

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP**

TAISE FERREIRA DE LIMA GALDINO

**CURSO AUTOINSTRUCIONAL PARA PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA SOBRE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

RECIFE

2022

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP**

**CURSO AUTOINSTRUCIONAL PARA PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA SOBRE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

Dissertação apresentada no Mestrado Profissional associado à Residência em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Cuidados Intensivos.

Autora: Taise Ferreira de Lima Galdino

Orientador: Eduardo Jorge da Fonseca Lima

Coorientadores: Amanda Almeida de Oliveira

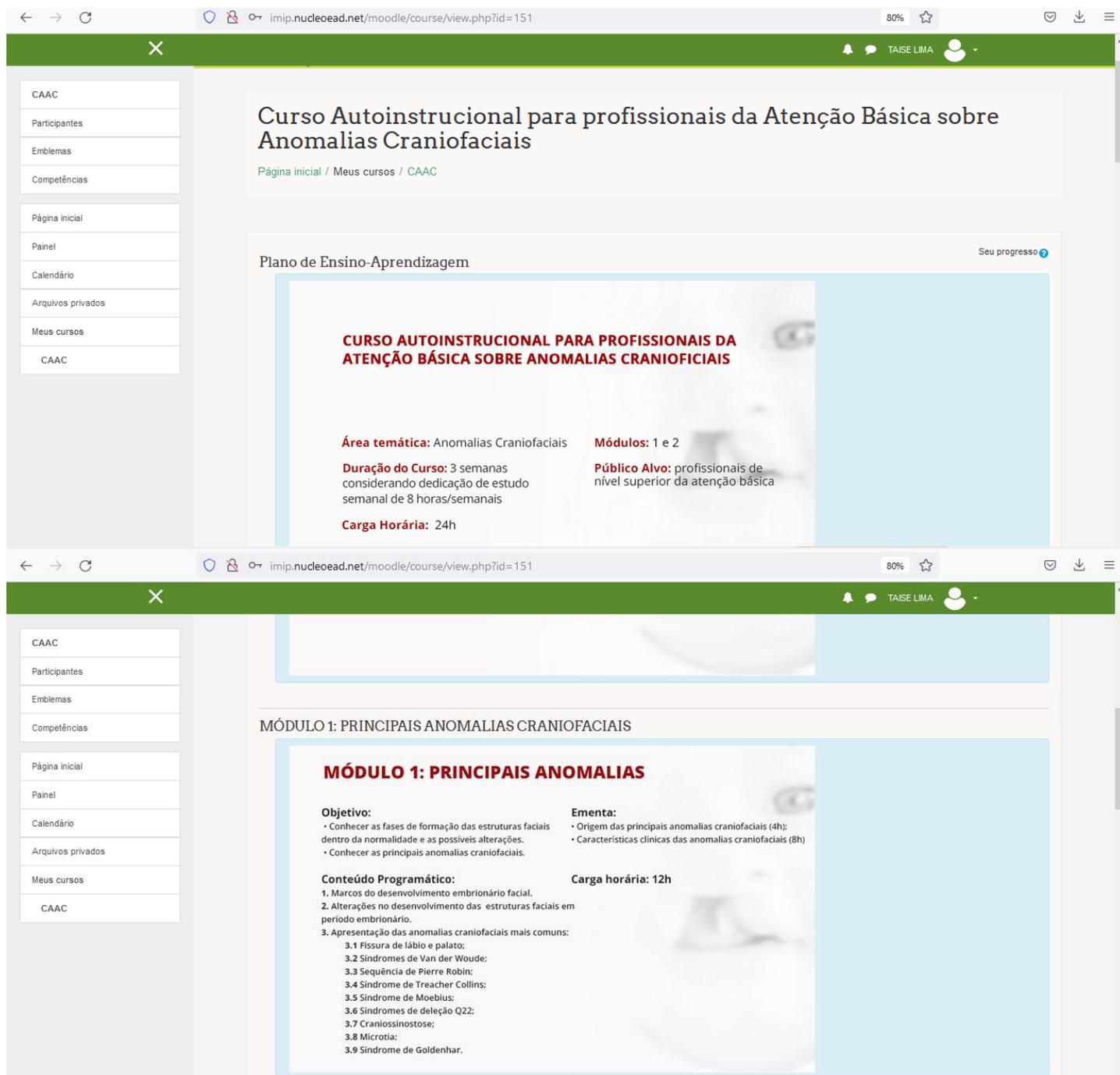
Bruno Hipólito da Silva

RECIFE

2022

RESUMO

O produto técnico deste estudo teve como objetivo de elaborar e validar um curso EaD autoinstrucional baseado no *designer* instrucional ADDIE para profissionais da atenção primária à saúde de nível superior sobre anomalias craniofaciais. O mesmo, foi realizado de julho de 2021 a fevereiro de 2022 baseado no modelo ADDIE referente à etapa três (desenvolvimento) e quatro (implementação). As duas primeiras etapas, análise e desenho foram concluídas anteriormente a este. Na fase de desenvolvimento foi realizado um protótipo do curso para cirurgiões-dentistas da atenção primária sendo modelo para construção e validação do curso deste presente estudo. Participaram seis profissionais do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira que possuem expertise em anomalias craniofaciais e na área de desenvolvimento de cursos EaD para validação do conteúdo. Na fase de Implementação, foi aplicado um teste piloto com quatorze profissionais da atenção primária à saúde da região metropolitana do Recife/PE. O instrumento foi disposto em escala tipo *Likert*, (0–discordo; 1–concordo parcialmente; 2–concordo totalmente). Para análise foi utilizado o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde com ponto de corte 0,7. O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP (parecer nº4.846.544). Por fim, o curso teve validação do conteúdo e da semântica e pode ser utilizado para formação de profissionais da atenção primária à saúde sobre a temática das anomalias craniofaciais.

Curso autoinstrucional para profissionais da atenção básica sobre anomalias craniofaciais

The screenshot shows a Moodle course page with a green header and a sidebar on the left. The main content area displays the course title and a 'Plano de Ensino-Aprendizagem' (Course Plan) section. The course plan includes details about the thematic area, duration, load, and target audience. Below this, the first module is detailed, including its objective, programmatic content, and syllabus.

Curso Autoinstrucional para profissionais da Atenção Básica sobre Anomalias Craniofaciais

Página inicial / Meus cursos / CAAC

Plano de Ensino-Aprendizagem Seu progresso

CURSO AUTOINSTRUCIONAL PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Área temática: Anomalias Craniofaciais **Módulos:** 1 e 2

Duração do Curso: 3 semanas considerando dedicação de estudo semanal de 8 horas/semanais **Público Alvo:** profissionais de nível superior da atenção básica

Carga Horária: 24h

MÓDULO 1: PRINCIPAIS ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

MÓDULO 1: PRINCIPAIS ANOMALIAS

Objetivo:

- Conhecer as fases de formação das estruturas faciais dentro da normalidade e as possíveis alterações.
- Conhecer as principais anomalias craniofaciais.

Ementa:

- Origem das principais anomalias craniofaciais (4h);
- Características clínicas das anomalias craniofaciais (8h)

Conteúdo Programático:

1. Marcos do desenvolvimento embrionário facial.
2. Alterações no desenvolvimento das estruturas faciais em período embrionário.
3. Apresentação das anomalias craniofaciais mais comuns:
 - 3.1 Fissura de lábio e palato;
 - 3.2 Síndromes de Van der Woude;
 - 3.3 Sequência de Pierre Robin;
 - 3.4 Síndrome de Treacher Collins;
 - 3.5 Síndrome de Moebius;
 - 3.6 Síndromes de deleção Q22;
 - 3.7 Craniossinostose;
 - 3.8 Microtia;
 - 3.9 Síndrome de Goldenhar.

Carga horária: 12h

imip.nucleoead.net/moodle/course/view.php?id=151

80%

TAISE LIMA

CAAC

Participantes

Emblemas

Competências

Página inicial

Painel

Calendário

Arquivos privados

Meus cursos

CAAC

3.8 Microtia;
3.9 Síndrome de Goldenhar.

Questionário Pré-curso

Unidade 1 - Desenvolvimento embrionário facial.

Unidade 2 - Alterações no desenvolvimento das estruturas faciais em período embrionário.

Unidade 3 - As anomalias craniofaciais mais comuns.

AVALIAÇÃO MÓDULO 1

Módulo 2: ATENÇÃO À PESSOA COM ANOMALIA CRANIOFACIAL

imip.nucleoead.net/moodle/course/view.php?id=151

80%

TAISE LIMA

CAAC

Participantes

Emblemas

Competências

Página inicial

Painel

Calendário

Arquivos privados

Meus cursos

CAAC

MÓDULO 2: ATENÇÃO À PESSOA COM ANOMALIA CRANIOFACIAL

Objetivo:

- Conhecer a assistência e rede de cuidado da pessoa com anomalia craniofacial;
- Compreender a função e a importância da equipe multiprofissional do centro de atenção especializado;
- Identificar as etapas importantes no cuidado por ciclos de vida das anomalias craniofaciais.

Ementa:

- Atores do cuidado da pessoa com anomalia craniofacial: Equipe Interprofissional e Centros de Referência (2h); Rede de Apoio (2h). Etapas importantes no cuidado: Bebê e Gestante (2h); Criança (2h); Adolescente (2h); Adulto e Idoso (2h)

Conteúdo Programático:

Unidade 1: Cuidado da pessoa com anomalia craniofacial

- 1.1 Papel da equipe interprofissional.
- 1.2 Centros de referência.

Unidade 2: Etapas importantes no cuidado

- 2.1 Bebê e gestante
- 2.2 Crianças e adolescente
- 2.3 Adulto e Idoso

Carga Horária: 12h.

imip.nucleoead.net/moodle/course/view.php?id=151

80%

TAISE LIMA

CAAC

Participantes

Emblemas

Competências

Página inicial

Painel

Calendário

Arquivos privados

Meus cursos

CAAC

Curso Autoinstrucional Anomalias... Assistir no YouTube

CURSO AUTOINSTRUCIONAL PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Unidade 1: cuidado da pessoa com anomalia craniofacial

Unidade 2 - Etapas importantes no cuidado

AVALIAÇÃO MÓDULO 2

Questionário Pós-curso

Certificado de Conclusão

Certificado de Conclusão



- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Curso Autoinstrucional para profissionais da Atenção Básica sobre Anomalias Craniofaciais

Página inicial / Meus cursos / CAAC / MÓDULO 1: PRINCIPAIS ANOMALIAS CRANIOFACIAIS / Questionário Pré-curso / Responda as perguntas...

Questionário Pré-curso

Imprimir em Branco

1*

No quadro abaixo insira as respostas de acordo com a ordem das informações:

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Grau de Escolaridade:
5. Tempo de Serviço como profissional:
6. Tempo de Serviço como profissional na atenção básica:

Rich text editor toolbar: Bold, Italic, Underline, Bulleted list, Numbered list, Link, Unlink, Undo, Redo.

Definir a

2*

Sabe o que significa anomalias craniofaciais?

- Sim Não

3*

Conheço as principais origens das anomalias craniofaciais?

- Sim Não

4*

Sei identificar ao menos uma das mais comuns anomalias craniofaciais?

- Sim Não

5*

Acredito que não existe uma causa única para a formação das anomalias craniofaciais?

- Sim Não

6*

Conheço as principais causas das anomalias craniofaciais?

- Sim Não

7*

A hereditariedade e a genética são as únicas causas das anomalias craniofaciais?

- Sim Não

8*

Conseguo realizar atividades, como palestras, grupos, salas de estudo e visitas domiciliares, relacionadas às anomalias craniofaciais?

- Sim Não

9*

- Sim Não

9* Entendo preciso (a) para visitar um usuário em minha área de abrangência que tenha anomalias craniofaciais?

- Sim Não

10*

Sei dar orientações às famílias e usuários que apresentem anomalias craniofaciais?

- Sim Não

11*

Na caixa de texto abaixo responda com alguma das opções a seguir:

Acho que o principal responsável pelas orientações aos familiares com crianças que apresentem anomalias craniofaciais deve ser de: (o):

- () Médico da família;
- () Enfermeiro;
- () Técnico em Enfermagem;
- () ACS;
- () De todos citados acima

12*

Conheço as condutas de prevenção para as anomalias craniofaciais?

- Sim Não

13*

Entendo seguro para discutir com minha equipe o melhor direcionamento para o desenvolvimento da criança?

- Sim Não

14*

Sei explicar uma mãe sobre a melhor forma de alimentar um bebê com anomalias craniofaciais?

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

imip.nucleoad.net/moodle/mod/questionnaire/complete.php?id=3674

50%

TAISE LIMA

13. Sim Não

Sintoma seguro para discutir com minha equipe o melhor direcionamento para o desenvolvimento da criança?

14. Sim Não

Beber explicar uma mãe sobre a melhor forma de alimentar um bebê com anomalias craniofaciais?

15. Sim Não

Acredito que um bebê, mesmo com anomalia craniofacial, pode ser alimentado em qualquer posição?

16. Sim Não

Conheço as estratégias de aplicação dos meios de prevenção das anomalias craniofaciais?

17. Sim Não

Acho necessário que uma criança ou adulto que possui anomalia craniofacial deva ser encaminhado a um centro de referência?

18. Sim Não

Conheço o centro de referência para as anomalias craniofaciais do estado de Pernambuco?

ENVIAR ENQUIETE

imip.nucleoad.net/moodle/mod/page/view.php?id=3675

50%

TAISE LIMA

Unidade 1 - Desenvolvimento embrionário facial.

unidade 1- desenvolvimento embrionário facial

Curso Autoinstrucional Anomalias

CURSO AUTOINSTRUCIONAL PARA PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA SOBRE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Assistir no YouTube

Etapa 1

Situação problema - Cena com apresentação de um vídeo interativo introduzindo sobre o desenvolvimento embrionário humano.

Fecundação - Desenvolvimento E...

Assistir no YouTube

Etapa 2

Desenvolvimento embrionário

Inicialmente, temos o período de fecundação que consiste na junção entre o espermatozoide e o óvulo. Em seguida, duas células germinativas formam o zigoto. Após algumas horas do primeiro período, o zigoto passará por divisões, e se formará em duas células, os blastômeros.

Desenvolvimento Embrionário

Desenvolvimento embrionário

Inicialmente, temos o período de fecundação que consiste na junção entre o espermatozoide e o óvulo. Em seguida, duas células germinativas formam o zigoto. Após algumas horas do primeiro período, o zigoto passará por divisões, e se formará em duas células, os blastômeros.

Desenvolvimento Embrionário

Desenvolvimento embrionário. Fonte: https://br.freepik.com/fotos-vetores/gratis/medico/Médico vetor criado por macrovector - br.freepik.com/ adaptado

Quando existem de 12 a 13 blastômeros, o ser humano em desenvolvimento é chamado de mórula. Quando a mórula chega ao útero surge em seu interior um espaço preenchido por fluido chamado blastocel e o embrião passa a ser chamado blastocisto. Neste momento os blastômeros se separam e o blastocisto se divide em duas porções:

- Trofoblasto: delgada camada celular externa que formará a parte embrionária da placenta.
- Embrioblasto (ou massa celular interna): grupo de blastômeros localizados centralmente que darão origem ao embrião.

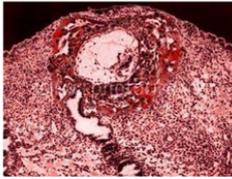
Implantação

Aproximadamente 6 dias após a fecundação, o blastocisto adere ao epitélio endometrial. O trofoblasto prolifera-se rapidamente e se diferencia em duas camadas:

- Citotrofoblasto: camada mais interna, formada por células mononucleadas mitoticamente ativas. Estas originam novas células que migram para a massa crescente de sincitiotrofoblasto, onde se fundem e perdem suas membranas celulares.
- Sincitiotrofoblasto: camada mais externa formada por células multinucleadas, sem limites celulares visíveis. O sincitiotrofoblasto desloca as células endometriais e invade o tecido conjuntivo endometrial, permitindo assim a implantação do blastocisto. Produz o hormônio HCG (gonadotrofina coriônica humana), que chega ao sangue materno e mantém a atividade do corpo lúteo, fornecendo assim o reconhecimento materno da gestação.

imip.nucleoad.net/moodle/mod/page/view.php?id=3675

TAISE LIMA



Blastocisto humano implantado. Note o pólo embrionário posicionado para baixo na imagem.
Fonte: Anatomical travelogue/Science photo library.

