

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA**

**FATORES ENVOLVIDOS NOS CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL
DE CRIANÇAS ENTRE 0 E 36 MESES PORTADORAS DE
FISSURAS LABIOPALATAIS**

Dissertação de Mestrado

Lisandrea Rocha Schardosim

FLORIANÓPOLIS – SC

2001

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA**

**FATORES ENVOLVIDOS NOS CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL
DE CRIANÇAS ENTRE 0 E 36 MESES PORTADORAS DE
FISSURAS LABIOPALATAIS**

Dissertação de Mestrado

Lisandrea Rocha Schardosim

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Odontopediatria, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vera Lúcia Bosco

Co-Orientador: Prof. Ms. Roberto Rocha

FLORIANÓPOLIS – SC

2001

Lisandrea Rocha Schardosim

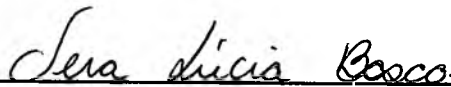
Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de "Mestre em Odontologia", área de concentração Odontopediatria, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Florianópolis, 16 de outubro de 2001.

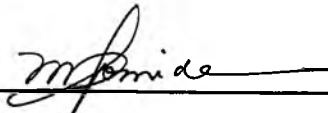


Prof. Dr. Mauro Amaral Caldeira de Andrada
Coordenador do Programa

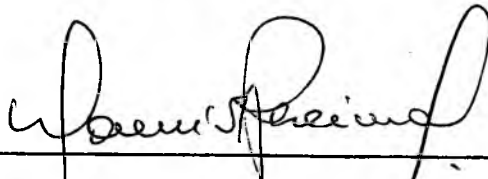
Banca examinadora:



Profª Drª Vera Lúcia Bosco
Orientadora



Profª Drª Marcia Ribeiro Gomide



Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereira

*“Tendo achado um caminho que, na minha opinião, quem o seguir deverá
infalivelmente encontrar a ciência (...)
julgava que deveria comunicar fielmente ao público
todo o pouco que eu descobrira
e convidar os bons espíritos a que procurassem ir além,
contribuindo cada qual segundo sua inclinação
e seu poder para as experiências que seria necessário fazer”.*

Descartes

Dedico este trabalho,

*a todas as **crianças portadoras de fissuras labiopalatais,***

na tentativa de oferecer-lhes saúde e uma vida mais digna!

*e a todos os **colegas de profissão,***

*com intuito de estender o conhecimento adquirido e despertar nestes
a preocupação pela saúde das crianças portadoras desta malformação.*

“Conviver com crianças portadoras de fissuras é um privilégio, pois além de descobrirmos como são maravilhosas, temos oportunidade de nos conscientizar de nossas próprias fissuras, aquelas que não podem ser reparadas com nenhuma cirurgia....”

José Alberto de Souza Freitas (Gastão)

Gostaria de agradecer,

à Deus,

“por ter se feito presente a cada momento dos meus dias, dando força quando em mim já não havia. Obrigada, meu verdadeiro amigo, por demonstrar, através do Seu amor incondicional, que eu deveria sempre continuar ...”;

a Agenor e Lecy, meus pais,

“pela educação e pelos ensinamentos que recebi durante minha formação, os quais determinaram os princípios que conduzem minha vida e minha conduta enquanto profissional. Ofereço esta conquista a vocês, que me deram a primeira e a maior vitória: a vida”;

à Mareli, Cláudia, Margareti e Olívia, minhas irmãs,

“simplesmente porque são pessoas especiais, e pessoas especiais merecem sempre nosso agradecimento quando participam de nossa vida”;

à Professora Vera Lúcia Bosco, minha orientadora,

“por permitir que pudéssemos escolher juntas o tema desta pesquisa, sanando uma grande limitação em nosso conhecimento. Agradeço ainda, pela forma como conduziu sua orientação, demonstrando conhecimento, sensibilidade e caráter. Ser mestre é ser exemplo, exemplo de dedicação, de doação, de atenção, de dignidade pessoal e, sobre tudo, de amor. A senhora é uma estrela, cujo diferencial é sua luminosidade própria! Obrigada, professora!”;

ao **Professor Roberto Rocha**, meu co-orientador,

“por valorizar e acreditar no alcance deste trabalho, desde o primeiro dia em que conversamos. Seu apoio, disposição e credibilidade transformaram um ideal em realização profissional. Saiba, professor, que este estudo foi o resultado de um esforço comum!”;

à **Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)**, em especial ao **Curso de Pós-Graduação em Odontologia, opção Odontopediatria**,

“pela oportunidade de aperfeiçoar meus conhecimentos em Odontologia”;

a todos os **Professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC**, em especial aos do **Curso de Odontopediatria: Prof^a Dr^a Izabel Cristina dos Santos Almeida, Prof^a Dr^a Maria José Carvalho Rocha e Prof. Dr. Ricardo de Souza Vieira**,

“por enriquecerem meu conhecimento científico e por despertarem em mim a necessidade de adquirir as qualidades de um verdadeiro mestre”;

às colegas do curso de mestrado, **Carolina, Gimol, Luciana, Mariane e Sílvia**,

“pela troca de experiências e pelo vínculo de amizade e carinho estabelecidos. Em especial à **Danielle**, com a qual pude compartilhar todas as experiências com os pacientes fissurados, e à **Ana Paula**, pela amizade e companheirismo demonstrados em todo decorrer do curso”;

ao **Dr. Maurício José Lopes Pereima**, Cirurgião-Pediátrico, chefe do Serviço de Fissurados do HIJG, e à **Clarice Raquel Mendes Sielski**, enfermeira chefe do Setor de Ambulatório do HIJG,

“pela forma atenciosa com que me receberam neste Centro, sempre dispostos a auxiliar no que fosse necessário. Fica nossa admiração pelo profissionalismo, dedicação e seriedade na assistência aos pacientes fissurados”;

à **diretoria do HIJG** e a todos os **profissionais e funcionários** deste Hospital,

“por cederem, gentilmente, o espaço físico para a execução da pesquisa e por contribuírem, de alguma forma, para que o atendimento odontológico no Hospital fosse possível”;

ao **Professor Luiz César Reis Salvador,**

“pela orientação dispensada no tratamento estatístico deste estudo”;

à **Ana Maria Vieira Frandolozo,** secretária do Pós-Graduação,

“pela atenção, disponibilidade e seriedade com que conduz seu trabalho”;

à **Beth e Ivalda,** secretárias da Disciplina de Odontopediatria,

“pela forma atenciosa com que sempre se dispuseram a auxiliar nos momentos de dificuldade”;

às **Professoras da Disciplina de Odontopediatria da UFPel: Ana Regina Romano, Dione Dias Torriane e Maria Laura Bonow,**

“pelos conhecimentos transmitidos durante a graduação, indispensáveis para que fosse possível ingressar no curso de pós-graduação. Em especial à Prof^ª Ana, pelas palavras de incentivo a cada conversa e pelo exemplo de profissionalismo e garra”;

à **Solange e Marina,**

“pessoas especiais que, além de participarem da minha vida, deram sua contribuição na formatação final deste trabalho. Obrigada pela disposição e atenção dispensadas!”;

a **Mauri**,

“por ensinar que podemos conquistar a admiração das pessoas através da simplicidade, do respeito e do amor, manifestos nas pequenas coisas... Um exemplo a ser seguido!”;

às minhas amigas, **Cíntia e Poliana**,

“pessoas maravilhosas que me acolheram carinhosamente quando cheguei em Florianópolis. Tê-las conhecido foi muito importante para vencer a saudade de estar longe de casa...”;

às “*manas do coração*”, **Daniela e Diusdei**,

“por demonstrarem, mais uma vez, que nossa amizade vence as distâncias e o tempo. Agradeço por tê-las ao meu lado e por manifestarem preocupação e interesse pelo meu bem-estar. Vocês estão em meu coração!”;

a **André**,

“por compreender o significado desta conquista em minha vida. Seu incentivo e sua presença ao meu lado foram um diferencial!”;

aos **amigos, familiares e desconhecidos** que colaboraram e torceram para que eu pudesse realizar este ideal,

“obrigada pela força”;

e aos **pais das crianças portadoras de fissuras labiopalatais**, instrumentos essenciais deste estudo,

“por permitirem, através do relato de suas experiências, beneficiar outras crianças e outros pais que estejam passando pelas mesmas dificuldades e angústias. Obrigada por superar seus sofrimentos e contribuir no estudo desta malformação!”.

*“Não podemos realizar grandes obras
mas pequenas obras
com muito amor”.*

Madre Tereza de Calcutá

SUMÁRIO

RESUMO	17
ABSTRACT	19
1. INTRODUÇÃO	21
2. REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 Fissuras labiopalatais – aspectos gerais.....	23
2.1.1 Embriologia da face.....	24
2.1.2 Etiologia, classificação e epidemiologia das fissuras.....	28
2.1.3 Reabilitação cirúrgica e saúde geral dos bebês fissurados	34
2.1.4 Anomalias dentárias.....	37
2.2 Implicações psicológicas do nascimento de um bebê fissurado.....	41
2.3 Alimentação nos primeiros anos de vida.....	44
2.3.1 Aleitamento natural.....	46
2.3.2 Aleitamento artificial	48
2.4 A doença cárie.....	52
3. PROPOSIÇÃO	64
4. METODOLOGIA	65
4.1 Caracterização da amostra	65
4.2 Materiais	66
4.3 Método.....	66
4.3.1 Projeto Piloto	66
4.3.2 Procedimentos.....	67
4.3.3 Análise Estatística	71
5. RESULTADOS	72
6. DISCUSSÃO	87
7. CONCLUSÕES	101
8. SUGESTÕES	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICES	112

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	113
Apêndice 2: Roteiro de entrevista.....	115
Apêndice 3: Folheto de orientações ao responsáveis.....	118
Apêndice 4: Protocolo de orientações para o atendimento odontológico a bebês portadores de fissuras labiopalatais.....	120

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Embriogênese. Embrião no início da 6ª semana.....	24
Figura 2A:	Embriogênese. Embrião na 7ª semana.....	25
Figura 2B:	Embriogênese. Embrião na 10ª semana.....	25
Figura 3:	Palatogênese. Embrião no início da 6ª semana.....	26
Figura 4:	Palatogênese. Embrião entre a 7ª e 8ª semanas.....	26
Figura 5:	Palatogênese. Embrião entre a 9ª e a 12ª semanas.....	27
Figura 6:	Esquema. Sutura embrionária em Y.....	29
Figura 7A:	Esquema. Fissura pré-forame incisivo unilateral incompleta.....	30
Figura 7B:	Aspecto clínico da fissura pré-forame incisivo incompleta.....	30
Figura 7C:	Esquema. Fissura pré-forame incisivo unilateral completa.....	30
Figura 7D:	Aspecto clínico da fissura pré-forame incisivo unilateral completa.....	30
Figura 8A:	Esquema. Fissura transforame unilateral.....	30
Figura 8B:	Aspecto clínico da fissura transforame unilateral.....	30
Figura 8C:	Esquema. Fissura transforame bilateral.....	31
Figura 8D:	Aspecto clínico da fissura transforame bilateral.....	31
Figura 9A:	Esquema. Fissura pós-forame incompleta.....	31
Figura 9B:	Aspecto clínico da fissura pós-forame incompleta.....	31
Figura 10:	Aspecto clínico de uma fissura rara (Transversa).....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição das crianças por idade e sexo.....	72
Tabela 2:	Distribuição das crianças por tipo de fissura.....	72
Tabela 3:	Distribuição das crianças de acordo com a condição cirúrgica..	73
Tabela 4:	Distribuição das mães quanto ao planejamento da gestação....	73
Tabela 5:	Distribuição das mães de acordo com a percepção da fissura durante a ultra-sonografia.....	73
Tabela 6:	Distribuição das mães de acordo com a orientação odontológica de prevenção durante a gravidez.....	74
Tabela 7:	Distribuição das crianças de acordo com o número de intervenções cirúrgicas e a idade no momento da entrevista.....	74
Tabela 8:	Distribuição das mães de acordo com o nível de informações recebidas na maternidade.....	74
Tabela 9:	Distribuição das mães de acordo com a prática do aleitamento materno.....	75
Tabela 10:	Distribuição das crianças de acordo com o tempo de aleitamento materno até o momento da entrevista.....	75
Tabela 11:	Relação entre a dificuldade de sucção e o tipo de fissura.....	76
Tabela 12:	Distribuição das mães quanto ao nível de informações sobre a alimentação.....	76
Tabela 13:	Relação entre o início da mamadeira e a adição de açúcar na mesma.....	77
Tabela 14:	Relação entre o preparo do leite na mamadeira em relação ao grupo etário.....	78
Tabela 15:	Distribuição das mães quanto à utilização da mamadeira noturna.....	79
Tabela 16:	Distribuição das crianças de acordo com a posição ao mamar..	79
Tabela 17:	Distribuição das mamadeiras de acordo com o tipo de bico.....	80

Tabela 18:	Distribuição das mães de acordo com o orifício do bico da mamadeira.....	80
Tabela 19:	Distribuição dos bebês quanto à saída de leite pelo nariz e pelo ouvido.....	80
Tabela 20:	Relação entre orientações recebidas sobre a higiene da fissura e a higiene das mesmas.....	81
Tabela 21:	Relação entre higiene na região da fissura e o medo de higienizar as mesmas.....	81
Tabela 22:	Relação entre avaliação odontológica e idade.....	82
Tabela 23:	Relação entre o nível de informações recebidas sobre a higiene da boca e da fissura e a qualidade da higiene realizada.....	82
Tabela 24:	Distribuição quanto a procedência das famílias.....	83
Tabela 25:	Disponibilidade de condução para reconsultas.....	83
Tabela 26:	Relação entre nível sócio-econômico e qualidade da higiene....	84
Tabela 27:	Relação entre grau de escolaridade das mães e qualidade da higiene.....	85
Tabela 28:	Distribuição de acordo com a origem da água de abastecimento das residências.....	86
Tabela 29:	Distribuição das crianças quanto à atividade de cárie.....	86

LISTA DE SIGLAS

CAPADF – Centro de Atendimento a Pacientes com Deformidade Facial

FP – Fissura Palatina

FLP – Fissura de lábio e palato

HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão

HRAC-USP – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - Universidade
de São Paulo

OMS – Organização Mundial da Saúde

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

S. mutans – Streptococcus mutans

S. sanguis – Streptococcus sanguis

SS – Semi-sentado

TIB – Transforame Incisivo Bilateral

TIU – Transforame Incisivo Unilateral

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SCHARDOSIM, L. R. **Fatores envolvidos nos cuidados com a saúde bucal de crianças entre 0 e 36 meses portadoras de fissuras labiopalatais**, Florianópolis – SC. Brasil: Florianópolis, 2001. 123p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria – Área de concentração em Odontopediatria) Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

Palavras-chaves: fissuras labiopalatais, saúde bucal, crianças

RESUMO

As fissuras labiopalatais são malformações congênitas que acarretam implicações funcionais, estéticas e psicossociais em seu portador, exigindo tratamento reabilitador prolongado que deve iniciar logo após o nascimento da criança. A atuação precoce da odontologia na reabilitação destes pacientes torna-se fundamental, devido à presença de fatores de risco que aumentam a possibilidade de desenvolvimento das enfermidades bucais. Existe, portanto, a necessidade de informar aos pais sobre os cuidados particulares com a saúde bucal das crianças fissuradas, pois o apoio e a cooperação da família neste processo é indispensável. Para ressaltar a importância desta questão, este estudo procurou avaliar o grau de esclarecimento dos pais em relação à alimentação e à higiene bucal e o reflexo dessas informações nos cuidados com o filho, assim como determinar outros fatores que possam afetar a qualidade da higiene bucal dessas crianças. Após entrevistas com 60 pais de crianças portadoras de fissuras labiopalatais que procuraram atendimento médico junto ao Hospital Infantil Joana de Gusmão (Florianópolis – SC), e de exame clínico intra-bucal das mesmas, com idades entre zero e 36 meses de idade, concluiu-se que: 1) há um desconhecimento dos pais sobre os cuidados com a alimentação da criança fissurada, refletindo em hábitos alimentares inadequados e cariogênicos; 2) o baixo nível de informações dos pais sobre a higiene da boca e da região da fissura, assim como o medo das mães em traumatizar a área da fenda determinaram, de forma significativa, a qualidade da higiene bucal como insatisfatória e péssima, constituindo fatores implicadores na ausência de higiene nessa região; 3) o nível sócio-econômico baixo inferior das famílias e o grau de

escolaridade baixo das mães influenciou significativamente na insatisfatória qualidade de higiene bucal das crianças deste estudo; 4) a maioria dos pais que participou deste estudo, deixou a maternidade despreparada e insatisfeita com as informações recebidas dos profissionais em relação à fissura, fato que influenciou diretamente nos cuidados com o bebê fissurado e 5) a falta de acompanhamento e orientação profissionais, agravada por hábitos alimentares e de higiene bucal inadequados, revelaram a suscetibilidade das crianças estudadas às doenças bucais. Sugere-se a implantação de um atendimento odontológico permanente às crianças fissuradas no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), na cidade de Florianópolis – SC, dando ênfase à higiene na área da fissura, tendo em vista a importância da manutenção de saúde desta região no processo de reabilitação e restabelecimento das condições estéticas, funcionais e psicológicas da criança. Sugere-se ainda um protocolo de orientações para o atendimento odontológico a bebês portadores de fissuras labiopalatais e a implantação de programas de atenção odontológica preventiva aos bebês em todos os centros que prestam assistência a esses pacientes.

SCHARDOSIM, L. R. **Factors involved on health care of children between 0-36 months with oral cleft**, Florianópolis – SC. Brazil: Florianópolis, 2001. 123p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria – Área de concentração em Odontopediatria) Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

Key words: cleft lip and palate, oral health, children

ABSTRACT

Cleft lip and palate is a congenital malformation that has functional, aesthetic and psychosocial implications to the individual, requiring extensive rehabilitation treatment that must be instituted immediately after a child's birth. Early odontological intervention for these patients is of fundamental importance due to risk factors that introduce the possible development of oral infirmities. Thus, there is a need to inform parents on the particular care to be taken with the oral health of cleft palate children, as family support and cooperation become indispensable in this process. To emphasize the importance of the question, the present study sought to assess the comprehension parents have of diet and oral hygiene, how information reflects on care to the child, and also other factors that might affect the quality of their oral hygiene. Following data collection through interviews with 60 parents who looked for medical attention to their children with cleft lip and palate at the child hospital "Joana de Gusmão" (Florianópolis, SC), and after the intra-oral clinical examination of these 0-to-36-month-old children, the conclusion was that: 1) parents are not knowledgeable on care with the feeding of the cleft palate child, maintaining inadequate and cariogenic habits; 2) the low informational level of parents on mouth and cleft area, added to the fear mothers have to traumatize the cleft, significantly determined unsatisfactory and very poor oral hygiene, responsible for the absence of oral hygiene; 3) the low socioeconomic level of families and the scanty scholary of mothers were significantly responsible for the poor oral hygiene of children in this study; 4) most parents in this study had left maternity unprepared and not satisfied with the information received from professionals regarding the cleft, and this directly influenced the care offered to the baby with a cleft palate; and 5) the lack of follow-up and professional guidance, made worse by inadequate feeding and oral

hygiene habits, explained the susceptibility of the studied children to oral diseases. A permanent dental attendance to cleft-palate children in the child hospital "Joana de Gusmão" (HIJG) in the city of Florianópolis-SC is suggested, with emphasis on cleft hygiene. This is due to the importance of maintaining health in this area to allow for the rehabilitation and to reestablish aesthetic, functional, and psychological conditions of the child. A protocol is also suggested with dental guidance for babies with cleft lip and palate fissures, and the institution of preventive dental attention programs to babies at all the centers where these babies are cared for.

1 INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança congenitamente deformada é sentido pela mãe como uma perda lastimável e a duração, profundidade e natureza deste impacto influencia significativamente nos cuidados que terá com o filho (TISZA e GUMPERTZ, 1962). Além do comprometimento psicológico, crianças portadoras de fissura labiopalatal poderão ter afetados o desenvolvimento estético e funcional, provocando modificações emocionais na estrutura familiar e em seu convívio social. Muito embora o protocolo de prevenção da fissura ainda não tenha sido estabelecido, todas as suas inerências podem ser minoradas, senão evitadas, desde que o paciente seja assistido oportunamente por uma equipe interdisciplinar que deverá iniciar sua atuação integrada, preferencialmente, logo após o nascimento do bebê.

A atuação precoce da odontologia na reabilitação desses pacientes torna-se fundamental, pois esta malformação congênita caracteriza a presença de fatores de risco que aumentam a possibilidade de desenvolvimento da doença cárie: alterações dentárias que podem dificultar a higiene bucal adequada, hábitos alimentares cariogênicos associados às necessidades nutricionais, limitações decorrentes da cirurgia reparadora que dificultam a higienização, utilização de aparelhos ortodônticos e protéticos, fatores psicológicos que refletem atitudes permissivas dos pais, bem como o baixo nível sócio-econômico da maioria dos pacientes.

Ainda em relação à doença cárie, salienta-se que crianças portadoras de fissuras labiopalatais apresentam maior prevalência de cáries dentárias na dentição decídua quando comparadas às crianças não fissuradas (JOHNSEN e DIXON, 1984; BOKHOUT et al., 1996a; BOKHOUT et al., 1997; LIN e TSAY, 1999). Embora o programa de atendimento odontológico à primeira infância tenha sido instituído desde 1986 (BÖNECKER, GUEDES-PINTO, WALTER, 1997), a carência de programas capazes de orientar e conscientizar os pais sobre os

cuidados com a saúde bucal de bebês fissurados é citada como uma das causas que contribuem para o alto índice da doença.

Tendo em vista que os pais devem assumir a responsabilidade frente à saúde bucal de seus filhos, faz-se necessário que tenham conhecimentos básicos na prevenção das enfermidades bucais. Em se tratando de paciente portador de fissura, esse aspecto torna-se ainda mais importante, já que há uma tendência de maior preocupação com a reabilitação estética, relegando a segundo plano os cuidados com a higiene bucal. Dessa forma, o aconselhamento odontológico adequado, além de minimizar o trauma psicológico da malformação, permite que os pais se conscientizem da necessidade da prevenção.

Apesar dos portadores dessa malformação formarem um grupo heterogêneo, em virtude do tipo e severidade da fissura, idade, sexo, estágio da fala, audição, educação, raça e nível sócio-econômico, tornando a vivência desta malformação diferente para cada um, passam por experiências comuns que permitem a criação de programas de prevenção (NUNES, MAGGI, LEVANDOWSKI, 1998).

Verifica-se a necessidade de instituir protocolos de orientações específicas sobre a saúde bucal destes pacientes, visto que a própria condição física da criança fissurada predispõe ao desenvolvimento de doenças, entre as quais a cárie. Portanto, o conhecimento das particularidades que envolvem a malformação e o ênfase aos cuidados essenciais com a saúde bucal, são primordiais para garantir e manter a qualidade de vida dessas crianças.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Fissuras labiopalatais – aspectos gerais

As fissuras de lábio e palato constituem malformações congênitas que ocorrem no período embrionário e início do período fetal e estão entre as malformações graves mais comuns, tendo na população brasileira uma prevalência de 1:650 nascimentos (NAGEM FILHO, MORAES, ROCHA, 1968).

A malformação envolve uma série de implicações funcionais, estéticas e psicossociais em seu portador. Além disso, o tratamento prolongado exige a participação de uma equipe multidisciplinar que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), deve ser composta pelo pediatra, geneticista, ortodontista, fonoaudiólogo, cirurgião-plástico, otorrinolaringologista, nutricionista, assistente social, psicólogo, cirurgião buco-maxilo-facial e odontopediatra, entre outros (PERES, LOPES, GOMEZ, 1987).

Os portadores de fissuras devem ser examinados detalhadamente por um geneticista, com a finalidade de identificar defeitos associados e delineamento de síndromes, assim como calcular o risco de recorrência na família. Aproximadamente 90% dos portadores de fissuras apresentam esta malformação isolada, sendo que nos casos restantes está associada a outras malformações congênitas, podendo ou não constituir um quadro sindrômico. Quanto ao risco de recorrência, em uma mãe que já teve um filho masculino afetado, e sendo o pai normal, é de 4%. O risco aumenta para 10% quando uma mãe afetada já tem um filho masculino afetado, sendo o pai normal (NETO, 1996).

