

Marta Sofia Vida Oliveira

Fenda lábio-palatina e o uso da chupeta – estudo transversal

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2020

Marta Sofia Vida Oliveira

Fenda lábio-palatina e o uso da chupeta – estudo transversal

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2020

Fenda lábio-palatina e o uso da chupeta – estudo transversal

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária sob a orientação
da Prof.^a Doutora Rita Rodrigues e coorientação da
Prof.^a Doutora Conceição Manso”

(Marta Sofia Vida Oliveira)

RESUMO

Objetivos: Esta investigação teve como principal objetivo avaliar o tempo de utilização da chupeta por indivíduos com fenda lábio-palatina, e verificar se este ultrapassou o momento da queiloplastia ou da palatoplastia.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional transversal através de levantamento da informação de 73 registos clínicos de indivíduos com fenda lábio-palatina. A análise de dados foi executada com o IBM® SPSS® Statistics vs.25.0. A comparação de grupos ou associação entre variáveis foi realizada através de testes não-paramétricos e foi considerado um nível de significância de 0,05 ($\alpha=0,05$).

Resultados: Desta amostra, 34,2% das crianças usaram chupeta em média até aos 13,6 (10,5) meses. O seu uso é mais prevalente pelo género masculino. Quanto à lateralidade, indivíduos com fenda unilateral usam menos a chupeta do que os que possuem fenda bilateral (33,3% vs. 36%), mas sem diferença significativa. A utilização da chupeta não se encontra associada com a extensão da fenda. Na amostra, os indivíduos do grupo II de Spina são os que mais usam a chupeta. Nesta amostra, 8,2% usou chupeta até à queiloplastia e 26% continuou a usá-la após esta cirurgia. Dos indivíduos que realizaram a palatoplastia e usavam chupeta, 23,3% usou chupeta até à data da intervenção e 9,6% continuou após a palatoplastia.

Conclusões: Nenhuma das variáveis em estudo, nomeadamente, a extensão da fenda, a lateralidade da fenda ou o género mostrou estar significativamente relacionada à utilização da chupeta. A maioria das crianças cessa o uso da chupeta com a palatoplastia.

Palavras chave: fenda do lábio, fenda do palato, fenda lábio-palatina, chupeta.

ABSTRACT

Objective: This investigation aimed to evaluate the duration of pacifier use by individuals with cleft lip and palate, and check if it has exceeded the time of cheiloplasty or palatoplasty.

Methods: A cross-sectional observational study was conducted by surveying the information of 73 clinical records of individuals with cleft lip and palate. The data analysis was performed with the IBM® SPSS® Statistics vs.25.0. The comparison of groups and of association between variables was performed through non-parametric tests using a significance level of 0.05 ($\alpha=0.05$).

Results: Of the total sample, 34.2% of the children used pacifiers on average up to 13.6 (10.5) months. Its use is more prevalent among males. As for laterality, individuals with unilateral cleft use the pacifier less than those with bilateral cleft (33.3% vs. 36%), but without significant difference. The use of a pacifier is not associated with the completeness of the cleft. In the sample, individuals in Spina group II are the ones who use the pacifier the most. In this sample, 8.2% used pacifiers until cheiloplasty and 26% continued to use it after this surgery. Of the individuals who underwent palatoplasty and used pacifiers, 23.3% used pacifiers up to the date of the intervention and 9.6% continued after palatoplasty.

Conclusion: None of the variables under study, namely, the completeness of the cleft, the laterality of the cleft or the gender showed to be significantly related to the use of the pacifier. Most children quit using pacifiers at the moment of the palatoplasty.

Keywords: cleft lip, cleft palate, cleft lip and palate, pacifier.

DEDICATÓRIA

À minha mãe, trave mestra da minha vida, por ser fermento, bússola, amparo. Por acreditar em mim, mesmo quando eu duvido. Pelo amor e entrega incondicionais.

Aos meus avós de coração, pelo colo, paciência e carinho. Nenhuma escola me ensinou tanto como as histórias naquela varanda. Tenho a certeza que estariam a rejubilar de alegria.

À Ana Miguel, o meu Norte, por termos sonhado juntas desde que somos gente. Pela cumplicidade. Por me fazer perceber que mesmo seguindo caminhos distintos, há sempre atalhos que nos trazem de volta a quem tão bem nos quer.

Às minhas pessoas-luz, Rafaela e Anita, pela sintonia em que vivemos. Por festejarmos as vitórias e chorarmos as derrotas como se fossem nossas. Por me tornarem a melhor versão de mim mesma.

Ao João, ao Gil e à Marta, por serem abraço-casa. Por me ensinarem a conjugar a amizade na primeira pessoa do plural.

Aos “meus” miúdos. Pelos abraços apertados e segredos partilhados. Por serem peças fundamentais no puzzle da minha vida. Pelo privilégio de os ver crescer. Recebo muito mais do que algum dia conseguirei dar.

Aos amigos dos sábados (e restante semana), por me mostrarem de que fibra são feitas as verdadeiras amizades. Por tanto. Por partilharmos o sonho. Por me mostrarem que ser feliz é ter um sofá onde chegar, cheio de gargalhadas altas e paz de alma.

Ao Rúben e à Beatriz, por me terem escolhido para os amadrinhar nesta jornada académica. Continua a ser um privilégio conhecer pessoas tão especiais.

Ao Cristóvão, pelas palavras certas sussurradas ao ouvido. Por encarar de alma e coração a tarefa árdua de me apadrinhar nesta jornada. Será sempre o meu porto de abrigo.

Ao Combinado 6, pelos cinco anos de histórias que não podem ser contadas aos pais, por todos os anos que ainda estão por vir, pela amizade e companheirismo. Ao meu binómio, pela paciência e dedicação infinitas. Não terminaria esta etapa sozinha.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmão, Gonçalo, porque sem eles nada disto seria possível. Pelo carinho, amor e por me deixarem sempre escolher o caminho. Por acreditarem sempre que eu sou capaz de fazer tudo aquilo a que me proponho.

À equipa da Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária, pelos 2 anos de companheirismo, trabalho e dedicação. Pela confiança depositada e por ter aprendido com eles muito mais que saúde oral.

À Associação de Estudantes da Universidade Fernando Pessoa por concretizarmos o que outrora não sabíamos ser alcançável. Pelo privilégio de fazer parte de uma equipa que se reconstrói a cada desafio.

