

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CINTIA MAGALI DA SILVA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES BUCAIS DE PACIENTES COM
FISSURA LABIOPALATAL PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE
MANUTENÇÃO DE SAÚDE BUCAL**

FLORIANÓPOLIS

2006

CINTIA MAGALI DA SILVA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES BUCAIS DE PACIENTES COM
FISSURA LABIOPALATAL PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE
MANUTENÇÃO DE SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia - Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: ARNO LOCKS, DR.

FLORIANÓPOLIS

2006

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES BUCAIS DE PACIENTES COM FISSURA
LABIOPALATAL PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE MANUTENÇÃO DE
SAÚDE BUCAL

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de MESTRE EM ODONTOLOGIA – OPÇÃO ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA e aprovada na forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 09 de fevereiro de 2006.

Prof. Dr. Arno Locks
Presidente

Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri
Membro

Prof. Dr. Gerson Luiz Ulema Ribeiro
Membro

**O Senhor dos que combatem
É conosco, está com a gente,
Ele é nosso refúgio, nossa fortaleza
É o DEUS que nos defende.**

Salmo 46

Dedicatória

A DEUS,

que me deu uma família, amigos, graças e dons, estando entre eles o mais especial, a vida...

Aos pacientes com fissura labiopalatal e seus familiares,

que através de sua luta constante pela reabilitação, representam papel fundamental no meu aprimoramento profissional e científico, e me ensinam a valorizar e agradecer o dom da vida!

Agradecimentos Especiais

À minha mãe Wilma, uma eterna educadora, com quem aprendi acima de tudo a amar a Deus e ao próximo,

Ao meu pai José Victor, pelo esforço contínuo para meu aprendizado e preparo profissional,

Ao meu irmão Emiliano, por seu amor e estímulo na realização de meus sonhos,

Ao Giuliano, amado e amigo, por me ajudar a sorrir nos momentos difíceis,

MUITO OBRIGADA!

Agradecimentos

Aos pacientes do Centro de Atendimento a Pacientes com Deformidade Facial da Universidade Federal de Santa Catarina e seus pais, por terem dado contribuição especial em minha formação acadêmica.

Ao diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Prof. Cleo Nunes de Souza, pelo apoio e incentivo.

Ao Chefe do Departamento de Estomatologia do Curso de Graduação de Odontologia e responsável pela pós-graduação na área de Odontologia em Saúde Coletiva Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, pela oportunidade.

Ao meu orientador Prof. Arno Locks, pela confiança durante o curso e o desenvolvimento da pesquisa e pelo carinho com que sempre me recebeu.

À Profa. Daniela Lemos Carcereri, responsável pelo Núcleo de Odontopediatria do Centro de Atendimento a Pacientes com Deformidade Facial, pelas sugestões.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia que contribuíram para minha formação acadêmica.

Ao Prof. Roberto Rocha, pelas imagens cedidas.

Ao Nei, pelo carinho e dedicação.

Aos estagiários do Núcleo de Odontopediatria do Centro de Atendimento a Pacientes com Deformidade Facial, por serem motivação constante durante o desenvolvimento da pesquisa.

À Schelle pelo estímulo.

À querida amiga Giseli, pelas orações e pela verdadeira amizade.

Aos amigos de curso, pela companhia e apoio.

Ao amigo Calvino Reibnitz Jr., pela paciência e atenção durante o curso, em especial durante o estágio de docência.

À amiga Juliana Patiño, pelas caronas e apoio na análise dos resultados.

À Ana Maria Vieira Frandolozo, secretária do Programa de Pós-graduação em Odontologia pela dedicação.

Aos acadêmicos do Curso de Graduação em Odontologia com os quais pude realizar o estágio de docência, por propiciarem os momentos de aprendizado durante a formação de mestre.

À Profa. Liliane Janete Grando, minha amiga Lili, pelo estímulo constante e pelo exemplo especial de garra e de amor à docência.

À Profa. Inês Beatriz da Silva Rath, amiga e muitas vezes mãe, pelo carinho especial, pela influência positiva na minha vida e bons exemplos.

À Profa. Sônia Maria Lückmann Fabro, amiga e também muitas vezes mãe, pelo carinho e lições de amor a todos, em especial aos menos favorecidos.