Formação do disco embrionário bilaminar
Com o progresso da implantação do blastocisto aparece um pequeno espaço no embrioblasto, que é o primórdio da cavidade amniótica. Concomitantemente ocorrem mudanças morfológicas no embrioblasto, que resultam na formação de uma placa bilaminar quase circular e composta por células achatadas: o disco embrionário bilaminar.

Este é formado por duas camadas:

- Epiblasto: camada mais espessa, constituída por células colunares altas, relacionadas à cavidade amniótica.
- Hipoblasto: camada mais fina, constituída por células cubóides pequenas e adjacentes à cavidade exocoelômica (antiga blastocoele; futura cavidade do saco vitelino).

O epiblasto forma o assoalho da cavidade amniótica e está perifericamente em continuidade com o âmnio. O hipoblasto forma o teto da cavidade exocoelômica e está em continuidade com a membrana exocoelômica. Esta membrana, junto com o hipoblasto, formará o saco vitelino primitivo.

Células do endoderma do saco vitelino formam o mesoderma extra embrionário, o qual circunda o âmnio e o saco vitelino. Após a formação do celoma extra embrionário em seu interior, esta porção de mesoderma será subdividida em:

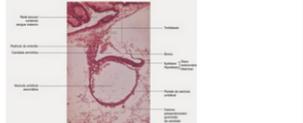
- Mesoderma extra embrionário somático:** externo ao âmnio e interno ao trofoblasto;
- Mesoderma extra embrionário esplâncnico:** externo ao saco vitelino.

As estruturas extra embrionárias formadas nesta fase são importantes para permitir os movimentos morfogênicos do embrião.



imip.nucleoad.net/moodle/mod/page/view.php?id=3675

TAISE LIMA



Cortes longitudinais de um embrião implantado no 14º dia. Observar o grande tamanho do celoma extra embrionário em A e o disco embrionário bilaminar em B. Fonte: Moore et al. 2013.

Após o surgimento do hipoblasto ocorre a formação de três folhetos germinativos do embrião, o ectoderma, mesoderma e endoderma.

O mesênquima originará o mesoderma e endoderma, e com as células do epiblasto, formado anteriormente, tem-se a formação do ectoderma. O ectoderma formará o sistema nervoso central e epitélio externo. O endoderma formará o revestimento epitelial do trato digestivo, fígado e pâncreas, e vias respiratórias. O mesoderma será responsável pela formação da musculatura lisa e estriada, medula dorsal, esqueleto, órgãos reprodutores e excretadores, tecidos conjuntivos, vasos sanguíneos, e células sanguíneas. Com estas estruturas, tem-se a formação do disco germinativo triploblástico.

Folhetos Germinativos



Divisão dos folhetos germinativos. Fonte: <http://www.todamateria.com.br/folhetos-embrionicos/> adaptado

Com a continuidade da migração celular no sentido cranial da fossa primitiva, observa-se a formação de duas estruturas, a placa preordinal e o processo notocordal. O processo notocordal passará a se chamar placa notocordal, que formará a notocórdia (origem da coluna vertebral). Com o desenvolvimento do processo notocordal, ocorre um espessamento do ectoderma e então se forma a placa neural.

Observa-se, então, a formação do sulco neural e as pregas neurais na placa neural inicial. Com a aproximação das pregas neurais, temos então a formação do tubo neural. As cristas neurais surgem neste período, originárias de células ectodérmicas da placa neural e posteriormente, formarão nervos cranianos e gânglios sensitivos.

As células do mesoderma do tubo neural formarão os somitos e na porção cefálica do disco, encontra-se a formação de sistema cardiovascular primitivo. As células encontradas na porção superior das pregas neurais se diferenciam em células da crista neural. As células do mesoderma intermediário se multiplicam em três porções: mesoderma paraxial (que formará parte da musculatura da cabeça), o mesoderma intermediário (que formará parte do sistema urinário e reprodutor) e o mesoderma lateral.

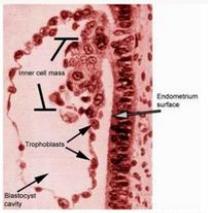
Os grandes órgãos começam a formação entre a quarta e a oitava semana e o embrião assemelha-se a um disco cilíndrico em forma de C.

Até o final da quarta e início da quinta semana desenvolvem-se os arcos branquiais. Eles são responsáveis pela formação de diversos órgãos e estruturas que compõem o embrião.

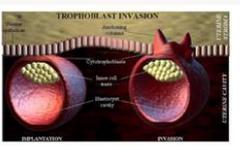
Implantação

Aproximadamente 6 dias após a fecundação, o blastocisto adere ao epitélio endometrial. O trofoblasto prolifera-se rapidamente e se diferencia em duas camadas:

- **Cintrotrofoblasto:** camada mais interna, formada por células micronucleadas mitoticamente ativas. Estas originam novas células que migram para a massa crescente de sincitiotrofoblasto, onde se fundem e perdem suas membranas celulares;
- **Sincitiotrofoblasto:** camada mais externa formada por células multinucleadas, sem limites celulares visíveis. O sincitiotrofoblasto adere às células endometriais e invade o tecido conjuntivo-endometrial, permitindo assim a implantação do blastocisto. Produz o hormônio hCG (gonadotropina coriônica humana), que chega ao sangue materno e mantém a atividade do corpo lúteo, fornecendo assim o reconhecimento materno da gestação.



Início da implantação do embrião humano. Fonte: The McGill Physiology Virtual Lab.



Esquema do início da diferenciação do trofoblasto. Fonte: St George's University of London. Reproductive and cardiovascular disease research group.

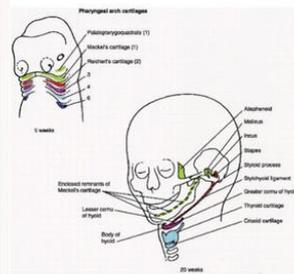


CAAC
Participantes
Emblemas
Competências
Página inicial
Perfil
Calendário
Arquivos privados
Meus cursos
CAAC

O primeiro arco branquial formará entre outras estruturas a mandíbula. Ele apresenta porções cartilagosas e estruturas musculares. Denominado arco mandibular formará inicialmente duas premaxilas. A primeira, o processo maxilar, formará a maxila, parte do osso temporal e osso zigomático. A segunda, denominada processo mandibular, dará origem à mandíbula. Pode-se observar a formação de uma outra estrutura, a lâmininha frontonasal.

O arco apresenta porções cartilagosas que darão origem a cartilagem de Meckel.

arcos faríngeos e cartilagem cabeça/pescoço



- cartilagem do 1º arco**
cartilagem de Meckel
- martelo e bigorna
- ossificação endocondrial; outros ossos da mandíbula, maxila e porção esquamosa do osso temporal formados por ossificação intramembranosa
- do 2º arco**
cartilagem de Reichert
- estribo
- processo estiloide
- ligamento estiloide
- corpo anterior do hióide
- do 3º arco**
- parte posterior do hióide
- do 4º e 6º arco**
- cartilagens da laringe (tiroide, cricóide, cartilagem corniculada, aritenóide, cricóide)

A cartilagem de Meckel será responsável pela formação do martelo e da bigorna, ligamento esfenomandibular e ligamento anterior do martelo. A mandíbula se desenvolverá ao redor da porção cartilaginosa do primeiro arco. O segundo arco branquial ou arco hióide formará o osso hióide.

A porção dorsal formará o estribo e processo estiloide e a porção intermediária formará o ligamento estiloide. As porções musculares formarão os músculos faciais, ventre posterior do músculo digástrico, músculo estapeóide e estiloide, e o nervo facial sendo responsável pela inervação desta estrutura.

Entre o primeiro e segundo arco, encontra-se o primeiro sulco branquial, formando assim o epitélio meato acústico externo. A membrana timpânica será formada pela primeira membrana branquial em conjunto com a camada mesodérmica e primeira bolsa faríngea.

A segunda bolsa faríngea formará em conjunto com outras estruturas a fossa amigdalina e o revestimento das origens da amígdala palatina. Neste mesmo período ocorre a formação da tiroide e a comunicação entre o estômago e o intestino primitivo.

Pode-se encontrar o terceiro arco branquial a partir do vigésimo sexto dia. A porção cartilaginosa formada por parte inferior e como maior do osso hióide porção muscular formará o músculo estilo-faríngeo. O nervo glossofaríngeo será responsável pela inervação das estruturas.

O quarto e sexto arcos são encontrados a partir do vigésimo oitavo dia. As porções cartilagosas de ambos os arcos unem-se para formar as cartilagens da laringe. Eles são inervados pelo nervo vago, e as estruturas musculares formarão músculos intrínsecos da laringe, os constritores da faringe, o músculo elevador do palato e o músculo cricóide.

A terceira bolsa faríngea formará glândulas paratireóides inferiores e a quarta bolsa formará a glândula paratireóide superior. Ao final da quarta semana forma-se o brotamento lingual mediano ou tubérculo impar e dois brotamentos linguais distais.

As vistas e oito dias a mandíbula já se encontra formada. Pode-se observar a formação de plaúdios nasais, na porção inferior do processo frontonasal, que formarão em suas bordas os processos nasais, mediano e lateral.

Na quinta semana, podemos observar um desenvolvimento do encefalo e membros superiores.

A terceira bolsa faríngea formará glândulas paratireóides inferiores e a quarta bolsa formará a glândula paratireóide superior. Ao final da quarta semana forma-se o brotamento lingual mediano ou tubérculo impar e dois brotamentos linguais distais.

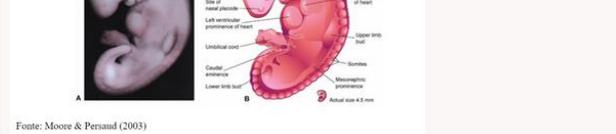
As vistas e oito dias a mandíbula já se encontra formada. Pode-se observar a formação de plaúdios nasais, na porção inferior do processo frontonasal, que formarão em suas bordas os processos nasais, mediano e lateral.

Na quinta semana, podemos observar um desenvolvimento do encefalo e membros superiores.

A cavidade oral é delimitada por ectoderma e desenvolve-se entre a quarta e oitava semana; é uma depressão na face ventral do embrião localizada no primeiro arco branquial ou arco faríngeo. A abertura do tubo laringotraqueal para a faringe forma a glote primitiva. As cartilagens laringeas e músculos são derivados do quarto e sexto pares de arcos branquiais. O epitélio da muçosa da membrana da laringe desenvolve-se a partir do endoderma na final da porção oral do tubo laringotraqueal.

Na quinta semana, ocorre a formação do pavilhão auricular. O palato primário ou processo palatino medial forma-se neste período, fundindo-se no final da sexta semana, formando assim a pré-maxila.

O palato primário formará uma pequena parte do palato duro e a porção anterior do forame Inchoivo. O palato secundário se desenvolve a partir de dois processos palatinos laterais e horizontais que se fundem formando o palato mole e a úvula.



A cavidade oral é delimitada por ectoderma e desenvolve-se entre a quarta e oitava semana; é uma depressão na face ventral do embrião localizada no primeiro arco branquial ou arco faríngeo. A abertura do tubo laringotraqueal para a faringe forma a glote primitiva. As cartilagens laringeas e músculos são derivados do quarto e sexto pares de arcos branquiais. O epitélio da muçosa da membrana da laringe desenvolve-se a partir do endoderma na final da porção oral do tubo laringotraqueal.

Na quinta semana, ocorre a formação do pavilhão auricular. O palato primário ou processo palatino medial forma-se neste período, fundindo-se no final da sexta semana, formando assim a pré-maxila.

O palato primário formará uma pequena parte do palato duro e a porção anterior do forame Inchoivo. O palato secundário se desenvolve a partir de dois processos palatinos laterais e horizontais que se fundem formando o palato mole e a úvula.

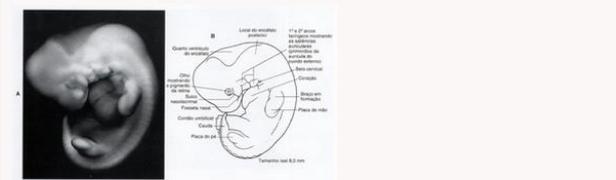
A cavidade oral é delimitada por ectoderma e desenvolve-se entre a quarta e oitava semana; é uma depressão na face ventral do embrião localizada no primeiro arco branquial ou arco faríngeo. A abertura do tubo laringotraqueal para a faringe forma a glote primitiva. As cartilagens laringeas e músculos são derivados do quarto e sexto pares de arcos branquiais. O epitélio da muçosa da membrana da laringe desenvolve-se a partir do endoderma na final da porção oral do tubo laringotraqueal.

Na quinta semana, ocorre a formação do pavilhão auricular. O palato primário ou processo palatino medial forma-se neste período, fundindo-se no final da sexta semana, formando assim a pré-maxila.

O palato primário formará uma pequena parte do palato duro e a porção anterior do forame Inchoivo. O palato secundário se desenvolve a partir de dois processos palatinos laterais e horizontais que se fundem formando o palato mole e a úvula.

Entre a décima primeira semana fetal observam-se movimentos de deglutição e, assim, as primeiras respostas motoras da faringe podem ser observadas. Nesta fase pode-se observar movimentos de sucção, embora a sucção comece no período entre a décima oitava e vigésima quarta semana de gestação. Esta função é caracterizada por movimentos anteroposteriores de língua, sendo que o movimento posterior é mais pronunciado. A língua não está estendida além das bordas dos lábios.

Na décima segunda semana o palato completa-se por volta deste período e o desenvolvimento ocorre na direção anteroposterior.



Entre a décima primeira semana fetal observam-se movimentos de deglutição e, assim, as primeiras respostas motoras da faringe podem ser observadas. Nesta fase pode-se observar movimentos de sucção, embora a sucção comece no período entre a décima oitava e vigésima quarta semana de gestação. Esta função é caracterizada por movimentos anteroposteriores de língua, sendo que o movimento posterior é mais pronunciado. A língua não está estendida além das bordas dos lábios.

Na décima segunda semana o palato completa-se por volta deste período e o desenvolvimento ocorre na direção anteroposterior.

Doore neste período a fusão do palato mole. A fusão entre o septo nasal e processo palatino começa anteriormente e é completada na região posterior do palato mole, sendo simultânea a fusão do processo palatino lateral.

O corpo apresenta o tamanho maior na décima terceira semana, continuando esse processo rapidamente este período inicia-se a ossificação do esqueleto do feto.

Doore neste período a fusão do palato mole. A fusão entre o septo nasal e processo palatino começa anteriormente e é completada na região posterior do palato mole, sendo simultânea a fusão do processo palatino lateral.

O corpo apresenta o tamanho maior na décima terceira semana, continuando esse processo rapidamente este período inicia-se a ossificação do esqueleto do feto.

CAAC
Participantes
Emblemas
Competências
Página inicial
Perfil
Calendário
Arquivos privados
Meus cursos
CAAC

CAAC
Participantes
Emblemas
Competências
Página inicial
Perfil
Calendário
Arquivos privados
Meus cursos
CAAC

Doore neste período a fusão do palato mole. A fusão entre o septo nasal e processo palatino começa anteriormente e é completada na região posterior do palato mole, sendo simultânea a fusão do processo palatino lateral.

