



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

MANUAL

**CUIDADOS BÁSICOS AOS PORTADORES DE FISSURA
LABIO PALATINA**

São Paulo, outubro de 2012



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ficha catalográfica

616.315

S241m São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Manual cuidados básicos aos portadores de fissuras labiopalatinas / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. - São Paulo: SMS, 2012.

18p.

1. Saúde Bucal. 2. Fissura Palatina. I. Coordenação da Atenção Básica. II. Título.

Ficha técnica

Organização: Luiz Carlos Manganello de Souza

Maria da Candelaria Soares

Digitação e montagem: Luiz Carlos Manganello de Souza

1ª Edição – 2012 - Reprodução: meio eletrônico

Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal-R. General Jardim, 36-5º andar, Centro; São Paulo, CEP 01223010-Fone=3397-2229-

<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/bucal/>

**É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA
DOCUMENTO POR PROCESSOS FOTOCOPIADORES. AO USÁ-LO, CITE A
FONTE.**

As repercussões da saúde bucal na saúde geral, bem como as manifestações bucais de alterações da saúde geral, estão sendo objeto de muitas pesquisas e reforçam a necessidade de se trabalhar com a integralidade das ações de saúde.

SUMÁRIO

	PÁG.
1 INTRODUÇÃO	5
2 DEFINIÇÃO	5
3 DIAGNÓSTICO	6
4 ETIOLOGIA	7
5 CLASSIFICAÇÃO	7
6 INCIDÊNCIA	9
7 ALIMENTAÇÃO DO RECÉM NASCIDO FISSURADO	10
8 TRATAMENTO:-SEQUÊNCIA	12
9 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	13
10 ORIENTAÇÃO INICIAL AOS PAIS/RESPONSÁVEIS	14
11 ORIENTAÇÃO APÓS O NASCIMENTO	15
12 CIRURGIÃO-DENTISTA NO TRATAMENTO DO FISSURADO	15
13 BIBLIOGRAFIA	17
14 ANEXO - DÚVIDAS FREQUENTES	19

CUIDADOS BÁSICOS AOS PORTADORES DE FISSURA LABIO PALATINA

1-INTRODUÇÃO

A Fissura lábio-palatina palatina é uma patologia que afeta a boca e estruturas anexas e representam as anomalias congênitas mais comuns da face; em 70% dos indivíduos as fissuras ocorrem de forma não síndrômica (Aquino e col³).

A Secretaria Municipal da Saúde está comprometida, há muito tempo, em oferecer uma estratégia para o tratamento e acompanhamento dos portadores dessa anomalia. Implantou, para essa finalidade, em 1984, atendimento no Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, além de organizar o fluxo dos usuários que eram prioritariamente tratados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – em Bauru, que permaneceu, juntamente com as unidades a ele vinculadas, como a principal referência para o tratamento dessa condição, estabelecendo-se, por meio de portaria, auxílio financeiro para custear transporte de passagens interurbanas terrestres bem como ajuda de custo para alimentação do paciente e seu acompanhante quando da realização de procedimentos ambulatoriais em Bauru. A última Portaria é a de nº 647/2009-SMS-G.

A partir de 2005, a Área Técnica de Saúde Bucal retomou as discussões sobre o tratamento ortodôntico aos portadores de fissura lábio-palatina, no HMIMJ. Em 2008 ocorreu a *1ª Semana Municipal de Educação, Conscientização e Orientação em Fissura Lábio-palatina*, que deve ser realizada anualmente em virtude da Lei Municipal 14 622, de 12.12.2007.

Em 2010, a SMS houve por bem reiterar o Hospital Menino Jesus como a referência para a rede municipal da saúde, implantando o sistema de referência e contra-referência coordenado pelo Programa Mãe Paulistana, em articulação com a Coordenação da Atenção Básica, sobretudo com as Áreas Técnicas de Saúde Bucal e Saúde da Pessoa com Deficiência.

Também nesse ano elaborou-se a “rede de atenção” para tratamento odontológico aos pacientes em tratamento ortodôntico no HMIMJ (são 25 unidades de referência, uma em cada Supervisão Técnica de Saúde)

Sendo a Atenção Básica a responsável primeira pela atenção à saúde dos munícipes, este manual objetiva auxiliar os profissionais que atuam, direta ou indiretamente, nos cuidados devidos aos portadores de fissura lábio-palatina, bem como na prestação de informação a seus familiares.

2-DEFINIÇÃO

A Fissura Lábio-palatina Palatina é uma patologia congênita, que se caracteriza por uma falha tecidual ao nível do lábio-palatina superior, podendo comprometer a arcada alveolar; o palato duro e o palato mole. Pode ocorrer em apenas um lado do lábio-palatina, geralmente o esquerdo, ou mesmo nos dois lados, deixando a estrutura denominada pro lábio-palatina e pré maxila intermediária.

A fissura pode, ainda, acometer somente o palato; neste caso segue uma incidência diferente da lábio-palatina palatina.

Quando afeta o palato a fissura pode comprometer a fala do paciente, o que é um dos estigmas do portador dessa anomalia.

A presença de infecções do ouvido médio são frequentes devido a aeração inadequada na trompa de Eustáquio (trompa auditiva) que liga a cavidade oral ao ouvido médio.

A fenda na arcada alveolar frequentemente provoca a ausência do dente incisivo lateral, decíduo e permanente (Menezes e col²¹). Outras anomalias dentárias incluem: dificuldade de erupção do canino no lado afetado; má posições; giroversões e alterações na posição da maxila, que ocorrem principalmente após a cirurgia do palato.

3 DIAGNÓSTICO

ATENÇÃO :- IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

O diagnóstico da fissura pode ser feito nos primeiros meses de gestação através de um ultrassom normal (Bunduki e col⁷) sendo que a idade média de diagnóstico foi de 26 semanas.

