



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA

ANDRINE RUBENS UCHOA CAVALCANTI
RAÍSSA NOGUEIRA DE CARVALHO

QUEILOPLASTIA PRIMÁRIA COMO TRATAMENTO CORRETIVO EM
PACIENTES FISSURADOS BEBÊS: UM RELATO DE CASO

FORTALEZA
2025

ANDRINE RUBENS UCHOA CAVALCANTI
RAISSA NOGUEIRA DE CARVALHO

QUEILOPLASTIA PRIMÁRIA COMO TRATAMENTO CORRETIVO EM PACIENTES
FISSURADOS BEBÊS: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como requisito
parcial para obtenção do título de bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Bastos
Vasconcelos

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C376q Cavalcanti, Andrine Rubens Uchoa.
QUEILOPLASTIA PRIMÁRIA COMO TRATAMENTO
CORRETIVO EM PACIENTES FISSURADOS BEBÊS: UM
RELATO DE CASO / Andrine Rubens Uchoa Cavalcanti, Raissa
Nogueira de Carvalho. - 2025.
46 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Raquel Bastos Vasconcelos .

1. Fenda labial. 2. Fenda palatina. 3. Cirurgia maxilofacial. I.
Carvalho, Raissa Nogueira de. II. Título

CDD 617.6

ANDRINE RUBENS UCHOA CAVALCANTI
RAÍSSA NOGUEIRA DE CARVALHO

QUEILOPLASTIA PRIMÁRIA COMO TRATAMENTO CORRETIVO EM PACIENTES
FISSURADOS BEBÊS: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como requisito
parcial para obtenção do título de bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Bastos
Vasconcelos

Aprovado em 28/11/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Raquel Bastos Vasconcelos (Orientadora)
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof^a. Ma. Juliana Mara Oliveira Santos
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof^a. Ma. Giovanna Teixeira Teixeira Nunes
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

A Deus, que é o autor das nossas vidas e a base de tudo que somos e aprendemos.

Às nossas famílias que nos mostraram o sentido de sorrir muito antes da odontologia.

Aos nossos amigos, que nos mostram que quem anda sozinho pode ir mais rápido, mas nem sempre vai mais longe.

AGRADECIMENTOS

ANDRINE RUBENS UCHOA CAVALCANTI

A **Deus**, o autor da minha vida, que é o centro de tudo, e me ensina todos os dias, a confiar, a recomeçar e a enxergar sentido mesmo nas esperas. Agradeço a Ele por me permitir viver essa conquista com o coração inteiro, por ter feito florescer em mim não só uma profissão, mas uma vocação, um chamado a cuidar, a servir e a devolver ao mundo, um pouco do amor que Ele colocou em mim.

A Nossa Senhora, São José, Santa Teresinha de Lisieux e Santa Maria Madalena, por intercederem por mim durante toda a minha vida e trajetória acadêmica. Sobre tudo, agradeço a Maria, em seu “sim” encontrei inspiração para viver o meu, com coragem diante do desconhecido e confiança firme nas promessas de Deus.

Aos meus pais, que nunca pouparam esforços para eu e meu irmão realizarmos os nossos sonhos, a minha mãe **Adriene Rubens Bandeira Uchoa**, que me ensinou que sorriso bonito é o que vem da alma, obrigada por nunca ter soltado a minha mão, mesmo quando o caminho parecia difícil, suas orações sempre sustentaram os meus passos, e muito do que conquistei também carrega a força da sua fé. Ao meu pai **Augusto Uchoa Cavalcanti Neto**, que me ensinou o valor do trabalho, que é o alicerce da nossa família, obrigada por ser o exemplo firme que carrega o peso da responsabilidade com amor e constância. Vejo no senhor a grandeza que há em ser justo e em permanecer. Na odontologia encontrei uma vocação para cuidar com o mesmo amor com que sempre fui cuidada por vocês.

Ao meu irmão, **Arthur Rubens Uchoa Cavalcanti**, que é o meu maior exemplo, sua perseverança e dedicação me lembram que nunca é cedo para sonhar grande. A melhor parte de crescer, foi poder fazer isso com você, que é o melhor presente que meus pais já me deram. E a distância que vivemos hoje, me mostra que a saudade nunca diminui, mas o amor por você só aumenta.

A minha família, que me proporciona um amor incondicional, em especial meus tios, **Rosangela, Ismael, Onairda e Patrícia**, que estiveram presentes em todas as fases da minha vida, cada cuidado e cada demonstração de amor foram fundamentais para eu chegar até aqui.

Aos meus amigos **Maria Clara, Ana Luiza, Leonardo e Luciana**, que cresceram comigo e me ensinam todos os dias o significado de amizade, que tornam a vida melhor só por estarem nela, não teria conseguido chegar até aqui sem vocês.

A **Raissa Nogueira**, minha dupla da faculdade, que se tornou dupla da vida, sem você essa jornada não teria sido a mesma, nossas histórias caminham juntas desde a infância, mas Deus nos fez amigas no momento certo, você entrou na minha vida e se encaixou como se sempre tivesse feito parte dela. Nossa sintonia e cumplicidade são únicas e algo raro, obrigada por dividir comigo o mesmo sonho, e dividir essa conquista com você é um privilégio.

Aos amigos que eu fiz durante a graduação, o grupão, que tornaram a rotina mais leve, guardarei todas as memórias e risadas com muito carinho. Agradeço de forma especial a **Maria Vitória, Marina Giovana, Ana Carolina, Laiz Lopes, Larissa Melo, João Victor, Luis Carlos e Vitória Amorim**, vocês tornaram essa jornada ainda mais única e especial.

A banca avaliadora, professora **Juliana Mara**, que marcou minha trajetória acadêmica, com sua leveza e cuidado, que inspira não só como profissional, mas como pessoa. A professora **Giovanna Nunes**, que em tão pouco tempo nessa reta final, se tornou tão importante, sou muito grata por todo o acolhimento e por ter conhecido uma profissional tão dedicada, humana e sensível. E a nossa orientadora, professora **Raquel Bastos**, que durante toda essa jornada a presença foi sinônimo de calma e inspiração, que me orientou no meu primeiro trabalho premiado, e que privilégio poder encerrar esse ciclo com a senhora que é exemplo de dedicação, cuidado e carinho, muito obrigada.

Agradeço a todos que contribuíram de alguma forma na minha trajetória, e que me ajudam a viver o extraordinário no ordinário. Nada é pequeno se feito com amor.

RAÍSSA NOGUEIRA DE CARVALHO

Gostaria de agradecer, sobretudo a **Deus**, pois foi Ele que plantou em meu coração, desde criança, o sonho e o propósito de me tornar cirurgiã-dentista. Foi Ele, com Sua graça e Seu amor que nunca me deixou desistir, que abençoou todos os meus passos durante essa trajetória, que colocou anjos no meu caminho e fez com que esses cinco anos fossem os melhores da minha vida até então. Pai, muito obrigada por ter sido a minha maior fonte de sabedoria e inspiração, e por ter me guiado e dado força nesses últimos anos. Sou imensamente grata por estar vivendo aquilo que um dia ainda foi uma oração. Obrigada, Senhor, por ter me sustentado até aqui. Sem Ti, nada seria.

Aos meus pais, **Karla Nogueira Barbosa** e **Ronaldo Adriano de Carvalho**, a quem devo todas as minhas conquistas. Pai, obrigada por me permitir viver esse sonho, por sempre ter priorizado investir na melhor educação para mim, mesmo em meio às dificuldades e por sempre ter sido meu maior exemplo de que na vida tudo é conquistado através de muito esforço, responsabilidade, bondade e paciência. Mãe, obrigada por ser meu porto seguro, por sempre se doar por completo pela nossa família, e por sempre acreditar em mim. A senhora é meu maior exemplo de força e de cuidado. Nós conseguimos. Eu amo vocês incondicionalmente.

À minha irmã, **Angélica Nogueira de Carvalho**, por todo o apoio durante todos esses anos e por ser minha maior companheira nessa vida. Mesmo sem perceber, você me trouxe leveza, alegria e um amor tão genuíno que, nos meus dias mais difíceis, me lembrava por que eu precisava continuar. Torço para que você encontre um caminho que faça seus olhos brilharem do mesmo jeito que a Odontologia fez os meus brilharem um dia.

A toda a minha família, em especial meus avós, **Maria Gorete Araújo Nogueira**, **Maria Lucinda de Carvalho** e **Gonçalo Adriano de Carvalho**, esse sonho também carrega um pedacinho de vocês.

Ao meu amor, **Arthur Peixoto dos Santos**, que, há tantos anos, é meu refúgio, meu melhor amigo e o maior incentivador dos meus sonhos. Eu não teria conseguido sem o seu cuidado, apoio e sem a paz que você traz para a minha vida. Obrigada por sempre estar aqui, nos momentos bons e ruins, nas vitórias e fracassos. Você não é só o amor da minha vida, é a vida me amando de volta. Te amo para sempre.