2.1.1 Embriologia da face

O desenvolvimento embriológico da face inicia-se a partir da quarta semana de vida intra-uterina e, ao final da oitava semana, a face apresenta uma aparência claramente humana. Os cinco primórdios da face, oriundos da proliferação das células da crista neural, surgem como proeminências chamadas frontonasal média, única, e proeminências pares, maxilar e mandibular. O maxilar inferior (mandíbula) e o lábio inferior são as primeiras partes da face que se formam, resultantes da fusão das extremidades mediais das duas proeminências mandibulares no plano médio durante a quarta semana. Ao final da quarta semana, espessamentos ovais bilaterais do ectoderma superficial, chamados placódios nasais (primórdios do nariz e das cavidades nasais), já se formaram nas partes ventrolaterais da proeminência frontonasal. O mesênquima prolifera nas margens destes placóides, produzindo elevações em forma de ferradura denominadas proeminências nasais medial e lateral (Figura 1).

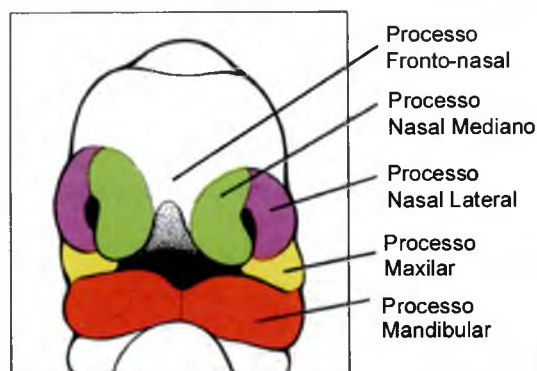


Figura 1: Embriogênese. Embrião no início da 6ª semana
(Fonte: LARSEN, 1997)

Os placóides nasais ficam, então, em depressões chamadas fossetas nasais, as quais são os primórdios das narinas e cavidades nasais. Em torno da sétima à décima semana, a fusão das proeminências nasais mediais e das proeminências maxilares resultam na continuidade do maxilar superior com o lábio superior. Com a fusão das proeminências mediais, forma-se um segmento

intermaxilar (Figura 2A). Este segmento dá origem ao sulco vertical ou filtro do lábio (Figura 2B), à porção pré-maxilar da maxila e gengiva a ela associada, e ao palato primário.

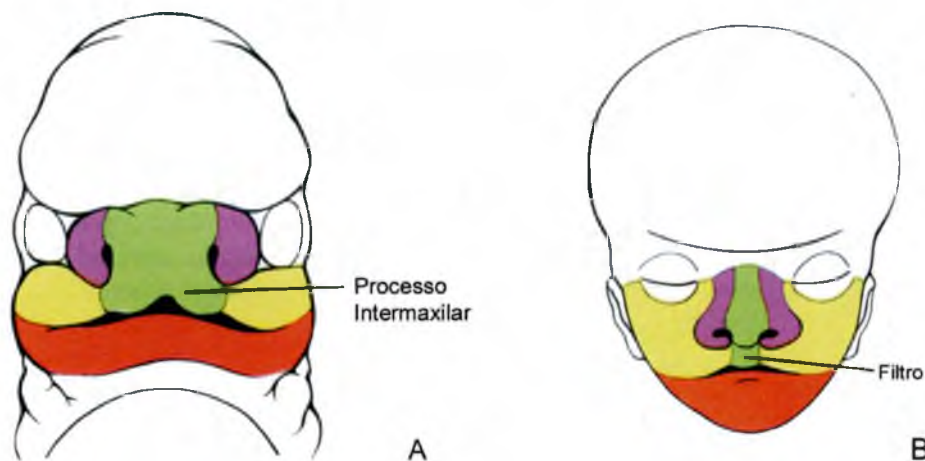


Figura. 2: Embriogênese. **A.** Embrião na 7ª semana. **B.** Embrião na 10ª semana
(Fonte: LARSEN, 1997)

As porções laterais do lábio superior, a maior parte da maxila e o palato secundário formam-se a partir das proeminências maxilares, as quais fundem-se lateralmente com as proeminências mandibulares. Os lábios e bochechas primitivos são invadidos pelos mesênquimas do primeiro e segundo arcos branquiais, os quais se diferenciam nos músculos da mastigação e nos músculos faciais, respectivamente. Em uma visão geral, a proeminência frontonasal forma a testa, o dorso e ápice do nariz. Os lados do nariz derivam das proeminências nasais laterais, e o septo nasal forma-se a partir das proeminências nasais médias. As proeminências maxilares formam a região superior das bochechas e a maior parte do lábio superior. As proeminências mandibulares dão origem ao queixo, lábio inferior e região inferior das bochechas. Além dos componentes de tecidos moles, várias estruturas ósseas são formadas a partir do mesênquima das proeminências faciais (MOORE e PERSAUD, 1994).

O palato forma-se a partir de dois primórdios: o palato primário e o palato secundário (Figura 3). A palatogênese inicia na quinta semana e se completa na décima segunda semana, sendo que o período crítico nos seres humanos para o desenvolvimento de malformações compreende o fim da sexta e o início da nona

semana de vida intra-uterina. O palato primário ou processo palatino mediano começa a se desenvolver no início da sexta semana, a partir da parte profunda do segmento intermaxilar da maxila, e forma a parte pré-maxilar da maxila.

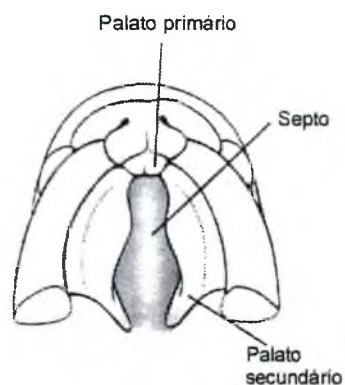


Figura 3: Palatogênese. Embrião no início da 6ª semana
(Fonte: LARSEN, 1997)

O palato secundário é o primórdio das partes dura e mole do palato que se estendem posteriormente desde o forame incisivo. O palato secundário começa seu processo de desenvolvimento na sexta semana a partir de duas projeções mesenquimais, chamadas de processos laterais do palato. Ao longo da sétima e oitava semanas esses processos aproximam-se gradualmente um do outro e se fundem no plano médio, unindo-se também com o septo nasal e a parte posterior do palato primário (Figura 4).

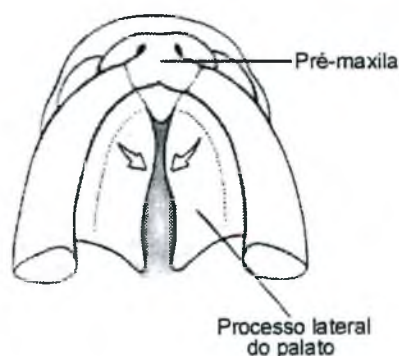


Figura 4: Palatogênese. Embrião entre a 7ª e a 8ª semanas
(Fonte: LARSEN, 1997)

A fusão entre o septo nasal e os processos do palato inicia-se anteriormente, durante a nona semana, e se completa posteriormente, por volta da décima segunda semana, em posição superior ao primórdio do palato duro. A deposição óssea gradual no palato primário constitui a parte pré-maxilar da maxila, que aloja os dentes incisivos. Ao mesmo tempo, ocorrem extensões ósseas partindo do ossos maxilares e palatinos para os processos laterais do palato, formando o palato duro. No entanto, as partes posteriores destes processos não chegam a se ossificar e se estendem em sentido posterior para além do septo nasal e fundem-se para formar o palato mole e sua mole projeção cônica, denominada úvula. A rafe do palato indica, de modo permanente, a linha de fusão dos processos laterais do palato durante o período compreendido entre a sexta e a décima segunda semanas. Um pequeno canal nasopalatino persiste na linha média do palato entre a parte pré-maxilar da maxila e os processos palatinos dos maxilares. Este canal representa o forame incisivo no palato duro do adulto. Uma sutura irregular corre do forame incisivo até o processo alveolar da maxila, entre os dentes incisivos laterais e caninos de ambos os lados. Esta sutura indica onde os palatos primário e secundário embrionários se fundiram e é o local onde as fendas do palato anterior podem ocorrer (Figura 5) (MOORE e PERSAUD, 1994).

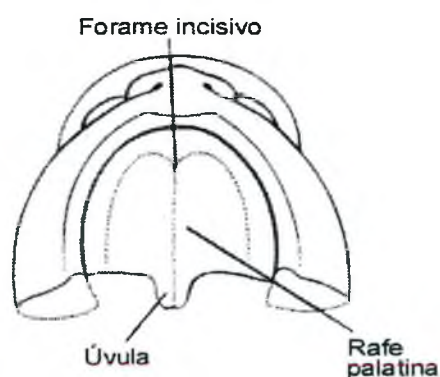


Figura 5: Palatogênese. Embrião entre a 9ª e a 12ª semanas
(Fonte: LARSEN, 1997)

A embriogênese pode ser alterada por agentes físicos, químicos e biológicos. A combinação deletéria destes fatores ou a intensificação da atividade de um deles pode trazer modificações irreversíveis no comportamento das células

da crista neural e, por conseguinte, no mesênquima facial, trazendo como fato final o nascimento de um indivíduo portador de fenda labiopalatina (MODOLIN, KAMAKURA, CERQUEIRA, 1996).

Atualmente, existem duas teorias sobre a formação das fissuras labiopalatais. A primeira, proposta por Dursy em 1869 e His em 1892, considera que a falta de fusão dos processos faciais seria responsável pelo aparecimento das fissuras. Esta falta de fusão pode se dar por patogenias diversas e leva à formação de fissuras medianas, laterais e transversais. A segunda teoria, sugerida por Warbrick em 1938 e Stark em 1954, considera a migração e a penetração mesodérmica como elementos básicos na formação dos componentes da face, e a falta dessa penetração acarretaria falta de nutrição vascular e conseqüente necrose, originando a fenda. Mesmo assim, muitos casos de fendas raras continuam sem explicação (BAROUDI, 1996).

2.1.2 Etiologia, classificação e epidemiologia das fissuras

Discutem-se os fatores etiológicos que resultam em fissuras de lábio e palato porque inexiste uma causa única atuando. A maior parte das fissuras é causada pela interação de inúmeros fatores genéticos e ambientais, individualmente indistinguíveis, que consiste em causa multifatorial (CAPELOZZA FILHO et al., 1988).

A hereditariedade, com caráter poligênico ou sindrômico, parece ser o fator mais importante envolvido na etiologia das fissuras, mesmo considerando-se que ela só seja confirmada em 25 a 30% dos casos. Além dos fatores genéticos, fatores ambientais podem estar associados ao desenvolvimento das fendas de lábio e/ou palato, tais como: distúrbios nutricionais durante a gestação, estresse materno, doenças infecciosas, alcoolismo, idade dos pais, uso de drogas anticonvulsivantes, fumo e radiação (ROCHA e TELLES, 1990).

A diversidade clínica com que esta alteração se manifesta exige o conhecimento da extensão anatômica do defeito para planejar e prognosticar

cada paciente, tornando-se importante sua classificação. Buscando-se simplicidade e objetividade, tem sido aceita a classificação de Spina (SPINA et al., 1972) modificada (SILVA FILHO et al, 1992), fundamentada em princípios embriológicos e tendo como ponto de referência anatômico o forame incisivo (ponto de união dos palatos primário e secundário) (Figura 6):

- I) Fissuras Pré-Forame Incisivo (Figura 7 A - D)
 - Completa (Unilateral, bilateral, mediana)
 - Incompleta (Unilateral, bilateral, mediana)
- II) Fissuras Transforame Incisivo (Figura 8 A - D)
 - Unilateral, bilateral, mediana
- III) Fissuras Pós-Forame Incisivo (Figura 9 A e B)
 - Completa
 - Incompleta
- IV) Fissuras raras da face (Figura 10)

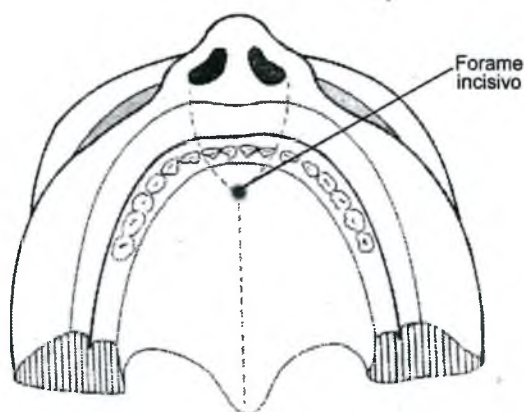


Figura 6: Esquema. Vista ventral do teto da cavidade bucal ilustrando a sutura embrionária em Y (o centro do Y corresponde ao forame incisivo).

Fonte: Carreirão, Lessa, Zanini (1996)

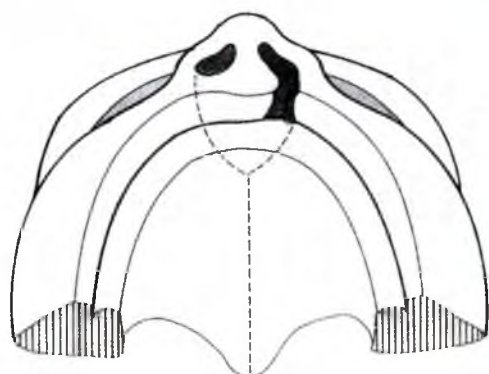


Figura 7: A. Esquema. Fissura Pré-Forame Incisivo Unilateral Incompleta (Fonte: CARREIRÃO, LESSA, ZANINI, 1996). **B.** Aspecto clínico da Fissura Pré-Forame Incisivo Unilateral Incompleta

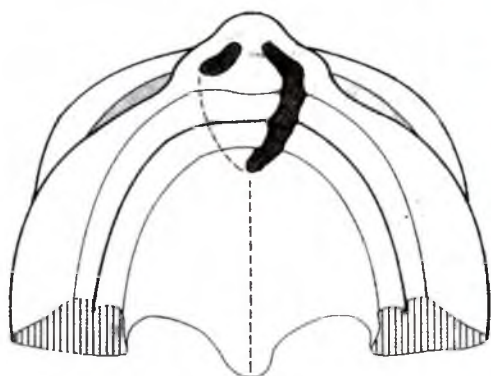


Figura 7: C. Esquema. Fissura Pré-Forame Incisivo Unilateral Completa (Fonte: CARREIRÃO, LESSA, ZANINI, 1996). **D.** Aspecto clínico da Fissura Pré-Forame Incisivo Unilateral Completa

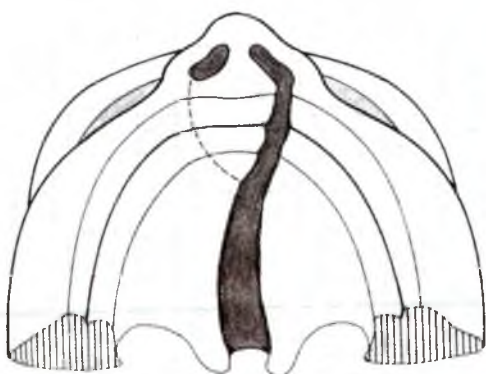


Figura 8: A. Esquema. Fissura Transforame Unilateral (Fonte: CARREIRÃO, LESSA, ZANINI, 1996). **B.** Aspecto clínico da Fissura Transforame Unilateral

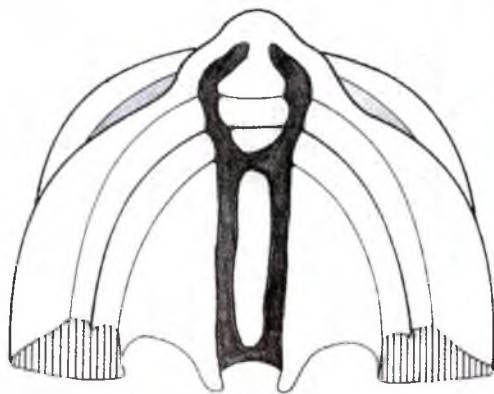


Figura 8: C. Esquema. Fissura Transforame Bilateral (Fonte: CARREIRÃO, LESSA, ZANINI, 1996). D. Aspecto clínico da Fissura Transforame Bilateral

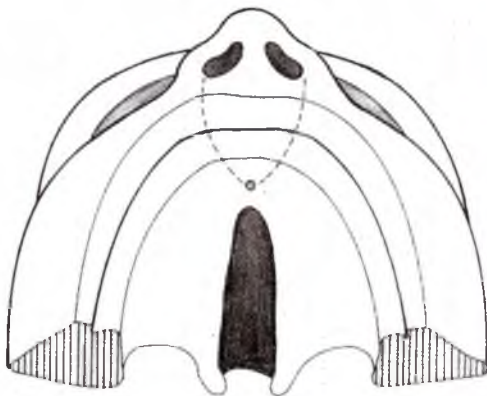


Figura 9: A. Esquema. Fissura Pós-Forame Incompleta (Fonte: CARREIRÃO, LESSA, ZANINI, 1996). B. Aspecto clínico da Fissura Pós-Forame Incompleta



Figura 10: Aspecto clínico de uma Fissura Rara (Transversa)

Existem ainda algumas formas anatomo-clínicas que, embora enquadráveis no sistema de Spina, necessitam de descrição morfológica complementar (MODOLIN, KAMAKURA, CERQUEIRA, 1996): 1) Banda de Simonart: ponte cutânea entre as vertentes labiais; 2) forma cicatricial de Keith: linha cicatricial vertical na pele do lábio, representada pela integridade das faces cutânea e mucosa e interrupção da musculatura labial; é a forma mais tênue da fissura pré-forame incisivo e 3) fissura palatina oculta ou Submucosa: observa-se continuidade do plano mucoso do palato, enquanto os ossos e os músculos mantêm-se numa posição de descontinuidade pela falta de união na linha média.

A prevalência de malformações congênitas labiopalatais foi determinada em 13.249 crianças pertencentes à população escolar de Bauru-SP. Encontrou-se uma prevalência de 1:650 crianças, sendo que as lesões labiopalatais de maior gravidade foram encontradas mais freqüentemente no sexo feminino, sem diferenças significativas entre os grupos branco e negro (NAGEM FILHO, MORAES, ROCHA, 1968).

O aspecto epidemiológico das fissuras labiopalatinas foi revisto e discutido através de suas variações em diversas partes do mundo (CAPELOZZA FILHO et al., 1987):

- existe uma evidente diferença entre as raças branca, amarela e negra, ocorrendo a maior incidência na raça amarela e a menor na negra;
- quanto a influência sazonal na incidência das fissuras labiopalatais, não existem ainda provas contundentes;
- aproximadamente 60% das fissuras ocorrem no sexo masculino. No entanto, as fissuras palatinas têm maior prevalência no sexo feminino e as fissuras de lábio e palato no sexo masculino;
- a maioria das fissuras unilaterais acometem o lado esquerdo do portador, numa proporção aproximada de 2:1;
- não existe uma correlação positiva entre a idade dos pais e a ordem de nascimento da criança com a incidência das fissuras, apesar de ser verificada uma maior freqüência dos primogênitos;

- não é rara a associação de outros defeitos congênitos às fissuras labiopalatais. Esta associação ocorre com maior freqüência à fissura palatina isolada, e as anomalias mais comumente encontradas são o retardo mental e as doenças cardíacas congênitas;
- crianças prematuras (com menos de 2.500g) apresentam uma maior incidência de fissuras.

Num estudo envolvendo todas as crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato nascidas entre 1991 e 1995 em Estocolmo (Suécia), analisou-se a incidência dos diversos tipos de fissura, o sexo, o peso ao nascimento, a idade da mãe e a duração da gravidez. No período estudado, houve 251 nascimentos de crianças fissuradas (incidência de 1/500 nascidos vivos), sendo que 37,5% eram do sexo feminino e 62,5% do sexo masculino. Fissuras unilaterais foram encontradas em 87,6% e as bilaterais em apenas 12,4% dos casos. A média de peso do bebê ao nascimento foi 3352,3g, a média de idade da mãe foi 30,6 anos e a duração média da gestação encontrada foi 39 semanas. Malformações adicionais foram encontradas em 22,3% das crianças, sendo a fissura de palato o tipo mais freqüentemente associado a elas. A média de peso ao nascimento e a duração da gravidez foram significativamente menores em relação às crianças sem malformações (HAGBERG, LARSON, MILERAD, 1997).

As experiências de 20 pais de crianças portadoras de fissuras labiopalatais, com idades entre seis e 11 anos, foram investigadas através de um questionário para levantamento de dados bio-sócio-demográficos. Observou-se que a maioria possuía um filho do sexo masculino portador de fissura labiopalatina; a população atendida provinha do interior do estado ou arredores da capital (65%); na maioria das famílias (65%) não houve outros casos de fissuras labiopalatinas; em geral, as crianças foram o primeiro (35%) ou o segundo filho (25%) da família; as mães foram as que mais responderam à entrevista (85%); a alimentação foi citada como sendo cercada de dificuldades variadas; os problemas de saúde mais citados foram as doenças infantis ou decorrentes da fissura (pulmonares, otológicas, entre outras) e que os primeiros anos de vida foram os mais complexos para os cuidados com a criança. Este estudo sugere maior divulgação das reais condições de desenvolvimento normal do portador de fissura labiopalatina e

conclui que existe a necessidade de interação entre os profissionais e a família da criança, para orientar e esclarecer dúvidas (NUNES, MAGGI, LEVANDOWSKI, 1998).

Analisando 750 prontuários do Serviço de Defeitos da Face da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), relativos ao período compreendido entre agosto de 1987 e dezembro de 1997, verificou-se que dentre todos os tipos de malformação, 84,4% dos pacientes atendidos apresentavam fissuras labiais com ou sem comprometimento do palato e o lado esquerdo foi o mais afetado (59%). A idade média dos pacientes à primeira consulta variou dos zero aos cinco anos (29,3%), sendo que a faixa etária mais incidente foi dos cinco aos 10 anos (32,16%); 55,2% dos pacientes eram provenientes da capital, sendo a raça branca (96,3%) e o sexo masculino (54,6%) os mais afetados (FURLANETO e PRETTO, 2000).

O perfil epidemiológico de 520 crianças portadoras de fissuras labiopalatais operadas no Hospital Joana de Gusmão (HIJG), em Florianópolis - SC, foi estabelecido através de um estudo retrospectivo de janeiro de 1988 a janeiro de 1998. A maioria das crianças era do sexo masculino (56,9%), pertencentes a raça branca (97,8%) e 21,9% tinham antecedentes familiares com fissuras. Em 23% dos casos houve malformações associadas, sendo a mais comum do aparelho digestivo (4,6%). A faixa etária das crianças, quando submetidas à cirurgia do lábio, variou de 29 dias a dois anos (71,5%) e provinham da grande Florianópolis (32,1%) e do Sul do Estado (20,7%). O tipo de fissura mais prevalente foi o transforame incisivo e complicações pós-cirúrgicas no lábio e no palato estiveram presentes em 11,1% e 39,7% dos casos, respectivamente (PEREIRA et al., 2000).

2.1.3 Reabilitação cirúrgica e saúde geral dos bebês fissurados

As etapas cirúrgicas do processo de reabilitação das lesões labiopalatais são determinadas pelo grau de comprometimento da fissura e pela idade do paciente. A primeira intervenção cirúrgica no lábio (queiloplastia) é realizada por

volta dos três meses de idade e no palato (palatoplastia), em média aos 12 meses, desde que as condições de saúde geral do bebê permitam a anestesia geral (HRAC, 1998).

As cirurgias têm duração de aproximadamente 60 minutos e os pacientes permanecem em observação no hospital por 48 horas, após a cirurgia de lábio, e de 48 a 72 horas, após a palatoplastia. As recomendações pós-operatórias incluem dieta líquido-pastosa (oferecida com colher) e remoção da chupeta por um período de 30 dias, sendo, porém, permitida a amamentação natural logo após a cirurgia (HIJG, 2001).

Apesar das eficientes técnicas cirúrgicas da queiloplastia, muitas vezes observam-se retrações cicatriciais que levam à formação de cicatrizes patológicas, que agem como uma cinta muscular sobre a maxila. Para auxiliar na reconstrução estética e funcional do lábio fissurado, técnicas fisioterápicas, tais como massagens, são indicadas a partir do 20º dia pós-operatório. Afecções do trato respiratório são muito comuns em crianças fissuradas devido às alterações anatômicas das cavidades nasal e bucal. Sucção insuficiente, excessiva deglutição de ar, vômitos abundantes, engasgos e tosse aumentam a probabilidade de ocorrer pneumopatias aspirativas e estados de desnutrição que levam à disfunção dos músculos respiratórios nos primeiros anos de vida. Este comprometimento pulmonar, observado em grande número de pacientes, é um obstáculo na indicação da cirurgia, especialmente se houver acúmulo de secreção broncopulmonar e conseqüente dificuldade respiratória. Ainda podem ser observadas alterações no desenvolvimento da comunicação em crianças portadoras de fissuras, tais como atrasos na aquisição da fala e da linguagem, distúrbios articulatorios e distúrbios vocais (hipernasalidade vocal), as quais exigem atuação fonoaudiológica precoce para diagnosticar, orientar e planejar os procedimentos terapêuticos (NELLI et al., 1990).

