

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANNA CAROLINA ANTUNES CHAVES
RAFAELA DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

**FISSURAS DE LÁBIO E PALATO: ABORDAGEM PREVENTIVA E
ORIENTAÇÕES RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO E
HIGIENIZAÇÃO ORAL DE CRIANÇAS**

VOLTA REDONDA

2021

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**FISSURAS DE LÁBIO E PALATO: ABORDAGEM PREVENTIVA E
ORIENTAÇÕES RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO E
HIGIENIZAÇÃO ORAL DE CRIANÇAS**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunas: Anna Carolina Antunes Chaves
Rafaela de Oliveira Conceição

Orientadora: Roberta Mansur Caetano
Coorientadora: Marcela Ventura Soares

VOLTA REDONDA

2021

FICHA CATALOGRAFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

C512f Chaves, Anna Carolina Antunes
Fissuras de lábio e palato: Abordagem preventiva e orientações relacionadas à alimentação e higienização oral de crianças. / Anna Carolina Antunes Chaves; Rafaela de Oliveira Conceição. – Volta Redonda: UniFOA, 2021.

47 p. II

Orientador (a): Roberta Mansur Caetano

Monografia (TCC)– UniFOA / Curso de Odontologia, 2021.

1. Odontologia - TCC. 2. Fissura palatina. 3. Aleitamento materno. I. Caetano, Roberta Mansur. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Fissuras de Labio e Palato: Abordagem Preventiva e Orientações relacionadas a Alimentação e Higiene Oral de Crianças”.

Elaborado por: Anna Carolina Antunes Chaves
Rafaela de Oliveira Conceição

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 21 de Junho de 2021.

Banca Avaliadora:

.....
Prof^a Doutora Roberta Mansur Caetano

.....
Prof^a Mestra Marcela Ventura Soares

.....
Prof^o Mestre Sergio Barbosa Ribeiro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais e minha irmã por todo apoio e incentivo dado para conclusão de mais uma vitória, sempre dispostos a me ouvir e dar colo quando necessário, sem eles esse trabalho não se completaria. A orientadora Dr^a Roberta Mansur pela dedicação, orientação e amizade, nunca deixando faltar uma palavra de incentivo, à minha dupla Rafaela de Oliveira Conceição por todos os momentos e conquistas. A Deus por nunca me abandonar e sempre me ouvir em minhas orações, Ele é a razão de tudo. Aos professores e a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desse trabalho.

Anna Carolina Antunes Chaves

Este trabalho é todo dedicado aos meus pais, pois é graças a seus esforços e dedicação que hoje posso concluir essa grande vitória. Aos meus irmãos e namorado por todo apoio e incentivo para concluir este trabalho, por me ensinarem a prosseguir e persistir em meus sonhos. A Deus, por sempre estar ao meu lado e me trazer clareza nos momentos necessários, sem Ele este trabalho não estaria sendo realizado. A minha orientadora, Dr^a Roberta Mansur por todo carinho, dedicação e esforço, a minha dupla Anna Carolina Chaves por compartilha os momentos dessa incrível jornada ao meu lado. Aos meus amigos, professores e familiares que direta ou indiretamente contribuíram para essa conclusão.

Rafaela de Oliveira Conceição

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente a Deus, pelas oportunidades e por estar sempre comigo em todas as dificuldades me amparando. A minha mãe, Angelita e meu pai, Marcos Antonio, por todo esforço, amor e confiança que nunca me deixaram desistir, sempre ao meu lado em todos os momentos, sem vocês nada sou.

A minha irmã Anna Júlia por ter me apoiado, encorajado e presenciado comigo esses momentos até aqui e ser a melhor irmã que eu poderia ter. Compartilho o mérito desta conquista com meu irmão Júnior e minha dupla Rafaela.

A minha orientadora, Roberta Mansur, pela amizade, dedicação e carinho ao longo desses anos. E por fim, a todos que contribuíram de algum modo para que esse sonho se concretizasse.

Anna Carolina Antunes Chaves

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pela sabedoria que me foi dada e por me ajudar a ultrapassar os obstáculos enfrentados durante essa jornada. Ao meu pai Antônio Carlos por batalhar para que esse sonho se tornasse realidade, a minha mãe, Silvia Helena que sempre me encorajou em momentos de dúvida e me deu abrigo em ocasiões difíceis.

Aos meus irmãos, Gabriela, Carlos Eduardo e Fernanda, que sempre permaneceram ao meu lado, me orientando e apoiando em todas as fases até que chegasse a conclusão deste trabalho. Assim como minha dupla Anna Carolina, que me motivou a desenvolver este trabalho e sempre esteve presente.

A orientadora e amiga Roberta Mansur, agradeço pela dedicação, apoio e palavras de encorajamento em todos os momentos. Que contribuiu para que mais um sonho se tornasse realidade. Aos familiares e amigos que ajudaram a mais uma conquista.

Rafaela de Oliveira Conceição

EPÍGRAFE

“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer”.

Albert Einstein

RESUMO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que geram anormalidades no palato, alvéolo e/ou lábio, podendo comprometer gengiva, dentes e nariz. Apresentam como etiologia, os fatores genéticos e ambientais ou principalmente a associação de ambos, no primeiro trimestre de gestação. O objetivo desse estudo sobre fissuras labiopalatinas foi identificar os fatores etiológicos e as estratégias preventivas, bem como os cuidados na alimentação e higiene oral das crianças fissuradas. Foi realizada avaliação dos prontuários médicos dos pacientes, cujos responsáveis buscaram aconselhamento genético na Policlínica do Curso de Medicina do UniFOA no ano de 2020, na cidade de Volta Redonda, estado do Rio de Janeiro. Dos 46 prontuários avaliados, apenas dois pacientes apresentavam fissuras labiopalatinas, sendo a prevalência de 4,34%. Um paciente do gênero feminino, com fissura pós forame completa, várias anormalidades congênitas, histórico familiar de síndrome de Down, foi amamentada por aleitamento artificial através de fórmulas. O segundo paciente do gênero masculino, com fissura pré forame completa bilateral associada a síndrome de Van der Woude, mãe com idade superior a 40 anos e o pai apresentava fissura labiopalatina, foi amamentado naturalmente por dois meses e com leite materno ordenhado até cinco meses. Concluiu-se que as estratégias preventivas referem-se aos cuidados com a saúde geral da mulher, no período pré-concepcional e durante a gestação. Devem ser dadas orientações e incentivo ao aleitamento materno dos bebês fissurados, bem como, orientações referentes a higienização oral.

Palavras-chave: Fissura Palatina; Aleitamento materno; Aconselhamento Genético.

ABSTRACT

Cleft lip or cleft palate is a congenital malformation responsible for anomalies in the palate, alveolus and/or lip, possibly compromising the gums, teeth and nose. In regard to its etiology, main causes are genetic and environmental factors, especially the combination of both, in the first trimester of pregnancy. The objective of this study was to identify preventive strategies and etiological factors, as well as oral hygiene and dietary care in children afflicted with cleft lip/palate. Patients' medical records were analyzed, whose guardians sought genetic counselling in the Polyclinic of UniFOA's Medicine Course in the year 2020, city of Volta Redonda, state of Rio de Janeiro. Of 46 medical charts evaluated, only two patients were afflicted with cleft lip, showing prevalence of 4,34%. A female patient, with post-complete foramen cleft, several congenital abnormalities and family history of Down syndrome, was breastfed by artificial feeding through formulas. The second patient, a male, with bilateral complete pre-foramen cleft associated with Van der Woude syndrome, a mother aged over 40 years and a father with cleft lip and palate, was naturally breastfed for two months and with milked breast milk for up to five months. It was concluded that preventive strategies refer to care for the general health of women, in the preconception period and during pregnancy. Guidance and encouragement for breastfeeding of cleft babies should be given, as well as guidelines regarding oral hygiene.

Keywords: Cleft Palate; Breast Feeding; Genetic Counseling.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição dos pacientes, por gênero.....	28
Gráfico 2 Prevalência de fissuras labiopalatinas	29

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Classificação das fissuras - Spina, 1972.....	16
Figura 2 Classificação de Spina (1972). Da esquerda para direita e de cima para baixo: fissura pré-forame unilateral incompleta; fissura pré-forame bilateral incompleta; fissura pré-forame unilateral completa; fissura pré-forame completa bilateral; fissura transforame unilateral; fissura transforame bilateral; fissura pós-forame completa e fissura pós-forame incompleta.....	17
Figura 3 Posições para o aleitamento natural	22

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPS	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
et al.	E colaboradores
FL	Fissura Labial
FLP	Fissura Labiopalatina
FLPs	Fissuras Labiopalatinas
FP	Fissura Palatina
FPFI 1	Fissura Pré-forame Incisivo
FPFI 2	Fissura Pós-forame Incisivo
FTI	Fissura Transforame Incisivo
OMS	Organização Mundial de Saúde
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
%	Porcentagem

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A Folheto Informativo	43
--------------------------------------	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Parecer Consubstanciado do CoEPs.....	45
---------	---------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Definição e Classificação	16
2.2 Fatores Etiológicos	18
2.3 Estratégias Preventivas	19
2.4 Aleitamento Natural e Artificial	20
2.5 Higienização Oral	24
3 MATERIAIS E MÉTODOS	27
4 RESULTADOS.....	28
5 DISCUSSÃO	30
6 CONCLUSÃO	35
6 REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICES	43
ANEXOS	45

1 INTRODUÇÃO

As fissuras orofaciais ou fendas orais são malformações congênitas que podem ocorrer apenas no lábio, apenas no palato ou no lábio e palato. Na fenda de lábio ocorre a falha do fechamento do lábio superior durante o período gestacional, envolvendo um dos lados ou ambos, podendo atingir nariz, gengiva e maxila. A fenda palatina pode acometer todo o palato e base do nariz, fazendo uma comunicação direta entre essas duas estruturas (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

As fissuras orofaciais são apontadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um problema de saúde pública, pois sua prevalência é relevante (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014). Impacta fortemente a vida da criança, tanto psicologicamente, quanto socialmente e se faz necessário um tratamento a longo prazo, multidisciplinar, em todos os níveis de atenção em saúde (básica, média e alta complexidade), nos centros especializados. Logo, é necessário fortificar o enfoque na prevenção, através de aconselhamento genético e orientações às futuras mães (PEDRO et al., 2010; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

No planejamento da gestação, o aconselhamento pré-concepcional proporciona informações e orientações a respeito da saúde geral da mulher e dos riscos relacionados ao consumo de álcool, tabaco e medicamentos na gestação, que contribuem para uma gestação mais saudável, com prevenção dos defeitos congênitos do bebê (SANSEVERINO et al., 2011).