Aos meus amigos e irmãos do coração, que são reflexo do cuidado de Deus na minha vida e que, sempre estiveram presentes em diversas fases, em especial, **Ivina**, **Débora**, **Manuela**, **Nicole**, **João Ricardo**, **Guilherme Macedo**, **Guilherme Almeida**, **Breno** e **Otto**.

Aos amigos que a Odontologia me trouxe, especialmente **Maria Vitória Lopes, João Victor, Marina Giovana, Levi, Larissa, Laiz, Luis Carlos, Mirella, Mylena e Ana Carolina**. Obrigada por terem tornado essa jornada mais leve e por todos os momentos que vivemos juntos durante esses cinco anos.

Ao **corpo docente** do Centro Universitário Christus, minha sincera gratidão por terem moldado, com tanto cuidado, a profissional que estou me tornando. Cada orientação e cada palavra de incentivo me ajudaram a acreditar no meu potencial e a sonhar mais alto.

À banca avaliadora deste trabalho, professora **Juliana Mara**, que sempre foi uma grande inspiração como mulher, cirurgiã, professora e ser humano. Que privilégio aprender com você e tê-la presente neste momento tão especial. E dra. **Giovanna Nunes**, obrigada por compartilhar tanto conhecimento e, sobretudo, por nos ensinar sobre cuidado e atendimento humanizado. Acompanhar seu trabalho na Associação Beija Flor, ainda que por pouco tempo, foi uma honra que levarei para a vida.

À nossa orientadora, **Raquel Bastos**, que acompanhou tantos capítulos da minha formação e se tornou a calma indispensável nos momentos mais desafiadores. Obrigada por acreditar em mim mesmo quando eu duvidava. Sua serenidade e sua forma tão humana de ensinar tornaram essa caminhada mais leve e possível. Sou imensamente grata por tudo o que aprendi com a senhora, e ter esse trabalho guiado por você foi um verdadeiro presente.

À minha dupla, **Andrine Rubens**, que se tornou uma das certezas da minha vida. Nos (re)encontramos no momento certo, e eu tenho absoluta convicção de que foi Deus quem cruzou nossos caminhos de novo, sabendo que precisaríamos uma da outra. Obrigada pelos infinitos e inesquecíveis momentos que vivemos juntas, dentro e fora da clínica. Você é a melhor dupla que eu poderia pedir. Nós conseguimos!

“Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres, porque eu sou o teu Deus; eu te fortalecerei, e te ajudarei, e te sustentarei com a destra da minha justiça.”

(Isaías 41:10)

RESUMO

As fissuras labiopalatais são as alterações anatômicas congênitas mais comuns que acometem o terço médio da face; elas ocorrem devido à ausência de fusão dos processos maxilar e médio-nasal no período entre a 4ª e a 9ª semana da vida intrauterina. O tratamento desta condição visa à reabilitação funcional e estética do paciente, mediante um acompanhamento multidisciplinar. A queiloplastia consiste na correção cirúrgica da fissura labial, enquanto a palatoplastia tem o objetivo de reconstruir a anatomia que difere a cavidade oral da cavidade nasal. Dessa forma, existe, a partir dos primeiros anos de vida de um paciente fissurado, uma sequência lógica a ser obedecida para o tratamento obter os melhores resultados e a qualidade de vida ao atingir a idade adulta. Este trabalho objetivou relatar o caso clínico de um paciente pediátrico, do gênero masculino, com sete meses de idade, natural de Quixeramobim, portador de fissura labiopalatina transformativa unilateral direita, atendido na Associação Beija Flor (ABF). A cirurgia de queiloplastia primária foi realizada aos treze meses de idade, no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), sob anestesia geral e intubação orotraqueal, utilizando a técnica de Fisher, que possui o objetivo de restaurar a continuidade anatômica do lábio superior por meio de um retalho triangular acima da linha mucocutânea labial, visando a uma cicatriz discreta e a uma boa recuperação funcional. Após a marcação dos pontos anatômicos no lábio, foram feitas as incisões e realizada a dissecação das estruturas musculares e cartilaginosas para reposicionar os tecidos. A sutura foi feita em duas camadas: a musculatura com fio vicryl 4-0 e a cutânea com fio Monocryl 5-0. O pós-operatório evoluiu satisfatoriamente, com boa cicatrização e recuperação estética e funcional do lábio superior, em 45 dias. O paciente apresentou boa adaptação ao tratamento e ainda se encontra em acompanhamento continuado. Conclui-se que a técnica cirúrgica de escolha é eficaz na correção das fissuras labiais, desde que acompanhada de um planejamento cirúrgico individualizado, levando em consideração as variações anatômicas de cada paciente, além do suporte de uma equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Fenda labial; Fenda palatina; Cirurgia maxilofacial.

ABSTRACT

Cleft lip and palate are the most common congenital anatomical abnormalities affecting the middle third of the face. They occur due to the failure of fusion between the maxillary and medial nasal processes during the 4th to 9th weeks of intrauterine development. The treatment aims to achieve functional and aesthetic rehabilitation through multidisciplinary care. Cheiloplasty consists of the surgical correction of the cleft lip, whereas palatoplasty aims to reconstruct the anatomy that separates the oral and nasal cavities. Therefore, from the early years of life, patients with clefts follow a logical sequence of treatment to ensure optimal outcomes and quality of life in adulthood. This study reports the clinical case of a seven-month-old male pediatric patient from Quixeramobim, presenting with a right unilateral cleft lip and palate, treated at the Beija Flor Association (ABF). Primary cheiloplasty was performed at thirteen months of age at the Albert Sabin Children's Hospital (HIAS), under general anesthesia and orotracheal intubation, using the Fisher technique. This technique aims to restore the anatomical continuity of the upper lip through a triangular flap positioned above the mucocutaneous line, resulting in discreet scarring and good functional recovery. After marking the anatomical reference points, the incisions were made and the muscular and cartilaginous structures were dissected for proper repositioning. The repair was completed in two layers: muscle closure with 4-0 Vicryl and skin closure with 5-0 Monocryl. Postoperative evolution was satisfactory, with good healing and functional and aesthetic recovery of the upper lip within 45 days. The patient adapted well to the treatment and remains under continuous follow-up. It is concluded that the chosen surgical technique is effective for correcting cleft lips, provided that it is based on an individualized surgical plan that considers each patient's anatomical variations, along with support from a multidisciplinary team.

Keywords: Cleft lip; Cleft palate; Maxillofacial surgery

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –Fotografia inicial do paciente.....	29
Figura 2 – Marcações cutâneas da técnica de Fisher	30
Figura 3 – Imagens da infiltração anestésica local.....	31
Figura 4 –Imagens ilustrativas da incisão labial.....	32
Figura 5 – Dissecção do músculo orbicular do lábio.....	32
Figura 6 – Reposicionamento da base alar.....	33
Figura 7 – Antes e depois do paciente	33
Figura 8 – Pós-operatório de 60 dias.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABF	Associação Beija Flor
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo
MNA	Modelador nasoalveolar
MN	Modelador nasal
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unichristus	Centro Universitário Christus

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo geral.....	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 – Anatomia e embriologia da face.....	19
3.2 – Embriogênese das fissuras.....	19
3.3 – Classificações mais utilizadas das fissuras.....	21
3.4 – Abordagem interdisciplinar no tratamento do paciente fissurado...22	
3.5 – Conceito e técnicas cirúrgicas.....	24
3.6 – Período ideal para intervenção cirúrgica.....	25
3.7 – Dispositivos ortopédicos auxiliares.....	25
3.8 – Resultados esperados e possíveis complicações.....	27
3.9 – Aspectos estéticos - Simetria e Cicatriz.....	27
4. METODOLOGIA.....	28
5. RELATO DE CASO.....	29
6. DISCUSSÃO.....	35
7. CONCLUSÃO.....	38
8. REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE.....	43
ANEXOS.....	45

1. INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatais são as alterações anatômicas congênitas mais comuns (Novaes *et al.*, 2021), que acometem o terço médio da face e que ocorrem devido à ausência de fusão dos processos maxilar e médio-nasal no período entre a 4ª e a 9ª semana da vida intrauterina (Da Silva *et al.*, 2005). Entre três e seis semanas de gestação, o nariz e o lábio se desenvolvem mediante estruturas embrionárias, que são contribuições do 1º e 2º arcos faríngeos, referidas como os dois processos nasais laterais, os dois processos nasais medianos da proeminência frontonasal e os dois processos maxilares (Walker *et al.*, 2025). As características mais comuns de pacientes fissurados são deformidades nasolabiais, má oclusão e dificuldades de fonação, deglutição e respiração (Martins *et al.*, 2021).

A etiologia das fissuras de lábio e palato é multifatorial, podendo ser hereditária (cerca de 25 a 30% dos casos), com a possibilidade de estar em associação a mais de 300 síndromes (Novaes *et al.*, 2021), ou ambiental, relacionada à desnutrição materna, tabagismo, uso de drogas ou outros fatores ambientais durante a gestação (Martins *et al.*, 2021).

