

Diana Manuela Pires Gavaia Migueis

**Alterações dentofaciais e o seu impacto na alimentação e na higiene oral em
crianças com fenda lábio palatina**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Diana Manuela Pires Gavaia Migueis

**Alterações dentofaciais e o seu impacto na alimentação e na higiene oral em
crianças com fenda lábio palatina**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Diana Manuela Pires Gavaia Migueis

**Alterações dentofaciais e o seu impacto na alimentação e na higiene oral em
crianças com fenda lábio palatina**

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Resumo

Introdução: As fendas lábio palatinas, as fendas labiais e as fendas palatinas são malformações congénitas que ocorrem no período embrionário, afetam e produzem alterações dentofaciais. Estes processos faciais têm um forte impacto na alimentação, na higiene oral, na fonação, entre outros, e por isso constituem um dos principais problemas de saúde pública em Portugal e no mundo. Além das alterações estéticas a alimentação pode ser dificultada se pais ou responsáveis não forem orientados, podendo levar ao aparecimento de problemas, tais como: sucção inadequada, tempo de amamentação prolongada e regurgitação.

Objetivo: A presente investigação objectivou tratar das alterações dentofaciais em crianças com fenda lábio palatina, começando pelos aspetos mais importantes desta malformação: a etiologia, a epidemiologia, a embriologia, a classificação, as manifestações orais, bem como descrever a alimentação e os métodos alternativos empregues neste processo, bem como uma correta higiene oral, através da realização de uma revisão de literatura bibliográfica.

Materiais e Métodos: A pesquisa bibliográfica foi feita em diversas bases de dados com as seguintes palavras-chave: palate-lip cleft; lip cleft; palate cleft; dental alterations; breastfeeding. A pesquisa bibliográfica foi feita com base em trabalhos e artigos científicos, com interesse para o presente trabalho, e disponíveis nos motores de busca *PubMed*; *B-on*; *SciELO*; *Lilacs*; *Medline*; *Bireme*.

Conclusão: Nos seres humanos, as fendas orofaciais são dos maiores e mais comuns defeitos congénitos. As fendas não têm uma etiologia definida, mas sabe-se depois de consultada a bibliografia que estas ocorrem ao nível embriológico. O seu tratamento requer uma equipa multidisciplinar, onde o dentista tem um papel muito importante, pois cabe-lhe actuar, prevenindo e tratando, para garantir uma melhor qualidade de vida à criança portadora desta malformação. As fendas afetam o desenvolvimento tanto na dentição decídua como na permanente.

Abstract

Introduction: Palate-lip cleft, lip clefts and palate clefts are birth defects that occur in the embryonic period, affect and produce orofacial changes. These facial processes have a strong impact on feeding, oral hygiene, phonetics, among others, and therefore constitute a major public health problem in Portugal and worldwide. Besides the aesthetic changes, feeding may be hampered if parents or carers are not oriented, may lead to problems such as: inadequate suction, extended feeding time and regurgitation.

Purpose: This research purpose the treatment of dental and facial alterations in children with palate-lip cleft, starting with the most important aspects of this malformation: etiology, epidemiology, embryology, classification, oral manifestations, and to describe the feeding and alternative methods employed in this process as well as a correct oral hygiene, by conducting a literature review of the literature.

Methods: This literature search was conducted in several databases with the following key words: palate-lip cleft; lip cleft; palate cleft; dental alterations; breastfeeding. The literature review was based on scientific papers and articles relevant to this study, and available on the following search engines: *PubMed; B-on; SciELO; Lilacs; Medline; Bireme.*

Conclusion: In humans, orofacial clefts are the largest and most common congenital defects. The clefts have no defined etiology, but it is known after consulting the bibliography that they occur at embryonic level. The treatment requires a multidisciplinary team where the dentist has a very important role because it is up to him to act, prevent and treat, to ensure a better quality of life to a child with this malformation. The clefts affect the development both in deciduous teeth as the permanent.

Dedicatória

Dedico esta monografia, em primeiro lugar, aos meus pais Carlos e Maria Manuela Migueis, pois sem o carinho e o seu apoio nada disto seria possível. Sóis o meu orgulho!

Aos meus avós por todo o seu carinho e dedicação prestado ao longo do meu percurso académico. Ensinarão-me que a família é a constante da vida. O meu muito obrigado por terem feito parte da minha vida, em especial a ti Avô Migueis que, apesar de me teres deixado cedo de mais, sei que onde estiveres tens me dado força nos momentos difíceis e, estarás certamente orgulhoso de mim!

E por último e não menos importante, a ti Maria Clara porque te adoro e desde que vieste ao mundo o meu caminho ficou mais brilhante e mais fácil de palmilhar. À minha irmã pelas coisas menos boas que porventura aconteceram.

Obrigada por existirem todos na minha vida e por todo o vosso amor!

Agradecimentos

Em primeiro lugar os meus agradecimentos vão para a minha orientadora, Dra. Rita Rodrigues, docente da Universidade Fernando Pessoa, pela sua compreensão e atenção. Desde início até ao fim mostrou-se empenhada na ajuda e concretização deste trabalho científico que é a fase final de curso.

A todos os Docentes da Universidade Fernando Pessoa que com mestria estimularam e contribuíram para que eu levasse com rigor e a bom termo a minha formação. Devo-lhes tudo que sei, que sou hoje e serei como futura profissional.

À minha binómia e minha querida amiga Joyce, sempre inesquecível, um franco abraço.

À Joana e à Ana por terem sido as melhores amigas de curso. Foram e serão sempre as companheiras e grandes amigas para a vida.

A todos os colegas de curso que também eles, directa ou indirectamente, marcaram esta fase da minha vida.

E por fim aos amigos, que estiveram presentes em todos os momentos que mais precisei e que me souberam dar uma palavra amiga quando mais precisava de a ouvir.

A todos, o meu grande obrigada!

Índice Geral

Índice de figuras.....	iii
Lista de abreviaturas.....	iv
INTRODUÇÃO	1
DESENVOLVIMENTO.....	3
I. Materiais e Métodos.....	3
II. Fendas lábio palatinas – considerações gerais	4
2.1. Definição.....	4
2.2. Embriologia	5
2.3. Etiologia.....	10
2.4. Classificação	13
2.5. Incidência/epidemiologia/prevalência	17
2.6. Alterações dentárias.....	18
III. A alimentação da criança com fenda lábio palatina.....	22
3.1. Medidas facilitadoras para a alimentação.....	24
3.2. Influência do leite materno no recém-nascido com fenda lábio palatina – dificuldades.....	25
3.3. Amamentação materna/natural	27
IV. Métodos alternativos para a alimentação artificial	29
4.1. Alimentação por sonda nasogástrica	29
4.2. Alimentação por biberão.....	30
4.3. Alimentação por copo.....	33
4.4. Alimentação por placa obturadora de palato	35
V. Higiene oral em crianças com fenda lábio palatina	37
VI. Papel do médico dentista	38

CONCLUSÃO.....	40
BIBLIOGRAFIA	42

Índice de Figuras	Página
Figura 1 – Fenda no lábio unilateral.....	14
Figura 2 – Fenda transforamen unilateral e fenda transforamen bilateral.....	15
Figura 3 – Fenda palatina incompleta e fenda palatina completa	16
Figura 4 – Sistema de LAHSHAL	16

Índice de Siglas e Abreviaturas

AGPI – Ácidos gordos polinsaturados

FL – Fenda labial

FLP – Fenda lábio palatina

FP – Fenda palatina

MD – Médico Dentista

NEC – Enterocolite necrosante

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

PVC- Policloreto de polivinil

SNG – Sonda nasogástrica

UCIN – Cuidados intensivos neonatais

INTRODUÇÃO

As fendas lábio palatinas representam, em Portugal e no mundo, uma das anomalias mais frequentes e que podem acarretar graves consequências para o desenvolvimento físico e psicossocial da criança. Constatou-se que, num relato de Petrelli (1992) *cit. in* Kuhn (2012) as fendas lábio palatinas estão entre as malformações congénitas mais comuns que afectam a humanidade, cuja relação varia entre 1 e 2 indivíduos por 1000 nascimentos no mundo.

Consultando Hodgkinson et al. (2005) e Carvalho et al. (2008) descartaram-se as dúvidas sobre os grandes problemas funcionais que enfrentam as crianças com fenda lábio palatina, seja na alimentação ou na comunicação ou ao nível das dificuldades auditivas, bem como do impacto psicológico e as suas repercussões no estilo de vida, que podem, com efeito, variar consoante a gravidade do defeito do desenvolvimento facial e dentário.

Para a presente investigação optou-se por uma selecção de instrumentos metodológicos que melhor se adequaram à característica do presente trabalho e, onde se objectivou tratar das alterações dentofaciais em crianças com fenda lábio palatina, começando pelos aspetos mais importantes desta malformação: a etiologia, a epidemiologia, a embriologia, a classificação, as manifestações orais, bem como descrever a alimentação e os métodos alternativos empregues neste processo, bem como uma correta higiene oral, através da realização de uma revisão de literatura bibliográfica.

A pergunta orientadora do estudo foi no sentido de averiguar como e se, a criança portadora de fenda lábio palatina teria uma amamentação, alimentação e higiene oral adequada, satisfatória devido aos problemas associados a este tipo de malformação.

Sendo as fendas lábio palatinas das anomalias congénitas orofaciais mais frequentes, essas serviram de motivação para a escolha do tema do trabalho «Alterações dentofaciais e o seu impacto na alimentação e na higiene oral em crianças com fenda lábio palatina.»

Alterações dentofaciais e o seu impacto na alimentação e na higiene oral em crianças com fenda
lábio palatina

Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica, iniciada a partir do segundo semestre do 5º ano de medicina dentária, para o qual foram feitas pesquisas em livros, artigos, revistas científicas, trabalhos técnicos científicos, sites da internet, conforme constam nas referências do presente trabalho.

DESENVOLVIMENTO

I. Materiais e Métodos

A pesquisa bibliográfica foi feita com base em trabalhos e artigos científicos publicados revistas, com interesse para o presente trabalho, e disponíveis nos motores de busca *PubMed; B-on; SciELO; Lilacs; Medline; Bireme*. Para complementar foram utilizados livros e revistas igualmente especializadas, tendo sido esta pesquisa efetuada no período compreendido entre janeiro de 2015 e abril de 2015.

A pesquisa electrónica foi feita considerando as seguintes palavras-chave assim como a conjugação entre elas: palate-lip cleft; lip cleft; palate cleft; dental alterations; breastfeeding.

Da pesquisa electrónica obteve-se 379 artigos, tendo sido incluídos artigos publicados na última década, também foram consultados artigos publicados anteriormente com interesse relevante para o estudo. Foram incluídos artigos em vários idiomas: português, inglês, espanhol. Foram seleccionados primeiro pelo título, depois pela leitura do resumo e por fim pela leitura completa do artigo, tendo sido consultados 55 artigos com interesse significativo para a elaboração deste trabalho.

II. Fendas lábio palatinas – considerações gerais

Campos (2008) assegura que datam já do século I d.C. as primeiras evidências de fendas lábio palatinas (FLP) observadas numa escultura indígena e, que o primeiro tratamento cirúrgico, devidamente documentado, foi realizado na China no ano 390 a. C, por um médico que ficou conhecido como doutor dos lábios. A mesma autora afirma ainda que, no entanto, a primeira abordagem às alterações faciais e/ou palatinas se deve a Frobélius, no estudo analítico que realizou no período de 1833 a 1864. Concretamente, analisou o nascimento de 180 mil crianças russas, encontrando 118 lesões de FLP.