A ausência de integridade estrutural, presente nestes pacientes, tem grande relevância no desenvolvimento funcional do sistema estomatognático podendo, a ruptura conatural do lábio e palato, acarretar dificuldades para a sucção, deglutição, mastigação, respiração, fonação e audição (CAPELOZZA FILHO e SILVA FILHO, 1992).

A amamentação artificial e as deformidades congênitas, entre elas a fissura palatina, são consideradas fatores predisponentes e precipitantes das otites médias na infância. Quando o lactente é alimentado na posição horizontal, o leite e secreções rinofaríngeas podem escoar, por gravidade, ao orifício da tuba auditiva, favorecendo a obstrução tubárea e a inflamação do ouvido médio. Da mesma forma, a comunicação entre o ouvido e a cavidade bucal, propiciada pela fissura, predispõe a otites (BUTUGAN e BOGAR, 1993).

Bebês portadores de fissura de palato, devido às dificuldades relacionadas com a amamentação, podem ter conseqüências sérias nos primeiros meses de vida, tais como crescimento inadequado, função imunológica comprometida, alteração nas funções orgânicas, atraso na cicatrização da cirurgia reparadora e alterações no comportamento. Necessitam, portanto, de um acompanhamento nutricional adequado e os pais devem ser aconselhados quanto às técnicas de amamentação para que um crescimento normal e um nível nutricional satisfatório sejam alcançados (BRINE et al., 1994).

Freqüentemente as fissuras labiopalatinas produzem alterações no ouvido, sobretudo devido ao mau funcionamento da tuba auditiva, permitindo o aparecimento de inflamação do ouvido médio. A média de incidência de doenças otológicas nos pacientes portadores de fissura é de 60% (PORTINHO e KÓS, 1996).

As fissuras labiopalatais causam impacto tanto na vida dos pacientes como de todos os membros da família. Adicionado ao defeito físico, as crianças possuem risco de ter outros problemas de saúde, incluindo desordens de fala, deficiência de audição, infecções crônicas no ouvido, problemas dentários e ortodônticos, além de desajustes psicológicos. Além disso, aproximadamente 50% dos pacientes com fissuras de lábio e palato têm outras malformações associadas, entre as quais muitas síndromes complexas (MITCHELL e WOOD, 2000).

2.1.4 Anomalias dentárias

O conhecimento insuficiente das anomalias dentárias na área da fenda tende a enfraquecer o prognóstico e reduzir a eficiência de medidas terapêuticas e preventivas adotadas durante o atendimento a pacientes portadores de fissura labiopalatal. Para verificar a prevalência de supranumerários e agenesias na área da fenda, e relacioná-la com os diferentes tipos de fissura, foram examinados 260 pacientes com idade acima de três anos, matriculados no HRAC-USP. Verificou-se que na dentição decídua, os dentes supranumerários são mais freqüentes (32%) que agenesias (5%) e na dentição permanente, a prevalência de agenesias (33%) é maior que a de supranumerários (22%); a ocorrência de supranumerários diminui à medida que aumenta a complexidade da fenda, enquanto as agenesias aumentam nessa mesma ordem (DAMANTE, FREITAS, MORAES, 1973).

A erupção dos dentes decíduos em crianças portadoras de fissuras de lábio e palato foi analisada com o propósito de determinar a sua idade média de erupção, sua simetria entre os lados direito e esquerdo em diferentes grupos de fissura e comparar os achados com crianças não fissuradas. Participaram do estudo 473 crianças, das quais foram obtidos modelos de gesso tomados nas idades de dois e seis meses e 18 e 24 meses. A média de erupção dos dentes decíduos não pôde ser calculada devido a distribuição desigual das idades entre os grupos estudados. Não foi encontrada diferença significativa na idade de erupção dos dentes nos vários tipos de fissura e entre crianças fissuradas e não fissuradas. O atraso na formação dos dentes permanentes em crianças fissuradas sugere que o desenvolvimento dos dentes decíduos é menos afetado pelos fatores etiológicos associados às fissuras e que as intervenções cirúrgicas realizadas na área da fenda durante o desenvolvimento da dentadura decídua têm pouco efeito sobre a erupção destes dentes. A erupção dos dentes decíduos em crianças fissuradas parece ser menos afetada que a dentição permanente e uma nítida erupção assimétrica pode ser evidenciada naqueles pacientes portadores de fissura de lábio e palato unilateral, quando comparados os lados esquerdo e direito (PÖYRY e RANTA, 1985).

Em uma importante revista da literatura publicada em 1986 sobre a formação dos dentes em crianças com fissuras de lábio e palato, foi discutida a associação entre os tipos de fissuras e as anormalidades dentais de número, tamanho, forma, bem como a erupção dos dentes. O incisivo lateral superior foi o dente mais suscetível às injúrias na área da fissura, tanto na dentição decídua como na permanente, e encontrado com mais freqüência na distal da fenda. Na dentição decídua é mais freqüente como supranumerário, enquanto que na dentição permanente a ausência de seu germe é mais prevalente. O tratamento cirúrgico na área da fissura, durante o período de formação dos tecidos duros dos dentes permanentes, têm pouca influencia no desenvolvimento de distúrbios dentários. A prevalência de hipodontia aumenta fortemente com a severidade da fissura, sendo mais freqüente na dentição permanente. Embora um atraso na formação de todos os dentes permanentes em crianças fissuradas já esteja estabelecido, parece não haver diferença significativa na dentição decídua. Em relação á hipoplasia de esmalte, observou-se uma alta prevalência nos incisivos de pacientes com fissuras de lábio e palato, tanto na dentição decídua como na permanente, quando comparados aos pacientes não fissurados (RANTA, 1986).

A prevalência de anormalidades dentárias (forma, número e posição) em incisivos superiores decíduos e permanentes de crianças portadoras de fissuras unilaterais e bilaterais completas foi analisada através de exame clínico, radiográfico e estudo de modelos de 77 pacientes com idades entre três e 16 anos. A prevalência de incisivos laterais permanentes congenitamente ausentes na região da fissura foi de 42%, sendo que em 10% dos casos os incisivos laterais estiveram ausentes em ambas as dentições. A prevalência de incisivos laterais supranumerários foi maior na dentição permanente (22%), em relação à dentição decídua (19%). Em 36% das crianças, o incisivo lateral permanente ao lado da fissura apresentou-se com algum tipo de defeito na forma ou tamanho e em 9% esta malformação foi encontrada no lado oposto ao da fissura (normal), tornando estes dentes mais suscetíveis às cáries. A ausência congênita do incisivo lateral decíduo foi associada com a ausência congênita do dente permanente sucessor. Entretanto, a presença do incisivo lateral decíduo ao lado da fissura pode estar associada com a ausência congênita do incisivo lateral permanente. Salientou-se ainda que a presença de um incisivo lateral decíduo

supranumerário não está necessariamente relacionada à presença de um dente supranumerário na dentição permanente. Concluiu-se que quanto mais precoce o diagnóstico das anormalidades dentárias na dentição decídua, maior a probabilidade de sucesso no tratamento odontológico (VICHI e FRANCHI, 1995).

Em 1996 foi realizada uma pesquisa envolvendo 692 pacientes com fissura de lábio e palato unilateral completa e 327 pacientes portadores de fissura bilateral completa, com o propósito de avaliar a prevalência de dentes natais e neonatais. Todos os pacientes tinham menos de três meses de idade e não haviam sido submetidos a nenhuma cirurgia reparadora. A prevalência encontrada neste estudo foi de 2% para o grupo de pacientes com fissura labiopalatal unilateral completa (42% no sexo masculino e 57% no feminino) e 10% para o grupo com fissura labiopalatal bilateral completa (72% no sexo masculino e 27% no feminino). Em 100% dos pacientes portadores de fissura labiopalatal unilateral completa e em 76% dos pacientes com fissura labiopalatal bilateral completa os dentes natais e neonatais estavam localizados na região da maxila. Concluiu-se que a prevalência de dentes natais e neonatais é maior em pacientes portadores de fissura em relação àqueles não fissurados (ALMEIDA e GOMIDE, 1996).

A união incompleta dos processos embrionários, provocando o deslocamento do germe do dente, e o tratamento cirúrgico corretivo em pacientes fissurados são fatores citados na literatura para o aparecimento de dentes no interior da cavidade nasal. Uma variedade de sinais e sintomas tem sido descrita, incluindo obstrução nasal, epistaxe recorrente, rinite caseosa, fístula oronasal, cefaléia, dor facial e secreção nasal. O diagnóstico de dentes na cavidade nasal pode ser feito através de exame clínico e radiográfico (YEUNG e LEE, 1996).

Para avaliar a prevalência de anomalias dentárias de forma, número e posição na dentadura decídua em portadores de fissura labiopalatal, foram examinados 128 pacientes de ambos os sexos, entre três e seis anos, dos quais 99 eram portadores de fissura transforame incisivo bilateral (TIB) e 29 transforame incisivo unilateral (TIU). Os portadores de fissura TIU apresentaram prevalência de 28% de agenesia, 19% de supranumerário, 31% de alteração de forma e 49,5% de alteração de posição, na dentadura decídua. Os portadores de

fissura TIB, demonstraram prevalência de 52% de agenesia, 31% de supranumerário, 28% de alteração de forma e 28% de alteração de posição. As alterações de forma, número e posição da dentadura decídua ocorreram de maneira semelhante entre os sexos e houve associação positiva entre a ocorrência de agenesia e as fissuras TIB e entre a ocorrência de alteração de posição dentária e as fissuras TIU (RUIZ, 1997).

A ocorrência de dentes no interior da cavidade nasal é um fenômeno raro e sua etiologia permanece obscura. No entanto, algumas teorias associam o deslocamento do dente a trauma, osteomielite, cistos e carcinoma espinocelular. Para determinar a prevalência de erupção ectópica de dentes no interior das fossas nasais, foram examinados 2310 prontuários de pacientes entre cinco e 10 anos matriculados no HRAC-USP. Foi demonstrado que 0,6% das crianças com fissura de lábio e palato bilateral e 0,4% daquelas com fissura de lábio e palato unilateral apresentavam dentes no interior da cavidade nasal, sendo a prevalência total de 0,48% e acometendo mais comumente o sexo feminino (MEDEIROS et al., 2000).

Com o intuito de verificar se os dentes natais/neonatais extraídos rotineiramente fazem parte da dentição decídua normal ou se são supranumerários, foram examinadas crianças entre três e seis anos, divididas em dois grupos: 55 crianças portadoras de fissura labiopalatal unilateral e bilateral com história de dentes natais e neonatais extraídos (grupo I) e 54 crianças com fissura de lábio e palato unilateral e bilateral sem história de dentes natais e neonatais (grupo II). Foram analisados incisivos laterais decíduos ausentes na mesial, na distal ou em ambos os lados da fissura, assim como dentes supranumerários localizados na mesma região, quando estivesse presente o incisivo lateral decíduo. A ausência do incisivo lateral decíduo na região da fissura foi a anomalia mais prevalente nas crianças com história de dentes natais/neonatais, em 52% nas fissuras completas unilaterais e em 62% nas fissuras completas bilaterais (grupo I). A dentição decídua completa foi observada em 50% das crianças com fissuras unilaterais e em 40% das crianças com fissuras completas bilaterais de lábio e palato sem história de dentes natais/neonatais (grupo II). A região do incisivo lateral superior foi a localização mais prevalente dos dentes natais/neonatais (88% em fissuras unilaterais e em

96% das fissuras bilaterais). Apesar de não ter sido encontrada associação estatística positiva entre os grupos com e sem dentes natais/neonatais e a presença de supranumerário ou ausência do incisivo lateral, sugeriu-se que alguns dentes extraídos precocemente nos pacientes fissurados possam ser incisivos laterais decíduos (CABETE, GOMIDE, COSTA, 2000).

2.2 Implicações psicológicas do nascimento de um bebê fissurado

O nascimento de uma criança congenitamente deformada é sentido pela mãe como uma perda lastimável e a duração, profundidade e natureza deste impacto influencia significativamente nos cuidados com o filho. Há um estado de forte aflição pela perda do bebê perfeito criado na imaginação e o nascimento de uma criança deformada, símbolo de sua incompetência como mãe. Considerando-se vários fatores, tais como tristeza, preocupação e solidão em ter um filho defeituoso e também as próprias experiências frustrantes do bebê ao se alimentar, concluiu-se que esses fatores podem modificar a interação mãe-filho no início do relacionamento e que os pais de bebês portadores de fissuras labiopalatais necessitam de amparo profissional desde o início do período pós-parto, para receber conselhos práticos, orientações sobre alimentação, fala e facilidades comunitárias, além de compreensão e incentivo. O bebê portador de fissura labial cria um trauma mais imediato aos pais do que aquele portador apenas da fissura palatina. Mesmo após a queiloplastia, as mães ficam inconformadas em expor seu filho com a “deformidade” no lábio, enquanto que bebês portadores apenas de fissura palatina aparentam normalidade. No entanto, o “defeito escondido” torna-se gradualmente óbvio com as dificuldades de alimentação, vocalização deficiente e atraso na fala (TISZA e GUMPERTZ, 1962).

Após o nascimento do bebê fissurado, sentimentos como mágoa, desapontamento, incapacidade, choque e até histeria, podem ser experimentados pelas mães. O nascimento de uma criança com fissura de lábio e palato gera um impacto maior para a mãe do que aquela com apenas fissura de palato,

salientando-se a importância de oferecer informações francas e explicações aos pais logo após o nascimento (SLUTSKY, 1969).

Algumas etapas das reações dos pais quando do diagnóstico de malformações de seu filho, são citadas por Drotar et al. (1975):

- a) *choque ou etapa de comoção*: sentimentos de tristeza, desamparo, impotência e ânsia por fugir; explicações absurdas para o acontecimento; condutas irracionais;
- b) *negação do fato*: tentar não admitir que o filho apresenta uma anomalia, ou amenizar a notícia. Desejam se libertar desta situação ou renegar seu impacto;
- c) *tristeza, cólera e dúvidas quanto ao apego ao filho*: sentimentos de profunda tristeza e raiva; rechaço em relação ao filho;
- d) *equilíbrio*: atenuam-se gradualmente a ansiedade e as intensas reações emocionais;
- e) *reorganização*: os pais encaram a responsabilidade pelos problemas da gestação e do filho.

A aparência física dos bebês é um importante preditor da qualidade das interações entre mãe e filho, segundo um estudo envolvendo mães de bebês portadores de deformidades craniofaciais. As mães não olham seus filhos numa posição face a face como normalmente as mães de crianças não fissuradas o fazem (BARDEN et al., 1989).

A criança portadora de fissura necessita de auxílio, semelhante ao de qualquer outra criança e, portanto, não deve ser subestimada. Porém, não deve ser superprotegida, escondida (pela condição estética afetada) e tampouco colocada em evidência pelo seu defeito, para evitar marcá-la negativamente com dependência, insegurança e inferioridade (NELLI et al., 1990).

A orientação aos pais sobre as fissuras labiopalatais é primordial, pois estes passam a aceitar o seu filho de forma mais realista e evitam desvios no comportamento no sentido de rejeição ou de superproteção (MARQUES e MARTINELLI, 1992).

A ultra-sonografia feita durante a gravidez pode determinar, além da idade gestacional, posição do feto e da placenta e sexo do bebê, várias anomalias congênitas, dentre as quais a fissura de lábio e/ou palato. O primeiro caso citado na literatura de diagnóstico pré-natal de fissura de lábio e palato foi publicado no Texas, em 1981 (CHRIST e MEININGER, 1981).

Desde então, comprovou-se que as fissuras faciais podem ser diagnosticadas através da ultra-sonografia realizada no período pré-natal, a partir da 16ª semana de vida intra-uterina (BENACERRAF e MULLIKEN, 1993).

O nascimento de uma criança fissurada compromete aspectos funcionais e estéticos mas, principalmente, gera nos pais uma série de situações que serão elaboradas de forma mais ou menos competente de acordo a estrutura familiar. O estresse vivido tende a atenuar-se com o tempo e a ser minorado com o tratamento reabilitador que se inicia. Portanto, o apoio e o aconselhamento de pessoal especializado são de extrema importância (AMARAL, 1996).

Num estudo envolvendo a população do Instituto de Reabilitação Crânio Facial, em Campinas - SP, foram entrevistados 20 casais que possuíssem um filho de até três meses de idade, portador de deformidade crânio facial congênita. Observou-se que o nascimento de um filho deformado exerceu maior impacto sobre as mães do que sobre os pais e as causas das deformidades mais freqüentemente destacados pelos pais foram as crenças supersticiosas. Saliou-se a necessidade de apoio e informações adequadas, as quais podem facilitar a aceitação e possibilitar aos pais a ajuda aos seus filhos no difícil e longo processo de reabilitação (AMARAL e MAGNA, 1999).

O relacionamento entre mães e bebês fissurados foi pesquisado num grupo de 107 bebês e suas mães, sendo 22 deles portadores de fissura palatina (FP), 24 portadores de fissura de lábio e palato (FLP) e 61 não afetados (controle). A avaliação foi realizada aos 12 e aos 24 meses e os resultados comparados entre si. Constatou-se que o grupo FP apresentou maior índice de insegurança aos 12 meses, relacionado à demora no reparo cirúrgico (não realizada antes do primeiro ano de vida), aos problemas médicos e à dificuldade na amamentação. Aos 24 meses não houve diferença estatística significativa entre os grupos estudados.

Concluiu-se que bebês fissurados passam por diversas situações estressantes durante os dois primeiros anos de vida, as quais incluem: reparo cirúrgico (acarretando separação dos pais e hospitalização), infecções de ouvido, visitas ao médico entre outras complicações (MARIS et al., 2000).

A preocupação com o impacto emocional dos pais frente ao diagnóstico intra-uterino das fissuras labiopalatais foi demonstrada através de um questionário enviado a 90 pais de bebês portadores de fissuras. Constatou-se que 85% deles sentiram-se preparados psicologicamente para o nascimento do bebê fissurado; 89% disseram estar contentes pelo diagnóstico e apenas 11% preferiam não ter sabido do resultado do exame. O diagnóstico positivo foi feito em 27 (30%) bebês, sendo que foram diagnosticadas 38% de todas as fissuras de lábio e apenas 8% das fissuras de palato. A maioria dos diagnósticos foi realizada entre a 19ª e a 21ª semana de gestação e o aconselhamento pré-natal efetuado num período de duas semanas após o diagnóstico. Para 92% dos pais que receberam o aconselhamento pré e/ou pós-natal, as informações foram detalhadas e satisfatórias. Das pacientes que receberam diagnóstico positivo no ultra-som apenas três interromperam a gravidez, sendo que em dois casos foram confirmadas outras malformações associadas. Concluiu-se que esforços devem ser feitos para aumentar a sensibilidade e a especificidade do exame de ultra-som e que, reforçado pelo aconselhamento, o diagnóstico pré-natal melhora o aspecto psicossocial que envolve a fissura e possibilita uma experiência positiva para o bebê (DAVALBHACTA e HALL, 2000).

2.3 Alimentação nos primeiros anos de vida

Os bebês portadores de fissura de palato apresentam dificuldades durante a amamentação, as quais incluem sucção insuficiente, deglutição excessiva de ar, tosse e engasgo, refluxo nasal, aspiração e ingestão de quantidades inadequadas de leite, longo tempo requerido para a amamentação, além de fome e irritabilidade (PARADISE e McWILLIAMS, 1974).

Crianças portadoras de fissura labiopalatal apresentam algumas dificuldades alimentares, entre as quais, sucção insuficiente, entrada excessiva de ar durante as mamadas (ocasionando cólicas) e engasgos freqüentes ao ingerir líquidos e alimentos muito secos. Observa-se ainda irritação do nariz ao ingerir alimentos muito ácidos, temperados ou bebidas gaseificadas, dificuldade em ingerir alimentos mais pastosos e viscosos, além do medo das mães em alimentar estas crianças. A quantidade e a qualidade dos alimentos oferecidos no pós-operatório das cirurgias de reabilitação não é modificada, no entanto deve-se alterar sua forma de apresentação e a técnica de oferecimento. A alimentação é feita através de copo ou colher, evitando-se a utilização da mamadeira, para que não haja esforço na região operada, seja lábio ou palato. Tudo o que a criança estava habituada a comer continuará a ser oferecido, desde que seja líquido ou batido no liquidificador e passado por uma peneira (MARQUES e MARTINELLI, 1992).

Para avaliar os métodos de alimentação de crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato, foram enviados questionários para a residência de 25 mães, dois meses após o nascimento do bebê. Das mães que participaram do estudo, 12 tentaram amamentar seus bebês e não tiveram sucesso, sendo que a maioria relatou ter dificuldades em alimentá-los. Aproximadamente 50% delas trocaram o método de amamentação que estavam utilizando, 25% relataram problemas quanto a quantidade de leite ingerido pela criança e 33% não havia estabelecido um regime regular de alimentação. Quase todas as mães demonstraram-se insatisfeitas com as informações que haviam recebido na maternidade e com as informações adicionais recebidas após a saída do hospital (TRENOUTH e CAMPBELL, 1996).

Bebês portadores de fissuras necessitam ganhar peso para estarem em condições físicas de se submeterem às cirurgias reparadoras. Há necessidade de ingestão de açúcar juntamente com outros compostos de alto valor calórico, como o Mucilon[®]. Existem no mercado compostos a base de polímeros de glicose que, além de não serem cariogênicos, são insípidos, não acostumando o bebê ao sabor doce. No entanto, são caros e inacessíveis para a maior parte da população (DALBEN, 2000).

* Mucilon[®] – cereal infantil à base de farinha (milho ou arroz)

2.3.1 Aleitamento natural

A prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato foi estudada em um grupo de 105 mães matriculadas no HRAC-USP. O estudo mostrou que o aleitamento materno exclusivo era realizado apenas por 7% das crianças, frente a 79% que realizavam o aleitamento artificial, sendo que 96% destas últimas, encontravam-se com idade igual e superior a um mês. Do total de crianças, 18% nunca receberam leite materno. Relacionando o tipo de aleitamento com o tipo de fissura, percebeu-se que as crianças portadoras de fissuras pré-forame incisivo eram as únicas que estavam sendo amamentadas exclusivamente no peito no momento da entrevista. Aquelas com fissura pós-forame incisivo encontravam-se com aleitamento misto (materno + artificial) e as crianças com fissura transforame, embora recebessem leite materno, com ou sem complementação de outro leite, não estavam sugando no peito. Para 42% das mães, as crianças sugavam bem na posição tradicional e 13% não referiram posições preferidas, ou seja, as crianças sugavam bem em qualquer posição. Verificou-se que 81% estavam desmamadas até o primeiro mês, 89% até o segundo e 92% até o terceiro mês de vida, considerando todas as crianças que receberam leite materno de alguma forma. Os motivos mais alegados para a introdução da mamadeira estavam relacionados à criança (50%) e à mãe (37%), sendo que em 77% das crianças, a mamadeira foi introduzida na primeira semana. Concluiu-se que a malformação labiopalatal interfere no aleitamento materno, antecipando o processo de desmame, e que quanto mais complexo é o tipo de fissura, mais precoce é o desmame (THOMÉ, 1990).

Via de regra, o lactente portador de fissura pré-forame incisivo (fenda labial) não encontra dificuldade para alimentar-se, pois a fenda consegue adaptar-se ao peito. Na presença de fissura pós-forame incisivo (fenda palatina) ou transforame incisivo unilateral ou bilateral, o sucesso do aleitamento natural depende da capacidade da criança para criar o vácuo necessário, assim como da paciência e perseverança materna. Salienta-se ainda que a técnica para alimentar o bebê fissurado não difere muito daquela adotada para os recém-nascidos sem fissuras. A criança deve ser colocada o mais vertical possível; o mamilo e a

auréola devem ser introduzidos na boca tendo cuidado para não deixar a mama encostar no nariz do bebê. Se for necessário interromper a mamada, deve-se colocar o dedo mínimo da mãe no canto da boca e pressionar suavemente, evitando assim a deglutição de ar. Se a sucção não for eficiente e a criança passar a ganhar peso insuficiente ou a perder peso, utiliza-se leite materno ordenhado e oferecido através de uma colher nos intervalos das mamadas. Caso o leite ordenhado seja insuficiente, passa-se a complementá-lo com leite de vaca ou industrializado (MARQUES e MARTINELLI, 1992).