Há uma classificação para tipificar as fissuras labiopalatinas, chamada de Spina modificada, a qual tem como ponto de referência o forame incisivo e divide as fissuras em quatro grupos: fissura pré-forame incisivo, fissura pós-forame incisivo, fissura transforame incisivo e fissuras raras que acometem a face. A primeira acomete apenas lábio e rebordo alveolar e pode ser unilateral direita ou esquerda, completa ou incompleta, ou bilateral e mediana completa ou incompleta. A fissura pós-forame acomete apenas palato secundário e pode ser completa ou incompleta. Quando se trata de fissura transforame incisivo, há uma maior gravidade, pois atinge lábio, arcada alveolar e todo o palato, e é considerada o tipo de fissura que mais comumente é encontrada, principalmente envolvendo o lado esquerdo. As fissuras raras de face são aquelas que envolvem ossos do crânio e face, e estruturas faciais como pálpebra e nariz. A classificação das fissuras labiopalatais é de suma importância, pois, por meio dela, são definidos o diagnóstico e o prognóstico (Di Bernardo *et al.*, 2017; Cymrot *et al.*, 2010).

Para o tratamento das fissuras labiopalatinas, visa-se reabilitar o paciente funcional e esteticamente, mediante um acompanhamento multidisciplinar, desde os primeiros dias de vida, em que se encontram com melhor previsibilidade de bons resultados, e assim, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida para o paciente (Alonso *et al.*,

2010). Profissionais como cirurgião plástico, ortodontista, fonoaudiólogo, cirurgião oral e maxilofacial, psicólogo, enfermeiro especialista, cirurgião de otorrinolaringologia, pediatra e geneticista estão envolvidos na reabilitação de pacientes fissurados (Fowler *et al.*, 2021).

A correção cirúrgica das fendas labiais é feita por meio da queiloplastia e, preferencialmente, deve ser feita entre 3 a 6 meses após o nascimento, e pode ser realizada em um ou dois tempos cirúrgicos quando se trata de fissuras bilaterais. A queiloplastia é capaz de influenciar o posicionamento da pré-maxila, inicialmente projetada, em longo prazo. (Silva Filho *et al.*, 2007). O tratamento cirúrgico de fissuras que acometem o palato é chamado de palatoplastia, que pode ser dividida em dois momentos cirúrgicos: primária e secundária. A palatoplastia primária deve ser feita entre 3 e 6 meses de idade e consiste na reconstrução do palato mole, enquanto a secundária, tem o intuito de reconstruir o palato duro no período de 13 a 15 meses após o nascimento (Pogrel *et al.*, 2016).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

O presente trabalho visa relatar um caso clínico de queiloplastia primária, utilizando a técnica de Fisher em um bebê portador de fissura labiopalatina.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características clínicas e anatômicas da fissura labiopalatina.
- Ressaltar a importância da correção precoce de fissuras labiais em bebês, por meio da queiloplastia pela técnica de Fisher, que possui uma fácil execução e cicatriz discreta, proporcionando resultados funcionais e estéticos, além de contribuir em questões psicossociais.
- Detalhar o protocolo cirúrgico da queiloplastia primária pela técnica de Fisher.
- Abordar a importância do cuidado multidisciplinar com pacientes fissurados.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Anatomia e embriologia da face

A queiloplastia é um procedimento cirúrgico, que visa restabelecer a continuidade anatômica e funcional do lábio superior. Para que isso seja possível, é fundamental que o cirurgião tenha profundo conhecimento das estruturas anatômicas envolvidas nesta região. Entre essas estruturas, destacam-se o filtro labial, que se estende até o septo nasal e é formado pela fusão dos processos nasais mediais; o arco do cupido, curvatura central da margem vermelha do lábio superior; as comissuras labiais, que consistem na junção lateral dos lábios; os principais vasos sanguíneos e nervos da região; e, sobretudo, o músculo orbicular da boca, considerado o principal componente anatômico nesse contexto (Moore *et al.*, 2019).

O músculo orbicular da boca constitui o primeiro dos esfíncteres do trato digestório, dispondo-se em torno da cavidade oral nos lábios e regulando o fluxo de substâncias pela rima bucal, e é essencial para funções como a fala, e, junto com o músculo bucinador, atua juntamente com a língua para manter o alimento entre as faces oclusais dos dentes durante a mastigação. Origina-se na parte medial da maxila e mandíbula, face profunda da pele perioral e ângulo da boca (modíolo), inserindo-se na túnica mucosa dos lábios. Suas fibras são formadas por prolongamentos dos músculos: bucinador, depressor do ângulo da boca, elevador do lábio superior e dos zigomáticos maior e menor (Moore *et al.*, 2019).

É necessário o conhecimento sobre a irrigação dessa área para evitar complicações como a necrose de retalhos. A principal irrigação arterial é fornecida pelas artérias labiais superior e inferior, ramos da artéria facial, a principal responsável pelo suprimento arterial da face. Estes ramos formam um arco arterial ao redor da boca. A anastomose entre os lados direito e esquerdo proporciona uma boa perfusão, mas variações anatômicas devem ser sempre consideradas durante a abordagem cirúrgica (Moore *et al.*, 2019).

A inervação sensitiva do lábio superior é feita pelo nervo infraorbital, ramo do nervo maxilar (V2), enquanto a inervação motora do músculo orbicular da boca é realizada pelos ramos bucais do nervo facial (VII par craniano) (Moore *et al.*, 2019).

3.2 Embriogênese das fissuras

O desenvolvimento embrionário das estruturas nasais, labiais e palatinas ocorre entre a quinta e a décima semana de vida intrauterina. Durante a quinta semana, é quando acontece o início da formação do nariz e do lábio superior. Inicia-se o desenvolvimento de

duas cristas de crescimento ao redor do vestígio nasal, as protuberâncias nasais laterais e mediais, sendo as primeiras responsáveis pela formação da asa do nariz, enquanto as segundas formam a parte central do nariz, o lábio superior, o osso maxilar e todo o palato primário. Paralelamente a isso, para que ocorra a formação do lábio superior, as protuberâncias maxilares começam a se mover em direção às estruturas nasais laterais e mediais, estando, nessa fase, separadas por sulcos bem definidos (Peterson *et al.*, 2015).

Na sexta semana, por meio do crescimento das protuberâncias maxilares, ocorre a compressão das protuberâncias nasais mediais no sentido da linha média, promovendo a sua fusão entre si e com as maxilares, posteriormente. Durante a sétima semana, acontece a fusão das duas protuberâncias nasais mediais entre si na linha média, gerando o segmento intermaxilar, que é responsável por originar a porção média do lábio superior, incluindo o filtro labial, a pré-maxila, onde se desenvolvem os quatro dentes incisivos superiores, e, por fim, o componente palatino que formará o palato primário (Peterson *et al.*, 2015).

Concomitantemente, acontece a fusão lateral do segmento intermaxilar com as protuberâncias maxilares, resultando na formação completa do lábio superior. A falha nesse processo leva à fissura labial unilateral ou bilateral (Moore *et al.*, 2020).

Paralelo a isso, ocorre a formação do palato secundário, porém é válido ressaltar que ele se origina do surgimento dos processos palatinos, que vem das protuberâncias maxilares, na sexta semana embrionária. Os processos palatinos estão orientados de forma vertical, previamente, ao lado da língua, e a partir da sétima semana, com a descida da língua para dentro da cavidade oral, esses processos se elevam para formação horizontal acima dela, próximo à linha média. Nessa nova localização, acontece a fusão entre os dois processos palatinos, resultando no palato secundário, processo que se completa até a décima semana. Anteriormente, essa fusão ocorre também com o palato primário, formando o forame incisivo. Enquanto isso, o septo nasal cresce para baixo e se une à superfície superior do palato em formação, completando a separação entre cavidade nasal e oral (Peterson *et al.*, 2015).

As fissuras orais surgem quando há falhas nesse processo complexo de crescimento e fusão. As fissuras do palato primário resultam da falha de penetração do ectoderma nos sulcos entre os processos nasais mediais e maxilares, impedindo sua união adequada. As fissuras do palato secundário ocorrem por falha na fusão dos processos palatinos, possivelmente causada por fatores como a não descida da língua na cavidade oral, embora as causas ainda sejam objeto de estudo (Peterson *et al.*, 2015).

3.3 Classificações mais utilizadas das fissuras

A correta classificação das fissuras labiopalatinas é fundamental para um diagnóstico preciso e um planejamento cirúrgico eficaz. Utilizar sistemas de classificação padronizados contribui, significativamente, para a comunicação entre equipes multidisciplinares, além de permitir a comparação de dados clínicos e científicos em nível global. Apesar da existência de diversas propostas classificatórias na literatura, ainda há certa heterogeneidade na adoção desses sistemas, o que dificulta a padronização dos registros. Ao longo da história, vários modelos foram desenvolvidos com esse objetivo, incluindo a classificação de Veau (1931), de Kernahan e Stark (1968), de Spina (1972), o sistema LAHSHAL (1983), e, mais recentemente, a classificação de Spina Modificada (década de 1990). Sistemas mais específicos e detalhados são capazes de identificar subgrupos de fissuras, o que pode contribuir para a compreensão de suas causas embriológicas e mecanismos biológicos (Houkeset *al.*, 2023).

