como a adolescência, o momento da escolha profissional, etc. No tratamento de pacientes fissurados, os objetivos do serviço de psicologia são:

- Amenizar a ansiedade dos pais após o nascimento de uma criança, que na maioria das vezes não estavam preparados para receber, através de orientações que viabilizem a reabilitação.
- Oferecer às crianças e adolescentes um espaço para resolverem um pouco de sua raiva, tristeza e perguntas não respondidas.
- Proporcionar alívio das questões emocionais para o paciente e seus familiares, integração social e respeito próprio, resultando em um melhor ajustamento da pessoa às suas atividades diárias.
- Dar suporte aos outros profissionais envolvidos na reabilitação, tornando o atendimento mais humano e mais coeso.

A **fonoaudiologia** busca integrar o paciente, tirando as compensações da fala, fazendo com que o mesmo seja aceito dentro do grupo em que convive. A complexidade dos distúrbios da comunicação nos indivíduos portadores de fissura, geram a necessidade de atuação do fonoaudiólogo com o objetivo de colaborar na reabilitação integral do paciente na área de comunicação, o que facilitará toda a relação social do indivíduo influenciando assim nos resultados da Equipe Interdisciplinar. Basicamente são encontradas as alterações: atrasos na aquisição da fala e da linguagem distúrbios articulatórios distúrbios vocais distúrbios auditivos

A fisioterapia assegura melhores condições pós-operatórias, no âmbito da boca e do corpo como um todo.

O serviço de **assistência social** assegura ao paciente condições para o tratamento especializado (transporte, estadia, internações, etc.).

3. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo, foi feita uma revisão bibliográfica realizada nos periódicos nacionais através de revisão nas bases de dados Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (SCIELO), Biblioteca Virtual de Enfermagem e livros pertinentes ao tema. A consulta às bases de dados foi realizada entre os meses de Janeiro de 2011 a Junho de 2011 considerando os trabalhos publicados nos anos de 2000 a 2010 em português com textos completos. Foram pesquisados os instrumentos que favorecem a inclusão das ações de saúde bucal com fissurados no programa de saúde da família como o acolhimento, vínculo e responsabilização, a unidade básica de saúde como espaço terapêutico e intervenções por meio de uma equipe interdisciplinar para o tratamento de pacientes portadores de fissura labiopalatal. Após estudar as particularidade dos pacientes fissurados foi proposto um protocolo para o atendimento destes pacientes no PSF de Machado-MG. Houve a necessidade ações como referência e contra-referência entre o programa de saúde da família e serviços de saúde bucal especializado na área de fissurados.

3.1. Formação da Equipe Interdisciplinar e proposta de um protocolo para o tratamento do paciente fissurado

Recursos humanos: (DR. Emmanuel Engel Ayer, médico do município de Machado, especialista em pediatria, integrante da equipe para a inserção do protocolo de pacientes fissurados , trabalha na Santa Casa de Saúde de Machado . Ele terá o primeiro contato com o bebê fissurado e fará a avaliação de saúde do estado geral da criança e também preencherá o protocolo de atendimento e encaminhará o paciente para o Centro de Especialidade em Alfenas (Centrinho-Unifenas) e o protocolo do paciente será encaminhado para o PSF do Bairro onde reside para a ESF poder acompanhá-lo, evitando assim desistência do tratamento e facilidade de acesso ao Centrinho quando for necessário novamente.

O pediatra ou assistente social entrará em contato por telefone com a equipe do Centrinho, recepcionista Adimilson, que em breve retornará com uma carta convocando o paciente para comparecer no Centro de Especialidade de Alfenas (Centrinho,conveniada com

Bauru), isso acontece em casos que não são urgentes. Quando há urgência é encaminhado de imediato para o Hospital Universitário Alzira Velano.

O paciente e sua família chegando na clínica de Alfenas será recepcionado pelo funcionário Adimilson ou a Patrícia ,que preencherão uma ficha para cadastro e serão encaminhados para os devidos profissionais do Centrinho:

Psicóloga: Denise Moura Leite (a família e o paciente) e H.U.A.V.(Hospital Universitário Alzira Velano).