À minha orientadora Prof.^a Doutora Rita Rodrigues, uma profissional exímia e humana. Pela dedicação, paciência e disponibilidade. Pela atenção e exemplo concedidos. Soube desde o primeiro instante que seria a escolha certa para me orientar no final deste capítulo. Nada disto seria possível sem o seu auxílio. Foi, sem dúvida alguma, um privilégio. Obrigada.

À minha coorientadora Prof.^a Doutora Conceição Manso pela compreensão e colaboração. Pela forma exemplar como orienta. A minha gratidão e admiração.

Obrigada.

ÍNDICE	Pág.
Índice de tabelas	x
Índice de figuras	xi
Índice de acrónimos, siglas e abreviaturas	xii
I Introdução	1
II Material e Métodos	4
2.1 Tipo de estudo	4
2.2 Amostra	4
2.3 Consentimento informado, aspetos éticos e médico-legais	4
2.4 Critérios de inclusão e exclusão	4
2.5 Instrumentos de recolha de dados	4
2.6 Análise estatística dos dados	5
III Resultados	6
IV Discussão	10
V Conclusão	15
VI Bibliografia	16
Anexos	18
1. Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto	18
2. Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa	19
3. Consentimento informado	20
4. Instrumento de recolha de dados do projeto de investigação	21

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 Caraterização amostral	6
Tabela 2 Utilização da chupeta vs. tipo de fenda	7
Tabela 3 Tempo de utilização da chupeta vs. queiloplastia e palatoplastia	9

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1	Tempo de utilização da chupeta	8
-----------------	--------------------------------------	---

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

CUD	Completa unilateral direita
CUE	Completa unilateral esquerda
FL/P	Fenda lábio-palatina
IUE	Incompleta unilateral esquerda
IUD	Incompleta unilateral direita
UD	Unilateral direita
UE	Unilateral esquerda
UFP	Universidade Fernando Pessoa

I – INTRODUÇÃO

As Fendas Lábio-Palatinas (FL/P) constituem a patologia congénita mais prevalente da região orofacial (Silva *et al.*, 2014; Pereira *et al.*, 2018). Afetam de forma isolada ou associada o lábio superior e o palato, apresentando estas uma descontinuidade que ocorre entre a 4.^a e a 12.^a semana de vida intrauterina (Sadler e Langman, 2012). A etiologia pode ser multifatorial, genética ou ambiental (Fenha *et al.*, 2000), a sua prevalência mundial é de 1/700 (Worth *et al.*, 2017) e em Portugal é de 0,77/1000 (Braz *et al.*, 2018).

Uma das classificações mais usadas para esta alteração é a classificação de Spina que considera como ponto de referência o *foramen* incisivo. Esta classificação divide as fendas em quatro grupos: o grupo I: pré-*foramen* incisivo (unilateral, bilateral e completa ou incompleta), o grupo II: trans-*foramen* incisivo (unilateral, bilateral e sempre completa), o grupo III: pós-*foramen* incisivo (completa ou incompleta) e o grupo IV: fendas raras da face (Spina, 1973).

O acompanhamento destes indivíduos inicia-se ainda no período pré-natal, quando diagnosticado durante a gravidez, e estende-se até à idade adulta, requerendo sempre uma equipa transdisciplinar, que tem como objetivo assegurar a qualidade de vida e o correto seguimento e tratamento destes indivíduos (Muncinelli *et al.*, 2012).

A correção cirúrgica dos defeitos inerentes à FL/P é efetuada em duas fases: em média aos 3 meses faz-se a queiloplastia (correção do defeito labial) nos casos do grupo I e II de Spina e mais tarde, por volta dos 12 meses é realizada a palatoplastia (correção do palato) nos casos do grupo II e III de Spina (Ravi *et al.*, 2015).

As crianças com FL/P apresentam, geralmente, dificuldades na sucção e na deglutição (Duarte *et al.*, 2016). Uma fenda no palato impede a criação de pressão intraoral negativa durante o ato de sucção dificultando a sucção nutritiva e não nutritiva. No que diz respeito à sucção nutritiva – amamentação, alguns estudos têm demonstrado as dificuldades e propondo soluções, nomeadamente através de uma sonda nasogástrica (no entanto, pouco recomendada devido ao desconforto); do biberão com uma tetina adaptada, há também quem sugira copos, colheres e seringas (Mendes e Lopes, 2006; Duarte *et al.*, 2016). São também preconizadas placas obturadoras do palato que auxiliam quer o aleitamento artificial quer a amamentação. Relativamente aos hábitos de sucção não nutritivos - como é o caso da chupeta - ainda poucos estudos existem (Sabino *et al.*, 2012; Alighieri *et al.*, 2019).

A amamentação deve ser estimulada, uma vez que é um motor para o desenvolvimento do sistema estomatognático, pelo equilíbrio das forças musculares, estimulando o crescimento ântero-posterior da mandíbula e reforçando o circuito neural fisiológico da respiração, além das evidentes vantagens nutricionais. A duração da amamentação é um dos fatores preponderantes no que diz respeito ao desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos, a amamentação até aos 6 meses prevê-se como um fator de proteção contra a persistência da chupeta (Barsi *et al.*, 2013; Buccini *et al.*, 2016).

O hábito de sucção não nutritivo surge ainda na vida intrauterina, por volta das 29 semanas, e constitui a primeira contração muscular coordenada do feto (Barsi *et al.*, 2013). Hábitos definem-se como automatismos adquiridos, constituídos por padrões de contração muscular alterados e de natureza complexa, realizados de forma inconsciente e frequente (Santos *et al.*, 2009). Estes podem tornarem-se nocivos, nomeadamente, para a cavidade oral quando repetidos no tempo (Barsi *et al.*, 2013).

São fatores etiológicos de má-oclusões, nomeadamente da mordida cruzada posterior, devido à posição inferiorizada e anteriorizada que a língua ocupa na cavidade oral e, também, da mordida aberta anterior, devido à redução do crescimento vertical do osso alveolar (Schmid *et al.*, 2018). A prevalência destas má-oclusões está relacionada com a intensidade, a frequência e a duração do hábito de sucção não nutritivo, como por exemplo o uso da chupeta (Farsi e Salama, 1997). Este hábito pode estar também associado a uma maior incidência de infeções do trato respiratório e gastrointestinal, devido à difícil desinfeção constante da mesma (Fleming *et al.*, 1999).