A classificação de Veau (1931), embora seja mais antiga, ainda é utilizada por sua simplicidade. Ela categoriza as fissuras em quatro grupos, variando de envolvimento apenas do palato mole até fissuras bilaterais completas, envolvendo o lábio, o alvéolo e o palato, mas possui algumas limitações por não distinguir fissuras incompletas ou submucosas e não detalhar lateralidade ou localização específica (Houkeset *al.*, 2023).

A classificação proposta por Kernahan e Stark, em 1958, introduziu um diagrama anatômico em forma de “Y”, conhecido como estrela de Kernahan. Esse esquema divide a região orofacial em nove áreas padronizadas, permitindo uma representação clara da localização e extensão das fissuras. As áreas 1 a 3 correspondem, respectivamente, à região do lábio e alvéolo do lado esquerdo, centro e direito; as áreas 4 a 6 representam o palato anterior (pré-forame incisivo); e as áreas 7 a 9, o palato posterior (pós-forame incisivo) (Kernaghan *et al.*, 1958).

A classificação de Spina (1972), que, posteriormente, foi modificada por Silva Filho *et al.* (1992) é a mais amplamente utilizada no Brasil e tem como referência anatômica o forame incisivo, classificando as fissuras em quatro grupos: Pré-forame incisivo, aquela que acomete o palato primário, ou seja, o lábio superior e/ou rebordo alveolar, sem atingir o palato secundário, podendo ser unilateral direita ou esquerda, completa ou incompleta, ou bilateral e mediana completa ou incompleta; Transforame incisivo, quando envolvem o palato primário e secundário; Pós-forame incisivo, limitando-se ao palato secundário, sem envolvimento do lábio, podendo ser completa ou incompleta; e, por fim, fissuras raras de face, um grupo que

inclui malformações faciais atípicas, que costumam acometer ossos do crânio e face, e estruturas faciais como pálpebra e nariz (Silva Filho *et al.*, 1992).

O sistema LAHSHAL, desenvolvido por Kriens em 1983, trata de um palíndromo que representa, da direita para a esquerda do paciente, as estruturas envolvidas: lábio, alvéolo, palato duro anterior, palato duro posterior, palato mole, alvéolo e lábio. Cada letra é preenchida conforme a extensão da fissura: letras maiúsculas indicam fissuras completas, minúsculas indicam incompletas, asterisco (*) representa fissura mínima, ponto (•) indica ausência de fissura, e o sinal de mais (+) representa a faixa de Simonart, que consiste em uma ponte de tecido mucocutâneo que conecta, parcialmente, os segmentos do lábio superior em casos de fissura labial incompleta (Frota *et al.*, 2015). Apesar da complexidade inicial, o LAHSHAL é um sistema de classificação bastante detalhado e útil para prontuários eletrônicos, embora ainda seja pouco utilizado por muitos profissionais (Houkes *et al.*, 2023).

3.4 Abordagem interdisciplinar no tratamento do paciente fissurado

A presença de fissura labiopalatina pode provocar uma série de comprometimentos na fonação, deglutição, mastigação, sucção, audição entre outras alterações que dificultam a integração social do indivíduo. Com isso, é fundamental implementar um protocolo de tratamento multiprofissional (Di Bernardo *et al.*, 2017).

O tratamento necessita da atuação de uma equipe multidisciplinar composta por dentistas, médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, que trabalham de forma integrada desde o diagnóstico, podendo ser antes do nascimento, até a fase adulta (Oliveira *et al.*, 2019), garantindo a supervisão coordenada do desenvolvimento da fala, da audição, do crescimento maxilofacial e a melhoria na autoestima (Abu-Hussein *et al.*, 2020).

O acompanhamento odontológico desempenha um papel importante no diagnóstico inicial, permitindo a identificação da presença e a classificação da fissura, para adequado planejamento e condução do tratamento. Quando avaliado se envolve o palato, faz-se necessário avaliar a indicação para confecção de uma placa obturadora, que tem como funções impedir a passagem de leite para a cavidade nasal, garantir melhor sucção e alimentação, posicionar a língua e evitar que a criança desenvolva o hábito de acomodá-la no espaço da fissura, além de direcionar o crescimento de ossos e tecidos para a posição correta, favorecendo condições adequadas para realização de cirurgias reparadoras e o ganho de peso (Oliveira *et al.*, 2019).

No acompanhamento médico de pacientes com fissura labiopalatina, destacam-se as especialidades de pediatria e otorrinolaringologia, cuja atuação integrada é fundamental para o sucesso do tratamento. O pediatra fica responsável por acompanhar todo o desenvolvimento do paciente desde sua chegada ao hospital, avaliando o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor. Por sua vez, o otorrinolaringologista atua, de forma igualmente importante, no manejo das alterações das vias aéreas superiores e da audição, especialmente em razão da disfunção da tuba auditiva frequentemente associada às fissuras palatinas.

Pacientes fissurados, tanto crianças, quanto adultos, apresentam maior predisposição a alterações nas vias aéreas superiores, especialmente nos ouvidos, nariz e garganta. Essa condição está relacionada à disfunção da tuba auditiva, frequentemente comprometida devido à malformação anatômica associada à fissura. Como consequência, são comuns quadros de otite média recorrente, perda auditiva condutiva, zumbido, além de alterações na ressonância vocal e atrasos no desenvolvimento da fala (Oliveira *et al.*, 2019).

O enfermeiro atua no monitoramento do desenvolvimento físico e geral da criança, e geralmente desempenha papel fundamental, auxiliando os cuidadores na orientação do uso de estratégias e adaptações para ajudar o bebê durante a alimentação (Abu-Hussein *et al.*, 2020). O psicólogo deve atuar desde o nascimento até a pós-cirurgia, desempenhando papel fundamental no suporte ao paciente e com sua família, já que sequelas psicossociais podem perdurar no período pós-operatório. O acompanhamento psicológico contínuo faz-se necessário para diminuir os impactos psicossociais e facilitar a adaptação do paciente (Oliveira *et al.*, 2019).

O tratamento fonoaudiológico no paciente fissurado deve ser iniciado na maternidade, com orientações precoces sobre a amamentação. É necessário instruir os responsáveis sobre a postura adequada do bebê, que deve ser a mais ereta possível, evitando refluxo nasal, entrada de leite na tuba auditiva e engasgos. Além disso, é importante estimular a sucção dos dois lados durante a alimentação, garantindo a propriocepção orofacial, também do lado acometido pela fissura. O objetivo da intervenção do fonoaudiólogo é estimular uma fala funcional e adequada aos padrões da linguagem oral, favorecendo a função velofaríngea e, assim, eliminando a hipernasalidade (Di Bernardo *et al.*, 2017).

O acompanhamento nutricional é essencial nos casos em que o aleitamento materno não pode ser realizado de forma natural, seja devido à presença da fissura palatina associada ao uso da placa obturadora, seja por dificuldades da mãe em amamentar com o próprio leite. Nessas situações, pode ser necessário o uso de fórmula e, em alguns casos, até a introdução alimentar precoce (Oliveira *et al.*, 2019).

3.5 Conceito e técnicas cirúrgicas

Diversas técnicas de queiloplastia encontram-se descritas na literatura, desde as mais clássicas até as mais contemporâneas. As técnicas tradicionais, baseadas em incisões paralelas ao filtro labial, têm como objetivo manter a cicatriz em uma localização anatomicamente favorável. Contudo, esse padrão de incisão favorece a retração cicatricial, resultando frequentemente em encurtamento do vermelhão labial (Sales *et al.*, 2016)

As técnicas geométricas, mais utilizadas no contexto atual, consistem em rotações associadas a avanços de retalhos em formatos triangulares ou quadrangulares, minimizando a retração cicatricial por quebra na incisão reta, além de favorecerem melhor adaptação estética e funcional dos tecidos (Sales *et al.*, 2016). Entre as técnicas geométricas descritas na literatura, destacam-se Tennison (1952), Randall (1959), Millard (1955) e Fisher (2005).

Tennison sugeriu uma técnica cirúrgica baseada em retalhos triangulares, cujo posicionamento resulta em uma cicatriz final em “Z”. Para sua execução, realiza-se um corte de alívio (back-cut), iniciado ligeiramente acima do arco do cupido no segmento medial, direcionando-se em sentido superolateral (Da Silva Freitas *et al.*, 2011). Em 1959, Randall aprimorou a geometria desse retalho, conferindo maior precisão à técnica do retalho triangular, a qual resulta em uma cicatriz posicionada ao longo da coluna filtral (Novaes *et al.*, 2021).