A amamentação, imediatamente após a correção cirúrgica do lábio e do palato, não interfere no processo de cicatrização, não aumenta os riscos de complicações e é segura, segundo um estudo realizado com 80 bebês portadores de fissura de lábio e/ou palato com idades entre quatro dias e 12 meses. Enfatizou-se ainda que além dos benefícios imunológicos e nutricionais, o elo estabelecido entre mãe – filho ajuda na superação do nascimento da criança malformada (COHEN, 1997).

É possível amamentar a criança no peito seis horas após a cirurgia plástica reconstrutiva, pois a sucção realizada pelo bebê melhora o tônus muscular do lábio e beneficia a cicatrização (NELLI, 1999).

Bebês portadores de fissuras labiopalatais têm necessidades nutricionais específicas para a realização das cirurgias, tais como ganho de peso, sendo a ingestão de açúcar o meio mais utilizado, e prevenção da ocorrência da anemia fisiológica, para a qual é recomendada a ingestão de sucos de frutas, principalmente frutas cítricas, pois a vitamina C nelas contida auxilia na fixação do ferro (ARENA, 1999).

O posicionamento da criança no colo da mãe durante o aleitamento natural ou artificial deve ser feito mantendo-se o bebê na posição mais sentada possível e com a mamadeira inclinada cerca de 45°. Após as mamadas, o bebê deve ser colocado no berço em decúbito lateral para prevenir o risco de aspiração em caso de regurgitamento. Estes cuidados especiais devem-se às características da fissura e ao posicionamento da tuba auditiva (ainda bastante horizontalizada nos

primeiros anos de vida), facilitando a penetração de leite e dando origem a otites recorrentes (DALBEN, 2000).

2.3.2 Aleitamento artificial

Os bebês portadores de fissuras labiopalatais podem apresentar dificuldades em se alimentar, devido a incapacidade de gerar pressão negativa intrabucal adequadas para a sucção. Para tanto, foi sugerido um método simplificado para o aleitamento artificial, dispensando o uso de aparelhos obturadores ou de bicos especiais. O método consiste em utilizar um bico tradicional, o qual é modificado através de um corte em cruz feito a partir do furo central já preexistente, utilizando uma lâmina de bisturi estéril. A extensão do corte deve estar entre 0,5 a 1cm para permitir adequada ejeção de leite na cavidade bucal, proporcionando um mínimo de esforço ou pressão para o bebê. Durante a amamentação, a mamadeira deve estar ligeiramente erguida para evitar a sucção de ar e a criança mantida numa posição sentada. As vantagens do método incluem baixo custo, satisfação da sucção para o bebê, redução da regurgitação nasal e aspiração de leite, além de satisfação emocional para a mãe (PASHAYAN e McNAB, 1979).

O tempo de mamada leva em torno de 30 a 40 minutos já que a malformação labiopalatal exige que a criança execute um esforço maior, provocando cansaço e paradas para descanso. Deve-se evitar a retirada freqüente do bico da mamadeira da boca da criança para minimizar a ingestão excessiva de ar. O lado da fissura deve ser estimulado para exercitar a musculatura afetada. Finalizando, recomenda-se que após cada mamada a criança seja colocada em decúbito lateral ou ventral, diminuindo assim o risco de asfixia, aspiração e broncopneumonia aspirativa, pois poderá haver refluxo, pela narina, de parte do leite ingerido (BACHEGA et al, 1983).

Baseados no fato de que a sucção é um reflexo que deve ser estimulado na criança portadora de fissura, recomenda-se a utilização da mamadeira com bico ortodôntico nos casos em que o aleitamento natural não seja possível. O furo

do bico não deve ultrapassar 1mm de diâmetro para evitar engasgo e regurgitação e deve permanecer sempre cheio de leite para não ocasionar a ingestão excessiva de ar, problema bastante freqüente enfrentado pela criança. Salieta-se ainda a importância da higiene buco-nasal com cotonetes embebidos em água fervida, devido ao grande acúmulo de secreções nessa região (BACHEGA, THOMÉ, CAPELOZZA FILHO, 1985).

Pode-se recomendar o uso de placas acrílicas ortopédicas e bicos especiais para que os bebês com fissura de lábio e palato tenham a amamentação facilitada. Para investigar a influência dessas placas ortopédicas precoces e dos bicos de mamadeira durante a ação da sucção, mediu-se a pressão negativa intra-oral formada durante a amamentação. Participaram do estudo 28 bebês entre uma semana e 12 meses de idade, sendo que sete tinham fissura de lábio e palato, oito fissura de palato, dois fissura de lábio, quatro haviam sido operados do lábio e do palato e sete não eram portadores de fissura. Foram testados dois bicos (Regular NUK[®] e Cleft NUK^{®†}), os quais eram acoplados a uma mamadeira. Um tradutor de pressão, contendo escala de mercúrio, foi conectado á mamadeira e ao bico através de um catéter de polietileno. Os bebês com fissura de lábio e palato ou apenas fissura de palato não conseguiram gerar nenhuma pressão negativa intra-bucal (pressão=0), independente do uso da placa e do tipo de bico testado. Bebês com fissura de lábio unilateral e bebês com fissura de lábio e palato operados conseguiram gerar pressão negativa (88mmHg e 109mmHg, respectivamente) comparados com os bebês normais (93mmHg), sendo que o pico maior de pressão foi verificado com o bico Regular NUK[®]. Concluiu-se que os bebês com fissura de lábio e palato e apenas fissura de palato são incapazes de gerar pressão negativa intra-bucal, mesmo com a utilização da placa, pois aparentemente esta é incapaz de selar o alvéolo, o palato e a velofaringe. Bebês com fissura apenas de lábio conseguem selar a fissura com o bico, gerando pressão negativa. O tipo de bico que melhor favoreceu a sucção foi o Regular NUK[®] por permitir mais movimentos fisiológicos da língua e do lábio (CHOI et al., 1991).

[†] Cleft NUK[®] – bicos ortodônticos para fissurados produzidos pela NUK[®]. Podem ser encontrados em duas versões: bicos para fissura labial e bicos para fissura palatina.

A mamadeira deve ser utilizada quando todas as alternativas para se estabelecer o aleitamento natural tiverem se esgotado, pois a introdução da mesma é uma das causas freqüentes do desmame precoce. Recomenda-se que a criança seja colocada sentada no colo, sendo feita a higiene buco-nasal antes e após cada mamada, utilizando-se um cotonete embebido em água fervida e esfriada. O orifício do bico ortodôntico deve ter 1mm de diâmetro e não deve ser aumentado, pois o estímulo à sucção é importante para o desenvolvimento dos músculos da face (MARQUES e MARTINELLI, 1992).

As características da utilização de açúcar através da mamadeira, bem como o padrão de aleitamento e sua relação com o momento da criança dormir, a idade em meses e o veículo envolvido no primeiro contato com o açúcar, foram avaliadas em 180 crianças entre 0 e 36 meses. Estas crianças foram divididas em seis grupos de 30 bebês cada e avaliadas através de um questionário respondido pela mãe ou adulto responsável. No grupo de zero a seis meses de idade, o aleitamento materno exclusivo foi mais expressivo, estando presente em 66% das crianças, a partir dessa idade o aleitamento artificial passou a ter um envolvimento grande com o número de crianças. Das crianças que realizavam aleitamento artificial, 16% utilizavam a mamadeira pelo menos uma hora antes do momento em que dormiam, 26 crianças (19%) realizavam antes, 69 crianças (51%) utilizavam aleitamento artificial no momento e 15 crianças (11%) dormiam com a mamadeira e mamavam quando queriam. Em relação ao primeiro contato com o açúcar, observou-se que, antes de completar um mês de idade, 61% das crianças já haviam entrado em contato com o açúcar, sendo o chá com açúcar o mais citado (65%). Quanto ao conteúdo das mamadeiras, o leite "in natura" foi o mais citado (61%), seguido pelo chá (46%), suco de frutas (23%), café com leite (14%), refrescos artificiais (14%), refrigerantes (13%), leite industrializado (11%) e outros alimentos (4%). Concluiu-se neste estudo que a freqüência de consumo de açúcar em crianças de até 36 meses é alta e ressaltou-se a necessidade de inserir programas de prevenção odontológica em fases precoces da vida (FRAIZ, 1993).

Através de exame intrabucal e análise de um questionário, foram avaliadas 60 crianças entre seis e 36 meses que participavam de um programa de assistência pediátrica. O objetivo foi evidenciar e analisar a prática e os hábitos

alimentares das crianças, considerando a ocorrência de cárie e variáveis sócio-econômicas e culturais. Verificou-se que 35% das crianças apresentavam lesões de cárie, 30% ainda faziam o aleitamento natural, o desmame ocorreu entre o 5^o e 6^o mês de vida e 50% das crianças faziam uso de mamadeira. Quanto ao conteúdo das mamadeiras, foi freqüente o uso de leite formulado com açúcar (36%), farináceos (56%), achocolatados (40%) e leite bovino com açúcar (36%). Em relação ao aconselhamento dietético prescrito pelos pediatras, 70% seguiam a orientação e apenas 18% não tiveram contato com refrigerantes. Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre a preferência alimentar das crianças por doces e a prevalência de cárie (FRIZZO, BEZERRA, TOLEDO, 1998).

Os reflexos de sucção e deglutição, vitais nos primeiros meses de vida do recém-nascido e do lactente, são um dos responsáveis pelos atos de sugar e engolir. A ação de outro reflexo normal, o reflexo de extrusão, faz com que alimentos sólidos ou semi-sólidos colocados na boca do bebê sejam normalmente rejeitados com vigor. Somente a partir dos quatro ou seis meses, quando este reflexo desaparece e quando ocorre a maturação das funções de sucção e deglutição, estes alimentos podem ser oferecidos, assim como sua oferta através de copos e colheres (FERREIRA e OSMO, 1998).

O padrão de amamentação e utilização do açúcar, assim como os tipos de alimentos presentes na dieta de bebês portadores de fissuras labiopalatais, foram avaliados através um questionário aplicado a 200 acompanhantes de crianças entre seis e 18 meses. Os resultados apontam que 81% dos bebês avaliados nunca foram amamentados no peito, 9% dos que tiveram amamentação natural deixaram de fazê-la no primeiro mês de vida e para 78% das mães, as razões que levaram a seu abandono foi a incapacidade de sucção do bebê, seguida de orientação do médico (6%) e falta de leite (4%). Para 80% das crianças, a mamadeira foi oferecida na primeira semana de vida, sendo que a introdução do açúcar também ocorreu nesse período. O aleitamento materno foi possível para 84% das crianças com fissura labial isolada, comparado a 14% dos bebês com fissura palatina. Em relação aos tipos de alimentos mais oferecidos aos bebês na mamadeira, citou-se o suco natural adocicado (68%), leite fresco adocicado (52%), refrigerante (50%), chá adocicado (45%), Mucilon com açúcar (37%) e leite

em pó adoçado (11%). Concluiu-se que o padrão nutricional de crianças fissuradas é altamente cariogênico, ressaltando a necessidade urgente do desenvolvimento de programas preventivos alicerçados na educação dos pais em relação à dieta e à manutenção da higiene bucal adequada (DALBEN, 2000).

As informações que os pais querem saber imediatamente após o nascimento do bebê e como estas informações estão sendo passadas pelos agentes de saúde durante as consultas foram determinadas através de um questionário enviado a 40 pais de crianças portadoras de fissuras labiopalatais. Os resultados mostraram que a maioria das informações foram passadas pelos médicos (81%) e em menor proporção por enfermeiros. Para 97% dos pais, as dúvidas mais importantes estavam relacionadas à forma e ao método de amamentação e à utilização de mamadeiras. Entretanto, apenas 60% dos pais lembravam ter sido informados sobre as dificuldades de alimentar seus filhos. Ressaltar os aspectos de normalidade do bebê foi importante para a grande maioria dos pais (95%), fissura de lábio e palato foi a terminologia mais aceita (84%) para se referir à malformação e 86% deles gostaria de que os médicos abordassem a questão da “culpa” pelo nascimento do bebê. Concluiu-se neste estudo que durante os primeiros dias de vida, os pais querem apenas informações básicas e salientaram-se os tópicos a serem discutidos durante as consultas: utilizar o termo fissura de lábio e/ou palato, ao invés de termos leigos; discutir as dificuldades e demonstrar as técnicas de amamentação; ressaltar os aspectos de normalidade durante o exame físico; explicar que os pais não tem culpa do filho ter nascido fissurado; tranquilizá-los quanto ao fato da criança não estar sentindo dor; explicar que engasgos e obstrução das vias aéreas são acontecimentos comuns e adiar as informações mais específicas para um momento mais tardio e oportuno (YOUNG et al., 2001).

2.4 A doença cárie

Em 1964 surgiu um dos primeiros estudos envolvendo cárie dentária em crianças portadoras de fissuras labiopalatais, que teve como objetivo comparar os índices de cárie de crianças portadoras de fissuras (grupo teste) e crianças não

portadoras de fissura (grupo controle), num total de 285 e com média de idade de 8 ½ anos. As fissuras incluídas na pesquisa foram: submucosas, fissuras isoladas, bilateral, unilateral direita e esquerda. A maioria dos indivíduos era operado do palato e apresentava, em média, 21,2 dentes ao exame clínico. Não houve diferença significativa entre os dois grupos, com CPO-D= 8,01 no grupo teste e 7,45 no grupo controle, e o tipo de fissura não influenciou a distribuição de cárie entre os arcos dentários. A deformidade, a postura da língua alterada, dentes mal posicionados e aparelhos terapêuticos ocasionais não alteraram significativamente a experiência de cárie das crianças estudadas (LAUTERSTEIN e MENDELSON, 1964).

As condições dentárias de pacientes portadores de fissuras labiopalatais foram determinadas num estudo radiográfico em 29 pacientes com idades variando entre três e cinco anos. Verificou-se que 45% dos dentes estavam hígidos, 34% cariados, 5% perdidos, 8% obturados, 6% extraídos e 1% congenitamente ausentes. Analisando apenas os dentes anteriores encontrou-se 110 presentes, sendo que 30% estavam hígidos, 41% cariados, 19% perdidos, 1% obturados, 5% extraídos e 5% ausentes por problemas congênitos. Foi relatada a precariedade da saúde dental, principalmente dos dentes adjacentes à fenda, atribuída ao baixo nível sócio-econômico dos pacientes e o desconhecimento, quase total, da higiene bucal (ABDO et al., 1975).

Os *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) e *Streptococcus sanguis* (*S. sanguis*) raramente são encontrados em crianças edentadas, pois necessitam de superfícies duras para sua colonização. No entanto, bebês edentados portadores de fissura que utilizam obturadores de acrílico apresentam estreptococos do grupo mutans na boca (BERKOWITZ, JORDAN, WHITE, 1975).

Ainda na década de 70, foi instituído um programa de odontologia preventiva em crianças portadoras de fissuras labiopalatais portadoras de dentadura decídua em Glasgow (Escócia). Participaram do grupo teste 57 crianças de três a cinco anos de idade (média de 5,08) e do grupo controle 34 crianças com média de idade de 4,7 anos. O programa instituído às crianças do grupo teste consistiu de aconselhamento da dieta e instruções de higiene bucal, terapia com flúor e selamento de fissuras oclusais. A participação da família era

essencial para o êxito do programa, no qual eram oferecidas, mensalmente, informações sobre os cuidados com os dentes. Após o acompanhamento de três anos, o programa demonstrou diferenças estatisticamente significantes nos índices ceo-s nos grupos teste e controle (1,44 e 13,5, respectivamente), apesar da difícil aceitação do aconselhamento dietético e da irregularidade da administração do flúor. Quando a porcentagem de crianças com índice ceo-d igual a zero foi computada, o grupo teste exibiu 74% de crianças nesta categoria, frente a nenhuma criança do grupo controle. Verificou-se que a relativa facilidade e baixo custo do programa desenvolvido, associado aos benefícios para os pacientes, permite sua continuidade (STEPHEN e MACFADYEN, 1977).

Para determinar a prevalência de cárie em incisivos decíduos, foram avaliadas 64 crianças portadoras de anomalias faciais, incluindo as fissuras de lábio e palato, entre 18 meses e quatro anos de idade. As lesões de mancha branca não foram consideradas como cárie e os defeitos do esmalte foram identificados. Das 41 crianças com fissuras de lábio e/ou palato, 13 (32%) exibiram cárie em pelo menos um incisivo decíduo. A prevalência de cárie estava restrita aos incisivos do lado fissurado quando existia comprometimento alveolar e nos pacientes com fissura palatina a doença apresentava-se como cárie de mamadeira. Crianças com fissuras bilaterais de lábio e/ou palato apresentaram percentual maior de incisivos cariados do que qualquer outra categoria, seguida pelas crianças com fissuras unilaterais e aquelas com fissuras isoladas de palato. Os defeitos de esmalte dos incisivos centrais foram mais freqüentes no lado fissurado, com diferenças estatisticamente significantes. Concluiu-se que as crianças fissuradas correm risco significativo de cárie nos incisivos decíduos e sugerem a suplementação de flúor para auxiliar na prevenção (JOHNSEN e DIXON, 1984).

A higiene bucal de crianças portadoras de fissuras de lábio e palato foi avaliada numa pesquisa envolvendo 40 crianças entre dois e quatro anos de idade. Verificou-se que a higiene bucal das crianças fissuradas foi pior, quando comparadas com o grupo controle, e que os desvios dentários e irregularidades congênitas contribuíram para agravar a negligência com a saúde bucal (AKOS e AGNES, 1985).

Existem centros, localizados em países desenvolvidos, que prestam atendimento ao paciente fissurado especialmente nos primeiros meses de vida. Na Dinamarca, agentes de saúde treinados são notificados quando nasce um bebê fissurado e visitam a família nas primeiras 24 horas. A mãe é orientada a amamentar seu filho da forma adequada e o bebê só é hospitalizado aos três meses, quando é feita a cirurgia de lábio. Da mesma forma, na Noruega não há intervenção pré-cirúrgica e hospitalização antes do bebê completar três meses de idade, pois este período é considerado importante para o estabelecimento do regime alimentar e do vínculo mãe-filho. Também são oferecidos fôlders com informações a respeito do uso adequado da mamadeira e do bico (ASHER, 1986).

A relação entre condição sócio-econômica, idade e sexo com higiene bucal e prevalência da cárie dentária em pacientes portadores de fissuras labiopalatais foi analisada num estudo envolvendo 251 pacientes entre um e 12 anos de idade, regularmente matriculados no HRAC-USP. Aos três anos de idade, o índice ceo foi de 3,85 e a higiene bucal qualificada como regular na maior parte das crianças até os 4 anos (78%). A prevalência de cárie dentária nos pacientes com dentição decídua foi menor para o sexo feminino (ceo= 4,34) do que para o masculino (ceo= 5,49). A maior parte dos pacientes pertencia às classes sociais média inferior e baixa superior, sendo que a melhor higienização foi diretamente proporcional à ascensão na classe sócio-econômica. Os pacientes do sexo feminino apresentaram higiene mais satisfatória (67,2%) que os do masculino (57,8%) (PIMENTEL, 1986).

Num estudo realizado em pré-escolares portadores de fissura de lábio e/ou palato, foram investigadas, entre outras anormalidades dentárias, a prevalência e atividade de cárie. A amostra foi constituída de 49 crianças com idade média de 5,5 anos dividida em dois grupos: crianças com fissura envolvendo o alvéolo (n=25) e crianças com fissura isolada de lábio e/ou palato (n=24). O grupo controle constituiu-se de crianças não fissuradas semelhantes em número, idade e sexo às crianças com fissuras. Foram realizados exame clínico, entrevista com os pais e coleta de saliva para utilização nos testes Dentocult SM e LB. Não houve diferença significativa em relação ao parâmetro de cárie em crianças com fissuras envolvendo o alvéolo, quando comparadas com as portadoras de fissuras isoladas de lábio ou palato. Entretanto, a freqüência e atividade de cárie foi

significativamente maior no grupo de crianças com fissuras do que no grupo controle, com média de superfícies cariadas e restauradas igual a 7,0 nas primeiras e 3,9 nas últimas. Em relação à entrevista, as crianças dos dois grupos exibiram hábitos dietéticos semelhantes. Os indivíduos com fissuras mostraram velocidade de fluxo salivar significativamente menor (0,6 ml/minuto) comparada com 0,8 ml/minuto para o grupo controle, não diferindo dos indivíduos não fissurados, porém em relação ao número de *S. mutans* e *lactobacilos*. Sugeriu-se que crianças com fissuras labiopalatinas devem ser submetidas a programas preventivos, facilitando posteriormente as correções cirúrgicas e a terapia ortodôntica, pois as anormalidades dentais próprias das fissuras aumentam o risco à cárie (DAHLLÖF et al., 1989).

A microbiota que habita a fissura pode desencadear diversas doenças infecciosas, já que esta região não é alcançada durante as práticas convencionais de higiene bucal. Dessa forma, os microorganismos que nela habitam, dentre os quais o *Streptococcus mutans*, podem manifestar seu potencial patogênico nos dentes próximos à fissura. Tornam-se importantes os controles periódicos de manutenção da higiene bucal na composição da microbiota patogênica desta região (MOMBELLI, BRÄGGER, LANG, 1992).

Dados sobre a incidência de cárie em pacientes portadores de fissura foram obtidos em um estudo conduzido com um grupo de 194 crianças de dois a seis anos de idade. Determinou-se o índice ceo-s e correlacionou-se com dados dos hábitos alimentares e de higiene bucal, colhidos através de um questionário. Foi observado um aumento gradativo da prevalência de cárie com a idade, sendo 3,0 o ceo-s aos dois anos e 12,13 aos seis, enquanto o número de crianças livres de cárie diminuiu com a idade. A classe social predominante foi a média, sendo que 90% das crianças livres de cárie pertenciam a esta classe. O padrão alimentar das crianças foi caracterizado como de alto risco à cárie e os hábitos de higiene bucal e uso de flúor foram irregulares. Concluiu-se neste estudo que o índice ceo-s de crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato na fase pré-escolar foi alta e compatível com crianças não fissuradas de países subdesenvolvidos, sugerindo que o fator fissura em si não predispõe os pacientes ao alto índice de cárie, mas provavelmente fatores sócio-econômicos-culturais interferiram neste resultado (SACRAMENTO, 1994).

A prevalência de cárie em crianças com fissura de lábio e/ou palato e sua associação com o tipo de fissura foi analisada em um grupo de 74 crianças entre seis e nove anos de idade. Os resultados demonstraram um índice ceos igual a 12,60; 13,65; 8,85 e 8,31 nas idades de 6, 7, 8 e 9 anos, respectivamente, e o índice CPOS para a dentadura permanente nas mesmas idades foi respectivamente 2,00; 3,22; 3,52 e 3,77. Verificou-se uma prevalência de cárie mais reduzida nos paciente desse estudo em relação aos dados da literatura consultada. Quanto à associação da doença com o tipo de fissura, foi observada maior prevalência de cárie (CPOS= 3,7) nas crianças portadoras de fissura transforame incisivo. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre o tipo de fissura e a prevalência da doença cárie (TOMITA et al., 1996).

Num estudo envolvendo pacientes entre um e dois anos de idade portadores de fissuras de lábio e/ou palato, foi verificada a influência do tipo de fissura na presença de cárie ou microrganismos, a associação entre a presença de *estreptococos mutans* e cárie, além da associação entre a presença de *estreptococos mutans* e parâmetros clínicos, microbiológicos e sócio-econômicos das crianças e das mães. Demonstrou-se que o tipo de fissura não influenciou a presença de cárie ou de microrganismos na amostra estudada; houve associação estatisticamente significativa entre a presença de *S. mutans* e cárie e entre a presença de *S. mutans*, *lactobacilos* e leveduras no grupo de crianças. No entanto, não foi possível estabelecer qualquer associação entre os *S. mutans* e os demais parâmetros avaliado no grupo de crianças como sexo, idade, número de dentes, presença de molares, limpeza bucal, mãe como principal cuidadora, consumo de glicídeos e hábitos de risco (VILELA, 1996).