O aconselhamento genético possibilita que pacientes e familiares, em risco para uma doença que pode ser genética, sejam informados das consequências dessa doença, da probabilidade de desenvolvê-la e transmiti-la, bem como das alternativas terapêuticas e preventivas (SANSEVERINO et al., 2011).

As fissuras labiopalatinas geram alterações anatômicas em região de lábio e cavidade oral que limitam ou restringem o processo de sucção, deglutição e respiração, impactando na alimentação de neonatos (COLLARES et al., 1995;

DALBEN et al., 2003; RIBEIRO; MOREIRA, 2005; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

O objetivo desse estudo sobre fissuras labiopalatinas foi identificar os fatores etiológicos e as estratégias preventivas, bem como os cuidados na alimentação e higiene oral das crianças fissuradas, e ainda, análise da prevalência dessa anomalia em uma amostra de pacientes da Policlínica do UniFOA.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Definição e Classificação

As fissuras labiais, palatinas e labiopalatinas caracterizam-se por uma anormalidade no palato, alvéolo e/ou lábio, alcançando partes da face, tais como gengiva, dentes e nariz. Essas fissuras podem ser palatais (FP), labiais (FL) e labiopalatinas (FLP), resultantes de defeitos primários no decorrer da fusão dos processos nasais, maxilares e palatinos, nas FP e FLP, e dos processos nasais, maxilares e medianos, na FL. Ocorrem mais especificamente entre a 4ª e 12ª semana de vida intra uterina, podendo ser unilateral, bilateral ou total (ORSI JÚNIOR, 2006; CARRARO; DORNELLES; COLLARES, 2011).

A fenda labiopalatina acomete um em cada 650 recém-nascidos no Brasil e um a cada 1.000 no mundo (ORSI JÚNIOR, 2006). Acontecem em quase 70% das pessoas, de forma não sindrômica, portanto, sem se relacionar a nenhuma outra anomalia, mudanças de comportamento e/ou cognição. Os 30% restantes se associam às alterações genéticas e teratogênicas (PARANAIBA et al., 2010). A incidência aumenta com a presença de familiares fissurados (ORSI JÚNIOR, 2006).

A classificação das fissuras labiopalatinas desenvolvida por Spina é a mais utilizada no Brasil. Foi definido como ponto anatômico de orientação, o forame incisivo, pois é o local que ocorre o processo de divisão do palato primário e secundário. Classificando-as em: fissura pré-forame incisivo, fissura pós-forame incisivo e fissura transforame (DIÓGENES et al., 2017) (Figuras 1 e 2).

Estrutura	Lábio	Alvéolo	Palato duro	Palato mole
Tipo fissura				
Pré-forame incompleta	+	-	-	-
Pré-forame completa	+	+	-	-
Pós-forame completa	-	+	+	+
Pós-forame incompleta	-	-	-	+
Transforame	+	+	+	+

Figura 1: Classificação das fissuras - Spina, 1972
Fonte: <http://www.eerp.usp.br/ebooks/Fissura.pdf>.

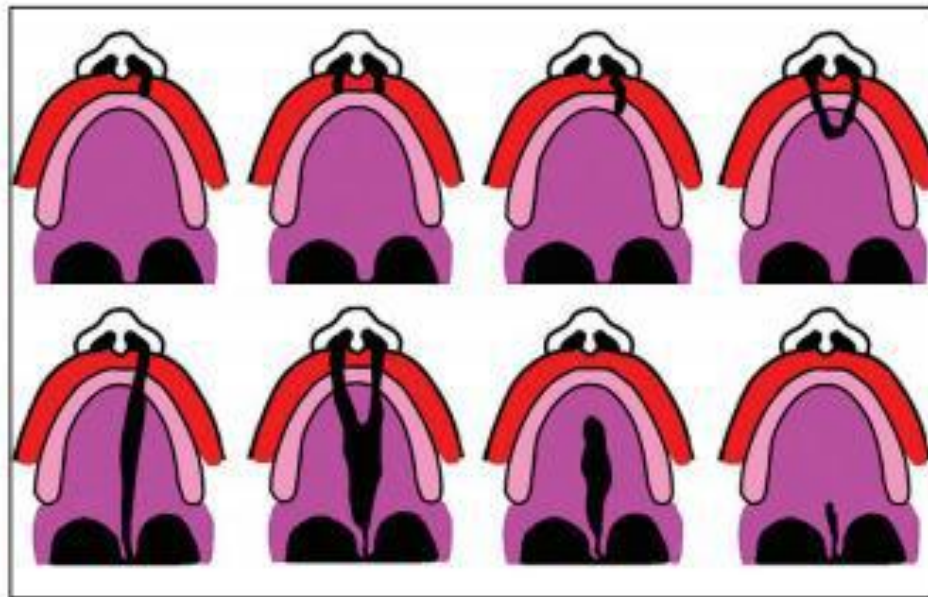


Figura 1. Classificação de Spina (1972). Da esquerda para direita e de cima para baixo: fissura pré-forame unilateral incompleta; fissura pré-forame bilateral incompleta; fissura pré-forame unilateral completa; fissura pré-forame completa bilateral; fissura transforame unilateral; fissura transforame bilateral; fissura pós-forame completa e fissura pós-forame incompleta.

Fonte: CYMROT et al., 2010.

A fissura pré-forame incisivo (FPFI 1) se divide nos seguintes grupos: unilateral, bilateral e mediana. A unilateral ocorre quando há uma dessemelhança nasal, sendo que quanto maior a extensão, mais diferente será podendo ser direita ou esquerda. A bilateral não apresenta diferença nasal, sendo então semelhante nos dois lados, podendo ser completa ou incompleta. Já a mediana, que é menos frequente, envolve o lábio superior (DIÓGENES et al., 2017).

Na fissura pós-forame incisivo (FPFI 2) há um acometimento do palato secundário e se apresenta posteriormente ao forame incisivo. Como sua presença é no palato, não prejudica a estética como na FPFI 1, mas compromete a função (eco nasal). Acontece quando ocorre uma falha na junção dos processos palatinos e o septo nasal. Podendo ser completa quando acomete o palato duro, e incompleto quando acomete o palato mole (DIÓGENES et al., 2017).

A fissura transforame incisivo (FTI) compreende o palato primário e secundário, podendo se estender da maxila à úvula. Ela é completa, mas também pode ser classificada em unilateral ou bilateral. A FTI é gerada por uma falha na junção dos

processos palatinos e o segmento inter-maxilar, sendo considerada de risco (DIÓGENES et al., 2017).

2.2 Fatores Etiológicos

As FLPs podem apresentar como etiologia, fatores genéticos e ambientais (teratogênicos) ou mais provavelmente a associação de ambos, interferindo diretamente no primeiro trimestre de gestação. Podem acontecer isoladas, em 70% dos casos ou associadas a outras anomalias ou síndromes (COSTA et al., 2018; SANTOS, OLIVEIRA, 2021), como a Sequência de Pierre Robin e a Síndrome de Van der Woude (SANDRINI et al., 2006).

Portanto, podem se dividir em fatores genéticos (cromossomos ou genes); teratogênicos (uso de drogas como anticonvulsivantes, alguns antifúngicos e antibióticos durante o desenvolvimento embrionário; uso de tabaco, álcool, estresse, suplementos vitamínicos maternos, idade materna, radiações ionizantes), interação de genes (hereditariedade) e fatores não genéticos (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; COSTA et al., 2018). Contudo, esse mecanismo multifatorial, envolvendo fatores genético e ambiental é o responsável pela grande maioria dos casos de fendas não sindrômicas (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; HRAC-USP, 2021).

