



Saúde



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

CIRURGIA PLÁSTICA

SÉRIE ESPECIALIDADES | CIRURGIAS



Saúde



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **CIRURGIA PLÁSTICA**

SÉRIE ESPECIALIDADES | CIRURGIAS

ATUALIZADO EM OUTUBRO DE 2025

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2025 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 20201-110

<http://saude.prefeitura.rio/>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Vice-Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Cavaliere

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário-Executivo

Rodrigo de Sousa Prado

Subsecretária-Geral

Fernanda Adães Britto

Coordenador-Geral de Contratualização, Controle e Auditoria

Andre Luis Paes Ramos

Coordenador-Geral do Complexo Regulador

David Tebaldi Marques

Coordenadora da Regulação Ambulatorial

Cristina Oliveira do Nascimento

Coordenação Técnica

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

Luiz Sérgio Zanini

Colaboração

Irene Daher Barra

Isttayner Magalhães

Marcelo Araújo Siqueira

Márcio Lima Leal Arnaut Júnior

Maria Lídia de Abreu Silva

Mariana Antunes Pereira

Miguel Diaz

Orido Pinheiro

Renata Lowndes

Sergio Bocado

Stella Amorim

Wagner Teixeira

Revisão Técnica e Final

Fernanda Adães Britto

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa

Aluisio Bispo

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Cirurgia Plástica / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Luiz Sérgio Zanini, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

40p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de II. Zanini, Luiz Sérgio III. Britto, Fernanda Adães de IV. Título V. Série.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE CIRURGIA PLÁSTICA	5
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO	6
Abdome.....	6
Mama.....	8
Nariz.....	10
Anormalidades cicatriciais	11
Lipodistrofias	12
Mulheres vítimas de violência.....	13
Ninfoplastia	13
Preenchimento dérmico com substâncias de origem permanente...	13
Queimaduras	14
Orelha	15
Fendas labiais e palatinas.....	16
Tumores de pele	17
SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO.....	18
COMO SOLICITAR CIRURGIA PLÁSTICA NO SISREG	18
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	19
PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO	20
UNIDADES EXECUTANTES.....	21
SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....	24
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	26

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da cirurgia plástica na cidade.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE CIRURGIA PLÁSTICA

O Protocolo de Regulação de Cirurgia Plástica surge como forma de dar subsídios técnicos e teóricos para a conduta médica durante o atendimento dos pacientes pela Atenção Primária à Saúde, auxiliando na coordenação do cuidado e sendo ferramenta para guiar a decisão clínica sobre quando encaminhar o paciente. Aqui estão listados e detalhados os critérios de encaminhamento para a Consulta em Cirurgia Plástica Reparadora no âmbito do Sistema Único de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Este manual serve, também, aos médicos reguladores para qualificar as solicitações que lhes são apresentadas, garantir a correta priorização dos agendamentos e autorizar quando a solicitação está pertinente e obedecendo os critérios mínimos.

Todavia, é válido reforçar que este protocolo não substitui a autonomia médica e a condução clínica dos pacientes pelos profissionais assistentes, mas objetiva a qualificação do processo regulatório, com objetivo de dar mais resolutividade à rede ao otimizar os recursos por ela ofertados.

ATENÇÃO!

Pacientes candidatos à cirurgia plástica transsexualizadora devem ser encaminhados via SER para o Tratamento Integral Transsexualizador. Não devem ser inseridos no SISREG.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações clínicas foram separadas segundo a cirurgia a ser solicitada. Os temas foram agrupados da seguinte maneira:

1. Abdome;
2. Mama;
3. Nariz;
4. Anormalidades cicatriciais;
5. Lipodistrofias;
6. Mulheres vítimas de violência;
7. Ninfoplastia;
8. Preenchimento dérmico com substâncias de origem permanente;
9. Queimaduras;
10. Orelha;
11. Fendas labiais e palatinas;
12. Tumores de pele.

ABDOME

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — ABDOME.

Indicações clínicas:

1. Abdome em avental secundário à grande perda de peso ou gestação, cujo excesso de pele se projeta sobre a sínfise púbica, com os seguintes critérios (todos devem estar incluídos):
 - Estabilidade do peso por um ano, após emagrecimento importante associado a áreas de intertrigo / dermatite recorrentes;
 - $IMC \leq 25\text{kg/m}^2$ mantido estável há um ano;
 - Não ser tabagista;
 - Pacientes ASA I e II;

- Paciente preferencialmente com prole definida, sem desejo de nova gestação — orientar que nova gestação pode levar a prejuízo do ganho obtido com a cirurgia.

ATENÇÃO!

Pacientes com IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ devem realizar mudança de estilo de vida para adequar IMC antes de serem encaminhados para a consulta. Não devem ser autorizadas consultas para pacientes que não cumpram este critério.

2. Diástase de retos abdominais (DRA) isolada, com distância interretal $> 2\text{cm}$, sintomática (desconforto local, grande abaulamento, dor), IMC $< 25\text{kg/m}^2$, mantido há um ano, refratária a tratamento conservador. Pacientes devem ser ASA I e II e não tabagistas.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA DRA

O tratamento conservador para DRA isolada consiste na perda de peso e na realização de exercícios para a musculatura abdominal.

DRA E HÉRNIA DE PAREDE ABDOMINAL

- Os pacientes com diástase de retos abdominais e hérnias de parede abdominal devem ser encaminhados apenas via “Cirurgia Geral — Hérnia”.
- Pacientes com IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ devem realizar mudança de estilo de vida para adequar IMC antes de serem encaminhados para a consulta. Não devem ser autorizadas consultas para pacientes que não cumpram este critério.

Pós-Bariátrica

► **Nomenclatura no SER:** READEQUAÇÃO CORPORAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA.

Indicações clínicas:

1. Após cirurgia bariátrica (PRT MS/GM n.º 425/2013), realizada há, no mínimo, um ano, com boa aderência ao tratamento e perda de peso satisfatória, peso estabilizado nos últimos seis meses com IMC alvo de acordo com a cirurgia pleiteada, não tabagista e com os seguintes critérios, conforme região desejada para retirada do excesso de pele:
 - Mamoplastia: Incapacidade funcional pela ptose mamária, com dificuldade de mobilização ou alteração postural; infecções cutâneas de repetição por exces-

so de pele e prejuízo psicológico devido ao excesso de pele. Define-se ptose mamária severa aquela em que a mama se apresenta à altura da Placa Aréolo Mamilar (PAM) em relação ao sulco inframamário (SIM), e incapacidade funcional pela ptose mamária (dificuldade de mobilização ou alteração postural; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele e prejuízo psicológico devido ao excesso de pele), desde que $IMC \leq 25\text{mg/m}^2$ (até 40 anos) e $\leq 27\text{mg/m}^2$ (acima de 40 anos). O atendimento não contempla a inserção da prótese a nenhuma paciente regulada.

- Abdominoplastia/torsoplastia: Incapacidade funcional pelo abdome em avental, com dificuldade de mobilização ou alteração postural; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele e prejuízo psicológico devido ao excesso de pele, desde que $IMC \leq 25\text{mg/m}^2$.
- Excessos de pele em braços e coxas: Limitação das atividades de vida diária e dificuldade de movimentação; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele e prejuízo psicológico devido ao excesso de pele, desde que $IMC \leq 25\text{mg/m}^2$ (até 40 anos) e $\leq 27\text{mg/m}^2$ (acima de 40 anos).

ATENÇÃO!

As solicitações para cirurgias plásticas pós-bariátricas deverão ser inseridas no Sistema Estadual de Regulação (SER) no recurso "Readequação Corporal Pós-Cirurgia Bariátrica". Na ocasião da solicitação, devem ser inseridos o encaminhamento e o laudo médico confirmando a estabilização do peso.

MAMA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA — MAMA.

Indicações clínicas:

1. Ginecomastia secundária em paciente com 16 anos ou mais, que não regrediu espontaneamente em 12 meses ou após tratamento da causa base, em pacientes que desejam procedimento cirúrgico. Devem ter sido descartadas previamente outras patologias, distúrbios hormonais ou ginecomastia induzida por fármacos. Pacientes devem ter $IMC \leq 27\text{kg/m}^2$ mantido estável há um ano, serem ASA I e II e não tabagistas. Para saber mais, veja o Anexo 1.