Estudos demonstraram que o uso continuado da chupeta em indivíduos com FL/P pode ter uma grande influência no prognóstico do tratamento cirúrgico do defeito do lábio e/ou do palato. Deste modo, alguns cirurgiões recomendam que tais hábitos deletérios sejam eliminados antes dos procedimentos cirúrgicos. Barsi *et al.*, em 2013 reportaram que, muitas vezes, a utilização da chupeta é substituída por outro hábito de sucção não nutritivo, como forma de compensação do hábito que foi eliminado. Por outro lado, o desconforto do pós-operatório resultante dessas intervenções cirúrgicas pode levar a que a chupeta seja deixada pela própria criança (Alighieri *et al.*, 2019). Apesar da sucção da chupeta ser o hábito não nutritivo mais prevalente (Farsi e Salama, 1997; Santos *et al.*, 2009; Sabino *et al.*, 2012) e de alguns autores indicarem vantagens nos primeiros meses de vida, suprimindo a necessidade básica de sucção, a sua utilização terá de ser limitada no tempo de forma a

minimizar as consequências negativas inerentes ao seu uso, já supracitadas. Estas consequências são visíveis num indivíduo sem FL/P e que impacto terão num indivíduo com descontinuidade de algumas estruturas ósseas e musculares da cavidade oral?

A motivação para dar continuidade a esta pesquisa e, portanto, o objetivo do presente trabalho foi verificar qual a duração de utilização da chupeta em indivíduos com FL/P.

II – MATERIAL E MÉTODOS

2.1 – Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo transversal quantitativo.

2.2 – Amostra

De uma população total de 240 indivíduos com FL/P, residentes em Portugal, foram sorteados, aleatoriamente, 73 que preenchessem os critérios de inclusão.

Este estudo decorreu entre dezembro de 2019 e junho de 2020.

2.3 – Consentimento informado, aspetos éticos e médico-legais

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (Anexo 1) e pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo 2).

O consentimento informado foi obtido durante a realização do projeto de tese de doutoramento da orientadora (Anexo 3).

Ao longo do estudo não foram registados dados relativos à identificação nominal dos participantes para garantir o anonimato. O acesso aos dados obtidos ficou limitado aos investigadores responsáveis. Foi criada uma tabela de dados para tratamento estatístico, segundo um sistema de codificação preestabelecido, que impossibilita a identificação da identidade da pessoa nesse documento, de forma a analisar cada variável.

2.4 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: indivíduos com FL/P independentemente do tipo de fenda (I, II ou III, segundo Spina), que foram seguidos no projeto de tese de doutoramento da orientadora.

Critérios de exclusão: indivíduos que não tivessem informação relativamente ao uso da chupeta.

2.5 – Instrumentos de recolha de dados

Não houve acesso direto aos participantes. A parte experimental do estudo foi constituída por dados (não sensíveis) de tempo de utilização da chupeta e classificação da fenda, que foram recolhidos, anteriormente ao atual projeto de tese, no âmbito da tese de doutoramento da orientadora. Estes dados foram recolhidos há menos de 5 anos e com autorização dos

intervenientes para serem tratados para fim de publicação, o que ainda não se concretizou, e que este trabalho pretende parcialmente concretizar.

Foi utilizada uma base de dados para a colocação da informação retirada dos questionários anteriormente aplicados pela orientadora, de forma a se recolher informação em relação ao tema abordado neste estudo (Anexo 4 – Instrumento de recolha de dados do projeto de investigação). A análise dos dados permitiu observar o tempo de duração de utilização da chupeta por indivíduos com FL/P e se este ultrapassou o momento da queiloplastia ou da palatoplastia (esta informação é obtida, porque estas duas cirurgias são realizadas em idades específicas, 3 meses e 12 meses em média, respetivamente).

As variáveis em estudo foram: data de nascimento; o género (feminino ou masculino); tipo de fenda, tipo de fenda segundo Spina (I, II ou III), duração da utilização da chupeta (em meses).

2.6 – Análise estatística dos dados

O tratamento estatístico da informação recolhida nesta amostra foi realizado através do software IBM® SPSS Statistics, vs. 25.0 (IBM Corporation, USA).

A caracterização das variáveis qualitativas foi realizada através de contagens absolutas e relativas (percentagens). A variável quantitativa (tempo) foi descrita através da média e desvio padrão, assim como amplitude de variação (mínimo e máximo).

A comparação da distribuição de variáveis qualitativas por grupo independente (localização) foi realizada através de testes de qui-quadrado ou testes exatos de Fisher (quando o de Qui-quadrado não cumpria os critérios de Cochran).

III – RESULTADOS

A amostra total deste estudo foi constituída por 73 crianças com FL/P pertencentes aos grupos I, II e III de Spina, sendo a maioria do género masculino (n=51; 69,9%) (Tabela 1).

Relativamente à classificação de Spina, observa-se que as mais prevalentes são as fendas do grupo II (67,1%), seguidas do grupo I (20,6%) e do grupo III (12,3%). No que concerne à lateralidade, a maioria dos indivíduos deste estudo possui fenda unilateral (46,6%); quanto à extensão, a maioria das fendas são completas (86,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização amostral

		n (%)
Amostra		73 (100%)
Género	Masculino	51 (69,9%)
	Feminino	22 (30,1%)
Tipo de fenda	I- CUE	7 (9,6%)
	I- CUD	1 (1,4%)
	I-IUE	5 (6,8%)
	I-IUD	1 (1,4%)
	I- CB	1 (1,4%)
	II- UE	20 (27,4%)
	II- UD	9 (12,3%)
	II- Bilateral	20 (27,4%)
	III- Completa	5 (6,8%)
	III- Incompleta	4 (5,5%)
Grupo de Spina	Grupo I	15 (20,6%)
	Grupo II	49 (67,1%)
	Grupo III	9 (12,3%)
Lateralidade	Unilateral	34 (46,6%)
	Bilateral	30 (41,1%)
Extensão da fenda	Incompleta	10 (13,7%)
	Completa	63 (86,3%)
Utilização da chupeta	Não	48 (65,8%)
	Sim	25 (34,2%)

CB – completa bilateral; CUE – completa unilateral esquerda; CUD – completa unilateral direita; IUE– incompleta unilateral esquerda; IUD– incompleta unilateral direita; UD – unilateral direita; UE – unilateral esquerda.

O uso da chupeta difere entre as várias variáveis em estudo na amostra (Tabela 2) embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas.