2.1. Definição

As fendas lábio palatinas são caracterizadas, pela presença de fendas no lábio e ou no palato, resultado de uma descontinuidade tecidual. Pertencem a um conjunto de malformações congénitas que podem ocorrer em crianças e, que de entre as várias conceitualizações consultadas em diferentes estudiosos da área médica e dentária, merecem destaque (Di Ninno et al. 2002).

De facto, e conforme Di Ninno et al. (2002) argumenta, as fendas definem-se como: Alterações faciais de origem embriológica, resultante da falta de fusão dos processos nasais mediais entre si, e destes com os processos maxilares (lateralmente).

Campos (2006) para a qual “ (...) é uma anomalia congénita decorrente da alteração do desenvolvimento embrionário humano, que compromete a estrutura facial de um indivíduo e resulta no comprometimento funcional e estético dos lábios, nariz, maxilas, e/ou palato de seu portador.”

Para os autores citados anteriormente, são quatro as estruturas básicas envolvidas na FLP: lábio, processo alveolar, palato duro e mole.

De seguida, consultando Faraj et al. (2007) e Ferreira et al. (2009) referem que as FLP, também conhecidas por Fenda Lábio Palatal, Lábio Leporino, Fenda Palatina, Fenda

Oral; consistem em malformações craniofaciais que, não só afetam a estética facial mas, também, conduzem a alterações nutricionais, otorringolaringológicas, dentárias, fonoaudiológicas e emocionais.

Outros autores *cit. in* Carraro (2012) como Leite et al. (2002) agrupam as fendas em: Labiais, Palatinas, Labiopalatinas (resultantes de defeitos primários na fusão dos processos nasais medianos e maxilares, no caso da labial); Nasais, Maxilares (que surgem no primeiro trimestre do desenvolvimento intra-uterino, no caso das fendas palatinas e fendas lábio palatinas). Carraro (2012) refere que podem ser bilaterais, unilaterais, medianas, completas ou incompletas variando desde formas mais leves, como a forma cicatricial labial, até formas mais complexas, como as fendas completas de lábio e palato. De igual modo, *cit. in* Carraro (2012) Ribeiro et al. (2005) caracterizam-nas como espaços anormais do palato, alvéolo e/ou lábio, podendo atingir estruturas da face, como o nariz, a gengiva e os dentes.

Cerqueira (2005) informa que as FLP aparecem por vezes associadas a síndromes, entre anomalias cromossómicas, como na síndrome de Patau (trissomia do cromossoma 13). Já Shprintzen e col (1997), *cit. in* Cerqueira (2005), aponta para 68% de casos de portadores de FP que apresentam anomalias associadas, constituindo, em muitos casos, sequências e síndromes, como por exemplo a sequência de Pierre Robin.

Pelo conhecimento geral, extraído das consultas de diferentes estudos, as FLP são anomalias que causam, aos seus portadores, traumas e outros transtornos psicológicos e funcionais importantes. Crianças portadoras dessas mesmas, bem como os seus familiares, experimentam um significativo stresse crónico de ordem física, emocional e social, para além do substancial ónus económico que estas malformações acarretam.

2.2. Embriologia

Para se perceber a origem da FLP na criança terá que se fazer uma breve resenha ao desenvolvimento embrionário. Efetivamente, todos os autores são unânimes em

considerar que é por volta da 4^a a 5^a semanas que surgem uma série de estruturas chave para a evolução da cabeça e pescoço: os arcos faríngeos ou arcos branquiais e que vão contribuir, decididamente, para a aparência externa do embrião. Inicialmente consistem em segmentos de tecido embrionário mesenquimatoso ou mesênquima, tecido derivado da mesoderme. Durante as fases de transformação, o mesoderma origina uma espécie de tecido conjuntivo primitivo denominado mesênquima. É a partir do mesênquima que passam a formar-se todos os tecidos conjuntivos (conectivo, adiposo, cartilaginoso, ósseo e hematopoiético) e os tecidos musculares (Moore, 2005).

O autor supracitado menciona que o desenvolvimento inicial da face é dominado pela proliferação e migração do ectomêsquima envolvido na formação das cavidades nasais primitivas. Em torno do 28^o dia de vida intrauterina, espessamentos localizados desenvolvem-se no ectoderma da proeminência frontal em posição rostral à abertura do estomódio. Tais espessamentos são placóides olfatórios. Uma rápida proliferação do mesênquima subjacente ocorre em torno das saliências dos placóides na proeminência frontal anterior produzindo, também, uma saliência em forma de ferradura, que transforma o placóide olfatório numa fosseta nasal. O braço lateral de cada ferradura é chamado processo nasal lateral e o braço medial processo nasal medial. Entre os dois processos nasais, encontra-se uma nova área formada por uma depressão, denominada processo frontonasal. Os processos nasais mediais dos dois lados, junto com o processo frontonasal, formam a porção média do nariz, porção média do lábio superior, porção anterior da maxila e palato primário.

Ainda na perspectiva de Moore (2005), os processos maxilares crescem medialmente e aproximam-se dos processos nasais medial e lateral, porém permanecem separados por nítido sulco. O crescimento medial do processo maxilar empurra o processo nasal medial em direção a linha média, onde se funde com a sua contraparte anatómica do lado oposto, eliminando o processo frontonasal. Dessa forma, o lábio superior é formado a partir dos processos maxilares e processos nasais mediais, ocorrendo a fusão entre a extensão anterior do processo maxilar e a face lateral do processo nasal medial. O lábio inferior é formado pela fusão dos processos mandibulares. A fusão dos dois processos nasais mediais resulta na formação de parte da maxila, que contém os dentes incisivos e o palato primário, assim como parte dos lábios.

Um tipo incomum de fusão ocorre entre o processo maxilar e o processo nasal lateral. Como a maioria dos outros processos associados ao desenvolvimento facial, os processos maxilares e nasais laterais são, inicialmente, separados por um sulco profundo. O epitélio do assoalho do sulco entre eles formam um núcleo sólido que se separa da superfície e, finalmente, dá origem a um canal, para formar o ducto nasolacrimal. Os dois processos fundem-se em decorrência da proliferação do mesênquima (Cerqueira et al., 2005; Moore, 2005).

Cerqueira et al. (2005) considera que as fendas possuem diferentes causas. As fendas labiais (FL) e da maxila anterior resultam de um desenvolvimento imperfeito do palato embrionário primário. É frequente, quando essas fendas ocorrem, que a deformação do desenvolvimento facial impeça o contato das cristas palatinas, quando elas giram para a posição horizontal, de tal forma que as fendas do palato primário são frequentemente acompanhadas pelas do palato secundário (duro e mole).

As fendas palatinas (FP) podem resultar de falhas das cristas palatinas, de se contatarem por causa de uma falha de crescimento ou de um distúrbio no mecanismo de elevação das cristas; falha das cristas em se fundirem após o contato ter sido estabelecido devido ao fato do epitélio de revestimento não se romper ou não ser reabsorvido; ruptura após ter ocorrido a fusão das cristas; fusão e consolidação defeituosa do mesênquima das cristas palatinas (Cerqueira et al., 2005).

Cerqueira et al. (2005) elucida que é por volta da 6ª semana do desenvolvimento embrionário que as estruturas faciais externas completam a sua fusão e, as estruturas faciais internas completam a fusão até ao final da 8 semana.

Quanto ao aspecto embriológico, o palato primário ou processo palatino mediano da fusão das proeminências medionasais e o palato secundário formam-se a partir dos processos palatinos laterais que se fundem posteriormente na linha mediana. Por sua vez, as células da crista neural - que são provenientes da porção cefálica - têm grande importância no desenvolvimento da face, porque alguma interferência na actividade proliferativa ou a ausência destas células resultam na redução da quantidade de

mesênquima facial no interior dos arcos faríngeos que, subsequentemente, pode levar as malformações labiais e/ou palatinos (Campos 2008).

Conforme o autor acima citado, as estruturas que estão envolvidas na formação do palato primário contribuem para a formação do lábio, alvéolo dentário anterior e palato anterior ao forame incisivo. Já o palato secundário dá origem ao palato duro remanescente e ao palato mole.

A formação da cabeça e do pescoço é, na perspectiva Moore (2005) em grande parte atribuída ao aparelho branquial. Este consiste em arcos branquiais, bolsas faríngeas, fendas branquiais e membranas branquiais. Sendo que durante a 4ª semana de vida intra-uterina, a região cefálica de um embrião humano se assemelha um pouco a um embrião de peixe num mesmo estágio (daqui o termo, do grego *branchia*, significando branquia ou guelra), após o período embrionário, aquelas estruturas ancestrais reorganizam-se e adaptam-se às novas funções.

Assim sendo, para Moore (2005) parece claro que, a maioria das malformações congénitas de cabeça e pescoço sejam originadas durante a transformação do aparelho branquial em estruturas do adulto dele derivadas.

Os arcos branquiais segundo o autor referido no parágrafo anterior, começam a desenvolver-se no início da 4ª semana como células da crista neural que migram para a região da futura cabeça e pescoço e no final da 4ª semana já são visíveis, no plano externo, quatro pares de arcos branquiais.

O 1º arco branquial dá origem à mandíbula, maxila, osso zigomático, martelo, bigorna e cartilagem de Meckel. A sua estrutura muscular originará os músculos da mastigação (masséter, temporal, pterigóideos lateral e medial, miloióide, ventre anterior do digástrico, tensor do tímpano e tensor do palato). É inervado pelo trigémeo (V par de nervo craniano). Aparece como uma leve elevação da superfície lateral da faringe em formação.

O 2º arco branquial origina o estribo, processo estilóide do osso temporal, corno menor e porção superior do osso hióide. A sua estrutura muscular originará os músculos da expressão facial (frontal, orbicular dos olhos, auricular, bucinador, orbicular dos lábios e platisma), estapédio, estiloióide e ventre posterior do digástrico. É inervado pelo facial (VII par de nervo craniano).

O 3º arco branquial completa o hióide e é inervado pelo nervo glossofaríngeo (IX par). Sua estrutura muscular originará o músculo estilofaríngeo.

O 4º e 6º arcos branquiais fundem-se para formar as cartilagens laríngeas, exceto a epiglote que é desenvolvida a partir de um derivado do 3º e do 4º arcos branquiais. As suas estruturas musculares originarão os músculos cricotiróide, elevador do palato, constrictores da faringe e músculos intrínsecos da laringe. São inervados pelo nervo vago (X par de nervo craniano).

O 5º e o 6º arcos branquiais não podem ser vistos na superfície do embrião. Os arcos branquiais estão separados uns dos outros pelas fendas branquiais.

O 5º arco branquial pode estar ausente e, quando presente, geralmente não contém estrutura cartilaginosa.

No final da 4ª semana surge uma elevação no soalho da faringe, denominado fragmento lingual mediano ou tubérculo ímpar. Em seguida desenvolvem-se dois fragmentos linguais distais que se irão fundir entre si e com o fragmento lingual mediano, compondo os dois terços anteriores da língua (parte oral). O terço posterior é formado pela cópola (união das porções ventromediais do 2º arco branquial) e a grande eminência hipobranquial (porções ventromediais do 3º e 4º arcos branquiais). A língua é inervada na mucosa dos dois terços anteriores pelo nervo trigêmeo (V par), nos botões gustativos pelo nervo facial (VII par), nas papilas circunvaladas e no terço posterior pelo nervo glossofaríngeo (IX par). O nervo hipoglosso (XII par) inerva quase toda a musculatura lingual, exceto o músculo palatoglosso que é inervado pelo nervo vago (X par).