2. Hipertrofia mamária em paciente com 18 anos ou mais, não tabagista, com IMC $\leq 25\text{mg/m}^2$ (se idade 40 anos ou menos) e $\leq 27\text{mg/m}^2$ (se idade acima de 40 anos) mantido há, no mínimo, um ano, ASA I e II, e com duas alterações funcionais segundo os critérios a seguir:
- Dor recorrente nas costas, pescoço ou ombros;
 - Intertrigo crônico ou dermatite recorrente nas mamas ou no tórax;
 - Sulco de pressão da alça do sutiã nos ombros devido ao peso do tecido mamário;
 - Sintomas neurológicos associados à compressão do plexo braquial dos membros superiores.

ATENÇÃO!

Pacientes com IMC ≥ 25 ou 27kg/m^2 (a depender da idade) devem realizar mudança de estilo de vida para adequar IMC antes de serem encaminhados para a consulta. Não devem ser autorizadas consultas para pacientes que não cumpram este critério.

3. Reconstrução mamária após mastectomia, desde que paciente não tabagista por, no mínimo, seis meses, IMC $\leq 25\text{mg/m}^2$ (se idade 40 anos ou menos), IMC $\leq 27\text{mg/m}^2$ (se idade acima de 40 anos) e autorização do oncologista assistente nos casos de mastectomia realizada há, no mínimo, seis meses. Nestes casos, inserir no Sistema Estadual de Regulação (SER) no recurso "Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Plástica Reparadora — Mama (Oncologia)".

REABILITAÇÃO MASTECTOMIA

Confira no Manual de Regulação — Reabilitação dos critérios para as pacientes submetidas à mastectomia.

4. Complicações de mamoplastia, a exemplo de extrusão de prótese, contratura capsular, seroma persistente tardio, infecção e explante de prótese de mama não corrigidos ou não integralmente corrigidos em serviço de urgência e emergência, apresentando-se com dor intensa, deformidade importante e/ou mama endurecida ao exame (Backer 03 e 04), com diagnóstico previamente realizado por Ressonância Nuclear Magnética de Mama. Nestes casos, não está contemplada a disponibilização de nova prótese mamária, sendo realizada tão somente a reconstrução com explante sem nova prótese.

5. Pacientes diagnosticadas com mama acessória, caracterizada como grande massa palpável em região axilar uni ou bilateral, distinta do tecido mamário normal e/ou núcleo central firme com excesso de pele, com confirmação por ultrassonografia, desde que cumpra todos os seguintes critérios: (1) Associação com sintomas como desconforto local, grande abaulamento e dor refratários a tratamento clínico conservador; (2) $IMC \leq 25\text{mg/m}^2$ (se idade 40 anos ou menos), e $\leq 27\text{mg/m}^2$ (se idade acima de 40 anos) mantido há, no mínimo, um ano; (3) Riscos AS I ou II; e (4) Não tabagista.
6. Pacientes com Síndrome de Poland, caracterizada pela ausência total do desenvolvimento mamário, na qual existem sinais de atrofia de pele unilateral ou bilateral, plano subcutâneo e glândula mamária (mulheres) e/ou do plano ósseo, com alterações em membro superior ou homens com quadro de atrofia da musculatura peitoral (depressão infraclavicular) e/ou alterações de membro superior, desde que cumpra todos os seguintes critérios: (1) $IMC \leq 25\text{mg/m}^2$ (se idade 40 anos ou menos) e $\leq 27\text{mg/m}^2$ (se idade acima de 40 anos) mantido há, no mínimo, um ano; (2) Riscos ASA I ou II; (3) Não tabagista; e (4) Ultrassonografia mamária confirmando alterações.

NARIZ

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA ME CIRURGIA PLÁSTICA — NARIZ.

Indicações clínicas:

1. Rinoplastia em pacientes com $IMC \leq 30\text{mg/m}^2$, ASA I ou II e não tabagistas, que apresentem:
 - Defeitos ou deformidades nasais (por exemplo, nariz em sela, nariz bífido, deformidade secundária à fissura labial e palatina);
 - Outras alterações da estética nasal associadas à alteração da função respiratória (laterorrínia ou deformidade nasal associada a desvio de septo, hipertrofia de cornetos, fratura nasal, deficiência de válvula nasal), associadas a importante alteração da função respiratória, sem melhora com o tratamento conservador há, no mínimo, um ano);
 - Rinofima (aumento da pele nasal por inflamação crônica dos tecidos nasais);
 - Sequelas pós-traumáticas.

Para mais informações sobre as condições no nariz que indicam encaminhamento para rinoplastia, ver o Anexo 3.

ANORMALIDADES CICATRICIAIS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — ANORMALIDADES CICATRICIAIS, LIPODISTROFIA E LIPOATROFIAS.

Indicações clínicas:

1. Anormalidades cicatriciais, se:

- Cicatrizes por sequela de queimadura que causem deformidade facial (alteração funcional das pálpebras, do nariz e dos lábios);
- Deformidade e restrição dos movimentos do pescoço;
- Restrições dos movimentos articulares em qualquer área;
- Cicatrizes cujas características sejam de queloide ou cicatriz hipertrófica, que causem limitação funcional (de mobilidade, dor, retração ou dificuldades nas atividades da vida diária);
- Cicatrizes pós-trauma, cirurgia ou doença (geralmente grandes ou múltiplas), que resultem em aparência muito ruim e sofrimento psicológico importante ou prejuízo funcional (de mobilidade, dor, retração ou dificuldades nas atividades da vida diária).

ATENÇÃO!

No caso de cicatrizes no abdome, o paciente deve possuir IMC até 25kg/m².

2. Pacientes portadores de feridas crônicas a partir de 30 dias de evolução, conseqüentes de úlceras venosas e/ou arteriais, pós-trauma, associadas a microneuropatia e/ou vasculites ou pós-tratamento com irradiações, desde que cumpra os seguintes critérios:

- Ferida limpa, sem sinais de infecção local ou sistêmica, leito granulado ou em fase de granulação, bordos em regressão;
- Úlceras grau III/IV que não respondem ao tratamento conservador otimizado;
- Sem evidência clínica e/ou por imagem de osteomielite;
- Situação clínica e laboratorial de doenças de base equilibrados, estado nutricional estabilizado (albumina superior a 3,0mg/dl; hemoglobina superior a 10,0mg/dl e comorbidades controladas);
- Programa de esvaziamento vesical e intestinal adequados e espasticidade controlada;
- Suspensão de hábitos tabágicos.

LIPODISTROFIAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — ANORMALIDADES CICATRICIAIS, LIPODISTROFIA E LIPOATROFIAS.

Indicações clínicas:

1. Em pacientes com lipodistrofias ou lipoatrofia patológicas (pós-operatório ou por uso de ARV). Se por tratamento com ARV (PTR Conjunta n.º 01/2009), o paciente deve cumprir todos os seguintes critérios:
 - a. Paciente com diagnóstico de HIV/Aids e lipodistrofia decorrente do uso de antirretroviral; E
 - b. Pacientes submetidos à terapia antirretroviral por, pelo menos, 12 meses; E
 - c. Pacientes que não responderam ou não podem ser submetidos à mudança da TARV; E
 - d. Pacientes clinicamente estáveis, ou seja, aqueles sem manifestações clínicas sugestivas de imunodeficiência nos últimos seis meses; E
 - e. Resultados clínico-laboratoriais:
 - CD4 > 200 cels/mm³ (exceto para hipotrofia facial);
 - Carga Viral < 10.000 cópias/ml e estável nos últimos seis meses (ou seja, sem variação de 0,5 log entre duas contagens).
 - f. Ausência de qualquer condição clínica ou comorbidade descompensada nos últimos seis meses, que confira aumento de risco ao procedimento;
 - g. Não realização de qualquer tratamento concomitante com imunomoduladores, imunossupressores e/ou quimioterápicos.

Critérios para procedimentos específicos:

- Tratamento cirúrgico da região dorso cervical (Giba) e submandibular. Definição: presença de massa visível, palpável e circunscrita, estigmatizante, com ou sem limitação dos movimentos do pescoço.
- Tratamento cirúrgico da lipoatrofia glútea. Definição: perda de volume glúteo e/ou exposição perianal decorrente de lipodistrofia, causando atrofia grave, estigmatizante, não responsiva a outras condutas terapêuticas prévias, tais como mudança da terapia antirretroviral, exercícios físicos e dietoterapia.
- Tratamento cirúrgico da lipoatrofia facial. Definição: perda dos coxins gordurosos da face e acentuação do sulco nasogeniano e outras pregas faciais associadas, não relacionados ao envelhecimento.

MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

► **Nomenclatura no SISREG:** Conforme a região a ser reparada.

Indicações clínicas:

1. Pacientes vítimas de violência à mulher, como reparo via cirurgia plástica aos danos físicos causados pela violência sofrida.

NINFOPLASTIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — NINFOPLASTIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com hipertrofia e assimetria de pequenos lábios, confirmados ao exame físico em posição ginecológica (projeção dos pequenos lábios e exposição além dos grandes lábios e/ou exposição completa do clitóris), sendo Tipo I (excesso tecidual na região posterior/inferior, adjacente ao introito vaginal) ou tipo Tipo II (excesso tecidual estendido lateralmente e superiormente ao clitóris), desde que cumpram todos dos seguintes critérios:
 - Presença queixa de dispareunia ou outras queixas locais, desde que afastadas outras possibilidades como causa;
 - Riscos ASA I ou II; e III;
 - Não tabagista.

PREENCHIMENTO DÉRMICO COM SUBSTÂNCIAS DE ORIGEM PERMANENTE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — ANORMALIDADES CICATRICIAIS, LIPODISTROFIA E LIPOATROFIAS.

Indicações clínicas:

1. Pacientes submetidos a inserção prévia de preenchimento dérmico com substâncias de ordem permanente (p.ex.: Gordura autógena, PMMA, Hidroxiapatita, Carboximetil celulose, Silicone líquido, Teflon, parafina) que apresentem complicações do procedimento: reações infecciosas ou inflamatórias crônicas, granulomas, migração regional do produto injetado, e/ou hipercorreções para recuperação funcional e tratamento da complicação, para fins de redução do dano e melhor de ganho funcional, quando possível.

ATENÇÃO!

Nestas situações, os pacientes e familiares devem estar cientes de que o dano estrutural e estético pode ser irreversível e sem proposta terapêutica. O encaminhamento e o atendimento no âmbito do SUS visam tão somente tratar complicações para reduzir os danos locais e mitigar o risco de vida. Não há garantia de recuperação total do dano estrutural, tão pouco melhora estética. Ressalta-se que o preenchimento dérmico com substâncias de ordem permanente (p.ex.: Gordura autógena, PMMA, Hidroxiapatita, Carboximetil celulose, Silicone líquido, Teflon, parafina) é prática ilegal e sem regulamentação pela ANVISA, devendo apenas os autores, que usaram deste material, serem responsabilizado pelos danos.

QUEIMADURAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — QUEIMADOS.

Após a abordagem e cuidado nos episódios agudos, os usuários vítimas de queimaduras podem evoluir com complicações identificáveis de necessidade de encaminhamento para avaliação especializada.

Indicações clínicas:

1. Sequelas cicatríciais das queimaduras (cicatrizes hipertróficas e/ou queloidianas, limitações funcionais por complicações e/ou limitações cicatríciais, consequências estético/psicológicas);
2. Sequelas locomotoras crônicas;
3. Sequelas e/ou complicações de queimaduras pela localização afetada (lesões por queimaduras inalatórias, lesões conjuntivais/oculares);
4. Sequelas por infecções crônicas das feridas (feridas crônicas com persistente infecção, ulcerações de evolução crônica — avaliar risco de malignização, úlcera de Marjolin);
5. Sequelas devidas a envolvimento de politraumatismos (TC, fraturas, osteomielites etc.).

Para mais informações sobre as condições relacionadas às queimaduras que indicam encaminhamento para cirurgia plástica, ver o Anexo 4.

SEQUELAS MOTORA CRÔNICAS

Estas condições podem se beneficiar de encaminhamentos para reparos cirúrgicos ou reabilitação fisioterápica, bem como suporte psicológico. A ajuda do eMulti pode ser de grande valia antes de um encaminhamento.

ORELHA**► Nomenclatura no SISREG: CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — ORELHA.**

A indicação cirúrgica se baseia nas consequências psicossociais devidas à constatação da malformação, cujos parâmetros estão baseados na aferição das condições acima citadas. Normalmente, o crescimento do pavilhão auricular é proporcional ao desenvolvimento do indivíduo, que ocorre mais rapidamente até os 2 anos, e após, mais lentamente, com maturação final próximo aos 16 ou 17 anos. A referência para uma correção cirúrgica pode ser feita a partir de 6 a 8 anos de idade, avaliada individualmente, quando a reparação não afetará o crescimento e a maturidade cartilaginosa do indivíduo.

Indicações clínicas:

- 1.** Orelhas de abano, desde que cumpram todos os seguintes critérios: idade igual ou maior que seis anos, IMC $\leq 30\text{mg/m}^2$ e não tabagista;
- 2.** Microtias, desde que cumpram todos os seguintes critérios: IMC $\leq 30\text{mg/m}^2$ e não tabagista;
- 3.** Amputações pós-traumáticas totais/parciais — inclui todo tipo de deformidade dos pavilhões auriculares que requeiram reparo e tenham ocorrido após o trauma das orelhas, ou mesmo devido a cirurgias anteriores para reconstruções mal sucedidas e/ou inacabadas, seja por consequência funcional ou estética. Este tipo de abordagem geralmente requer a realização de abordagens sucessivas em diferentes tempos cirúrgicos, demandando, por vezes, extensos tempos de planejamento e realização;
- 4.** Tumor de pavilhão auricular — incluem-se neste item os casos de paciente portadores de tumores auriculares diversos, mesmo recidivados;
- 5.** Fissura de lóbulo de orelha.

ATENÇÃO!

Tumores malignos deverão ser encaminhados via Sistema Estadual de Regulação (SER).

Para mais informações sobre condições em orelhas que indicam encaminhamento para cirurgia plástica ver o Anexo 5.

FENDAS LABIAIS E PALATINAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — FENDAS LABIAIS E PALATINAS.

Indicações clínicas:

1. Pacientes recém-nascidos (RN) ou sem tratamento prévio — alterações funcionais (alimentação, respiração);
2. Pacientes pediátricos sem tratamento prévio — alterações funcionais (alimentação, respiração, fala, odontológicos, ortodônticos, psicológicos);
3. Pacientes adultos com ou sem tratamento prévio — alterações funcionais (alimentação, respiração, fala, odontológicos, ortodônticos, psicológicos);
4. Encaminha-se pacientes não operados (pediátricos, desde RN, até adultos) e já operados (pediátricos a adultos).

Para mais informações sobre fendas labiais e palatinas que indicam encaminhamento para cirurgia plástica, ver o Anexo 6.

ATENÇÃO!

Pais ou parentes de portadores de FLP que apresentem queixa podem ser encaminhados para avaliação inicial e/ou acompanhamento psicológico nos centros especializados.

VOCÊ SABIA?

O agendamento em “Cirurgia Plástica — Fendas Palatinas” garante atendimento integral para o paciente, incluindo a cirurgia, mas também todo o acompanhamento por equipe multidisciplinar. O paciente será previamente atendido por estas outras especialidades, para então realizar a cirurgia.

TUMORES DE PELE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — TUMOR DE PELE.

Indicações clínicas:

1. Pacientes portadores de lesões de pele não periorificiais com suspeita de melanoma, desde de que cumpram um dos seguintes critérios:
 - Alta suspeição pelo exame físico e evolução, cujo diâmetro seja maior que 1,5cm no corpo ou maior que 0,5cm na face;
 - Alta suspeição pelo exame físico e evolução, independentemente do diâmetro, desde que a Unidade de Atenção Primária não realize a exérese;
 - Sem possibilidade de abordagem após encaminhamento para biópsia de pele ou cirurgia em dermatologia.
2. Pacientes portadores de lesões de pele não periorificiais com suspeita de carcinoma, desde de que cumpram um dos os seguintes critérios:
 - Impossibilidade de excisão completa da lesão na Unidade de Atenção Primária;
 - Impossibilidade de abordagem após encaminhamento para biópsia de pele ou cirurgia em dermatologia.
3. Pacientes portadores de lesões de pele não suspeitas de malignidade (verrugas, cistos, fibromas etc.), desde que cumpram um dos seguintes critérios:
 - Não possibilidade de exérese na Unidade de Atenção Primária, pela cirurgia dermatológica ou cirurgia geral;
 - Lesões localizadas em face, pescoço e couro cabeludo.
4. Pacientes portadores de lesões suspeitas ou com diagnóstico como lipoma (cl clinicamente ou com ultrassonografia), desde que cumpram um dos seguintes critérios:
 - Localização profunda, maiores que 5cm de diâmetro ou localizadas em face, pescoço ou couro cabeludo;
 - Sem possibilidade de exérese na Unidade de Atenção Primária, pela cirurgia dermatológica ou cirurgia geral.

SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

1. Procedimentos com finalidade apenas estética, tais como:
 - Assimetria mamária / ptose mamária com volume normal;
 - Abdominoplastia com finalidade estética;
 - Mamoplastia de aumento / colocação ou troca de prótese de mama;
 - Flacidez ou assimetria facial por envelhecimento;
 - Lipoaspiração;
 - Rinoplastia estética;
 - *Lifiting* facial.
2. Pacientes fora dos critérios de IMC para cirurgia reparadora. Nestes casos, o paciente deve atingir o IMC recomendado para, então, ser inserida.
3. Pseudoginecomastia.
4. Os casos avaliados como pequeno queimado ou queimado de pequena gravidade, bem como médio queimado ou queimado de média gravidade podem e devem ser conduzidos pela equipe de Saúde da Família (eSF) na APS, considerando-se individualmente a necessidade das reavaliações.
5. Paciente para cirurgia plástica transsexualizadora (encaminhar via SER).

Contraindicações

1. Contraindicações inerentes ao ato cirúrgico individualizadas a cada paciente.
2. Quando o risco cirúrgico supera o benefício da cirurgia (ASA III).

COMO SOLICITAR CIRURGIA PLÁSTICA NO SISREG

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações::

- Cirurgia desejada;

- Histórico de emagrecimento;
- Qual o motivo;
- Citar se pós-bariátrica — caso sim, quando foi realizada a cirurgia;
- Descrever lesões, caso pertinente;
- Descrever peso, altura e IMC;
- ASA provável;
- Se tabagista;
- Se HIV, descrever uso de ARV e última CV, bem como se está aderido ao tratamento.

Quando se tratar de cirurgia de orelha, descrever a deformidade (grau de envolvimento do pavilhão auricular, detalhes do rastreamento auditivo, presença de mal-formações associadas e envolvimento sindrômico ou não) e relatos de tratamento anteriores (se houver).

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

1. Traumas importantes em pavilhão auricular;
2. Complicações imediatas ou tardias de mamoplastias;
3. Todo usuário vítima de queimadura aguda considerada moderada ou grave, após avaliação criteriosa, necessita de atenção hospitalar. Nos casos graves, a atenção inicial se volta para as condições de suporte de vida (*Advanced Trauma Life Support* (ATLS), iniciado, por vezes, no local, sendo encaminhados, em seguida, pelo sistema Vaga Zero. A Sociedade Brasileira de Queimaduras identifica as seguintes lesões que necessitam de transferência para um Centro de Queimados ou unidade hospitalar com suporte especializado:
 - Queimaduras de face, mãos, pés, genitália, períneo e articulações principais;
 - Queimaduras de 3.º grau;
 - Queimaduras elétricas (incluindo raios);
 - Queimaduras químicas;
 - Lesão por inalação;
 - Queimaduras acompanhadas de condições médicas preexistentes;

- Queimaduras acompanhadas de trauma, quando a queimadura possui o mais alto risco de mortalidade ou morbidade;
- Queimaduras em crianças em locais onde não haja hospitais pediátricos;
- Pacientes com necessidades especiais, sociais ou emocionais.

PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

VERMELHO ➔ Pacientes portadores de lesões de pele não periorificiais com suspeita de melanoma ou carcinoma; deformidades palpebrais (tumorações com suspeita de câncer (ulcerações, lesões pigmentares), deformidades/patologias com acometimento de conjuntiva e/ou que tragam risco à visão); cirurgia para correção de ginecomastia (com suspeita de câncer — ver RED FLAGS — página 27); extrusão de prótese não operada em serviço de urgência e emergência; contratura de capsular, infecção e explante de prótese de mama não corrigidos ou não integralmente corrigidos em serviço de urgência e emergência; cirurgia para correção de sequelas de queimaduras (retrações cicatriciais que imponham restrições para abertura/oclusão palpebral, abertura/oclusão de rima oral; cirurgia para correção de fenda palatina ou sequelas da fala (após um a seis meses de vida).

AMARELO ➔ Cirurgia para correção de deformidades não estéticas em pálpebras; lipodistrofias ou lipoatrofia por tratamento com ARV; pacientes vítimas de violência à mulher, como reparo, via cirurgia plástica, aos danos causados pela violência sofrida; amputação parcial de orelha pós-traumática; tumorações de orelha (ulceradas ou não); úlceras crônicas em queimados (que não envolvam o risco de amputação do membro); cirurgia para correção de fenda labial ou sequelas estéticas em pacientes após três anos; cirurgia para correção de sequelas de queimaduras (retrações cicatriciais que imponham restrições em áreas de flexão de membros, oclusão palpebral, abertura/oclusão de rima oral); cirurgia para reconstrução de pavilhão auricular; pacientes portadores de feridas crônicas a partir de 30 dias de evolução, consequentes de úlceras venosas e/ou arteriais, pós-trauma, associadas a microneuropatia e/ou vasculites ou pós-tratamento com irradiações.

VERDE ➔ Síndrome de Poland; diástase de retos abdominais; defeitos ou deformidades nasais; cirurgia para correção de ginecomastia (sem risco de câncer); cirurgia para correção de fenda labial até três anos; pacientes submetidos a inserção prévia de preenchimento dérmico com substâncias de ordem permanente.

AZUL ➔ Anormalidades cicatriciais; abdome em avental; mamoplastia redutora; mama acessória; orelhas proeminentes; fissura de lóbulo de orelha; cirurgia para correção de fendas labiopalatais em recém-nascidos (RN) até um ano e seis meses; ninfoplastia.

UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal **minhasaude.rio**.

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — ABDOME

- Hospital Federal do Andaraí
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — ANORMALIDADES CICATRICIAIS, LIPODISTROFIA E LIPOATROFIAS

- Hospital de Ipanema
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — FENDAS LABIAIS E PALATINAS

- Policlínica Piquet Carneiro
- Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto

- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — FENDAS LABIAIS E PALATINAS — INTERNADOS

- Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — NARIZ

- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal do Andaraí
- Policlínica Piquet Carneiro

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — NINFOPLASTIA

- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal do Andaraí
- Policlínica Piquet Carneiro
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — ORELHA

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital Federal do Andaraí
- Policlínica Piquet Carneiro
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — PÁLPEBRAS

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital Federal do Andaraí
- Policlínica Piquet Carneiro

- Hospital Municipal Souza Aguiar

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — PEDIATRIA

- Hospital Municipal Jesus

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — QUEIMADOS

- Hospital Federal do Andaraí
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — REPARADORA — MAMA

- Hospital Federal do Andaraí

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — TUMOR DE PELE

- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal da Lagoa
- Policlínica Piquet Carneiro
- Hospital Municipal Barata Ribeiro
- Hospital Municipal Souza Aguiar
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares, o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **minhasaude.rio**, você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Federal n.º 9.797, de 6 de maio de 1999**, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1999/lei-9797-6-maio-1999-372479-norma-pl.html>. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. — Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 20 p. : il. — (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) 1. Queimadura. 2. Tratamento de emergência. I. Título. II. Série. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde n.º 03, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/10_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_contratualizacao_cosems.pdf. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde n.º 118, de 23 de fevereiro de 2005**, que inclui na tabela de Serviços/Classificação do SCNES, SIA e SIH/SUS o serviço de Atenção a DST/Aids, com a classificação de Tratamento da Lipodistrofia do portador de HIV/Aids. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Interministerial n.º 331, de 8 de março de 2016**, que define as diretrizes para a implementação da Lei n.º 13.239, de 30 de dezembro de 2015, que dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22437012/do1-2016-03-09-portaria-interministerial-n-331-de-8-de-marco-de-2016-22436954. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde n.º 425, de 19 de março de 2013**, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/260066/>. Acesso em: 21 jun. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Eventos Agudos em Situações Clínicas. Queimaduras [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Nazaré Otília Nazário; Dilmar Francisco Leonardi e Cesar Augusto Soares Nitschke — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 29 p. Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br **Conteúdo do módulo: Ações Preventivas. — Conceito. — Classificação. — Avaliação Diagnóstica. — Diagnóstico Diferencial. — Atendimento Inicial. — Atendimento sequencial. — Indicações de Encaminhamento e Monitoramento. — Cuidados Pós-Evento Agudo no Domicílio e na Comunidade.** ISBN: 978-85-8267-053-8 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Prevenção. 3. Queimaduras. I. UFSC. II. Nazário, Nazaré Otília. III. Leonardi, Dilmar Francisco. IV. Nitschke, Cesar Augusto Soares. V. PROVAB. VI. Título. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13962/1/QueimadurasPROVAB.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2022.