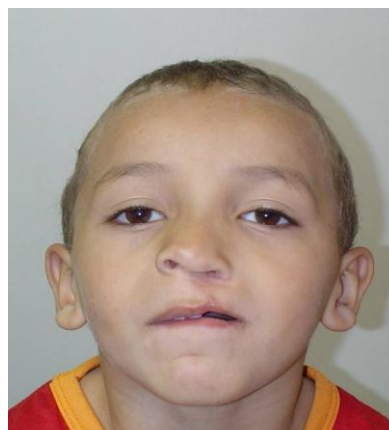
De acordo com Mazzeti e col²⁰ 90% das malformações fetais detectadas no ultrassom ocorreram em pais sem nenhum fator de risco reconhecido. Ao redor da 15ª. semana, de acordo com esses autores, já pode ser feita a visualização do nariz e lábio-palatina. Eles ainda observaram que os pacientes que tiveram o diagnóstico pré-natal da fissura tiveram uma melhor evolução no tratamento. Stanley e col³³, por outro lado, estudaram o uso do ultrassom 3D complementando o 2D e concluíram que o ultrassom 3D é útil para detalhar a deformidade, principalmente quando ocorre no palato.

Complementando esse trabalho, Wo³⁸ relata que, com o advento do ultrassom no pré-natal de rotina, aumentou significativamente o diagnóstico precoce de fissuras de lábio-palatina e palato, mas que o ultrassom tri dimensional permite uma visualização melhor do defeito, principalmente do palato.

Amstalden e col² estudaram a época do diagnóstico de fissuras em diferentes regiões brasileiras. Encontraram que no sudeste houve um diagnóstico pré -natal em 27,7% dos casos. Concluem que o treinamento das equipes de saúde desses locais deve visar a efetiva coordenação do atendimento inicial. E que o diagnóstico pré-natal favorece o planejamento dos cuidados neonatais e terapêuticos dos afetados.



Fissura lábio-palatina palatina trans forame incisivo esquerda



Após a cirurgia de Lábio-palatina(queiloplastia)

Nas Unidades Básicas de Saúde -o médico no pré natal precisa pesquisar antecedentes de pacientes com fissura nas famílias da mãe e/ou do pai. Se houver recomenda-se que solicite de antemão o ultrassom 3D que, como dito anteriormente, permite uma visualização melhor do defeito, principalmente do palato.

4- ETIOLOGIA

A etiologia da fissura lábio-palatina é descrita como multifatorial, onde interações entre variantes genéticas e ambientais determinam o aparecimento da deformidade.

A hereditariedade desempenha importante papel para o surgimento da fissura; considera-se que, se um dos pais tem fissura, a chance do filho aumenta em 5 vezes e se um filho tem a fissura a chance dos pais terem outro filho com fissura aumenta 7 vezes¹⁸.

De acordo com Houston¹⁴ a falta de ácido fólico na gravidez está muito relacionada com o surgimento de fissura. É recomendada a ingestão de 400 mg por dia, pelo menos quatro semanas antes e 12 após a concepção. Desse modo estima-se que 70% dos defeitos do tubo neural podem ser prevenidos.

Drogas como benzodiazepínicos, corticoides e antibióticos não têm comprovação de influenciar o surgimento da fissura em humanos; contudo, o estudo não pode ser tido como definitivo e a possibilidade ainda existe de haver interferência dessas drogas na etiologia das fissuras (Dolovich e col10.). Aquino e col³ estudaram a consanguinidade de pais de crianças fissuradas e observaram que esta patologia era mais frequente em filhos de pais parentes de primeiro grau. Dentre os fatores de risco citaram o fumo.

Acuna-Gonzales e col¹ estudaram 208 pacientes portadores de fissura quanto a fatores de risco hereditários e socioeconômicos, no México. Os seguintes fatores foram identificados como importantes para o surgimento da patologia: baixo nível sócio econômico; antecedentes paternos(pai ou mãe com fissura); presença de parente com fissura. Chavarriaga e col⁸ também estudaram fatores relacionados ao surgimento da fissura na Colômbia; de 223 casos estudados verificaram que 70% tinham condições sócio econômicas muito baixas.

Nelson e col²² chamaram a atenção para o fato de que os pais podem participar ativamente no tratamento, uma vez que bem orientados; o tratamento é complexo, envolve muitos profissionais e requer atividades constantes no hospital e domicílio.

5- CLASSIFICAÇÃO

De acordo com Victor Spina³³ as fissuras podem ser classificadas em labiais (pré forame incisivo);labiopalatais e palatinas(tabela abaixo).

Podem ocorrer somente de um lado do lábio-palatina(geralmente o esquerdo) ou dos dois lados.

Portanto, a fissura lábio-palatina pode variar, desde uma “simples” fissura no lábio-palatina até uma fenda que atravessa o lábio-palatina e se estende até o palato mole, comprometendo lábio-palatina; nariz; arcada alveolar; palato duro e mole.

Isso significa que portadores de fissura lábio-palatina palatina não encontram problemas só na boca; a patologia afeta o nariz, onde o paciente apresenta desvios importantes do septo, o ouvido, onde é comum otite e os seios maxilares, frequentemente atingidos por inflamações.

Aspectos Clínicos

Fissura de lábio unilateral



Fissura de palato



Fissura de lábio e palato bilateral



Fissura de lábio e palato unilateral





Fissura lábio-palatina palatina pré forame incisivo esquerda



Após a queiloplastia

6-INCIDÊNCIA



Fissura labíio palatina bilateral transforame incisivo



pós a cirurgia de queiloplastia bilateral

Paranaíba e col²⁴ estudaram a frequência de malformações congênitas craniofaciais num centro de referencia brasileiro e concluíram que o mais frequente foi a fissura labial e/ou palatina não sindrômica.