Recursos humanos na área da Odontologia: Quando necessário os pacientes serão encaminhados para a clínica de Odontologia da Faculdade de Alfenas, Unifenas. As odontopediatras responsáveis serão a Dra. Lúcia Helena da Silveira Souza Reis, professora da faculdade e odontopediatra, a Dra Viviane Mendonça de Paula, professora e odontopediatra e a Dra. Adriana Boeri Freira Tamburini, odontopediatra e professora. Elas também fazem parte da equipe de saúde do Centrinho de Alfenas.

Geralmente o paciente também necessitará de um cirurgião dentista especialista em dentística, periodontista e estomatologista.

Os responsáveis são; dentística, o professor Vítor Alexandre Marinho e Geraldo Sérgio Veronezi, periodontistas são os professores Rodrigo Adley Silveira da Silva e Letícia Monteiro de Barros e a professora Roseli Teixeira Miranda a semiologista.

Bucomaxilo:Ruy César Camargo Abdo Filho

Médico-pediatra:Cassandro Moreira Fernandes

Radiologista: Leandro Carnevalli Franco de Carvalho

Cirurgião plástico: Hudson de Almeida e Eugênia Maria Ferreira Saraiva: médica cirurgiã plástica e professora da faculdade de medicina de Alfenas também com o atendimento no Hospital Universitário Alzira Velano , em Alfenas.(Faz parte da equipe de profissionais do Centrinho de Alfenas)

Fonoaudióloga: Milene Nogueira Monteiro, professora da Unifenas e integrante da equipe do Centrinho de Alfenas.

Nutricionista: Ivina Catarina Oliveira Guimarães

Fisioterapeuta:Helder José Pereira

Ortodontista: Dr.Léo Anízio de Souza, professor e ortodontista da Unifenas . O responsável em confeccionar o aparelho ortodôntico é o protético David Sabatini Junior.

Clínico geral – Dentística :Juliana Moreira

Os protesistas responsáveis pelo paciente serão os professores Sidney Pereira dos Santos e Luiz Alberto Pereira.

Foi proposta junto à ESF CAIC (Equipe de Saúde da Família - Centro de atendimento Integral à Criança e adolescente) de Machado, a elaboração de um plano de intervenção, um protocolo de atendimento voltado para pacientes portadores de fissuras labiopalatais e sua família, para um atendimento integral e humanizado da assistência em saúde bucal e facilitando o serviço de referência e contra referência e o acompanhamento do tratamento da ESF; tendo como referencial as diretrizes propostas no primeiro módulo: Processo de trabalho em saúde apresentado no curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Primeiramente foi exposto à equipe os principais pontos abordados no referencial teórico enfatizando as dificuldades e soluções para abordagem do tema.

Em grande parte das pesquisas foram mencionados os principais fatores que dificultam o trabalho da ESF em saúde bucal à saber: a ausência de um processo educativo permanente para todos os profissionais do PSF, a falta de referência e contra- referência entre o PSF e serviços de saúde bucal para pacientes fissurados, a relutância dos profissionais da ESF em assumir os problemas destes pacientes dentro de seu território de atuação e a dificuldade dos usuários em reconhecer o PSF como porta de entrada para o tratamento.

Vários instrumentos foram levantados que favorecem esta abordagem, são eles: o acolhimento, vínculo e responsabilização do PSF em relação aos usuários com fissuras labiopalatais e sua família, o domicílio como espaço terapêutico, no início do tratamento, onde a família sofre com fatores psicossociais para intervenções através da visitas dos profissionais do PSF.

Foram diagnosticados os principais problemas do processo de trabalho da Equipe em Saúde da Família inadequados para humanizar o cuidado ao portador de fissuras labiopalatais e ausência de um processo educativo permanente em saúde bucal para todos os profissionais da ESF, através de uma análise da realidade na área de abrangência do PSF CAIC de Machado através de técnica de planejamento da planilha de programação local em saúde.

Depois, foram estabelecidas metas, mobilização social e ações educativas, definidos ações e responsabilidades de todos os integrantes da equipe, conforme demonstra a planilha de programação local em saúde-1 abaixo.