ANEXOS

ANEXO 1. CIRURGIA PLÁSTICA — GINECOMASTIA

Define-se o diagnóstico de ginecomastia com a presença de tecido mamário palpável em homens que apresentem aumento das mamas (uni ou bilateral). O quadro geralmente é transitório, bilateral e pode ser doloroso. A glândula tem a consistência fibroelástica e fica simetricamente distribuída sob a aréola. A ocorrência é considerada fisiológica em neonatos ou na fase puberal masculina. Existe, ainda, o quadro conhecido como pseudoginecomastia, quando há aumento mamário sem, no entanto, se constatar proliferação glandular. Estes casos, geralmente secundários à obesidade, não têm necessidade de encaminhamento para tratamento cirúrgico, mas devem ser incluídos em condutas para perda de peso.

Cerca de 60% a 90% dos recém-nascidos (com resolução espontânea em algumas semanas) e cerca de um terço dos homens (14 anos, em quadro com tendência à resolução espontânea em seis meses a dois anos: 60% dos jovens; 19 anos: cerca de 5% a 15%; 25 a 45 anos: 30% a 40%; e acima de 50 anos: cerca de 55% a 60%) irão apresentar algum grau de ginecomastia ao longo de sua vida, uni ou bilateral.

O mecanismo fisiopatológico que provoca a proliferação do estroma (não dos ductos mamários) geralmente envolve uma diminuição do efeito androgênico ou um aumento do efeito do estrogênio.

Dentre as doenças/condições em que a ginecomastia não fisiológica pode ocorrer em concomitância estão: cirrose hepática, nefropatia crônica, hipertireoidismo, hipogonadismo (aferir FSH, LH e testosterona, disfunção erétil, diminuição da libido), tumores testiculares, produção paraneoplásica de gonadotrofina coriônica (HCG), e ganho de peso após desnutrição.

Fármacos relacionados com a ocorrência de ginecomastia:

- Fármacos que inibem a síntese ou a atividade androgênica (ciproterona, dutasterida, finasterida, flutamida);
- Antimicrobianos (efavirenz, etionamida, isoniazida, metronidazol);
- Antineoplásicos (metotrexato, imatinibe, alquilantes);
- Cardiovasculares (IECA, amiodarona, BRA, metildopa, espironolactona, reserpina);
- SNC (diazepam, haloperidol, metadona, fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos);

- Outros: cimetidina, ranitidina e omeprazol, hormônios (anabolizantes, androgênicos, estrógenos, hormônio do crescimento), anfetaminas, etanol, heroína, maconha, domperidona, metoclopramida, fenitoína, teofilina.

Uma vez que a presença de hipertrofia mamária é fator fundamental para o diagnóstico e consequente encaminhamento, faz-se necessário, além do exame físico acurado, a realização de USG das mamas, para documentação e confirmação diagnóstica. A história clínica deve conter as doenças que possam causar ginecomastia e incluir os fármacos prescritos ou utilizados pelo paciente.

ATENÇÃO!

A ginecomastia deve ser diferenciada do aumento de tecido gorduroso na mama. Geralmente, a ginecomastia é fisiológica ou idiopática. Uma grande variedade de fármacos pode causar ginecomastia. Avaliar a presença de alterações genitais ou sistêmicas suspeitas. Na maioria dos casos, nenhum tratamento específico é necessário, porque a ginecomastia regride de maneira espontânea ou desaparece após a interrupção do uso de qualquer dos fármacos causadores (exceto, talvez, esteroides anabolizantes) ou com o tratamento ou a melhora da doença de base. Se a avaliação não revelar uma causa da ginecomastia, é considerada idiopática. É pouco provável que uma ginecomastia regrida após 12 meses.

REDE FLAGS

- Edema de mama localizado ou excêntrico, particularmente com saída de secreção pelo mamilo, aderido à pele, ou consistência endurecida;
- Sintomas ou sinais de hipogonadismo associados (puberdade tardia, atrofia testicular, diminuição da libido, disfunção erétil, diminuição da proporção de massa magra do corpo, déficit cognitivo leve);
- Sintomas ou sinais de hipertireoidismo (tremores, taquicardia, sudorese, intolerância ao calor, perda ponderal);
- Massa testicular;
- Cirurgia testicular;
- Início recente de ginecomastia dolorosa e sensível em adulto;
- Sinais de suspeita de câncer: localização unilateral excêntrica, consistência firme ou endurecida, fixação à pele ou fáscia, descarga mamilar, pregueamento da pele, retração do mamilo, envolvimento de linfonodos axilares.

O conteúdo descritivo mínimo deve incluir: condições psicológicas do paciente, sintomas diretos e associados (se presentes), medicações usadas pelo paciente (se presentes), exame físico das mamas e geral (quando necessário), IMC do paciente, descrição da USG das mamas.

ANEXO 2. CIRURGIA PLÁSTICA — PÁLPEBRA

Seguindo as normas e orientações do Ministério da Saúde para a realização de cirurgias plásticas, diferentemente daquelas de origem estética, a cirurgia plástica reparadora tem como objetivo: “corrigir deformidades congênitas e/ou adquiridas (traumas, alterações do desenvolvimento, pós-cirurgia oncológica, acidentes e outros) devidamente reconhecidas, ou, ainda, quando existe déficit funcional parcial ou total cujo tratamento exija recursos técnicos da cirurgia plástica, sendo considerada tão necessária quanto qualquer outra intervenção cirúrgica”. Por meio de intervenções cirúrgicas ou não, as cirurgias plásticas reparadoras procuram aprimorar ou recuperar as funções físicas, motoras e funcionais, além de restabelecer a forma mais próxima possível da normalidade.

Sob esta orientação, veja a seguir as condições em que a cirurgia plástica das pálpebras está indicada.

1. Dermatocalase

Excesso ou redundância de pele e flacidez na prega palpebral superior, acompanhada ou não de herniação da gordura orbital. Este excesso de pele e gordura avança sobre a margem livre da pálpebra, ao ponto de influenciar o funcionamento do eixo visual.

O conteúdo descritivo mínimo deve incluir: a descrição da dificuldade visual do paciente e alterações correlatas (excesso de pele e/ou gordura).

2. Lagoftalmo

Ocorre em vigência de uma má oclusão palpebral. Pode ser ocasionado por alterações tanto da pálpebra superior, mais raras e normalmente só aparentes em condições de sono, como da pálpebra inferior, que além de mais comuns em sua ocorrência, também são mais fáceis de serem diagnosticadas, uma vez que a alteração palpebral é facilmente identificada no exame clínico: espessamento da margem palpebral, dor e lacrimejamento, blefarites crônicas, hiperemia e/ou conjuntivite, e alterações da margem palpebral (abaulamento da fenda palpebral por alongamento do margem da pálpebra, que pode ou não gerar esclera aparente, que é o diagnóstico de uma borda palpebral inferior abaixo do limite da íris inferior).

O conteúdo descritivo mínimo deve incluir: dados da história, causa provável (congenita ou adquirida), descrição dos sintomas presentes (dor e lacrimejamento), descrição do exame físico detalhado (uni ou bilateral, pálpebra acometida, alterações óculo-palpebrais (espessamento da margem, blefarites crônicas, hiperemia e/ou conjuntivite, alterações da margem palpebral — abaulamento da fenda palpebral por alongamento da margem da pálpebra, presença de esclera aparente).

3. Ptose Palpebral

Alteração da posição das pálpebras superiores na direção inferior, ao ponto de invadir o campo visual por obstrução pupilar, em maior ou menor grau. Pode ser uni ou bilateral, e congênita ou adquirida. Quando congênita, deve ser encaminhada para avaliação oftalmológica assim que diagnosticada, para acompanhamento até idade própria para a correção cirúrgica).