De acordo com Shoichiro e col³⁰ a incidência de nascidos vivos com fissura lábio-palatina palatina é de 7,94 por 10.000 nascidos. Autores consideram que esse número vem caindo.

Na Cidade de São Paulo, no período de 2008 a 2011, nasceram em média 167.863 crianças ao ano, registrando-se, também na média, 88 portadores de fissura lábio-palatina ao ano. (tabela 1) . Todavia, não se pode considerar esse número como incidência, uma vez que há falhas nas comunicações dos registros hospitalares. Estudos mais acurados são necessários.

Sem dúvida é um choque para os pais o diagnóstico da fissura; trabalhos são unânimes em afirmar que, quando esse diagnóstico é feito na gravidez, permite aos pais um conhecimento da patologia e a identificação dos locais de tratamento, enquanto que, se os pais tiverem conhecimento só no momento do parto a frustração, a depressão e até a ignorância sobre a patologia só vai trazer desespero e confusão para o encaminhamento do tratamento.

Tabela 1 - Relação entre a ocorrência de Fissura lábio-palatina por nascidos vivos segundo residência na Cidade de São Paulo e ano de nascimento, período de 2008 a 2011. São Paulo, 2012

CID 10/Ano do nascimento	2.008	2.009	2.010	2.011	Total
Q35 Fenda palatina	26	54	28	39	147
Q36 Fenda labial	23	25	22	20	90
Q37 Fenda labial c/fenda palatina	20	31	30	34	115
Total	69	110	80	93	352
nº de nascimentos	167.015	167.417	167.552	169.468	671.452
relação fissura/nascimento	2.421	1.522	2.094	1.822	1.908

fonte: SINASC - nascidos vivos - anomalias CID 10

7-ALIMENTAÇÃO DO FISSURADO RECÉM NASCIDO

O principal aspecto que deve ser orientado ao nascer a criança fissurada é quanto a alimentação. Não resta dúvida de que a amamentação deve ser estimulada e ela pode ser feita na maioria dos casos, desde que a mãe esteja orientada. Como já assinalado há grande variedade na apresentação da deformidade, havendo crianças com fissura que em nada compromete a amamentação, enquanto outras apresentam grande dificuldade para se amamentar.

Batista e col⁵ estudaram a influencia do aleitamento materno sobre o desenvolvimento buco-maxilo-facial em crianças com fissura. Dentre 27.046 artigos que abordaram o aleitamento materno e a alimentação artificial, 119 relacionavam a influência do aleitamento materno sobre o desenvolvimento orofacial, enquanto 134 analisaram a relação entre a amamentação e o estado de saúde bucal. **Concluíram que o aleitamento natural em crianças portadores de fissura de lábio-palatina e/ou palato é fator decisivo para a correta maturação e crescimento craniofacial em nível ósseo, muscular e funcional e na prevenção de problemas bucais.** Além disso, segundo eles, essas crianças apresentam maior prevalência de cárie dental e problemas periodontais, em decorrência da maior dificuldade na realização da higiene bucal.

Por outro lado Ninno e col²³ coletaram dados de 137 prontuários e notaram que os bebês fissurados eram alimentados com leite materno em 7,3% dos casos; essa amamentação ocorria em 6,57% dos casos nos bebês com fissura do tipo pré forame e somente 0,73% no grupo pós forame incisivo.

ESQUEMA EXEMPLIFICANDO MANEIRAS QUE A MÃE PODE USAR PARA AMAMENTAR A CRIANÇA COM FISSURA



Dentre as maiores dificuldades dos bebês que apresentam esta anomalia está, sem dúvida, a alimentação e o ganho de peso. Ainda é comum entre as mães o mito de que bebês fissurados não podem ser amamentados. Amamentar bebês com fissuras, quando possível, é a melhor forma de estimular a musculatura da face, além de fortalecer o vínculo mãe-filho e evitar as infecções.

O aleitamento natural, portanto, deve ser estimulado, desde que a criança consiga sugar e a mãe se sinta a vontade para fazê-lo.

O tratamento odontológico e fonoaudiológico precoce, iniciado na maternidade, tem com objetivo auxiliar nos estímulos sensoriais, adaptando a alimentação com segurança, facilitando a amamentação no peito materno ou na mamadeira e orientando sobre a melhor postura que deve ser adotada pela mãe, a fim de facilitar a sucção, deglutição e a amamentação levando ao crescimento adequado do esqueleto maxilo facial do bebê.

■ A mãe é a maior comprometida no tratamento do paciente. Na amamentação ela deve ser orientada que o tempo pode ser o dobro de uma criança sem fissura; que a criança pode regurgitar pelo nariz e que a posição da criança é fundamental para o sucesso da amamentação, que deve ser inclinada em situação quase vertical e com o mamilo ocluindo a fenda.

Silva e col³¹ entrevistaram mães de 50 crianças com fissura, com idade inferior a 5 anos e verificaram que um quarto das mães pesquisadas não recebeu orientações sobre amamentação.

Santos e col²⁹ avaliaram a alimentação de crianças fissuradas no centro de fissuras labiopalatais em Goiás. Notaram que o tempo médio de aleitamento foi de 29 dias e que as mães conseguem buscar e alcançar métodos próprios para a alimentação das crianças fissuradas. Concluem que é importante que os profissionais de saúde conheçam os aspectos todos envolvidos nas dificuldades alimentares de crianças com fissuras lábio-palatinas.

Sobre o uso de sonda naso gástrica Di Ninno e col⁹ observaram que a prevalência do uso de sonda em bebês com fissura foi considerada alta, visto que não apresentavam comprometimentos associados que indicassem o seu uso. A grande maioria dos **autores não indica** o uso de sonda nasogástrica em crianças fissuradas não sindrômicas, mesmo porque ela pode interferir na homeostase bucal e facilitar a regurgitação.