Problema	Metas	Prazo	Ações	Responsável	Recursos necessários	Resultados esperados
----------	-------	-------	-------	-------------	----------------------	----------------------

<p>Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para humanizar o cuidado ao usuário com pacientes fissurados e atendimento integral</p>	<p>Implantar a linha de cuidado em saúde bucal para pacientes fissurados, incluindo referência e contra-referência</p>	<p>03 meses</p>	<p>°Implantar fluxograma de saúde bucal para pac. Fissurados e família (anexo1) °Implantar protocolo de atendimento ao portador de fissuras labiopalatais °Estabelecer referência e contra-referência</p>	<p>ESF CAIC SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL ESPECIALIZADA DE ALFENAS-(CENTRINHO) SMS</p>	<p>Cognitivos: elaborar instrumentos de linha de humanização em PACIENTES FISSURADOS Organizacionais: Articulação entre setores da saúde e adesão dos profissionais Políticos: Adequação de fluxos (referência e contra-referência)</p>	<p>Acompanhamento humanizado de todos os usuários com FISSURAS LABIOPALATAIS</p>
<p>Ausência de um processo educativo permanente em saúde bucal para pacientes fissurados e família</p>	<p>Aumentar o nível de informação da ESF Caic sobre a humanização da assistência ao portador de problemas labioleoporinos</p>	<p>Em implantação</p>	<p>° Capacitação periódica para ESF através de oficinas de saúde. ° Avaliação do nível de conhecimento da ESF sobre pacientes fissurados °Elaborar campanhas e encontros educativos com ESF, equipe do centrinho de Alfenas, e usuários com problemas de fissuras e seus familiares</p>	<p>° Secretaria Municipal de Saúde ° Equipe de Saúde da Família °Equipe da Unifenas - centrinho</p>	<p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógica Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, apostilas e folhetos educativos Organizacionais: organização da agenda Políticos: articulação intersetorial (PSF+centrinho+SMS)</p>	<p>*ESF mais informada sobre saúde de pacientes fissurados *Efetividade da humanização do atendimento dos portadores de problemas de fissuras labiopalatais</p>

Paralelamente o grupo adaptou e implantou um protocolo de acolhimento em saúde para pacientes portadores de fissuras labiopalatais, a Planilha de Programação Local em Saúde-2 na tentativa de propor ações que qualifiquem a ESF para promover um atendimento mais humanizado ao usuário com este tipo de problema citado acima e sua família.

A organização do processo de trabalho em equipe é um instrumento que facilita a superação do modelo assistencial biomédico, ainda bastante predominante, uma vez que adota o caráter multidisciplinar, ampliando competências comuns, e reorganizando poderes e saberes estabelecidos.

Para que haja humanização do atendimento ao portador de problemas de fissuras labiais é necessário que o saber científico esteja agregado também ao acolhimento e este por sua vez facilitará um acesso de qualidade e resolutividade e conseqüentemente maior adesão ao serviço prestado .

A prática dos profissionais que compõem as equipe de saúde bucal e a lógica do trabalho foi guiada de modo a construir espaço na atenção primária, não apenas como a da porta de entrada do usuário, mas também como um espaço de acolhimento. Onde as ações devem incorporar uma perspectiva de trabalho ampliada que contemple, para além do tratamento dos agravos, a inserção social, a conquista da cidadania e de ampliação de espaços de sociabilidade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecer a fissura labiopalatal, familiarizar com as suas seqüelas e estudar o seu tratamento, foi uma fonte de entusiasmo para a formação de uma equipe interdisciplinar propondo um protocolo para o atendimento destes pacientes, integrado ao PSF de Machado.

Como a fissura labiopalatal é altamente prevalente e difícil de impedir, o acesso precoce aos cuidados e a preservação continuada do paciente e de sua família, são de fundamental importância.

Enquanto há um reconhecimento dos serviços dos cuidados médicos e as especialidades que devem compor o sistema da reabilitação, há um número de perguntas a respeito do modelo dos cuidados médicos (como refletido no processo do trabalho dos profissionais de saúde) e no funcionamento do sistema de referência, que precisam ser considerados a fim dar a sustentação necessária durante o processo da reabilitação. De acordo com Monlleó e Lopes (2006), a distância geográfica da localização dos centros de tratamento para pacientes fissurados é um problema para muitos desta população. Além disso, o tratamento é caro e prolongado e a maioria da população tem um baixo nível sócio econômico. Há uma fragilidade no processo do trabalho e na organização do sistema de referência e contra-referência. Os mecanismos de referência e contra-referência operam com os meios formais e informais, mas sem a garantia do acesso aos serviços exigidos nos três níveis de cuidados médicos. Problemas da classificação e da hierarquização no sistema e desigualdade no acesso aos serviços fazem o cuidado fora do alcance para muitos pacientes e suas famílias.