Assim, pode-se constatar que o uso da chupeta é mais prevalente no género masculino do que no feminino (39,2% vs. 22,7%) ($p=0,173$). Quanto à lateralidade, indivíduos com fenda unilateral usam mais a chupeta do que os que indivíduos com fenda bilateral (60% vs. 20%) ($p=0,37$) e quanto à utilização de chupeta e à extensão da fenda - incompleta ou completa (28% vs. 72%), vemos que há uma maior prevalência por parte das fendas completas. Observa-se ainda que a percentagem de não utilizadores de chupeta é significativamente maior quando têm fenda completa do que incompleta ($p=0,010$) (Tabela 2).

No que respeita ao uso da chupeta e ao tipo de fenda observa-se que os indivíduos do grupo II são os que mais usam a chupeta (56%), seguidos do grupo I (24%) e do grupo III (20%) (Tabela 2).

Tabela 2 -Tempo de utilização da chupeta vs. tipo de fenda e género da criança.

		Usa Chupeta		
		Não	Sim	p
Tipo de fenda	I- CUE	5 (10,4%)	2 (8%)	n.a.
	I- CUD	1 (2,1%)	0 (0%)	
	I-IUE	1 (2,1%)	4 (16%)	
	I-IUD	1 (2,1%)	0 (0%)	
	I- CB	1 (2,1%)	0 (0%)	
	II- UE	14 (29,2%)	6 (24%)	
	II- UD	6 (12,5%)	3 (12%)	
	II- Bilateral	15 (31,3%)	5 (20%)	
	III- Completa	3 (6,3%)	2 (8%)	
	III- Incompleta	1 (2,1%)	3 (12%)	
Lateralidade da fenda	Unilateral	28 (58,3%)	15 (60%)	0,370
	Bilateral	16 (33,3%)	5 (20%)	
Extensão da fenda	Incompleta	3 (6,3%)	7 (28%)	0,010
	Completa	45 (93,7%)	18 (72%)	
Género	Masculino	31 (60,8%)	20 (39,2%)	0,173
	Feminino	17 (77,3%)	5 (22,7%)	

CB – completa bilateral; CUE – completa unilateral esquerda; CUD – completa unilateral direita; IUE– incompleta unilateral esquerda; IUD– incompleta unilateral direita; n.a.- não aplicável (não se pode aceitar o resultado do teste de qui-quadrado); UD – unilateral direita; UE – unilateral esquerda.

A principal questão que justifica este estudo, prende-se com o uso da chupeta em indivíduos portadores de FL/P (Tabela 1). Das 73 crianças, 25 usam chupeta em média até aos 13,6 (10,5) meses. A criança que deixou a chupeta mais cedo, fê-lo com 1 mês e a que deixou mais tarde com 38 meses. Metade utilizou a chupeta após os 12 meses de idade e 50% das crianças com idade intermédia utilizaram-na entre os 8 meses e os 20 meses (Figura 1).

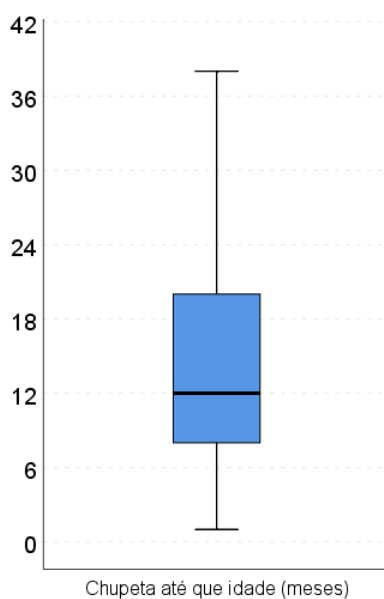


Figura 1 - Tempo de utilização da chupeta

Na Tabela 3, relaciona-se temporalmente o uso da chupeta com a intervenção cirúrgica, isto é, se antes da cirurgia usava chupeta e se continuou a usar após o defeito labial e/ou do palato ter sido corrigido.

Dos 20 indivíduos (27,4%) que usavam chupeta e fizeram queiloplastia, 8,2% usou até à cirurgia e 19,2% continuaram a usar após a primeira intervenção cirúrgica – queiloplastia. Dos 19 indivíduos (26%) que realizaram a palatoplastia (grupo II e III de Spina), 19,2% usou chupeta até à data da intervenção e 6,8% continuou após a palatoplastia. É de notar que a idade em que cada uma das cirurgias é realizada tem de ser analisada de acordo com o ciclo natural de crescimento da criança (Tabela 3).

Tabela 3 - Tempo de utilização da chupeta vs. queiloplastia e palatoplastia

		n (%)
Chupeta até Queiloplastia	Usou até à queiloplastia	6 (8,2%)
	Usou após a queiloplastia	14 (19,2%)
total	Usou chupeta	20 (27,4%)
Chupeta até Palatoplastia	Usou até à palatoplastia	14 (19,2%)
	Usou após a palatoplastia	5 (6,8%)
total	Usou chupeta e fez palatoplastia	19 (26%)

IV – DISCUSSÃO

O uso da chupeta é um hábito muito comum entre crianças de todo o mundo. A chupeta é usada para acalmar, também usada, por vezes, para prevenir outros hábitos deletérios, como a sucção digital, mas sobretudo, para suprir a necessidade básica de sucção (Schmid *et al.*, 2018). Como já referido, a chupeta constitui o hábito de sucção não nutritivo mais prevalente (Farsi e Salama, 1997; Santos *et al.*, 2009; Sabino *et al.*, 2012; Alighieri *et al.*, 2019).

Em alguns países, o recurso a este objeto é tão comum que a prevalência aos 12 meses ronda os 42% (Schmid *et al.*, 2018). Num estudo realizado na Bélgica, em crianças com idades entre os 0 e os 12 anos, a prevalência do uso da chupeta atinge os 74,8% e, nesta amostra, quase 1% dos indivíduos tinham fenda palatina (Alighieri *et al.*, 2019). Em 1997, Farsi e Salama., reuniram informação de vários estudos (realizados entre 1977 e 1982) sobre a prevalência do uso da chupeta em diferentes regiões geográficas. Observaram que os valores variavam entre 37%, em países como a Noruega e a Austrália, e 78% nos países nórdicos (Suécia e Dinamarca). No Zimbábue não havia registo algum do uso da chupeta. Em termos de faixas etárias, países como a Suécia apresentaram uma prevalência de 78% do uso da chupeta, num estudo realizado com crianças entre os 10 e os 11 anos. A mesma prevalência foi registada na Dinamarca em crianças com 3 anos. Não foi estudada nem apresentada qual a possível razão da discrepância destes valores.