Dentre os fatores ambientais relacionados, o tabagismo apresenta grande risco ao desenvolvimento de fendas palatinas, sendo ele ativo ou passivo (SANSEVERINO et al., 2011). Outros fatores ambientais são a deficiência nutricional materna (ANDRADE, 2019), os anticonvulsivantes, exposição a varfarina (CORTE-REAL, 2016), exposição à fenitoína, talidomida, isotretinoína, consumo de álcool e exposição gradual a pesticida (SOUZA; SANTOS, 2010). Entre os hábitos alimentares da gestante o consumo de cafeína ou a ingestão de produtos que possuem o princípio, sendo que mais de 300 mg/dia esta relacionada a uma discreta redução de peso do recém nascido (SANSEVERINO et al., 2011) e evidências apontam para a relação com o desenvolvimento de fissuras orofaciais não sindrômicas (ANDRADE, 2019). A influência desses fatores ambientais ocorre principalmente quando utilizados no primeiro trimestre da gestação (HRAC-USP, 2021).

2.3 Estratégias Preventivas

As medidas preventivas envolvem a educação dos indivíduos para não se exporem a situações de risco e o aconselhamento genético em famílias que têm histórico de fissuras orais. É preciso enfatizar esse conhecimento em saúde às mulheres que estão em idade fértil, para que elas saibam identificar os fatores de risco das fissuras labiopalatinas (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

Durante o período pré-concepcional é realizado uma avaliação de histórico familiar de fissuras ou de malformações congênitas na família e se existe consanguinidade no casal, isto é, se há algum grau de parentesco. A idade da mulher é importante, pois, idade superior a 40 anos, deve-se orientar sobre os riscos na gravidez. É indispensável a orientação sobre a realização de exames de saúde ginecológicos e do estado geral. Coletar informações sobre o uso de fármacos pela mulher e encaminhar a um especialista caso se trata de um fármaco teratogênico. Realizar suplementação com ácido fólico, três meses antes de engravidar e nos três primeiros meses gestacionais, pois ele age diretamente como protetor na probabilidade de defeitos do fechamento do tubo neural (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; RODRIGUES; SOUSA, 2018).

Durante a gestação, alertar do risco sobre o consumo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, uso de tabaco e fármacos teratogênicos. Alertar sobre o controle das doenças que podem ser desenvolvidas ao longo do período gestacional, como a obesidade e diabetes, e da necessidade do acompanhamento de um profissional em saúde capacitado. Atentar-se a medidas de proteção contra infecções virais (como rubéola) e dos riscos relacionados à automedicação, além da exposição a pesticidas e solventes, que é uma forma de prevenção contra anomalias no geral. Não utilizar medicações que possuem em sua composição ácido retinóico (isotretinoína em produtos dermatológicos), ácido valpróico e fenitoína (utilizados para tratamento neurológico), ondansetrona (tratamento de náusea e vômito), lembrando que são decisões a serem tomadas pelo médico que acompanha a gestante (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; RODRIGUES; SOUSA, 2018).

É de suma importância o pré-natal para a gestante, pois é neste período que é realizado o preparo da mesma, tanto fisicamente quanto emocionalmente. Além do olhar multiprofissional que é necessário para iniciar o processo de educação e respectivos cuidados para a paciente (SILVEIRA et al., 2020).

Cabe ressaltar que para identificar as fissuras durante a gestação, realiza-se uma ultrassonografia trans-abdominal no segundo trimestre do período gestacional. Esse diagnóstico pré-natal será primordial para o futuro do embrião, a partir do momento que através dele será feito um planejamento neonatal, obstétrico e, não menos importante, aconselhamento das mães (SILVEIRA et al., 2020).

2.4 Aleitamento Natural e Artificial

As alterações ósseas e estruturais decorrentes desta anomalia, além de apresentar impacto na estética, compromete a alimentação de neonatos (RIBEIRO; MOREIRA, 2005). Uma vez que as deformidades estão presentes na região de lábio, cavidade oral e vias aéreas superiores, elas limitam ou restringem o processo de sucção, deglutição e respiração da criança, interferindo de forma significativa em sua alimentação (COLLARES et al., 1995).

Dentre as dificuldades que um neonato enfrenta durante a amamentação, a falha no processo de sucção é um dos principais. Esta alteração ocorre devido a ausência de ritmo e coordenação durante o ato (MASAREI et al., 2007), como também, a alteração na estrutura anatômica da criança, que dificulta o vedamento entre lábio, língua e palato em torno do seio materno (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

A ausência de gatilho e falha no ritmo que estes apresentam durante a alimentação resulta em um padrão de amamentação lento e desordenado (MASAREI et al., 2007). Promovendo então maior gasto energético durante a amamentação dificultando o ganho de massa, logo nas primeiras semanas de vida, gerando ansiedade materno-infantil (SIDOTI; SHPRINTZEN, 1995; DI NINHO et al., 2006). Diante dessas dificuldades, a interrupção e acometimento do estado nutricional de neonatos ocorrem de forma precoce e significativa, gerando traumas e

interferência no processo, tanto por parte da criança como de seus familiares (DALBEN et al., 2003).

O aleitamento materno é uma prática priorizada e indicada pelos profissionais da saúde, isso ocorre tanto pelos seus benefícios à saúde geral da criança, como para o estímulo de sua musculatura orofacial e desenvolvimento (TERUYA; SERVA, 2002; DI NINHO et al., 2011; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014). Logo, com o desenvolvimento da musculatura e da criança (GARCEZ; GIUGLIANI, 2005), além do ganho de massa gradativo, possibilitará a realização de cirurgias corretivas precocemente, minimizando os danos à saúde e estética (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

Apesar de ser priorizada, a nutrição materna apresenta dificuldades de aceitação da criança por conta dos traumas ocasionados pela fadiga, eructações, sufocamento, entre outros (REDFORD-BADWAL; MARBRY; FRASSINELLI, 2003; CARVALHAL, 2003). Isso ocorre devido à dificuldade de adaptação do bico do seio materno à cavidade oral e ausência de pressão intraoral, em consequência das extensas deformidades envolvendo região de lábio e palato. Deste modo, apesar de ser uma prática estimulada, o aleitamento nutritivo é priorizado quando realizado seguindo as técnicas mais adequadas ao recém-nascido (KAUFMAN, 1991; DIXON-WOOD, 1997; AMSTALDEN-MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006; MILLER, 2011; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

A amamentação de forma natural sem alterações ocorre principalmente em fissurados de lábio unilaterais. Em anomalias bilaterais existem maiores dificuldades, pelas alterações anatômicas e de posição da pré-maxila, dificultando a articulação necessária para o ato de sucção (SILVA; FÚRIA; DI NINHO, 2005; ROCHA et al., 2008). Em casos com fissura envolvendo a região de lábio e palato a dificuldade da adaptação do seio à cavidade oral e de sucção são maiores (ALMEIDA; PASSEROTI, 1986; CLARREN; ANDERSON; WOLF, 1987; DALBEN et al., 2001; GOLPINATH; MUDA, 2005; SILVA; FÚRIA; DI NINHO, 2005).

Durante a amamentação, a boca do bebê deve abocanhar o seio, com lábios em contato com o bico e a auréola, para que a boca fique bem fechada, favorecendo a compressão do mamilo pelos lábios e o contato do bico do seio com a região de

fenda, atuando com um obstrutor da mesma (PICCIN; MACHADO; BLEIL,2009; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; RODRIGUES; SOUSA, 2018).

A criança com fenda labial pode ficar sentada de frente para o corpo da mãe ou a mãe deitar o bebê com a cabeça inclinada para o colo e inclinar seu próprio corpo sobre ele, permitindo que o bico e a auréola penetrem mais facilmente a boca do bebê. Nos casos de fissuras palatinas e labiopalatinas existe o risco do leite refluir pelo nariz, portanto, é aconselhável o aleitamento natural por alguns minutos, para reforçar o vínculo entre mãe e filho, complementando com mamadeira com leite materno ordenhado, com a criança posicionada inclinada ou sentada, nunca deitada (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; RODRIGUES; SOUSA, 2018) (Figura 3).



Figura 3: Posições para o aleitamento natural
Fonte: SÃO PAULO, 2012

O correto posicionamento do fissurado durante a alimentação reduz as complicações consequentes da falha na sucção e facilita o ato (ALTMANN,1997; GOLDING-KUSHNER, 2001). A eructação deve ser estimulada a fim de evitar problemas consequentes de suas complicações, envolvendo a região abdominal e gástrica que levam ao desconforto, quadros de vômito e cólica na criança (BARZILAI et al., 1992; SOUZA, SANTOS, 2010).

A pausa entre as mamadas deve ser respeitada a fim de dar tempo a criança de recuperar energia e sentir fome novamente. A criança então apresentará maior interesse em sua alimentação, não a interrompendo (LEÃO et al., 2005). Outra

forma de otimizar o ganho de peso e o gasto energético é o tempo de amamentação, que não deve exceder 30 minutos (TURNER; MILWARD, 1988; BRANCO; CARDOSO, 2013).

As dificuldades encontradas no aleitamento materno podem torná-lo incapaz de nutrir e saciar a criança, sendo então o aleitamento artificial uma segunda opção. Este pode ser realizado através do leite materno ordenhado, tendo em vista os benefícios que ele proporciona a criança, mas quando não há uma aceitação e ocorre a perda de peso exacerbada, são introduzidas fórmulas lácteas em sua dieta (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014). As fórmulas adoçadas auxiliam no ganho calórico destas crianças, entretanto, esta adição repercutirá de forma negativa em sua saúde oral (KELLY, 1971; GOMIDE; COSTA, 2007; ROCHA et al., 2008; BRANCO; CARDOSO, 2013).

Para o aleitamento com o leite materno ordenhado podem ser utilizados mamadeira, conta gotas, copinho, colher e seringa (Di NINNO et al., 2011; BRANDÃO et al., 2017).