O processo de trabalho revela uma prática centrada nas medidas curativas, em que a fragmentação do tratamento ocorre, restringidas ao cuidado oferecido por especialidades e o cuidado básico é executado somente nos eventos isolados (LORENZZONI, 2007). De acordo com Narvai (2005), determinados equipamento e especialistas não são necessários em todos os lugares. Entretanto, todos os pacientes devem ter o acesso ao equipamento e aos especialistas sempre que necessários. A fim de assegurar aos pacientes o acesso aos recursos que eles exigem, o estabelecimento da referência e os mecanismos da contra-referência são fundamentais. Para tal, os pacientes são emitidos de um setor dos cuidados médicos a outro (referência), geralmente em níveis diferentes de cuidado; uma vez que o serviço é executado, o paciente é mandado de volta ao setor da saúde da origem (contra-referência). No Brasil, o

modelo dos cuidados médicos é organizado em níveis de hierarquia de complexidade crescente, dando forma como a estrutura da pirâmide.

De acordo com Mendes (2002), isto é fortemente hegemônico, um sistema de saúde fragmentado que é (des) organizado em um jogo de pontos isolados dos cuidados médicos, com saúde preliminar fraca que não se importa se é incapaz de oferecer o cuidado continuado aos indivíduos ou uma população particular. Devido à complexidade de tratar pacientes com o FLP (Fissura Labiopalatal), há o envolvimento de especialidades múltiplas e os pacientes são transferidos entre as especialidades com as referências com nenhuma garantia que o tratamento será realizado dentro do marco temporal estabelecido. O contato entre os profissionais e um interesse para considerar o indivíduo em sua integralidade é completamente restrito neste modelo de estruturação dos cuidados médicos, (CAMPOS, 2007).

A fim oferecer o cuidado integral com uma equipe interdisciplinar, é essencial para que as ações sejam harmonizadas na equipe, com a troca das experiências e do conhecimento no meio das disciplinas envolvidas a fim fornecer um completo processo da reabilitação (BRASIL-MS, 2004). Como o corpo não é a soma de suas peças e saúde anatômicas são ao mesmo tempo social, biológico e psicológico (DA ROS, 2006), a integralidade é um valor a ser defendido nas práticas de profissionais dos cuidados médicos. Isto é expresso no formulário em que os profissionais respondem aos pacientes e igualmente dependem de como os serviços dos cuidados médicos são organizados (MATTOS, 2006). A respeito das distâncias geográficas dos centros especializados, uma comunicação eficaz com os profissionais básicos dos cuidados médicos (através das unidades básicas da saúde) deve ser estabelecida, como estes os indivíduos são mais perto dos pacientes e são responsáveis para sustentação e continuação da família assim como uma comunicação e integração com centros e os hospitais especializados. Isto permitiria o tratamento com cuidado integral, humanizado.

5. CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia empregada, este estudo revelou que:

- O acolhimento, o vínculo e responsabilização do PSF em relação aos usuários com problemas de fissuras labiopalatais e suas respectivas famílias, possibilitam estabelecer novas relações com a participação ativa de todos os envolvidos, aliando o saber específico da clínica à sensibilidade, amor e respeito ao próximo.
- Somente com a inclusão das ações de saúde bucal na ESF e o desenvolvimento de ações conjuntas, qualificadas e multiprofissionais, com suporte familiar, atividades em grupo, disponibilidade de serviços de referência e contra-referência, poderemos almejar a reinserção na sociedade do portador de fissura labiopalatal.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, R.C.C. Etiologia. In: ABDO, R.C.C.; MACHADO, M.A.A.M. **Odontopediatria nas fissuras labiopalatais**. São Paulo: Santos, 2005. Cap. 4.

ABDO, R.C.C.; ABDO FILHO, R.C.C. Classificação das fissuras labiopalatais. In: ABDO, R.C.C.; MACHADO, M.A.A.M. **Odontopediatria nas fissuras labiopalatais**. São Paulo: Santos, 2005a. Cap. 7.

ABDO, R.C.C.; ABDO FILHO, R.C.C. Embriologia da face. In: ABDO, R.C.C.; MACHADO, M.A.A.M. **Odontopediatria nas fissuras labiopalatais**. São Paulo: Santos, 2005. Cap. 2.