Às amigas Débora e Mariana por terem dividido tantos momentos divertidos e desabafos durante o curso.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma durante o desenvolvimento do curso de pós-graduação

MUITO OBRIGADA!

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPADF – Centro de Atendimento a Pacientes com Deformidade Facial

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

CCS – Centro de Ciências da Saúde

NOP – Núcleo de Odontopediatria

IPV – Índice de Placa Visível

ISG – Índice de Sangramento Gengival

ceos – Índice de superfícies decíduas cariadas, extraídas e obturadas por cárie

CPOS – Índice de superfícies permanentes cariadas, perdidas e obturadas por cárie

OMS – Organização Mundial da Saúde

MBA – Mancha branca ativa

MBI – Mancha branca inativa

HPRLLP – Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais

USP – Universidade de São Paulo

HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

IEC – Índice experimental de cárie

CPO-D – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados por cárie

ceo-d – Índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados por cárie

ATF – Aplicação tópica de flúor

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – FISSURA PRÉ-FORAME INCISIVO UNILATERAL ESQUERDA.....	24
FIGURA 2 – FISSURA PÓS-FORAME INCISIVO	25
FIGURA 3 – FISSURA TRANSFORAME INCISIVO UNILATERAL DIREITA.....	25
FIGURA 4 – FISSURA TRANSFORAME INCISIVO BILATERAL.....	25

LISTA DE TABELAS

TABELA 5.1 - CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA QUANTO À IDADE	71
TABELA 5.2 - DESCRIÇÃO DOS ÍNDICES IPV E ISG DA AMOSTRA	78
TABELA 5.3 - COMPARAÇÃO DOS VALORES INICIAIS E FINAIS DOS ÍNDICES IPV E ISG	78
TABELA 5.4 - DESCRIÇÃO DE VARIAÇÃO DO IPV E ISG DA AMOSTRA.	81
TABELA 5.5 - ANÁLISE DE VARIÂNCIA COM BASE NO DESFECHO ALTERAÇÃO DO IPV E ISG....	81
TABELA 5.6 - DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO INICIAL E FINAL DAS MBAS DE ACORDO COM O TIPO DE FISSURA.	87

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICO 5.1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM A IDADE.	70
GRÁFICO 5.2 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DA IDADE EM CADA TIPO DE FISSURA.	71
GRÁFICO 5.3 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM O TIPO DE FISSURA.	72
GRÁFICO 5.4 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM A REGIÃO CATARINENSE DE ORIGEM.	72
GRÁFICO 5.5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM O GRAU DE ESCOLARIDADE DA MÃE.	73
GRÁFICO 5.6 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM A LOCALIZAÇÃO E PROPRIEDADE RESIDENCIAL.	73
GRÁFICO 5.7 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS.	74
GRÁFICO 5.8 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM OS RECURSOS UTILIZADOS PARA COMPARECER AO ATENDIMENTO.	74
GRÁFICO 5.9 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O ACESSO À ÁGUA FLUORETADA.	75
GRÁFICO 5.10 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A UTILIZAÇÃO DE FLUORETOS. .	75
GRÁFICO 5.11 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO FORA DO CAPADF.	76
GRÁFICO 5.12 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A PROCURA POR SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS.	76
GRÁFICO 5.13 - COMPARAÇÃO ENTRE OS VALORES INICIAIS E FINAIS DE IPV E ISG.	77

GRÁFICO 5.14 - ILUSTRAÇÃO DOS VALORES INICIAIS E FINAIS DE IPV E ISG EM CADA TIPO DE FISSURA.	79
GRÁFICO 5.15 - MÉDIA E INTERVALO DE CONFIANÇA DA ALTERAÇÃO NO IPV E ISG NOS TIPOS DE FISSURA.	80
GRÁFICO 5.16 - ÍNDICE CEOS INICIAL.	82
GRÁFICO 5.17 - ÍNDICE CEOS FINAL.	83
GRÁFICO 5.18 - ÍNDICE MÉDIO DO CPOS INICIAL.	84
GRÁFICO 5.19 - ÍNDICE MÉDIO DO CPOS FINAL.	84
GRÁFICO 5.20 - EXPERIÊNCIA DE CÁRIE ACUMULADA.	85
GRÁFICO 5.21 - COMPARAÇÃO ENTRE OS VALORES INICIAIS E FINAIS DE CEOS, CPOS E CÁRIE ACUMULADA.	86
GRÁFICO 5.22 - COMPARAÇÃO ENTRE OS VALORES INICIAIS E FINAIS DE MBA.	86
GRÁFICO 5.23 - SITUAÇÃO FINAL DAS MANCHAS BRANCAS INICIALMENTE ATIVAS ($P < 0,05$). ...	87
GRÁFICO 5.24 - ILUSTRAÇÃO DA SITUAÇÃO INICIAL E FINAL DE MANCHAS BRANCAS DE ACORDO COM O TIPO DE FISSURA.	88