A prevalência da doença cárie em portadores de fissuras labiopalatais foi determinada num estudo envolvendo 151 crianças, sendo que 76 apresentavam a malformação e 75 pertenciam ao grupo controle. Todas foram acompanhadas durante um período de dois anos e a cada consulta, eram feitos o exame clínico e a aplicação de um questionário contendo informações sobre hábitos alimentares, exposição ao flúor e nível sócio-econômico. Verificou-se que aos dois anos de idade, 26,3% das crianças portadoras de fissuras apresentavam lesões de cárie, comparadas a 5,3% do grupo controle. Concluiu-se que a prevalência da doença

cárie foi maior nas crianças portadoras de fissuras labiopalatais e que apresentam um alto risco para o desenvolvimento desta doença (BOKHOUT et al., 1996a).

A prevalência de *S. mutans* e *Lactobacillus* foi determinada em 62 crianças de 18 meses de idade com fissuras labiopalatais, relacionando a presença destes microrganismos com a utilização de placa acrílica obturadora de palato. A prevalência de *S. mutans* e *Lactobacillus* em pacientes fissurados nessa faixa etária foi maior do que a encontrada em crianças sem fissuras (quase 50% das crianças apresentavam-se infectadas), indicando que a colonização precoce aumentou os riscos de cárie na primeira dentição destes pacientes. A placa acrílica favoreceu a colonização, especialmente por *Lactobacillus*, sugerindo que especial atenção deva ser dada aos pacientes que a utilizam (BOKHOUT et al., 1996b).

O conhecimento sobre saúde bucal de 101 pais de crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato entre zero e três anos de idade foi avaliado através de um questionário dirigido aos pais. Constatou-se que o conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de seus filhos é superficial e estanque, necessitando maiores esclarecimentos e orientações. Torna-se, então, relevante a intervenção do cirurgião-dentista em fases precoces da vida, motivando a família para a educação em saúde bucal e esclarecendo dúvidas em relação à higiene na região da fissura (VILELA, SACRAMENTO, GOMIDE, 1996).

A alta prevalência de cárie dentária encontrada em crianças entre zero e 36 meses de idade do município de Diadema – SP, permitiu recomendar que a atenção à saúde bucal seja iniciada em uma idade precoce, preferencialmente no primeiro ano de vida, pela oportunidade que existe de prevenir o aparecimento da doença ou minimizar sua incidência e extensão (BÖNECKER, GUEDES-PINTO, WALTER, 1997).

Ao comparar a prevalência de cárie na dentição decídua de 81 crianças portadoras de fissuras labiopalatais e 77 crianças sem a fissura (grupo controle), foi observado que a ocorrência de cárie em pacientes fissurados foi 3,5 vezes maior em relação aos controles, sendo que o maior risco de cáries encontrado foi nos incisivos superiores ao lado da fissura. Constatou-se que pacientes

fissurados possuem maior dificuldade de higienizar a área da fissura devido a sua anatomia, à cicatriz do lábio e ao medo de higienizar a área (BOKHOUT et al., 1997).

A prevalência de *S. mutans* e *Lactobacillus* em crianças que utilizavam placas acrílicas, foi pesquisada em 62 crianças portadoras de fissuras de lábio e/ou palato, sendo que 24 delas faziam uso da placa obturadora desde o nascimento e 38 não a utilizavam (grupo controle). Amostras de saliva, de placa bacteriana e da superfície da placa acrílica foram coletadas aos 18 meses de idade e a prevalência de *S. mutans* e *Lactobacillus* foi comparada a um grupo controle composto por 35 crianças não fissuradas. A placa acrílica facilitou a colonização precoce da cavidade bucal por bactérias cariogênicas quando comparado com crianças que não a utilizavam. A prevalência de *Lactobacillus* diminuiu com a idade, enquanto a de *S. mutans* aumentou. Concluiu-se que a placa obturadora do palato é um importante fator de risco à cárie em pacientes portadores de fissuras labiopalatais (VAN LOVEREN et al., 1998).

Em uma análise crítica sobre os estudos feitos para avaliar a saúde bucal em pacientes fissurados, foi observado que não existem quase dados disponíveis na literatura sobre a higiene bucal destes pacientes e que pesquisas voltadas para essa área são essenciais para estabelecer hábitos desejáveis nestes pacientes (WONG e KING, 1998).

A inserção de crianças, desde o nascimento, em programas odontológicos preventivos fornece subsídios aos pais ou responsáveis para prevenir o surgimento de lesões de cárie e estimula o estabelecimento precoce de hábitos básicos de saúde bucal (FRIZZO, BEZERRA, TOLEDO, 1998).

A saúde bucal numa população de crianças com fissura de lábio e/ou palato foi avaliada, através da observação de 114 crianças entre três e dezoito anos (36% delas tinham entre três e cinco anos), e a condição bucal determinada através de exame clínico e índices de placa e gengival. Em 53,5% das crianças não foi encontrada evidência da doença cárie. No entanto, 20% delas apresentavam a doença em atividade. Maior acúmulo de placa foi encontrado no segmento anterior daquelas crianças com fissura de lábio isolada ou associada ao

palato, talvez pela redução da elasticidade do tecido após o reparo cirúrgico (queiloplastia). Concluiu-se que estas crianças têm higiene bucal precária, principalmente no segmento anterior, e melhoramentos para reverter a situação devem ser feitos (PAUL e BRANDT, 1998).

A transmissão de *S. mutans* entre mães e crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato foi investigada através de amostras de saliva, após terem sido coletadas e cultivadas num meio seletivo para este microrganismo em um grupo de 21 pares de mães e filhos. Os resultados demonstraram que a transmissão foi comprovada em apenas 38% dos pares mãe-filho e que os aparelhos ortopédicos utilizados por algumas das crianças não modificaram o padrão de transmissão, quando comparadas às crianças não fissuradas. Baseados na alta contagem salivar de *S. mutans* encontrada nas crianças e nas mães associada ao baixo índice de transmissão comprovado (em um terço dos pares), sugeriu-se que programas preventivos de cárie, instituindo hábitos dietéticos e higiene bucal, podem ter sucesso nessas crianças (SOET et al., 1998).

A fluoretação da água de abastecimento público e a ação tópica do flúor presente nos dentifrícios lançados no mercado são responsáveis pelo declínio na prevalência de cárie. As propriedades anticariogênicas do flúor são o marco mais importante na história da Odontologia, sendo incontestável sua influência no processo de desmineralização e remineralização que ocorre no esmalte dentário, no qual o desequilíbrio deste processo é o responsável pelo início das lesões cariosas (SILVA, 1999).

As atitudes e as experiências com os cuidados odontológicos de 109 pais de crianças entre quatro e oito anos de idade portadores de fissuras labiopalatais foram avaliadas, observando-se que 99 crianças (91%) haviam consultado o dentista, sendo que 94% dos atendimentos foram realizados em serviço público e 6% em serviço privado. Quanto aos procedimentos realizados, 29% das crianças foram submetidas a restaurações, 9% a extrações, 69% receberam aconselhamento dietético e 58% instruções de escovação. Para 39% dos pais entrevistados, a presença do odontopediatra que forneça orientação dietética é importante e 64% deles gostaria de que este especialista fizesse um exame

clínico no bebê durante sua internação hospitalar. Ressaltou-se neste estudo, a necessidade de incluir o odontopediatra na equipe de reabilitação de crianças portadoras de fissuras labiopalatais (DONAGH, PINSON, SHAW, 2000).

A eficiência das orientações preventivas da doença cárie fornecidas pelos odontopediatras foi avaliada através de um programa de atendimento para pacientes fissurados. As crianças incluídas neste programa foram vistas no primeiro ano de vida e aos dois, dois e meio, cinco, sete e dez anos de idade e comparadas aos dados de outras pesquisas. O estudo demonstrou que a experiência de cárie foi inversamente proporcional aos suplementos de flúor ingeridos e que a presença do odontopediatra na equipe melhorou a saúde bucal daqueles pacientes (JOHNSTON e GREGG, 2000).

É necessário conhecer as particularidades que envolvem os pacientes fissurados para analisar o risco de cárie, de modo a personalizar seu atendimento. As crianças portadoras de fissuras labiopalatais apresentam características inerentes que não podem ser mudadas, tais como necessidades dietéticas e anomalias dentárias. A doença cárie protela a intervenção cirúrgica (pelo risco de infecção por contiguidade) e predispõe às perdas dentárias, reduzindo a quantidade de osso circundante e prejudicando a realização da cirurgia para enxerto ósseo nos casos em que está indicada (DALBEN, 2000).

Dentre os cuidados profissionais primários que devem ser dispensados às crianças portadoras de fissuras labiopalatais, inclui-se alertar quanto ao desenvolvimento da dentição, aconselhamento para manter uma boa higiene bucal e para prevenir cáries, em especial as cáries de mamadeira, aconselhamento nutricional e suplementação de flúor (MITCHELL e WOOD, 2000).

Partindo-se do princípio de que os cirurgiões-dentistas devem estar capacitados para garantir as condições bucais aos portadores de fissuras labiopalatais, foi avaliado o conhecimento de 161 profissionais da área em relação à malformação congênita através de questionários. Verificou-se que 72% consideram a etiologia das fissuras multifatorial e 27,2% não têm conhecimento dos fatores etiológicos. Para 56,5% dos profissionais o risco à cárie é maior em

relação aos não fissurados, 24,2% acham que é igual e 19,1% não souberam responder a essa questão. Quanto ao padrão alimentar no primeiro ano de vida, 29,8% dos profissionais pensam que é igual ao dos não fissurados, 23,6% acreditam ser mais cariogênico e 38,5% não souberam responder. Para 61,4%, as anomalias dentárias são as únicas alterações bucais presentes enquanto para 27,9% estas também estão associadas à anquiloglossia e ao fluxo salivar alterado. Em relação à idade média ideal para a primeira correção cirúrgica, 57,7% pensam que a correção deve ser feita até os 18 meses, 27,3% não sabiam e 11,5% pensam que deve ser feita somente após os quatro anos de idade. Embora os profissionais apresentem algum conhecimento sobre o assunto, o nível de informação em relação às particularidades da saúde dos pacientes portadores de fissura é ainda bastante baixo. Sugeriu-se adequação dos currículos das Faculdades de Odontologia, visando um melhor preparo desde a graduação, assim como maior divulgação do tema em veículos de amplo alcance aos profissionais (SCHARDOSIM et al., 2001).

Para estabelecer a prevalência das doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas foram avaliadas 45 crianças entre dois e 12 anos de idade que buscavam atendimento médico ou fonoaudiológico em um núcleo de reabilitação de fissurados. Após o preenchimento de um questionário, realizou-se o exame intra-bucal. A maioria dos pacientes (99%) era proveniente de famílias de baixa renda e as doenças bucais mais prevalentes encontradas foram más-oclusões (86%), lesões de cárie (75%), anomalias dentárias (53%), doenças periodontais (42%) e traumatismos dentários (11%). Nas crianças de dois a 11 anos o ceo médio foi igual a 6 e o ceos igual a 14,9. Entre crianças com dois anos de idade, 20% possuíam cárie. Porém aos três anos essa doença afetou 62,5% delas. O tipo de cárie mais encontrado nas crianças entre dois e cinco anos de idade foi a cárie de mamadeira e aquelas com idade inferior aos cinco anos não tinham recebido nenhum tratamento odontológico. As mães buscaram o atendimento odontológico para seus filhos com o objetivo de que fossem realizadas cirurgias para o fechamento de fístulas primárias ou recidivantes e os fatores relacionados com o desenvolvimento da doença foram: uso prolongado de mamadeiras, alimentação líquido-pastosa açucarada, má-

oclusão, hipoplasia de esmalte, dentes mal posicionados, má higiene bucal e fatores sócio-econômico-culturais (MONTANDON, DUARTE, FURTADO, 2001).

Pôde-se constatar, através dos tópicos abordados nesta revista da literatura, a existência de fatores que podem influenciar na qualidade da saúde bucal das crianças portadoras de fissuras labiopalatais, colocando em evidência a relevância do tema abordado e a necessidade de instituir cuidados odontológicos preventivos.

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo propõe-se a:

- avaliar o nível de informações dos pais em relação aos cuidados com a alimentação e a higiene bucal das crianças portadoras de fissuras labiopalatais;
- avaliar o reflexo deste conhecimento nos cuidados com a saúde bucal das crianças;
- determinar outros fatores que possam afetar a qualidade da higiene bucal destas crianças.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização da amostra

Participaram da pesquisa 60 crianças portadoras de fissuras de lábio e/ou palato, com idades entre zero e 36 meses, de ambos os sexos, não sindrômicas, operadas ou não, que procuraram atendimento médico por motivo de sua malformação, junto ao Hospital Infantil Joana de Gusmão da cidade de Florianópolis-SC, no período compreendido entre outubro de 2000 a maio de 2001.

Quanto ao tipo de fissura, as crianças foram agrupadas segundo a classificação de Spina (SPINA et al., 1972) modificada (SILVA FILHO et al., 1992). A amostra foi caracterizada quanto à idade e o sexo (Tabela 1, p. 72), o tipo de fissura (Tabela 2, p. 72) e a condição cirúrgica no momento da entrevista (Tabela 3, p. 73).

Foram incluídas no estudo todas as mães e/ou acompanhantes de crianças portadoras de fissuras que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Inicialmente foi estabelecido contato com a direção do Hospital com a finalidade da obtenção de autorização para a realização das entrevistas. Somente após obtido o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC e a autorização desta instituição é que foi iniciada a coleta de dados.

4.2 Materiais

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1);
- Roteiro de Entrevista (Anexo 2);
- Folheto de Orientações aos Responsáveis (Anexo 3);
- lapiseira ;
- borracha;
- luvas de látex para procedimento;
- máscara facial;
- gorros;
- gaze;
- sonda exploradora, espelho bucal e pinça clínica;
- equipo odontológico;
- máquina fotográfica Dental Eye III

4.3 Método

4.3.1 Projeto Piloto

Foi realizado um estudo preliminar, antecedendo ao início da coleta dos dados, com a finalidade de treinar o pesquisador e servir de pré-teste dos procedimentos e instrumentos para a coleta de dados. Todas as 15 crianças que participaram deste estudo piloto foram incluídas na amostra.

4.3.2 Procedimentos

O local escolhido para a realização desta pesquisa foi o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), na cidade de Florianópolis - SC, tendo em vista ser este um centro de saúde referência no Estado de Santa Catarina e credenciado pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC – Bauru) para o atendimento de portadores de fissuras labiopalatais.

O espaço físico utilizado para o atendimento foi o Consultório Odontológico, situado nas dependências desse Hospital, próximo ao ambulatório de pacientes fissurados. Tendo em vista que os pais levavam seus filhos ao Hospital para consultar com o cirurgião, foi estabelecido, junto a este profissional, que a avaliação odontopediátrica seria pré-requisito para a avaliação cirúrgica, para que nenhum paciente fosse excluído da pesquisa.

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevista com a mãe e do exame clínico da criança:

A. Entrevista com a mãe

Durante a entrevista, de aproximadamente 20 minutos de duração, foram coletados os dados em uma ficha elaborada para esta pesquisa (Roteiro de Entrevista - Anexo 2). Excetuando-se os dados referentes ao tipo de fissura, presença de dentes e da doença cárie, os demais dados foram obtidos a partir do relato das mães durante a entrevista.

Após o preenchimento da ficha, foram transmitidas orientações odontológicas preventivas, demonstrados métodos de higiene da boca e da fissura e fornecido um folheto de orientações básicas aos responsáveis (Anexo 3).

Terminologia utilizada na tabulação dos resultados:

Quanto ao conteúdo das mamadeiras:

- **Leite adoçado**: leite de vaca ou maternizado acrescido de açúcar e/ou achocolatados;

- **Leite puro**: leite de vaca ou maternizado ou materno ordenhado sem o acréscimo de açúcar;

- **“Mamadeira engrossada”**: preparada com leite de vaca ou maternizado, sendo acrescentado algum tipo de farinha (mucilon, aveia, cremogema ou farinha láctea)

Quanto ao nível de informações dos pais em relação à alimentação da criança:

- **BOM**: quando esclarecidos da possibilidade do aleitamento materno, das técnicas do aleitamento artificial e da necessidade de adição de açúcar ao leite

- **REGULAR**: quando esclarecidos apenas sobre um dos tópicos citados anteriormente

- **PÉSSIMO**: quando nenhum esclarecimento foi dado

Quanto ao nível de informações fornecidas na maternidade em relação à fissura:

- **BOM**: quando satisfeitos com as informações recebidas

- **REGULAR**: quando gostariam de ter recebido mais informações

- **PÉSSIMO**: quando relataram não ter recebido informações

Quanto ao nível de orientações em relação à higiene da boca e da fissura:

- **BOM**: quando os pais relataram haver recebido orientação sobre higiene da boca e da fissura
- **REGULAR**: quando os pais relataram ter recebido orientação apenas sobre higienização da boca
- **PÉSSIMO**: quando relataram não ter recebido orientação

Quanto à qualidade da higiene bucal realizada:

- **ÓTIMA**: quando os pais relataram realizar a higiene da boca e da fissura pelo menos uma vez ao dia
- **SATISFATÓRIA**: quando os pais relataram realizar apenas a higiene da boca uma vez ao dia
- **INSATISFATÓRIA**: quando os pais relataram realizar a higiene da boca ocasionalmente
- **PÉSSIMA**: quando os pais relataram não realizar higiene bucal

Quanto ao nível sócio-econômico*

- **MÉDIO INFERIOR**: renda familiar acima de 10 salários e abaixo de 15
- **BAIXO SUPERIOR**: renda familiar acima de dois salários e abaixo de 10
- **BAIXO INFERIOR**: renda familiar até dois salários

* GRACIANO, LEHFELD, NEVES FILHO (1999)

Quanto ao grau de escolaridade materno:

- **ALTO**: ensino médio completo ou superior
- **MÉDIO**: ensino fundamental completo até ensino médio incompleto
- **BAIXO**: analfabeto até ensino fundamental incompleto

B. Exame clínico da criança

O exame clínico intra-bucal realizado permitiu classificá-las quanto ao tipo de fissura, presença de dentes e de doença cárie.

As crianças menores de um ano e/ou não colaboradoras foram examinadas na posição de colo (mãe ou responsável segura a criança no colo) e as crianças maiores, na posição convencional (sozinhas na cadeira) (CORRÊA e MAIA, 1998).

O critério para diagnóstico da doença cárie foi clínico-visual, através da presença de superfícies com cavitação e de lesões de manchas brancas ativas, localizadas em regiões com acúmulo de placa visível. As superfícies dentárias foram limpas com gaze, secadas com um jato de ar e iluminadas pela luz do refletor, sendo que as crianças foram classificadas quanto a presença ou ausência da doença, independente do número de superfícies acometidas e do tipo de lesão (MALTZ e CARVALHO, 1999).

Todos os pacientes foram documentados através de fotografia para o acompanhamento clínico nos casos de retorno.

Pacientes que eventualmente necessitaram de procedimentos curativos foram encaminhados ao Setor de Odontopediatria do Centro de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (CAPADF), localizado no Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, ou a outros serviços de atendimento junto as suas cidades de origem.

4.3.3 Análise Estatística

A análise dos resultados baseou-se no teste de homogeneidade que utiliza a estatística χ^2 (Qui-quadrado) para verificar se existe diferença significativa entre as freqüências observadas, aplicando-se para tal um nível de significância de 5%.

Com base na tabela de contingência do estudo, foram aplicados testes horizontais para identificar possíveis tendências de maior ou menor concentração de freqüência. Nas análises horizontais realizadas, o teste baseou-se na diferença entre as freqüências observadas e as freqüências esperadas. Como as hipóteses a serem testadas estão baseadas na igualdade de ocorrências, adotou-se para as freqüências esperadas o valor da média aritmética das freqüências observadas.

Símbolos utilizados nas tabelas de teste estatístico:

K = número de alternativas que estão sendo comparadas

Φ = número de graus de liberdade

χ^2_{TAB} = qui-quadrado tabelado

χ^2_{CALC} = qui-quadrado calculado

α = nível de significância

DS = diferença significativa

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo encontram-se dispostos na forma de tabelas e seguem o mesmo critério de raciocínio da discussão.

Tabela 1 – Distribuição das crianças por idade e sexo. Florianópolis, 2001.

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Até 12 meses	18	30,00	16	26,66	34	56,66
13 a 24 meses	4	6,67	9	15,00	13	21,67
25 a 36 meses	6	10,00	7	11,67	13	21,67
Total	28	46,66	32	53,34	60	100,00

Fonte: Entrevista

Tabela 2 – Distribuição das crianças por tipo de fissura. Florianópolis, 2001.

Classificação	Frequência	%
Pré-forame incisivo	15	25,00
Transforame incisivo	22	36,66
Pós-forame incisivo	16	26,66
Fissura rara	1	1,67
Associação entre fissuras	6	10,00
Total	60	100,00

Fonte: Entrevista

Tabela 3 – Distribuição das crianças de acordo com a condição cirúrgica no momento da entrevista. Florianópolis, 2001.

Condição cirúrgica	Frequência	%
Operada	20	33,33
Não operada	40	66,67
Total	60	100,00

Fonte: Entrevista

Tabela 4: Distribuição das mães quanto ao planejamento da gestação. Florianópolis, 2001.

Gestação planejada	Frequência	%
Sim	14	23,33
Não	45	75,00
Não declarado	1	1,67
Total	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 4

Gestação planejada	SIM	NÃO	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	14	45	59	2	1	3,84	16,28	SIM

Tabela 5: Distribuição de acordo com a percepção da fissura durante a ultra-sonografia. Florianópolis, 2001.

Médico viu a fissura	Frequência	%
Sim	2	6,06
Não	31	93,94
Total	33*	100

Fonte: Entrevista

* Incluídas somente as mães que realizaram a ultra-sonografia

Tabela 6: Distribuição de acordo com a orientação odontológica de prevenção na gravidez. Florianópolis, 2001.

Orientação odontológica	Frequência	%
Sim	2	3,33
Não	55	91,67
Não declarado	3	5,00
Total	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 6

Orientação odontológica	SIM	NÃO	Total	Nº Colunas (K)	ϕ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	2	55	57	2	1	3,84	49,28	SIM

Tabela 7: Distribuição das crianças de acordo com o número de intervenções cirúrgicas e a idade. Florianópolis, 2001.

Número de intervenções	Uma		Duas		Três ou mais		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Idade								
0 a 12 meses	3	15,00	0	0,00	0	0,00	3	15,00
13 a 24 meses	4	20,00	2	10,00	0	0,00	6	30,00
25 a 36 meses	5	25,00	4	20,00	2	10,00	11	55,00
Total	12	60,00	6	30,00	2	10,00	20*	100

Fonte: Entrevista

Tabela 8: Distribuição das mães de acordo com o nível de informações recebidas na maternidade sobre as fissuras labiopalatais. Florianópolis, 2001.

Nível de informações	Frequência	%
Bom	4	6,66
Regular	28	46,66
Péssimo	28	46,66
Total	60	100

Fonte: Entrevista

* Incluídas somente as crianças submetidas a intervenções cirúrgicas

Teste estatístico da tabela 8

Nível de informações	Bom	Regular	Péssimo	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	4	28	28	60	3	2	5,99	19,2	SIM

Tabela 9: Distribuição das mães de acordo com a prática do aleitamento materno. Florianópolis, 2001.

Aleitamento materno	Frequência	%
Sim	21	35,00
Não	39	65,00
Total	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 9

Aleitamento materno	Sim	Não	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	21	39	60	2	1	3,84	5,4	SIM

Tabela 10: Distribuição de acordo com o tempo de aleitamento materno até o momento da entrevista. Florianópolis, 2001.

Tempo do aleitamento materno	Frequência	%
Menos de 1 mês	4	19,04
1 – 3 meses	7	33,33
4 – 6 meses	2	9,52
Ainda mama	8	38,09
Total	21*	100

Fonte: Entrevista

* Incluídas somente as crianças que tiveram o aleitamento materno.

Tabela 11: Relação entre a dificuldade de sucção e o tipo de fissura. Florianópolis, 2001.