Com relação a mamadeira utilizada, deve ser priorizado as maleáveis tendo em vista que o amamentador poderá facilitar o processo ao dar leves apertadas no recipiente, facilitando a saída do alimento evitando a fadiga da criança (MONLLEÓ et al., 2014). Quanto a escolha do bico deve priorizar os que apresentam um material com boa flexibilidade e comprimento. Bicos de comprimento maior que o indicado podem promover engasgos, regurgitação e gerar traumas à criança, no entanto, o encurtamento do mesmo dificulta o contato entre este e as estruturas anatômicas, levando a uma sucção ineficaz (BALLUF, 1986).

Bicos menos resistentes facilitam a extração do leite de seu interior, tem maior adaptação na cavidade oral, reduzindo a ocorrência de úlceras traumáticas, sangramento e dor durante o processo (SHAW; BANNISTER; ROBERTS, 1999; GOLDING-KUSHNER, 2001). O orifício para passagem do líquido deve ser ajustado conforme o padrão de sucção da criança e sua adaptação com o objeto. Quando se tem um padrão estabelecido, o orifício pode ser aumentado de forma a facilitar o processo e reduzir o gasto energético (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014). Contudo, quando a familiarização não é alcançada deve-se priorizar

orifícios mais estreitos, dificultando engasgos e suas consequências (BALLUF; UNDIN, 1986; ALTMANN, 1997; GOLDING-KUSHNER, 2001).

Dentre a gama de variedade no mercado, a escolha do produto tende a ser voltada a melhor adaptação na cavidade oral da criança, uma vez que alterações no acomodamento do mesmo gera um mecanismo de compensação o qual afeta a musculatura do lábio, que pode adotar uma posição invertida e a língua assume uma posição anteriorizada (ALLTMAN, 1997; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

O uso de sonda é a última alternativa para fissurados que apresentam grande dificuldade na sucção (BALLUF; UNDIN, 1986; ALTMANN, 1997). Podem estar acopladas à mama para facilitar o processo além de reduzir problemas futuros com a alimentação (ROCHA et al., 2008). Entretanto, têm grande relação com a limitação de alimentação sólida por via oral futuramente (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

A alimentação sólida proporciona um desenvolvimento da musculatura oral e corporal, como também, têm íntima relação com o desenvolvimento social, portanto, ausência desse estímulo repercute de forma negativa no desenvolvimento e nutrição (ALTMANN, 1997).

Alimentos pastosos e sólidos devem ser introduzidos na vida da criança a partir dos 6 meses de idade, a fim de proporcionar um amadurecimento nutricional (ALTMANN, 1997; LEÃO et al., 2005; BRASIL, 2013). A criança pode apresentar uma resistência e atraso na introdução desta nova alimentação (BRANCO; CARDOSO, 2013). A introdução de alimentos mais pastosos a uma colher facilita a aceitação da criança à novidade e futuramente estará mais apta ao processo de mastigação e deglutição do alimento (ALTMANN, 1997; BRASIL, 2013).

Existe uma controvérsia no uso da placa obturadora de palato durante a alimentação da criança e alerta-se ao risco de oclusão da passagem aérea nos casos de retrognatia, micrognatia e glossoptose (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

2.5 Higienização Oral

A presença de açúcar na alimentação de fissurados ocorre do seu nascimento até sua infância. Esta alimentação tem capacidade de alterar o equilíbrio da microbiota oral, tornando-a mais suscetível ao desenvolvimento de lesões cáries e demais doenças orais, que podem ou não estar associadas a esta (KELLY, 1971; DALBEN et al., 2003; SEYMOUR et al., 2007; MUTARAI; RITTHAGOL; HUNSRISAKHUN, 2008; MOURA et al., 2009; MOIAMAZ et al., 2014).

Os microrganismos e restos alimentares são facilmente retidos e acumulados na cavidade oral de fissurados. Esta facilidade está ligada às alterações nos elementos dentários e condições provenientes de cirurgias reparadas, localizadas principalmente em áreas próximas a fenda ou fissura labial e palatina (AHLUWALIA et al., 2004; AL-DAJANI, 2009). As anomalias dentárias mais prevalentes nesses pacientes são agenesias, microdontias, dentes supranumerários e hipoplasias (PEDRO et al., 2010), além do atraso no processo eruptivo, principalmente em região próxima a anomalia (JHONSEN; DIXON, 1984; MOURA et al., 2009; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

As alterações no processo de cicatrização, decorrentes de procedimentos cirúrgicos reparadores, ocorridos ainda na infância podem ocasionar fibrose cicatricial em região de lábio e palato, presença de fístulas e bridas, que propiciam o acúmulo de fluidos das regiões orais, e promovem maior sensibilidade na região, gerando maior resistência por parte da criança durante a higienização (CHENG; MOOR; HO, 2007; GOMIDE et al., 2007; MOURA et al., 2009; TANNURE et al., 2011; PALONE et al., 2013; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

A deficiência na higiene oral em crianças fissuradas acontece pelo receio de pais e/ou responsáveis de causar transtornos durante o ato e o medo de manipular áreas próximas à fissura, aumentando o acúmulo de biofilme na região. Esta negligência associada à dieta cariogênica faz com que seja desenvolvida cárie rampante ou de mamadeira (MAHAN; RAYMOND, 2018; NEVES, 2002; DALBEN et al., 2003; GOMIDE; COSTA, 2007).

A higienização oral deve ser feita diariamente para que a criança se acostume ao manuseio na cavidade oral e para remoção dos restos alimentares. Após a

alimentação deve ser realizada na gengiva, bochecha, língua, palato e especialmente na região da fenda utilizando hastes flexíveis de algodão, dedeira (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014), gaze ou fralda de pano, embebida em soro fisiológico ou água fervida ou filtrada, mesmo após a erupção dos dentes (RIVKIN et al., 2000b; CORREA, 2001; THOMÉ; BERTONE, 2005; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014). Deve englobar também a cavidade nasal e lábios da criança. Na escovação dos dentes, principalmente os próximos da fenda devem ser utilizados dentifrícios fluoretados e enxaguante bucal fluoretado (RIVKIN et al., 2000b; CORREA, 2001; THOMÉ; BERTONE, 2005).

A odontologia preventiva vem tomando espaço em clínicas e hospitais de reabilitação a pacientes com anomalias craniofaciais, incentivando a correta higienização nestas crianças minimizando o impacto negativo, social e na saúde geral (TANNURE et al., 2011; MOREIRA, 2011; SÃO PAULO, 2012; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

O tratamento odontológico preventivo nestes pacientes não difere dos demais (COSTA, 2011; SHAYE; LIU; TOLLEFSON, 2015). Este deve ser dividido conforme a época em que a criança esteja que pode ser durante o tratamento pré-cirúrgico, cirúrgico e pós-cirúrgico. Em cada etapa deve haver a integração entre profissionais das diversas áreas visando à saúde e reabilitação oral de seu paciente (TUJI et al., 2009). O cuidado odontológico básico a esta criança deve ocorrer do seu nascimento até o início da fase adulta, com a interação entre o cirurgião dentista e genitores da mesma, de forma a ensinar e auxiliar a higienização, reduzindo doenças orais e suas complicações (TUJI et al., 2009; COSTA, 2011; SHAYE; LIU; TOLLEFSON, 2015; WORLEY; PATEL; KILPATRICK, 2018).

O cirurgião-dentista apresenta seu papel não somente na reabilitação oral da criança, como também na estética e saúde oral do mesmo. Deve ser construída uma boa relação entre este profissional e seu paciente. Desta forma o seu acompanhamento ocorrerá de forma integrada ao longo do tempo (KUHN et al., 2012).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda – CoEPs, com número CAAE 39698920.0.0000.5237, sendo aprovado em 04 de novembro de 2020 (Anexo A).

Para construção do referencial teórico foi realizada extensa pesquisa em trabalhos científicos, a partir de 1986, indexados nas bases de dados Google acadêmico, LILACS, MEDLINE e SciELO, nos idiomas português e inglês.

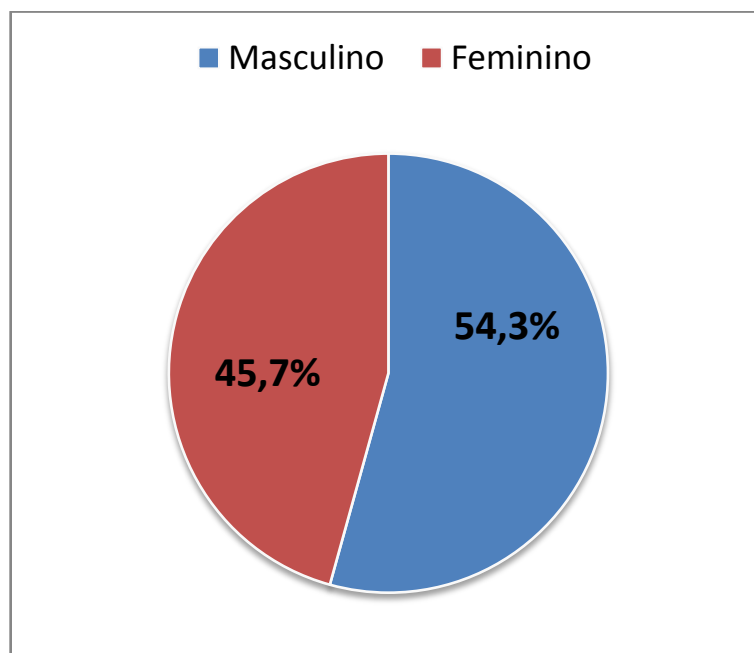
Foi realizada avaliação dos prontuários médicos dos pacientes, cujos responsáveis buscaram aconselhamento genético na Policlínica do Curso de Medicina do UniFOA, com o objetivo de avaliar a prevalência de fissuras de lábio e/ou palato isoladas e associadas a síndromes.

Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros, que buscaram atendimento com geneticista, no ano de 2020. Foram excluídos os pacientes cujos prontuários foram inconclusivos para o objetivo do presente estudo.

4 RESULTADOS

Nesse estudo foi avaliado um total de 46 prontuários, de pacientes com idade, entre 1 mês a 12 anos, sendo 25 (54,3%) do gênero masculino e 21 (45,7%) do gênero feminino (Gráfico 1). Diversas síndromes e anormalidades foram identificadas nesses pacientes, como síndrome de Down, síndrome de Willians, síndrome de Cohen, síndrome de Hunter, síndrome de Marateaux Lamy, síndrome Pterígeo Múltiplo, Transtorno do Espectro Austista, cranioestenose, paralisia cerebral, dismorfismo facial, microcefalia, atraso no desenvolvimento global, déficit cognitivo.

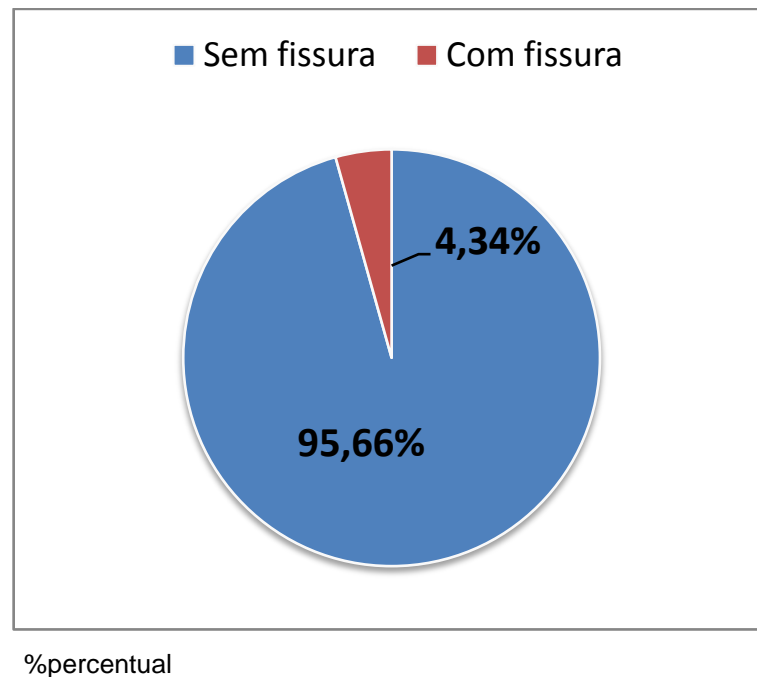
Gráfico 1: Distribuição dos pacientes, por gênero



%percentual

As fissuras de lábiopalatinas foram identificadas em 2 pacientes, um do gênero feminino e um do gênero masculino, portanto a prevalência foi de 4,34% dos casos (Gráfico 2).

Gráfico 2: Prevalência de fissuras labiopalatinas



A paciente do gênero feminino nasceu de parto cesareana, com 2,642 kg, apresenta fissura pós forame completa, além de catarata congênita, cardiopatia congênita, hipotireoidismo congênito, cariótipo normal, com suspeita da síndrome microdeleção do 22q. Durante a gestação, a mãe não fez uso de bebida alcoólica e fumo, fez uso dos medicamentos Metildopa (anti-hipertensivo) e Dactil (prevenção parto prematuro), apresentou hipertensão. A idade da mãe no parto era de 25 anos, sem histórico de aborto. A criança tem uma irmã e 2 primas com síndrome de Down, não existe consaguinidade entre os pais. Foi solicitado cariótipo dos pais. A criança não foi amamentada naturalmente e é intolerante a lactose.

O paciente do gênero masculino nasceu de parto normal, com 4,100 kg, apresenta fissura pré forame completa bilateral, além de pododactilia, manchas café com leite em região plantar e síndrome Van der Woude. Durante a gestação, a mãe não fez uso de bebida alcoólica e fumo, não fez uso de medicamentos. A idade da mãe no parto era de 42 anos, sem histórico de aborto. O pai apresenta fissura lábiopalatina. A criança foi amamentada naturalmente por 2 meses e após esse período recebeu leite materno ordenhado, até 5 meses.

Para facilitar a identificação, na discussão serão chamados pacientes 1 e 2, respectivamente.

5 DISCUSSÃO

De acordo com a OMS, as fissuras orofaciais são um problema de saúde pública, dada sua significativa prevalência (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014), acometendo 1 recém nascido a cada 650 no Brasil (prevalência de 0,15%) (ORSI JÚNIOR, 2006). Necessitam tratamento a longo prazo, multidisciplinar, nos centros especializados (PEDRO et al., 2010; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que geram anormalidades no palato, alvéolo e/ou lábio, podendo comprometer gengiva, dentes e nariz (ORSI, 2006; CARRARO; DORNELLES; COLLARES, 2011; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014), decorrentes de defeitos na fusão dos processos nasais, maxilares e palatinos, entre a 4ª e 12ª semana de vida intra uterina (ORSI JÚNIOR, 2006; CARRARO; DORNELLES; COLLARES, 2011). Podem acontecer isoladamente, em média em 70% dos casos ou associada a síndromes (SANDRINI et al., 2006; PARANAIBA et al., 2010; COSTA et al., 2018; SANTOS, OLIVEIRA, 2021).

A classificação das fissuras labiopalatinas desenvolvida por Spina, em 1972, é a mais empregada, utiliza o forame incisivo como referência, classificando-as em: fissura pré-forame incisivo (unilateral, bilateral e mediana), fissura pós-forame incisivo e fissura transforame (unilateral e bilateral). A fissura pré-forame incisivo unilateral e bilateral, podem ser completa (lábio e rebordo alveolar) ou incompleta (lábio); a fissura pós-forame pode ser completa (apenas palato duro) e incompleta (apenas palato mole); a fissura transforame sempre é completa, mas pode ser unilateral ou bilateral (CYMROT et al., 2010; DIÓGENES, 2017).

As fissuras labiopalatinas apresentam como etiologia, os fatores genéticos e ambientais ou principalmente a associação de ambos, no primeiro trimestre de gestação (COSTA et al., 2018; SANTOS, OLIVEIRA, 2021; HRAC-USP, 2021), que é responsável pela maioria dos casos de fendas não sindrômicas (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; HRAC-USP, 2021).

Dentre os fatores ambientais relacionados ao desenvolvimento das fissuras pode-se citar: medicamentos (fenitoína, varfarina, isotretinoína, alguns antifúngicos e antibióticos), tabagismo ativo e passivo, consumo de bebida alcoólica, idade materna, consumo de cafeína, estresse, deficiência nutricional, suplementos vitamínicos, radiações ionizantes; exposição a pesticida (SOUZA; SANTOS, 2010; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; CORTE-REAL, 2016; COSTA et al., 2018; ANDRADE, 2019).

Na amostra avaliada foram identificados dois pacientes com fissuras de lábio e/ou palato, representando uma prevalência de 4,34%, bem acima da prevalência do Brasil de 0,15% (ORSI JÚNIOR, 2006), entretanto, a presente amostra trata-se de crianças, cujos familiares buscaram consulta com geneticista, portanto, com anormalidades físicas ou comportamentais já identificadas, constatadas nos prontuários.

O paciente 1 apresentava uma fissura pós forame completa e várias anormalidades congênitas, irmã e primas com síndrome de Down, cariótipo normal, com suspeita da síndrome microdeleção do 22q, por isso foi solicitado cariótipo dos pais, que não apresentavam consanguinidade. Não foram identificados fatores etiológicos ambientais, referentes ao uso materno de bebida alcoólica, fumo e medicamentos teratogênicos.

O paciente 2 apresentava fissura pré forame completa bilateral, pododactilia, com diagnóstico de síndrome Van der Woude, cuja associação, síndrome e fissura está presente em 30% dos casos (SANDRINI et al., 2006). O pai apresentava fissura lábiopalatina, que aumenta a probabilidade da sua ocorrência (ORSI JÚNIOR, 2006), portanto, identificado o fator genético e hereditário. A mãe apresentava 42 anos de idade no parto, que também aumenta a probabilidade de ocorrência (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014). Não foram identificados fatores etiológicos ambientais, referentes ao uso materno de bebida alcoólica, fumo e medicamentos teratogênicos.