SILVA, Cintia Magali da. **Avaliação das condições bucais de pacientes com fissura labiopalatal participantes de um programa de manutenção de saúde bucal.** 2006. 128f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Resumo

A fissura labiopalatal é uma má-formação congênita comum que apresenta como conseqüências uma série de alterações funcionais e estéticas. O processo reabilitador das fissuras é extenso e relacionado diretamente com a adequada condição bucal. Sendo assim, o presente estudo teve como proposição avaliar as condições bucais de pacientes com fissura labiopalatal, participantes de um programa de controle da saúde bucal. Para tanto, foram acompanhados 43 pacientes com fissura labiopalatal na faixa etária de 4 a 25 anos. Foi realizada uma entrevista visando investigar fatores socioeconômicos passíveis de influência na saúde bucal. Os exames clínicos realizados obtiveram os índices IPV, ISG, ceos, CPOS além da avaliação de lesões cariosas em forma de mancha branca em um período inicial, sendo os mesmos repetidos após um intervalo de 6 meses. Os pacientes apresentaram características sócio-econômicas que podem ter influência na saúde bucal. Os índices IPV e ISG não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os períodos inicial e final. O índice ceos apresentou redução de 0,37 ($\pm 1,07$) devido a exfoliação de dentes decíduos e à realização de extrações indicadas pela ortodontia e/ou cirurgia. O índice CPOS apresentou incremento de 0,37 ($\pm 0,817$), considerada diferença significativa entre os valores iniciais e finais. Quanto à experiência de cárie acumulada (ceos + CPOS) não houve variação no período devido à redução do ceos ser semelhante ao incremento do CPOS. Com

relação às lesões incipientes em forma de mancha branca, uma pequena parte delas apresentou-se inativa ao final da avaliação. A maior parte das novas manchas brancas surgiu nos pacientes com fissura transforame incisivo unilateral e metade das manchas brancas que continuaram ativas foi nos pacientes com fissura pós-forame incisivo. Uma pequena proporção de manchas brancas que se apresentava ativa no exame inicial encontrava-se inativa na avaliação final. Diante destes resultados, conclui-se que programas de controle de saúde bucal são fundamentais para os pacientes fissurados entretanto, os mesmos devem ser adaptados às necessidades desta população.

PALAVRAS-CHAVE: FISSURA LABIOPALATAL; SAÚDE BUCAL;

ODONTOLOGIA

SILVA, Cintia Magali da. **Evaluation of the oral condition in patients with cleft lip and/or palate that participate of a oral program health maintenance.** 2006. 128f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ABSTRACT

The cleft lip and/or palate is a common congenitally malformation which results are a group of functional and esthetics alterations. The rehabilitation process of clefts is long and directly connected with adequate oral condition. In this manner, this research had the proposition to evaluate the oral condition of patients with cleft lip and/or palate, who participated of the program of oral health maintenance. So, 43 patients with cleft lip between 4 and 25 years old were accompanied. An interview was done looking for investigation of economic society factors, passible of influence in the oral health. Clinic exams resulted the PI, GBI, dmfs, DMFS index, besides an evaluation of caries lesions looking like white spots in the beginning and in the end of the research, 6 months later. The patient presented economic society characterization that can do influence on the buccal wealth. The PI and GBI index didn't present significant statistical deviation between the periods of starting and final. The dmfs index presented reduction of 0,37 ($\pm 1,07$) because the teeth deciduos exfoliation and the extractions indicated by orthodontics and/or surgery. The DMFS index presented increases at 0,37 ($\pm 0,817$), that is considerate significative between the beginning and final values. About the experiment of accumulated caries (dmfs + DMFS) there was no variation because the decreases of dmfs were similar to increases of DMFS. Concerning the incipient lesion looking like white spots, a small portion has remained inactive at the end of the evaluations. Most of the new white spot had appeared in patients with unilateral complete cleft lip and palate and half of

white spots that remained active were in patients with cleft palate. A small portion of white spots that presented active at the beginning exam was inactive at the final evaluations. The conclusion was that control programs of oral health are fundamental to the cleft lip and/or palate patients, however, this program have to be adapted to the populations necessities.