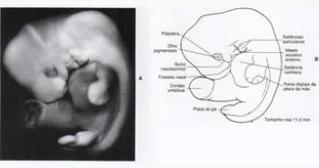
O corpo apresenta o tamanho maior na décima terceira semana, continuando esse processo rapidamente este período inicia-se a ossificação do esqueleto do feto.

← → ↻ imip.nucleoead.net/moodle/mod/page/view.php?id=3675 50%

CAAC
Participantes
Empresas
Competências

Página Inicial
Painel
Calendário
Arquivos anexados
Meus cursos
CAAC

Na décima sexta semana a cabeça está menor em relação ao corpo proporcionalmente em relação à décima segunda semana.
A sucção desenvolve-se a partir da vigésima oitava semana de gestação, mas não está madura o suficiente para manter a vida do bebê de forma independente.



Fonte: Moore et al., (2002).

Ilustração do desenvolvimento embrionário:

FETAL DEVELOPMENT



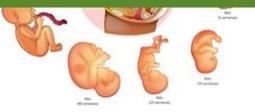
Fonte: <https://tor.freepik.com/fotos/vectores-gratis/bebe/> Bebé vector criado por tor/freepik.com/vear adaptado

Infograma do desenvolvimento embrionário

← → ↻ imip.nucleoead.net/moodle/mod/page/view.php?id=3673 50%

CAAC
Participantes
Empresas
Competências

Página Inicial
Painel
Calendário
Arquivos anexados
Meus cursos
CAAC



Fonte: <https://tor.freepik.com/fotos/vectores-gratis/bebe/> Bebé vector criado por tor/freepik.com/vear adaptado

Infograma do desenvolvimento embrionário

Desenvolvimento Embrionário - em semanas



Fonte: Infograma - desenvolvimento embrionário do "Curso Anomalias Congênitas - Vigilância no Rio Grande do Sul. Edição Lúmina" adaptado

Última atualização: terça, 1 Fev 2022, 12:24

IMIP
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

CONTATO
Rua São Coimbra, 300 - São Vinte, Recife - PE 50070-950
Telefone: (81) 2122-4787
Email: atendimento@imip.org.br

CAAC
Participantes
Empresas
Competências

Página Inicial
Painel
Calendário
Arquivos anexados
Meus cursos
CAAC

Curso Autoinstrucional para profissional da Atenção Básica sobre Anomalias Craniofaciais

Página Inicial / Meus cursos / CAAC / MÓDULO 1: PRINCIPAIS ANOMALIAS CRANIOFACIAIS / Unidade 2 - Alterações no desenvolvimento das estruturas faciais em período embrionário.

Unidade 2 - Alterações no desenvolvimento das estruturas faciais em período embrionário.

Etapa 1



Assistir no YouTube

"E você pensou nas possíveis consequências que essa criança poderá apresentar?"

Etapa 2

Desenvolvimento anormal da face

Por anos as anomalias congênitas decorrentes de erros do desenvolvimento eram apenas diagnosticadas após o parto ou mesmo vários anos após o nascimento. Hoje, com o avanço tecnológico permite diagnosticar e tratar mais cedo certos tipos de erros do desenvolvimento.

Após a descoberta de que o vírus da rubéola atinge o feto, estudos começaram a ser realizados referentes a agentes externos e a partir daí foi possível identificar que substâncias ou organismos podem atravessar a placenta e causar problemas no desenvolvimento.

Defeitos congênitos ou anomalias congênitas são termos similares para descrever erros do desenvolvimento presentes na ocasião do nascimento. Podem ser classificados em:

- **Malformação** quando apresenta um defeito morfológico de apenas um órgão, parte dele ou de parte maior do corpo, resultante do processo de desenvolvimento intrinsecamente anormal;
- **Disrupção** quando apresenta defeito morfológico de um órgão, parte de um órgão ou região maior do corpo, resultante da interferência do desenvolvimento originariamente normal;
- **Deformidade** classificado para forma ou posição anormal de parte do corpo causada por forças mecânicas, não disruptivas.

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Intrinsecamente anormal:

- Distúrbio quando apresenta defeito morfológico de um órgão, parte de um órgão ou região maior do corpo, resultante da interferência do desenvolvimento originariamente normal;
- Deformidade classificada por forma ou posição anormal de parte do corpo causada por forças mecânicas, não disruptivas;
- síndrome caracterizada pelo padrão de anomalias múltiplas supostamente relacionadas geneticamente.

As anomalias congênitas são classificadas em estruturais, funcionais, metabólicas, comportamentais ou hereditárias. Alguns fatores são indicativos importantes para compreender o erro no desenvolvimento e se associam a vários tipos de anomalias congênitas. Entre os fatores de incidência associados às anomalias congênitas estão: a idade das pais, a idade genética, a gravidade da concepção e o curso.

Para analisar a possibilidade de **teratogênica** de um agente, deve-se levar em conta três importantes condições: (1) os períodos críticos do desenvolvimento; (2) a dosagem do agente teratogênico; (3) a suscetibilidade individual do embrião.

Um agente **teratogênico** é definido como qualquer substância, organismo, agente físico ou estado de deficiência que, estando presente durante a vida embrionária ou fetal, produz uma alteração na estrutura ou função de descendência (Dixon, 1996).

Quando um agente está presente no estágio de desenvolvimento do embrião, este se encontra em suscetibilidade ao teratogênio. Sendo o período de divisão celular, a diferenciação celular e a morfogênese mais críticos do desenvolvimento com chance de ocorrer em maior intensidade alguma anomalia.

Observação: O tipo de anomalia depende do momento em que o teratogênio está ativo na fase do desenvolvimento de partes e órgãos ficando mais suscetíveis.

De modo geral as causas das anomalias são de pelo menos 50% desconhecidas e sendo a outra metade com aproximadamente 25% genética, 10% por fatores ambientais ou teratogênicos físicos e químicos e 15% multifatoriais (Figura).



Figura 11.1 – Ilustração gráfica das frequências das causas de anomalias congênitas humanas.

Figura – Ilustração gráfica das frequências das causas de anomalias congênitas humanas.

As anomalias de base genética ocorrem na divisão de cromossomos ou por mutações de genes, ex: Síndrome de Moebius.

Anomalias causadas por fatores ambientais estão relacionadas a fatores entre teratogênicos químicos, hormonais, infecções maternas, drogas e fatores nutricionais (Quadro 1).

Quadro 1 - Diferentes fatores ambientais causadores de malformações congênitas.	
Droga/medicamento	
Alcool	Síndrome do álcoolismo fetal: retardo do crescimento intrauterino, retardo mental, microcefalia, anomalias oculares e fissuras palpebrais curtas.

As anomalias de base genética ocorrem na divisão de cromossomos ou por mutações de genes, ex: Síndrome de Moebius.

Anomalias causadas por fatores ambientais estão relacionadas a fatores entre teratogênicos químicos, hormonais, infecções maternas, drogas e fatores nutricionais (Quadro 1).

Quadro 1 - Diferentes fatores ambientais causadores de malformações congênitas.	
Droga/medicamento	
Alcool	Síndrome do álcoolismo fetal: retardo do crescimento intrauterino, retardo mental, microcefalia, anomalias oculares e fissuras palpebrais curtas.
LSD	Defeitos dos membros e do sistema nervoso central.
Cocaína	Retardo do crescimento intrauterino, microcefalia, anomalias urogenitais e distúrbios neurocomportamentais.
Tálidomida	Desenvolvimento anormal dos membros, anomalias faciais, cardíacas e dos rins.
Ácido retinóico	Anomalias craniofaciais e cardiovasculares e defeitos do tubo neural.
Teraciclina	Defeitos craniofaciais.
Compostos químicos	
Metilmercúrio	Atrofia cerebral e retardo mental.
Chumbo	Retardo de crescimento e distúrbios neurológicos.
Agentes infecciosos	
Citomegalovírus	Microcefalia, hidrocefalia, retardo mental e anomalias do fígado.
Toxoplasma	Microcefalia, microftalmia, perda da audição e perturbações neurológicas.
Trípanosoma	Hidrocefalia, dentes e ossos anormais.
HIV	Ausência de crescimento, microcefalia, anomalias faciais e do crânio.
Rubéola	Retardo do crescimento intrauterino e pós-natal, anomalias cardíacas, microcefalia, microftalmia, catarata, glaucoma, retardo mental e distúrbios dos ossos e do fígado.
Herpes simples	Aumento do fígado, hidrocefalia e anemia.
Agentes físicos	
Raios X	Microcefalia, espinha bífida, fenda palatina e defeitos dos membros.

BIOLOGIA EAD/UFSC. 2011. <https://uab.ufsc.br/biologia/files/2020/08/Embriologia-Humana.pdf>

Para tal, as anomalias de origem ambiental podem ser impedidas em sua grande maioria das vezes, para isso, é necessário trabalhar a conscientização de que certos agentes podem perturbar o desenvolvimento. Se a gestante evitar os efeitos nocivos das drogas, dos produtos químicos e de vírus, o embrião poderá ficar livre de algum tipo de anomalia.

Entende-se que, o grau de exposição poderá perturbar gravemente o desenvolvimento se administradas durante o desenvolvimento do embrião. O uso de drogas e/ou medicamentos durante a gestação é elevado, 40 a 90% das mulheres grávidas consomem principalmente no primeiro trimestre de gravidez.

FIQUE ATENTO!

O ideal seria evitar o uso de qualquer medicamento durante o primeiro trimestre de gestação, especialmente nas oito primeiras semanas de desenvolvimento, a menos que haja razões médicas para usá-lo, e somente no caso de um medicamento ser reconhecidamente seguro para o embrião.

Para isso, é importante esclarecer à gestante em relação aos períodos críticos, já que a suscetibilidade a um agente causador de anomalia congênita (fator genético, ambiental e multifatorial) varia com a fase do desenvolvimento. O embrião fica mais sensível às malformações durante a formação da estrutura devido está se desenvolvendo em máxima rapidez. No entanto, momentos posteriores até mesmo após o nascimento podem ocasionar alguma anomalia como o da formação do sistema visual, por exemplo.

Alterações que ocorrem durante as fases de clivagem, implantação e formação dos folhetos geralmente ocasionam a morte do conceito e resultam em abortamentos espontâneos. As alterações que ocorrem durante o período embrionário e início do período fetal levam a erros estruturais maiores. Já as alterações que ocorrem durante o período fetal causam erros funcionais ou anomalias estruturais menores (Figura).

Entende-se que, o grau de exposição poderá perturbar gravemente o desenvolvimento se administradas durante o desenvolvimento do embrião. O uso de drogas e/ou medicamentos durante a gestação é elevado, 40 a 90% das mulheres grávidas consomem principalmente no primeiro trimestre de gravidez.

FIQUE ATENTO!

O ideal seria evitar o uso de qualquer medicamento durante o primeiro trimestre de gestação, especialmente nas oito primeiras semanas de desenvolvimento, a menos que haja razões médicas para usá-lo, e somente no caso de um medicamento ser reconhecidamente seguro para o embrião.

Para isso, é importante esclarecer à gestante em relação aos períodos críticos, já que a suscetibilidade a um agente causador de anomalia congênita (fator genético, ambiental e multifatorial) varia com a fase do desenvolvimento. O embrião fica mais sensível às malformações durante a formação da estrutura devido está se desenvolvendo em máxima rapidez. No entanto, momentos posteriores até mesmo após o nascimento podem ocasionar alguma anomalia como o da formação do sistema visual, por exemplo.

Alterações que ocorrem durante as fases de clivagem, implantação e formação dos folhetos geralmente ocasionam a morte do conceito e resultam em abortamentos espontâneos. As alterações que ocorrem durante o período embrionário e início do período fetal levam a erros estruturais maiores. Já as alterações que ocorrem durante o período fetal causam erros funcionais ou anomalias estruturais menores (Figura).

Esquema dos períodos do desenvolvimento embrionário

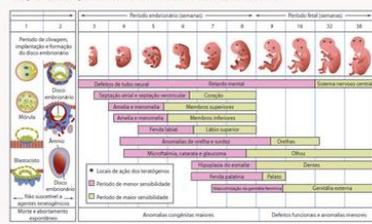


Figura 11.2 - Esquema geral dos períodos do desenvolvimento humano em que os sistemas orgânicos estão mais suscetíveis a alterações ocasionadas por agentes causadores de anomalias congênitas. Adaptado de ROOZE e VERGADE, 2006.

Fonte: BIOLOGIA EAD/UFSC. 2011. <https://uab.ufsc.br/biologia/files/2020/08/Embriologia-Humana.pdf>

Infograma do desenvolvimento anormal da face

ETIOLOGIA
= Ambiental
= Genética
= Multifatorial (gene + ambiente)
= Desconhecida: 50%

DEFINIÇÃO
= Anomalia que afeta a estrutura ou a função do desenvolvimento do feto.

CLASSIFICAÇÃO



- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

... Não salvar! ...
 ... Permissão de maior amplitude ...
 ... Agregar interatividade ...
 ... Mais alternâncias ...
 ... Anomalias congênitas maiores ...
 ... Defeitos funcionais e anomalias menores ...

Fonte: BIOLOGIA/EAD/UFSC, 2011. <https://uab.ufsc.br/biologia/files/2020/08/Embrionologia-Humana.pdf>



Fonte: Infograma- introdução às anomalias congênicas do "Curso Anomalias Congênicas - Vigilância no Rio Grande do Sul, Edição Lúmina" adaptado.

Última atualização: quinta, 26 Jun 2022, 11:10

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Unidade 3 - As anomalias craniofaciais mais comuns.

Etapa 1

Situação problema



"E você o que faria neste caso? Diante da situação e pela sua experiência, o que seria mais prudente a ser feito?"

- a. () encaminhá-la para o centro de referência
- b. () orientar a mãe no momento sobre alimentação
- c. () ligar para um colega de trabalho para ajudar no caso
- d. () alternar as A e B estão corretas

A resposta é a letra "D"



- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Etapa 2

3.1 Fissura lábio e/ou palatina

Conceito

Um dos mais comuns defeitos congênitos que afetam a face do ser humano é a fissura do lábio e/ou palatina. Acontece uma criança a cada 650 nascidas, de acordo com a literatura especializada.

De origem latina, a palavra "fissura" significa fenda, abertura.

A fissura labiopalatina (FL) é caracterizada pela não migração das células durante a formação das estruturas do lábio e/ou palato, podendo ser parcial ou completa. Ocorre no primeiro trimestre de gestação, sendo a fissura labial até a 8ª semana e a fissura palatina até a 12ª semana de vida intrauterina.

Causas

Não há apenas uma causa para a ocorrência da fissura. Acredita-se que a fissura se dá por uma interação de diversos genes associados a fatores ambientais; este modelo é conhecido como herança multifatorial.

Os fatores ambientais mais conhecidos de risco para as fissuras são: bebida alcoólica, cigarros e alguns medicamentos (como corticoides e anti-convulsantes), principalmente quando utilizados no primeiro trimestre da gestação.

A ação desses fatores ambientais depende de uma predisposição genética ou erro (interação gene versus ambiente).

Hoje, com o avanço das tecnologias de imagiologia, é possível identificar a ocorrência de fissuras por exames de imagem no período pré-natal.

Em relação às estatísticas, as fissuras surgem com maior frequência no lábio e palato unilateral do lado esquerdo e quanto ao sexo, apresenta-se maior frequência no masculino, no entanto, as fissuras isoladas do palato possuem uma propensão pelo sexo feminino. No Brasil, a região que ganha destaque em número de casos é o nordeste, o qual possui a maior incidência de fissuras nos pais segundo os dados 9.721/10 mil nascidos vivos.

Classificação das fissuras

A literatura fragmenta a classificação para melhor compreensão, identificação do local, diagnóstico e possibilita assim, a melhor conduta do caso no atendimento ao feto.

De acordo com essa classificação, a fissura pode ser:

- Fissura pré-formante incisivo: quando acomete estruturas anteriores ao forame incisivo, ou seja, palato primário, envolvendo lábio e/ou rebordo alveolar, podendo ser unilateral (direita ou esquerda), bilateral ou mediana. Dependendo da extensão em que ocorre, em cada uma dessas classificações, a fissura pode ser considerada completa ou incompleta.





- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Infograma resumo sobre fissura lábio e palato

DEFINIÇÃO

- Malformação congênita do lábio e do palato.

COMO REGISTRAR

- Tipos de fenda lábio-palato
- Lateralidade: unilateral (frequente) ou bilateral
- Anomalias associadas

CONDIÇÃO

- Análise da alimentação
- Tempo de sucção
- Prevenção de oclusão
- Chirurgia

DIAGNÓSTICO

- Exame físico
- Foto fenda-palato, importante visualização do palato e não palpção

EMBRIOLOGIA

- Lábio se forma a partir da 1ª semana, estando completo na 10ª semana de idade gestacional
- Palato se forma a partir da 6ª semana, estando completo na 12ª semana de idade gestacional

CLASSIFICAÇÃO

CSMA CID

- Fenda palatina: Q35
- Fenda lábio: Q36
- Fenda lábio com fenda palatina: Q37

ETIOLOGIA

- Multifatorial
- Fatores genéticos
- Fatores ambientais: uso de tabaco e álcool na gestação

PREVENÇÃO

- Uso de ácido fólico periconcepcional

Fonte: Infograma- fendas orais do "Curso Anomalias Congênicas - Vigilância no Rio Grande do Sul. Edição Limim" adaptado

3.2 Síndromes de Van der Woude

Conceito e causas:

A síndrome de Van der Woude é congênita, autossômica e dominante, ou seja, um afetado tem 50% de chance de transmitir a alteração a seus filhos e é causado por mutações no gene IRF6.

Descrito pela primeira vez por Anne Van der Woude em 1954. A maioria dos casos dessa síndrome são causados por mutações no gene IRF6 cerca de 70%, mais especificamente na região 1p32-p41 do cromossomo 1 que regula o processo orofacial e estimula o desenvolvimento epidérmico. Menos comumente, pode ser causado por uma mutação no gene WDR65 na região 1p34.

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC



Fonte: <http://revista.digital.ucc.edu.br/index.php/odontologia/article/view/2238>. Acesso em 11 de novembro de 2021.

Devido à combinação da fissura labiopalatina e fissura palatina isolada na mesma família, essa síndrome é diferente das demais síndromes. Além disso, os pacientes relacionados à fissura labiopalatina podem ter hipoplasia dentária, palato estreito, doença cardíaca congênita, esopro cardíaco, doença neurológica, síndrome do rim, glosseite aniquilante, hirsutismo e aloftosias gengivais superiores e inferiores.

Encaminhando.

Não só o momento quanto a fissura labiopalatina vista anteriormente, esta e como as outras demais que venham a surgir precisam ser direcionadas para rede de apoio para uma assistência completa de forma a conseguir realizar um atendimento precoce e promover melhor qualidade de vida ao paciente e aos cuidadores.

O diagnóstico desta síndrome necessita de um exame clínico minucioso bem como, a realização de um exame histopatológico para determinar o diagnóstico final. Esta tal necessidade ocorre devido a semelhança com a Síndrome Pteríglum Poplitea e Síndrome Orofaciodigital Tipo 1, por exemplo, a Síndrome Pteríglum Poplitea também apresenta fissuras faciais, anomalias da genitália, anomalias nas narinas, sintocilia dos dedos dos pés, anomalias menores nas extremidades e sinéquias orais com uma ou duas fendas labiais. Por outro lado, a Síndrome Orofaciodigital Tipo 1 raramente apresenta fissuras no lábio inferior e fendas, com presença de cistos de milia e é letal em homens.

Tratamento-

O tratamento para a síndrome de Van der Woude inclui todos os procedimentos cirúrgicos para corrigir anomalias faciais, incluindo a excisão das fendas labiais. Estas últimas são realizadas com fins estéticos e para evitar a secreção labial extrema. É realizado o desmembramento do trato sinusal, pois, se qualquer parte das glândulas mucosas estiver aderida à fenda e houver restos, pode-se causar cisto mucoso e perda de músculos dos lábios, como o orbicular. Ao avaliar a pós-operação, foi demonstrado que existem deformidades labiais, então duas ou três operações a mais são necessárias para eliminar anomalias residuais.

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Tratamento-

O tratamento para a síndrome de Van der Woude inclui todos os procedimentos cirúrgicos para corrigir anomalias faciais, incluindo a excisão das fendas labiais. Estas últimas são realizadas com fins estéticos e para evitar a secreção labial extrema. É realizado o desmembramento do trato sinusal, pois, se qualquer parte das glândulas mucosas estiver aderida à fenda e houver restos, pode-se causar cisto mucoso e perda de músculos dos lábios, como o orbicular. Ao avaliar a pós-operação, foi demonstrado que existem deformidades labiais, então duas ou três operações a mais são necessárias para eliminar anomalias residuais.

Assistir no YouTube Síndrome de van der Woude

3.3 Sequência de Pierre Robin

Conceito:

A Síndrome de Pierre Robin, também conhecida por Sequência de Pierre Robin, é uma doença rara que se caracteriza por anomalias faciais como mandíbula diminuída, queda da língua para a garganta, obstrução das vias pulmonares e fenda no palato. Esta doença está presente desde o nascimento.

A Síndrome de Pierre Robin não tem cura, porém existem tratamentos que ajudam o indivíduo a ter uma vida normal e saudável.

Causas:

Alterações no DNA próximas ao gene SOX9 são uma das causas mais comuns da síndrome isolada de Pierre Robin (sequência). Alterações em outros genes, alguns dos quais ainda não descobertos, também podem estar relacionadas a doenças. Estudos recentes especulam que fatores não genéticos, como condições que restringem o crescimento da mandíbula durante a gravidez, podem causar algumas das seqüências isoladas de Pierre Robin.

Características:

As principais características da Síndrome de Pierre Robin são: mandíbula muito pequena e queixo recuado, queda da língua para a garganta, e problemas respiratórios. Outras características da Síndrome de Pierre Robin podem ser:

- Fissura no palato, em forma de U ou de V;
- Úvula bifida;
- Palato muito alto;

imip.nucleoead.net/moodle/mod/page/view.php?id=3677

TAISE LIMA

CAAC

Participantes

Empresas

Competências

Página Inicial

Panel

Calendário

Arquivos privados

Meus cursos

CAAC

Características

As principais características da Síndrome de Pierre Robin são: mandíbula muito pequena e queixo recuado, queda da língua para a garganta, e problemas respiratórios. Outras características da Síndrome de Pierre Robin podem ser:

- Fissura no palato, em forma de U ou de V;
- Úvula bifida;
- Palato muito alto;
- Infecções na orelha frequentes que podem causar surdez;
- Alteração na forma do nariz;
- Malformações dos dentes;
- Refluxo gástrico;
- Problemas cardiovasculares;
- Crescimento de um 6º dedo na mão ou pé.

Figura 1



Fonte: <https://pt.panorama.com/blog/psicologia/sindrome-de-pierre-robin/sintomas-causas-tratamento.html>. Acesso em 11 de novembro de 2021.

imip.nucleoead.net/moodle/mod/page/view.php?id=3677

TAISE LIMA

CAAC

Participantes

Empresas

Competências

Página Inicial

Panel

Calendário

Arquivos privados

Meus cursos

CAAC

Encaminhando...

Para ser considerada como Síndrome de Pierre Robin, a presença de pelo menos duas das anomalias citadas anteriormente devem ser diagnosticadas, por isso, você como profissional que está na ponta, com o cuidado mais próximo ao doente, conseguindo ter esse olhar poderá oferecer à família o cuidado mais precoce do quadro clínico. É válido salientar que muitos dos casos já conseguem receber a investigação para Síndrome de Pierre Robin na maternidade.

Quando não for possível o diagnóstico na maternidade, você poderá realizar uma avaliação inicial na Unidade Básica de Saúde (UBS) e dar encaminhamento através da Central de Regulação de vagas para suporte de equipe multiprofissional.

Tratamento-

O tratamento da Síndrome de Pierre Robin consiste em gerenciar os sintomas da doença nos pacientes, evitando complicações graves. O tratamento cirúrgico pode ser aconselhado nos casos mais graves da doença, para corrigir a fissura do palato, os problemas respiratórios e corrigir os problemas no ouvido, evitando perda de audição na criança.

Alguns procedimentos devem ser adotados pelos pais dos bebês com esta síndrome para evitar problemas de aspiração, como manter o bebê de bruços para que a gravidade puxe a língua para baixo, ou alimentar com cuidado o bebê, evitando que ele se engasgue.

A fonoaudiologia na Síndrome de Pierre Robin é indicada para ajudar a tratar os problemas relacionados com a fala, audição e movimento da mandíbula que as crianças com esta doença apresentam.

SAIBA MAIS sobre essa síndrome, clicando no link abaixo!
<https://doi.org/10.1590/S0021-75572005000100005>

LEITURA COMPLEMENTAR

Veja também um manual de cuidados para crianças com sequência de Pierre Robin desenvolvido pelo HIRAC-USP! https://centrinhousp.files.wordpress.com/2013/02/manual_01_pierre-robin_2013.pdf

3.4 Síndrome de Treacher Collins

Ola! Vamos conhecer mais uma síndrome que acomete as estruturas craniofaciais?

Conceito -

A Síndrome de Treacher Collins, também chamada de disostose mandíbulo-facial, está relacionada ao desenvolvimento anormal do primeiro arco branquial (arco mandibular) onde ocorre perda de tecido mesenquimal. Devido ao desenvolvimento do crânio, os olhos caem e as mandíbulas são disparetas.

Devido à má formação óssea, as pessoas com essa síndrome podem ter problemas para ouvir, respirar e comer. No entanto, a síndrome de Treacher Collins não aumenta o risco de morte, nem afeta o sistema nervoso central, permitindo que o desenvolvimento prossiga normalmente.

Também, como as outras síndromes estudadas, trata-se de um distúrbio autossômico dominante com uma prevalência de 1: 50.000 nascidos vivos.

Causas

Esta síndrome é causada maioritariamente por mutações no gene TCOF1, POU1F1 ou POU1F2 localizado no cromossomo 5, que codifica uma proteína com funções importantes na manutenção das células derivadas da crista neural, que são as células que dão origem ao ouvido, focos e também as orelhas durante as primeiras semanas de desenvolvimento do embrião.

A síndrome de Treacher Collins é uma doença genética autossômica dominante, portanto, se um pai tiver esse problema, a probabilidade do filho sofrer dessa doença é de 50%. É importante que os médicos façam um diagnóstico diferencial de outras doenças (como a síndrome de Goldenhar, displasia da cabeça e rosto de Nagler e síndrome de Millers) porque seus sintomas e sinais são semelhantes.

Características

Na Figura abaixo, notamos algumas características clínicas, sendo mais comuns o subdesenvolvimento, ausência óssea zigomática, depressões das fissuras palpebrais, subdesenvolvimento da mandíbula, má formação das orelhas externas, ausência do canal auditivo e fissuras faciais, variando clinicamente de branda a severa.

Figura 1



Fonte: Lodovichi et al., 2018.

CAAC

Participantes

Empresas

Competências

Página Inicial

Panel

Calendário

Arquivos privados

Meus cursos

CAAC

Conceito -

A Síndrome de Treacher Collins, também chamada de disostose mandíbulo-facial, está relacionada ao desenvolvimento anormal do primeiro arco branquial (arco mandibular) onde ocorre perda de tecido mesenquimal. Devido ao desenvolvimento do crânio, os olhos caem e as mandíbulas são disparetas.

Devido à má formação óssea, as pessoas com essa síndrome podem ter problemas para ouvir, respirar e comer. No entanto, a síndrome de Treacher Collins não aumenta o risco de morte, nem afeta o sistema nervoso central, permitindo que o desenvolvimento prossiga normalmente.

Também, como as outras síndromes estudadas, trata-se de um distúrbio autossômico dominante com uma prevalência de 1: 50.000 nascidos vivos.

Causas

Esta síndrome é causada maioritariamente por mutações no gene TCOF1, POU1F1 ou POU1F2 localizado no cromossomo 5, que codifica uma proteína com funções importantes na manutenção das células derivadas da crista neural, que são as células que dão origem ao ouvido, focos e também as orelhas durante as primeiras semanas de desenvolvimento do embrião.

A síndrome de Treacher Collins é uma doença genética autossômica dominante, portanto, se um pai tiver esse problema, a probabilidade do filho sofrer dessa doença é de 50%. É importante que os médicos façam um diagnóstico diferencial de outras doenças (como a síndrome de Goldenhar, displasia da cabeça e rosto de Nagler e síndrome de Millers) porque seus sintomas e sinais são semelhantes.

Características

Na Figura abaixo, notamos algumas características clínicas, sendo mais comuns o subdesenvolvimento, ausência óssea zigomática, depressões das fissuras palpebrais, subdesenvolvimento da mandíbula, má formação das orelhas externas, ausência do canal auditivo e fissuras faciais, variando clinicamente de branda a severa.

Figura 1



Fonte: Lodovichi et al., 2018.

PRA PENSAR

Essas malformações do esqueleto craniofacial podem resultar em alterações tanto estéticas e funcionais, ou seja, distúrbios da respiração, mastigação, fala, deglutição e exposição precoce são aspectos que devem ser prioritariamente avaliados.

Também acredita-se que o grau de malformações presentes no nascimento permaneça relativamente estável, não progredindo com a idade.

← → ↻ imip.nucleoad.net/moodle/mod/page/view.php?id=3677

CAAC

- Participantes
- Empresas
- Competências
- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Fonte: Lodovichi et al., 2018.

PRA PENSAR

Essas malformações do esqueleto craniofacial podem resultar em alterações tanto estéticas e funcionais, ou seja, distúrbios da respiração, mastigação, fala, deglutição e exposição precoce são aspectos que devem ser prioritariamente avaliados.

Também acredita-se que o grau de malformações presentes no nascimento permaneça relativamente estável, não progredindo com a idade.

Encaminhamento...

Quando encaminhar?

É possível realizar o diagnóstico do Síndrome de Treacher Collins ainda no pré-natal, o primeiro passo será uma boa anamnese para que levante-se a possibilidade suspeita do quadro clínico, em sequência é possível visualizar através da ultrassonografia bidimensional a suspeita, por meio da identificação da presença de polidactílimo, micrognatia, fenda palpebral e orelhas de implantação baixa.

Assim, deverá encaminhar o paciente para um acompanhamento de quadros de alto risco em centros de referência, já que a língua pode obstruir as vias aéreas e levar a morte do recém-nascido. Quando o diagnóstico só acontece após o nascimento, a equipe da UBS deve realizar uma anamnese detalhada, avaliação buscando os achados clínicos físicos e emocionais da puérpera e direcionar o encaminhamento ao centro de referência mais próximo da cidade em que reside.

Agora que já temos informações sobre o Síndrome de Treacher Collins, vamos conhecer seu tratamento!

Tratamento-

O tratamento deve ser feito de acordo com os sintomas e a necessidade específica de cada indivíduo, e embora não exista uma cura para a doença, em alguns casos podem ser realizadas cirurgias de forma a reorganizar os ossos da face, melhorando a estética e a funcionalidade dos órgãos e dos sentidos.

Quando necessário, pode acontecer do indivíduo precisar realizar uma traqueostomia para melhorar as possíveis complicações respiratórias, como também, pode acontecer de apresentar alguma problema de alimentação por questões anômicas de deformidades faciais e a obstrução da hipofaringe pela língua sendo realizada uma gastrostomia para garantir uma boa ingestão calórica.

No entanto, nem todos os casos são necessários realizar as vias alternativas de respiração e/ou alimentação.

LEMBRE-SE

Cada indivíduo é único e o tratamento pode variar de acordo com cada gravidade.

Ainda, o tratamento envolve a área auditiva que deve ser investigada, já que em alguns casos podem estar associadas a perda de audição. O diagnóstico é muito importante, para que se possa fazer a sua correção com a utilização de próteses ou cirurgia, por exemplo.