Em 1955, Millard introduziu a técnica mais utilizada mundialmente até os dias atuais, de avanço da rotação do retalho, com cicatriz resultante mimetizando a crista filtral e respeitando a região de arco do cupido, e, em seguida, é feita uma zetaplastia na área entre a mucosa seca e úmida para corrigir a retração de tecido que pode ocorrer devido a esse método (Lopes *et al.*, 2018).

Posteriormente, foi desenvolvida uma nova técnica capaz de proporcionar um resultado estético e funcional favorável casos de fissuras labiais unilaterais, considerando a posição ideal da cicatriz, paralela ao filtro labial, a chamada técnica de Fisher. Nela, estende-se o bordo medial da incisão superolateralmente em direção à base da columela. A inclusão de

um pequeno triângulo acima da linha branca permite rotação adicional do retalho, preservando os limites das subunidades labiais e promovendo alongamento do filtro. A técnica combina princípios de retalho triangular e incisões geométricas curvilíneas, resultando em um fechamento vertical (Da Silva Freitas *et al.*, 2011; Sales *et al.*, 2016).

3.6 Período ideal para intervenção cirúrgica

O acompanhamento de pacientes portadores de fissura labiopalatina deve ser multidisciplinar e está associado a uma longa e complexa via de tratamento (Fowler *et al.*, 2021). A correção primária da fissura labial é idealmente realizada a partir dos 3 meses de vida, em lactentes que apresentam peso mínimo de 4,5 kg e hemoglobina superior a 10 mg/dL, critérios que visam garantir melhores condições sistêmicas e segurança no ato cirúrgico (Puntel *et al.*, 2025). Em casos de fissura bilateral, fístulas buco-nasais ou assimetria facial significativa, pode ser necessária uma reparação secundária por volta dos 6 meses (Silva Filho *et al.*, 2007).

Uma das principais vantagens da realização da queiloplastia em tempo único é a redução do número de procedimentos sob anestesia geral, dos gastos hospitalares e do estresse dos envolvidos; além disso, o consentimento de uma correção mais precoce da fissura labial (Di Bernardo *et al.*, 2017) (Silva Filho *et al.*, 2007).

Posteriormente, para pacientes com fissuras transforame ou pós-forame incisivo, é indicada a realização da palatoplastia, preferencialmente entre os 12 e 18 meses de idade. Nos casos em que há necessidade de enxerto ósseo alveolar, o momento ideal é entre os 8 e 10 anos. Por fim, as cirurgias secundárias, tanto funcionais quanto estéticas, devem ocorrer entre os 10 e 18 anos (Silva Filho *et al.*, 2007).

A realização tardia da cirurgia pode demandar tratamentos complementares, favorecer distúrbios auditivos e o comprometimento da fala, além de gerar impactos psicossociais associados à estética facial (Puntel *et al.*, 2025).

3.7 Dispositivos ortopédicos auxiliares

Junto ao diagnóstico da deformidade, surgem desafios no manejo das alterações anatômicas encontradas, os quais devem ser contornados a fim de propiciar a integração social destes pacientes e de amenizar as alterações do crescimento facial e do

desenvolvimento de funções cognitivas, como a fala (Da Silveira *et al.*, 2003). Para auxiliar no tratamento morfofuncional dessas fissuras, é utilizada a ortopedia maxilar, que tem como objetivo facilitar as cirurgias primárias (Grayson *et al.*, 2001). E com uma intervenção precoce, é possível promover, gradualmente, o alinhamento dos segmentos alveolares, o remodelamento da cartilagem nasal e a aproximação dos lábios fissurados, contribuindo para melhores resultados estéticos, funcionais e para o desenvolvimento oral futuro (Grayson *et al.*, 2009).

Na fase dos primeiros meses de vida presença do estrogênio materno no bebê, transferido durante a gestação, ocorre uma potencialização da plasticidade tecidual, permitindo uma remodelação anatômica em resposta a forças leves e contínuas (Da Silveira *et al.*, 2003), favorecendo a aproximação dos segmentos e o alinhamento tecidual antes da queiloplastia primária (Grayson *et al.*, 2001). É descrito na literatura a efetividade do uso de dispositivos auxiliares, como a fita labial, o modelador nasal (MN) e a placa palatina, e o uso de técnicas mais complexas denominadas modelador nasoalveolar (Grayson *et al.*, 2009).

O modelador naso-alveolar (MNA) é um sistema ortopédico que combina a placa palatina, o modelador nasal e as fitas elásticas labiais (Grayson *et al.*, 2009). A MN é uma abordagem mais prática para os pacientes que apresentam uma deformidade de menor gravidade, sem envolvimento significativo do alvéolo (Da Silveira *et al.*, 2003), com o objetivo de reposicionar a cartilagem alar e alongar a columela (Grayson *et al.*, 2001), tratando-se de um tutor nasal que atua externamente apenas nas estruturas do nariz, sem o uso da placa palatina, promovendo uma nova postura da cartilagem da ponta e septo nasal, facilitando as cirurgias primárias. Esse dispositivo deve ser usado de forma mais antecipada possível, de forma contínua, e ajustado a cada quinze dias até o dia do procedimento cirúrgico (Da Silveira *et al.*, 2003).

A fita labial tem como objetivo principal a aproximação dos segmentos dos lábios da fissura, proporcionando um preparo favorável para cirurgia, pelo fato de gerar uma menor tensão cicatricial, que ocorre pela falta de tecido ou pela distância dos segmentos (Da Silveira *et al.*, 2003). Normalmente, são utilizadas fitas hipoalergênicas, como o Micropore (Shetty *et al.*, 2012), embora as fitas elásticas terapêuticas, como a kinesio tape, sejam descritas como as que proporcionam mais conforto cutâneo e adaptação (Dawjee *et al.*, 2014).

3.8 Resultados esperados e possíveis complicações

Espera-se, de uma cirurgia de queiloplastia, que haja uma correção funcional e estética do lábio, buscando reabilitar totalmente sua estrutura, abrangendo tecido cutâneo, mucosa e músculo orbicular do lábio (Di Bernardo *et al.*, 2017).

Geralmente, os pacientes submetidos à cirurgia de queiloplastia não costumam sofrer complicações, porém as mais relatadas na literatura são dore taquicardia, esta última estando mais associada à agitação do paciente no período pós-operatório (Sales *et al.*, 2016).

3.9 Aspectos estéticos - Simetria e Cicatriz

O objetivo principal da cirurgia de queiloplastia é restaurar tanto a forma quanto a função do lábio e do nariz, possibilitando o desenvolvimento adequado das estruturas ósseas faciais. Para alcançar esse resultado, é fundamental obter um arco do cupido simétrico, com coluna filtral de aparência natural, uma linha branca contínua e alinhada, além de uma cicatriz discreta na região da coluna filtral. Além disso, é necessário garantir uma boa distribuição do vermelhão e da mucosa, preservando o tubérculo mediano, assim como a reconstrução eficiente da musculatura orbicular do lábio, promovendo equilíbrio na forma das narinas e do assoalho nasal (Freitas *et al.*, 2011).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de relato de caso clínico, realizado no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em Fortaleza-CE, possuindo abordagem descritiva com caráter informativo. O trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus, sendo aprovado pela Plataforma Brasil sob o número do CAAE: 90799225.5.0000.5049 (Anexo A). A participação do paciente foi totalmente voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o respeito aos princípios éticos e à confidencialidade das informações.

5. RELATO DE CASO

O paciente HMN, sexo masculino, natural de Quixeramobim, diagnosticado ao nascer com fissura labiopalatina transforame unilateral direita, recebeu acolhimento inicial na maternidade, e, aos sete meses de idade, a família buscou acompanhamento multidisciplinar na Associação Beija Flor (ABF) (figura 1). No caso em questão, a mãe relatou uma gestação tranquila, ausência de comorbidades e de histórico familiar de fissura labiopalatina.

Figura 1 - Imagem inicial do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal (2025).

Os exames complementares solicitados para a avaliação pré-operatória incluíram ecocardiograma, hemograma completo e testes de coagulação (tempo de protrombina e tempo de tromboplastina ativada), os quais apresentaram parâmetros normais. Estes exames são essenciais para garantir a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico, minimizando riscos de complicações transoperatórias e pós-operatórias.

No dia 7 de julho de 2025, com treze meses de idade, foi realizada a cirurgia de queiloplastia primária pela técnica de Fisher, no HIAS.

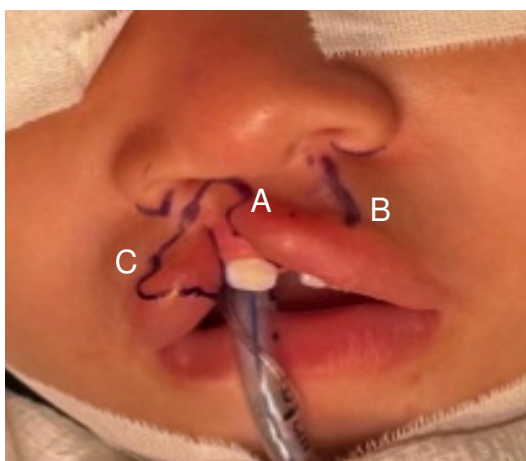
O procedimento cirúrgico de queiloplastia foi realizado em âmbito hospitalar, sob anestesia geral e intubação orotraqueal, com o paciente em posição supina com o pescoço ligeiramente estendido. A técnica cirúrgica utilizada foi a técnica de Fisher, visando a uma

cicatriz mais discreta, maior facilidade de execução da cirurgia, tendo em vista que se tratava de uma fissura unilateral.