O palato forma-se a partir do palato primário e palato secundário. O palato primário desenvolve-se no final da 5ª semana e aloja os dentes incisivos da maxila. Ele dá origem à parte anterior do forame incisivo. O palato secundário é o primórdio das partes duras e moles do palato e estende-se na direção posterior a partir do forame incisivo. Portanto, as malformações pré-forame incisivo e pós-forame incisivo são embriologicamente distintas.

Até o 3º mês de gestação, os palatos duro e mole fazem total isolamento das cavidades oral e nasal.

No final da 6ª semana começam a formar-se os lábios e as gengivas.

Durante a 7ª semana de vida intra-uterina os processos laterais do palato alojam-se e movem-se para uma posição horizontal superior à língua. Eles aproximam-se e fundem-se na linha média. Também se fundem com o palato primário e o septo nasal. Essa fusão inicia-se anteriormente durante a 9ª semana e completa-se posteriormente, na região da úvula, por volta da 12ª semana.

Qualquer desvio que possa ocorrer no período de formação e desenvolvimento do bebé irá determinar malformações diversas.

Percebe-se claramente que as FLP, e consultando Campos (2008), procedem de uma má formação congénita decorrente de falhas no desenvolvimento ou na maturação dos processos embrionários, entre a 4 e 8 semana de vida intra-uterina, período em que ocorre a formação de estruturas do organismo (cérebro, olhos, órgãos digestivos, língua e vasos sanguíneos).

2.3. Etiologia

Amanda et al. (2005) e Pinto (2008) referem que a etiologia das fendas é considerada como sendo multifactorial, isto é, não há um fator específico que possa ser responsável

pelos FLP, mas um conjunto de aspetos que são corresponsáveis pela alteração embriogénica nos dois primeiros meses de gestação. Também, Dixon et al. (2011), Shaw et al. (1996), Slayton et al. (2003) e Trindade et al. (2007) *cit. in* Ferraz (2013) consideram que são variados e concomitantes os fatores etiológicos que podem originar FLP, tais como: físicos, químicos ou biológicos, os quais, podem atuar na diferenciação, na migração e na proliferação de células na crista neural, podendo, mesmo, determinar a ocorrência das fendas no lábio e palato.

Concretamente, para os autores citados, há a participação concomitante de fatores genéticos e ambientais, principalmente fatores teratogénicos, que podem ser responsáveis pela proporção dos casos decorrentes de erros na morfogénese, entre a 4ª e a 12ª semanas de vida intrauterina, durante a fusão dos diversos processos embrionários, como já falado anteriormente.

Rodrigues et al. (2005), Loffredo et al. (2001) e Abdo et al. (2005) *cit. in* por Kuhn et al. (2012) consideram que as bebidas alcoólicas e o uso de drogas são fatores ambientais que afetam o desenvolvimento do embrião

Rodrigues et al. (2005), Batista (2007) elegem o tabagismo como outro fator ambiental frequentemente relacionados com a anomalia ou alterações dentofaciais. O segundo autor confere ao fator tabágico a causa primordial e cita o estudo de caso-controle realizado por Wyszynski em 2002, onde assinala a probabilidade do dobro de incidência daquele risco para filhos de mães tabagistas. No entanto, o próprio autor refere que não lhe foi possível demonstrar a relação direta entre a quantidade de cigarros/dia e o aumento do risco de fendas orofaciais.

Relativamente aos efeitos perversos do fator alcoolismo, Batista (2007) baseando-se no estudo caso-controle de 1996, realizado, em Iowa nos Estados Unidos, realça que no grupo de mães que ingeriram álcool durante a gravidez, sendo dose-dependente, a ocorrência é até quatro vezes maior de ter filhos com FL com ou sem FP associada. Cita um estudo idêntico, realizado na Califórnia, em que foram observados 731 pacientes com fenda e 734 controlos. Assinala, no entanto que, para os autores destes estudos, a ingestão de baixas quantidades de álcool na gestação não aumenta o risco de fendas,

mas ao contrário, o elevado consumo aumenta, em aproximadamente cinco vezes mais, esse mesmo risco.

Há outros fatores ambientais que para Rodrigues et al. (2005), Loffredo et al. (2001) e Abdo et al. (2005) *cit. in* por Kuhn et al. (2012), que concorrem no sentido de afetar o desenvolvimento do embrião, como a toma de medicamentos tais como corticóides, o nível elevado de stresse e quaisquer outras alterações que ocorrem com a mulher no 1º trimestre de gestação.

Loffredo et al. (2001) e Abdo et al. (2005) *cit. in* por Kuhn et al. (2012) ainda mencionam a hipervitaminose A, a consanguinidade, viroses, radiações ionizantes, trauma mecânico e ainda a hereditariedade como sendo os fatores etiológicos que mais, frequentemente, estão relacionados com a anomalia ou alterações dento faciais.

Kuhn et al. (2012) corroborando com Pinto (2008) diz que os fatores teratogénicos como a falta de vitaminas, doenças maternas crónicas como a diabetes e a epilepsia e, enfermidades que ocorrem, ocasionalmente, no começo da gestação como por exemplo a gripe, o herpes e a gastroenterite, quando da manipulação de um embrião predisposto geneticamente, podem ter como consequência o aparecimento das anomalias em estudo.

Filho et al. (1988), igualmente, *cit. in* Ferraz (2013), apontam para uma etiologia multifactorial, constituída por factores hereditários e ambientais. Contudo, a hereditariedade é, apenas, considerada factor etiológico entre 25% a 30% dos casos de FLP e, destes, só de 5% a 10% se adaptam aos modelos mendelianos de hereditariedade.

Batista (2007) mais acrescenta que as causas do possível envolvimento no surgimento desta anomalia são: a pobreza de nutrientes, nomeadamente o ácido fólico (o autor defende que, nas primeiras semanas da gravidez, a ingestão de baixas doses de ácido fólico pela grávida não reduz o risco de surgimento desta malformação. Contudo pode acontecer a diminuição significativa desse risco com um reforço - o consumo de altas doses de ácido fólico, variando entre os 6 e os 10mg/dia); e, ainda, o mesmo autor aconselha a ingestão de 400 mg/ dia, pelo menos quatro semanas antes e após a conceção, estimando-se que com esse procedimento 70% dos defeitos do tubo neural

podem ser prevenidos; as infecções, sobretudo virais, como rubéola, podem comprometer, igualmente, o desenvolvimento perfeito da embriogénese, levando, assim, ao surgimento das anomalias orofaciais; a Toxoplasmose é outra causa infecciosa que, ao atingir o embrião por via transplacentária, pode ocasionar o surgimento da FLP; também, o stress materno, com a elevada produção de hormonas da supra-renal, pode contribuir para a ocorrência de anomalias da face, incluindo as FLP.

Constatou-se que não há um fator específico que possa ser responsável pelas FLP, mas tomam-se como certos um conjunto de aspetos que são corresponsáveis pela alteração embriogénica nos dois primeiros meses de gestação (Kuhn et al. 2012).

Contudo, os efeitos do tabagismo e do álcool foram dois dos fatores mais comumente aceites como causas da malformação, seguindo-se-lhes o consumo de drogas, tais como os anticonvulsivantes com actividade anti-folática, os corticosteróide e os antiblásticos, que quando administradas durante a fase de morfogénese (até à 10^a semana de gestação) podem interferir no aparecimento da FLP.

2.4. Classificação

São várias as classificações encontradas nas fontes bibliográficas utilizadas para as FLP. Elas podem ser unilaterais ou bilaterais e variam da forma leve, tal como a cicatriz labial ou úvula bífida, até formas mais graves como as fendas completas do lábio e palato. É ainda conveniente dizer-se que podem ocorrer FLP atípicas quando envolvem outras áreas além do lábio superior e palato, como a região oral, nasal, ocular e craniana (Orsi Jr. 2006).

Segundo Malheiro (2012) as FLP têm várias classificações de acordo com a extensão da lesão, podem usar o forame incisivo como ponto anatómico de referência e seguem o critério anatómico, podem levar em conta a origem embrionária das fendas e seguem o critério embriológico.

De acordo com o primeiro critério destacam-se as classificações anatómicas de Davis e Ritchie, Vilar Sancho e Spina. Quanto ao critério embriológico destacam-se as classificações embriológicas de Kernahan e Stark. Os autores supracitados dão destaque à classificação de Spina desenvolvida em 1972 por ser considerada como a mais simples e objectiva.

Spina et al. (1972), *cit. in* Rodrigues (2005), classifica as fendas em consonância com a sua extensão, tendo como referência anatómica o forame incisivo. Utilizou os grupos: pré, pós, trans e raras da face, classificando-as da seguinte maneira:

- **No grupo I**, estão as **fendas pré-foramen incisivo** quando acometem total ou parcialmente o palato primário até o foramen incisivo, que envolvem o lábio com ou sem atingimento do processo alveolar, podendo ser unilaterais direita ou esquerda, bilaterais e medianas. Nas fendas pré-foramen incisivo, os indivíduos apresentam menos dificuldades alimentares em relação aos que possuem fendas pós-foramen incisivo (Figura 1).

A integridade do palato colabora com a manutenção da pressão negativa intraoral, permitindo ao bebé um melhor padrão de sucção. Mas, as crianças que têm uma fenda pré-foramen incisivo incompleta, podem apresentar dificuldade na compressão da tetina do biberão fazendo com que o alimento escape por não existir um adequado ajuste da boca à tetina do biberão.

Nas fendas pré-foramen completas é possível que mesmo a projecção da pré-maxila dificulte a estabilização da tetina do biberão na boca da criança.



Figura 1 – A e B – Fenda no lábio Unilateral. Imagem retirada de Ferraz, C. (2013).

- **O grupo II** ou **transforamen incisivo**, as quais envolvem o palato primário e secundário, estende-se do lábio até a úvula e atravessa o rebordo alveolar, podendo ser unilateral (direita ou esquerda), bilateral ou mediana (Figura 2).

Neste grupo, as crianças podem apresentar a somatória das dificuldades mencionadas anteriormente pois, o lábio, o palato mole e duro e o alvéolo estão alterados. Assim sendo há ausência da pressão negativa intra-oral.



Figura 2 – C e D – Fenda transforamen Unilateral, E e F – Fenda transforamen Bilateral. Imagem retirada de Ferraz, C. (2013).

- **No grupo III** ou **pós-foramen incisivo**, situam-se as FP que podem ser submucosas, apenas da úvula, do palato duro ou mole e podem ser completas ou incompletas. Nestas fendas pós-foramen incisivo, completas ou incompletas, são consideradas complexas, pois qualquer fenda palatina permite comunicação da cavidade nasal com a oral. Desta forma impede a pressão negativa intraoral e proporciona a regurgitação nasal.

Na fenda completa a falta do palato deixa a língua sem suporte para realizar os movimentos adequados e necessários à sucção (Figura 3).