Estudos mostram que as causas de abandono ou não adesão ao aleitamento materno são, sucção incorreta; “peito seco” e engasgamentos. Estes fatores podem ser corrigidos e a mãe orientada para oferecer o peito à criança.

A criança se alimentando no peito terá todas as condições para se desenvolver e enfrentar com boas condições as cirurgias a que será submetida.

Araruna&Vendruscolo⁴ num estudo de revisão de alimentação de pacientes fissurados reforçam a implementação do aleitamento materno para o desenvolvimento físico e emocional favorecendo a correção cirúrgica das fissuras e seu processo de reabilitação.

Rocha e col²⁷ revisaram 29 artigos e atualizaram o aleitamento materno a pacientes fissurados. Segundo estes autores a fissura de palato é a que mais compromete a amamentação devido a dificuldade da criança criar a pressão negativa necessária à sucção. Salientam que não há preparo ou orientação para as mães em relação ao aleitamento materno durante a internação. Enfatizam ainda que dispositivos intra-orais, tentando separar a cavidade oral da nasal não melhoram a sucção, podendo até criar ulcerações e higienização inadequada. Elas aconselham que a melhor posição para a criança sugar o seio seria como se estivesse sentada e os lábio-palatinas inferior e superior devem ficar virados para fora, como se estivessem apoiados na mama. O bebê tem que abocanhar o mamilo e a maior parte possível da aréola.

8-TRATAMENTO-SEQUÊNCIA

É muito importante ter em mente que todo o tratamento é baseado na higidez do paciente, que depende, fundamentalmente, da boa alimentação e da adesão dos responsáveis ao tratamento.

Na primeira consulta com o cirurgião plástico, ao redor dos 2 meses de idade, ele irá avaliar a saúde da criança para que possa ser submetida a uma cirurgia sob anestesia geral, com duração média de uma hora e um dia de internação. Fatores como anemia e peso são muito importantes nessa fase.

A primeira intervenção cirúrgica é realizada pelo cirurgião plástico e se caracteriza pela plástica do lábio-palatina (queiloplastia). As cirurgias são realizadas, de modo geral, a partir dos três meses de idade (sempre considerando a higidez da criança), iniciando no lábio-palatina, como salientado, e, ao redor de, um ano a cirurgia no palato¹⁷.

As cirurgias variam de acordo com o tipo (gravidade) da fissura. São frequentes as cirurgias para correção de sequelas no lábio-palatina e nariz.

O trabalho de Bhatia&Collard⁶ procurou mostrar as dificuldades que estes pacientes encontram no tratamento dentário. Segundo estes autores muitas crianças com fissura acharam difícil ou impossível o acesso ao tratamento dentário devido ao receio dos dentistas de iniciar o tratamento por desconhecimento da patologia.

A atuação da fonoaudióloga é de muita importância e se inicia, praticamente, na maternidade, na orientação de alimentação às mães, segue com acompanhamento após a cirurgia do palato (que ocorre ao redor de um ano de idade) com exercícios e principalmente na orientação dos responsáveis pelo estímulo a estes pacientes. A equipe de saúde bucal, coordenada pelo Cirurgião-Dentista, irá não só ensinar os pais na limpeza da boca como enfatizar a importância dos dentes decíduos e sua higiene.

9-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Durante todo o período a criança deve ser acompanhada pelo pediatra e os pais orientados por um dos membros da equipe multidisciplinar, uma vez que o aconselhamento e orientação e os retornos ao hospital são frequentes e eles devem aderir ao tratamento o máximo possível.

Tuji e col³⁵ analisaram a interação de várias especialidades na reabilitação de fissurados através da elaboração de um fluxograma baseado na sugestão de todos os profissionais envolvidos no tratamento do fissurado e concluíram que a reabilitação desses pacientes deve ser feita por uma equipe multiprofissional sendo importante a interdisciplinaridade para estabelecer o melhor tratamento para cada paciente.

Rozendaal e col²⁸ enfatizam a necessidade do tratamento multiprofissional, principalmente no foco das doenças associadas, que podem chegar a 30% dos casos e no aconselhamento genético. O seguimento pós natal é importante e o registro das anomalias associadas deve ser observado.

Ribeiro e col²⁶ salientam que, segundo seu trabalho a fissura ocorre em 9,92 casos dentre cada 10.000 crianças nascidas; e que, independentemente do protocolo de tratamento adotado, a criança afetada pela fissura necessita de atenção individualizada, na qual a equipe multiprofissional possa ajudar na inclusão do paciente na família e na sociedade.

Lorenzoni e col¹⁶ revisaram a literatura e notaram que há lacunas na integração entre as especialidades que compõem os três níveis de atenção no SUS e há necessidade de atuação do poder público para que sejam garantidos os serviços de referência e contra-referência, daí a importância de que toda equipe de atenção básica e hospitalar conheça o mecanismo estabelecido na SMS SP.

É fundamental que a unidade básica de saúde possa orientar e auxiliar as famílias até no transporte para o hospital, uma vez que a criança necessita da avaliação dos vários profissionais e o tratamento uma vez por semana, muitas vezes com a fonoaudióloga e/ou cirurgião-dentista e/ou psicóloga. Nunca será demais enfatizar a importância do engajamento dos pais juntamente com os profissionais. No caso específico da fonoaudióloga, que lida com a fala e com a orientação alimentar e hábitos da criança, a continuidade domiciliar dos exercícios poderá fazer toda a diferença. Também qualquer outro membro da equipe multidisciplinar que esteja cuidando do usuário tem grande importância para alertar os responsáveis sobre a adesão ao tratamento.