O conteúdo descritivo mínimo deve incluir: dados da história, causa provável (congenita ou adquirida), descrição de sintomas (dificuldade visual ipsilateral do lado acometido), descrição de exame físico (alteração da margem/rima palpebral com invasão do limite da íris pela pálpebra sobre a íris, assimetria das margens palpebrais quanto ao lado, quando unilateral).

ATENÇÃO!

Quando possível, pela idade e colaboração do paciente, o exame físico do paciente portador de ptose palpebral deve conter a descrição da avaliação da excursão da pálpebra superior (o quanto a pálpebra se eleva e se movimenta) durante o pedido ativo de olhar para baixo e olhar para cima seguindo o dedo do examinador. Neste caso, o examinador deve bloquear a influência do músculo frontal com uma mão e pedir que o paciente siga seu dedo indicador da outra mão. Normal: movimento palpebral esperado > 4mm.

4. Ectrópio

Eversão da margem palpebral com exposição da córnea e conjuntiva (esclera aparente), o que comumente leva à dor e lacrimejamento crônicos, inflamação da borda palpebral, conjuntivite crônica e ceratite. Pode ser congênito, por malformação palpebral (condição rara) e geralmente está presente em quadros sindrômicos gerais; ou adquirido, classificado em involucional ou senil (causa mais frequente — a predisposição acima dos 60 anos ocorre por flacidez tecidual ou desinserção das estruturas que estabilizam a pálpebra inferior, observado clinicamente por uma diminuição dos tônus musculares palpebrais inferiores). A pálpebra inferior fica in-

competente e não se mantém ajustada à conjuntiva, se mantendo insistentemente afastada da mesma. Esta condição é reconhecida como incompetência tarsoconjuntival e patognomônica da deformidade, e pode ser cicatricial ou como sequela de paralisia. Quadros crônicos podem envolver toda a pálpebra, com sintomas irritativos persistentes provocados pela exposição ocular e conjuntival.

O conteúdo descritivo mínimo deve incluir: dados da história, causa provável (congenita ou adquirida), descrição dos sintomas óculo-palpebrais (estruturas acometidas devido à presença do ectrópio), descrição do exame físico (uni ou bilateral, pálpebra acometida, lado).

ATENÇÃO!

O exame físico do paciente portador de ectrópio deve conter a descrição do exame da competência tarsoconjuntival, avaliada a partir da observação do retorno da pálpebra inferior à posição de repouso normal (contato perfeito entre a pálpebra e a conjuntiva ocular) após ser evertida ativamente. Quando o retorno ocorre em um tempo considerado prolongado e/ou a pálpebra inferior não adere à conjuntiva ocular, o exame está alterado.

5. Entrópio

É a inversão da margem palpebral inferior na direção do globo ocular, manifestada clinicamente como “virada para dentro”. A consequência é uma irritação crônica pelo atrito ciliar, ou da própria pele palpebral sobre a córnea e a conjuntiva, que leva a um lacrimejamento ou até mesmo ulcerações destas estruturas. Ocorre tanto na pálpebra superior como na inferior, podendo ser uni ou bilateral, e congênito (malformação) ou adquirido (classificado em “involucional” ou “senil” — apenas na pálpebra inferior / ocorre em cerca de 22% dos casos em nosso meio / pacientes > 50 anos) ou cicatricial (pós-queimaduras, tracoma e pênfigo).

6. Deformidades palpebrais pós-trauma ou sequelas de queimadura

O conteúdo descritivo mínimo deve incluir: dados da história, causa provável (congenita ou adquirida), descrição dos sintomas óculo-palpebrais (estruturas acometidas devido à presença do ectrópio), descrição do exame físico (uni ou bilateral, pálpebra acometida, lado).

ANEXO 3. CIRURGIA PLÁSTICA — RINOPLASTIA

As condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento de um paciente para compartilhamento de cuidado com a Atenção Especializada para ci-

rurgia plástica de nariz (rinoplastia) estão ligadas diretamente a condições clínicas discerníveis pelo médico assistente da Atenção Primária.

A seguir apresentamos os critérios que tornam os casos elegíveis para o encaminhamento.

1. Defeitos ou deformidades nasais (nariz em sela, nariz bífido, deformidade secundária à fissura labial e palatina em adultos).

- **Nariz em sela:** Quadros em que o dorso nasal (ósseo e/ou cartilaginoso) se encontra achatado por algum processo, seja de origem: traumática (acidente automobilístico, competições esportivas, vítimas de agressão); infecciosa (infecções do septo nasal, leishmaniose, sequela de Hansen); congênita (afecções que afetam o desenvolvimento do processo frontonasal, como síndrome de Down, síndrome de Crouzon ou disostose craniofacial por fechamento prematuro das suturas do crânio); desordens metabólicas (síndrome de Hunter ou mucopolissacaridose tipo II — MPS II etc.); isquêmicas (Granulomatose de Wegener); ou como sequela de processo cirúrgicos mal conduzidos.
- **Nariz bífido:** Alteração do dorso nasal e ponta nasal (largo e baixo e ponta bífida/dupla) por alterações anatômicas dos ossos nasais e processos frontais da maxila e estruturas cartilaginosas (doença autossômica recessiva/dominante, malformações congênitas da face — fissuras de Tessier, particularmente a número 0).
- **Deformidade secundária à fissura labial e palatina em adultos:** Sequelas da deficiência congênita ou pós-cirúrgicas — devem ser encaminhadas para Centros Especializados.

2. Rinofima (aumento da pele nasal por inflamação crônica dos tecidos nasais com comprometimento da textura da pele, cor e mesmo vascularização, causando crescimento exofítico irregular e telangiectasias).

3. Outros defeitos que causem alteração da função respiratória (laterorrínia — desvio nasal visível ao exame clínico).

4. Desvio de septo e hipertrofia de cornetos ou fratura nasal diagnosticados por exames complementares.

O desvio de septo é um quadro clínico facilmente identificável pela má posição do septo nasal no centro da face, culminando no desvio nasal (seja de forma visível, clinicamente; seja por exame complementar — p.ex.: raio-X da face, TC da face). A presença de desvio, por si só, não é um critério de elegibilidade para encaminhamento para cirurgia plástica — para tal, é preciso a concomitante disfunção respiratória. Pequenos desvios não costumam causar sintomas que

justifiquem a abordagem cirúrgica. Desvios maiores, ao contrário, podem causar situações infecciosas crônicas, distúrbios respiratórios importantes, principalmente se associados a atopias de origem respiratória. A ocorrência concomitante de hipertrofia de cornetos e o histórico de rinite agravam o quadro, justificando o encaminhamento. Neste sentido, é importante a identificação e o tratamento prévio de afecções que potencialmente possam interferir nos desfechos, sem a necessidade cirúrgica logo de início (p.ex.: rinossinusite crônica).

5. Sequelas pós-traumáticas.

O conteúdo descritivo mínimo deve incluir: dados da história, tempo de evolução, presença ou não de doenças associadas, tratamentos previamente implementados (quando for o caso: rinites, sinusites etc.), medicações em uso, e informar laudos de exames já realizados (raio-X ou TC).

ANEXO 4. CLASSIFICAÇÃO DE SPINA MODIFICADA POR SOUZA FILHO (1992), PARA DEFINIÇÃO DO TRATAMENTO PRIMÁRIO DO PACIENTE FISSURADO

- 1. Fissura pré-forame incisivo:** acomete lábio e nariz, podendo (completa) ou não atingir (incompleta) o rebordo alveolar (palato primário):
 - a. Q36.0 (CID 10.^a edição): fenda labial bilateral;
 - b. Q36.1 (CID 10.^a edição): fenda labial mediana;
 - c. Q36.9 (CID 10.^a edição): fenda labial unilateral;
 - d. Q37.0 (CID 10.^a edição): fenda do palato duro com fenda labial bilateral;
 - e. Q37.1 (CID 10.^a edição): fenda do palato duro com fenda labial unilateral.
- 2. Fissura transforame incisivo:** acomete lábio, nariz, palato duro e palato mole — é a forma de maior deformidade anatômica e a mais frequente:
 - a. Q37.4 (CID 10.^a edição): fenda dos palatos duro e mole com fenda labial bilateral;
 - b. Q37.5 (CID 10.^a edição): fenda dos palatos duro e mole com fenda labial unilateral;
 - c. Q37.8 (CID 10.^a edição): fenda do palato com fenda labial bilateral, não especificada;
 - d. Q37.9 (CID 10.^a edição): fenda do palato com fenda labial unilateral, não especificada.