Inicialmente, foram feitas as marcações cutâneas. O primeiro ponto de marcação foi no arco do cupido (Figura 2A), que serviu como referência para a simetria do filtro labial. O segundo ponto foi marcado na crista filtral do lado não afetado (Figura 2B), enquanto o terceiro ponto foi na crista filtral do lado afetado (Figura 2C). Com base nesses pontos, traçou-se uma linha curvilínea superior, iniciando no ponto C e dirigindo-se à base da columela, sem cruzar a linha média, preservando a linha branca em 1-2 mm, o que é característico da técnica de Fisher. Os dois pontos finais devem ser determinados mantendo a extensão do filtro labial esquerdo, medida com o auxílio do paquímetro durante o transoperatório, sendo essa medida posteriormente replicada no lado direito. Em seguida, foi realizada a marcação em formato de um pequeno triângulo com o ápice voltado para a fissura na região do lábio, permitindo uma rotação do retalho.

Posteriormente, foi utilizado anestésico local com base de lidocaína no vasoconstritor, adrenalina diluído, na proporção de 1:1, através de uma injeção infiltrativa na extremidade anterior do nariz, no ápice da fissura e intraoral, com o objetivo de promover uma hidrodissolução, vasoconstrição e redução do estímulo nervoso local.

Figura 2 - Marcações cutâneas da técnica de Fisher. A - Demarcação do arco do cupido. B - Demarcação da crista filtral do lado não afetado. C - Demarcação da crista filtral do lado afetado.



Fonte: Arquivo pessoal (2025).

Figuras 3 - Imagens da infiltração anestésica local com base de lidocaína com adrenalina diluída na região de lábio e de nariz.



Fonte: Arquivo pessoal (2025).

Utilizando lâmina de bisturi nº11, foram realizadas as incisões cutâneas e relaxantes na mucosa labial via intraoral, com o objetivo de diminuir a tensão e facilitar a coaptação de bordos cruentos. A primeira incisão foi realizada no segmento medial à linha de maior altura, preservando de 1 a 2mm de linha branca até o ponto de maior espessura da linha mucocutânea, e seguiu-se com uma incisão perpendicular a essa linha, tendo início na extremidade inferior até a linha vermelha que separa a mucosa seca e úmida, confeccionando um retalho que será eliminado, o retangular. A segunda incisão no segmento lateral foi realizada com outra lâmina de bisturi nº 11 e partiu do ponto de maior espessura do lábio 1 a 2 mm acima da linha branca em direção à base interna da asa do nariz, finalizando na linha semicircular, e seguiu-se com incisão da mucosa labial, formando um retalho triangular, na base do retângulo, e, por último, uma incisão relaxante na mucosa labial interna em sentido posterior, partindo do vértice do triângulo, com o objetivo de avançar o retalho sem tensão.

Figura 4 - Imagens ilustrativas de incisão labial na área interna e externa do vermelhão do lábio.



Fonte: Arquivo pessoal (2025).

Após a diérese incisa, foi realizada a dissecação das cartilagens nasais (que se apresentam de maneira desorganizada em pacientes fissurados), utilizando a tesoura Íris curva.

Por fim, foi realizada a dissecação do músculo orbicular do lábio e reposicionamento da base alar, utilizando tesoura de ponta romba e sutura, inicialmente na musculatura, realizada com o fio de sutura vicryl 4-0, e, em seguida, a sutura cutânea com o fio monocryl 5-0.

Figura 5 - Dissecação do músculo orbicular do lábio.



Fonte: Arquivo pessoal (2025).

Figura 6 - Reposicionamento da base alar.



Fonte: Arquivo pessoal (2025).

Figura 7 - Imagem ilustrativa do antes e depois do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal (2025).

Não houve intercorrências trans e pós-cirúrgicas, a alta hospitalar foi realizada no dia do procedimento, e o pós-operatório evoluiu dentro da normalidade. Foi adotado o uso de talas, objetivando a contenção física dos braços da criança, evitando injúrias na área operada. Foi prescrito Alivium® 100mg/ml, para o paciente tomar 10 gotas de 6 em 6 horas durante 3

dias, e Salsep® para aplicar nas narinas 3 vezes ao dia. O paciente se alimentou apenas com dieta pastosa durante 30 dias.

O paciente foi e ainda está sendo acompanhado por uma equipe multidisciplinar, com profissionais da Odontologia, Medicina, Fonoaudiologia e Fisioterapia, para uma reabilitação mais completa, podendo ser submetido a novos procedimentos cirúrgicos para melhores resultados estéticos e funcionais.

Figura 8 – Pós-operatório de 60 dias.



Fonte: Arquivo pessoal (2025).

6. DISCUSSÃO

A queiloplastia é uma etapa essencial no tratamento das fissuras labiopalatinas. Além da reconstrução estética do lábio, garante uma melhora na fala e na alimentação, em que a técnica escolhida influencia diretamente nos resultados em longo prazo. O caso clínico apresentado demonstrou que a técnica de Fisher foi capaz de proporcionar um resultado funcional e estético satisfatório, podendo ser observado um alinhamento cicatricial mais natural. Esses resultados se alinham ao que Sales *et al.* (2016) e Novaes *et al.* (2021) descreveram em seus relatos de caso e Freitas *et al.* (2011) em sua série de casos.

Com o tempo, as técnicas de queiloplastia foram sendo aprimoradas para corrigir limitações dos métodos mais antigos e otimizar resultados em termos de forma e função. Sales *et al.* (2016) observam que, embora as incisões lineares ajudem no posicionamento da cicatriz, elas podem causar retração e encurtamento do vermelhão. Por isso, outros autores passaram a defender o uso de técnicas geométricas como alternativa para superar esses obstáculos.

Nesse contexto, Tennison *et al.* (1952), citado por Da Silva Freitas *et al.* (2011), introduziram o uso de retalhos triangulares, recurso que possibilita melhor alongamento do filtro labial. No entanto, segundo o mesmo autor, o traçado em “Z” poderia deixar cicatrizes mais evidentes e comprometer a simetria labial. Randall *et al.* (1959) procuraram melhorar a técnica de Tennison, ajustando a geometria do retalho para torná-la mais precisa. Segundo Novaes *et al.* (2021), essa mudança ajudou a posicionar a cicatriz de forma mais discreta ao longo da coluna filtral, trazendo resultados estéticos mais previsíveis em comparação ao método original. A técnica de Millard (1957), que é amplamente utilizada até a atualidade em todo o mundo, é capaz de ajustar a altura do lábio e a forma do arco do cupido, resultando em uma aparência mais natural, a partir do avanço da rotação do retalho (De Oliveira Júnior *et al.*, 2025). Entretanto, Zaki *et al.* (2025) afirmam que a eficácia desta técnica é reduzida quando se trata de fissuras mais amplas, podendo resultar em pequenas assimetrias ou encurtamento labial. Mais recentemente, Fisher *et al.* (2005) ampliaram discussão sobre os limites estéticos e funcionais da queiloplastia ao propor uma abordagem que associa princípios geométricos às incisões curvilíneas. Da Silva Freitas *et al.* (2011) e Sales *et al.* (2016) descrevem que a inclusão de um pequeno triângulo acima da linha branca garante

rotação adicional ao retalho, além de contribuir para o alongamento do filtro labial e o posicionamento natural da cicatriz.

Dessa forma, a técnica de Fisher se diferencia das anteriores por respeitar as subunidades estéticas do lábio e por apresentar resultados mais consistentes em termos de simetria e integração anatômica. Além disso, De Oliveira Júnior *et al.* (2025) concluíram, em seu estudo, que, embora as técnicas de Millard e de Fisher ofereçam resultados estéticos semelhantes em diversos aspectos faciais, a técnica de Fisher se destacou pela superioridade estética na região nasal, e Zaki *et al.* (2025) afirmam que a abordagem por subunidades anatômicas de Fisher garante cicatrizes mais discretas e com um posicionamento mais adequado.

A análise comparativa dos artigos evidencia evolução clara nas técnicas de queiloplastia, desde as técnicas tradicionais, que priorizam apenas a função, as abordagens geométricas iniciais, que buscavam corrigir limitações estruturais, até os métodos contemporâneos, como o de Fisher, que unem precisão técnica, respeito à anatomia do lábio e cuidado com a estética, e vem-se sobressaindo pelos resultados estéticos favoráveis, inclusive, em casos de maior complexidade. ElMaghraby *et al.* (2021) reforçam essa perspectiva ao recomendá-la como abordagem preferencial, justamente por ser capaz de promover maior simetria e naturalidade no contorno labial, aspectos fundamentais para a reabilitação funcional e psicossocial do paciente fissurado.