Dificuldade de sucção	Sim		Não		Não declarado		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Pré-forame	7	11,67	7	11,67	1	1,67	15	25,00
Transforame	20	33,33	2	3,33	0	0,00	22	36,66
Pós-forame	12	20,00	4	1,67	0	0,00	16	26,67
Fissura oblíqua	0	0,00	1	1,67	0	0,00	1	1,67
Associação de fissuras	4	6,67	2	3,33	0	0,00	6	10,00
Total	43	71,67	16	26,67	1	1,66	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 11

Dificuldade de sucção ao mamar	Sim	Não	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Pré-Forame	7	7	14	2	1	3,84	0,00	NAO
Transforame	20	2	22	2	1	3,84	14,72	SIM
Pós-Forame	12	4	16	2	1	3,84	4,00	SIM
Total	43	16	59	2	1	3,84	12,35	SIM

Tabela 12: Distribuição das mães de acordo com o nível de informações recebidas sobre a alimentação. Florianópolis, 2001.

Nível de informações	Frequência	%
Bom	9	15,00
Regular	4	6,66
Péssimo	47	78,33
Total	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 12

Nível de informações	Bom	Regular	Péssimo	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	9	4	47	60	3	2	5,99	55,3	SIM

Tabela 13: Distribuição quanto ao início do uso da mamadeira e a adição de açúcar na mesma. Florianópolis, 2001.

Adição do açúcar Início da mamadeira (idade)	Sim		Não		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Até 1 mês	33	58,92	6	10,53	39	69,64
Acima de 1 até 3 meses	10	17,85	4	7,14	14	25,00
Acima de 3 até 6 meses	3	5,35	0	0,00	3	5,35
Total	46	82,14	10	17,85	56*	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 13

Adição do açúcar Início da mamadeira (idade)	Sim	Não	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Até 1 mês	33	6	39	2	1	3,84	18,69	SIM
Acima de 1 até 3 meses	10	4	14	2	1	3,84	2,57	NAO
Acima de 3 até 6 meses	3	0	3	2	1	3,84	3,00	NAO
Total	46	10	56	2	1	3,84	23,14	SIM

* Incluídas somente as crianças que utilizaram a mamadeira.

Tabela 14: Relação entre preparo do leite na mamadeira em relação ao grupo etário. Florianópolis, 2001.

Conteúdo da mamadeira Idade (meses)	Leite puro		Leite adoçado		Mamadeira engrossada		Outros alimentos		Não utilizam mamadeira		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
0 a 12	4	6,66	6	10,00	18	30,00	3	5,00	3	5,00	34	56,66
13 a 24	0	0,00	4	6,66	9	15,00	0	0,00	0	0,00	13	21,66
25 a 36	1	1,66	5	8,33	6	10,00	0	0,00	1	1,66	13	21,66
Total	5	8,33	15	25,00	33	55,00	3	5,00	4	6,66	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 14

Preparo do leite Idade (meses)	Leite puro		Leite adoçado		Mamadeira engrossada		Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ ² _{TAB} α = 0,05	χ ² _{CALC}	DS
	Freq	%	Freq	%	Freq	%						
0 a 12	4		6		18		28	3	2	5,99	34,00	SIM
13 a 24	0		4		9		13	3	2	5,99	15,66	SIM
25 a 36	1		5		6		12	3	2	5,99	10,33	SIM
Total	5		15		33		52	3	2	5,99	22,80	SIM

Tabela 15: Distribuição dos bebês conforme a utilização da mamadeira noturna. Florianópolis, 2001.

Mamadeira noturna	Frequência	%
Sim	35	58,33
Não	22	36,67
Não declarado	3	5,00
Total	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 15

Mamadeira noturna	Sim	Não	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	35	22	57	2	1	3,84	2,96	NÃO

Tabela 16: Distribuição dos bebês conforme a posição ao mamar. Florianópolis, 2001.

Posição ao mamar	Frequência	%
Qualquer posição	12	20,00
Deitado	12	20,00
Semi-sentado ou sentado	32	53,33
Em pé	3	5,00
Não sabe	1	1,67
Total	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 16

Posição ao mamar	Qualquer posição	Deitado	SS / Sentado	Em pé	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	12	12	32	3	4	3	7,81	30,55	SIM

Tabela 17: Distribuição das mamadeiras de acordo com o tipo de bico da mamadeira. Florianópolis, 2001.

Tipo de bico	Frequência	%
Comum	51	85,00
Ortodôntico	4	6,67
Não declarado	5	8,33
Total	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 17

Tipo de bico	Comum	Ortodôntico	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	51	4	55	2	1	3,84	40,16	SIM

Tabela 18: Distribuição de acordo com o orifício do bico da mamadeira. Florianópolis, 2001.

Orifício do bico aumentado	Frequência	%
Sim	50	83,34
Não	5	8,33
Não declarado	5	8,33
Total	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 18

Orifício do bico aumentado	Sim	Não	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	50	5	55	2	1	3,84	19,22	SIM

Tabela 19: Distribuição dos bebês quanto à saída de leite pelo nariz e pelo ouvido. Florianópolis, 2001.

Escape de Leite	Frequência	%
Pelo nariz	34	56,67
Pelo nariz e pelo ouvido	2	3,33
Não ocorre	23	38,33
Não declarado	1	1,67
Total	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 19

Ocorrência de refluxo	SIM	NÃO	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	36	23	59	2	1	3,84	2,86	NAO

Tabela 20: Relação entre orientação recebida sobre a higiene na região da fissura e a higiene das mesmas. Florianópolis, 2001.

Limpeza das fissuras Orientação	Sim		Não		Não declarado		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Sim	4	6,67	0	0,00	0	0,00	4	6,67
Não	14	23,33	41	68,33	0	0,00	55	91,66
Não declarado	0	0,00	0	0,00	1	1,67	1	1,67
Total	18	30,00	41	68,33	1	1,67	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 20

Limpeza das fissuras Orientação	Sim	Não	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Sim	4	0	4	2	1	3,84	4,00	SIM
Não	14	41	55	2	1	3,84	13,25	SIM
Total	18	41	59	2	1	3,84	8,97	SIM

Tabela 21: Relação entre a higiene na região da fissura e o medo de higienizar as mesmas. Florianópolis, 2001.

Higiene na fissura Medo de higienizar	Sim		Não		Não declarado		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Sim	1	1,67	37	61,67	0	0,00	38	63,33
Não	17	28,34	3	5,00	0	0,00	20	33,33
Não declarado	0	0,00	0	0,00	2	3,33	2	3,33
Total	18	30,00	40	66,67	2	3,33	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 21

Higiene na fissura	Sim	Não	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Medo de higienizar								
Sim	1	37	38	2	1	3,84	34,10	SIM
Não	17	3	20	2	1	3,84	9,80	SIM
Total	18	40	58	2	1	3,84	8,34	SIM

Tabela 22: Distribuição das crianças de acordo com a avaliação odontológica e a idade. Florianópolis, 2001.

Avaliação odontológica	Sim		Não		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Idade (meses)						
0 a 12	1	1,67	33	55,00	34	56,66
13 a 24	2	3,33	11	18,33	13	21,67
25 a 36	1	1,67	12	20,00	13	21,67
Total	4	6,67	56	93,33	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 22

Avaliação odontológica	SIM	NÃO	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	4	56	60	2	1	3,84	45,06	SIM

Tabela 23: Relação entre o nível de informações sobre higiene da boca e da fissura e a qualidade da higiene realizada. Florianópolis, 2001.

Qualidade da higiene	Ótima		Satisfat.		Insatisfat.		Péssima		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Nível de informações sobre a higiene										
Bom	4	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	6,67
Regular	0	0,00	2	3,33	6	10,00	3	5,00	12	20,00
Péssimo	8	13,33	7	11,67	8	13,33	22	36,66	44	73,33
Total	12	20,00	9	15,00	14	23,33	25	41,66	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 23

Qualidade da higiene	Ótima + Satisf.	Insatisf. + Péssima	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Bom	4	0	4	2	1	3,84	4,00	SIM
Regular	3	9	12	2	1	3,84	3,00	NÃO
Péssimo	15	29	44	2	1	3,84	4,45	SIM
Total	22	38	60	2	1	3,84	4,26	SIM

Tabela 24: Distribuição quanto à procedência das famílias. Florianópolis, 2001*.

Procedência	Frequência	%
Grande Florianópolis	18	30,00
Norte Catarinense	1	1,67
Oeste Catarinense	7	11,66
Região Serrana	8	13,33
Sul Catarinense	17	28,33
Vale do Itajaí	9	15,00
Total	60	100

Fonte: Entrevista

Tabela 25: Disponibilidade de condução para reconsultas. Florianópolis, 2001.

Condução	Frequência	%
Condução paga pela Prefeitura	36	60,00
Particular	19	31,67
Não declarado	5	8,33
Total	60	100,00

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 25

Condução	Prefeitura	Particular	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	36	19	55	2	1	3,84	5,25	SIM

* Santa Catarina: (mesorregiões geográficas - IBGE)

Tabela 26: Nível sócio-econômico x Qualidade de higiene. Florianópolis, 2001.

Qualidade da higiene	Ótima		Satisfatória		Insatisfatória		Péssima		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Nível sócio-econômico										
Médio Inferior	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,33	2	3,33
Baixo Superior	7	11,67	6	10,00	4	6,67	10	16,67	27	45,00
Baixo Inferior	5	8,33	2	3,33	10	16,67	12	20,00	29	48,33
Não declarado	0	0,00	1	1,67	0	0,00	1	1,67	2	3,33
Total	12	20,00	9	15,00	14	23,33	25	41,67	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 26

Qualidade da higiene	Ótima + Satisf.	Insatisf. + Péssima	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Nível sócio-econômico								
Médio Inferior	0	2	2	2	1	3,84	2,00	NAO
Baixo Superior	13	14	27	2	1	3,84	0,03	NAO
Baixo Inferior	7	22	29	2	1	3,84	7,75	SIM
Total	20	38	58	2	1	3,84	5,58	SIM

Tabela 27: Grau de escolaridade x Qualidade de higiene. Florianópolis, 2001.

Qualidade da higiene	Ótima		Satisfatória		Insatisfatória		Péssima		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Grau de escolaridade										
Alto	3	5,00	1	1,67	0	0,00	1	1,67	5	8,33
Médio	2	3,33	4	6,67	3	5,00	2	3,33	11	18,33
Baixo	7	11,67	4	6,67	11	18,33	20	33,33	42	70,00
Não declarado	0	0,00	0	0,00	2	3,33	0	0,00	2	3,33
Total	12	20,00	9	15,00	16	26,67	23	38,33	60	100

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 27

Qualidade da higiene	Ótima + Satisf.	Insatisf. + Péssima	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Grau de escolaridade								
Alto	4	1	5	2	1	3,84	1,8	NÃO
Médio	6	5	11	2	1	3,84	0,09	NÃO
Baixo	11	31	42	2	1	3,84	9,52	SIM
Total	21	37	58	2	1	3,84	4,41	SIM

Tabela 28: Distribuição de acordo com a água de abastecimento das residências. Florianópolis, 2001.

Água de abastecimento	Frequência	%
Tratada	39	65,00
Não tratada	21	35,00
Total	60,00	100,00

Fonte: Entrevista

Teste estatístico da tabela 28

Água de abastecimento	Tratada	Não tratada	Total	Nº Colunas (K)	Φ (K-1)	χ^2_{TAB} $\alpha = 0,05$	χ^2_{CALC}	DS
Frequência	39	21	60	2	1	3,84	5,4	SIM

Tabela 29: Distribuição das crianças de acordo com a atividade de cárie. Florianópolis, 2001.

Atividade de cárie	Frequência	%
Sim	21	63,64
Não	12	36,36
Total	33*	100

Fonte: Entrevista

* Incluídas somente as crianças que apresentavam dentes

6 DISCUSSÃO

A gravidez é um tempo de espera para a mulher que, juntamente com o feto real que vai se desenvolvendo e crescendo em seu útero, gesta um bebê imaginado, sonhado e idealizado. O nascimento de um filho defeituoso, para o qual não estava psicologicamente preparada, é sentido pela mãe como uma perda lastimável e a duração, profundidade e natureza deste impacto influencia significativamente nos cuidados com o filho (TISZA e GUMPERTZ, 1962). Em relação ao planejamento da gestação, destaca-se que algumas mães programaram a gravidez, fato que pode agravar a experiência frustrante de ter um filho malformado. Por outro lado, muitas daquelas gestações que não foram planejadas também não foram desejadas, tendendo a ser vivida com conflitos e dificuldades, e repercutindo na negação aos cuidados com a criança malformada logo após o nascimento (Tabela 4, p.73). De acordo com Amaral (1996), essa situação será elaborada de forma mais ou menos competente dependendo da estrutura familiar e do aconselhamento feito por profissionais capacitados.

Considerando-se fatores tais como: tristeza, preocupação, decepção em ter um filho malformado e as experiências frustrantes na alimentação da criança, observou-se que os mesmos fatores podem modificar a interação mãe-filho no início do relacionamento. A reação dos pais frente ao nascimento de um filho malformado segue uma série de etapas emocionais, envolvendo choque ou etapa de comoção; negação do fato; tristeza, cólera e dúvidas quanto ao apego ao filho; equilíbrio e reorganização (DROTAR et al., 1975). Portanto, os pais de bebês portadores de fissuras labiopalatais necessitam de amparo profissional desde o início do período pós-parto, para receber conselhos práticos, orientações sobre alimentação, facilidades comunitárias, além de compreensão e incentivo, evitando assim, desvios no comportamento no sentido de rejeição ou de superproteção (TISZA e GUMPERTZ, 1962; SLUTSKY, 1969; BARDEN et al., 1989; MARQUES e MARTINELLI, 1992).

As fissuras labiopalatais podem ser diagnosticadas através da ultrasonografia realizada no período pré-natal, a partir da 16^a semana de vida intra-uterina, sendo que o diagnóstico depende tanto da sensibilidade e da especificidade do equipamento utilizado, como da habilidade do médico em diagnosticar a malformação (CHRIST e MEININGER, 1981; BENACERRAF e MULLIKEN, 1993). A detecção da fissura durante a gravidez resulta em momentos de extrema ansiedade e dúvida quanto à continuidade da gestação. No entanto, a busca por informações sobre a saúde do feto e os cuidados pós-natais com a criança fissurada, antes do nascimento, auxilia os pais no difícil processo de reabilitação, melhora o aspecto psicossocial que envolve a fissura e possibilita uma experiência positiva para o bebê (DAVALBHACTA e HALL, 2000).

Neste estudo, a maioria das mães realizou o acompanhamento pré-natal em serviço público e, daquelas que realizaram a ultra-sonografia, duas declararam que foram informadas da percepção da fissura no momento do exame (Tabela 5, p.73). A experiência dessas mães frente ao diagnóstico foi descrita como angustiante, mas ambas sentiram-se melhor preparadas para aceitar a criança e superar as dificuldades pós-natais, principalmente em relação à alimentação. Segundo elas, o grande diferencial foram as informações recebidas dos profissionais sobre as fissuras labiopalatais, evidenciando, portanto, a extrema importância do aconselhamento adequado já mencionado por Amaral (1996); Nunes, Maggi, Levandowski (1998); Amaral e Magna (1999).

Ainda relacionado ao período gestacional, sabe-se que compreende um momento de grande importância na preparação para a maternidade. Nesse período, a mulher encontra-se mais receptiva a receber orientações sobre os cuidados com o futuro filho. Portanto, os profissionais da odontologia deveriam assumir um compromisso perante a educação para a saúde e atuar também nessa fase. No contexto delineado por este estudo percebe-se que essa conduta não é uma rotina, visto que mais de 90% das mães não recebeu orientação odontológica de prevenção durante a gravidez, tanto de profissionais da área quanto de outros profissionais (Tabela 6, p.74).

Além do impacto psicológico enfrentado pelos pais, os dois primeiros anos de vida da criança envolvem diversas situações estressantes, as quais incluem:

reparo cirúrgico (acarretando separação dos pais e hospitalização), infecções de ouvido (devido ao mau funcionamento da tuba auditiva), infecções do trato respiratório, visitas ao médico entre outras complicações (NELLI et al., 1990; BUTUGAN e BOGAR, 1993; BRINE et al., 1994; PORTINHO e KÓS, 1996; NUNES, MAGGI, LEVANDOWSKI, 1998; MARIS et al., 2000; MITCHELL e WOOD, 2000).

As intervenções cirúrgicas do processo de reabilitação dependem do grau de comprometimento da fissura, da idade e das condições de saúde gerais do paciente, mas, em média, a partir dos três meses de idade é feita a primeira cirurgia (queiloplastia) e aos 12 meses a palatoplastia (HRAC, 1998; HIJG, 2001).

Analisando a relação entre a idade da criança e o número de intervenções cirúrgicas realizadas até o momento da entrevista, observou-se que nos primeiros 36 meses de vida, oito delas submeteram-se a duas ou mais operações, sob anestesia geral e com um período médio de hospitalização de 48 horas (Tabela 7, p.74). Tendo em vista a cicatrização por segunda intenção no palato e o desconforto da escovação no pós-operatório, percebe-se a importância de acompanhamento profissional adequado e da presença de um odontopediatra na equipe de reabilitação, para oferecer esclarecimentos aos pais sobre os cuidados com a higiene bucal durante esse período, assim como aplicação de medidas auxiliares no controle de placa. Aponta-se ainda, para a oportunidade oferecida a esse profissional de construir com a criança, através das consultas sucessivas, um relacionamento positivo com a Odontologia, evitando assim, as enfermidades bucais e os desvios de comportamento inerentes às consultas médicas e às hospitalizações freqüentes.

A quase totalidade das mães participantes deste estudo sentiram-se insatisfeitas com as informações recebidas na maternidade sobre a malformação, ressaltando que quase metade delas não recebeu informação (Tabela 8, p.74). Estes dados estão de acordo com aqueles obtidos por Trenouth e Campbell (1996) e Young et al. (2001), em que a grande maioria das mães mostrou-se insatisfeita com as informações recebidas na maternidade, após a saída do hospital e sobre as dificuldades em alimentar seus filhos. Comparando-se as freqüências encontradas entre os níveis bom e péssimo em relação às

informações recebidas, evidenciou-se diferença estatisticamente significativa. Baseando-se no fato de que é nesse período que a mãe encontra-se mais abalada com o nascimento do filho deformado e com as dificuldades na amamentação já descritas anteriormente, supõe-se que a comprovada falta das informações que deveriam ter sido recebidas na maternidade venha a ter algum reflexo nos cuidados com a criança, inclusive na prática do aleitamento materno.

Embora tal prática entre as mães de bebês portadores de fissuras seja muito pequena (THOMÉ, 1990; DALBEN, 2000), esta deve ser sempre incentivada, visto que, além dos benefícios imunológicos e nutricionais do leite, o elo estabelecido entre mãe e filho ajuda na superação do nascimento da criança malformada. Além disso, a amamentação imediatamente após a correção cirúrgica do lábio e do palato beneficia a cicatrização, pois a sucção realizada pelo bebê melhora o tônus muscular do lábio (COHEN, 1997; NELLI, 1999).

Bebês portadores de fissura labiopalatal podem apresentar dificuldades relacionadas à amamentação, incluindo sucção insuficiente, deglutição excessiva de ar, tosse e engasgo, refluxo nasal, aspiração de leite, ingestão de quantidades inadequadas do mesmo, longo tempo requerido para a amamentação, além de fome e irritabilidade (PARADISE e McWILLIAMS, 1974; MARQUES e MARTINELLI, 1992; CAPELOZZA FILHO e SILVA FILHO, 1992; BRINE et al., 1994). A fissura pode interferir no aleitamento materno pela incapacidade de gerar pressão negativa intrabucal adequada para a sucção, principalmente nas fissuras pós-forame incisivo e transforame incisivo (PASHAYAN e McNAB, 1979; THOMÉ, 1990; MARQUES e MARTINELLI, 1992). O sucesso do aleitamento materno depende, nestes casos, da capacidade da criança em criar o vácuo necessário, assim como da paciência e da perseverança materna (MARQUES e MARTINELLI, 1992). Ressalta-se ainda que as orientações adequadas e o estímulo ao aleitamento, durante o período em que a mãe encontra-se na maternidade, alerta para a possibilidade do sucesso, já que sem esse respaldo profissional, muitas nem tentariam.

Nesta pesquisa observou-se prevalência estatisticamente significativa das mães que não amamentaram seus filhos no peito (Tabela 9, p.75), sendo que daqueles bebês que foram amamentados, quatro abandonaram antes do primeiro

mês de vida e sete o fizeram antes dos três meses (Tabela 10, p.75). Entre as causas relatadas pelas mães para não amamentar ou parar de amamentar, a dificuldade do bebê em sugar e/ou pegar o peito foi citada em mais da metade dos casos. Esses dados, quando comparados aos de Thomé (1990) e Dalben (2000), confirmam que a prática do aleitamento materno em portadores de fissuras é bastante reduzida.

Quanto às dificuldades de sucção do bebê em relação ao tipo de fissura, a maior delas foi encontrada nas crianças portadoras de fissura transforame incisivo e pós-forame incisivo, com diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo pré-forame (Tabela 11, p.76). Os resultados estão de acordo com Pashayan e McNab (1979), Thomé (1990) e Marques e Martinelli (1992), os quais sugerem que a fissura pré-forame facilita a amamentação pelo vedamento feito pelo próprio lábio do bebê. Observa-se que nestes casos, encontra-se maior possibilidade de sucesso na prática do aleitamento natural, no entanto, nos demais tipos de fissura, a introdução da mamadeira pode torna-se uma alternativa inevitável.

As características do aleitamento artificial em crianças portadoras de fissuras de lábio e/ou palato apresentam algumas particularidades, tais como tempo de mamada, bico e conteúdo da mamadeira, presença de refluxo e posicionamento do bebê (PASHAYAN e McNAB, 1979; BACHEGA et al., 1983; BACHEGA, THOMÉ, CAPELOZZA FILHO, 1985; MARQUES e MARTINELLI, 1992; DALBEN, 2000). O conhecimento destas particularidades torna-se imperativo quando se sabe que as dúvidas mais importantes dos pais recaem sobre a forma e o método de amamentação e à utilização das mamadeiras. Infelizmente, a maioria não é informada sobre as dificuldades que poderão encontrar e as formas de minimizá-las (YOUNG et al., 2001).

Em relação ao nível de informações das mães sobre a alimentação da criança fissurada, houve predominância estatisticamente significativa do nível péssimo, revelando que a grande maioria dos pais desconhece os cuidados com a alimentação (Tabela 12, p.76). Numa consulta à base de dados (fichas da pesquisa), constatou-se que algumas mães relataram ter utilizado métodos alternativos, tais como: seringa, sonda, conta-gotas e colher, antes de introduzir a

mamadeira na alimentação do bebê, pois, segundo elas, não foram informadas de que esta poderia ser oferecida. De forma preocupante, supõe-se que este desconhecimento esteja relacionado tanto às técnicas de alimentação quanto à utilização de açúcar na mesma, o que pode ter reflexo na saúde bucal da criança.

É notório que a introdução da mamadeira é uma das causas freqüentes do desmame precoce e da introdução do açúcar na alimentação da criança (FRAIZ, 1993). Além disso, sabe-se que o padrão nutricional das crianças fissuradas é altamente cariogênico, tendo em vista a necessidade de ingestão de açúcar e outros compostos com alto valor calórico para estarem em condições físicas para as intervenções cirúrgicas (ARENA, 1999; DALBEN, 2000; MONTANDON, DUARTE, FURTADO, 2001). Embora existam no mercado substitutos do açúcar com propriedades não cariogênicas, são inacessíveis para a maior parte da população devido ao seu alto custo (DALBEN, 2000).

A relação entre a idade em que foi introduzida a mamadeira e a adição de açúcar na mesma foi observada, ressaltando-se que algumas crianças foram excluídas desta relação porque mamavam exclusivamente no peito ou porque utilizavam outro método de alimentação (colher) (Tabela 13, p.77). Através da análise estatística foi possível comprovar a associação entre a introdução da mamadeira no primeiro mês de vida e a adição de sacarose. Embora haja um consenso na literatura no sentido de retardar ao máximo o contato das crianças com carboidratos, demonstrou-se que o primeiro contato ocorreu no primeiro mês de vida e através da mamadeira. Ainda que existam indicações médicas, justificando a adição de carboidratos na alimentação de bebês portadores de fissura, o aconselhamento nutricional é indispensável para que os açúcares sejam utilizados adequadamente, até porque hábitos alimentares incorretos aprendidos na infância são difíceis de serem modificados posteriormente. Verificou-se, na amostra estudada, que a maioria das mães oferecia leite na mamadeira, sendo este preparado, na grande maioria dos casos, com adição de açúcar (Tabela 14, p.78). Excetuando-se o relato de uma mãe, todas as outras informaram que não foram orientadas pelo médico para acrescentar esta fonte de energia. Enfatiza-se a necessidade de reforçar a atenção das mães sobre os cuidados com a higiene bucal, na impossibilidade de remover ou diminuir os açúcares da dieta.