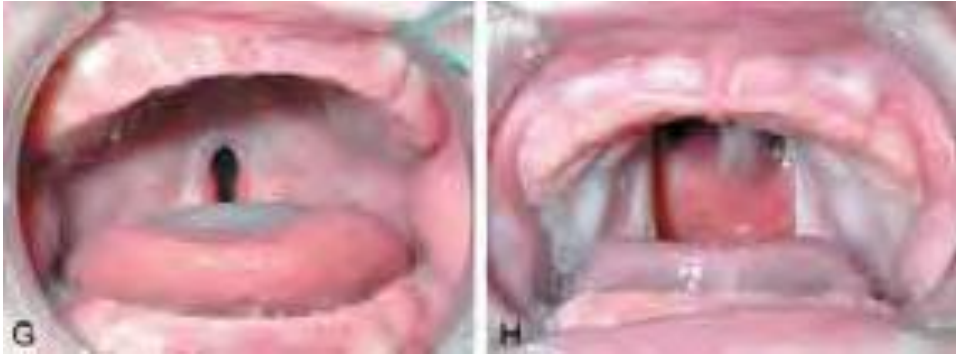


Figura 3 – G – Fenda palatina incompleta e H – Fenda palatina completa. Imagem retirada de Ferraz, C. (2013).

- Finalmente no **grupo IV**, situam-se as **fendas raras da face**, conforme conferem Rodrigues (2005), Pinto (2008), Nery (2010), a fenda não envolve o foramen incisivo, podendo ocorrer nas bochechas, pálpebras, orelhas, nariz e ossos do crânio e face.

Carraro (2012) alude à classificação proposta por Kriens em 1995, denominada de sistema de LAHSHAL. É um sistema composto por 7 dígitos ou iniciais/letras correspondentes às estruturas orofaciais comprometidas e, permite descrever a forma da fenda. Para as fendas completas usam-se as letras maiúsculas e para incompletas as minúsculas, como é possível observar na figura 4.

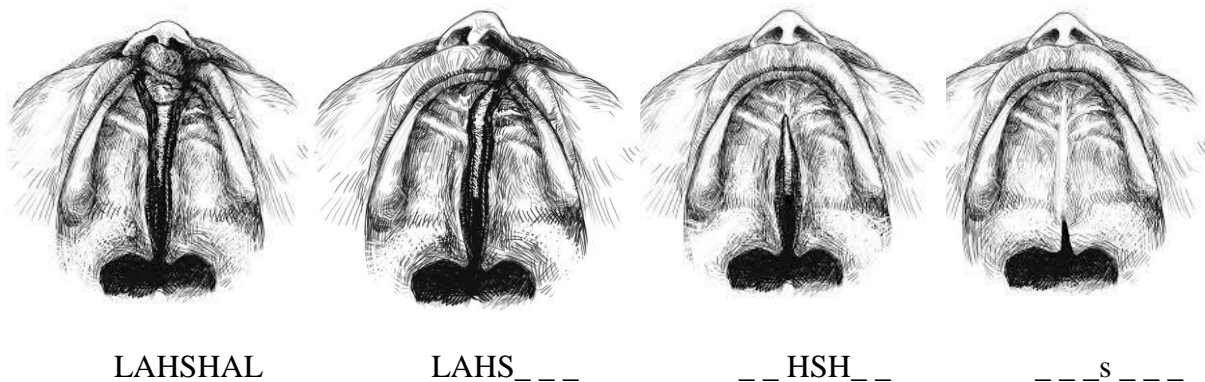


Figura 4 – LAHSHAL: FLP completa bilateral; LAHS_ _ : FLP completa à esquerda; _ _ HSH_ _ : FP completa no palato mole, e incompleta no palato duro; _ _ _s_ _ _ : FP incompleta do palato mole. Imagem retirada de Carraro, D. (2012).

2.5. Incidência/epidemiologia/prevalência

A FLP é uma das mais comuns anomalias congénitas orofaciais que afetam a humanidade. Petrelli (1992) *cit. in* Kuhn (2012), Campos (2008) e Croen et al. (1998) defendem que elas estão numa relação que varia aproximadamente entre 1 e 2 indivíduos por 1000 nascimentos no mundo, sendo mais frequente em determinados grupos raciais, como é o caso dos asiáticos (1,4/1.000) e os nativos ancestrais americanos (3,6/1.000) e ainda em menor percentagem na raça negra (0,3/1.000).

Murray (2002) defende que ela vai variando conforme a região geográfica, as condições socioeconómicas e o sexo.

Nery (2010) e Capelozza Filho et al. (1987) *cit. in* Kuhn et al. (2012) defendem que entre os povos do mundo, as crianças de tez amarela, especificamente as japonesas são mais suscetíveis de serem portadoras de FLP, nas de pele negra é menor a incidência e nas de pele branca tem grau de incidência intermediária.

Nery (2010) *cit. in* Ferreira et al. (2009) partilha da opinião dos autores Freitas (2004), Grazios (2005), Di Ninno et al. (2004), Nakastuka et al. (2011), *cit. in* Ferraz (2013) afirmam que o sexo feminino tem uma predisposição para as fendas isoladas do palato. Enquanto defende que há uma predilecção das FLP pelas crianças do sexo masculino e que, a maioria das fendas unilaterais acometem o lado esquerdo da face da criança paciente.

Segundo Campos (2008) a nível mundial há cerca de 15.000 nascimentos por hora e, a cada dois minutos e meio, uma criança nasce com uma FLP. Depois, diz ser mais comum encontrar-se FLP (45% dos casos) do que FP isoladas (30% dos casos) ou FL isoladas (25% dos casos). A preocupação com a fonação, com a oclusão e com o crescimento facial aparece como a razão próxima para que este investigador se incline pela apropriação e o entendimento cada vez maior sobre a patologia em epígrafe.

Em 1997 Altmann *cit. in* Carraro (2012) considerava uma incidência maior no sexo masculino, na razão direta de 2 meninos para 1 menina, sendo mais comum no lado

esquerdo, como já falado anteriormente. Por outro lado as fendas podem ocorrer acompanhando um síndrome ou isoladamente e, portanto exige que se investigue cada caso, para a procura de outros comprometimentos.

Segundo Cerqueira et al. (2005) a incidência em relação à presença de familiares com FLP, observa-se nas seguintes proporções: os pais normais têm 0,1% de probabilidade de ter um filho com fenda; os pais sem fenda com e um filho com FLP têm 4,5% de probabilidade de ter um outro filho com fenda; se um dos pais e um filho possuem FLP há 15% de probabilidade de ter outro filho com fenda.

Malheiro (2012), num estudo, citado pelo mesmo, efetuado entre 2002 e 2006, em 30 países, a prevalência média da FL (com ou sem fenda palatina) era de 7,94 por 10 000 nados vivos; a FL, segundo Monteiro et al. (2010), coordenadores da Unidade da Fenda Lábio Palatina do Hospital Lusíadas do Porto, afecta cerca de uma em cada 600 crianças nascidas em Portugal, incluem-se as portadora de uma FLP, ou seja, apontam para cerca de 150 crianças por ano, nascidas no nosso país, com esta patologia, independentemente da condição socioeconómica das famílias.

2.6. Alterações dentárias

No estudo apresentado por Neves et al. (2002) as anomalias dentárias surgem na dentição decídua e prevalecem na dentição permanente. Na maxila a sua incidência é maior do que na mandíbula.

As alterações dentárias aparecem diferenciadas por meio de número, tamanho, forma, desenvolvimento e erupção e a sua intensidade parece depender do tipo de fenda (Neves et al. 2002).

Freitas (1998) relata casos de pequenos pacientes que manifestam alterações dentárias associadas às FLP, entre elas: as agenesias, dentes supranumerários, microdontias,

erupção dentária ectópica, dentes natais, neonatais e intranasais, atrasam na erupção e na formação dentária, maloclusões, falta de suporte ósseo, curva de Spee acentuada na maxila, na mandíbula ou em ambas as arcadas; palato atrésico, higiene oral deficiente, cárie dentária, doença periodontal e hipoplasia de esmalte. Estas são das alterações que acabam por contribuir para uma estética deficiente e, contribuem para a ocorrência de alterações dentofaciais em pessoas com fenda lábio palatina favorecendo a retenção de placa bacteriana nas superfícies dentárias.

Segundo Neves et al. (2002) a agenesia é a anomalia dentária mais frequentemente observada em pacientes com fendas de lábio e palato, afetando principalmente o incisivo lateral do lado da fenda, e, é mais frequentemente observada na maxila, enquanto que na dentição permanente, tanto a maxila e mandíbula são igualmente afetados.

Agenesia de terceiro molar tem sido observada no sexo feminino, na maxila e nos portadores de fenda unilateral direita segundo Matusita et al. (2002) *cit. in* Pedro et al. (2010).

Num estudo de pesquisa realizado por Damante et al. (1973), concluiu que na dentição permanente, foi encontrada maior incidência de agenesia dentária do que de dentes supranumerários e, na dentição decídua, dentes supranumerários foram observados mais frequentemente que agenesia. A incidência de dentes supranumerários era menor quanto mais complexa era o tipo de fenda e a incidência de agenesia parecia aumentar nesta mesma ordem.

Já Silva Filho et al. (1993) e Ranalli et al. (1986) *cit. in* Pedro et al. (2010) referem que as más oclusões são frequentes, com mordidas cruzadas anterior e posterior manifestando-se já na dentição decídua.

Oliveira et al. (1996) também *cit. in* Pedro et al. (2010) observaram a ocorrência de microdontia em portadores de FLP. A microdontia do incisivo lateral foi maior no lado afetado, o mesmo ocorreu com o pré-molar, encontrado em maior número na fenda de lábio e palato unilateral esquerda.

Relativamente ao tempo de formação da dentição permanente, os autores consideram que é maior em crianças portadoras de FLP do que em crianças que não possuam fenda e parece aumentar com a gravidade da fenda.

Quanto ao tamanho dos dentes permanentes é menor em crianças com fenda do que em crianças que não tenham fenda, com evidente desequilíbrio do tamanho coroa-raiz (Pedro et al. 2010).

Bjerklin, Kurol e Paulin (1993), *cit. in* Neves et al. (2002), após análise da erupção ectópica dos primeiros molares permanentes superiores em crianças com fendas lábio palatina, encontraram uma prevalência superior em crianças com fenda do que em crianças sem fenda.

Segundo os autores, os pacientes do sexo feminino apresentavam mais frequentemente erupção ectópica do que os do sexo masculino e o achado mais notável do estudo foi a erupção ectópica do molar não ter sido observada no lado da fenda.

Os registos de Aranha et al. (2004) e Simionato et al. (2003) *cit in* Pedro et al. (2010) referem que os terceiros molares e pré-molares retidos têm sido observados em pacientes portadores de fendas pré-foramen incisivo, bem como a presença de anquilose dentária. A prevalência de anquilose em molares decíduos foi observada em 18% dos pacientes portadores de fendas lábio palatinas, sem diferença estatística entre géneros e tipos de fenda, sendo mais acometidos o arco mandibular, os primeiros molares inferiores e as faixas etárias de 8 a 12 anos.

Vichi et al. (1995) *cit. in* Neves et al. (2002) estudaram a prevalência dos incisivos superiores decíduos e permanentes, em crianças portadoras de fendas uni ou bilaterais, de lábio e processo alveolar, com ou sem envolvimento do palato. Os resultados mostraram que os incisivos laterais eram os dentes mais frequentemente ausentes no lado da fenda. Segundo os autores, a ausência congénita do incisivo lateral decíduo está sempre associada à ausência congénita do correspondente permanente, assim como, a presença do incisivo lateral decíduo do lado da fenda pode estar também associada à ausência congénita do incisivo lateral permanente.