O achado no presente relato, de boa cicatrização e recuperação estética e funcional do lábio superior, corrobora os dados da literatura que atestam a eficácia da técnica de Fisher, como no relato de caso apresentado por Sales *et al.* (2016), que concluíram que esse método cirúrgico tem mostrado bons resultados estéticos e funcionais, com cicatrizes localizadas de forma discreta ao longo da crista do filtro labial e reposicionamento funcional da musculatura orbicular e do arco do cupido.

Embora o tratamento cirúrgico precoce seja fundamental para o restabelecimento da função labial e a prevenção de complicações, a cirurgia no presente caso foi realizada aos treze meses, devido a atrasos no acesso ao tratamento, não estando de acordo com a idade de três a seis meses, preconizada mundialmente pelo protocolo terapêutico do HRAC-USP, descrito por Freitas *et al.* (2012). A família do paciente buscou atendimento especializado na

Associação Beija Flor aos sete meses, refletindo as dificuldades de acesso ao sistema de saúde, especialmente em áreas mais distantes, como destacado por Schonardie *et al.* (2021). O artigo aponta que há uma distribuição desigual dos centros de referência em atendimento a pacientes com fissura labiopalatina, e, por isso, muitos enfrentam barreiras logísticas, como a necessidade de deslocamentos longos para unidades especializadas, o que pode comprometer o sucesso do tratamento. Embora, no presente caso, o pós-operatório tenha evoluído satisfatoriamente, esse atraso pode impactar o desenvolvimento funcional e estético em longo prazo.

Por se tratar de um único relato de caso, os achados não podem ser generalizados para todos os pacientes. Além disso, a ausência de um acompanhamento em longo prazo limita a compreensão dos resultados funcionais e estéticos obtidos. Outro ponto relevante é que a avaliação foi feita de forma subjetiva, o que pode influenciar a padronização dos resultados.

Apesar dessas limitações, este relato, ao registrar detalhadamente a conduta cirúrgica e os resultados imediatos, oferece uma contribuição relevante para futuras pesquisas que envolvam séries maiores e acompanhamento prolongado. Reforça, ainda, a necessidade de novos estudos que incluam mais pacientes e diferentes contextos clínicos.

Por fim, este trabalho apresenta uma base descritiva importante sobre a eficácia da técnica de Fisher no cenário brasileiro, especialmente em instituições públicas ou filantrópicas, em que o acesso ao tratamento especializado pode ser desigual. Além disso, ressalta o papel essencial do cuidado interdisciplinar, que envolve cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos, enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas e outros profissionais, para garantir não apenas bons resultados cirúrgicos, mas também a qualidade de vida dos pacientes por meio de um cuidado ampliado.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que a queiloplastia primária pela técnica de Fisher mostrou-se eficaz na correção funcional e estética da fissura labial no caso apresentado, proporcionando cicatriz discreta e boa simetria labial. O acompanhamento multidisciplinar foi essencial para o sucesso do tratamento e para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Apesar dos resultados positivos, o número reduzido de casos e a ausência de acompanhamento em longo prazo reforçam a necessidade de novos estudos com amostras maiores e avaliações prolongadas.

8. REFERÊNCIAS

- ABU-HUSSEIN, M.; WATTED, A.; WATTED, N. Multidisciplinary treatment in cleft lip and palate patients. **International Journal of Dental Research and Oral Health**, v. 2, p. 1–12, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343041284_Multidisciplinary_Treatment_in_Cleft_Lip_and_Palate_Patients_International_Journal_of_Dental_Research_and_Oral_Health. Acesso em: 15 de agosto de 2025.
- DA SILVEIRA, A. C. *et al.* Modified nasal alveolar molding appliance for management of cleft lip defect. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 14, n. 5, p. 700-703, 2003. Disponível em: https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/abstract/2003/09000/modified_nasal_alveolar_molding_appliance_for.18.aspx. Acesso em: 20 de julho de 2025.
- DAWJEE, S. M.; JULYAN, J. C.; KRYNAUW, J. C. Lip tape therapy in patients with a cleft lip – a report on eight cases: clinical communication. **South African Dental Journal**, v. 69, n. 2, p. 62-69, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24974519/>. Acesso em: 13 de maio de 2025.
- DE OLIVEIRA JÚNIOR, J. D. A. **Abordagens no tratamento de fissuras labiopalatinas: integração de mídias sociais, tecnologias 3D e técnicas cirúrgicas**. 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/items/f75ff29e-7250-4a29-bb57-08662857a282>. Acesso em: 13 de maio de 2025.
- ELMAGHRABY, M. F. *et al.* Comparative study between Fisher anatomical subunit approximation technique and Millard rotation-advancement technique in unilateral cleft lip repair. **Alexandria Journal of Medicine**, v. 57, n. 1, p. 92–102, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20905068.2021.1885954>. Acesso em: 19 de setembro de 2025.
- FREITAS, R. S. *et al.* Tratamento da fissura labial unilateral pela técnica de Fisher: uma série de casos. **Revista Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial**, v. 14, n. 1, p. 29–33, 2011. Disponível em: http://abccmf.org.br/cmfr/2011/jan_mar/06-Tratamento%20da%20fissura%20labial%20unilateral%20pela%20t%C3%A9cnica%20de%20Fisher.pdf. Acesso em: 19 de setembro de 2025.
- FREITAS, R. S.; DALTRO, C.; GUERRA, W. K. S.; ELOY, A. V.; CARDOSO, R. M. Avaliação do tratamento das deformidades nasais secundárias das fissuras labiopalatinas. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 56–61, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752011000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/Q3vrGVkcbFzKxRfJqmj8qJG/>. Acesso em: 31 de agosto de 2025.
- FROTA, C. O. *et al.* Efeito da bandeleta de Simonart na relação maxilo-mandibular de crianças com fissura labiopalatina. **Dissertação (Mestrado em Ciências) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais**, Universidade de São Paulo, Bauru, 2015. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002760588>. Acesso em: 31 de agosto de 2025.

GOMES, M. I.; DINIZ, C. S.; DE ANDRADE, T. I. Cuidados pré e pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia em crianças com fissura labiopalatina: Revisão de literatura.

Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v. 11, n. 1, 2024. Disponível em:

<https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/view/3096>. Acesso em: 15 de setembro de 2025.

GRAYSON, B. H.; SHETYE, P. R. Pre surgical nasoalveolar moulding treatment in cleft lip and palate patients. **Indian Journal of Plastic Surgery**, v. 42, n. 3, p. 56–61, 2009.

Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.4103/0970-0358.57188>. Acesso em: 13 de outubro de 2025.

GRAYSON, B. H.; CUTTING, C. B. Pre surgical nasoalveolar orthopedic molding in primary correction of the nose, lip, and alveolus of infants born with unilateral and bilateral clefts. **The Cleftpalate-craniofacial journal**, v. 38, n. 3, p. 193-198,

2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11386426/>. Acesso em: 13 de outubro de 2025.

KERNAGHAN, D. A.; STARK, R. B. A new classification for cleft lips and palates. **Plastic and Reconstructive Surgery**, [S.l.], v. 22, n. 5, p. 435–441, 1958. Disponível em:

https://journals.lww.com/plasreconsurg/citation/1958/11000/a_new_classification_for_cleft_lip_and_cleft.1.aspx. Acesso em: 15 de outubro de 2025.

LOPES, D. C. *et al.* Avaliação da técnica de Millard associada à zetaplastia no tratamento de portadores de fenda labial unilateral. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 33, p. 82–88, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbcp/a/jhFdNdC6gKnL9Mn5cxxvTBH/?lang=pt>. Acesso em: 30 de agosto de 2025.

MARTINS, J. R.; TEIXEIRA, S. M.; OLIVEIRA, I. M.; CARNEIRO, G. K. M.; FAVRETTO, C. O. Desenvolvimento da dentição decídua em paciente com fissura labiopalatina bilateral completa: relato de caso. **Arch Health Invest**, v. 10, n. 2, p. 287–291, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v10i2.4878>. Disponível em:

<https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4878>. Acesso em: 31 de agosto de 2025.

MILORO, M. *et al.* **Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Disponível em: <https://doceru.com/doc/cc11nn1>. Acesso em: 15 de outubro de 2025.

MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. **Anatomia orientada para a clínica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. Disponível em:

[https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740128/epubcfi/6/2\[%3Bvnd.vst.idref%3Dcover\]/4/2](https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740128/epubcfi/6/2[%3Bvnd.vst.idref%3Dcover]/4/2). Acesso em: 17 de setembro de 2025.

NOVAES, M. M.; LÓCIO, J. P.; MARQUES, E.; LOPES, P. H. S.; SILVA, E. E. O.; CAVALCANTE, H. N.; CUNHA FILHO, J. F. Queiloplastia por técnica de Fisher: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Fortaleza, v. 21, n. 3, p.