Foi demonstrado que, além do acréscimo de açúcar, mais da metade das mães adicionavam ao leite algum tipo de farinha, tornando a mamadeira pastosa e altamente cariogênica. Dessa forma, há necessidade de aumentar o orifício dos bicos, pois a consistência do leite não permite sua passagem pelo orifício feito pelo fabricante, sendo a situação agravada pela dificuldade de sucção encontrada nessas crianças. Interessante seria se as mães recebessem esclarecimentos sobre a utilização adequada de bicos e mamadeiras, logo após o nascimento do bebê, assim como é feito em alguns programas de atendimento a pacientes fissurados (BACHEGA et al., 1983; ASHER, 1986). É importante lembrar que a oferta de alimentos mais consistentes pode e deveria ser feita através de colher a partir dos quatro ou cinco meses de idade, pois nesse período há maturação das ações de sucção e deglutição e desaparece o reflexo de extrusão, tornando a criança apta a receber estes alimentos (FERREIRA e OSMO, 1998).

O método e o horário de ingestão dos alimentos são fatores significativos na determinação do potencial cariogênico dos mesmos. O leite oferecido na mamadeira, associado a sua utilização durante o sono, aumenta o potencial cariogênico, pois este alimento permanece na cavidade bucal por um tempo maior, devido à diminuição dos reflexos musculares e redução do fluxo salivar durante este período (FRAIZ, 1993). A situação é agravada na população de pacientes portadores de malformações pelos fatores psicológicos que refletem, muitas vezes, atitudes permissivas dos pais (MARQUES e MARTINELLI, 1992; VILELA, SACRAMENTO, GOMIDE, 1996). Nesta pesquisa, foi observada uma elevada freqüência no hábito de oferecer a mamadeira noturna às crianças, predispondo ao aparecimento de cáries rampantes ou cáries de mamadeira (Tabela 15, p.79). Portanto, deve-se dar ênfase aos cuidados com a higiene bucal após a ingestão de alimentos, aos tipos e à freqüência com que estes são ingeridos e à forma e horário em que são oferecidos. Tendo em vista à necessidade das crianças fissuradas em ingerir medicamentos freqüentemente, devido às infecções respiratórias e otites recorrentes, somando-se a isso os próprios medicamentos que contém açúcar na sua formulação, torna-se importante ressaltar que o horário de oferecimento destes compostos também deve ser controlado.

A malformação labiopalatal exige que a criança execute um esforço maior durante a mamada, provocando cansaço e paradas para descanso, tornando o tempo de mamada longo. O lado da fissura deve ser estimulado para exercitar a musculatura afetada e deve ser recomendado ainda que, após cada mamada, a criança seja colocada em decúbito lateral ou ventral, diminuindo o risco de asfixia, pois poderá haver refluxo pela narina de parte do leite ingerido (BACHEGA et al., 1983; DALBEN, 2000).

O posicionamento da criança no colo da mãe durante o aleitamento natural ou artificial deve ser o mais vertical possível, mantendo o bebê na posição sentada e com a mamadeira inclinada cerca de 45°. Estes cuidados devem-se à alteração anatômica da tuba auditiva nas crianças portadoras de fissuras, bastante horizontalizada nos primeiros anos de vida, o que facilita a penetração de leite e a ocorrência de otites recorrentes (PASHAYAN e McNAB, 1979; BUTUGAN e BOGAR, 1993; PORTINHO e KÓS, 1996; DALBEN, 2000; MITCHELL e WOOD, 2000). Além disso, este posicionamento propicia maior ingestão de leite, intervalos de saciedade e evita o desenvolvimento de cáries de mamadeira.

Este estudo mostrou que mais da metade das mães posicionavam a criança sentada ou semi-sentada, justificando ser a única forma da criança não se afogar ou evitar escape de leite pelo nariz (Tabela 16, p.79). Salieta-se que a maioria não recebeu orientação a respeito do posicionamento adequado, descobrindo através de suas próprias experiências a melhor forma de alimentar seus filhos.

Partindo-se do princípio de que a sucção é um reflexo inato e fundamental para o desenvolvimento fisiológico e psicológico da criança (FERREIRA e OSMO, 1998), deve sempre ser estimulada, principalmente naquelas crianças portadoras de fissuras que não conseguiram mamar no seio. O aleitamento artificial, quando realizado inadequadamente, além de não satisfazer este reflexo fisiológico, predispõe à instalação de deglutição atípica, hábitos de sucção não-nutritivos, respiração bucal e desenvolvimento orofacial inadequados. Portanto, a mamadeira deve ser utilizada adequadamente para minimizar seus efeitos deletérios. Recomendam-se bicos ortodônticos, sendo que seu orifício não deve

ultrapassar 1mm de diâmetro para evitar engasgo e regurgitação e devem permanecer sempre cheios de leite para não ocasionar a ingestão excessiva de ar, problema bastante freqüente enfrentado pela criança portadora de fissura (PASHAYAN e McNAB, 1979; BACHEGA, THOMÉ, CAPELOZZA FILHO, 1985). Embora existam no mercado bicos fabricados especialmente para pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato e mamadeiras adaptadas, citados nos trabalhos de Choi et al. (1991) e Trenouth e Campbell (1996), respectivamente, os bicos ortodônticos foram aqueles que melhor favoreceram a sucção, por permitirem movimentos fisiológicos da língua e do palato (CHOI et al., 1991).

Quase a totalidade das mães utilizava mamadeiras com bico comum (não ortodôntico) (Tabela 17, p.80), assim como a grande maioria delas aumentou o furo para facilitar a sucção (Tabela 18, p.80). O aumento do furo foi justificado pelas mães devido à dificuldade da criança em sugar, tanto o peito como a mamadeira. Considerando o elevado custo do bico ortodôntico, em relação ao comum, e o baixo poder aquisitivo das mães, sugere-se que, na impossibilidade de adquiri-lo, essas sejam orientadas a aumentar o orifício dos bicos no tamanho adequado, assim como sugerido por Pashayan e McNab (1979), Bachega, Thomé, Capelozza Filho (1985) e Marques e Martinelli (1992).

Devido à alteração anatômica da tuba auditiva e às características da fissura, muitas vezes comunicando as cavidades nasal e bucal, pode ocorrer escape do leite ingerido pelo nariz e pelo ouvido (PASHAYAN e McNAB, 1979; DALBEN, 2000). Demonstrou-se que mais da metade das mães relatou que o refluxo nasal foi freqüente e ocorria após as mamadas, sendo que o escape de leite pelo ouvido só foi constatado por duas mães (Tabela 19, p.80).

A higiene buco-nasal, utilizando cotonetes embebidos em água fervida, é recomendada devido ao grande acúmulo de secreções na região (BACHEGA, THOMÉ, CAPELOZZA FILHO, 1985; MARQUES e MARTINELLI, 1992). Salienta-se ainda, a importância do acompanhamento profissional para manter a higiene bucal e controlar a microbiota patogênica que habita a fissura, já que esta região não é alcançada durante as práticas convencionais de higiene. Dessa forma, os microorganismos que nela habitam, dentre os quais o *Streptococcus mutans* (S.

mutans), podem manifestar seu potencial patogênico nos dentes próximos à fissura (MOMBELLI, BRÄGGER, LANG, 1992; VILELA, 1996).

A placa acrílica obturadora de palato, utilizada por alguns pacientes portadores de fissuras labiopalatais, favorece a colonização precoce da cavidade bucal por bactérias cariogênicas (BERKOWITZ, JORDAN, WHITE, 1975; BOKHOUT et al., 1996b; VAN LOVEREN et al., 1998). Embora não tenha sido estabelecida a interferência dessas placas no padrão de transmissão desses microrganismos (SOET et al., 1998), sua presença é considerada fator de risco à doença cárie naqueles pacientes que a utilizam (BOKHOUT et al., 1996b; VAN LOVEREN et al., 1998). Embora nenhum paciente deste estudo utilizasse qualquer tipo de aparelho ortopédico ou placa obturadora do palato, já que o Centro onde este foi realizado não os indica, acredita-se importante comentar esta questão pela implicação clínica destes aparelhos no desenvolvimento da doença cárie.

Segundo Bokhout et al. (1997), a prevalência de cárie em pacientes fissurados é maior, em relação a pacientes sem fissuras, já que possuem maior dificuldade de higienizar a área da fissura devido a sua anatomia, à cicatriz do lábio e ao medo de higienizá-la. Há maior acúmulo de placa no segmento anterior daquelas crianças com fissura de lábio isolada ou associada ao palato, talvez pela redução da elasticidade do tecido após o reparo cirúrgico (queiloplastia) (NELLI et al., 1990; PAUL e BRANDT, 1998), fazendo que os incisivos decíduos tenham um risco significativo de cárie (JOHNSEN e DIXON, 1984).

Em relação à orientação recebida para limpeza na região da fissura e a executada pelos responsáveis, observou-se estatisticamente que mais da metade deles não a realizava, sendo que o fator orientação foi determinante para que esse hábito fosse instituído (Tabela 20, p.81). Outro fator associado à ausência de higiene na fissura, além do desconhecimento de sua importância, foi o medo das mães em traumatizar a área. Esta relação também foi estatisticamente significativa, permitindo afirmar que o medo de limpar a área da malformação foi um fator determinante para que a higiene não fosse realizada adequadamente (Tabela 21, p.81). Sugere-se que sejam dadas explicações claras e simples de

como proceder a limpeza desta região, assim como demonstrá-la às mães. Salientar que a criança não sentirá dor é outro ponto essencial a ser comentado.

Pacientes portadores de fissuras podem apresentar anomalias dentárias de número, forma, tamanho, posição e erupção dos dentes (DAMANTE, FREITAS, MORAES, 1973; PÖYRY e RANTA, 1985; RANTA, 1986; VICHÍ e FRANCHI, 1995; ALMEIDA e GOMIDE, 1996; RUIZ, 1997). Na dentição decídua, dentes supranumerários são mais freqüentes que agenesias e sua prevalência diminui a medida em que aumenta a complexidade da fenda (DAMANTE, FREITAS, MORAES, 1973). A literatura ainda mostra que a prevalência de dentes natais e neonatais é maior em pacientes portadores de fissura em relação àqueles não fissurados (ALMEIDA e GOMIDE, 1996; CABETE, GOMIDE, COSTA, 2000). Os dentes natais/neonatais observados nestes pacientes encontram-se freqüentemente na maxila, próximo a região da fissura, e por se apresentarem com extrema mobilidade, sua extração é indicada (ALMEIDA e GOMIDE, 1996). Dentes no interior da cavidade nasal, embora sendo um fenômeno pouco freqüente, podem ocorrer (YEUNG e LEE, 1996; MEDEIROS et al., 2000). Quando o conhecimento destes distúrbios é insuficiente, há uma tendência a enfraquecer o prognóstico e reduzir a eficiência de medidas terapêuticas e preventivas adotadas durante o atendimento a esses pacientes (DAMANTE, FREITAS, MORAES, 1973).

A atenção à saúde bucal deve ser iniciada em uma idade precoce, preferencialmente no primeiro ano de vida, pela oportunidade que existe de prevenir o aparecimento de doenças ou minimizar sua incidência e extensão (BÖNECKER, GUEDES-PINTO, WALTER, 1997; FRIZZO, BEZERRA, TOLEDO, 1998). Quando se trata de crianças portadoras de fissuras labiopalatais, nessa mesma faixa etária, a consulta odontológica torna-se imperativa, tanto pelas alterações dentárias que predispõem ao acúmulo de placa, como pela alimentação altamente cariogênica desses pacientes (VILELA, SACRAMENTO, GOMIDE, 1996; MITCHELL e WOOD, 2000; DONAGH, PINSON, SHAW, 2000). Os profissionais, além de informarem aos pais sobre as possíveis alterações dentárias na área da fissura e, conseqüentemente, dos cuidados a serem dispensados na região, devem também alertá-los sobre suas responsabilidades na reabilitação do filho.

Pode-se demonstrar neste estudo que a quase totalidade das crianças nunca consultou um cirurgião-dentista (Tabela 22, p.82), assemelhando-se aos dados obtidos por Montandon, Duarte, Furtado (2001), embora o referido estudo tenha avaliado crianças com idade superior a dois anos. Deve-se salientar que muitos profissionais encontram-se despreparados para o atendimento e desconhecem as particularidades da saúde bucal desses pacientes, embora deveriam estar capacitados a, pelo menos, orientá-los de forma adequada (SCHARDOSIM et al., 2001).

A relação entre o nível de informações das mães sobre a higiene bucal e a qualidade da higiene realizada pelas mesmas demonstrou que a grande maioria não recebeu informações sobre a higiene da boca e da fissura (nível péssimo) (Tabela 23, p.82). Da mesma forma, a higiene realizada pelas mães, em mais da metade dos casos, foi classificada como insatisfatória ou péssima, ou seja, feita de forma inadequada ou não realizada. Foram agrupadas as frequências ótima e satisfatória e insatisfatória e péssima para que pudessem ser relacionadas aos níveis de informação bom, regular e péssimo. Obtendo-se associação estatisticamente significativa, foi permitido afirmar que o baixo nível de informação refletiu-se nos péssimos hábitos de higiene bucal encontrados nas crianças.

A negligência com a saúde bucal, aliada ao baixo nível sócio-econômico dos pacientes, ao desconhecimento da higiene bucal e às alterações dentárias presentes (ABDO et al., 1975; AKOS e AGNES, 1985; PIMENTEL, 1986), torna os pacientes fissurados pertencentes ao grupo de risco à doença cárie, quando comparados aos pacientes sem fissuras (LAUTERSTEIN e MENDELSON, 1964; TOMITA et al., 1996; JOHNSEN e DIXON, 1984; BOKHOUT et al., 1996a; BOKHOUT et al., 1997; LIN e TSAY, 1999). Pelo fato das crianças apresentarem risco significativo de desenvolver cárie, principalmente nos incisivos decíduos, sugere-se suplementação de flúor e o enquadramento das crianças em um programa de odontologia preventiva (STEPHEN e MACFAYDEN, 1977; JOHNSEN e DIXON, 1984; DAHLLÖF, et al., 1989).

Em uma análise entre a condição sócio-econômica e a higiene bucal, Pimentel (1986) constatou que a maior parte dos pacientes pertencia às classes sociais média inferior e baixa superior, sendo que a melhor higienização foi

diretamente proporcional à ascensão na classe sócio-econômica. Da mesma forma, no estudo de Sacramento (1994) e Montandon, Duarte, Furtado (2001), os fatores sócio-econômico-culturais também interferiram na prevalência de cárie da amostra.

A maioria das famílias que participou deste estudo pertencia aos níveis sócio-econômicos baixo superior e inferior (Tabela 26, p.84), procedentes da Grande Florianópolis e do sul de Santa Catarina (Tabela 24, p.83) e em mais da metade dos casos, as famílias dependiam de condução paga pela prefeitura para se locomover até o hospital (Tabela 25, p.83). O grau de escolaridade das mães foi baixo, observando-se significância estatística em relação aos demais níveis de escolaridade.

O nível sócio-econômico das famílias e o grau de escolaridade das mães foi relacionado à qualidade de higiene, a fim de verificar se estes fatores tiveram influência na amostra estudada. Associação estatisticamente significativa pôde ser observada entre o nível sócio-econômico baixo e a qualidade de higiene insatisfatória ou péssima (Tabela 26, p.84) e o grau de escolaridade baixo e a qualidade de higiene insatisfatória ou péssima (Tabela 27, p.85). A análise estatística permitiu afirmar que, na população estudada, o baixo nível sócio-econômico e o baixo grau de escolaridade refletiram na precária condição de higiene bucal.

Os portadores de fissuras passam por experiências comuns que permitem a criação de programas de prevenção (NUNES, MAGGI, LEVANDOWSKI, 1998), os quais podem ter reflexo significativo nos índices de cárie destes pacientes (STEPHEN e MACFAYDEN, 1977). Segundo Johnston e Gregg (2000), a experiência de cárie nos pacientes fissurados, inseridos num programa de atendimento odontológico, tornou-se inversamente proporcional aos suplementos de flúor ingeridos e a presença do odontopediatra na equipe melhorou a saúde bucal desses pacientes. No entanto, as limitações financeiras e geográficas são algumas dificuldades encontradas na execução destes programas (VILELA, SACRAMENTO, GOMIDE, 1996).

Um dos indicadores para identificação dos grupos de alto risco e atividade de cárie é a exposição ao flúor, já que este interfere diretamente no processo desenvolvimento da doença. Quando presente na água de abastecimento, este composto permanece em contato freqüente com a estrutura dentária, beneficiando tanto a maturação do esmalte como a remineralização de lesões de manchas brancas (SILVA, 1999). Pelo fato de que um número considerável de famílias não possui água de abastecimento tratada em seu domicílio, dependendo de poços e cachoeira (Tabela 28, p.86), aliado aos hábitos de higiene bucal insatisfatórios, a baixa condição sócio-econômica e aos hábitos alimentares cariogênicos encontrados nessa amostra, a suplementação de flúor encontra sua indicação reforçada nesta população.

Embora não tenha sido o propósito deste estudo avaliar a prevalência de cárie, as crianças foram examinadas e classificadas quanto á atividade da doença para traçar um perfil geral das condições bucais. O diagnóstico de atividade foi feito na presença de superfícies com cavitação e de lesões de manchas brancas ativas, localizadas em regiões com acúmulo de placa visível, sendo que os resultados referem-se somente àquelas crianças que possuíam dentes. Embora a freqüência de crianças com atividade de cárie tenha sido maior, não foi possível estabelecer significância estatística em função do pequeno número de observações (Tabela 29, p.86). No entanto, o embasamento teórico sobre as particularidades das crianças fissuradas e os dados obtidos neste estudo permitem afirmar que, se não forem tomadas medidas urgentes, capazes de enquadrá-las num programa de prevenção, as conseqüências serão graves.

7 CONCLUSÕES

O embasamento teórico sobre o tema e a análise dos resultados da amostra estudada permitiram elaborar as seguintes conclusões:

- existe um desconhecimento dos pais sobre os cuidados com a alimentação da criança portadora de fissura, refletindo em hábitos alimentares inadequados e cariogênicos;

- o baixo nível de informação dos pais sobre a higienização da boca e da região da fissura, assim como o medo das mães em traumatizar a área da fenda influenciaram, de forma significativa, na qualidade de higiene bucal insatisfatória ou péssima, constituindo fatores implicadores na ausência de higiene nessa região;

- o nível sócio-econômico baixo inferior das famílias e o baixo grau de escolaridade das mães influenciaram significativamente na qualidade insatisfatória de higiene bucal das crianças deste estudo;

- a maioria dos pais, deixou a maternidade despreparada e insatisfeita com as informações recebidas dos profissionais em relação à fissura, fato que influenciou diretamente nos cuidados com o bebê fissurado;

- a falta de acompanhamento e orientação profissionais, agravada por hábitos alimentares e de higiene bucal inadequados, revelaram a suscetibilidade das crianças estudadas às doenças bucais;

- a ação multidisciplinar é indispensável para que medidas odontológicas preventivas possam ser realmente eficientes na reabilitação do paciente portador de fissura.

8 SUGESTÕES

A partir das conclusões obtidas nesta pesquisa sugere-se:

- capacitar os profissionais que trabalham nas maternidades e que prestam o primeiro atendimento ao bebê portador de fissura para que possam oferecer orientações básicas aos pais sobre as fissuras labiopalatais, principalmente quanto à alimentação da criança;

- implantar um atendimento odontológico permanente às crianças fissuradas no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), na cidade de Florianópolis – SC, dando ênfase à higiene na área da fissura, tendo em vista a importância da manutenção de saúde desta região no processo de reabilitação e restabelecimento das condições estéticas, funcionais e psicológicas da criança;

- implantar programas de atenção odontológica preventiva a bebês portadores de fissuras labiopalatais em todos os centros que prestam assistência a estes pacientes, visto que as orientações e o acompanhamento profissional em fases precoces podem proporcionar saúde e qualidade de vida às crianças;

- implantar um protocolo de orientações para o atendimento odontológico a bebês portadores de fissuras labiopalatais (anexo 4).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, R. C. C. et al. Análise das condições dentárias de crianças com fissuras lábio-alvéolo-palatinas. **Suplemento de Ciência e Cultura**, v.27, n.7, p.588, jun. 1975.

AKOS, N.; AGNES, R. Oral hygiene in children with cleft lip and palate. **Fogorvosi Szemle**, v.78, [s.n], p.308-310, [s.n]. 1985.

ALMEIDA, C. M.; GOMIDE, M. R. Prevalence of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate infants. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.33, n.4, p.297-299, July. 1996.

AMARAL, V. L. A. R. Aspectos psicológicos, problemas sociais e familiares associados às fissuras labiopalatinas. In: CARREIRAO, S., LESSA, S., ZANINI, S. A. **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. Cap.3. p.19-24.

AMARAL, V. L. A. R.; MAGNA, L. A. Satisfação conjugal de casais com filhos portadores de deformidades faciais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.1, n.2, p.143-157, [s.n]. 1999.

ARENA, E. P., nutricionista do HRAC-USP, comunicação pessoal. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP, Bauru, São Paulo, 04/1999 apud DALBEN, G.S. **Estudo do padrão de aleitamento e utilização de açúcar na dieta de bebês portadores de fissura lábio-palatais**. Bauru, 1999, 50p. Monografia (Especialização em Odontopediatria) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 1999.

ASHER, C. Neonatal care of infants with clefts of the lip and palate. **British Dental Journal**, v.160, n.12, p.438-439. Jun. 1986.

BACHEGA, M. I. et al. **Manual de instrução alimentar para crianças portadoras de fissura lábio-palatal: 01 dia à 01 ano**. Bauru, Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da USP, 1983.

BACHEGA, M. I.; THOMÉ, S.; CAPELOZZA FILHO, L. O uso de mamadeiras ortodônticas para a alimentação de crianças com fissuras lábio-palatais. **Pediatria Moderna**, v.20, n.7, p.367-371, ago. 1985.

BARDEN, R. C. et al. Effects of craniofacial deformity in infancy on the quality of mother-infant interaction. **Child Development**, v.60, n.4, p.819-824, Aug. 1989.

BAROUDI, R. Embriologia da face. In: CARREIRAO, S.; LESSA, S.; ZANINI, S. A. **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. Cap.1. p.1-11.

BENACERRAF, B. R.; MULLIKEN, J. B. Fetal cleft lip and palate: sonographic diagnosis and postnatal outcomes. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v.92, n.6, p.1045-1051, Nov. 1993.

BERKOWITZ, R. J.; JORDAN, H. U.; WHITE, G. The early establishment of *Streptococcus mutans* in the mouth of infants. **Archives of Oral Biology**, v.20, n.3, p.171-174, March. 1975.

BOKHOUT, B. et al. Increased caries prevalence in 2.5-years-old children with cleft lip and/or palate. **European Journal of Oral Sciences**, v.104, n.5-6, p.518-522, Oct./Dec. 1996a.

_____ Prevalence of *Streptococcus mutans* and *Lactobacilli* in 18-month-old children with cleft lip and/or palate. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.33, n.5, p.424-428, Sept. 1996b.

_____ Incidence of dental caries in the primary dentition in children with a cleft lip and/or palate. **Caries Research**, v.31, n.1, p.8-12, Jan./Feb. 1997.

BÖNECKER, M. J. S.; GUEDES-PINTO, A. C.; WALTER, L. R. F. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. **Associação Paulista de Cirurgões-Dentistas**, v.51, n.6, p.535-540, nov./dez. 1997.

BRINE, E. A. et al. Effectiveness of two feeding methods in improving energy intake and growth of infants with cleft palate: a randomized study. **Journal of the American Dietetic Association**, v.94, n.7, p.732-738, July. 1994.

BUTUGAN, O.; BOGAR, P. Otites médias na infância. **Pediatria Moderna**, v.29, n.4, p.467-475, jul. 1993.

CABETE, H. F.; GOMIDE, M. R.; COSTA, B. Evaluation of primary dentition in cleft lip and palate children with and without natal/neonatal teeth. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.37, n.4, p.406-409, Jul. 2000.

CAPELOZZA FILHO, L. et al. Conceitos vigentes na epidemiologia das fissuras labiopalatinas. **Revista Brasileira de Cirurgia**, v.77, n.4, p.233-230, jul./ago. 1987.