Pode ser indicada também a sessão de fonoaudiologia para melhorar a comunicação da criança assim como ajudar no processo de deglutição e mastigação.

DICA

← → ↻ imip.nucleoad.net/moodle/mod/page/view.php?id=3677

CAAC

- Participantes
- Empresas
- Competências
- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

DICA

O filme Extraordinário, lançado em 2017, tem como personagem principal um garoto com Síndrome de Treacher Collins. Então, sugerimos que assista caso queira aprofundar ainda mais sobre o assunto.



Confira o trailer:



3.5 Síndrome de Moebius

Conceito:

A síndrome de Moebius é um transtorno raro no qual caracteriza-se por paralisia congênita e não progressiva do VII e do VI nervos cranianos, com isso a pessoa tem dificuldade ou incapacidade para movimentar corretamente os músculos do rosto e dos olhos, o que dificulta a realização de expressões faciais.

← → ↻ imip.nucleoad.net/moodle/mod/page/view.php?id=3677

CAAC

- Participantes
- Empresas
- Competências
- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

3.5 Síndrome de Moebius

Conceito:

A síndrome de Moebius é um transtorno raro no qual caracteriza-se por paralisia congênita e não progressiva do VII e do VI nervos cranianos, com isso a pessoa tem dificuldade ou incapacidade para movimentar corretamente os músculos do rosto e dos olhos, o que dificulta a realização de expressões faciais.

A associação da paralisia desses 2 pares de nervos (6º e 7º) deve-se à sua localização próxima do tronco cerebral, sendo difícil ser somente um deles afetado. As alterações provocadas por essa síndrome podem integrar um quadro de comprometimento maior como síndrome associado à sequência de Poland, que nada mais é do que a falta do músculo peitoral maior ou o acometimento dos membros podendo ocorrer afundamento do Hemitórax com hipoplasia da 2ª, 3ª e 4ª costelas e sindactilia.

Causas

Não tem uma causa específica para a Síndrome de Moebius, pode surgir de uma mutação durante a gestação, o que faz com que a criança já nasça com essas dificuldades, mas certamente, é influenciada por fatores genéticos e ambientais.

Esta hipótese em que, qualquer alteração que prejudique o fluxo sanguíneo da placenta para o feto, num certo momento da gestação, poderia originar a apatia ou a hipoplasia dos núcleos dos nervos facial e motor ocular interno, no tronco cerebral. Em contrapartida, alguns fatores ambientais têm sido implicados na gênese na Síndrome de Moebius: hipertermia, exposição da gestante à infecção, utilização do misoprostol, do álcool, da cocaína, da talitronina e de benzodiazepínicos, entre outros.

Características

Os sinais e características da Síndrome de Moebius podem variar de criança para criança, dependendo dos nervos cranianos afetados. Em alguns casos apresenta-se comprometimento uni ou bilateralmente, determinando pose palpebral, estrabismo divergente, surdez, distúrbios da sensibilidade nos territórios inervados pelo trigêmeo, distrofia, distonia e atrofia da língua, que podem ser verificados em diferentes combinações.

No entanto, em muitos casos, as mais comuns de serem verificadas são: dificuldade para sorrir, franzir a testa ou levantar as sobrancelhas; movimentos oculares anormais; dificuldade para engolir, mastigar, mamar ou produzir sons; incapacidade para reproduzir expressões faciais; malformações da boca, como fissura de lábio ou palato.

Primeiramente, os nervos mais afetados nesta patologia são:

- VII par facial → controla a expressão facial
- VI par abducente → controla o movimento lateral dos olhos
- IX glossofaríngeo e X pneumogástrico → problemas de deglutição e fala nasal.
- XII hipoglosso → afeta a mobilidade da língua
- III oculomotor → controla os movimentos médios dos olhos

Os nervos restantes são raramente afetados, como:

- IV nervo patético → encarregado dos movimentos superiores e inferiores do olho
- VIII nervo acústico → afeta o ouvido
- V nervo trigêmeo → afeta a sensibilidade facial e músculos de mastigação

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Fonte: <https://www.fcmmunicamp.br/form/sites/default/files/2016/pesquisa_-_pacientes_ssd22q112_01_06_2016.pdf>. Acesso em 13 de novembro de 2021.

Observação: Quando confirmado o diagnóstico da pessoa, a investigação dos pais deve ser realizada para poder dizer se existe risco para outros filhos. Com o exame em mãos, os pais precisam de uma consulta de aconselhamento genético.

Características

Os sinais e características da síndrome da deleção 22q demonstram-se com algumas "pistas" para que você, como profissional que está na ponta, possa estar suspeitando que aquele recém-nascido possa apresentar sinais característicos da síndrome da deleção 22q. Como os seguintes sinais:

- Rosto alongado;
- Raiz nasal (parte do nariz entre os olhos) mais alta e ponta do nariz bulbosa (mais arredondada);
- Abertura nas pálpebras;
- Orelhas com forma diferente;
- Olhos mais afastados um do outro;
- Boca pequena;
- Queixo pequeno.

Figura 2

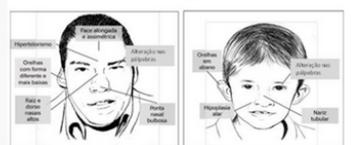
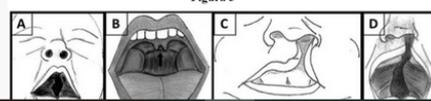


Ilustração de Mario Moreira da Silva – FCM/ UNICAMP
 Fonte: Ilustrações de Mario Moreira da Silva – FCM/ UNICAMP

Além dessas características ainda apresentam defeitos no céu da boca, como:

- Insuficiência velofaríngea, que causa voz frênica e dificuldade para engolir;
- Fissura palatina; (figura - A)
- Úvula bifida; (figura - B)
- Algumas vezes, podem também acontecer fissura labial (figura - C) ou fissura labial e palatina (figura - D).

Figura 3



Fonte: <https://www.fcmmunicamp.br/form/sites/default>

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Esses defeitos podem dificultar a alimentação da criança, que pode apresentar refluxo, queimadura ou vômito após as refeições.

Há outros problemas associados, como no coração, o qual, pode variar desde um sopro no coração sem consequências sérias até defeitos graves que precisam de cirurgia. Falta de cálcio o que pode causar convulsões (ataque epilético) em bebês e crianças e movimentos musculares involuntários (que acontecem sem querer) em adultos. Deficiência no sistema imunológico: a criança fica doente "toda hora" (problema no sistema de defesa do organismo), principalmente com gripes e outras doenças respiratórias. Também pode apresentar atraso no desenvolvimento: a criança demora mais para sentar, andar, falar, aprender na escola.

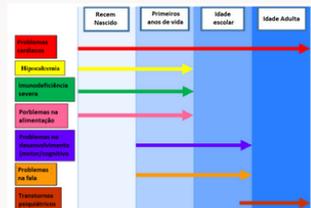
Outros sinais menos comuns também podem estar presentes, como: perda auditiva, escoliose ou outros problemas nos ossos, problemas hormonais (ex: hipotireoidismo, hipotireoidismo), alterações da formação dos olhos, entre outros.

É importante saber que apesar dessas características muitas ocorrem em pessoas com a síndrome, nem todos apresentam todas essas características juntas. Apenas a presença de uma ou poucas delas pode ser um motivo para o médico suspeitar dessa síndrome.

Essas são as características mais comuns das pessoas com esta síndrome. Porém, isso não significa que todos apresentem essa evolução.

A pessoa que nasce com a síndrome pode ter problemas de saúde ao longo da vida, mas eles não estão todos visíveis ao nascimento. Alguns sinais e sintomas dependem da idade da pessoa para aparecer. Por exemplo, o problema de coração pode estar presente no nascimento, mas a dificuldade de aprender só aparece na idade escolar.

Figura 4



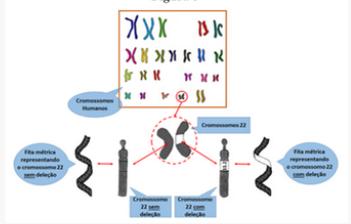
Fonte: <https://www.fcmmunicamp.br/form/sites/default/files/2016/pesquisa_-_pacientes_ssd22q112_01_06_2016.pdf>. Acesso em 13 de novembro de 2021.

- Geralmente os portadores da síndrome apresentam estas características:
- Demoram mais para firmar o pescoço e a cabeça, sentar, andar e realizar outras habilidades motoras;
 - Demoram mais para falar e, quando falam, podem ter a voz frênica (arrastada);
 - Tem altura menor que as demais crianças da mesma idade;
 - Apresentam dificuldades para aprender na escola;
 - Apresentam dificuldade para se concentrar e para manter a atenção;

Encaminhamento...

Para ter certeza que uma pessoa tem essa síndrome é preciso realizar alguns exames laboratoriais. Isso é necessário porque os sinais e sintomas da síndrome são bem variados, o que dificulta o diagnóstico clínico (apenas com a avaliação do médico). Por isso, o médico deve pedir o teste de laboratório, que é feito com sangue. Nela, observa-se a quantidade de material do cromossomo 22, como se fosse observar os centímetros das fitas métricas, se essas estão completas ou com alguns centímetros faltando. Como mostra na figura abaixo:

Figura 5



Fonte: <https://www.fcmmunicamp.br/form/sites/default/files/2016/pesquisa_-_pacientes_ssd22q112_01_06_2016.pdf>. Acesso em 13 de novembro de 2021.

Quando diagnosticado, é necessário encaminhá-lo para rede de atenção à saúde para assistência completa deste indivíduo.

Tratamento-

Apesar das dificuldades, muitas pessoas com essa síndrome conseguem viver bem e se inserir no mercado de trabalho.



← → ↻ imip.nucleoad.net/moodle/mod/page/view.php?id=3677

TAISE LIMA

CAAC

Participantes

Emblemas

Competências

Página Inicial

Panel

Calendário

Arquivos privados

Meus cursos

CAAC

Tratamento-

Apesar das dificuldades, muitas pessoas com essa síndrome conseguem viver bem e se inserir no mercado de trabalho.

Com o diagnóstico confirmado, a pessoa deverá receber tratamento especializado para ter uma qualidade de vida melhor. O tratamento deve ser individualizado e adequado de acordo com as necessidades e problemas de saúde que cada pessoa apresenta, bem como multidisciplinar por necessitar da participação de diversos profissionais para acompanhar a pessoa com a síndrome. Dentre os principais profissionais que podem ser necessários para o tratamento são: Pediatra, Genetista, Cariologista, Endocrinologista, imunologista, Otorrinolaringologista, Fonoaudiólogo, Ortopedista, Dentista, Psiquiatra, Psicóloga, Psiconeurologista, entre outros.

No entanto, o acompanhamento contínuo na UBS se faz necessário para verificar a estabilidade do quadro, evoluções e parâmetros que se enquadram dentro do esperado para este público.

LEITURA COMPLEMENTAR

<https://www.scielo.br/jbrabo/a17y1w9jZnBmUm9PLVvL7tmg-qd>

3.7 Craniossinostose

CONCEITO

A Craniossinostose é um defeito congênito em que uma ou mais das suturas do crânio se fecham muito cedo. Essas suturas são linhas que separam os ossos do crânio e desempenham duas papéis importantes: o de moldar a cabeça do bebê na hora do parto e o de permitir que o crânio cresça e se desenvolva normalmente. Essas suturas fechando precocemente resultam em deformidades cranianas ou craniofaciais com graus variados de desproporção volumétrica entre o crânio e o encefalo. As alterações nas suturas causam restrições no desenvolvimento de parte do crânio, compensadas por crescimento anormal em outras áreas.

Figura 1

Fonte: https://www.craniocebreu.com.br/atualizacao/cirurgia-craniofacial/cirurgia-craniofacial/pediatria/craniossinostoses-ou-craniossinostoses. Acesso em 14 de novembro de 2021.

Infelizmente, pode acontecer de essas suturas se fecharem antes do parto, o que provoca alterações no formato da cabeça do bebê. Quando há um conflito entre o crescimento do crânio e do encefalo, isso pode causar graves sequelas, tanto físicas quanto mentais.

Características

← → ↻ imip.nucleoad.net/moodle/mod/page/view.php?id=3677

TAISE LIMA

CAAC

Participantes

Emblemas

Competências

Página Inicial

Panel

Calendário

Arquivos privados

Meus cursos

CAAC

Fonte: https://www.craniocebreu.com.br/atualizacao/cirurgia-craniofacial/cirurgia-craniofacial/pediatria/craniossinostoses-ou-craniossinostoses. Acesso em 14 de novembro de 2021.

Infelizmente, pode acontecer de essas suturas se fecharem antes do parto, o que provoca alterações no formato da cabeça do bebê. Quando há um conflito entre o crescimento do crânio e do encefalo, isso pode causar graves sequelas, tanto físicas quanto mentais.

Classes

Ainda não há uma explicação completamente comprovada sobre o que causa a Craniossinostose, mas acredita-se que uma posição inadequada do bebê dentro do útero, que causaria a contração da cabeça fetal. Por sua vez, essa contração impediria a movimentação do crânio, e a pressão poderia atrapalhar a expansão das suturas cranianas.

Ainda existe a hipótese do fator genético, estudos apontam que aproximadamente há a incidência de 9% de formas familiares de Craniossinostose. E, por fim, a hipótese de que o uso de drogas e entorpecentes durante a gestação pode aumentar a chance de o feto desenvolver a doença, mas ainda não há nada cientificamente comprovado.

A incidência global das craniossinostoses é de uma a cada 2000 a 2500 nascidos vivos, sendo aproximadamente de 15 a 40% das craniossinostoses síndromicas. Até o presente momento, há mais de duzentas síndromes associadas com craniossinostoses, destacam-se algumas de maior prevalência: síndromes de Muenke, Apert, Crouzon, Pfeiffer e Saethre-Chotzen.

Características

As características da Craniossinostose estão associadas a outras síndromes, segue com o quadro abaixo:

Síndromes	Principais aspectos associados
Apert	Craniossinostose geralmente por fechamento precoce das suturas coronais (bilaterais). Pode existir alargamento da sutura sutura sagital, nos primeiros meses de vida. Hiperostose com esclerótoma. Hipoplasia do maxilar superior, com avanço do fechamento da arcada dentária (prognatismo). Face lateral que pode estar presente nas quatro extremidades. Malformações cerebrais constantes, com hidrocefalia persistente não progressiva. Hipostomia atenuada em aproximadamente 47% dos pacientes. Comprometimento auditivo em 56% dos casos.
Crouzon	Craniossinostose associada a uma hipoplasia facial. Ocorre antes mesmo do fechamento precoce bilateral das suturas coronais. Hiperostose com esclerótoma, recuo do maxilar superior e do frontal (hipoplasia maxilar), nariz em bico, avanço do fechamento da arcada dentária (prognatismo). Em aproximadamente 68% dos casos existe associação com aumento da pressão intracraniana. Em 27% dos casos, pode existir hidrocefalia.
Saethre-Chotzen	Craniossinostose variada, geralmente bilateral, associada à implantação baixa de orelhas e assimetria facial com hipoplasia, prognatismo maxilar ou no maxilar. Orelhas pequenas e arredondadas com uma dobra anormal na pele, horizontal (na orelha). Sudorexia parietal, associada a diadoclasia. Prega palmar única. Anomalias em orelhas verticais e em palato. Importantes atraso cognitivo e déficit auditivo. Alargamento do lábio e entropião.
Pfeiffer	Craniossinostose variada, porém geralmente com comprometimento das suturas coronais (bilaterais) e sagital, associada a hiperostose com esclerótoma e estenose. Orelhas com implantação baixa, frequentemente associada a malformações semelhantes. Hipoplasia do maxilar superior. Alargamento das polegadas e lábio, com dedo tipo varo. As áreas seminais podem apresentar um cílio em arco. Hidrocefalia que constante.