Almeida et al. (1996) *cit. in* Pedro et al. (2010) consideram que a maior prevalência de dentes neonatais tem sido encontrada nas crianças portadoras de fenda bilateral completa seguida pelas portadoras de fenda unilateral completa, sendo esses valores significativamente maiores do que os relatados em crianças não portadoras de fendas.

Lekkas, Latief e Kuijpersjagtman (1999), *cit. in* Neves et al. (2002), investigaram a ausência de caninos e pré-molares em 266 pacientes adultos portadores de fendas lábio palatinas e não operados. Ausência de caninos e pré-molares não foi encontrada e anomalias dentárias de número só foram observadas em dentes localizados na região da fenda. Os resultados deste estudo sustentam a hipótese de que a cirurgia precoce para o encerramento do palato duro na infância, é o fator etiológico mais importante para a ausência de dentes fora da região da fenda.

Medeiros et al. (1999) *cit. in* Neves et al. (2002) estudaram a diferença de incidência de dentes intranasal em pacientes do sexo masculino e feminino, portadores de FLP. Foram analisados 815 pacientes com FLP bilateral e 1495 com FLP unilateral. Os resultados mostraram maior incidência de dentes intranasal no sexo feminino, sendo 0.61%, as crianças que apresentavam FLP bilateral e 0.40%, as que apresentavam FLP unilateral. Segundo os autores, a união incompleta do processo embrionário parece ser a provável causa do deslocamento do germe dentário original.

O reconhecimento precoce das anomalias dentárias na dentição decídua é de grande importância para o sucesso do tratamento interceptivo de problemas potencialmente severos (Neves et al. 2002).

III. A alimentação da criança com fenda lábio palatina

Como este trabalho tem vindo a identificar, ao longo das suas páginas, as FLP desencadeiam uma série de alterações que, além de poderem comprometer a fala, o posicionamento dentário e a estética, comprometem severamente a alimentação.

Consultando Cerqueira et al. (2005) e outros autores, verificou-se como evidente que sem o devido tratamento, as fendas podem provocar sequelas graves, como a perda da audição, problemas de fala, o sofrimento com o preconceito; não é menos verdade e preocupante o défice nutricional e as suas consequências ao nível fisiológico e mental. De entre as dificuldades dos bebés que apresentam esta anomalia está, sem dúvida, a alimentação e o ganho de peso.

Portanto, a alimentação é um dos principais aspectos que deve ser orientado logo desde o nascimento da criança com FLP.

A família de um bebé com FLP, quando bem orientada consegue sem angústia, ansiedade e medo administrar uma alimentação correta. Aliás, o Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal (2008), Watson (2005) e Araruna et al. (2000) explicam que os métodos de alimentação necessários para o recém-nascido portador de fenda são basicamente os mesmos usados para outros recém-nascidos sem fenda.

Como já foi assinalado, há uma grande variedade na apresentação da deformação, havendo crianças com FLP que em nada compromete a amamentação, enquanto outras, pelo contrário, apresentam grande dificuldade para o ato de amamentar (Thomé, S. 1990).

Para Altmann (1997) e Araruna et al. (2000), a aposta deverá fazer-se a nível da estimulação precoce da alimentação/amamentação oral, logo após o nascimento e, acompanhada por nutricionistas, enfermeiras, neonatologistas, terapeutas da fala, e outros membros da equipa multidisciplinar. Esses cuidados vêm aumentar as possibilidades de êxito, porque acelera a brevidade das interações corretivas e evita futuras complicações.

Wysnski (2002) refere que a alimentação destas crianças deve ser adequada, tanto na forma de administração como no valor nutricional, a fim de lhe ser proporcionado um suporte calórico eficiente para o crescimento e desenvolvimento, especialmente porque este tipo de crianças necessitam de alcançar um peso e condições de saúde ideais para poderem ser submetidos às cirurgias corretivas.

Os problemas mais comuns, conforme Watson (2005), são a sucção inadequada por falta de pressão intraoral, o tempo de amamentação prolongado e regurgitação, as dificuldades de sucção que muitas vezes podem levar ao agravamento do estado nutricional da criança e problemas pulmonares, decorrentes da aspiração de alimentos.

A sucção insuficiente, os vômitos e engasgos da criança só acontecem quando as mães são orientadas inadequadamente quanto ao melhor método de alimentar o seu recém-nascido portador de FLP. Mas, essa criança tem condições de movimentar a mandíbula ao succionar o peito, apesar da pouca pressão intraoral, quando não apresenta outras alterações congénitas associadas à FLP. O autor aconselha atenção para o facto da criança com FLP possuir o sistema nervoso íntegro, logo apresenta funções e potencial de crescimento dentro da normalidade, à excepção das crianças que sejam portadoras de algumas síndromes ou se a fenda vem acompanhada de outra deformidade (Watson, 2005).

Amstalden-Mendes et al. (2006) referem que os bebés e crianças portadoras de fenda pré-foramen incisivo apresentam menos dificuldades alimentares relativamente àqueles que são portadores da fenda pós-foramen incisivo. Até podem não ter problemas alimentares. As crianças com fenda pós-forame ou transforamen incisivo podem apresentar dificuldades, por não conseguirem uma pressão intraoral adequada. A inteireza do seu palato colabora com a manutenção da pressão negativa intraoral, permitindo ao bebé um melhor padrão de sucção. Contudo, os bebés e crianças pré-foramen incisivo incompleta, podem mostrar dificuldade na compressão da tetina do biberão, fazendo com que a alimentação escape por não existir um adequado ajuste da boca à tetina do biberão. Nas fendas pré-foramen completas é possível que mesmo a projeção da pré-maxila dificulte a estabilização da tetina do biberão na boca da criança.

Nas fendas pós-foramen incisivo, completas ou incompletas, são consideradas complexas, pois qualquer fenda palatina permite comunicação da cavidade nasal com a oral. Desta forma impede a pressão negativa intraoral e proporciona a regurgitação nasal. Na fenda completa a falta do palato deixa a língua sem suporte para realizar os movimentos adequados e necessários à sucção (Amstalden-Mendes et al.,2006).

Ainda para os autores anteriores, as crianças com fenda transforamen incisivo podem apresentar a adição das dificuldades mencionadas anteriormente por possuírem o lábio, o palato mole e duro e o alvéolo alterados. Assim sendo, acontece a ausência da pressão negativa intraoral.

3.1. Medidas facilitadoras para a alimentação

Existem algumas medidas que facilitam a alimentação das crianças com FLP de modo a evitarem-se complicações. Entre essas medidas destacam-se as seguintes estratégias:

- Extração do leite materno (com a bomba manual ou eléctrica), de modo a deixar a mama mais flexível e a aréola mais macia;
- Massagem terapêutica ou colocação de compressas mornas para estimular a descida do leite (esta atuação pode ser mais gratificante para o bebé por exigir menos esforço da sua parte);
- Estimulação frequente da sucção do bebé quando o seio estiver cheio;
- Colocar o bebé o mais levantado possível, posição que simultaneamente ajuda a impedir a passagem de leite para a cavidade nasal e para prevenir as otites que podem ocasionar sequelas auditivas graves;
- Estimular os lábios do bebé com o mamilo de forma a que ele abra bem a boca e, de forma ágil a mãe consiga que o seu bebé agarre o mamilo;

Alterações dentofaciais e o seu impacto na alimentação e na higiene oral em crianças com fenda lábio palatina

- Apoio da mama com a palma da mão, comprimindo o peito no sentido de facilitar ao bebé a colação dos lábios na tetina e ejeção do leite, ao mesmo tempo que permite-se a oclusão da fenda com o polegar, sempre com o cuidado de se deixar o espaço de desobstrução das narinas;
- Facilitar a flexão ajustada do pescoço (nunca hiperflexionado) contrariando a posição estendida;
- Proceder ao início precoce da alimentação natural, assim que possível;
- Sempre que o bebé se revele incapaz de succionar o leite suficiente diretamente da mama, a mãe deverá proceder de imediato à extracção do seu leite e socorrendo-se de outra técnica de alimentação, seja com o recurso ao copo ou ao biberão (técnicas que mais adiante se explicitarão);
- Reforço do alimentação por esvaziamento da mama com recurso à bomba, logo após cada mamada (estimula-se a produção do leite) e por fim,
- Aconselha-se a otimização do direcionamento do mamilo, de forma que fique colocado para o lado oposto ao da fenda. Para isso, em algumas circunstâncias, pode utilizar-se a posição do futebol americano (a criança deve ficar apoiada no braço do mesmo lado da mama a succionar, posicionada lateralmente ao corpo da mãe, abaixo do braço) ou na posição tradicional invertida (a criança fica apoiada com o braço do lado oposto da mama a succionar, colocada em frente ao corpo da mãe) – aconselha-se o uso do travesseiro para apoio (Thomé, 1990).

3.2. Influência do leite materno no recém-nascido com fenda lábio palatina – dificuldades

Neves et al. (2002) afirma que no caso da fenda se estender até o palato, como há comunicação oronasal, a criança recém-nascida está sujeita a um maior risco de aspirar o alimento, provocando infecções como otites e pneumonias. As otites podem causar

prejuízos no desenvolvimento da fala e linguagem. As anemias também são frequentes nesses pacientes com FLP, devido a dificuldade em se alimentarem.

A alimentação natural (ao peito), embora seja um ato difícil de executar para o bebê, especialmente em casos de FP, é indicado para evitar infecções, combater a anemia e um importante estímulo mecânico para fortalecer a musculatura da face e boca (língua e mandíbula) e, além de manter a produção de leite da mãe, o leite materno também favorece o vínculo afetivo entre a mãe e a criança e a superação do choque ou luto pelo nascimento de uma criança com malformação congênita (Ferreira et al. 2009).

Apesar dos benefícios apontados, tendo como base os estudos realizados por Ninno et al. (2002), verifica-se uma falta de aposta na amamentação (alimentação natural). Assim, concluiu-se que as causas de abandono ou não adesão à amamentação são a prevalência do mito de que o bebê com FLP não pode ser amamentado; uma sucção incorreta; o “peito seco” e os engasgamentos. Estes fatores podem ser corrigidos se a mãe for orientada para amamentar o recém-nascido ao peito.

A mãe, com efeito, deverá ser a parte mais atenta, interessada e a mais comprometida no tratamento do seu bebê, para tal terá que perceber que só a amamentando o seu filho terá todas as condições para se desenvolver e enfrentar com boas condições as cirurgias a que será posteriormente submetido (Thomé, 1990).

O mesmo autor ainda refere que a mãe deve ser orientada para: compreender sem stress que o tempo de amamentação poderá ser ao dobro de uma criança sem FLP; saber que a criança pode regurgitar pelo nariz; e ainda que a posição da criança é fundamental para o sucesso da amamentação, logo deve ser inclinada, em situação quase vertical e com o mamilo a fechar a fenda.

Num estudo analisado por Batista e col (2011) *cit. in* Souza (2012) sobre a influência da amamentação no desenvolvimento oro-maxilo-facial em crianças com fenda, concluiu-se que a alimentação natural em crianças portadores de FLP e/ou FP é fator determinante na correta maturação e crescimento craniofacial ao nível ósseo, muscular e funcional e, da mesma forma, concorre para a prevenção de problemas orais. Além

disso, segundo eles, os bebês que não amamentados ao peito, apresentarão maior prevalência de cárie dentária e problemas periodontais, em consequência da maior dificuldade na realização da higiene oral.