Os profissionais envolvidos no tratamento são os mais diversos: desde o obstetra no pré natal até a psicóloga, passando por todos os membros da equipe multidisciplinar.

Fontes ¹³ estudou a atuação da enfermagem para com as gestantes com bebês portadores de anormalidade congênita, principalmente fissura lábio-palatina. Concluíram que a enfermagem pode prover subsídios para capacitar os pais a receberem o bebê, reforçando o vínculo materno-infantil e promovendo qualidade de vida para a gestante, seus familiares e o futuro bebê.

Fadeyibi e col¹² estudaram os efeitos psicossociais da fissura nos pacientes e concluíram que os fissurados mostraram, de modo geral, alta incidência de ansiedade e depressão. Estes efeitos eram mais pronunciados na faixa dos 6 aos 12 anos de idade.

10-ORIENTAÇÃO INICIAL AOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Uma vez diagnosticada a presença da fissura no ultra som, os pais devem ser informados e orientados quanto à patologia e ao tratamento.

A geneticista, dra. Maria Rita Passos, do setor de genética da Cidade Universitária colocou o laboratório a disposição dos interessados em fazer uma consulta para avaliar a condição genética de pais e filhos de fissurados. Ela fica no Instituto de Biociências da cidade universitária e o telefone para marcar as consultas é: **3091-7966**.

Douglas ¹¹ estudou a atuação de um grupo de profissionais que atuam no pré natal de grávidas com bebê portador de fissura. O grupo tinha a função de facilitar a adequação dos pais ao diagnóstico de fissura no bebê; as reuniões ocorriam a cada 2 a 3 meses. O comparecimento dos pais às reuniões variava de 30% a 50%. A conclusão foi que o grupo facilitava o suporte dos pais e ajuste psicológico da família.

Saliente-se que o mais importante, ao conversar com os pais pela primeira vez sobre a deformidade, seja acalmá-los sobre suas causas. Há crendices sobre a mãe ter usado uma chave no pescoço, e outras, que devem ser desmistificadas.

Webhy e col³⁷ publicaram um trabalho reafirmando que a maioria das crianças com fissura tem os mesmos problemas de saúde do que as outras sem a deformidade, mas que baixa auto estima e exposição aumentada a cirurgias podem implicar em problemas de comportamento.

É fundamental os pais aceitarem a criança como ela é, e entenderem que o tratamento inclui a participação deles, e que só assim a criança se desenvolverá bem.

Outro aspecto importante é orientar os pais quanto à possibilidade da presença de outras anomalias, que ocorrem em cerca de 10% dos casos de fissura (mal formações renais, cardíacas, etc).

De modo geral pacientes fissurados têm desenvolvimento intelectual normal, podendo frequentar a escola, ter uma atividade social e profissional normal.

A amamentação, como salientado acima, deve ser feita, e a mãe tem que ter paciência neste ato.

Após o nascimento nunca vai ser demais salientar a importância do acompanhamento pelo pediatra, ou clínico da ESF, não só quanto às vacinas, mas no controle do ganho de peso do bebê fissurado

Não há urgência na marcação da cirurgia, que será realizada ao redor dos 3 meses de idade da criança, desde que ela tenha ganhado peso e não tenha anemia. Por isso o principal aspecto que os pais devem se comprometer no início é com a alimentação adequada e o seguimento pediátrico.

Nelson e col²² publicaram um trabalho em como a “experiência” dos pais pode ajudar a melhorar o tratamento de pessoas com fissura lábio-palatina palatina. Eles citam que os serviços deveriam dar suporte aos pais, principalmente com informações sobre a deformidade e as cirurgias o que pode ajuda-los a prover mais suporte emocional às crianças e adolescentes.

Orientar também que poderá procurar alguma entidade, como associações sociais que congreguem pais e amigos de portadores de fissura lábio-palatina, que também poderá auxiliar no enfrentamento dessa situação.

11-ORIENTAÇÕES APÓS O NASCIMENTO

- 1- NA MATERNIDADE: Como já assinalado anteriormente, o mais importante é fornecer as informações e orientações básicas aos pais. Se os pais aceitarem a criança e se predispuserem a participar do tratamento, o sucesso será melhor. No caso em que a criança nasceu sem que os pais soubessem de antemão que seria portadora de fissura, o mais importante é a amamentação ou alimentação da criança. A fonoaudióloga é a profissional mais apropriada para exercer essa função de ensinar a mãe a amamentar. Se não houver essa profissional na unidade, esta orientação deve ser dada por um membro da equipe de saúde: enfermeira; neonatologista; obstetra

- 2- NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS): Muitos pacientes chegam a São Paulo para morar, trabalhar ou mesmo se tratar e poderão chegar à UBS usuários com mais idade ainda não tratados.

Nesse caso, além do tratamento e orientações que devem ser ofertados pela equipe multidisciplinar da unidade, o usuário, se menor de 18 anos, deve ser encaminhado ao HMIMJ por meio do sistema de regulação implantado (Supervisão Técnica de Saúde solicita o agendamento ao Programa Mãe Paulistana).

Os usuários com idade superior a 18 anos deverão ser encaminhados para outros hospitais, como Hospital São Paulo, Hospital das Clínicas . Encontra-se em processo de discussão o encaminhamento para o Hospital da Cruz Vermelha com vagas a serem reguladas pelo SIGA.

12- O CIRURGIÃO-DENTISTA NO TRATAMENTO DO FISSURADO

É fundamental que o Cirurgião-Dentista da rede de atenção básica encare o paciente fissurado como os demais, estabelecendo um programa de orientação quanto aos autocuidados (alimentação, higiene bucal, prevenção de cáries dentárias, gengivites, etc).