As medidas preventivas no aconselhamento genético referentes ao desenvolvimento das fissuras envolvem a educação dos indivíduos para não se exporem aos fatores de risco, principalmente as mulheres em idade fértil e o

aconselhamento às famílias com histórico da fissura (PEDRO et al., 2010; SANSEVERINO et al., 2011; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

Os aconselhamentos no período pré-concepcional proporcionam informações a respeito da saúde geral da mulher e dos fatores de risco (SANSEVERINO et al., 2011; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014), avalia-se: o histórico de fissuras ou malformações congênitas na família; consaguinidade do casal; idade da mulher (maiores riscos após 40 anos); realização de exames ginecológicos e do estado geral; atenção ao uso de fármacos (podem ser teratogênicos); suplementação com ácido fólico, três meses antes de engravidar e no primeiro trimestre de gravidez (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

Os aconselhamentos durante a gestação informam: risco de consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e fármacos teratogênicos (utilizados em tratamentos dermatológicos e neurológico); controle de doenças, como obesidade e diabetes; ações preventivas anti-virais; risco de automedicação; exposição a pesticidas e solventes (SANSEVERINO et al., 2011; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014). Portanto, o pré-natal é fundamental para o preparo físico e emocional da gestante (SILVEIRA et al., 2020).

Uma das primeiras dificuldades de um neonato fissurado é o aleitamento materno (MASAREI et al., 2007), em decorrência das alterações estruturais (RIBEIRO; MOREIRA, 2005), na região de lábio, cavidade oral e vias aéreas superiores, que interferem nas funções de sucção, deglutição e respiração da criança (COLLARES et al., 1995; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014). Gera traumas na criança, pela fadiga ao realizar o ato, eructações e sufocamento (REDFORD-BADWAL; MARBRY; FRASSINELLI, 2003; CARVALHAL, 2003), principalmente nos casos de fissuras de lábio e palato (ALMEIDA; PASSEROTI, 1986; CLARREN; ANDERSON; WOLF, 1987; DALBEN et al., 2001; GOLPINATH; MUDA, 2005; SILVA; FÚRIA; DI NINHO, 2005).

O padrão lento e desordenado de amamentação (MASAREI et al., 2007), gera maior gasto energético, dificultando o ganho de peso, gerando ansiedade na mãe e no bebê (SIDOTI; SHPRINTZEN, 1995; DI NINHO et al., 2006), levando a interrupção precoce desse processo (DALBEN et al., 2003). Entretanto, o

aleitamento materno é indicado e priorizado, pelos benefícios já conhecidos para saúde geral e pelo estímulo a musculatura orofacial (TERUYA; SERVA, 2002; DI NINHO et al., 2011; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

A paciente 1 não foi amamentada naturalmente e é intolerante a lactose e o paciente 2 foi amamentado naturalmente por 2 meses e até os 5 meses com leite materno ordenhado, provavelmente devido a adequada orientação.

As técnicas mais adequadas devem ser utilizadas para permitir o aleitamento natural, como a pega da boca do bebê, abocanhando o seio mantendo os lábios em contato com o mesmo (PICCIN; MACHADO; BLEIL, 2009; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; RODRIGUES; SOUSA, 2018); o posicionamento adequado do bebê numa posição sentada ou inclinada (ALTMANN, 1997; GOLDING-KUSHNER, 2001; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; RODRIGUES; SOUSA, 2018); amamentação não deve exceder 30 minutos (TURNER; MILWARD, 1988; BRANCO; CARDOSO, 2013); pausas entre as mamadas, para permitir que a criança descanse (LEÃO et al., 2005); estimular eructação (BARZILAI et al., 1992; SOUZA, SANTOS, 2010).

As outras opções de alimentação do bebê com fissuras são o leite materno ordenhado e as fórmulas lácteas (KELLY, 1971; GOMIDE; COSTA, 2007; ROCHA et al., 2008; BRANCO; CARDOSO, 2013; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

As mamadeiras utilizadas no aleitamento artificial devem apresentar boa adaptação à boca da criança (ALTMANN, 1997; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014), ser maleáveis (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014), com bico flexível e com um tamanho adequado, com orifício ajustado de acordo com o padrão de sucção da criança (BALLUF, 1986; SHAW; BANNISTER; ROBERTS, 1999; GOLDING-KUSHNER, 2001).

As sondas são a última opção para alimentação dos bebês com fissuras (BALLUF; UNDIN, 1986; ALTMANN, 1997) e o uso da placa obturadora de palato não apresenta consenso na literatura (MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

A cavidade oral de fissurados propicia o acúmulo de microorganismos e restos alimentares, pelas alterações na forma das estruturas, o posicionamento dentário alterado e a dificuldade próximo a áreas das cirurgias reparadoras (AHLUWALIA et al., 2004; AL-DAJANI, 2009), que podem apresentar uma fibrose cicatricial, com sensibilidade (CHENG; MOOR; HO, 2007; GOMIDE et al., 2007; MOURA et al., 2009; TANNURE et al., 2011; PALONE et al., 2013; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014), bem como pelo receio dos responsáveis de higienizar na região da fissura (MAHAN; RAYMOND, 2018; NEVES, 2002; DALBEN et al., 2003; GOMIDE; COSTA, 2007).

A higienização oral diária deve ser realizada em gengiva, bochecha, língua, palato e região da fenda, com hastes flexíveis de algodão, gaze, embebida em soro fisiológico ou água fervida ou filtrada. Também devem ser higienizados, cavidade nasal, lábios e realizada a escovação dos dentes (RIVKIN et al., 2000b; CORREA, 2001; THOMÉ; BERTONE, 2005; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014).

Os cuidados relacionados à higienização oral dos pacientes com fissuras devem acontecer desde o nascimento até a fase adulta, permitindo a reabilitação oral, com o menor impacto negativo na saúde geral e na interação social. Portanto, cabe ressaltar a importância do cirurgião-dentista na orientação aos responsáveis sobre a correta higienização oral, a fim de evitar doenças orais e complicações (TUJI et al., 2009; COSTA, 2011; TANNURE et al., 2011; MOREIRA, 2011; SÃO PAULO, 2012; MONLLEÓ; MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2014; SHAYE; LIU; TOLLEFSON, 2015; WORLEY; PATEL; KILPATRICK, 2018).

Com as informações levantadas nesse estudo foi criado um folheto com informações referentes aos fatores etiológicos e as estratégias preventivas, bem como os cuidados na alimentação e higiene oral das crianças fissuradas (Apêndice A).

6 CONCLUSÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas provenientes de fatores genéticos ou teratogênicos (no primeiro trimestre de gestação), ou mais frequentemente, a associação de ambos. As estratégias preventivas referem-se aos cuidados com a saúde geral da mulher, desde o período pré-concepcional e principalmente durante a gestação, evitando o uso de fumo, bebida alcoólica, medicamentos teratogênicos e o controle de doenças.

O aleitamento materno deve ser incentivado para bebês fissurados pelos benefícios para saúde geral e pelo estímulo a musculatura orofacial, portanto, orientações devem ser dadas para permitir que o mesmo aconteça, bem como, orientações referentes a higienização da cavidade oral.

Na amostra avaliada foi identificada a prevalência de 4,34 % de fissuras labiopalatinas, com um paciente apresentando fissura pós forame completa e várias anormalidades congênitas, e o outro, fissura pré forame completa bilateral, com diagnóstico de síndrome Van der Woude.

7 REFERÊNCIAS

- AHLUWALIA, M.; BRAILSFORD, S.R.; TARELLI, E.; GILBERT, S.C.; CLARK, D.T.; BARNARD, K, et al. Dental caries, oral hygiene, and oral clearance in children with craniofacial disorders. **J Dent Res**, London, v. 83, n. 2, p. 175-179, 2004.
- AL-DAJANI, M. Comparison of dental caries prevalence in patients with cleft lip and/or palate and their sibling controls. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh v. 46, n. 5, p. 529-531, 2009.
- ALMEIDA, M.L.G.; PASSEROTTI, A.L.A.C. Amamentação materna em fissurados: estudo retrospectivo. **Rev Pediatr Mod**, São Paulo, p. 85 – 90, mar.1986.
- ALTMANN, E.B.C. **Fissuras labiopalatinas**. 4 ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997.
- AMSTALDEN-MENDES, L.G.; GIL-DA-SILVA-LOPES V.L. Fenda de palato: recursos para alimentação antes das correções cirúrgicas. **Rev Ciência médica**, Campinas, v. 15, n. 5 2012a.
- AMSTALDEN-MENDES, L. G.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. **Revista de Ciências Médicas**, v. 15, n. 5, 2012b.
- ANDRADE, R.S. **Fatores ambientais associados à ocorrência de fissuras lábiais ou palatinas não sindrômicas**. 2019. p.82, Tese (Doutorado de Estomatopatologia)- Faculdade de odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2019.
- BALLUF, M.A. Nutritional needs of an infant or child with a cleft lip or palate. **Ear, nose & throat journal**, Cleveland, v. 65, n. 7, p. 44-49, 1986.
- BALLUF, M.A.; UDIN, R.D. Using a feeding appliance to aid the infant with a cleft palate. **Ear, nose & throat journal**, Cleveland, v. 65, n. 7, pp. 50-55, 1986.
- BARZILAI, J.; BREEN, M.; CURTIN, V.; MIRRETT, P.; ODDO, J.; UHRICH, K.S. Feeding an infant with a cleft. 2nd ed. Pittsburgh: **Cleft Palate Foundation**; p. 1-20, 1992.
- BRANCO, L.O.; CARDOSO, M.C. Alimentação no recém-nascido com fissura labiopalatina. **Universitas: Ciência da Saúde**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 5-7, jun. 2013.
- BRANDÃO, C.N.B.; REIS, L.M.S.; CARDOSO, B.S.; ANDRADE, A.S.A.; GALLOTTI, F.C.M. Aleitamento materno de crianças com fissura labiopalatina: conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Caderno De Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v.4, n.2, p.143-54, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília, 2013.