A variação dos resultados entre as várias regiões justifica que o uso da chupeta esteja dependente de vários fatores como a tradição, a cultura e a educação. Enquanto os hábitos de sucção continuam a apresentar elevadas taxas em países desenvolvidos, parecem ser quase inexistentes em países subdesenvolvidos (Farsi e Salama, 1997; Barsi *et al.*, 2013). Em 2009, Santos *et al.*, constataram que o uso da chupeta foi também influenciado pelo nível de escolaridade dos pais, sobretudo da mãe. Crianças cujos pais possuem um nível de escolaridade mais alto revelaram uma maior prevalência deste hábito. Por outro lado, a sucção digital associa-se a um nível de escolaridade mais baixo. Apesar de comum, como anteriormente explicado, estes autores demonstram que o uso da chupeta é muito controverso. Estudos demonstram que pode limitar o correto crescimento orofacial; diminuir o período de amamentação; provocar má-oclusões dentárias e aumentar o risco de infeções do trato respiratório e gastrointestinal. Por outro lado, estudos (ainda com baixa evidência) sugerem que a chupeta pode ser um fator protetor contra a síndrome da morte súbita (Fleming *et al.*, 1999; Schmid *et al.*, 2018).

No que diz respeito às má-oclusões a literatura tem vindo a confirmar uma correlação positiva entre o uso da chupeta e a mordida aberta anterior. Em 1997, Farsi *et al.*, afirmam que não há evidência científica que as crianças que usem chupeta tenham uma maior tendência para terem mordida cruzada posterior. Todavia, numa revisão sistemática de Schmid *et al.*, de 2018, é concluído que há uma associação significativa entre o uso da chupeta e as duas má-oclusões supracitadas.

Neste estudo de investigação, apurou-se qual a prevalência do uso da chupeta numa população com FL/P, assim como, qual a duração do seu uso. A literatura relativa aos hábitos orais em crianças com FL/P é escassa (Alighieri *et al.*, 2019).

Barsi *et al.*, em 2013, foram dos primeiros a descrever os hábitos em crianças com esta alteração congénita. O estudo mostrou que crianças sem FL/P possuem uma maior prevalência de hábitos não nutritivos (chupeta e sucção digital) do que crianças com FL/P. Demonstraram que, em crianças com FL/P, hábitos como onicofagia, interposição de um objeto, sucção de um objeto, sucção labial ou sucção da bochecha são mais prevalentes que o uso da chupeta.

Neste trabalho de investigação, a totalidade da amostra possui FL/P e a comparação com crianças sem FL/P foi baseada somente na literatura. Das 73 crianças em estudo, 25 usaram chupeta em média até aos 13,6 (10,5) meses, sendo a mediana de 12 meses. O desvio padrão obtido indica que as respostas são díspares. Houve crianças a deixar a chupeta muito cedo e outras numa idade mais tardia. A criança que deixou a chupeta mais cedo, fê-lo com apenas 1 mês e a que deixou mais tarde com 38 meses. Essa disparidade pode dever-se a inúmeros fatores, entre eles, o protocolo da não utilização de chupeta pela equipa transdisciplinar que os acompanha; pela dificuldade de preensão da chupeta, devido à interrupção do músculo orbicular dos lábios; ou também à necessidade de compensação de outros fatores emocionais. Os pediatras e odontopediatras não têm uma opinião unânime sobre o uso da chupeta. Há quem recomende o uso e quem o desaconselhe por completo

Em 2005, Romero *et al.*, descreveram um caso clínico em que foi desaconselhado o uso da chupeta a uma criança com FL/P que apresentava mordida aberta anterior na dentição decídua, provocada pelo uso continuado da chupeta. Apenas com a cessação do uso, verificou-se uma autocorreção dessa alteração oclusal.

Em crianças sem FL/P, quando o hábito é abandonado antes dos 4 anos de idade, existe uma tendência para a autocorreção da má-oclusão, quando esta é apenas causada pelo uso da

chupeta (Kim *et al.*, 2000). Contudo, nem sempre a interrupção do uso é suficiente, há outros fatores implicados como o padrão dentofacial da criança; a severidade da má-oclusão; a competência da musculatura perioral e o desenvolvimento de outros hábitos deletérios como a postura inadequada da língua em repouso, a respiração oral, entre outros (Filho *et al.*, 1986).

Dado que a criança com FL/P, no estudo de Romero *et al.*, apresentou o mesmo comportamento que uma criança sem FL/P, coloca-se uma questão: “o impacto nas restantes estruturas orofaciais será semelhante?”. Espera-se, pelo facto de haver uma descontinuidade das estruturas orais (lábio e palato), que este hábito tenha efeitos mais deletérios? No entanto, tais resultados não são possíveis de apurar com este estudo, uma vez que as crianças não foram acompanhadas antes, durante e após a eliminação do hábito de forma a verificar tais implicações orais.

As crianças deste estudo são na sua maioria do género masculino (69,9%). Embora não tenha sido estudado nesta investigação, a literatura mostra a relação entre o tipo de fenda e o género, sendo que o grupo I e o grupo II de Spina são mais frequentes no género masculino e o grupo III de Spina no género feminino. A causa da relação entre género e classificação FL/P ainda não é bem compreendida (Carroll e Mossey, 2012; Pereira *et al.*, 2018).

Segundo o Registo Nacional de Anomalias Congénitas, de Braz *et al.*, as fendas mais prevalentes em Portugal são as fendas que afetam somente o palato, correspondentes ao grupo III de Spina, com uma prevalência de 3,3/10000 seguidas das fendas que afetam o lábio e o palato com 36,1% (grupo II de Spina) e, por último, as fendas que afetam somente o lábio com 20,8% (grupo I de Spina). No presente estudo, observa-se que as mais prevalentes foram as fendas do grupo II de Spina (67,1%), seguidas do grupo I (20,6%) e do grupo III (12,3%). Comparando estes valores é possível apurar que a amostra não vai de acordo com o panorama nacional. Contudo, a percentagem de crianças com fenda do grupo I de Spina é semelhante.