ABDO, R.C.C.; MACHADO, M.A.A.M. Tratamento. In: ABDO, R.C.C.; MACHADO, M.A.A.M. **Odontopediatria nas fissuras labiopalatais**. São Paulo: Santos, 2005. Cap. 11.

ALVARES, Ana Lúcia Gabos; CAPELOZZA FILHO, Leopoldino; ROSSATO, Claudenir. *et al.* Conceitos vigentes na etiologia das fissuras labiopalatinas. **Revista Brasileira de Cirurgia (RBC)** . São Paulo, v. 78, n. 4, p.215-255, 1998.

BAKES, F.P. Psychological factors in cleft palate management. **Cleft Palate Bull.**, Pittsburg, v.2, n.2, 1952.

BARATIERI, L. N. *et al.* **Dentística**. São Paulo: Santos, 1984.

BERNSTEIN, N. R., KAAP, K. Adolescents with cleft palate: body-image and psychological problems. **Psychosomatics**, Irvington, v. 22, p. 697-703, 1981.

BERTZ, J. E. Bone grafting of alveolar clefts. **J. Oral Surg.**, Chicago, v. 39, p. 874-7, 1981

BILLIG, A. L. A psychological appraisal of cleft palate patients. **Cleft Palate Bull.**, Pittsburg, v.11, n.41, 1961.

BLEIBERG, A.H. *et al.* Parent responsibility in cleft palate rehabilitation. **Cleft Palate J.** Pittsburg, v. 7, p.630-8, 1970.

BRADBURY, E.; BANNISTER, P. Aconselhamento pré-natal, perinatal e pós-natal. In: WATSON AC, SELL DA, GRUNWELL P (Orgs.) **Tratamento de fissura labial e fenda palatina**. São Paulo: Santos; 2005. Cap. 8. P. 117-122.

BRODER, H. L. *et al.* Hablitation of patients with clefts: parent and child ratings of satisfaction with appearance and speech. **Cleft Palate Craniofacial J.**, Pittsburg, v. 29, p.262-67, 1992.

BZOCH, K. R. Rationale method and techniques of cleft palate speechtherapy. In: BZOCH, K. R. **Communicative disorders related to cleftlip and palate**. Boston, Little & Brown, 1979.

CAMPOS, Cláudia Berbert. A tutela constitucional das pessoas portadoras de fissura labiopalatal. Dissertação de mestrado apresentada ao Centro de Pós-Graduação da Instituição Toledo de Ensino. Bauru, 2006. p. 98. Disponível em: <http://www.berbert.adv.br/artigos/mestrado_claudia.pdf>. Acesso em: 17 maio 2011.

CAPELOZA FILHO, L.; MIRANDA, E.; ALVARES, A.L.G.; ROSSATO, C.V.; VALE, D.M.V.; JANSON, G.R.P.; BELTRAMI, L.E.R. Conceitos vigentes na epidemiologia das fissuras lábio-palatais. **Rev. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 77, p.223-30, 1987.

CAPELOZZA FILHO, L.; CAVASSAN, A.O.; SILVA FILHO, O.G. Avaliação do crescimento crâniofacial em portadores de fissura transforame incisivo unilateral: estudo transversal. **Rev. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v.77, p.97-106, 1987.

CAPELOZZA FILHO, L.; CAVASSAN, A. O.; SILVA FILHO, O. G. Avaliação do crescimento mandibular em fissurados transforame incisivo unilateral. **Ortodontia**, SãoPaulo, v.14, p.119-21, 1981.

CAPELOZZA FILHO, L.; MAZZOTTINI, R.; ABDO, R.C.C. Expansão rápida da maxila em fissurados adultos. **Ars Curandi Odont**, São Paulo, v.7, p.209-24, 1980.

CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O.M. Fissuras lábio-palatais. In: PETRELI, N.E. **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise, 1992. Cap. 12, p. 195-239.

CARVALHO LRR DE A, FÉ AA DOS MM, MIRANDA EG DE AB. Fissura labiopalatina: ortopedia maxilar precoce. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, Maringá; 9(50):1-2, 2004.

CAVASSAN, A. de O. Avaliação cefalométrica do crescimento vertical da face em portadores de fissura transforame incisivo unilateral (4-12 anos) estudo transversal (Parte I). **Ortodontia**, São Paulo, v.15, p. 8-17, 1982.