CARRARO, D.F.; DORNELLES, C.T.L.; COLLARES, M.V.M. Fissuras labiopalatinas e nutrição. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 456-463, 2011.

CARVALHAL, L.H.S.K. **Descrição das alterações otológicas de pacientes com fissura labiopalatina ou palatina isolada**. 2003. 145p. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CHENG, L.L.; MOOR, S.L.; HO, C.T.C. Predisposing factors to dental caries in children with cleft lip and palate: a review and strategies for early prevention. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v. 44, n. 1, p. 67-72, 2007.

CLARREN, S.K.; ANDERSON, B.; WOLF, L.S. Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v. 24, n. 3, p. 244-249, 1987.

COLLARES, M.V.M; WESTPHALEN, A.C.A, DALLA, C.T.C.; GOLDIM, J.R. Fissuras labiopalatinas: incidência e prevalência da patologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Um estudo de 10 anos. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre- RS, Jun-Set 1995.

CORTE-REAL, I. S. G. Estudo Pré-Natal de Patologia Fetal Associada a Manifestações Orofaciais. 2016. 195p. **Dissertação (Doutorado em Medicina Dentária)**- Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Portugal, 2016.

CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Editora Santos, 2001.

COSTA, B. Odontopediatria na reabilitação de crianças com fissura labiopalatina. 44º Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas- HRAC- USP, 2011.

COSTA, V.C.R.; SILVA, R.C.; OLIVEIRA, I.F.; PAZ, L.B.; POGUE, R.; GAZZONI, L.; et al. Aspectos etiológicos e clínicos das fissuras labiopalatinas. **Rev. Med. Saúde de Brasília**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 258- 268, 2018.

CYMROT, M.; SALES, F.C.D.; TEIXEIRA, F.A.A.; TEIXEIRA JÚNIOR, F.A.A.; TEIXEIRA, G.S.B.; CUNHA FILHO, J.F.; OLIVEIRA, N.H. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissura nasopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v.4, n.25, p.648-651, 2010.

DALBEN, G.S, COSTA, B.; GOMIDE, M.R, TEIXEIRA N.L.T. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v. 40, n. 1, p. 84-87, 2003.

DALBEN, G.S; COSTA, B.; GOMIDE, M.R.; NEVES, L.T. Amamentação em bebês portadores de fissuras labiopalatinas. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 20, p. 317, ago, 2001.

DI NINNO, C.Q.M.A.; MOURA, D.; RACIFF, R.; MACHADO, S.V.; ROCHA, C.M. G. NORTON, R.C. et al. Aleitamento materno exclusivo em bebês com fissura de lábio e/ou palato. **Rev Soc Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, 2011.

DI NINNO, C.Q.M.S.; GOMES R.O.; MOURA D.F.; COSTA B.L.M. Informações que os pais de bebês com fissura labiopalatina gostariam de receber no período neonatal. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 10-16, 2006.

DIÓGENES, M.A.R.; ARAÚJO, E.F.A.; CASTRO, F.T.L.; ALBUQUERQUE, F.E.F.F.; MARTINS, M.N.B.M.; JARDIM, J.F. Um estudo sobre fissuras labiopalatinas. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*, v. 3, n. 1, nov. 2017.

DIXON-WOOD, V.L. Counseling and early management of feeding and language skill development for infants and toddlers with cleft palate. In: Dixon-Wood V, editor. *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. 4th ed. Austin: Kenneth R Bzoch, 1997.

GARCEZ, L.W, GIUGLIANI, E.R.J. Population-based study on practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v. 42, n. 6, p. 687-692, 2005.

GOLDING-KUSHNER, K.J. Getting an early start: infants and toddlers with cleft palate. In: Golding-Kushner K, editor. **Therapy Techniques for cleft palate speech and related disorders**. 1st ed. New Jersey: Singular, 2001.

GOMIDE, M.R.; COSTA, B. Cuidados Odontopediátricos. In: TRINDADE, I.; KIEMI, E.; FILHO, S.; GABRIEL, O. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo, Santos, 2007.

GOPINATH, V. K.; MUDA, W.A. Assesment of growth and feeding practices in children with cleft lip and palate. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**, Kubang Kerian, v. 36, n. 1, p. 254-258, 2005.

HRAC-USP. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais Universidade de São Paulo. Fissura Labiopalatina. 2021. Disponível em: <http://hrac.usp.br/saude/fissura-labiopalatina/> Acesso em: 05 mai 2021.

JOHNSEN D.C.; DIXON M. Dental caries of primary incisors in children with cleft lip and palate. **Rev Cleft Palate J**, Pittsburgh, v. 21, n. 2, p. 104-109, 1984.

KAUFMAN, F. L. Managing the cleft lip and palate patient. **Pediatr Clin North Am**, Baltimore, v. 38, n. 5, p. 1127- 1147, 1991.

KELLY, E.E. Feeding cleft palate babies: today's babies, today's methods. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v. 8, n. 1, p. 61-64, 1971.

KUHN, V.D.; MIRANDA, C.; DALPIAN, D.M.; MORAES, C.M.B.; BACKES, D.S, et al. Fissuras labiopalatais: revisão da literatura. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 237-245, 2012.

LEÃO E.; STARLING, A.L.P.; LAMOUNIER, J.A. **Alimentação**. In: LEÃO E, CORRÊA E, VIANA M, MOTA J, editora. *Pediatria Ambulatorial*. 4 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

MAHAN, L.K.; RAYMOND, J.L. Krause: *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 12ed. **Rio de Janeiro: Elsevier**, 2018.

MASAREI, A.G.; SELL, D.; HABEL, A., MARS, M.; SOMMERLAD, B.C.; WADE, A. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v. 44, n. 3, p. 321-328, 2007.

MENDONÇA, J.S.C. **Início da introdução de açúcar na dieta e presença de cárie dentária em bebês com fissura labiopalatina**. 2011. 84p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Ciências da Reabilitação)- Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, Bauru, 2015.

MILLER, C.K. Feeding issues and interventions in infants and children with clefts and craniofacial syndromes. In: **Seminars in speech and language**. Thieme Medical Publishers, p. 115-126, 2011.

MOIAMAZ, S.A.S.; GARBIN, A.J.; LIMA, A.M.; SALIBA, O.; GARBIN, C.A.; LOLLI, L.F. Risk factors in the mother-child relationship that predispose to the development of early childhood carie. **European Archives of Paediatric Dentistry**, Araçatuba, v. 15, n. 4, p. 245-250, 2014.

MONLLEÓ, I.L.; MENDES, L.G. A.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V.L. Manual de cuidados de saúde e alimentação da criança com fenda. Projeto crânio-face Brasil. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2014, 46p.

MOREIRA, J.P.S. **Proposta de formação de uma equipe interdisciplinar e um protocolo para o atendimento do paciente fissurado no PSF de machado-MG**. 2011. 45p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Machado, 2011.

MOURA, A.M.; ANDRE M.; FARAJ J.O.R.A.; BRITO E DIAS,R. Avaliação de bebês portadores de fissura labiopalatina em relação à higiene oral. **Rev Odont**, São Bernado do Campo, v. 17, n. 34, p. 64-68, 2009.

MUTARAI, A.M.; RITTHOGOL, W.; HUNSRISAKHUN, J. Factors influencing early childhood caries of cleft lip and/or palate children aged 18 to 36 months in southern Thailand. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v. 45, n. 5, p. 468-474, 2008.

NEVES, L.T. Avaliação da prevalência, severidade e distribuição da doença cárie e dos fatores relacionados à higiene bucal em portadores de fissura labiopalatal nas faixas etárias de 7 a 66 meses. São Paulo, 2002. 133p. **Dissertação (Mestrado em Odontopediatria)** – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2002.

ORSI JUNIOR, J.M. Anomalias craniofaciais: as faces do tratamento. Informativo do Centro Pró Sorriso. Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS, Alfenas,2006. Disponível em:

<file:///C:/Users/FMS/Desktop/Downloads/Centrinho.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

PALONE, M.R.T.; SILVA, T.R.; VIEIRA, N.A.; DALBEN, G.S. A importância do controle da microbiota bucal e o uso de biomaterial em cirurgias de enxerto alveolar secundário nos pacientes com fissuras labiopalatinas. **Investigação**, v. 13, n. 2, p. 19- 23, 2013.

PARANAIBA, L.M.R. et al. Fissuras lábio-palatinas: série de casos clínicos incomuns. **Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)**, São Paulo , v. 76, n. 5, p. 649-653, Oct. 2010 .

PEDRO, R. L.; TANNURE, P. N; ANTUNES, L. A. A.; COSTA, M.C. Alterações do desenvolvimento dentário em pacientes portadores de fissuras lábio e/ou palato: revisão de literatura. **Rev. de Odontol. da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v.22, n.1, p. 65-9, jan/abr. 2010.

PICCIN, S.; MACHADO, A. D.; BLEIL, R. T. Estado nutricional e prática de aleitamento materno de crianças portadoras de fissuras labiopalatais de Cascavel/Paraná. **Nutrire**, São Paulo, v.34, n. 3, p. 71-83, dez. 2009.

REDFORD-BADWAL, D.A.; MARBRY, K.; FRASSINELLI, J.D. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. **Dent Clin North Am**, Philadelphia, v. 47, n. 2, p. 305-317, 2003.