CAPELOZZA FILHO, L. et al. Conceitos vigentes na etiologia das fissuras labiopalatinas. **Revista Brasileira de Cirurgia**, v.78, n.4, p.233-240, jul./ago. 1988.

CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O. G. Fissuras lábio-palatais. In: PETRELLI, O. (Coord.). **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise, 1992, p.195-239.

CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINI, S. A. Fissuras lábio-palatais. **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 344p.

CHOI, B. H. et al. Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.20, n.3, p.167-169, Jun. 1991.

CHRIST, J. E.; MEININGER, M. G. Ultrasound diagnosis of cleft lip and cleft palate before birth. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v.68, n.6, p.854-859, Dec. 1981.

COHEN, M. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. **British Journal of Plastic Surgery**, v.50, n.2, p.143, Feb. 1997.

CORRÊA, M. S. N. P.; MAIA, M. E. S. Técnicas de abordagem. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. 679p. Cap.14. p. 165-177.

DAHLLÖF, G. et al. Caries, gingivitis and dental abnormalities in preschool children. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.26, n.3, p.233-238, July. 1989.

DALBEN, G. S. **Estudo do padrão de aleitamento e utilização de açúcar na dieta de bebês portadores de fissura lábio-palatal**. Bauru, 1999, 59p. Monografia (Especialização em Odontopediatria) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2000.

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

DAVALBHAKTA, A.; HALL, P. N. The impact of antenatal diagnosis on the effectiveness and timing of counselling for cleft lip and palate. **British Journal of Plastic Surgery**, v.53, n.4, p.298-301, Jun. 2000.

DONAGH, S. Mc.; PINSON, R.; SHAW, A. J. Provision of general dental care for children with cleft lip and palate – parental attitudes and experiences. **British Dental Journal**, v.189, n.8, p.432-434, Oct. 2000.

DROTAR, D. et al. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. **Pediatrics**, v.56, n.5, p.710-717, Nov. 1975.

FERREIRA, F. P.; OSMO, A. A. Nutrição da criança. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. 679p. Cap.3. p. 23-31.

FRAIZ, F. C. **Estudo das características da utilização de açúcar através da mamadeira, do primeiro contato com o açúcar e do padrão de aleitamento em crianças de 0 a 36 meses**, Curitiba. São Paulo, 1993. 76p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 1993.

FRIZZO, G. M.; BEZERRA, A. C. B.; TOLEDO, O. A. Correlação entre hábitos alimentares e cárie dentária em crianças de 6 a 36 meses de idade. **Jornal Brasileiro de Pediatria**, v.1, n.2, p.17-26, [s.n]. 1998.

FURLANETO, E. C.; PRETTO, S. M. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos no Serviço de Defeitos de Face da PUCRS. **Revista Odonto Ciência**, v.15, n.29, p.39-56, jun. 2000.

GRACIANO, M. I. G.; NEVES FILHO, A.; LEHFELD, N. A. S. **Critérios de avaliação para classificação sócio econômica**: elementos de atualização. Bauru, Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais, Universidade de São Paulo, 1999. 46p.

HAGBERG, C.; LARSON, O.; MILERAD, J. Incidence of cleft lip and palate and risks of additional malformations. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.35, n.1, p.40-45, Jan. 1997.

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS - HRAC. **Protocolo de informações**: Etapas terapêuticas do processo de reabilitação das lesões labiopalatais. São Paulo : USP, 1998. 14p..

JOHNSEN, D. C.; DIXON, M. Dental caries of primary incisors in children with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.21, n.2, p.104-108, April. 1984.

JOHNSTON, D. J.; GREGG, T. A. Efficacy of caries preventive advice for the cleft palate child. **Journal of Dental Research**, v.79, n.5, p.1227, abstract n.3, 2000.

LARSEN, W. J. Development of the head, the neck, and the eyes and ears. In: LARSEN, W. J. **Human embryology** 2. ed. New York: Churchill Livingstone, 1997. 512p. Cap.12. p.345-410.

LAUTERSTEIN, A. M.; MENDELSON, M. An analysis of the caries experience of 285 cleft palate children. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.35, n.1, p.314-319, July. 1964.

LIN, Y. T. J.; TSAY, C. L. Caries prevalence and bottle-feeding practices in 2-years-old children with cleft lip, cleft palate, or both in Taiwan. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.36, n.36, p.522-526, Nov. 1999.

MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da doença cárie. In: KRIGER, L. (Coord.). **ABOPREV: promoção de saúde bucal**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 475p. Cap.4, p.69-91.

MARIS, C. L. et al. Are infants with orofacial clefts at risk for insecure mother-child attachments? **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.37, n.3, p.257-265, May. 2000.

MARQUES, M. I. V. M.; MARTINELLI, A. J. A alimentação das crianças portadoras de fissuras congênitas lábio-palatais nos dois primeiros anos de vida. **Jornal de Pediatria**, v.68, n.3/4, p.87-92, [s.n]. 1992.

MEDEIROS, A. S. et al. Prevalence of intranasal ectopic teeth in children with complete unilateral and bilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.37, n.3, p.271-273, May. 2000.

MITCHELL, J. C.; WOOD, R. J. Management of cleft lip and palate in primary care. **Journal of Pediatric Health Care**, v.14, n.1, p.13-199, Jan./Feb. 2000.

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

MOMBELLI, A.; BRÄGGER, U.; LANG, N. P. Microbiota associated with residual clefts and neighboring teeth in patients with cleft lip, alveolus, and palate. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.29, n.5, p.463-469, Sep. 1992.

MONTANDON, E. M.; DUARTE, R. C.; FURTADO, P. G. C. Prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. **Jornal Brasileiro de Pediatria**, v.4, n.17, p.68-73, jan./fev. 2001.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. O aparelho branquial ou faríngeo. In: MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 448p. Cap.10. p.177-212.

NAGEM FILHO, H.; MORAES, N.; ROCHA, R. G. F. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas labiopalatais na população escolar de Bauru. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v.6, n.2, p.111-128, abr./jun. 1968.

NELLI, E. A. et al. Ações integradas na reabilitação de crianças portadores de lesões labiopalatais. In: KUDO, A. M. et al. (Coord.) **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1990. p. 309-327.

NELLI, E. A. Comunicação pessoal. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – São Paulo : USP, 08 jun. 1999 apud DALBEN, G. S. **Estudo do padrão de aleitamento e utilização de açúcar na dieta de bebês portadores de fissura lábio-palatal**. Bauru, 1999, 59p. Monografia (Especialização em Odontopediatria) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2000.

NETO, J. G. B. Genética das fissuras labiopalatinas. In: CARREIRO, S., LESSA, S., ZANINI, S. A. **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. Cap.5. p.31-34.

NUNES, M. L., T.; MAGGI, A.; LEVANDOWSKI, D. C. Considerações acerca das experiências de pais e mães de crianças portadoras de fissura labiopalatina. **Revista Odonto Ciência**, v.13, n.26, p.7-27, dez. 1998.

PARADISE, J. L.; McWILLIAMS, B. J. Simplified feeder for infants with cleft palate. **Pediatrics**, v.53, n.4, p.566-568, April. 1974.

PASHAYAN, H. M.; McNAB, M. Simplified method of feeding infants born with cleft palate with or without cleft lip. **American Journal of Disease of Children**, v.133, n.2, p.145-7, Fev. 1979.

PAUL, T.; BRANDT, R. S. Oral and dental health status of children with cleft lip and/or palate. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.35, n.4, p.329-32, Jul. 1998.

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO – HIJG. PEREIRA, M. J. L. **Comunicação pessoal**. Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis - SC, 05 jul. 2001.

PEREIRA, M. J. L. et al. Análisis epidemiológico de 520 niños com fisura labio palatina. **Revista de Cirurgia Infantil**, v.10, n.3, p.151-157, Sep. 2000.

PERES, S.; LOPES, L. D.; GOMEZ, R. P. Fissuras lábio-palatais: um enfoque genético, ortodôntico e psicológico. **Revista do Instituto Odontológico Paulista – Faculdades Objetivo**, v.5, n.1, p.1-7, jan./jun. 1987.

PIMENTEL, I. G. **Relação entre condição sócio-econômica, idade e sexo com higiene bucal e prevalência de cárie dentária em pacientes portadores de fissuras lábio-palatais.** Bauru, HPRLLP – USP, 1986. 32p. / Monografia – Residência Odontologia, HPRLLP – USP.

PORTINHO, F.; KÓS, A. O. de A. Alterações otológicas nos pacientes com fissuras palatinas. In: CARREIRAO, S., LESSA, S., ZANINI, S. A. **Tratamento das fissuras labiopalatinas.** 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. Cap.4. p.25-30.

PÖYRY, M.; RANTA, R. Emergence of deciduous teeth in children with oral clefts. **Proceedings of the Finnish Dental Society**, v.81, n.3, p.171-176, [s.n]. 1985.

RANTA, R. A review of tooth formation with cleft lip/palate. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v.90, n.1, p.11-18, Jul. 1986.

ROCHA, R.; TELLES, C. S. O problema das fissuras lábio-palatais – diagnóstico e aspectos clínicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Ortodontia**, v.1, n.6, p.178-192, jul./ago/set. 1990.

RUIZ, M. A. S. **Prevalência das anomalias dentárias de forma, número e posição na dentadura decídua em portadores de fissura lábio-palatal.** Bauru, 1997. Monografia (Especialização em Odontopediatria). Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 1997.

SACRAMENTO, E. P. **Avaliação do índice ceos relacionado aos hábitos alimentares em portadores de fissuras de lábio e/ou palato com idade de 2 a 6 anos.** Bauru, 1994. 69p. Monografia (Residência Odontológica – Odontopediatria). Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo, 1994.

SCHARDOSIM, L. R. et al. Perfil do conhecimento dos cirurgiões-dentistas de Florianópolis sobre as fissuras labiopalatais. In: **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.15, São Paulo, 2001. Anais... São Paulo: [s.n], 2001. 208p, p.94, A192.

SILVA, M. F. A. Flúor sistêmico: aspectos básicos, toxicológicos e clínicos. In: KRIGER, L. (Coord.). **ABOPREV: promoção de saúde bucal.** 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 475p. Cap.8, p.141-165.

SILVA FILHO, O. G. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Revista Brasileira de Cirurgia**, v.82, n.2, p.59-65, mar./abr. 1992.

SLUTSKY, H. Maternal reaction and adjustment to birth and care of cleft palate child. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.6, [s.n], p.425-429, Oct. 1969.

SOET, J. J. et al. Transmission of mutans streptococci between mothers and children with cleft lip and/or palate. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.35, n.5, p.460-464, Sep. 1998.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo**, v.27, p.5-6, 1972.

STEPHEN, K. W.; MACFADYEN, E. E. Three years of clinical caries prevention for cleft palate children. **British Dental Journal**, v.143, n.4, p.111-116, Aug. 1977.

THOMÉ, S. **Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato**. Ribeirão Preto, 1990, 245 p. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1990.

TISZA, V. B.; GUMPERTZ, E. The parent's reaction to the birth and early care of children with cleft palate. **Pediatrics**, v.20, n.1, p. 86-90, July. 1962.

TOMITA, N. E. et al. Prevalência de cárie dentária em crianças portadoras de fissuras lábio-palatais. **Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru**, v.4, n.3-4, p.33-38, jul./dez. 1996.

TRENOUTH, M. J.; CAMPBELL, A. N. Questionnaire evaluation of feeding methods for cleft lip and palate neonates. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.6, n.4, p.241-244, Dec. 1996.

VAN LOVEREN, C. et al. Incidence of mutans streptococci and lactobacilli in oral cleft children wearing acrylic plates from shortly after birth. **Oral Microbiology and Immunology**, v.13, n.5, p.286-291. Oct. 1998.

VICHI, M.; FRANCHI, L. Abnormalities of the maxillary incisors in children with cleft lip and palate. **ASDC Journal Dental Children**, v.62, n.6, p.412-417, Nov./Dec. 1995.

VILELA, A. C. S. **Estudo de parâmetros clínicos e microbiológicos da cárie dentária em pares de mães e crianças portadoras de fissuras lábio-palatinas de 1 a 2 anos de idade**. Bauru, 1996, 102 p. Monografia (Especialização em Odontopediatria). Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 1996.

VILELA, A. C. S.; SACRAMENTO, E. P.; GOMIDE, M. R. Educação dos pais versus saúde bucal de bebês fissurados. **Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v.50, n.4, p.357-360, jul./ago. 1996.

WONG, F. W. L.; KING, N. M. The oral health of children with clefts: a review. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.35, n.3, p.248-54, May. 1998.

YEUNG, K. H.; LEE, K. H. Intranasal tooth in a patient with a cleft lip and alveolus. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.33, n.2, p.157-159, Mar. 1996.

YOUNG, J. L. et al. What information do parents of newborns with cleft lip, palate, or both want to know? **Cleft Palate Craniofacial Journal**, v.38, n.1, p.55-8, Jan. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Lisandrea Rocha ScharDOSim, sou cirurgiã-dentista e aluna do Curso de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC. Estou fazendo uma pesquisa sobre os cuidados que os pais devem ter com a saúde bucal de crianças fissuradas, para implantar um serviço especializado no atendimento dessas crianças neste hospital. Gostaria de saber porque elas podem ter mais cáries que as outras crianças e o que deveria ser feito para preveni-las.

O trabalho consiste numa consulta de mais ou menos 20 minutos, na qual eu vou fazer algumas perguntas sobre a forma como você limpa a boca do seu filho(a), de que forma ele se alimenta, examinar a região da fissura, assim como lhe passar algumas orientações. Não é esperado nenhum desconforto durante o exame. Se você quiser fazer alguma pergunta durante a consulta sobre a malformação que ele tem (fissura), pode ficar à vontade, pois eu estou aqui para ajudar. Talvez seja necessário fazer algumas fotografias para acompanhar o desenvolvimento dos dentes e de outras regiões da boca. Essas fotos ficarão guardadas comigo e serão vistas apenas por profissionais que estiverem estudando o assunto.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ declaro que estou ciente dos objetivos desta pesquisa e que fui claramente informado(a) sobre os procedimentos a que meu(minha) filho(a) será submetido(a). Todas as minhas dúvidas foram respondidas de forma precisa e fui informado(a) de que poderei solicitar o esclarecimento de outras dúvidas que possam surgir no decorrer do estudo. Tenho plena liberdade para dizer se quero ou não participar e o meu

consentimento pode ser retirado a qualquer momento, caso não queira mais fazer parte da pesquisa. Declaro também que minha participação é voluntária, sem custo algum.

Estou ciente de que todas as informações e fotos obtidas nesta pesquisa são confidenciais e que o nome de meu filho(a) não aparecerá em nenhum momento. Estas informações me foram prestadas pela Cirurgiã-Dentista Lisandrea Rocha Schardosim (CRO 10884), aluna regularmente matriculada no Curso de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, sob a orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Bosco. Fone p/ contato: (048)234-45-56 / 234-87-76.

Dessa forma, autorizo meu filho(a), ou menor pelo qual sou responsável legal, _____ a participar desta pesquisa sob as condições em que fui informado(a).

Florianópolis, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do Pai, Mãe ou Responsável legal

Nº documento

APÊNDICE 2**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Nº da ficha: _____

DADOS DO BEBÊ

Nome:

Idade: Data de nascimento.: ____ / ____ / ____

Sexo: M / F Cor:

Endereço:

Bairro: Cidade: Estado:

CEP: Naturalidade:

Fone p/ contato:

Irmãos: SIM / NÃO Quantos? Ordem de nascimento:

Disponibilidade para reconsultas:

DADOS DA MÃE

Nome da mãe:

Idade: Cor:

Escolaridade: 1º / 2º Grau Incompleto - 1º / 2º Grau Completo

Renda familiar mensal:

Gestação planejada? Sim / Não

Acompanhamento pré-natal? SIM / NÃO Serviço Público / Privado

Último ultra-som (mês): Médico viu a fissura? SIM / NÃO

Visitou o dentista durante a gravidez? SIM / NÃO Porque motivo?

Recebeu alguma orientação odontológica de prevenção durante a gestação?

SIM / NÃO

SAÚDE DO BEBÊ

Submetido a cirurgia corretiva? SIM / NÃO Quantas? Em que idade? Tipo?

Onde? Quem fez?

Pós-operatório: BOM / RUIM

Outras malformações associadas? SIM / NÃO

Foi esclarecido sobre os cuidados com o filho na maternidade? Ficou satisfeito?

Seu filho foi avaliado pelo dentista? O que foi feito?

ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ

Mama ou mamou no peito? Não / Sim

Até que idade? Freqüência:

Porque deixou de mamar no peito?

Amamentação artificial? Não / Sim () mamadeira () conta-gotas () outro:

Desde quando? Até quando?

Mamadeira noturna? SIM / NÃO

Tipo de alimento e como é preparado:

Bico da mamadeira: () comum () ortodôntico Aumentou o furo? SIM / NÃO

Posição para mamar: () sentado () semi-sentado

() deitado () qualquer posição

Dificuldade de sucção: Não / Sim Refluxo nasal: Não / Sim

Saída de leite pelo ouvido: Não / Sim

HIGIENE BUCAL

Realiza alguma higiene: (Quando iniciou? Quantas vezes? Como?)

* ANTES da erupção dos dentes: SIM / NÃO

* DEPOIS da erupção dos dentes: SIM / NÃO

Recebeu orientação de algum profissional sobre a higiene da boca ? SIM / NÃO

De quem?

Higieniza a área da fissura? SIM / NÃO Como?

Recebeu orientação de algum profissional sobre a higiene dessa área?

Sente medo ou receio em higienizar?

EXAME CLÍNICO DO BEBÊ

Classificação da fissura :

Presença de dentes? NÃO / SIM Quais?

Atividade de cárie? SIM / NÃO

Observações:

Data do exame: ____ / ____ / ____

APÊNDICE 3

FOLHETO DE ORIENTAÇÕES AOS RESPONSÁVEIS

PROGRAMA DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A BEBÊS PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATAIS

- ☺ O LEITE MATERNO é o único e mais rico alimento nos primeiros 6 meses de vida do bebê. A amamentação no peito deve sempre ser estimulada, pois previne doenças e estimula o crescimento de ossos e músculos.
- ☺ Caso não seja possível a amamentação no peito, utilize mamadeira ou copo e coloque açúcar de acordo com as orientações de seu médico. Seu filho deve ser alimentado numa posição mais sentada para não se afogar ou sair leite pelo nariz!
- ☺ A criança quando nasce não possui a bactéria que causa a cárie, ela é transmitida através da saliva de vocês. Portanto, evitem assoprar ou provar o alimento que irá à boca de seu filho.
- ☺ A higiene bucal do bebê deve iniciar antes do aparecimento dos dentes. A limpeza deve ser feita uma vez ao dia, de preferência após a última mamada, com uma gaze ou fralda embebida em água filtrada ou fervida. Além de massagear e limpar a gengiva, é uma grande demonstração de CARINHO. Caso seu filho chore, fiquem tranquilos: o CHORO é normal no bebê.
- ☺ A região da fissura deve ser limpa sem receio de machucar. Seu bebê não sentirá dor! É importante remover restos de alimentos ou de leite que ali ficam armazenados.
- ☺ Ao aparecer o primeiro dentinho, os cuidados com a higiene bucal devem ser redobrados. Procurem um dentista para ajudá-los.

- ☺ Crianças fissuradas podem ter mais cáries que as outras crianças, pois a região da fissura dificulta a limpeza e altera a posição dos dentes. Além disso, a doença cárie pode prejudicar a cirurgia de reabilitação e todo o tratamento que seu filho precisará fazer. Portanto, os cuidados com a saúde bucal devem iniciar desde bebê!

- ☺ O DENTISTA é um profissional que quer trabalhar junto com vocês. Procurem-no desde cedo para orientá-los!

- ☺ LEMBREM-SE: VOCÊS SÃO OS MAIORES RESPONSÁVEIS PELA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE SEU FILHO!

0APÊNDICE 4

PROTOCOLO DE ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A BEBÊS PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATAIS

PRIMEIRA CONSULTA

- ❖ Identificar o grau de esclarecimento dos pais em relação às fissuras e transmitir informações básicas de ordem geral já que, na maioria dos casos, os pais encontram-se desorientados e carentes por qualquer informação;
- ❖ Tranqüilizar os pais de que a fissura não causa dor na criança e de que não há riscos de que seja “aberta” durante a higiene bucal;
- ❖ Esclarecer os pais quanto à possibilidade da amamentação natural e seus benefícios;
- ❖ Se a criança estiver sendo alimentada através de mamadeira, explicar e demonstrar os métodos para a sua utilização (posição para a mamada, forma, tamanho e furo do bico);
- ❖ Analisar a dieta: caso não seja possível diminuir ou remover o açúcar da alimentação, a higiene bucal deve ser reforçada;
- ❖ Perguntar aos pais sobre as condições de saúde geral da criança: caso esteja em tratamento médico e tomando medicação, averiguar tipo e horário de sua ingestão. Quando possível, adequar o horário da administração dos medicamentos e complexos vitamínicos para que seja possível a higiene bucal posterior;
- ❖ Explicar aos pais a importância da manutenção da saúde bucal dentro do contexto da reabilitação, de forma simples e objetiva;

- ❖ O paciente deve ser mantido em controle preventivo/educativo periódico;
- ❖ Adiar informações mais específicas para consultas posteriores;
- ❖ O Cirurgião-Dentista deve manter contato com todos os profissionais que participam da equipe de reabilitação do paciente portador de fissura;

HIGIENE BUCAL

- ❖ A região da fissura pode tornar-se nicho de bactérias patógenas, portanto deve ser higienizada diariamente para remover resíduos de leite e outros alimentos, assim como evitar infecções respiratórias e de ouvido;
- ❖ Antes da erupção dentária a limpeza deve ser feita com fralda/gaze embebida em água filtrada ou fervida ou em solução de peróxido de hidrogênio (1:3), após as mamadas;
- ❖ A limpeza na região da fissura é feita da mesma forma que no restante da boca, podendo-se também utilizar um cotonete para higienizar a região buco-nasal, preferencialmente enquanto a criança estiver dormindo para evitar traumatismo causado por algum movimento brusco;
- ❖ Ao erupcionarem os dentes próximos à região da fissura, os pais devem ser alertados do acúmulo de placa nesses dentes e dos riscos à cárie. Os incisivos próximos à cicatriz cirúrgica do lábio devem ser limpos tracionando-se o lábio para cima, para que a face vestibular possa ser alcançada pela escova;
- ❖ Crianças portadoras de fissuras labiopalatais pertencem ao grupo de risco devido a presença de alterações decorrentes da fissura, portanto necessitam do contato com o flúor;
- ❖ Os pais devem ser questionados quanto à procedência da água de abastecimento e à utilização de dentifrícios fluoretados, para que suplementos de flúor possam ser administrados;

UTILIZAÇÃO DE CHUPETA

- ❖ A criança que não foi amamentada no peito e não teve contato com a mamadeira precisa satisfazer a necessidade de sucção, portanto a utilização racional da chupeta pode ser um meio de saciar essa necessidade fisiológica;
- ❖ Nos primeiros 30 dias após a cirurgia de reabilitação, desaconselha-se a utilização de chupeta e mamadeira. Este momento pode ser aproveitado para sua remoção definitiva em crianças acima de dois anos de idade;

ALIMENTAÇÃO

- ❖ a criança portadora de fissura pode ser amamentada no peito e deve ser estimulada para isto. O sucesso depende em grande parte das orientações adequadas oferecidas à mãe;
- ❖ a posição mais aconselhável para a amamentação (natural ou artificial) é semi-sentada, para evitar refluxo nasal e pelo ouvido, assim como evitar infecções;
- ❖ A mamadeira deve ser mantida inclinada, pois o bico deve sempre estar cheio de leite;
- ❖ a mamadeira deve ser oferecida no colo, pois o contato com a mãe é importante para o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e criança malformada;
- ❖ preferencialmente, o bico deve ser ortodôntico e de látex; não sendo possível adquiri-lo, indicar um de consistência macia;
- ❖ quando a criança não conseguir succionar, o furo do bico poderá se aumentado em até 1mm (Importante: o leite deve gotejar);

- ❖ quando necessária complementação com aleitamento artificial fazê-la, preferencialmente, de colher; leite acrescido de farinhas (mamadeira engrossada) também deve ser oferecido com colher;
- ❖ o acréscimo de açúcar aos alimentos deve obedecer às orientações nutricionais do médico, quando a criança precisar ganhar peso.