Há vários autores que sugerem uma maior prevalência de hábitos de sucção não nutritivos no género feminino, nomeadamente o da chupeta, no entanto, outros estudos dizem que não há evidências suficientes (Farsi *et al.*, 1997). Nesta amostra, pode-se constatar que o uso da chupeta foi mais prevalente no género masculino do que no feminino (39,2% vs. 22,7%) embora esta diferença não seja significativa.

Neste estudo, outras variáveis foram abordadas, nomeadamente a lateralidade (unilateral, bilateral) e a extensão da fenda (completa/incompleta). Crianças com fenda unilateral usaram mais a chupeta do que as crianças com fenda bilateral (60% vs. 20%). No que respeita à

extensão da fenda, crianças com fendas completas apresentam uma maior prevalência do uso da chupeta que crianças com fendas incompletas (72% vs. 28%). É de realçar que a percentagem de crianças que não usa chupeta é significativamente maior nas que possuem fenda completa comparativamente com às que possuem fenda incompleta, tendendo assim as fendas completas para a não utilização da chupeta (Tabela 2). Não foram encontrados estudos que abordassem estas questões. Seria interessante observar se as crianças com fenda bilateral teriam ou não mais dificuldade na preensão da chupeta, assim como observar se a severidade da fenda estaria ou não relacionada com a duração do uso da chupeta. No entanto, para responder a estas questões outros estudos terão que ser realizados.

A prevalência do uso da chupeta em função do tipo de fenda segue o padrão da prevalência do tipo de fenda na amostra, as crianças que se enquadram no grupo II são as que mais usam a chupeta (56%), seguidas do grupo I (26%) e do grupo III (20%). A discussão deste ponto vai ser relacionada com as cirurgias que poderão ser realizadas nesta fase de desenvolvimento em relação ao tipo de descontinuidade das estruturas – lábio e/ou palato (queiloplastia e palatoplastia). As cirurgias para correção do lábio e/ou palato são efetuadas, em média, aos 3 e 12 meses, respetivamente. A correção cirúrgica da fenda pode ser considerada por muitos um aspeto de sucesso, no entanto, o importante a destacar é que o sucesso em crianças com FL/P prende-se fundamentalmente com qualidade de vida, nomeadamente em crianças que tenham outras patologias associadas (Zeraatkar *et al.*, 2019).

Dos 27,4% dos indivíduos que usaram chupeta e fizeram queiloplastia, 8,2% usaram até à queiloplastia (grupo I e II de Spina) e 19,2% após a intervenção. Não foi possível apurar se o hábito foi desenvolvido após a intervenção, dado não haver dados relativos ao início do uso da chupeta. Uma minoria deixou de usar a chupeta logo após a intervenção, tal pode justificar-se pelo desconforto/dor no pós-operatório ou por recomendação médica.

A literatura diz que há um risco de ocorrer síndrome da morte súbita do lactente até aos 12 meses de idade, por isso, quando a primeira intervenção cirúrgica – queiloplastia, é efetuada, por volta dos 3 meses, a chupeta pode constituir um fator protetor, o que pode levar à permanência desse hábito (Fleming *et al.*, 1999; Giugliani *et al.*, 2017; Schmid *et al.*, 2018; Danielewska *et al.*, 2019).

Dos 26% que realizaram a palatoplastia (grupo II e III de Spina), 19,2% usou chupeta até à data da intervenção e 6,8% após a palatoplastia. Os valores invertem-se relativamente à queiloplastia. Isto é, há uma minoria que continua a usar chupeta após a palatoplastia.

Tal como na queiloplastia, na palatoplastia a cessação do uso da chupeta pode justificar-se, também pelo desconforto/dor pós-operatório ou por recomendação médica. Dado esta segunda intervenção ser efetuada por volta dos 12 meses, os hábitos de sucção não nutritivos começam a ser descontinuados. É de notar que a idade em que cada uma das cirurgias é realizada tem de ser analisada de acordo com o ciclo natural de crescimento da criança. As crianças sem FL/P devem deixar a chupeta por volta dos 24 meses (Negra *et al.*, 1997; Muzulan e Gonçalves, 2011) e tendo em conta o valor da média e da mediana é possível apurar que as crianças com FL/P deixam a chupeta na altura da palatoplastia (12 meses).

Barsi *et al.*, afirmaram que as cirurgias podem ser a causa para o abandono da chupeta por parte destas crianças. No período pós-cirurgia, algumas crianças usaram uma contenção dos braços de forma a prevenir a introdução das mãos ou de outros objetos na boca e, como conseguinte, diminuíram o risco de trauma e/ou infeção.

Estudos eletromiográficos de músculos da mastigação, em indivíduos com FL/P unilateral já submetidos à cirurgia, mostraram funções musculares diferentes daqueles que não tinham sido operados. Estes indivíduos mostraram valores superiores de atividade do músculo orbicular dos lábios quando o lábio estava em selamento incompleto, sugerindo assim a sua correção (Satyaprasad, 2009). As cirurgias causam alterações musculares e a descontinuação do uso da chupeta pode estar relacionada com esta nova dinâmica muscular estabelecida.

Em resumo, a baixa prevalência do uso da chupeta pode justificar-se devido à dificuldade no selamento labial, devido à descontinuidade do músculo orbicular dos lábios (grupo I e II de Spina); à inabilidade de criar pressão negativa intraoral; à dor pós-cirúrgica; ao desconforto provocado pela própria chupeta e também por aconselhamento médico. É de realçar que estas crianças são acompanhadas pelo mesmo grupo transdisciplinar e a baixa prevalência do uso da chupeta poderá não ser representativa da realidade, uma vez que é desaconselhado pelo grupo o seu uso desde o nascimento. Os hábitos não nutritivos em crianças com FL/P, nomeadamente a utilização da chupeta, ainda não foram extensivamente estudados. Torna-se assim difícil quer para o cuidador da criança, quer dentro da comunidade médica existir uma opinião informada e coesa sobre a utilização deste objeto tão controverso.

Este estudo tem algumas limitações. Seria interessante perceber a influência que os hábitos de sucção não nutritivos têm no pós-operatório em crianças submetidas a queiloplastia e /ou palatoplastia. Por outro lado, a dinâmica muscular devia ser melhor estudada nestes indivíduos, através de estudos eletromiográficos.

V – CONCLUSÃO

As crianças com FL/P constituem uma população com características únicas no que concerne à dinâmica músculo-esquelética da região orofacial.

Neste estudo, a utilização da chupeta mostrou-se mais prevalente no género masculino, no grupo II de Spina e nos indivíduos com FL/P unilaterais.