Rocha e col (2008) *cit. in* Souza (2012) afirmam que não há preparo ou orientação para as mães em relação à amamentação durante o internamento pós-parto, e ainda enfatizam que a utilização de dispositivos intraorais que tendem a separar a cavidade oral da nasal não melhoram a sucção, podendo até originar ulcerações, contribuindo para uma higiene oral inadequada.

3.3. Amamentação materna/natural

O Congresso Internacional de Amamentação de Varsóvia em 2015 reuniu alguns dos mais prestigiosos investigadores neste âmbito, procedentes dos Estados Unidos, Austrália, Alemanha, Canadá e Espanha, bem como pediatras, neonatologistas, consultoras de amamentação, enfermeiros, e responsáveis e pessoal da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) dos vários hospitais do mundo.

Entre as conclusões mais importantes destacam-se o papel da amamentação como um “medicamento” fundamental para prevenir e reduzir o risco de doenças com uma elevada prevalência em recém-nascidos, como a sépsis ou a Enterocolite Necrosante (NEC); a amamentação como ferramenta de prevenção da obesidade infantil e os benefícios que estão associados a uma pequena, mas consistente vantagem no posterior desenvolvimento do quociente intelectual, fornecendo o desenvolvimento cognitivo do bebé, através dos ácidos gordos polinsaturados (AGPI) de cadeia longa.

Amamentar bebês com fenda, quando possível, é a melhor forma de, além de fortalecer o vínculo mãe-filho, evita as infecções (Araruna, et al. 2000).

Como é óbvio, a amamentação é extremamente benéfica para o bebé com FLP, pois contribui não só para prevenir/ diminuir as infecções do ouvido médio, mas também, por ser um excelente e estimulante exercício da musculatura da face e um exercício respiratório contributivo para reduzir a inflamação da mucosa nasal que é causada pelo refluxo do leite (Araruna, et al. 2000).

Ora, para a criança ser amamentada, ela vai acoplar seus lábios perfeitamente na aréola da mama, vedando o sistema, ou seja, não permitindo a passagem do ar. Uma composição de músculos, diz Camargo (1998) *cit. in* Ferreira (2009), trabalha no sentido de estimular o crescimento e desenvolvimento ósseo, que influenciam a forma da face e a harmonia dos dentes.

Ferreira et al. (2009) defende que como qualquer outro bebé é importante que para a criança com má formação orofacial sejam envidados os esforços no sentido de que, no período neonatal e durante pelo menos os seis primeiros meses de vida, ser amamentada ao seio materno.

Araruna et al. (2000) alerta para a necessidade de orientar as mães para os benefícios da amamentação. Recomenda que o recém-nascido, apesar da pouca pressão intraoral, deve se colocado durante cinco minutos em cada seio a fim de ser estimulada a descida do leite e o reforço do contacto entre a mãe e o filho.

No dizer do autor anterior, crianças com FLP quando não apresentarem outras alterações congénitas associadas à fenda, têm condições de movimentar a mandíbula ao sugar o peito, ainda que a maioria delas não consiga o suprimento necessário pelo processo de alimentação natural. Se assim for, decorridos os 5 mais 5 minutos, a mãe deve dar-lhe o leite retirado no biberão com uma tetina ortodôntica e com o furo no sentido ascendente.

IV. Métodos alternativos para a alimentação artificial

4.1. Alimentação por sonda gástrica

Zicrefoose (1957), Santos (1980) e Thomé (1990) cit. *in* Ferreira (2009) afirmam que, em crianças portadoras de FLP a alimentação por sonda nasogástrica (SNG), tubo de cloreto de polivinil (PVC), é uma experiência desagradável e desconfortável, tanto para mãe, como para a criança, especialmente durante os primeiros meses.

Se prescrito pelo médico para drenagem ou alimentação, esta deve ser tecnicamente introduzido desde o nariz até ao estômago. Refere também que a SNG interfere tanto na digestão como no próprio processo de alimentação, provocando obstrução nasal, dificultando o fecho adequado da boca e comprometendo a sensibilidade da cavidade oral. Refere ainda que a alimentação oferecida em intervalos regulares pela SNG não prioriza o controlo da fome, da saciedade e do volume alimentar e que as primeiras horas de vida representam um período importante para adaptação do reflexo de alimentação.

Também, para Altmann (1997), igualmente citado por Ferreira (2009), os mecanismos próprios da criança com FLP para realizar os movimentos de sucção e deglutição serão prejudicados se a criança for bloqueada através do uso de sonda após o nascimento. Logo, o método de alimentação por SNG apenas deverá ser utilizado nas crianças que apresentem dificuldades sérias para se alimentarem por via oral e que não seja visível o aumento de peso ou que apresentem outro distúrbio associado.

Di Ninno et al. (2002) observaram que a prevalência do uso de SNG em bebés com FLP foi considerada alta, visto não apresentar contraindicações de uso. A grande maioria dos autores consultados, não aconselha o uso de sonda nasogástrica em crianças com fenda não síndromicas, porque pode interferir na homeostase oral e facilitar a regurgitação.

Assim sendo, ainda na opinião do autor citado anteriormente, as indicações para uso de sonda nasogástrica compreendem: dificuldade em atingir o volume de leite necessário por via oral; falência em estabelecer adequado ganho de peso e crescimento quando as demais alternativas já se esgotaram; risco evidente de aspiração ao alimentar a criança; padrão de sucção e de deglutição desorganizados.

4.2. Alimentação por biberão

Limongi (1987) defende que este método provoca uma desarmonia no crescimento da mandíbula e da maxila, o que prejudica seriamente a criança portadora de FLP.

Contudo Altmann et al. (1997) e Thomé (1990) não partilham a opinião de Limongi (1987) ao defenderem o uso do biberão como um recurso artificial alternativo, comumente utilizado para a alimentação por todos os benefícios que este traz para o desenvolvimento e a saúde do latente.

O primeiro autor, anteriormente referido, acrescenta que o crescimento e o desenvolvimento normal da face só podem ser prejudicados pela má escolha da tetina do biberão. Ambos consideram que a tetina do biberão deve estar anatomicamente de acordo com a fisiologia do bebé e que há no mercado uma panóplia de tetinas, as quais deverão ser seleccionadas de acordo com as condições clínicas da criança. Sendo a melhor escolha aquele que o bebé melhor se adapte. É muito importante que essa escolha seja baseada no comprimento, na flexibilidade, no tamanho do furo e na posição em que se acomoda na cavidade oral, além de custo e da facilidade de aquisição.

Também Araruna et al. (2000) aludem à importância da mãe no processo alimentar da criança com FLP, e aconselham que quando não se consegue amamentar, através de sucção no peito da mãe, esta deve extrair o seu leite e dá-lo à criança num biberão com uma tetina adaptada à deficiência oral do seu filho.

Segundo Ferreira (2009), o biberão deve ser maleável, feito com material mole de modo a permitir que, enquanto o bebé suga, sejam delicadamente apertados pela mãe. Isso também pode ajudar a entrada do leite na boca e facilitar a mamada da criança portadora de FLP.

Revendo a literatura, Araruna et al. (2000) nomeia os diversos tipos de tetinas especiais para fenda do lábio e fenda do palato disponíveis no mercado:

- Tetinas comuns que existem na versão de látex ou silicone e cujas bases são bastante variáveis, largas ou estreitas e de formato longo e largo. Entretanto, não se podem considerar essenciais, pois nem todas as crianças se adaptam ao formato e ao tamanho.

- Tetinas de bases mais largas que ajudam a acomodar e melhor vedar a fenda do lábio durante a mamada.

- Tetinas longas que facilitam a passagem do leite para a garganta e é o tipo de tetina ideal para fenda do palato.

- Tetina ortodôntica que por ser curta e anatómica é a mais semelhante ao mamilo materno e, portanto, é o formato disponível mais favorável ao movimento de sucção.

- Tetinas para bebés de 0 a 6 meses e tetinas para bebés acima de 6 meses.

- Tetinas cujo orifício pode ter formato de cruz (+) que funciona como uma válvula, ou seja, o leite só sairá do biberão quando o bebé sugar. Evita o derramamento espontâneo dentro da boca e minimiza os engasgos. O tamanho do furo pode variar de bebé para bebé.

Os estudos de Kudo et al. (1980) relacionam a semelhança do posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios (lábios, língua, dentes, palato duro, palato mole e mandíbula), tanto na amamentação, quanto na sucção com uma tetina ortodôntica, favorecendo a mesialização da mandíbula em relação ao maxilar, devido aos movimentos de amplitude

para a saída do leite, com os lábios a funcionar como um esfíncter. Desta forma reforçam a posição anterior explicando que não há um biberão especial para alimentar crianças com FLP, existe sim, uma adaptação com tetinas ortodônticas e com válvula que favorece a sucção e posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios.

Este tipo de tetinas, na revisão da literatura feita pelo autor, é o mais adequado por ser curto e anatómico, a válvula impede a saída de leite quando a criança não está a succionar e permite que a quantidade de leite extraída seja adequada aos movimentos de deglutição, minimizando os riscos de regurgitação, devendo a mãe ou qualquer outro prestador de cuidados ter atenção à inclinação – deverá formar um ângulo de 90° em relação à face, devido ao furo ser posicionado para cima, forçando a uma sucção à eficiente.

No entanto Mizuno et al. (2002) defende que para se diminuir a regurgitação do leite para a cavidade nasal, o orifício da tetina deve estar na parte póstero-inferior, isto é, em contato com a língua.

Quanto ao uso da tetina de látex, Clarren et al. (1987) recomenda que seja associado a um furo maior, para os casos de crianças portadoras de FP, por ser mais flexível que o de silicone e esta associação normalmente permite ao bebé movimentar a língua, extraíndo assim uma maior quantidade de leite.

Segundo Altmann et al. (1997), na fase inicial, quando o recém-nascido apresenta alguma dificuldade de adaptação ao biberão, aconselham-se manobras que facilitem a passagem do leite para a cavidade oral, as quais estimulam o recém-nascido a desencadear a sucção:

- Apertar o frasco do biberão de plástico;
- Apertar levemente a própria tetina do biberão nas laterais;
- Pressionar a tetina do biberão sobre a língua de forma a provocar o abaixamento da mandíbula;
- Puxar levemente a tetina do biberão para fora da boca;

Alterações dentofaciais e o seu impacto na alimentação e na higiene oral em crianças com fenda lábio palatina

- Fazer pressão externa nas bochechas da criança, assim como em baixo da mandíbula. Sendo que esta última manobra ajuda inclusive a melhorar o selamento labial.

Todos os autores referidos neste subcapítulo consideram que para determinar o tamanho ideal é preciso observar o volume de leite ingerido pelo bebé, o tempo da amamentação, os sinais de fadiga durante a amamentação e o controlo do leite na boca. Os episódios de engasgos ou de regurgitação de leite pelo nariz podem indicar que o furo da tetina está muito grande ou que o bebé ainda não tem controlo adequado do leite na boca.

Ainda em relação às tetinas, mais especificamente para a chupeta e, no que concerne à prevenção de problemas dentários e musculares: às crianças sem problemas orais é recomendável retirarem quando a criança adormece, entre os 18 e os 24 meses de idade; às crianças com FLP aconselha-se o abandono antecipado, entre os 9 e os 12 meses de vida (Altmann et al. 1997).

4.3. Alimentação por copo

O método de alimentação ao copo é um artefacto artificial de alimentação infantil que coexiste com os biberões desde a época primitiva. No entanto o método copo tendeu a desaparecer nos últimos anos, na cultura ocidental (Amstalden-Mendes, 2006).