3. Fissura pós-forame incisivo: acomete o palato duro e mole (completa) ou apenas o mole (incompleta), sem fissura do palato primário (rebordo alveolar):

- a. Q35.3 (CID 10.^a edição): fenda do palato mole;
- b. Q35.5 (CID 10.^a edição): fenda do palato duro com fenda do palato mole;
- c. Q35.7 (CID 10.^a edição): fenda da úvula (submucosa);
- d. Q35.9 (CID 10.^a edição): fenda palatina não especificada.

4. Fissura submucosa: acomete a musculatura do palato mole e/ou palato mole, sem acometer mucosa.

- a. Q37.2 (CID 10.^a edição): fenda do palato mole com fenda labial bilateral;
- b. Q37.3 (CID 10.^a edição): fenda do palato mole com fenda labial unilateral;
- c. Q37.8 (CID 10.^a edição): fenda do palato com fenda labial bilateral, não especificada;
- d. Q37.9 (CID 10.^a edição): fenda do palato com fenda labial unilateral, não especificada.

Observação: A fissura pré-forame incisiva pode coexistir com a fissura pós-forame incisivo. Por isso, é importante o exame físico completo em todos os recém-natos.

De acordo com a classificação, teremos a correta cronologia para o tratamento cirúrgico a seguir.

- a. Entre 3 e 6 meses: cirurgia primária do lábio e do nariz.
- b. Entre 12 e 18 meses: cirurgia primária do palato.
- c. Entre 2 e 4 anos: cirurgias de resgate (cirurgias secundárias do lábio e do nariz e/ou do palato). **Observação:** Apenas em casos selecionados, que precisem de melhora do resultado da cirurgia primária.
- d. Entre 8 e 10 anos: enxertia óssea alveolar secundária, na época da dentição mista (reconstrução óssea do rebordo alveolar para reabilitação oral). Nos casos bilaterais, pode ser necessária cirurgia óssea para reposicionamento da pré-maxila também. **Observação:** não é o ideal, mas para pacientes com indicação de enxertia óssea alveolar que perderam o tempo adequado para a realização da cirurgia na época da dentição mista, pode ser realizada a enxertia óssea alveolar terciária (na época da dentição permanente).
- e. A partir dos 15 anos: cirurgia ortognática e rinosseptoplastia funcional. Nos casos em que o tratamento ortocirúrgico esteja indicado, a rinosseptoplastia deverá ser postergada para depois da realização da cirurgia ortognática.

ANEXO 5. CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — QUEIMADOS

Dentre esses agravos de saúde abordados na APS, as queimaduras constituem um dos mais comuns. É atribuição da Estratégia Saúde da Família oferecer os cuidados necessários ao usuário queimado, seja no momento agudo do trauma ou no tratamento de infecções secundárias das lesões, e identificar a necessidade do encaminhamento para os níveis de maior complexidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que inclui não apenas os casos agudos (moderados e graves), mas também a reabilitação funcional, motora e respiratória com fisioterapeuta.

Nas condições agudas do acidente, deve-se proceder a submissão do caso a critérios de gravidade, para a continuidade do cuidado.

Considera-se como pequeno queimado ou queimado de pequena gravidade usuários com:

1. Queimaduras de primeiro grau em qualquer extensão;
2. Qualquer idade e/ou queimaduras de segundo grau com área corporal atingida até 5%;
3. Crianças menores de 12 anos ou com queimaduras de segundo grau com área corporal atingida até 10%;
4. Maiores de 12 anos.

Usuários considerados como médio queimado ou queimado de média gravidade:

1. Queimaduras de segundo grau com área corporal atingida entre 5% e 15%;
2. Menores de 12 anos;
3. Queimaduras de segundo grau com área corporal atingida entre 10% e 20% em maiores de 12 anos;
4. Qualquer queimadura de segundo grau envolvendo mão ou pé ou face ou pescoço ou axila ou grande articulação (axila ou cotovelo ou punho ou coxofemoral ou joelho ou tornozelo), em qualquer idade.

Quadro 1. Classificação dos pacientes quanto à queimadura.

PEQUENO QUEIMADO LEVE	MÉDIO QUEIMADO/ QUEIMADO MODERADO	GRANDE QUEIMADO	GRANDE QUEIMADO / QUEIMADO GRAVE
<p>Adultos:</p> <p>Qualquer extensão de 1.º grau exclusivo;</p> <p>≤ 10% da superfície corporal queimada (SCQ) de 2.º grau.</p>	<p>Adultos:</p> <p>De 10% a 20% da SCQ de 2.º grau;</p> <p>De 2.º grau envolvendo mão, pé, face, pescoço, axila ou grande articulação;</p> <p>≤ 10% da SCQ de 3.º grau que não afetem olhos, orelhas, face, pé ou genitálias.</p>	<p>Adultos:</p> <p>> 20% de SCQ de 2.º grau;</p> <p>> 10% de SCQ de 3.º grau.</p>	<p>Adultos e crianças:</p> <p>Que envolvam olhos, ouvidos, orelhas, face, mãos, pés, perineo e genitais.</p> <p>De 3.º grau atingindo mão, pé, face ou pescoço ou axila, em qualquer idade;</p> <p>Todas as lesões inalatórias, com ou sem queimaduras;</p> <p>Queimaduras elétricas;</p> <p>Queimaduras com trauma (politrauma) com fratura óssea em qualquer localização ou com trauma craniano concomitante;</p> <p>Queimaduras em pacientes de alto risco (p.ex.: diabetes, gravidez, DPOC, câncer, choque, insuficiência renal, cardíaca ou hepática, distúrbios de coagulação e hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, doenças consumptivas);</p> <p>Quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura (que necessitem antibioticoterapia venosa);</p> <p>Síndrome compartimental ou do túnel do carpo, associado ou não à queimadura;</p> <p>Qualquer outra afecção que possa ser fator de complicação à lesão ou quadro clínico da queimadura.</p>
<p>Crianças:</p> <p>Qualquer extensão de 1.º grau exclusivo;</p> <p>≤ 5% da SCQ em 2.º grau.</p>	<p>Crianças:</p> <p>De 5% a 15% de SCQ de 2.º grau;</p> <p>De 2.º grau envolvendo mão, pé, face, pescoço, axila ou grande articulação;</p> <p>≤ 5% de SCQ de 3.º grau que não afetem olhos, orelhas, face, pé ou genitálias.</p>	<p>Crianças:</p> <p>> 15% de SCQ de 2.º grau;</p> <p>> 5% de SCQ de 3.º grau.</p>	

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO 6. CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — ORELHA

Orelhas proeminentes

Mais comumente conhecida como “orelha em abano”, esta é uma deformidade congênita que se inicia com uma malformação no desenvolvimento da orelha desde o terceiro mês de vida embrionária, quando o pavilhão auricular se desenvolve ao ponto de estar preparado até o nascimento. É nesta idade que, a partir do desenvolvimento cartilaginoso, toda a orelha passa a se distanciar naturalmente do crânio, para, até ao final do sexto mês, desenvolver as dobras cartilaginosas que irão dar formato a toda a estrutura.

Na evolução do crescimento, em locais determinados se formam importantes estruturas que irão determinar a alteração que é nosso foco aqui: “concha” e “hélice”, e a “anti-hélice”. São exatamente estas estruturas (concha e anti-hélice) que irão influenciar diretamente sobre o ângulo de todo o pavilhão com relação ao crânio, e desenvolver ou não a orelha considerada normal ou “em abano”.

Resumidamente, o diagnóstico das orelhas proeminentes se baseia no aumento de ângulos determinados pela relação destas estruturas e o crânio, de forma que, quando há um aumento da cartilagem da concha, ocorre, conseqüentemente, um aumento do ângulo entre a orelha e o crânio.

Quando a malformação se resume à inexistência da anti-hélice (conhecido como “apagamento” de anti-hélice), da mesma forma ocorre, conseqüentemente, o aumento do ângulo entre a orelha e o crânio.

O conteúdo descritivo mínimo deve incluir: as alterações de malformação do pavilhão auricular (sic), presença de alteração do ângulo entre a orelha e o crânio (escafo-craniano) e as queixas psicológicas do paciente.

Microtias

Grupo de patologias da orelha que incluem as anormalidades no desenvolvimento do ouvido externo (pavilhão auricular) e a atresia do canal auricular (falha no desenvolvimento do canal auditivo externo — CAE).