Conclui-se que nenhuma destas variáveis em estudo, nomeadamente, a lateralidade e o tipo o da fenda, assim como o género tiveram influência significativa na utilização da chupeta.

Quanto à extensão da fenda, há uma associação estatisticamente significativa entre a não utilização da chupeta e as fendas completas. O uso da chupeta é mais prevalente em crianças com fenda completa.

Uma baixa percentagem de crianças abandona o uso da chupeta antes da queiloplastia, pois a maioria cessa o uso por volta dos 12 meses, altura em que alguns indivíduos realizam a palatoplastia.

Este estudo apresentou várias limitações devido ao tamanho amostral e, não sendo um estudo exaustivo, deverá ser encarado como um estudo base. Serão necessários mais estudos para melhor perceber e quantificar a prevalência da chupeta em crianças com FL/P, tal como qual a sua influência no período pós-cirúrgico e quais as causas do seu desuso.

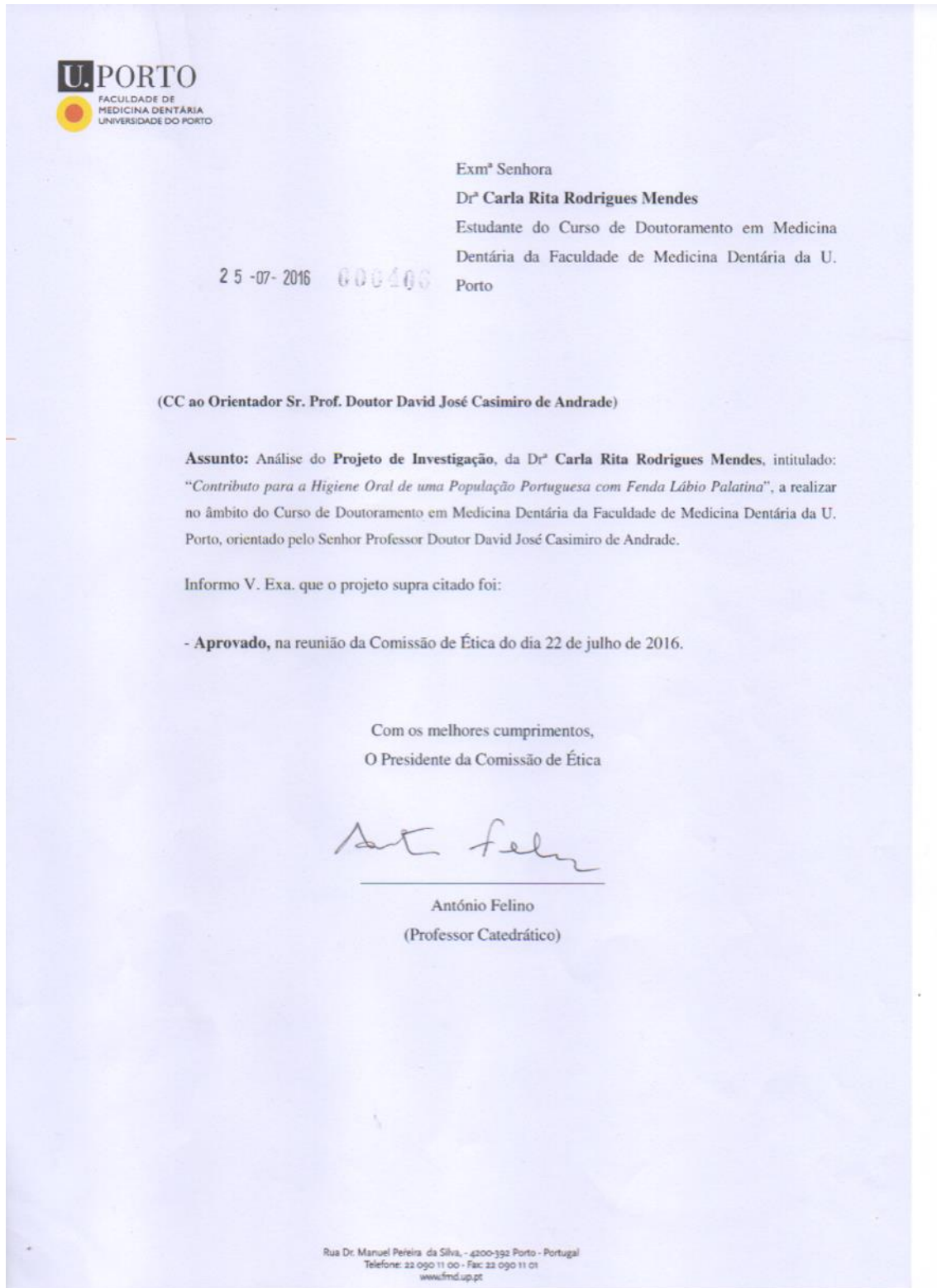
VI - BIBLIOGRAFIA

- Alighieri, C. *et al.* (2019). Oral habits in Children with Cleft (Lip and) Palate: A Pilot Study. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 71(4), pp. 191–196.
- Barsi, P. C. *et al.* (2013). Prevalence of Oral Habits in Children with Cleft Lip and Palate. *Plastic Surgery International*, pp. 1–4.
- Braz, P. *et al.* (2018). Registo Nacional de Anomalias Congénitas: relatório 2014-2015. Editor Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. [Em linha]. Disponível em <<http://www.insa.min-saude.pt/registo-nacional-de-anomalias-congenitas-relatorio-2014-2015/>>. [Consultado em 20-03-2020].
- Buccini, G. *et al.* (2017). Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis, *Matern and Child Nutrition*, 13(3), pp. 1-19.
- Carroll, K. e Mossey, P. A. (2012). Anatomical Variations in Clefts of the Lip with or without Cleft Palate. *Plastic Surgery International*, pp. 1–6.
- Duarte, G. A., Ramos, R. B. e Cardoso, M. C. de A. F. (2016). Feeding methods for children with cleft lip and/or palate: a systematic review. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 82(5), pp. 602–609.
- Danielewska, A. F. *et al.* (2019). Sudden Infant Death Syndrome - risk factors and prevention. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(6), pp. 269–274.
- Farsi, N. M. e Salama, F. S. (1997). Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. *Pediatric Dentistry Journal* 19(1), pp. 28–33.
- Fenha, M., Santos, E. C. e Figueira, L. (2000). Assessment of the cognitive and social-emotional performance of cleft lip and palate children. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), pp. 113–120.
- Fleming, P. J. *et al.* (1999). Pacifier use and sudden infant death syndrome: results from the CESDI/SUDI case control study. *Archives of Disease in Childhood*, 81(2), pp. 112-116.
- Filho, O. G. S., Okada, T. e Santos, S. D. (1986). Sucção digital - abordagem multidisciplinar: ortodontia x psicologia x fonoaudiologia. *Estomatologia e cultura*, 16(2), pp. 44–52.
- Giugliani *et al.* (2017). Vol.3. Editor Sociedade Brasileira de Pediatria. Uso de chupeta em crianças amamentadas: prós e contras. [Em linha]. Disponível em <<https://www.sbp.com.br/>>. [Consultado em 24/03/2020].
- Kim, Y. H. *et al.* (2000). Stability of anterior openbite correction with multiloop edgewise archwire therapy: A cephalometric follow-up study. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 118(1), pp. 43–54.
- Mendes, L. e Lopes, V. (2012). Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica, *Revista Ciências Médicas*, 15(5), pp. 437-448.
- Muncinelli, E. *et al.* (2012). Periodontal aspects in patients with cleft lip/palate, *Perio News*, 6(4), pp. 359-363.
- Muzulan, C. F. e Gonçalves, M. I. R. (2011). O lúdico na remoção de hábitos de sucção de dedo e chupeta. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, pp. 66–70.
- Negra, J. M. C. S., Pordeus, I. A. e Rocha, J. F. (1997). Estudo da Associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, pp. 79-86.
- Pereira, A.V. *et al.* (2018). Associated Malformations in Children with Orofacial Clefts in Portugal: A 31-Year Study. *Plastic and Reconstructive Surgery, Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open*, 6(2), p. e1635-e1641.
- Ravi, P. *et al.* (2015). Surgical Methods of cleft lip, cleft palate and combined cleft lip and palate – our experience. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*, 2(51), pp. 8590–8593.
- Romero, M., Bravo, L. A. e Romero, P. (2005). Pacifier Sucking in a Child With Cleft Palate: Occlusal Consequences. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 42(2), pp. 218–219.

- Sabino, M. F. P. A. *et al.* (2012). Ocorrência de Hábitos Oraís e Maloclusões em Crianças com Fissuras Lábio-Palatinas. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa*, 12(2), pp. 237–243.