No Hospital de fissurados de Bauru, Kobayashi e col¹⁵ estudaram a sequencia de erupção dentária de crianças fissuradas e observaram que crianças com fissura bilateral apresentavam retardo da erupção dentária de todos os dentes decíduos em ambas arcadas.

Yildirim e col³⁹ estudaram os preditores de pacientes com fissura lábio-palatina e observaram que esses pacientes tem muito mais anomalias dentais que os indivíduos sem fissura. Eles examinaram 573 indivíduos, sendo 158 com fissura, 254 membros da família sem o problema e 161 controles não relacionados. Confirmaram uma associação entre os indivíduos com fissura e o comprometimento dental destes incluindo dentes supranumerários e microdontias.

Wanderley e col³⁶ enfatizam que os defeitos de esmalte estão entre as alterações que acometem os indivíduos portadores de fissuras lábio-palatinas, particularmente nos casos bilaterais e nos dentes adjacentes à fissura.

Menezes e col²¹ estudaram as anomalias dentais em fissurados brasileiros e notaram que os incisivos laterais superiores foram os dentes mais ausentes (78,5%). Supranumerários foram encontrados em 35,5% e localizavam-se distalmente à fissura na maioria dos casos.

Pedro e col²⁵ revisaram a literatura sobre problemas dentários em fissurados e destacaram a presença de agenesias, microdontias, dentes supranumerários e hipoplasias e que o diagnóstico precoce realizado pelo cirurgião-dentista é importante no tratamento desses pacientes.

- 1- Inicialmente é importante os pais terem a orientação da importância da higiene oral, desde o nascimento. A erupção dentária em pacientes fissurados segue a mesma cronologia de qualquer criança, com a observação de que é retardada. Nos casos de fissura que inclui a arcada alveolar, a possibilidade da ausência de um dente(lateral) na fissura deve ser assinalada. O dente canino, do lado fissurado, pode não erupcionar por falta de estrutura óssea. É comum os maus posicionamentos e giro versões na maxila, enquanto os dentes da mandíbula se comportam normalmente quanto a posição na arcada.
- 2- O uso de aparelhos no palato desde os primeiros meses de vida é controverso; pode ser indicado em alguns casos(há dificuldades como moldagem da criança; necessidade de troca do aparelho mensal devido ao crescimento). Na consulta com a especialista, (ortodontista, junto com o cirurgião) decidirá sobre a indicação de um aparelho antes da cirurgia inicial ou mesmo depois desta cirurgia.
- 3- O tratamento no consultório dentário não difere, de modo geral, de qualquer outro paciente: dentística; endodontia; periodontia são realizadas sem diferenciação.
- 4- Nos casos de paciente com fissura que atinge a arcada alveolar está indicada a cirurgia (para enxertia óssea) ao redor dos 7 anos de idade, para facilitar a erupção do canino e para atingir a continuidade da arcada alveolar
- 5- As particularidades no tratamento do fissurado em relação a odontologia se referem a ortodontia, uma vez que as cirurgias afetam o crescimento maxilar, tanto sagital; transversal, quanto verticalmente; podendo resultar em severas alterações da posição da maxila, exigindo muitas vezes a intervenção da cirurgia ortognática.
- 6- A cirurgia ortognática deve ser feita após os 16 anos de idade (média) e com planejamento conjunto do cirurgião bucomaxilar e o ortodontista, que deve instalar o aparelho ortodôntico e procurar corrigir o desalinhamento dentário antes da cirurgia.

Os objetivos no tratamento do paciente fissurado se dirigem para uma inserção do paciente no contexto social, educacional e profissional. Para isso não basta a atuação de um profissional, ou mesmo de vários profissionais; o engajamento da família, o apoio aos responsáveis, para que atuem no tratamento., O paciente, inicialmente, poderá ser estigmatizado, seja pela aparência, seja pela fala; mas os cuidados adequados pela família e equipe de saúde permitem ao portador dessa anomalia uma inserção social e uma boa qualidade de vida.