REID, M.R. A Review of Feeding Interventions for Infants with **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v. 41,p. 3, 2004.

RIBEIRO, E.M; MOREIRA, A.S.C.G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinardas fissuras labiais e palatinas. **Rev brasileira m promoção a saúde**. Fortaleza- CE,v. 18, n. 1, p. 31-40, 2005.

RIVKIN, C. J.; KEITH, O.; CRAWFORD, P.J.M.; HATHORN ,I.S. Dental care for the patient with a cleft lip and palate. Part 1: frombirth to the mixed dentition stage. **British Dental Journal**, v. 188, n. 2, p. 78-83, 2000a.

RIVKIN, C. J.; KEITH, O.; CRAWFORD, P.J.M.; HATHORN ,I.S. Dental care for the patient with a cleft lip and palate. Part 2: the mixed dentition stage through to adolescence and young adulthood. **British Dental Journal**, v. 188, n. 2, p. 131-134, 2000b.

ROCHA, C. M. G.; DIAS, M.C.M.; PEREIRA, L.C.B.; MELO, M.C.B.; LAMONUIER, J.A. Aleitamento materno e fissura labiopalatal: revisão e atualização. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, supl. 1, p.77-82, 2008.

RODRIGUES, J.N.; SOUSA, W.C.S. **Construção de Cartilha Educativa para Pais e/ou Responsáveis de Crianças Portadoras de Fissuras Labiopalatais**. 2018. 67p.Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2018.

SANDRINI, F.A.L.; ROBINSON, W.M.; PASKULIN, G.; LIMA, M.C. Estudo Familiar De Pacientes Com Anomalias Associadas Às Fissuras Labiopalatinas No Serviço De Defeitos De Face Da Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.6, n.2, p. 57 - 68, abr/jun. 2006.

SANSEVERINO, M.T.V.; KESSLER, R.G. BURIN, M.G.; BARRIOS, P.M.M.; SANTOS, C.S.S.; CERSKI, M.; et al. Aconselhamento Pré-concepcional. In: SCHÜLER-FACCINI, L.; SANSEVERINO, M. T. V.; ABEICHE, A.M.; VIANNA, F.S.L.; SLIVA, A.A. **Manual de Teratogênese em Humanos: Manual de Orientação. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.** 2011. 436p.

SANTOS, E. A. M. C.; OLIVEIRA, T. M. Conhecimentos atuais em Fissuras Labiopalatinas: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5870, 2 fev. 2021.

SÃO PAULO. Cuidados básicos aos portadores de fissura labio palatina. Secretária Municipal da Saúde, 2012, 21p.

SEYMOUR, G.J.; FORD, P.J.; CULLINAN, M.P.; LEISHMAN, S.; YAMAZAKIK. Relationship between periodontal infections and systemic disease. **Jornal Compilation**, Australia, v. 13, p. 3- 10, 2007.

SHAW, W.C.; BANNISTER, R. P.; ROBERTS, C.T. Assisted feeding is more reliable for infants with clefts: a randomized trial. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v. 36, n. 3, p. 262-268, 1999.

SHAYE, D.; LIU, C.C.; TOLLEFSON, T.T. Cleft lip and palate: An evidence-based review. **Facial Plastic Surgery Clinics**, California, v. 23, n. 3, p. 357-372, 2015.

SIDOTI, E.J.; SHPRINTZEN, R.J. Pediatric care and feeding of the newborn with a cleft. In: Shprintzen R, Bardach J, editors. Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach. St. Louis Mosby; p. 63-74, 1995.

SILVA, E.B., FÚRIA, C.L.B., DI NINNO, C.Q.M.S. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 21-28, 2005.

SILVEIRA, A.K.G.; CARVALHO, L.L.A; FERREIRA, L.S.; LIMA, R.F.R.; CAVALCANTI, M.G.; MAMELUQUE, S. **Estudo para detecção de fissuras labiopalatinas no pré-natal: revisão de literatura e relato de caso.** Braz. Ap. Sci. Rev, Curitiba, v. 4, n. 6, p.3959-3975 nov./dez. 2020.

SOUZA, E. A. N.; SANTOS, R. P. F. A possibilidade de amamentação de recém-nascidos portadores de fenda labiopalatina: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 8, n. 23, p.3-13, jan./mar. 2010.

TANNURE, P.N.; REY, A.C.; SILVA, T.T.; COSTA, M.C.; GRANJEIRO, J.A.; KUCHLER, E.C. A adesão a medidas preventivas em saúde bucal em crianças e adolescentes portadores de fissura labiopalatina. **Odonto clin cient**, Recife, v. 10, n. 2, p. 153- 155, 2011.

TERUYA, R.; SERVA, V. B. Manejo da lactação. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2002.

THOMÉ, S.; BERTONE, M. C. Manual de cuidados dispensados à pacientes no pós-operatório. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. São Paulo: USP, 2005.

TUJI, F. M.; BRAGANÇA, T.A.; RODRIGUES, C.F.; PINTO, D.P.S. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato em hospital de atendimento público. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 2, p. 1-10, 2009.

TURNER, M.M.; MILWARD, T.M. A study to assess the effectiveness of a professional and lay support service for parents of new-born cleft babies. **British journal of plastic surgery**, Leicester, v. 41, n. 6, p. 614-618, 1988.

WORLEY, M. L.; PATEL, K.G.; KILPATRICK, L.A. Cleft lip and palate. **Clinics in perinatology**, v. 45, n. 4, p. 661-678, 2018.

Fissuras Labiais e Palatinas

Autores: Anna Carolina Antunes Chaves e Rafaela de Oliveira

Orientadora: Roberta Mansur Caetano

O QUE SÃO?

Caracterizam-se por uma anormalidade no palato, alvéolo e/ou lábio, alcançando partes da face, tais como gengiva, dentes e nariz. Ocorre entre a 4^a e 12^a semana de vida intra uterina.

ETIOLOGIA:

- Fator genético;
- Medicamentos teratogênicos;
- Tabaco;
- Álcool;
- Estresse;
- Idade materna;

Entre outros fatores...



ALIMENTAÇÃO:

1. Aleitamento materno natural:

O mais indicado pelos profissionais em saúde, utilizando técnicas adequadas para uma sucção ideal, com a criança em frente à mãe, sentada ou inclinada, mas nunca deitada.

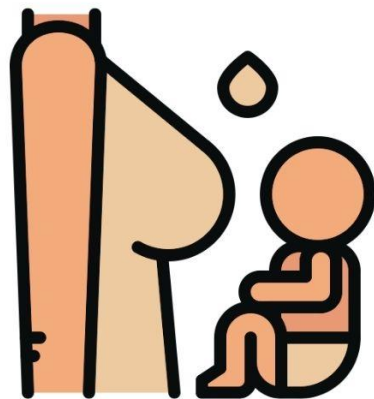
2. Aleitamento artificial

Segunda opção quando há muita dificuldade na amamentação natural.

2.2 Leite materno ordenhado

2.3 Fórmulas adoçadas (quando

há perda de peso exarcebada)



Fissuras Labiais e Palatinas

Autores: Anna Carolina Antunes Chaves e Rafaela de Oliveira

Orientadora: Roberta Mansur Caetano

HIGIENIZAÇÃO ORAL:

Deve ser realizada diariamente para que a criança acostume-se ao manuseio da cavidade oral, além da remoção dos restos alimentares. Higienizar a gengiva, língua, palato e, não menos importante, a região da fenda.

Instrumentos:

- Haste flexível de algodão;
- Dedeira;
- Gaze ou fralda de pano;
- Soro fisiológico ou água filtrada;
- Dentifrício fluoretado (pasta de dente fluoretada);
- Enxaguante bucal.

O QUE DEVO FAZER PARA PREVENIR?

- Aconselhamento pré-concepcional, a fim de obter informações a respeito da saúde geral e possíveis fatores etiológicos;
- Acompanhamento pré-natal;
- Não se automedicar, sempre procurar um profissional da área;
- Estar em dia com os exames de rotina, cuidar da saúde!!



O atendimento ao fissurado é realizado de forma multidisciplinar nos Centros Especializados!!!!

Anexo A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**Pesquisador:** Roberta Mansur Caetano**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 39698920.0.0000.5237**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 4.379.218**Apresentação do Projeto:**

O trabalho revisará na literatura especializada as anomalias craniofaciais e pesquisará nos prontuários, sobre aconselhamento genético, na Policlínica do Curso de Medicina do UniFOA, com o objetivo de avaliar a prevalência de anomalias craniofaciais isoladas e associadas a síndromes.

Objetivo da Pesquisa:

Enfatizar a importância do diagnóstico precoce, bem como, identificar os fatores ambientais etiológicos, reconhecidamente responsáveis pelos defeitos congênitos; e, elaborar o perfil dos pacientes da amostra analisada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: a segurança dos dados dos prontuários analisados.

Benefícios: Aumentar o conhecimento dos pesquisadores e leitores sobre o assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram entregues

Recomendações:

Descrever no trabalho que os dados tratados estarão em segurança e quem será o responsável.

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 4.379.218

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos foram entregues.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1653761.pdf	25/10/2020 09:58:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cartadeanuencia.pdf	25/10/2020 09:57:42	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopesquisa.docx	25/10/2020 09:57:03	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	25/10/2020 09:56:29	Roberta Mansur Caetano	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 04 de Novembro de 2020

Assinado por:
Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br