CHITTY, L.S.; GRIFFIN, D.R. Anormalidades do lábio e do palato fetal:diagnóstico ultrasonográfico. In: WATSON AC, SELL DA, GRUNWELL P (Orgs.) Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Santos; 2005. p. 107-116.

CLIFFORD, E. Psychological aspects of orofacial anomalies: speculation in search of date. **ASHA Reports**, Washington, v.8, p.2-28, 1973.

CRONIN, T. D. Management of bilateral cleft lip, palate and nose. In:BRENT, B. (ED): **The artistry of reconstruction surgery**. St. Louis, M. O. C. V. Mosby Company, p. 242-52, 1987.

CURY, Camila F. M. R; GALERA, Sueli A. F. O psf como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. **Revista Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 273-278.

DAMANTE, J. H. FREITAS, J. A. S.; MORAES, N. Anomalias dentárias de número na área da fenda, em portadores de malformações congênitas lábio-palatais. **Estomatologia & Cultura**, Bauru, v. 7, n. 1, p. 88-97, 1973.

DAR, H.; WINTER, T.; TAL, Y. Families of children with clefts lips and palates: concerns and counselling. **Develop. Med. Child. Neurol.**, London, v.16, p.513-7, 1974.

EASLEY, G.T. A psychologist's view of the problem of cleft palate child. **Northwest Med.**, Seattle, v.59, p.354-5, 1960.

FACÓ, F.E. VIANA, L.M.O.; BASTOS, V.A. O cirurgião dentista e o Programa Saúde da Família na Microrregião II, Ceará, Brasil. **Revista brasileira em promoção da saúde**, Fortaleza, v.18, n.2, p. 70-7, 2005.

FARAJ, J.O.R.A.; ANDRÉ, M. Alterações dimensionais transversas do arco dentário com fissura labiopalatina, no estágio de dentadura decídua. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.12, n.5 Sept./Oct. 2007.

FIGUEIRA, E. **Os vários aspectos que envolvem as fissuras labiopalatais e a vida de seus portadores**, 2004. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br/node/302>>. Acesso em 11 dez. 2010.

FIGUEIREDO, M.C.; PINTO, N.F.; FABRICIO, F.K.; BOAZ, C.M.S.; FAUSTINO-SILVA, D.D. Pacientes com fissura labiopalatina – acompanhamento de casos clínicos. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v.9, n.2, p. 300-308, 2010.

FIGUEIREDO, M.C.; PINTO, N.F.; SILVA, D.D.F.; OLIVEIRA, M. Fissura bilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão. Relato de caso clínico. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v.14, n.1, p. 7-14, mar. 2008.

FRANÇA CMC DE, LOCKS A. Incidência das fissuras lábio-palatinas de crianças nascidas na cidade de Joinville (SC) no período de 1994 a 2000. **J Bras Ortodont Ortoped Fac Curitiba**, v.8, n.47, p. 429-436, 2003.

FRANCO, D.; GONÇALVES, L.F.; FRANCO, T. Perfil do tratamento de fissurados no Brasil. **Rev.Soc. Bras. Cir. Plást.** São Paulo v.15 n.3 p. 21-32, set/dez. 2000.

FREITAS, R.S.; CANAN JR., L.W.; ROÇA, G.B.; BUSATO, L.S.; ALONSO, N.; D'ORO, U.; Cirurgia ortognática nos portadores de fissuras lábio-palatais: experiência e desafios. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac** São Paulo, v.12, n.3, p 89-93, 2009.

FUENTES OZUNA, M. Cleft palate: Psychological aspect. **Rev. Med. Hosp. Gen.**, México, v. 26, p. 457-60, 1960.

GALLBACH, J.R. **Paciente com fissura labiopalatina: potencial de resolutividade do atendimento na Faculdade de Odontologia da UFMG**. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais, 2004. Dissertação (Mestrado em

Odontologia).

GARIB DS, SILVA FILHO, O.G, JANSON G, NOGUEIRA PINTO JH. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica. Parte III- Fissuras labiopalatinas. **Rev Clin Ortod Dental Press**.Maringá, v.9, n.4, p.30-6, ago-set, 2010b.

GARIB, D.G.; PEIXOTO, A.P.; LAURIS, R.C.M.C.; GONÇALVES, J.R.; SILVA FILHO, O.G. **Fissuras labiopalatinas: a Ortodontia no processo reabilitador**. PRO-ODONTO Orto, São Paulo, v.3, n.4/6. p.115-176, 2010a.