No entanto, a alimentação por copo é, segundo Laurence (1980) *cit. in* Ferreira (2009), um método simples, prático, de baixo custo e uma boa alternativa que amplia as opções disponíveis, tanto aos pais quanto aos profissionais, os quais podem necessitar de métodos não convencionais para solucionar situações difíceis de alimentação.

Para Ferreira (2009) esta alternativa, comparado com outros métodos alternativos, deve ser seriamente levada à apreciação pelas unidades neonatais e pelos prestadores de cuidados intermédios.

Além disso, a alimentação com recurso ao copo proporciona o contacto, uma relação estreita entre a mãe e o filho, familiarizando o recém-nascido com o peito e, permitindo-o experimentar pequenas quantidades de leite centrifugado manualmente (Amstalden-Mendes, 2006).

Convém, conforme o pesquisador Laurence (1980), levar em atenção que a alimentação através de copo é utilizada em vários países em desenvolvimento como um fator cultural, não só pelas mães que têm dificuldades de acesso a serviços de saúde, mas também, por todas aquelas que sentem necessidade ao seu recurso.

Para o autor anteriormente referido, este método é normalmente usado em recém-nascidos e com baixo peso ao nascimento e, a sua função primária e mais importante é, claramente, poder ser um método artificial seguro e facilitador, até que a criança esteja suficientemente forte e/ou madura para mamar ao peito, exclusivamente.

Uma outra função importante do copo é evitar o uso de biberão, fator de aumento da morbidade e mortalidade, particularmente em locais onde a higiene é precária, a esterilização de biberões é difícil e as SNG não estão facilmente disponíveis (Lawrence, 1980).

Lange et al. (1994) *cit. in* Amstalden-Mendes et al. (2006), relataram experiência positiva do uso do copo em crianças com FLP unilateral. Esta técnica de alimentação promove o aumento da produção de saliva e das enzimas digestivas, estimula receptores orais, resultando numa digestão mais eficiente. Uma outra vantagem é a promoção dos movimentos mandibulares, da língua e dos músculos da face. No entanto surgem contraindicações ao seu uso, destacando-se, por exemplo, os casos de recém-nascidos com riscos de aspiração, os casos de reflexos de engasgos diminuídos, de letargia geral e de défice neurológico.

4.4. Alimentação com o uso de placa obturadora de palato

Redford-Badwall et al. (2003) argumentam que a utilização de placa palatina obturadora funciona como um palato artificial, contra o qual a criança pode pressionar, durante a sucção, com a ajuda da língua, a tetina do biberão ou o mamilo do seio da mãe. Em simultâneo, durante a pressão, dá-se o fecho da fenda palatina permitindo que o lactante consiga gerir a pressão intraoral negativa e faça a sucção do leite de uma forma e numa quantidade mais aproximada à normalidade. Por um lado, o uso de placa obturadora impede a regurgitação do leite para a cavidade nasal, por outro corrobora para a melhoria e ganho de peso.

Em oposição ao autor anteriormente citado, Bannister (2005) *cit. in* Mendes et al. (2009) contraindica o uso de placas palatinas obturadoras alegando que, se não forem modeladas e substituídas com o desenvolvimento do bebé, podem deformar e direcionar o crescimento da maxila.

Garcez (2004) alerta para situações especiais em que, mesmo seguindo os conselhos para o ajuste favorável dos lábios ao peito ou à tetina do biberão, a mama não consegue fazer a oclusão da fenda, face da amplitude desta. Para esses casos, o autor indica, como recurso, o uso da placa obturadora de palato feita em material acrílico. Este tem a função de bloquear a subida do fluxo aéreo em direção à cavidade nasal quando a língua a pressiona.

A placa HOTZ-TYPE também usada para alimentação no biberão no tratamento precoce de bebés prematuros com FP, segundo Kogo et al. (1997) *cit. in* Mendes (2009), é uma placa palatina obturadora modificada, que vai permitir, durante a alimentação natural, resultados mais satisfatórios aquando da sua utilização pelo bebé. Refere, ainda, que os resultados obtidos demonstraram um melhor padrão de sucção no seio materno e uma maior ingestão de leite, embora a quantidade possa ainda ser insuficiente. Mostram também que a combinação entre o uso da placa e o cumprimento das orientações fornecidas à mãe, vão propiciar uma redução no tempo da alimentação, um aumento do volume de leite ingerido e, em consequência, dar-se-á o desenvolvimento desejável da criança.

Turner et al. (2001) profere que, em face do estudo realizado, aquelas mães que desejaram e prosseguiram com a amamentação, usando a placa obturadora do palato como suporte, proporcionaram à sua criança a nutrição e benefícios específicos oriundos do leite materno, um aumento da ingestão desse alimento e o decréscimo da fadiga manifestada pela criança.

Lang et al. (1994) alerta para os diversos casos em que o fecho velofaríngeo, tão importante no processo alimentar, está comprometido e a placa não atinge essa zona. Apesar da placa proporcionar um suporte para facilitar a compressão do mamilo, por ocupar grande extensão do espaço intraoral pode estar contraindicada para os casos de crianças com retrognatia - as quais têm a língua posicionada mais posteriormente - pelo risco de oclusão da passagem aérea (Lang et al., 1994).

Em consonância com a observação de estudos realizados para avaliar o desempenho da amamentação, associado ao uso da placa, Kogo et al. (1997) *cit. in* Mendes (2009) e Turner et al. (2001) referem que não foram observadas diferenças de ganho de peso quando comparados com os que usaram a placa e são alimentados pelo biberão.

Relativamente à experiência de Pashayan e Mc Nab (1979), concluem que os obturadores não podem ser considerados como sendo a razão suficiente para a promoção de ganho de peso adequado. Há-de ter-se sempre presente que o seu uso pode promover uma falsa sensação de segurança naqueles que os usam.

Para Trenouth e Campbell (1996) *cit. in* Mendes (2009), a placa palatina obturadora tem um ganho significativo mais efetivo nos casos de fendas completas do que nos casos das fendas posteriores (de palato).

V. Higiene oral em crianças com fenda lábio palatina

Para se evitarem complicações no processo de alimentação do lactente com FLP, Altmann et al. (1997) *cit. in* Silva (2010) aponta algumas recomendações, como manter a criança sempre seca e confortável; lavar as mãos; fazer higiene oronasal com cotonete molhado em água fervida, antes e depois da alimentação, a fim de se evitar a permanência de resíduos e partículas de leite na região, evitar infecções e, também, para que a criança se habitue ao manuseio da cavidade oral, especialmente na região da fenda.

Orsi Jr. (2006) acrescenta que aquele procedimento deve ser mantido após a erupção dos dentes e, ainda que além do cotonete poder-se-ão usar, na higiene oral destas crianças, hastes flexíveis de algodão, dedeira, gaze ou fralda embebida, não só embebida em água fervida, como em água filtrada ou em soro fisiológico. Acrescenta que, como o lábio do bebê costuma ressecar, a mãe proceder à sua hidratação com óleo mineral.

VI. Papel do médico dentista

A relevância da presença do médico dentista (MD) é considerada logo a partir do nascimento, para que se possa estabelecer um plano de orientação adequado e eficaz, que tenha por base os cuidados especiais como a alimentação, a higiene oral, a prevenção das cáries dentárias, gengivites, entre outros (Pinto, 2008).

Há ainda a considerar-se a importância da tríade: paciente, médico dentista e responsável. Como refere Guimarães et al. (2003) ao MD compete-lhe um leque de funções, desde o aconselhamento aos pais, passando pelo trabalho de promoção da saúde oral, até à intervenção para higienização da cavidade oral, extracções de dentes supranumerários, verificar a presença de maloclusão, controlo das doenças orais e atendimento especializado na reabilitação cirúrgica, ortodôntica e protética.

Ribeiro et al. (2005) e Sandrini et al. (2005) reforçam o papel do MD, como papel fundamental na reabilitação da FLP, contudo atribui o completo estabelecimento da saúde oral e geral da criança à efetiva participação da equipa multidisciplinar, com ênfase na relação de confiança desta com o paciente e com a sua família.

Veja-se que para os autores supracitados, o controlo desses pacientes, em relação a pacientes sem fenda, é mais rígido, sendo que a prioridade, desde o início do acompanhamento dessas crianças, focaliza-se na necessidade daqueles ganharem massa corporal, para poderem ser submetidos à cirurgia. As consultas, dependendo de cada caso, exigem uma regularidade, apontando-se, à priori, para o quadrimestre (de 4 em 4 meses).

Para os autores acima citados, o prognóstico é tanto mais favorável quando os pacientes começam a ser seguidos desde os primeiros dias de vida e se houver cumprimento da regularidade das marcações para todas as avaliações. Este procedimento a iniciar logo após o nascimento estende-se até o estabelecimento da dentição permanente, período no qual são empreendidos os actos médico-cirúrgicos primários e secundários, bem como os ortodônticos, justificando-se, desta maneira, o pré-requisito para uma adequada e

completa reabilitação oral, isto é, a importância da obtenção e manutenção da saúde oral da criança com FLP.

Armanda (2005) acrescenta que é da responsabilidade do odontopediatra informar os responsáveis por estas crianças das anomalias dentárias bem como dos atrasos na erupção, maloclusões entre outras anomalias características deste tipo de malformações congénitas.

Kuhn (2012) baseado em diversos outros autores apresenta um estudo onde faz referência que tanto no pré e pós-operatório do paciente pediátrico é preponderante o papel do MD. Em primeiro plano, diz que o tratamento da FP deverá ser dividido em duas fases: pré-cirúrgica protética e ortopédica e, cirúrgica e pós-cirúrgica. No referente ao período pós-cirúrgico, se houver comprometimento alveolar, o tratamento a seguir dos maxilares será o ortodôntico e ortopédico, através de estabilização da oclusão e do acompanhamento do crescimento maxilar.

Assim sendo, ainda para o autor referenciado, o ortodontista deverá trabalhar em parceria e integração com o cirurgião oro-maxilo-facial de modo a melhor se aperceberem do momento certo para a intervenção cirúrgica. A ortodontia desempenha aqui uma função importantíssima no seio da equipa multidisciplinar que se propõem a tratar os pequenos pacientes com fenda e, é através dos traçados cefalométricos que se consegue fazer um planeamento mais preciso do enxerto ósseo, do tratamento ortodôntico e, caso seja necessário, da cirurgia ortognática.

Em suma, e para finalizar este assunto, Kuhn (2012) refere que é importante reconhecer que, a área da odontopediatria é responsável pela correcção e estabilização dos processos alveolares e palatinos dos maxilares.

Assim, o papel do MD na abordagem do paciente com FLP não se pode limitar ao tratamento dentário mas, sobretudo, a uma aproximação ideal ao paciente e a família para que se faça a apropriação completa do conhecimento da saúde geral do paciente (Kuhn, 2012).

CONCLUSÃO

Terminado o estudo das “Alterações dentofaciais e o seu impacto na alimentação e na higiene oral em crianças com fenda lábio palatina” concluiu-se, assim como todos os autores referidos ao longo do trabalho concluíram, que os pacientes portadores de fenda lábio palatina são iguais a qualquer outro paciente, porém, os cuidados da alimentação e higienização são diferenciados, o que mereceram um tratamento exaustivo do tema em epígrafe.