A alteração causadora da deformidade ocorre no desenvolvimento embrionário inicial. Os números mostram que 95% dos casos não são hereditários, e antecedentes hereditários não serão encontrados. Cerca de 90% das ocorrências afetam apenas uma das orelhas, com tendência para o lado direito.

Entre as várias classificações existentes para a microtia, no que diz respeito a uma organização para um sistema de regulação cirúrgica, o mais importante é definir a abrangência da deformidade, que pode ser definida pela inexistência de pavilhão auricular (anotia), por deformidades do terço superior, médio ou inferior da orelha (microtia de terço superior e/ou médio e/ou inferior), e se a malformação atinge ou não o CAE (ausência ou atresia).

Por se tratar de uma malformação congênita, é importante investigar a possibilidade de malformações associadas (principalmente cardíacas, neurológicas e/ou renais). Estão indicadas a realização de ecocardiograma, ultrassonografia transfontanela e de abdome.

Há uma importante relação entre as malformações auriculares e anomalias craniofaciais (microsomia hemifacial, espectro óculo-aurículo-vertebral — EOAV, em que ocorre um envolvimento do desenvolvimento dos primeiros arcos branquiais), bem como seu envolvimento em quadros sindrômicos (síndrome de Treacher-Collins (tende à bilateralidade) e síndrome de Goldenhar (unilaterais).

A concomitante ocorrência de alterações do CAE é comumente associada à ausência da membrana timpânica e ao subdesenvolvimento do ouvido médio (ossos do ouvido médio), com comprometimento da audição. Geralmente o ouvido interno (cóclea) é normal.

ATENÇÃO!

- **Todo paciente que apresente alteração congênita da orelha precisa passar por um rastreamento da sua audição, que começa com a Triagem Auditiva Neonatal (Emissões Otoacústicas Evocadas) ou o Teste da Orelhinha;**
- **Identificado o quadro e realizado o rastreamento auditivo, o paciente deve ser imediatamente regulado para avaliação especializada e programação do tratamento;**
- **Para aconselhamento dos pais: a correção cirúrgica da atresia do canal auricular (canaloplastia) pode melhorar a audição, mas raramente resulta em uma audição normal de frequências de sons;**
- **Existem dispositivos auditivos de condução óssea que podem ser usados no tratamento quando há envolvimento da audição, que passam a conduzir o som até o nível do ouvido interno através da vibração dos ossos do crânio. Geralmente são indicados em crianças a partir de 5 anos de idade.**

ANEXO 7. CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA — FENDAS LABIAIS E PALATINAS

As fissuras labiopalatais (FLP) são uma alteração de desenvolvimento embrionário que resulta em um quadro fenotípico decorrente da interação de fatores genéticos e ambientais, sugerindo um padrão de herança multifatorial. É a malformação craniofacial mais comum, cuja incidência varia em torno de 1 caso para cada 1.000 nascidos vivos, e é maior nos pacientes asiáticos e menor nos afrodescendentes.

Entende-se que a relação entre a estrutura genética materna e o desenvolvimento da fissura labiopalatal está ligada à formação de genes que dependem de substâncias que interferem nos processos de divisão celular e na produção de DNA (exemplo: ácido fólico, vitaminas do complexo B etc.). Uma vez que os processos embrionários se fundem para a formação da face como um todo, até a 12.^a semana de vida intrauterina (IU), a importância destes fatores para o desenvolvimento fetal concentra-se principalmente nestes três primeiros meses de gestação.

Atualmente, considera-se que sua etiologia seja multifatorial (ambiental e genético) e sabemos que a exposição a alguns tipos de fármacos (anticonvulsivantes, isotretinoína, ondasetrona, entre outros) durante o primeiro trimestre de gestação está associada a um aumento de risco do desenvolvimento de fissuras labiopalatais.

A manifestação destas alterações (FLP) pode gerar problemas tanto de ordem funcional como estética, com desdobramento em diversas esferas da vida humana. A incidência mostra-se dividida em 25% dos casos de fendas labiais (FL), 25% de fendas palatinas (FP) e 50% de fendas labiopalatais (FLP).

O diagnóstico das fissuras labiais, com ou sem fissura palatina, em geral, se dá por meio da ultrassonografia morfológica ainda no pré-natal. Neste momento, a realização de uma consulta com o cirurgião plástico e com o profissional de saúde mental (Psicologia) é fundamental para esclarecer sobre a patologia e seu cronograma de tratamento.

O aprimoramento dos exames de imagem, expandindo para a possibilidade de um diagnóstico intrauterino (IU), foi de suma importância na coordenação do cuidado da família com uma pessoa portadora de FLP. Dada a baixa sensibilidade do exame (alta possibilidade para resultados “falsos negativos”), não se indica USG IU para rastreio de FLP, no entanto, adiciona-se a importante introdução do aconselhamento pré-natal nos casos de diagnóstico IU de forma fortuita.

Já o diagnóstico das fissuras palatinas isoladas é realizado ao nascimento, pelo pediatra na sala de parto ou nos primeiros dias de vida, ainda durante a internação. Alguns sinais de que o recém-nato pode ter fissura palatina são:

1. Dificuldade da introdução do aleitamento materno;
2. Refluxo de leite pelo nariz e engasgos durante a amamentação, principalmente quando em posição mais horizontal; e
3. Amamentação ineficaz (baixo volume e tempo aumentado a cada mamada).

Diferentemente das FP, as fendas labiais (FL), de maneira geral, não trazem maiores riscos à pessoa. Tanto o problema principal quanto as consequências da ocorrência estão ligados ao momento da abordagem cirúrgica, que quanto mais precoce, melhor.

As FP, ao contrário, além de apresentarem fator de risco de vida (aspiração de leite e alimentos), se não tratadas adequadamente e em tempo hábil, podem trazer sérias consequências à fala e a todo o desenvolvimento do portador até a vida adulta. Estudos mostram que, ao contrário do que o senso comum possa orientar, na opinião dos pacientes, as más consequências na fala superam em muito as sequelas estéticas da patologia.

Assim, a abordagem do paciente portador de FLP e FP é multiprofissional, exigindo tratamentos prolongados e de alta complexidade. Desta forma, o tratamento ideal deve se dar em centros especializados por profissionais afeitos às nuances de sua abrangência, tanto para o indivíduo como para sua família.

É fundamental que, assim que se faça o diagnóstico ou que haja uma suspeição clínica de FLP ou FP, o recém-nato seja encaminhado precocemente para avaliação, recomendando-se que seja acompanhado pelo responsável legal e por equipe de saúde do hospital no qual se encontra internado, para avaliação por equipe multidisciplinar com cirurgião plástico, odontopediatra e fonoaudiólogo. Nestes casos, o hospital no qual se encontra internado deve solicitar, via SISREG, em “Consulta em Cirurgia Plástica — Fendas Labiais e Palatinas — Internados”.

O atendimento por esta equipe permitirá que seja avaliado o uso de fita adesiva nas fissuras labiais e de placa obturadora de palato nas fissuras palatinas (equipe de Odontopediatria), bem como a correta orientação sobre o posicionamento correto e manobras auxiliares para a amamentação adequada, com a equipe de Fonoaudiologia. Utilizamos a Classificação de Spina modificada por Souza Filho (1992) para definirmos o tratamento primário do paciente fissurado (Anexo 4).

Após a consulta multidisciplinar, o recém-nato retornará, no mesmo dia, para a maternidade de origem na mesma ambulância, onde permanecerá internado até o momento da alta hospitalar.

Qualquer paciente fissurado, operado ou não, que procure a Atenção Primária para atendimento da fissura deve ter sua consulta agendada pelo SISREG para “Consul-

ta em Cirurgia Plástica — Fendas Labiais e Palatinas” (no caso de pacientes com fissura labial e/ou palatina, operada ou não, do município do Rio de Janeiro).

O tratamento do paciente fissurado é longo. Vai desde o momento em que nasce até a fase adulta. Nem todos os pacientes vão seguir este cronograma, dependendo da extensão da fissura.

Os profissionais e especialidades envolvidos no cuidado da pessoa portadora de FLP são: Pediatria, Odontologia/Ortodontia, Enfermagem, Cirurgia Plástica (Anestesiologia), Fonoaudiologia, Nutricionista, Terapia Ocupacional, Otorrinolaringologia e Cirurgia Craniomaxilofacial, que contam, ainda, com o apoio de Cardiologista, Geneticista e Fisioterapeuta.

P R E F E I T U R A



RIO

Saúde