13 -BIBLIOGRAFIA

1. Acuna-Gonzales,G; Medina,C; Villalobos,J- Factores de riesgo hereditarios y socioeconomicos para labio o paladar hendidos en Mexico. *Biomédica (Bogota)*;31(3):381-391,spt 2011
2. Amstalden-Mendes LG; Xavier AC;Gil VL- Estudo multicêntrico da época do diagnóstico de fendas orais. *J. pediatr. (Rio J.)*;87(3):225-230,maio-jun.2011
3. Aquino,SN;Paranaíba,LMR;Martelli,H- Estudo de pacientes com fissuras lábio-palatina palatinas com pais consanguíneos. *Braz J ororhinolaryngol* 77(1):19-23, jan-fev.2011
4. Araruna RC;Vendruscolo DM-Alimentação da criança com fissura de lábio-palatina e/ou palato. *Ver. Latino-Am Enfermagem* v.8 n.2 Ribeirão Preto abr. 2000
5. Batista LR;Triches C; Addison E- Desenvolvimento bucal e aleitamento materno em crianças com fissura labiopalatal. *Ver paul pediater*;29(4):674-679,dez. 2011
6. Bhatia, SK;CollardMM- Access to primary dental care for cleft lip and palate patients in South Wales. *Br Dent J*;212(5):E10, 2012 Mar
7. Bunduki,V.;Ruano,R.;Sapienza,A.D.;Zugaib,M.-Diagnóstico pré natal de fenda labial e palatina: Experiência de 40 casos. *RBGO* v 23,no.9, 2001 p 561-566
8. Chavarriaga R; Gonzales C; Agudelo SA- Factores relacionados con la prevalencia de labio y paladar hendido en la poblacion atendida en el hospital infantil "Los Angeles". *CES odontol*;24 (2):33-41,2011
9. Di Ninno CQM;Vieira FCF;Brito DBO- A prevalência do uso de sonda nasogástrica em bebês portadores de fissura de lábio-palatina e/ou palato. *Ver. Soc. Bras. Fonoaudiol*;15(4):578-583,dez 2012
10. Dolovich LR;Vaillancourt RJ;Einarson TR: Benzodiazepin use in pregnancy and major malformation or oral cleft. *BMJ* 1998;317:839-843
11. Douglas,L-Establishing an antenatal group for families with a diagnosis of cleft lip. *Community Pract*;85(6):20-3,2012 jun
12. Fadeyibi C;Coker OA;Ademiluyi SA- Psychosocial effects of cleft lip and palate on Nigerian:the Ikeja-Lagos experience. *J Plast Surg Hand Surg*;46(1):13-8,2012 Feb
13. Fontes,CMB-Assistencia de enfermagem a gestantes no HRAC/USP- *Salisvita, Bauru*,v.29,n.3,p247-266,2010
14. Houston,M-Mothers's lack of folic acid linked to cleft palate in babies. *The Irish times*, july,2012
15. Kobayashi TY;Gomide MR;Carrara CDC- Timing and sequence of primary tooth eruption in children with cleft lip and palate. *J. appl. Oral sci*;18(3):220-224,May-June 2010.
16. Lorenzoni D; Carcereri D;Locks A- The importance of multi professional, interdisciplinary care in rehabilitation and health promotion directed at patients with cleft lip/palate. *Ver. Odontol*;25(4):198-203,2012
17. Maarse,W.;Berge,SJ.; Barneveld, T.; Diagnostic accuracy of transabdominal ultrasound in detecting prenatal cleft lip and palate: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology* 2012;35(4):495-502
18. Manganello-Souza, L.C. & Silveira, M.E.- Tratamento da fissura lábio-palatina palatina. In *Ortodontia e cirurgia ortognática*, Luiz Manganello & Maria Eduina, editora Santos, 2009, p 359- 405
19. Manganello-Souza,L.C.; Rodrigues,W.;Shigeoka,A.-Fissura lábio-palatina palatina: Estudo das causas e etiologia. *Jornal do Hospital Menino Jesus*, setembro de 2005
20. Mazzeti, M.P.V.;Kobata,C.T.;Brock,R.S.- Diagnóstico ultrassonográfico pré natal da fissura lábio-palatina palatal. *Arq catar de medicina*, vol 38,sup 01,2009 p 130-132

21. Menezes LM;Rizzato SM;Varga DA- Características e distribuição de anomalias dentárias em uma população brasileira de fissurados labioláblio-palatinatos. Ver. Odonto cienc;25(@):137-141,2012
22. Nelson,P.A.;Caress,A.L.;Kirk,S.A.-Doing the “right” thing:how parents experience and manage decision-making for children’s “normalising’ surgeries. Soc Sci Med:74(5):796-804,2012
23. Ninno CQM; Moura D;Britto DB-Aleitamento materno exclusivo em veves com fissura de lábio-palatina e/ou palato. Ver Soc Bras Fonaoaudiol;16(4):417-421,dez.2011
24. Paranaíba,LMR;Miranda,R;Martelli,H-Frequency of congênita craniofacial malformations in a Brazilian reference center. Ver bras epidemiol;14(1):151-160,mar.2011
25. Pedro RL;Tannure PNCostaMC-Alterações do desenvolvimento dentário em pacientes portadores de fissura de lábio-palatina e/ou palato. Ver odontol. Unic Cid São Paulo;22(1), jan-abr.2010
26. Ribeiro T;Sabóia V;Fonteles C- Fissuras labiopalatais:abordagem multiprofissional. Brasilia med;48(3),out. 2011
27. Rocha CMG;Dias MC;Lamounier JA- Aleitamento materno e fissure labiopalatal: revisão e atualização Ver Med Minas Gerais 2008;18(4supl 1):S77-S82.
28. Rozendaal AM;Ongkosuwito EM;Vermej D- Delayed dissgnosis and underreportin of congenital anomalies associated with oral clefts in the Netherlands: a national validation study. JPlast Reconstr Aesthet Surg;65 (6):780-90,2012 Jun
29. Santos,EC;LeiteSGS;FernandesFF;Passos XS-Análise qualitativa do padrão alimentar de crianças portadoras de fissura de laabio e/ou palato atendidas em um hospital de Goiania. J health Sci. Inst Ver Inst Cioenc. Saude;29(3):183-185,jul-set.2011
30. Shoichiro,R;Raman,M.;Jupiter,D.;Menezes,J.-Updating the epidemiology of cleft lip with or without cleft palate Plast & Reconstr Surge march 2012,vol 129, issue 3-p 511-518
31. Silva,B.;Fúria,C.L.;Di Ninno, C.Q.-Aleitamento materno em recém nascidos portadores de fissura lábio-palatina. Revv CEFAC , São Paulo, v.7,21-28, jan-mar, 2005
32. Sinno,H; Tahiri,Y; Gilaradino,M-Cleft lip and palate: An objective measure outcome study. Plast Reconstr Surg vol130, p 408-414,2012
33. Spina V-Classificação das fissuras lábio-palatina palatinas. In Cirurgia das fissuras lábio-palatina palatinas. Editora Santos, p. 312-334, 2009
34. Stanley EW;Villagran R;Cardemil MF- Ultrasonografia 3D en la evaluacion del labio leporino.Rev. chil.obster.ginecol:74(5):311-314,2009
35. Tuji FM;Bragança TA;Pinto DPS- Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras de lábio-palatina e/ou palato em hospital de atendimento publico. Ver. Para.med;23(2),abr.0jun.2009
36. Wanderley Lacerda RH;Machado CH; Sampaio F- Prevalencia de defeitos de esmalte em individuos portadores de fissura labiopalaitna da Paraíba. Ver cuba estomatol:49(1),jan-mar,2012
37. Wehby,G.L.;Tyler,M.C.;Damiano,P.- Oral clefts and behavioral health of young children. Oral Dis;18(1);74-84,2012
38. Wo,R- Prenatal diagnosis and assessment of facial clefts:where are we now? Hong Kong Med J;18(2):146-52,2012 Apr
39. Yildirim,M.;Seymen,F.;Vieira,A.R.-Defining predictors of cleft lip and palate risk. J Dent Res;91(6):556-61,2012

- ANEXO - DÚVIDAS FREQUENTES

1- O QUE É ESSA DOENÇA, FISSURA?