Fonte: CRANIOSINOSTOSES. SAÚDE PÚBLICA DE NAVEGANDO E PEDIATRIA. 2016. https://www.institutocebreu.com.br/atualizacao/cirurgia-craniofacial/cirurgia-craniofacial/pediatria/craniossinostoses-ou-craniossinostoses. Acesso em 14 de novembro de 2021.

No entanto, dentro a Craniossinostose existem vários tipos pois depende da sutura envolvida. Conheça alguns:

- Escafocefalia:** conhecida como dolicocefalia ou clinocéfala, a mais frequente, com incidência de em torno de 1 em cada 2000 nascidos vivos e com uma prevalência maior no gênero masculino. Essa Craniossinostose corresponde ao fechamento da sutura sagital e leva a um crânio alongado no sentido antero-posterior.
- Trigonocefalia:** Possui maior incidência no gênero masculino e se caracteriza pelo fechamento precoce da sutura metópica, levando a um formato estreito da fronte, uma forma triangular. Está associada, na maioria dos casos, a um hiposternismo (aproximação das órbitas). Crianças com esse tipo de Craniossinostose podem apresentar atrasos de aprendizagem.
- Plagiocefalia anterior:** É mais comum no gênero feminino se caracterizando pelo fechamento da sutura coronal de um lado apenas, levando a uma assimetria do crânio e da face, com deslocamento do nariz e uma proeminência frontal. Também pode ser associado, embora raramente, a uma mutação genética chamada de Síndrome de Muenke.
- Braquiocéfala:** também possui maior incidência no gênero feminino e corresponde ao fechamento das duas suturas coronais. Causa um alongamento transversal no crânio, além de hiperostose, que é o alargamento das órbitas. É a Craniossinostose mais associada a síndromes genéticas, como as Síndromes de Crouzon, Apert e Pfeiffer.
- Plagiocefalia posterior:** Uma das Craniossinostoses mais raras, onde se vê o fechamento precoce de uma das suturas lambdoideas, provocando um deslocamento posterior da orelha. A incidência é ainda desconhecida, mas estima-se que seja inferior a 1:50.000 nascidos vivos. Deve ser diferenciada da plagiocefalia posicional que corresponde a uma posição viciosa do bebê no leito, mas com as suturas cranianas abertas.

Encaminhamento...

Inicialmente, ao chegar uma família com um bebê característico se deve realizar um exame clínico do bebê e possivelmente descobrir se o mesmo possui Craniossinostose, através de uma simples observação da morfologia craniofacial. No entanto, pode estar encaminhando para rede secundária para realização de radiografias e tomografias computadorizadas do crânio que são exames complementares que podem ajudar a diagnosticar a doença, pois são ricas em detalhes e informações. Com a tomografia, é possível determinar melhor quais suturas estão abertas ou fechadas, além de analisar as modificações da base do crânio e das órbitas. A partir daí, será possível conduzir o caso para o melhor tratamento.

Tratamento-

As Craniossinostoses estão associadas a consequências estéticas, funcionais, cognitivas, sensoriais, de comportamento e desenvolvimento.

O tratamento tem base multidisciplinar e a intervenção cirúrgica precoce é o pilar central do tratamento para a maioria das pessoas com Craniossinostose, com objetivos funcionais e estéticos. O momento ideal para a abordagem cirúrgica é entre os seis e 12 meses de vida, porém pode variar de acordo com as técnicas e idade ao diagnóstico. A abordagem precoce propicia melhores resultados estéticos e funcionais e previne complicações secundárias.

Outros tratamentos também podem ser eficazes – talvez não na mesma proporção das cirurgias convencionais, como o tratamento endoscópico, e o tratamento com moles expansoras, etc.

O primeiro ano de vida é o mais recomendado para se realizar a cirurgia, já que tem mais chances de sucesso e recuperação por conta do rápido crescimento do cérebro nesse momento da vida.

CURIOSIDADE

Marie-Lannelongue foi a primeira médica a realizar uma intervenção cirúrgica para o tratamento das Craniossinostoses, em 1860. Desde então, as cirurgias vêm se aprimorando e atualmente contamos com vários tipos, que irão depender da Craniossinostose do paciente.

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

3.9 Síndrome de Goldenhar

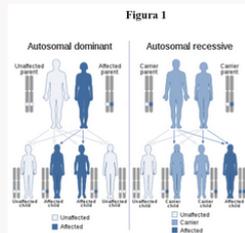
Conceito

A síndrome de Goldenhar também é conhecida como espectro óculo-aurículo-vertebral (EOAV) descrita por Goldenhar em 1952 e completada por Gorlin em 1958. Trata-se de uma síndrome ligada a um defeito genético que podem envolver várias anomalias no corpo como: acometimento auricular (em especial, microtia/anotia e apêndices pré-auriculares), face (microsomia hemifacial), olhos (entropião epibulbar) e (microftalmia) até a coluna (alterações vertebrais).

Trata-se de uma síndrome rara com prevalência estimada de 1:26000 nascidos vivos com maior prevalência no sexo masculino (3/2)1.

Classificação

Na literatura, encontramos que a etiologia é caracterizada pelo envolvimento do primeiro arco branquial, e relatos indicam que existem fatores genéticos com padrões de herança autossômica recessiva e autossômica dominante 2. Alguns trabalhos publicados comprovam a existência de anomalias genéticas e exposição à gravidez, como exposição à talidomida, ácido retinóico e ao diabetes mellitus, mimetizando o seu fenótipo.



Fonte: https://en.wikipedia.org/wiki/Dominant_inheritance Acesso em: 16 de novembro de 2021.

Características

Clinicamente, podem ser observadas as seguintes alterações:

- Desenvolvimento incompleto da região malar, maxilar ou mandibular, do lado acometido;
- Subdesenvolvimento da musculatura do lado afetado;
- Fissura de lábio;
- Mandíbula pequena;

Clinicamente, podem ser observadas as seguintes alterações:

- Desenvolvimento incompleto da região malar, maxilar ou mandibular, do lado acometido;
- Subdesenvolvimento da musculatura do lado afetado;
- Fissura de lábio;
- Mandíbula pequena;
- Pálpebra auricular pequena ou ausente;
- Oclusão do conduto auditivo, podendo resultar em surdez;
- Diferentes problemas oculares.

Figura 2



Fonte: https://a3cajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1710-1462-9-10 Acesso em: 16 de novembro de 2021.

Encaminhando...

Para ser considerada como síndrome de Goldenhar deve ser diagnosticada a presença de pelo menos duas das anomalias citadas anteriormente, por isso, você como profissional que está na porta, com o cuidado mais próximo ao doente, conseguindo ter esse olhar poderá oferecer à família o cuidado mais precoce do quadro clínico. Muitos dos casos já conseguem receber a investigação da síndrome de Goldenhar durante o período gestacional, por meio de ecografia fetal e estudos genéticos. E após o nascimento, pode ser investigada por radiografias e ressonância magnética.

Quando não for possível, você poderá realizar uma avaliação inicial na Unidade Básica de Saúde (UBS) e realizar o encaminhamento para a Central de Regulação de vagas.

Tratamento-

Após o diagnóstico confirmado, a pessoa deverá receber tratamento especializado para ter uma qualidade de vida melhor. Um dos pilares do tratamento da criança diagnosticada com esta síndrome é intervenção cirúrgica, incluindo reparação da fissura labial, ementa mandibular e/ou maxilar, dentre outras.

O tratamento deve ser individualizado e multidisciplinar como já mencionado em síndromes anteriores por necessitar de procedimentos que demandam intervenção cirúrgica e que posteriormente necessita de um acompanhamento terapêutico. No entanto, o acompanhamento contínuo na UBS faz necessário para verificar estabilidade do quadro, evoluções e parâmetros que se enquadram dentro do esperado para este público.

Encaminhando...

Para ser considerada como síndrome de Goldenhar deve ser diagnosticada a presença de pelo menos duas das anomalias citadas anteriormente, por isso, você como profissional que está na porta, com o cuidado mais próximo ao doente, conseguindo ter esse olhar poderá oferecer à família o cuidado mais precoce do quadro clínico. Muitos dos casos já conseguem receber a investigação da síndrome de Goldenhar durante o período gestacional, por meio de ecografia fetal e estudos genéticos. E após o nascimento, pode ser investigada por radiografias e ressonância magnética.

Quando não for possível, você poderá realizar uma avaliação inicial na Unidade Básica de Saúde (UBS) e realizar o encaminhamento para a Central de Regulação de vagas.

Tratamento-

Após o diagnóstico confirmado, a pessoa deverá receber tratamento especializado para ter uma qualidade de vida melhor. Um dos pilares do tratamento da criança diagnosticada com esta síndrome é intervenção cirúrgica, incluindo reparação da fissura labial, ementa mandibular e/ou maxilar, dentre outras.

O tratamento deve ser individualizado e multidisciplinar como já mencionado em síndromes anteriores por necessitar de procedimentos que demandam intervenção cirúrgica e que posteriormente necessita de um acompanhamento terapêutico. No entanto, o acompanhamento contínuo na UBS faz necessário para verificar estabilidade do quadro, evoluções e parâmetros que se enquadram dentro do esperado para este público.

As anomalias acima explicitadas por meio do avanço tecnológico dos dias atuais permite o diagnóstico e o tratamento de certas anomalias precocemente. Um dos primeiros avanços se destacam a amniocentese, a análise das velocidades coriônicas, a ultrasonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética.

Além, quando necessário são realizadas cirurgias fetais corretivas, com a vantagem de que os fetos se recuperam das cirurgias sem formar cicatrizes. Para mais informações terá acesso no próximo módulo na unidade dois sobre as etapas importantes no cuidado.

Assim, estamos chegando ao fim deste primeiro módulo e o quanto aprendemos juntos durante este processo.

Link com as referências e material complementar:

https://docs.google.com/document/d/1aR5qQe1W-V0rV5URe19QPCX0oWig1GUJcRth/edit?usp=sharing

Em seguida, você será direcionado para avaliação deste primeiro módulo.

Por fim, partiremos para o segundo módulo em que faremos sobre atenção à pessoa com anomalia craniofacial dividido em duas unidades, cuidado da pessoa com anomalia craniofacial e etapas importantes no cuidado.

Última atualização: terça, 1 Fev 2022, 12:28

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Curso Autoinstrucional para profissionais da Atenção Básica sobre Anomalias Craniofaciais

Página Inicial / Meus cursos / CAAC / MÓDULO 1: PRINCIPAIS ANOMALIAS CRANIOFACIAIS / AVALIAÇÃO MÓDULO 1

Iniciado em: quarta, 26 Jan 2022, 11:31
Está em: Finalizado
Concluído em: quarta, 26 Jan 2022, 11:35
Tempo empregado: 3 minutos 24 segundos
Avaliar: 8,00 de um máximo de 10,00(80%)

AVELIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

Terminar revisão

Questão 1
Incorreta
Alarg: 0,00 de 1,00
Votar
Questão

Quais são as semanas cruciais para o desenvolvimento embrionário da face?

Escolha uma opção:

- a. Entre a 10ª e 16ª semana gestacional.
- b. Todas as alternativas estão corretas.
- c. Entre a 1ª e 4ª semana gestacional.
- d. Entre a 4ª e 8ª semana gestacional.

Sua resposta está incorreta.
A resposta correta é: Entre a 4ª e 8ª semana gestacional.

Questão 2
Correta
Alarg: 1,00 de 1,00
Votar
Questão

Como se dá a anomalia craniofacial?

Escolha uma opção:

- a. Não ocorre durante o desenvolvimento embrionário.
- b. Não surge durante o desenvolvimento embrionário e não está associada aos problemas na face.
- c. Acontece durante a gestação, na etapa de neurulação.
- d. Pode surgir durante o desenvolvimento embrionário quando não ocorre o fechamento adequado de todas as placas que dão origem à face e ao crânio.

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: Pode surgir durante o desenvolvimento embrionário quando não ocorre o fechamento adequado

...origem e ao crânio.

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: Pode surgir durante o desenvolvimento embrionário quando não ocorre o fechamento adequado de todas as placas que dão origem à face e ao crânio.

Questão 3
Correta
Alarg: 1,00 de 1,00
Votar
Questão

Como se dá o desenvolvimento do palato?

Escolha uma opção:

- a. A sua formação é iniciada no final da oitava semana, no entanto, o completo desenvolvimento não se completa antes da nona semana.
- b. O palato é formado pela fusão das proeminências na cartilagem, e posteriormente formará a parte pré-incisor da maxila.
- c. O palato é desenvolvido a partir de dois primórdios, o palato primitivo e o palato secundário.
Feedback: O palato primitivo formará uma pequena parte do palato duro e a porção anterior do forame incisivo. O palato secundário se desenvolve a partir de dois processos palatinos laterais e horizontais que se fundem formando o palato mole e a úvula.
- d. Durante a 7ª e 8ª semanas, os processos palatinos laterais se alongam e ascendem a uma posição horizontal, superior à língua, e se fundem no plano mediano.

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: O palato é desenvolvido a partir de dois primórdios, o palato primitivo e o palato secundário.

Questão 4
Correta
Alarg: 1,00 de 1,00
Votar
Questão

Dentro das fissuras labioalveolares subdividem numa classificação para melhor entendimento do local do acometimento, dentre as opções abaixo, qual a melhor classificação?

Escolha uma opção:

- a. Fissura pré-forame incisivo, fissura transforme incisivo, fissura pós-forame incisivo, fissura completa de lábio e palato e fissura submucosa.
- b. Fissura pré-incisivo, fissura transforme incisivo, fissura pós-incisivo e fissura submucosa.
- c. Fissura pré-forame incisivo, fissura pós-forame incisivo e fissura submucosa.

Questão 4
Alarg: 1,00 de 1,00
Votar
Questão

Escolha uma opção:

- a. Fissura pré-forame incisivo, fissura transforme incisivo, fissura pós-forame incisivo, fissura completa de lábio e palato e fissura submucosa.
- b. Fissura pré-incisivo, fissura transforme incisivo, fissura pós-incisivo e fissura submucosa.
- c. Fissura pré-forame incisivo, fissura pós-forame incisivo e fissura submucosa.
- d. Fissura pré-forame incisivo, fissura transforme incisivo, fissura pós-forame incisivo, fissura submucosa e fissura rara de face.

Feedback:

I - Fissura pré-forame incisivo
 Assimetria lábio e arco alveolar, lábio e forame incisivo. Pode ser bilateral (descrever) ou unilateral (descrever). Bilateral descrever (descrever) ou unilateral (descrever).

II - Fissura transforme incisivo
 Assimetria lábio e arco alveolar, lábio e forame incisivo. Pode ser bilateral (descrever) ou unilateral (descrever). Bilateral descrever (descrever) ou unilateral (descrever).

III - Fissura pós-forame
 Assimetria lábio e arco alveolar, lábio e forame incisivo. Pode ser completa ou incompleta.

IV - Fissura rara de face
 Assimetria lábio e arco alveolar, lábio e forame incisivo. Pode ser completa ou incompleta.

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: Fissura pré-forame incisivo, fissura transforme incisivo, fissura pós-forame incisivo, fissura submucosa e fissura rara de face.

Questão 5
Correta
Alarg: 1,00 de 1,00
Votar
Questão

Uma gestante vem fazendo acompanhamento pré-natal na sua USBS e entre os atendimentos você solicita à paciente uma ultrasonografia bidimensional, pois pelo histórico familiar a suspeita de uma anomalia no feto. Quando a gestante lhe apresenta a ultra é possível identificar presença de polidramnio, microgástrica, fenda palpebral e orelhas de implantação baixa. Desse modo, qual anomalia você suspeita que este feto tenha?