23–27, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1391110>. Acesso em: 31 de agosto de 2025.

OLIVEIRA, M. F.; BANDEIRA, A. M. B. Procedimento terapêutico multiprofissional de pacientes com fissura labiopalatal: relato de experiência. **REVA Acadêmica – Revista Científica de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 22–28, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330128876_RELATO_DE_EXPERIENCIA_Procedimento_terapeutico_multiprofissional_de_pacientes_com_fissura_labiopalatal_relato_de_experiencia_Multiprofessional_therapeutic_procedure_of_patients_with_cleft_lip_and_pala. Acesso em: 14 de maio de 2025.

POGREL, M. A.; KAHNBERG, K.-E.; ANDERSSON, L. **Cirurgia bucomaxilofacial**. Rio de Janeiro: Grupo Gen – Guanabara Koogan, 2016. Disponível em: <https://doceru.com/doc/855cvv0>. Acesso em: 14 de maio de 2025.

PUNTEL, L.F.; **Panorama nacional da idade cirúrgica em procedimentos primários de queiloplastia e palatoplastia no Sistema Único de Saúde**. 2025. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/61/61132/tde-20052025-165145/pt-br.php>. Acesso em: 17 de setembro de 2025.

SALES, P. H. H.; ROCHA, S. S.; ALBUQUERQUE, A. F. M.; CUNHA FILHO, J. F. Queiloplastia primária unilateral através da técnica de Fisher. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo (Online)**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 148–154, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832191>. Acesso em: 31 de agosto de 2025.

SHETTY, V. *et al.* A comparison of results using nasoalveolar moulding in cleft infants treated with in 1 month of life versus those treated after this period: development of a new protocol. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 41, n. 1, p. 28–36, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22018821/>. Acesso em: 10 de setembro de 2025.

SILVA, A. B.; LEMOS, A. C. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina. [S.l.]: **Semantic Scholar**, 2020. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/ALEITAMENTO-MATERN-EM-RECÉM-NASCIDOS-PORTADORES-DE-Silva-Lemos/70577a337b66130e2394401be34760d1239a38aa>. Acesso em: 31 de agosto de 2025.

SILVA, J. P.; OLIVEIRA, M. R.; SANTOS, F. R. Educação a distância e os desafios do ensino superior no Brasil. **Cadernos de Iniciação Científica**, Canoas, v. 11, n. 2, p. 123–134, 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ci/article/view/3984>. Acesso em: 31 de agosto de 2025.

SILVA FILHO, O. G.; OZAWA, T. O.; BORGES, H. C. A influência da queiloplastia realizada em tempo único e em dois tempos cirúrgicos no padrão oclusal de crianças com fissura bilateral completa de lábio e palato. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 12, n. 2, p. 24–37, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-54192007000200008>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/dpress/a/YC9RdfrJHHPKTNzM55msKrw/>. Acesso em: 31 de agosto de 2025.

SILVA FILHO, O. G. *et al.* Classificação das fissuras labio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Revista Brasileira de Cirurgia**, v. 82, n. 2, p. 59–65, 1992. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/19141898-4a42-4e2d-aa75-b7888008a082/838434.pdf>. Acesso em: 29 de agosto de 2025.

VENDRAMIN, F. S.; TANIKAWA, D. Y. S.; LIMA JUNIOR, J. E.; FERREIRA, M. C. Avaliação comparativa e evolutiva dos protocolos de atendimento dos pacientes fissurados. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 13–18, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752010000300006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/FDPHcTrhNsrpj9GqG3748QH>. Acesso em: 20 de agosto de 2025.

ZAKI, I. B. *et al.* Zetaplastia em queiloplastia unilateral: Evolução e técnicas. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP)–Brazilian Journal of Plastic Surgery**, v. 40, n. continuouspublication, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/rxqYFCqFtFKrbPtCZM3b8Nx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: **QUEILOPLASTIA PRIMÁRIA COMO TRATAMENTO CORRETIVO EM PACIENTES FISSURADOS BEBÊS:** UM RELATO DE CASO

Pesquisador Responsável: **RAQUEL BASTOS VASCONCELOS**

Instituição a que pertence pesquisador responsável: Centro Universitário Christus UNICHRISTUS.

Telefones para contato: (85) 99979-1272

CEP/Christus – Rua: João Adolfo Gurgel 133, Papicu – Cep: 60190-060 –

Fone: (85) 3265-6668

Nome do voluntário (responsável):

Idade:

R.G.:

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **QUEILOPLASTIA PRIMÁRIA COMO TRATAMENTO CORRETIVO EM PACIENTES FISSURADOS BEBÊS:** UM RELATO DE CASO de responsabilidade do pesquisador **RAQUEL BASTOS VASCONCELOS**.

Nosso objetivo é discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde e especialistas para ampliar o conhecimento adquirido para a melhoria das condições de saúde da população.

Estamos solicitando a sua autorização para consulta e utilização dos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos registrados em prontuários.

Os riscos relacionados à pesquisa envolvem a quebra de sigilo e confidencialidade e, para tanto, os pesquisadores se comprometem manter em sigilo a sua identidade assim como dados que possibilitem a sua identificação a fim de garantir o anonimato.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, além dos previamente acordados para a realização do procedimento cirúrgico através do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), cujo acesso deu-se de forma espontânea, em busca do tratamento reabilitador para fissura labiopalatina. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação neste trabalho.

É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Sua participação é

voluntária e, portanto, você poderá se recusar a participar do estudo. Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Christus se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias, pelo telefone (85)3265.6668.

Eu, Samilly Nunes Maciel

, RG 2016123699-5, declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Samilly Nunes Maciel

Nome e assinatura do paciente

Maria Vitória Rodrigues de Sousa

Testemunha

Fortaleza, 07 de 07 de 2024.

Alana Jéssica dos Santos Oliveira

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Alana Jéssica dos Santos Oliveira

Testemunha

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

	CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS - UNICHRISTUS	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: QUEILOPLASTIA PRIMÁRIA COMO TRATAMENTO CORRETIVO EM PACIENTES FISSURADOS BEBÊS; Um relato de caso		
Pesquisador: RAQUEL BASTOS VASCONCELOS		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 90799225.5.0000.5049		
Instituição Proponente: Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda.		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 7.945.604		
Apresentação do Projeto: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso retrospectivo que se propõe a relatar de caso clínico de queiloplastia primária utilizando a técnica de Fisher em um bebê.		
Objetivo da Pesquisa: O presente trabalho visa relatar um relato de caso clínico de queiloplastia primária utilizando a técnica de Fisher em um bebê.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Benefícios: Discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde e especialistas para ampliar o conhecimento adquirido para a melhoria das condições de saúde da população; - Riscos: Os riscos relacionados à pesquisa envolvem quebra de sigilo e confidencialidade, e para tanto, os pesquisadores se comprometem a manter em sigilo a sua identidade assim como dados que possibilitem a sua identificação a fim de garantir o anonimato.		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de um relato de caso conduzido retrospectivamente com resgate de		
Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Pólo Central Bairro: Coró Município: FORTALEZA CEP: 60.190-060 UF: CE E-mail: cep@unichristus.edu.br Telefone: (85)3263-8187		

Página 01 de 02

	CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS - UNICHRISTUS			
Continuação do Parecer: 7.945.604				
informações de prontuários e registros da CEO-Unichristus. A coleta de informações é de baixo risco e os dados são úteis como relato científico.				
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os pesquisadores adicionaram o TCLE original, bem como o termo de fiel depositário. Como se trata de um relato de caso de um bebê de 7 meses, compreende-se a não necessidade de termo de assentimento.				
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Os pesquisadores acrescentaram riscos e benefícios ao corpo do projeto e como dirimi-los bem como o TCLE e o termo de fiel depositário. Não há mais pendências éticas ou documentais.				
Considerações Finais a critério do CEP: Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:				
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2528578.pdf	17/09/2025 23:26:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENRA.pdf	17/09/2025 23:26:34	RAQUEL BASTOS VASCONCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCRA.pdf	17/09/2025 23:24:40	RAQUEL BASTOS VASCONCELOS	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	TERMO.pdf	19/06/2025 14:02:58	RAQUEL BASTOS VASCONCELOS	Aceito
Folha de Rosto	folharostoa.pdf	07/04/2025 15:15:45	RAQUEL BASTOS VASCONCELOS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	06/04/2025 21:59:07	RAQUEL BASTOS VASCONCELOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	06/04/2025 21:55:12	RAQUEL BASTOS VASCONCELOS	Aceito
Situação do Parecer: Aprovado				
Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Pólo Central Bairro: Coró Município: FORTALEZA CEP: 60.190-060 UF: CE E-mail: cep@unichristus.edu.br Telefone: (85)3263-8187				

Página 02 de 02



Continuação do Parecer: T.945.804

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 03 de Novembro de 2025

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gargel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Coab CEP: 86.190-060
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8167 E-mail: cnp@unichristus.edu.br