A fissura é chamada de fissura ou fenda labio palatina porque é um “defeito congênito” que envolve o *lábio-palatina superior* e o “*céu da boca*” (palato) provocando como que uma falha; o lábio-palatina parece “rasgado”. É chamada também de lábio-palatina leporino e pode se apresentar de várias maneiras, desde as mais simples, só no lábio-palatina superior ou até as mais complexas, que pegam o lábio-palatina superior e o céu da boca

2--PORQUE FOI ACONTECER COMIGO?PORQUE MEU “BEBÊ” TEM A FISSURA? FOI ALGUMA COISA QUE EU FIZ NA GRAVIDEZ, FUMAR?;BEBER?

As causas do surgimento da fissura são diversas. O que se sabe, com certeza, é que existe um caráter hereditário, isto é, quem tem fissurado na família tem mais chance de gerar criança fissurada. Outro fator importante é a presença de anemia na mãe no início da gravidez(geralmente pela falta de ácido fólico).

Todas as outras causas médicas como: fumo; bebida; medicações (antibióticos e outras) etc não foram confirmadas Há “crendices populares”- como : *mãe guardou uma chave na corrente do pescoço*, não passam de lendas

3-QUE CONSEQUÊNCIAS A FISSURA VAI TER NA VIDA DA CRIANÇA?

A criança vai ter um desenvolvimento intelectual normal; contudo, devido a presença da fissura; mesmo após cirurgia plástica uma cicatriz no lábio-palatina superior poderá ser percebida. Tal fato pode ser controlado e amenizado com cirurgias corretivas posteriores; no entanto o principal é o paciente contar com o apoio da família e orientação profissional. Nada impede que a criança viva normalmente.

As consequências na boca dependem do tipo de fissura: a que ocorre só no lábio-palatina superior, poderá ter somente uma imperfeição estética; a que atinge só o céu da boca (palato) poderá levar a uma fala fanhosa, se não for tratada adequadamente; a mais complexa, que envolve o lábio-palatina e o céu da boca (palato) leva a problemas de falta de dente incisivo lateral; possibilidade de voz fanhosa e otite(inflamação no ouvido)

4-COMO SERÁ O TRATAMENTO?

O tratamento cirúrgico depende do tipo de fissura:

- só no palato - céu da boca: cirurgia por volta de um ano de idade e acompanhamento com a fonoaudióloga.
- só no lábio-palatina superior-cirurgia plástica aos tres meses de idade.
- se a fissura ocorre no lábio-palatina e palato (céu da boca)-cirurgia aos três meses de idade no lábio-palatina e com um ano no palato; acompanhamento com a fonoaudióloga desde os primeiros dias e com os demais profissionais como: otorrino; pediatra; psicólogo; nutricionista; dentista etc.

5 -QUANDO COMEÇA O TRATAMENTO? COMO É A ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ?

O tratamento começa imediatamente após o nascimento: a mãe é orientada quanto a possibilidade de amamentação, que dependerá do tipo de fissura. As crianças com fissuras que comprometem só o lábio-palatina podem ser amamentadas no peito normalmente. As crianças que apresentam fissuras no palato também, mas exigem maior tempo (geralmente o dobro do normal) para a amamentação. Nestes casos, geralmente há saída de leite pelo nariz do bebê, o que não compromete sua saúde.

Crianças com fissura do lábio-palatina e palato também podem ser amamentadas no peito, dependendo da extensão da fissura.

É muito importante a mãe sempre tentar, com a ajuda da enfermagem, ainda na maternidade, dar o peito, em sinal de aceitação, proteção estímulo e carinho para com a criança, mesmo que ela não consiga sugar o leite.

O acompanhamento pelo pediatra é fundamental para que a criança tenha um ganho de peso e possa se submeter a cirurgia sem riscos.

7-A CRIANÇA VAI SER “NORMAL”?

A criança, sem nenhuma outra anormalidade congênita, tem todas as condições de se desenvolver normalmente; o papel da família e dos profissionais envolvidos é fundamental para a auto aceitação e integração social da criança fissurada. Se os pais não a aceitarem, quem vai?

8-QUAIS AS CHANCES DE TER OUTRO FILHO COM FISSURA?

A hereditariedade desempenha importante papel para o surgimento da fissura; considera-se que, se um dos pais tem fissura, a chance do filho aumenta em 5 vezes e se um filho tem a fissura a chance dos pais terem outro filho com fissura aumenta 7 vezes.

A real probabilidade de um casal ter um filho com fissura pode ser determinada pela geneticista, que realizará testes específicos para cada um dos pais e assim definir um número mais preciso sobre as chances desse casal vir a ter um filho com fissura.

Gilberto Kassab

Prefeito

Januário Montone
Secretário Municipal da Saúde

Edjane Maria Torreão Brito
Coordenadora da Atenção Básica

Coordenação de Áreas Técnicas

Saúde Bucal – Maria da Candelaria Soares

Saúde da Pessoa com Deficiência: Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida

Saúde da Criança: Athene Maria de Marco de França Mauro

Saúde da Mulher: Marta Maria Pereira Nunes

São Paulo, outubro de 2012