Escolha uma opção:

- a. Craniocincostose
- b. Síndrome de Treacher Collins
- c. Síndrome de Noonan

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

- Página Inicial
- Panel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC



← → ↻ imip.nudeoad.net/moodle/mod/quiz/review.php?attempt=95313 50%

CAAC

Participantes

Empresas

Competências

Página inicial

Painel

Calendário

Arquivos privados

Meus cursos

CAAC

TAISE LIMA

Questão 5
Correto
Alarg. 1,00 de 1,00
Verificar questão

A resposta correta é: fissura pré-forame incisivo, fissura transforame incisivo, fissura pós-forame incisivo, fissura submucosa e fissura ínter de face.

Uma gestante vem fazendo acompanhamento pré-natal na sua USB e entre os atendimentos você solicita à paciente uma ultrasonografia bidimensional, pois pelo histórico familiar a suspeita de uma anomalia no feto. Quando a gestante lhe apresenta a ultra é possível identificar presença de polidactímio, micrognatia, fenda palpebral e orelhas de implantação baixa. Desse modo, qual anomalia você suspeita que este feto tenha?

Escolha uma opção:

- a. Craniosinostose
- b. Síndrome de Treacher Collins ✓ Feedback: Através da ultrasonografia bidimensional é suspeita, por meio da identificação da presença de polidactímio, micrognatia, fenda palpebral e orelhas de implantação baixa.
- c. Síndrome de Moebius
- d. Não só uma, mas pode ser suscitado de duas anomalias entre elas a Sequência de Pierre Robin e Síndrome de Treacher Collins, e só será possível suspeitar depois que nascer.

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: Síndrome de Treacher Collins

Questão 6
Correto
Alarg. 1,00 de 1,00
Verificar questão

A microtia é uma anomalia que pode ser levantada precocemente sua hipótese através de exames pré-natais, no entanto, por acontecer um período crucial do seu desenvolvimento auricular é um período marcado pelo desenvolvimento de outras estruturas no corpo humano. Entendendo que um bebê em fase de desenvolvimento já é observado em fase gestacional a microtia é de suma importância investigar quais estruturas do corpo humano?

Escolha uma opção:

- a. Solicitar ultra morfológica para verificar o tamanho da face do bebê
- b. Alternativas A e B estão corretas
- c. importante solicitar exames para atestar o funcionamento de rins e coração ✓ Feedback: Quando existe a hipótese ou confirmação de uma microtia é necessário precocemente e para os exames pré-natais podem estar direcionando neste diagnóstico. Vale ressaltar que é importante exames para atestar o funcionamento de rins e coração, durante a gestação, a parte facial é desenvolvida nos três primeiros meses, assim como os rins e o coração.
- d. importante solicitar exames para verificar o desenvolvimento do estômago e intestino delgado e grosso

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: importante solicitar exames para atestar o funcionamento de rins e coração

Questão 7
Correto

Dentre os sinais clínicos observados: desenvolvimento incompleto da região malar, maxilar ou mandibular, do lado acometido, lábio leporino, mandíbula pequena, pavilhão auricular pequeno ou ausente, pode ser classificada como:

Escolha uma opção:

- a. Síndrome de down
- b. Síndrome de moebius
- c. Síndrome de Treacher Collins.
- d. Síndrome de Goldenhar ✓

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: Síndrome de Goldenhar

← → ↻ imip.nudeoad.net/moodle/mod/quiz/review.php?attempt=95313 50%

CAAC

Participantes

Empresas

Competências

Página inicial

Painel

Calendário

Arquivos privados

Meus cursos

CAAC

TAISE LIMA

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: importante solicitar exames para atestar o funcionamento de rins e coração

Questão 7
Correto
Alarg. 1,00 de 1,00
Verificar questão

Dentre os sinais clínicos observados: desenvolvimento incompleto da região malar, maxilar ou mandibular, do lado acometido, lábio leporino, mandíbula pequena, pavilhão auricular pequeno ou ausente, pode ser classificada como:

Escolha uma opção:

- a. Síndrome de down
- b. Síndrome de moebius
- c. Síndrome de Treacher Collins.
- d. Síndrome de Goldenhar ✓

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: Síndrome de Goldenhar

Questão 8
Correto
Alarg. 1,00 de 1,00
Verificar questão

Dentre os sinais e características da Síndrome de Moebius a maioria das crianças apresentam características que determinam tal síndrome devido o comprometimento dos nervos cranianos que são afetados, mas quais são os principais acometidos?

Escolha uma opção:

- a. V par-trigêmeo e VII par-facial
- b. VII par-facial e VI par-abducente ✓ Feedback: VII e VII nervos cranianos quando afetado pode levar a pessoa tem dificuldade, ou incapacidade, para movimentar corretamente os músculos do rosto e dos olhos, o que dificulta a realização de expressões faciais.
- c. V par-trigêmeo e VIII par-acústico
- d. V par-trigêmeo e IX glossofaringeo

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: VII par-facial e VI par-abducente

Questão 9
Correto
Alarg. 1,00 de 1,00
Verificar questão

Uma das anomalias estudadas apresenta alterações no DNA próximas ao gene SOX9, sendo uma das causas mais comuns da síndrome _____

Escolha uma opção:

- a. Síndrome de Moebius
- b. Síndrome de Treacher Collins ✓
- c. Síndrome de Goldenhar
- d. Síndrome de Pierre Robin

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: Síndrome de Treacher Collins

Questão 9
Correto
Alarg. 1,00 de 1,00
Verificar questão

Uma das anomalias estudadas apresenta alterações no DNA próximas ao gene SOX9, sendo uma das causas mais comuns da síndrome _____

Escolha uma opção:

- a. Fissura leucoplatina
- b. Síndrome de Moebius
- c. Isolada de Pierre Robin ✓
- d. Craniosinostose

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: Isolada de Pierre Robin

Questão 10
Correto
Alarg. 1,00 de 1,00
Verificar questão

Genitora leva seu filho para consulta de acompanhamento e desenvolvimento e você percebe alguns sinais síndromicos e após a coleta de dados na anamnese resolve pedir um teste de laboratório para confirmação de uma síndrome conhecida como deleção Q22 para que seja possível verificar a quantidade de material do cromossomo 22 e concluir o possível diagnóstico. Mas, antes de solicitar os exames você observou os seguintes sinais clínicos:

Escolha uma opção:

- a. Alguns dos sinais: Craniosinostose, encurtamento de membros superiores e inferiores e atresia de palato.
- b. Alguns dos sinais: rosto alongado, alteração nas pálpebras, orelhas com forma diferente, olhos mais afastados um do outro, queixo pequeno, fenda palatina. ✓
- c. Alternativas B e C
- d. Alguns dos sinais: assimetria de face e de membros superiores, bem como de membros inferiores, desenvolvimento anormal de orelhas e nariz.

Sua resposta está correta.
A resposta correta é: Alguns dos sinais: rosto alongado, alteração nas pálpebras, orelhas com forma diferente, olhos mais afastados um do outro, queixo pequeno, fenda palatina.

Terminar revisão

CAAC
Participantes
Emblemas
Competências
Página Inicial
Panel
Calendário
Arquivos privados
Meus cursos
CAAC

Curso Autoinstrucional para profissionais da Atenção Básica sobre Anomalias Craniofaciais

Página Inicial / Meus cursos / CAAC / Módulo 2: ATENÇÃO À PESSOA COM ANOMALIA CRANIOFACIAL / Unidade 1: cuidado da pessoa com anomalia craniofacial

Unidade 1: cuidado da pessoa com anomalia craniofacial

Etapa 1

Nesta etapa você estará sendo direcionado para um link com cada palavra que estarão presentes na nossa discussão desta unidade.

<https://oriadordeocruz.com.br/worsearch/61e9a151efa3000500e3eaf>

Etapa 2

Papel da equipe Interprofissional



A importância do trabalho da equipe, troca de experiências, matriciamento e projeto terapêutico singular pode ser uma saída juntamente com a equipe do NASF-AB para traçar metas, objetivos e direcionamento do caso.

Interdisciplinaridade é um conjunto de ações de diversos profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento. No entanto, cada um com seu saber profissional em discussão favorece na construção de condutas. A estratégia de discussão com equipes fortalecerá e proporcionará recursos e auxílio na condução dos casos clínicos surgidos diante da temática abordada e fortalecerá o relacionamento para discussão de casos nas diversas temáticas que surgem na atenção básica.

Os cadernos da atenção básica detalham melhor sobre caminhos que podem ser dados em conjunto com a equipe interdisciplinar que constitui na atenção básica. Siga o link abaixo e acesse as referências sobre temáticas auxiliaoras na condução de casos clínicos.

- **Apoio matricial:** Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos NASF: aperfeiçoamento. / organizado por Eduardo Alves Melo, Eliane Chaves Vianna e Luciana Alves Pereira – 2ª ed. rev. – Rio de Janeiro, RJ: EAC/ENSP/FIOCRUZ; 2016. Disponível aqui.
- **Projeto terapêutico singular:** OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação (Mestrado) – Campinas, São Paulo, 2007. Disponível aqui.

CAAC
Participantes
Emblemas
Competências
Página Inicial
Panel
Calendário
Arquivos privados
Meus cursos
CAAC

• **Projeto terapêutico singular:** OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação (Mestrado) – Campinas, São Paulo, 2007. Disponível aqui.

- **Apoio matricial:** Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos NASF: aperfeiçoamento. / organizado por Eduardo Alves Melo, Eliane Chaves Vianna e Luciana Alves Pereira – 2ª ed. rev. – Rio de Janeiro, RJ: EAC/ENSP/FIOCRUZ; 2016. Disponível aqui.
- **Projeto terapêutico singular:** OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação (Mestrado) – Campinas, São Paulo, 2007. Disponível aqui.

- **Reunio de equipe:** GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery [on-line]*. 2010. v.14, n. 3, p. 504-510.
- **Linha de cuidado integral:** FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. 2012.
- **Linha de cuidado integral:** FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. 2012.

1.2 Centros de referência

Para onde devo encaminhá-lo?

O cuidado da pessoa com anomalia craniofacial deve ocorrer em sua malária em centros especializados, onde pode não variar algumas etapas de procedimento entre seus protocolos.

Dentro da regulação do sistema do SUS existem pontos de referência que direcionam o atendimento para unidades mais próximas de sua localidade.

A depender do município de sua localização, a regulação direciona para a assistência em que seu paciente demandar.

Clique no mapa abaixo para acessar as localizações dos Centros de Referência.



Assim, a regulação da assistência tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à atuação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno.

Por isso, a importância de estar identificando de forma detalhada para selecionar melhor a conduta a ser tomada em cada caso.

Última atualização: quarta, 2 Fev 2022, 09:00

CAAC
Participantes
Emblemas
Competências
Página Inicial
Panel
Calendário
Arquivos privados
Meus cursos
CAAC

CONTATOS
Rua dos Coelhos, 300 - Boa Vista, Recife - PE, 50070-950
☎ Telefone: (081) 2122-4100

Etapa 1

Situação problema



"E você o que faria neste caso na unidade básica de saúde?"

Etapa 2

2.1 Bão e Gestante



Diante de alterações orgânicas e funcionais decorrentes da fissura labio-palatina, os usuários com fissuras terão o desenvolvimento adequado a partir de escuta e ressignificação de mitos socioculturais em torno das fissuras. Comumente, dificuldades encontradas por esses usuários e seus familiares resultam de tais "mitos", os quais devem, então, ser reelaborados em acolhimentos pela equipe de saúde na rede primária.

Como o vídeo exposto, o acompanhamento desde o pré-natal é crucial e ao nascimento é importante estarmos atentos para cada detalhe sobre o cuidado, como: orientar a mãe e cuidadores de uma criança com fissura quanto à higienização, pois é necessário que seja limpo muito bem a região da fissura antes e após as mamadas. A limpeza deve ser feita com água fervida ou filtrada e com cotonetes ou a ponta de uma foice. O leite em excesso que estiver na boca da criança deve ser retirado pela mãe com um cotonete úmido. O lábio do bebê costuma ressecar quando isso acontecer a mãe pode hidratá-lo com óleo mineral.

CURIOSIDADE!

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Painel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

Diante de alterações orgânicas e funcionais decorrentes da fissura labio-palatina, os usuários com fissuras terão o desenvolvimento adequado a partir de escuta e ressignificação de mitos sócio-culturais em torno das fissuras. Comumente, dificuldades encontradas por esses usuários e seus familiares resultam de tais "mitos", os quais devem, então, ser reabarcados em acolhimentos pela equipe de saúde na rede primária.

Como o vídeo expõe, o acompanhamento desde o pré-natal é crucial e ao nascimento é importante estarmos atentos para cada detalhe sobre o cuidado, como: orientar a mãe e cuidadores de uma criança com fissura quanto à higienização, pois é necessário que seja limpo muito bem a região da fissura antes e após as mamadas. A limpeza deve ser feita com água fervida ou filtrada e com cotonetes ou a ponta de uma fralda. O leite em excesso, que estiver na boca da criança deve ser retirado pela mãe com um cotonete umedecido. O lábio do bebê costuma ressecar quando isso acontece e a mãe pode hidratá-lo com óleo mineral.

CURIOSIDADE!

Em 2016, saiu um projeto de Lei do Senado nº 385 que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre a atenção à saúde da criança malformação congênita e, especificamente, com fissura labio-palatina.

É bom lembrar que a alimentação do bebê através da colher apresenta vantagens como: baixo custo, praticidade na manipulação, menor risco de contaminação, promove uma experiência oral positiva, oferece conforto em relação a outros métodos e fortalece o vínculo entre a criança e o cuidador, permite maior gasto de energia que a alimentação por mamadeira, minimizando a fadiga e a perda de peso, favorece o aumento da produção de saliva e enzimas digestivas por meio de estimulação dos receptores orais, ou seja, acarretando uma digestão mais eficiente no desenvolvimento do sistema estomatognático (movimentação da mandíbula, da língua e dos músculos da face).

ATENÇÃO!

Embora a alimentação com a mamadeira seja aceita após a quelostostasia, seu uso após a palatoplastia não é bem aceito 77,76%. Pois, entende-se que a aceitação alimentar adequada indica a uma boa nutrição e nutrição da criança, aguçando a recuperação pós-operatória.

É sabido que a retirada da mamadeira em tempo oportuno tem por objetivo a diminuição de problemas dentários, fonoculicatórios e musculares.

2.2 Criança e Adolescente

O vídeo exposto anteriormente pela enfermeira Juliana Cabral trata sobre a importância do acompanhamento e cuidados nesta etapa de vida.

Assim, o cuidado integral e articulado entre os serviços de atenção básica e especializada na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitará a conquista de uma maior funcionalidade das crianças que apresentem alguma deficiência, possibilitando um futuro com maior autonomia e inclusão social.

Nesta fase infântil e de adolescência, o profissional deve ficar atento e acompanhar como está o processo terapêutico para identificar, auxiliar a família quanto aos avanços e ganhos terapêuticos, bem como identificar possíveis anomalias durante este trajeto.

Uma criança ou um adolescente deve ser acompanhado dentro do serviço de saúde da UBS como qualquer outra denominada na sua faixa etária, estando atento e considerando as particularidades de cada anomalia craniofacial.

O cuidado à saúde da criança por meio do acompanhamento do desenvolvimento infântil nos primeiros anos de vida é tarefa essencial para a promoção à saúde, prevenção de agravos e a identificação de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor.

Assim, todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) têm papel estratégico no cuidado à infância, pois é justamente na capacidade de articulação entre eles que se dá a garantia do acesso e da integralidade do cuidado à saúde.

Sendo a Atenção Básica responsável pelo cuidado longitudinal que presuppõe responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente acompanhando os resultados das intervenções em saúde, adaptando condutas quando necessário, prevenindo as rehospitalizações, diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

As equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem atuar de maneira integrada e complementar às UBS com o objetivo de ampliar o escopo das ações contribuindo dessa forma para a integralidade e a resolutividade do cuidado, a partir das necessidades identificadas. Nesse sentido, o NASF e a UBS assumem responsabilidade compartilhada no cuidado às crianças desde o pré-natal até a reabilitação.