- Sadler, T. W. e Langman, J. (2012). Head and Neck. *In: Langman's medical embryology*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, pp. 275-285.
- Santos, S. A. *et al.* (2009). Hábitos de sucção não nutritiva em crianças pré-escolares. *Jornal de Pediatria*, pp. 408–414.
- Satyaprasad, S. (2009). An unusual type of sucking habit in a patient with cleft lip and palate. *Journal of the Indian Society of Pedodontics & Preventive Dentistry*, 27(4), pp. 260–262.
- Schmid, K. M. *et al.* (2018). The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. *Progress in Orthodontics*. 19(1), p. 3-14.
- Silva, R. A. P. P. *et al.* (2014). Alterações dentárias em pacientes portadores de Fenda Lábio-Palatina. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 55(1), p. 66.
- Spina V. (1973). A proposed modification for the classification of cleft lip and cleft palate, *Cleft Palate Journal*, 10, pp. 251–252.
- Worth, V. *et al.* (2017). Are people with an orofacial cleft at a higher risk of dental caries? A systematic review and meta-analysis. *British Dental Journal*, 223(1), pp. 37–47.
- Zeraatkar, M. *et al.* (2019). A qualitative study of children's quality of life in the context of living with cleft lip and palate. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 10, pp. 13–20.

ANEXOS

Anexo 1: Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto



Anexo 2: Comissão de Ética Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Directora da FCS

Porto, 10 de Dezembro de 2019

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de receber, no dia 2 de Dezembro de 2019, o formulário de submissão de projectos à CE devidamente assinado (com data de 29 de Novembro de 2019), como solicitado na comunicação emitida por esta mesma Comissão no dia 28 de Novembro e relativa à primeira submissão, do dia 4 de Novembro, apreciou o projeto de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, de Marta Sofia Vida Oliveira, intitulado, "Fenda lábio-palatina e o uso da chupeta". A Comissão de Ética não tem nada a opor à realização do mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Toldy

dae cc a aluna

J. S.
11-2-19



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NPC 502 037 602 - Reg. Comercial nº 261 Conservatória da Região Comercial do Porto
REITORIA - | Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | - | Faculdade de Ciência e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt
| Faculdade de Ciências da Saúde | - | Escola Superior de Saúde | R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4637 - R. Delfim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 - geral.saude@ufp.pt. UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertiandos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt

Anexo 3: Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____ representante legal do menor sob a minha guarda _____, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação com o título “Contributo para a Higiene Oral de uma População Portuguesa com Fenda Lábio Palatina” conduzida pela investigadora Carla Rita Rodrigues Mendes na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, para a qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a participação no estudo. Sei que posso abandonar o estudo e que não terei que suportar qualquer penalização, nem quaisquer despesas pela participação neste estudo.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, consinto que a/o minha/meu filha(o) participe neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora responsável sabendo que a confidencialidade dos participantes e dos dados a eles referentes se encontra assegurada.

Mais autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para este e outros trabalhos científicos, desde que irreversivelmente anonimizados.

Data: ____/____/____

Assinatura do representante legal do paciente:

A Investigadora:

Dra. Carla Rita Rodrigues Mendes

Dados de contacto: carlamendes@hotmail.com)

O Orientador:

Doutor David Casimiro de Andrade

Dados de contacto: (225098574; casimirodandrade@gmail.com)

A Coorientadora:

Doutora Conceição Manso

Dados de contacto: (225071300; cmanso@ufp.edu.pt)

O Coorientador:

Dr. Bessa Monteiro

Dados de contacto: (800201000; bessamonteiro@gmail.com)

Anexo 4: Instrumento de recolha de dados do projeto de investigação

Informação a recolher dos registos clínicos: lista de variáveis

Título: Fenda lábio-palatina e o uso da chupeta – estudo transversal

Data do registo:

1) Utilizou chupeta?

Não Sim , se sim até quando: _____ meses

2) Classificação da fenda:

Tipo:

Tipo I (completo ; incompleto)

Tipo II

Tipo III (completo ; incompleto)

Lateralidade:

esquerdo

direito

bilateral