Assim como Altmann (1997) e Araruna et al. (2000) referiram, conclui-se que tratar de pacientes com fenda lábio palatina exige uma abordagem multidisciplinar (médicos pediatras, médicos dentistas, psicólogos, terapeutas da fala, enfermeiros, neonatologistas, geneticistas, cirurgiões plásticos, nutricionistas). O desenvolvimento da criança depende da cooperação entre estes e os familiares que em conjunto têm um papel fundamental na busca de uma melhor qualidade de vida para estas crianças.

As crianças com fenda lábio palatina, além de apresentar alterações oro-maxilo-faciais apresentam ainda alterações psicológicas, contribuindo também para atrasos no desenvolvimento social.

Por sua vez para Hodgkinson et al. (2005) e Carvalho et al. (2008), a fenda pode comprometer a função alimentar, que podem provocar um atraso no desenvolvimento físico da criança com fenda.

Outro agravante destas alterações dentofaciais segundo Freitas (1998) assenta no desenvolvimento crânio-facial e da dentição da criança, que podem apresentar sequelas difíceis de serem tratadas como: agenesias, dentes supranumerários, microdontias, erupção dentária ectópica, dentes natais, neonatais e intranasais, atrasam na erupção e na formação dentária, maloclusões, falta de suporte ósseo, curva de Spee acentuada na maxila, na mandíbula ou em ambas as arcadas; palato atrésico, higiene oral deficiente, cárie dentária, doença periodontal e hipoplasia de esmalte.

A necessidade aos cuidados de saúde oral em crianças com fenda lábio palatina é para Ribeiro et al. (2005) e Sandrini et al. (2005) muito importante para melhorar a qualidade de vida a uma criança com fenda. Assim sendo, quando a fenda lábio palatina é descoberta o médico dentista bem como uma equipa multidisciplinar, incluindo a família, são os principais responsáveis pela prevenção e terapêutica oral, a fim de minimizar ou eliminar quaisquer problemas futuros com a criança, podendo assim esta superar os desafios e ser levada a ter uma vida plenamente normal.

Conclui-se assim como para todos os autores, que é importante o conhecimento mais profundo do assunto para que todos os intervenientes na vida da criança com fenda lábio palatina saibam conviver com esta má formação e, obviamente, proporcionem à criança os meios eficazes para um óptimo e possível tratamento.

BIBLIOGRAFIA

- Abdo, R. et al., (2005). *Odontopediatria nas fissuras labiopalatais*. São Paulo: Ed. Santos.
- Altmann, E. et al., (1997). Fissuras labiopalatinas. In Pachi, P. Aspectos pediátricos. *Pró-fono - Departamento Editorial*. (20), pp. 325-366.
- Altmann, E. et al (1997). Tratamento fonoaudiológico. In Altmann, E. (org). Fissuras lábiopalatinas. *Pró-fono Departamento Editorial*. (23), pp. 367-403.
- Amstalden-Mendes, L. et al., (2006). Fenda de Lábio e ou Palato: Recursos para alimentação antes da Correção Cirúrgica. [em linha]. Disponível em <<http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v15n5a08>>. [consultado em 06/06/15].
- Araruna, R. et al., (2000). Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 8 (2), pp. 20-24.
- Armanda, L. et al., (2005). Prevalência de Alterações Bucais em Crianças Portadoras de Fendas Labiopalatinas Atendidas no Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto. *Revistas Científicas da América Latina et Caribe, Espanha e Portugal*. 23, pp. 50-57.
- Batista, E. (2007). Malformações congénitas associadas à fissura labial e/ou palatal em pacientes atendidos em um serviço de urgência para tratamento de defeitos da face: um Estudo de Série de Casos. *Instituto Materno-Infantil Profº Fernando Figueira*. 3, pp. 3-9.

- Campos, A. (2008). Anomalias dento-faciais em pacientes portadores de fissuras labiopalatais no Estado do Ceará. *Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz*. 9 (3), pp. 11-17.
- Campos, C. (2006). A tutela constitucional das pessoas portadoras de fissura labiopalatal. Tese de mestrado. *Instituição Toledo de Ensino*. pp. 56-78.
- Carraro, D. (2012). Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes no Pré-operatório de Fissuras Labiopalatinas. Tese de mestrado. *Faculdade de Medicina - Universidade Federal Rio Grande do Sul*. pp. 12-40.
- Carvalho, S. et al., (2011). Prevalência das anomalias de número numa população portuguesa. Estudo radiográfico. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*. 52 (1), pp.7-12.
- Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal. (2008). *Revista Cefac: Secretaria do Estado de Saúde*, 12 (2), pp. 4-23.
- Cerqueira, M. et al., (2005). Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 8 (2), pp. 16-21.
- Clarren, S. et al., (1987). Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Cleft Palate Journal*. 24, pp. 244-249.
- Croen, L. et al., (1998). Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California. [em linha]. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/m.anual_fissura_2012>. [consultado em 01/05/2015].
- Damante, J. et al., (1973). Anomalias dentárias de número na área da fenda, em portadores de malformações congénitas lábio-palatinas. *Estomatologia & Cultura*. 7 (1). pp. 88-97.

- Di Ninno, C. et al., (2002). Aspectos ortodônticos / ortopédicos e fonoaudiológicos relacionados a pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. *Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortofacial*. 7 (37). pp. 23-27.
- Faraj, J. et al., (2007). Alterações dimensionais transversas do arco dentário com fissura labiopalatina, no estágio de dentadura decídua. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 12 (5). pp. 48-80.
- Ferraz, C. (2013). Representação Social da Criança com Fissura Labiopalatina: Intervenção por meio de leitura de história. Tese de mestrado. *Universidade Estadual Paulista*. pp. 33-56.
- Ferreira, K. et al., (2009). Fissura Labiopalatina: alimentação. *Revista Gestão e Saúde*. 2 (2). pp. 68-90.
- Freitas, M. (1998). Tratamento fonoaudiológico das fissuras labiopalatinas. *Especialização em fonoaudiologia clínica*. Tese de mestrado. *Universidade de Campinas*. pp. 25-38.
- Garcez, L. (2004) Estudos de base populacional sobre a prática de amamentação em crianças nascidas com fissura labiopalatina na cidade de Porto Alegre. Tese de mestrado. *Faculdade Federal do Rio Grande do Sul*. pp. 23-44.
- Guimarães, R. et al., (2003). O paciente fissurado e o atendimento odontológico: dificuldade pela recusa. *Arquivos em Odontologia*. 39 (1). pp. 65-73.
- Hodgkinson, P. et al., (2005). Management of children with cleft lip and palate. A review describing the application of multidisciplinary team working in this condition based upon the experiences of a regional cleft lip and palate centre in the United Kingdom. *Fetal Matern Med Rev*. 16 (1) pp. 27-31.

- Kudo, A. et al., (1980). Ações integradas de fisioterapia, fonoaudiologia e ocupacional em pediatria. In: Santos, A. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. *Sarvier*. 32. pp: 309-368.
- Kuhn, V. et al., (2012). Fissuras labio-palatais: Revisão de literatura. *Disciplinarum Scientia*. 13 (2). pp. 237-245.
- Lang, S; et al., (1994). Cup Feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child*. 71. pp. 365-369.
- Lawrence, R. (1980). Breast Feeding the Infant with a Problem. Saint Louis: *Mosby*. pp.187-220.
- Limongi, S. (1987). Amamentação e sua importância no desenvolvimento dos órgãos fono-articulatórios. *Sistema Sensório Motor Oral*. pp. 58-67.
- Loffedo, M. (2001). Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controle de fatores de risco. *Revista Saúde Pública*. pp. 28-37.
- Machado, M.; et al., (2014). Alimentação Para Bebés Com Fissura Labial e Palatina. *Journal of Biodentistry and Biomaterials*. 4 (2). pp. 79-96.
- Malheiro, J. (2012). Fenda de Labio Palatina. *Mestrado Integrado em Medicina. Estomatologia. FMUP: Porto*. pp. 45-68.
- Matusita, M; et al., (2002). Prevalência de anodontia de terceiro molar em indivíduos portadores de fissura labiopalatina. *Revista de pós graduação*. pp. 56-71.
- Mendes, K. et al., (2009). Amamentação da Criança Portadora de Fissura Labiopalatina. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. pp. 21-45.

- Mizuno, K; et al., (2002). Feeding behavior of infant with cleft lip and palate. *Acta Paediatrica*. 92. pp. 1227-1232.
- Monteiro, B. et al., (2010). Estudo de pacientes com fissuras lábio-palatinas com pais consanguíneos. [em linha]. Disponível em <<http://www.lusiadas.pt/pt/unidades/HospitalPorto/especialidades/paginas/17-fendalbiopalatina.aspx>>. [consultado em: 2/01/2015].
- Moore, L. (2005). *Embriologia Clínica*. 5º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Murray, J. (2002). Gene /environment causes of cleft lip and /or palate. *Clinical genet*. pp. 61-67.
- Neves, C. et al., (2002). Anomalias dentárias em pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. *Revista Biociência*. 8 (2). pp. 75-81.
- Orsi Jr, J. (2006). Anomalias Craniofaciais: As faces do tratamento. [em linha]. Disponível em <<http://www.Unifenas.br>> [consultado em 10/01/15].
- Pashayan, H; Mc Nab. (1979). Simplified method of feeding infants born with cleft palate with or without cleft lip. *American Journal of Diseases of Children*. 133. pp. 145-147.
- Pedro, R; et al. (2010). Alterações do desenvolvimento dentário em pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 22(1). pp. 65-9.
- Pinto, G. (2008). *Saúde Bucal Coletiva: Fissuras labiopalatais: Diagnóstico e uma Filosofia interdisciplinar de Tratamento*. 5ª ed. São Paulo: Livraria Editora Santos.

- Redford-Badwall; et al., (2003). Impact of cleft lip and/or palate on nutritional wealth and oral – motor development. *Dental Clinics of North America*. 47 .pp. 305-317.
- Ribeiro, E. et al., (2005). Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. [em linha]. Disponível em <http://200.253.187.1/joomla/joomla/joomla/images/pdfs/pdfs_notitia/432.pdf>. [consultado em 14/04/2015].
- Rodrigues, M.; et al., (2005). Fissura completa bilateral: características morfológicas. [em linha]. Disponível em <<http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v34n2a02.pdf> >. [consultado em 23/12/2014].
- Sandrini, F; et al., (2005). Fissuras Labiopalatinas em Gêmeos: Relato de Caso. Camaragibe: *Revista Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 5 (4). pp. 43-48.
- Silva, R. (2010). Características Epidemiológicas de Crianças Portadoras de Fissuras Labiopalatinas atendidas no Hospital Infantil Albert Sabin. Tese de doutoramento. *Universidade Federal do Ceará*. pp. 56-71.
- Souza, L (org); et al., (2012). *Manual: Cuidados Básicos aos portadores de fissura Labio Palatina*. 1ª Ed. São Paulo. pp. 47-65.
- Spina, V. (1973). A Proposed Modification for the classification of cleft lip and cleft palate. *Cleft Palate Journal*. 23,pp. 20-45.
- Thomé, S. (1990). Estudo da prática da amamentação em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato. Tese de mestrado. *Universidade de São Paulo*. pp. 23-30.

- Turner, L; et al., (2001). The effects of lactation education and a prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. *Cleft palate and Craniofacial Journal*. 38. pp. 519-524.
- Watson, A. et al., (2005). *Tratamento de fissura labial e fenda palatina*. São Paulo: Ed. Santos. pp. 67-150.
- Wysnski, D. (2002). Fissura lábio palatina: Da origem ao tratamento. *Oxford University Press*. pp. 12-17.