Desse modo, em 2016, com a publicação da Portaria nº 405 de 15 de março de 2016, bem como a IOC nº 2 de 31 de março de 2016, foram estimulados e estabelecidos fluxos para integração dos serviços do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) assistência ampliada às diversas necessidades das crianças e suas famílias afetadas desde a declaração de emergência em saúde pública.

Estes documentos definem que se deve organizar o fluxo de encaminhamento das crianças e suas famílias por profissionais da atenção básica e atenção especializada no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para acolher e acessar a serviços e benefícios de proteção social. Inclui-se quanto à concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este benefício assistencial é pago às pessoas idosas e às pessoas com deficiência cuja renda familiar mensal por pessoa seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

Com o avançar da idade, a UBS pelo seu contínuo acompanhamento do usuário tem papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, pois, a partir do conhecimento dos diferentes contextos e necessidades de saúde das pessoas dos territórios nos quais estão inseridas essas equipes planejam e executam suas ações.

Entre as principais ações das equipes de saúde no âmbito da atenção à saúde sexual e a saúde reprodutiva desse público envolve as ações educativas já desenvolvidas e orientadas pelo Ministério da Saúde para o âmbito em geral, bem como ampliação de acesso e orientações e articulação com escolas e grupos de adolescentes e jovens para potencializar as ações de prevenção em saúde.

2.3 Adulto e Idoso

Quando há pacientes desses ciclos de vida com anomalias craniofaciais é realizado o tratamento reparador e odontológico, juntamente com o suporte psicológico desses pacientes.

Assista ao vídeo que mostra o fluxo de atendimento, a percepção do familiar e do paciente adulto no tratamento da fissura labio-palatina realizado no Centro em Bauru-SP

Parabéns, você chegou até aqui!
Estamos na etapa final mas, ainda falta uma avaliação para conclusão do curso.
Abaixo está as referências e material complementar <https://docs.google.com/document/d/1Yw6SGV/bA39mH02Zy4z4tGm0tq4UR7F0EULUFD0estfusp-earing>

Última atualização: quarta, 2 Fev 2022, 09:46

- CAAC
- Participantes
- Emblemas
- Competências
- Página inicial
- Painel
- Calendário
- Arquivos privados
- Meus cursos
- CAAC

IMIP Educa

Curso Autoinstrucional para profissionais da Atenção Básica sobre Anomalias Craniofaciais

Página Inicial / Meus cursos / CAAC / Módulo 2: ATENÇÃO A PESSOA COM ANOMALIA CRANIOFACIAL / AVALIAÇÃO MÓDULO 2

Questão 1
Ainda não respondida
Ver 1,00 pontos
1/1 Usar questão

O que pode ser realizado quando é observado no resultado da ultrassom gestacional alguma alteração de estrutura facial?

Escolha uma opção:

- a. Todas as alternativas anteriores estão incorretas.
- b. Orientar o gestante e seu familiar quanto às condutas de acompanhamento, cuidados, encaminhamento logo após um ano de idade.
- c. Orientar o gestante e seu familiar quanto às condutas de tratamento na UBS
- d. Orientar o gestante e seu familiar quanto às condutas de acompanhamento, cuidados, encaminhamento logo após ao nascimento.

MAQUINARIA DO QUESTIONÁRIO

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

Finalizar tentativa...

Questão 2
Ainda não respondida
Ver 1,00 pontos
1/1 Usar questão

Ao chegar uma família questionando ao profissional que observa no filho alguma alteração de face, o que devo proceder no atendimento?

Escolha uma opção:

- a. Todas as alternativas anteriores estão corretas
- b. Realizar uma boa anamnese contendo dados gestacionais e até a data atual da criança, bem como, avaliar estado geral da criança, incluindo peso, comprimento, perímetro cefálico com observação da face e corpo completo e pés. Por fim, acompanhar com frequência a criança na UBS.
- c. Realizar uma boa anamnese contendo dados gestacionais e até a data atual da criança, bem como, avaliar estado geral da criança, incluindo peso, comprimento, perímetro cefálico com observação da face e corpo completo e pés. Por fim, manter periodicidade no acompanhamento da criança e encaminhá-la ao centro de referência.
- d. Realizar uma boa anamnese contendo dados gestacionais e até a data atual da criança, bem como, avaliar estado geral da criança, incluindo peso, comprimento, perímetro cefálico com observação da face e corpo completo e pés. Por fim, encaminhar a família da criança para o centro de referência.

CAAC
Participantes
Empresas
Competências
Página inicial
Panel
Calendário
Arquivos privados
Meus cursos
CAAC

CAAC
Participantes
Empresas
Competências
Página inicial
Panel
Calendário
Arquivos privados
Meus cursos
CAAC

CAAC
Participantes
Empresas
Competências
Página inicial
Panel
Calendário
Arquivos privados
Meus cursos
CAAC

Questão 3
Área não respondida
Vale 1,00 ponto(s).
Verificar questão

Quais são as condutas de orientações essenciais a ser realizadas ao responsável de uma criança com alguma anomalia craniofacial?

Escolha uma opção:

- a. As alternativas A e C estão corretas e B incorreta.
- b. Além das orientações gerais, deve ser incluído no atendimento informações sobre amamentação, técnicas alimentares e higiene bucal.
- c. Além das orientações gerais, deve ser incluído no atendimento informações sobre amamentação, técnicas alimentares, higiene bucal e informações de suporte à família.
- d. Realização de orientações gerais e deve ser incluído no atendimento informações de suporte à família.

Questão 4
Área não respondida
Vale 1,00 ponto(s).
Verificar questão

Como pode ser organizado o fluxo de encaminhamento? E o que é indispensável conter dentro da ficha de encaminhamento?

Escolha uma opção:

- a. Alternativas A e D estão corretas e B incorreta.
- b. O fluxo de encaminhamento deve ser dado a partir das observações clínicas e na ficha de encaminhamento, deve conter os dados pessoais e informação de especialização a ser encaminhada.
- c. O fluxo de encaminhamento deve ser dado a partir das respostas coletadas em anamnese e avaliação. E na ficha de encaminhamento, deve conter os dados pessoais e resumo clínico.
- d. O fluxo de encaminhamento deve ser dado a partir das respostas coletadas em anamnese e avaliação, assim, direcionado pelas questões de prioridade do caso. E na ficha de encaminhamento, deve conter os dados pessoais, resumo clínico, exames realizados, classificação de risco e informação de especialização a ser encaminhada.

Questão 5
Área não respondida
Vale 1,00 ponto(s).
Verificar questão

Quais são os cuidados que devo ter no atendimento do pré-natal?

Escolha uma opção:

- a. Acabar com abstenção de cigarros e bebidas alcoólicas e consumo de drogas ilícitas em qualquer quantidade bem como, controlar doenças crônicas ou doenças desenvolvidas durante a gestação, especialmente diabetes e obesidade.
- b. Todas as alternativas anteriores estão corretas.
- c. Evitar, principalmente, medicamentos a base de ácido retinóico usado em tratamentos dermatológicos, ácido valproico e fenitoína usados para controle de crises convulsivas como parte do tratamento de epilepsia. Essas medidas deverão ser decididas pelo médico assistente, dermatologista e neurologista.

Questão 6
Área não respondida
Vale 1,00 ponto(s).
Verificar questão

O que é indispensável ser realizado no atendimento de puértilidade de uma criança com anomalia craniofacial?

Escolha uma opção:

- a. É indispensável no atendimento dessa criança, em especial a partir dos três anos de idade um monitoramento no desenvolvimento linguístico, motor e cognitivo.
- b. É indispensável no atendimento dessa criança ser acompanhada a partir do primeiro ano de vida, pois é quando a criança vai apresentar os sinais clínicos e assim, é possível realizar uma boa avaliação e acompanhamento do caso clínico.
- c. É indispensável no atendimento dessa criança, em especial nos primeiros meses de vida, uma constante atualização de informações sobre o desenvolvimento e o profissional a cada atendimento deve realizar uma avaliação clínica geral e das estruturas faciais.
- d. É indispensável no atendimento dessa criança ser acompanhada desde os seus primeiros meses de vida sendo feita uma única avaliação em primeiro momento e nos demais atendimentos serem feitos se a mãe tiver queixa.

Questão 7
Área não respondida
Vale 1,00 ponto(s).
Verificar questão

Quais são as normas básicas de boas práticas e acolhimento ao paciente como anomalia craniofacial?

Escolha uma opção:

- a. Devem fazer parte da rotina dos profissionais de saúde orientações à mãe e familiares sobre vários aspectos relacionados ao cuidado do recém-nascido.
- b. O profissional deve acolher a nova mãe na promoção de uma melhor comunicação fornecendo assim melhores orientações quanto a amamentação, uso de mamadeiras, chupetas, observação do comportamento do recém-nascido, interação com o bebê.
- c. O profissional deve acolher a nova mãe para fornecer orientações quanto ao uso de mamadeiras, e chupetas.
- d. O profissional deve orientar que a mãe deve amamentar o recém-nascido a cada 1 hora, pois esse é o padrão básico de boa prática e acolhimento.

Questão 8
Área não respondida
Vale 1,00 ponto(s).
Verificar questão

Quais orientações básicas que posso passar para responsável quanto a manejo de técnicas alimentares?

Escolha uma opção:

- a. Dentro de cada diagnóstico, deve-se observar as condições clínicas do lactente e introduzir o leite materno, uso de mamadeiras como complemento. Caso o lactente não tenha ganho de peso, reavaliar com equipe para possível uso de sonda nasogástrica.
- b. Uso de mamadeira é o mais indicado, além de promover bem estar para mãe, a criança pode se alimentar com ajuda de qualquer membro da família e ter um bom ganho de peso.
- c. Deve acontecer a amamentação habitual no peito e se a mãe quiser fazer o uso de chupeta.
- d. Uso de sonda nasogástrica é indicado como primeiro método de alimentação de criança com anomalia pois, o aleitamento materno fornece uma hidratação possível inócuo.

Questão 8
Área não respondida
Vale 1,00 ponto(s).
Verificar questão

Quais orientações básicas que posso passar para responsável quanto a manejo de técnicas alimentares?

Escolha uma opção:

- a. Dentro de cada diagnóstico, deve-se observar as condições clínicas do lactente e introduzir o leite materno, uso de mamadeiras como complemento. Caso o lactente não tenha ganho de peso, reavaliar com equipe para possível uso de sonda nasogástrica.
- b. Uso de mamadeira é o mais indicado, além de promover bem estar para mãe, a criança pode se alimentar com ajuda de qualquer membro da família e ter um bom ganho de peso.
- c. Deve acontecer a amamentação habitual no peito e se a mãe quiser fazer o uso de chupeta.
- d. Uso de sonda nasogástrica é indicado como primeiro método de alimentação de criança com anomalia pois, o aleitamento materno fornece uma hidratação possível inócuo.

Questão 9
Área não respondida
Vale 1,00 ponto(s).
Verificar questão

Como deve ser o acompanhamento da criança com anomalia craniofacial na UBS?

Escolha uma opção:

- a. Deve haver uma organização de prioridades por áreas de cobertura, sendo recém nascidos atendidos primeiro seguido de crianças mais velhas, em ordem cronológica.
- b. Deve haver um fluxo de ida e volta para atendimento à família que tenha uma criança com anomalia craniofacial pois, a família se sente mais acolhida.
- c. A UBS deve acolher e acompanhar como qualquer outra criança ou adolescente, sem distinção ou preconceito de acordo com fluxo de funcionamento da UBS.
- d. Todas as alternativas anteriores estão incorretas.

Questão 10
Área não respondida
Vale 1,00 ponto(s).
Verificar questão

Paciente adulto ou idoso com anomalia craniofacial necessita que tipo de acompanhamento?

Escolha uma opção:

- a. Faz acompanhamento fonoaudiológico até o fim de vida, pois pessoas com anomalia craniofacial necessita desse acompanhamento.
- b. Alternativa A e B estão corretas.
- c. Realizado o tratamento reparator e odontológico comuns juntamente com o aspecto psicológico desses pacientes.
- d. Acompanhamento nutricional e de fisioterapia para melhora de sua dislocução e funcionalidade.



Questionário Pós-curso

Imprimir em Branco

1 *

Preencha com seus dados na caixa de texto abaixo:

Nome:
Idade:
Sexo:
Grau de Escolaridade:
Tempo de Serviço como profissional:
Tempo de Serviço como profissional na atenção básica:

2 *

2. Sei o que significa anomalias craniofaciais?

Sim Não

3 *

3. Conheço as principais origens das anomalias craniofaciais?

Sim Não

3 *

Conheço as principais origens das anomalias craniofaciais?

Sim Não

4 *

Sei identificar ao menos uma das mais comuns anomalias craniofaciais?

Sim Não

5 *

Acredito que não existe uma causa única para a formação das anomalias craniofaciais?

Sim Não

6 *

Conheço as principais causas das anomalias craniofaciais?

Sim Não

7 *

A hereditariedade e a genética são as únicas causas das anomalias craniofaciais?

Sim Não

8 *

Conseguo realizar atividades, como palestras, grupos, salas de estudo e visitas domiciliares, relacionadas às anomalias craniofaciais?

Sim Não

9 *

Sinto-me preparado(a) para visitar um usuário em minha área de abrangência que tenha anomalias craniofaciais?

Sim Não

10 *

Sei dar orientações às famílias e usuários que apresentam anomalias craniofaciais?

Sim Não

11 *

Na caixa de texto abaixo responda com alguma das opções a seguir:
Acho que o principal responsável pelas orientações aos familiares com crianças que apresentam anomalias craniofaciais deve ser o(a):

- () Médico da família;
- () Enfermeiro;
- () Técnico em Enfermagem;
- () ACS;
- () De todos citados acima

12 *

Conheço as condutas de prevenção para as anomalias craniofaciais?

Sim Não

13 *

Sinto-me seguro para discutir com minha equipe o melhor direcionamento para o desenvolvimento da criança?

Sim Não

14 *

Sei explicar uma mãe sobre a melhor forma de alimentar um bebê com anomalias craniofaciais?



imip.nucleoad.net/moodle/mod/questionnaire/complete.php?id=3674

50%

TAISE LIMA

13 *
 Sim Não
É muito seguro para discutir com minha equipe o melhor direcionamento para o desenvolvimento da criança?

14 *
 Sim Não
Sei explicar uma má-scara a melhor forma de alimentar um bebê com anomalias craniofaciais?

15 *
 Sim Não
Acredito que um bebê, mesmo com anomalia craniofacial, pode ser alimentado em qualquer posição?

16 *
 Sim Não
Conheço as estratégias de aplicação dos meios de prevenção das anomalias craniofaciais?

17 *
 Sim Não
Acho necessário que uma criança ou adulto que possui anomalia craniofacial deva ser encaminhado a um centro de referência?

18 *
 Sim Não
Conheço o centro de referência para as anomalias craniofaciais do estado de Pernambuco?

ENVIAR DIQUETE

imip.nucleoad.net/moodle/mod/certificate/view.php?id=3685

50%

TAISE LIMA

CAAC
Participantes
Emissões
Competências
Página Inicial
Painel
Calendário
Arquivos privados
Meus cursos
CAAC

IMIP Educa
Instituto de Medicina Integral
Fernando Figueira

Curso Autoinstrucional para profissionais da Atenção Básica sobre Anomalias Craniofaciais

Página Inicial / Meus cursos / CAAC / Certificado de Conclusão / Certificado de Conclusão

Resumo dos certificados recebidos anteriormente

Enfite

domingo, 20 Mar 2022, 23:24

Clique no botão abaixo para abrir seu certificado em numa nova janela do navegador.

OBTERNER O SEU CERTIFICADO





IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec. Lei 5013 de 14/05/84
UTILIDADE FEDERAL – Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.8791
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isento
C.G.C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhoos, 300 Boa Vista
Recife-PE – Brasil CEP 50.070-902
Telefone: (081) 2122 -4100
Site: www.imip.org.br