GOIATO, M.C.; PIOVEZAN, A.P.; SANTOS, D.M.; GENNARI FILHO, H.; ASSUNÇÃO, W.G. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba/SP, v.27, n.2, p. 101-106, Julho/Dezembro, 2006.

GOLDMAN, H. M. , COHEN, D. W. **Periodontal therapy**. The C.V. Mosby Company, Toronto, 6a ed., 1980.

GOMES, K.U.; RAPOPORT, A.; CARLINI, J.L.; LEHN, C.N.; DENARDIN, O.V.P. A inclusão e a integração social pós-reposicionamento cirúrgico da pré-maxila em portadores de fissura lábio palatal bilateral. **Braz J Otorhinolaryngol.**, São Paulo, v.75, n.4, p. 537-43, 2009..

GRACIANO, M.I.G.; OZAWA, T.O.; SOUZA, J.D.; BACHEGA, M.I.; FREITAS, J.A.S.; CAMPOS, C.B. **Proposta II. Critérios para enquadramento da fissura labiopalatina como deficiência segundo grau e tipo de comprometimento**. São Paulo: Rede Nacional de Associações de Pais e Portadores de Fissuras Labiopalatais. Fundação para o Estudo e Tratamento das deformidades crânio-faciais. Hospital de Reabilitação de anomalias craniofaciais. Universidade de São Paulo, janeiro de 2007.

HACKBUSH, F. Psychological studies of cleft palate patients. **Cleft Palate Bull.**, Pittsburg, v. 1 n. 7, 1951.

JONES, J. E. Self-concept and parental evaluation of peer relationships in cleft lip and palate children. **Pediat. Dent.**, Chicago, v.6, p.132-8, 1984.

LANSDOWN, R. Psychological problems of patients with cleft lip and palate: discussion paper. **J. Royal Soc. Med.**, London, v. 83, p. 448-50, 1990.

LEES, M. Genética da fissura labial e fenda palatina. WATSON AC, SELL DA, GRUNWELL P (Orgs.) **Tratamento de fissura labial e fenda palatina**. São Paulo: Santos; 2005. Cap. 6. p. 87-104.

LEONARD. B. J. *et al.* Self concept of children and adolescents with cleft lip and / or palate. **Cleft Palate Craniof. J.**, Pittsburg, v. 28, p.347-53, 1991.

LINO, H.M. Pacientes portadores de fissura lábio-palatal: Aspectos psicológicos da reabilitação. In: ROMANO, V. B. **Prática da Psicologia nos Hospitais**. São Paulo. Pioneira,

1994, p. 111-24.

MACHADO, M.A.A.M. Patogenia da fissura palatal. In: ABDO, R.C.C.; MACHADO, M.A.A.M. **Odontopediatria nas fissuras labiopalatais**. São Paulo: Santos, 2005. Cap. 3.

MARTINS, Maria C. F. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. **Psychiatry on line Brasil**, [S. 1], v. 8, n. 5, mai. 2003. Disponível em: <<http://www.psychiatryon-linebrasil.com>>. Acesso em: 25 maio. 2011.

MASTRANTONIO, S.D.S.; CASTILHO, A.R.F.; CARRARA, C.F.C. Anomalias dentárias em criança com fissura de lábio e palato. **Odontologia. Clín. - Científ.**, Recife, 8 (3): 273-278, jul/set., 2009.

MCWILLIAMS, B. J. *et al.* Educational, occupational and marital status of cleft palate adults. **Cleft Palate J.**, Pittsburg, v. 10, p.223-9, 1973.

MILLARD, D. R. JR. Closure of bilateral lip and elongation of columella by two operations in infancy. **Plast. Reconstr. Surg.**, Baltimore, v. 8, p. 47 -324, 1971

MIRANDA GE, MAGALHÃES CS DE, LORENTZ TCM, GALLBACH JR, FERREIRA E FERREIRA E. Characteristics of patients with lip and palate cleft treated by an extension project of the Dentistry Faculty of UFMG. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, Curitiba, v.9, n.52, p. 398-404, 2004.

MIYAHARA, M., CAPELLOZA FILHO, L. Características cefalométricas da face no fissurado unilateral adulto. **Ortodontia**, São Paulo, v.18, p. 5-16, 1985.

MODOLIN, M.; KAMAKURA, L.; CERQUEIRA, E.M. Classificação, etiologia, patogenia e incidência das fissuras labiopalatinas. In: CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINI, S.A. **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996, p. 13-18.

MONDELLI, J. *et al.* **Restauração estética**. São Paulo, Sarvier, 1a ed., 1994.

NISHIYAMA, C. K.; GODOY, L.F.; PEDROSO, J.A.; KUGA, M.C.; BROSCO, H.B.; RAMOS, R.H.A. Análise crítica das principais causas de exodontia de dentes tratados endodonticamente em pacientes portadores de fissuras lábio-palatais. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, Taubaté, v.6, p. 15-19, 1993.

NOAR, J. H. Questionnaire survey of attitudes and concerns of patients with cleft lip and palate and their parents. **Cleft Palate Craniof. J.**, Pittsburg, v. 28, p. 379-84, 1991

OLIVEIRA, S. F.; CAPELLOZZA, A. L.; CARVALHO, I. M. Alterações de desenvolvimento dentário em fissurados. **Revista da APCD**, São Paulo, v.50, n.1, p.17-21, 1996.

ORSI JR., J.M. **Anomalias craniofaciais: as faces do tratamento**. Alfenas: Universidade

José do Rosário Vellano/Informativo do Centro Pró-Sorriso, 2006.

PERNETTA, C. *et al.* **Alimentação do lactente sadio**. São Paulo, Sarvier, 1981

PINTO, C.R.; ANTÔNIO, A.G.; ALMEIDA, M.L.P.W.; CASTRO, R.A.L.; VIANNA, R.B.C. A importância da odontologia e da fonoaudiologia no acompanhamento precoce e contínuo da criança portadora de fissura labiopalatal. **Revista Científica do HCE**, Rio de Janeiro, v.2, n. 2, p. 23-27, 2008.

RICHMAN, L. C. , ELIASON, M. Psychological characteristics of children with cleft lip and palate: intelectual , achievement, behavior and personality variables. **Cleft Palate J.**, Pittsburg, v.19, p.245-57, 1982.

RICHMAN, L. C. Self reported social, speech and facial concerns and personality adjustment of adolescent with cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, Pittsburg, v.20, p.108-12, 1983.

SCHWECKENDIEK, W., DANZER, C. Psychological studies in patients with clefts. **Cleft Palate J.** , Pittsburg, v.7, p.533-9, 1970.

SILVA FILHO, O. G.; FERRARI JÚNIOR, F.M.; ROCHA, D.L.; FREITAS, J.A.S. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Rev. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 2, p. 59-65, mar./abr. 1992.

SILVEIRA, Marília R. **A Saúde Mental na Atenção Básica: um diálogo necessário**, 2009 146p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA FREITAS, J.A.; DALBEN, G.S.; FREITAS, P.Z.; SANTAMARIA JR, M. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** Maringá, v. 9, n. 4, p. 74-78, jul./ago. 2004.

SPINA, V.; PSILLAKIS, J.M.; LAPA, F.S. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modificação. **Rev Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo**, São Paulo, v.7, p. 5-6, 1972.

TELLES, D.; TELLES R.M. Próteses de transição. In: TELLES,D. (Org.) **Prótese total: convencional e sobre implantes**. São Paulo: Santos, 2009; p.353-362.

TISZA, V. B., GUMPERTZ, J.M. The parents reaction on the birth and early care of children with cleft palate. **Pediatrics**, Evanston, v.20, p.86-90,1962.

TOBIASEN, J.M., HIEBERT, J. M. Combined effects of severity of cleft impairment and facial attractiveness on social perception: an experimental study. **Cleft Palate Craniof. J.** Pittsburg, v.30, p.82-6, 1993.

VASCONCELOS, B.C.E.; SILVA, E.D.O.; PORTO, G.G.; PIMENTEL, F.C.; MELO,

P.H.N.B.- Incidências de malformações congênitas labiopalatais. **Rev. Cir. Traumatol. Buco- Maxilo-Facial**, Camaragibe, v.2, n.2, p. 41-46, jul/dez – 2002

ZANE, V.C.; TAVANO, L.D.; PERES, S.P.B.A. Avaliação Psicológica de Pacientes submetidos à Cirurgia Ortognática. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 85-89, jan./fev. 2002.