Key-words: cleft lip and/or palate; oral health; dentistry

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
2. REVISTA DE LITERATURA	24
2.1. CLASSIFICAÇÃO DAS FISSURAS LABIOPALATAIS.....	24
2.2. FATORES DE RISCO DE DOENÇAS BUCAIS EM PACIENTES COM FISSURA	26
2.3. DOENÇA CÁRIE EM PACIENTES COM FISSURA	31
2.4. DOENÇA PERIODONTAL EM PACIENTES COM FISSURA	50
2.5. ATENÇÃO ODONTOLÓGICA E O TRATAMENTO DAS FISSURAS.....	56
3. PROPOSIÇÃO.....	61
3.1. OBJETIVO GERAL.....	61
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
3.2.1. <i>Fatores socioeconômicos.....</i>	<i>61</i>
3.2.2. <i>Doenças bucais.....</i>	<i>61</i>
4. CASUÍSTICA, MATERIAL E MÉTODO	63
4.1. CASUÍSTICA	63
4.2. MATERIAL	64
4.3. MÉTODO	65
4.3.1. <i>Avaliação das condições bucais</i>	<i>65</i>
4.3.2. <i>Aplicação do questionário</i>	<i>69</i>
4.3.3. <i>Análise dos resultados</i>	<i>69</i>
5. RESULTADOS	70

5.1.	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS:	70
5.2.	CONDIÇÕES BUCAIS	77
6.	DISCUSSÃO.....	89
7.	CONCLUSÃO.....	113
8.	REFERÊNCIAS.....	115
	ANEXOS.....	121
	APÊNDICES	127

1. INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatal é uma má-formação congênita que ocorre entre a quarta e a décima segunda semana de vida intra-uterina, período que compreende o desenvolvimento da face (BAROUDI, 1996). Tal deformidade acarreta em uma série de comprometimentos funcionais e estéticos, além de implicações psico-sociais para o paciente e sua família. A etiologia da má-formação é diversa, podendo ser causada por fatores ambientais tais como estresse materno, infecções, deficiências nutricionais, uso de medicamentos, irradiações entre outros (MODOLIN; KAMAKURA; CERQUEIRA, 1996). Além dos fatores ambientais, a literatura descreve a importante influência do fator hereditariedade na fissura labiopalatal (ROCHA; TELLES, 1990). A etiopatogenia das fissuras é ligada à herança multifatorial onde os fatores genéticos e ambientais agem isoladamente ou de forma associada.

A prevalência das fissuras labiopalatais no Brasil pode ser considerada alta, acometendo um para cada 650 nascidos vivos, de acordo com estudo realizado na cidade de Bauru, SP (NAGEM FILHO; MORAES; ROCHA, 1968). No estado de Santa Catarina, um estudo realizado na cidade de Joinville determinou o número de crianças nascidas com fissura, no período de 1994 a 2000, onde a incidência média foi de 1,24 por 1000 nascidos vivos (FRANÇA; LOCKS, 2003). O processo reabilitador é complexo, extenso e dependente de uma equipe profissional multidisciplinar. Quanto maior for o nível de comprometimento e severidade causados pela má-formação, mais complexo será seu tratamento (ROCHA; TELLES, 1990). O processo de reabilitação tem início em fase precoce, já que a

cirurgia reparadora de lábio, denominada queiloplastia, pode ser realizada a partir do terceiro mês de vida, desde que o bebê apresente o peso mínimo de 5 kilogramas. A palatoplastia, cirurgia reparadora de palato, é realizada a partir de 1 ano de idade, sendo necessário que a criança apresente 9 kilogramas, no mínimo, e boas condições de saúde geral (SILVA; SOUZA FREITAS; OKADA, 2000).

A Odontologia apresenta um papel fundamental durante todo o processo reabilitador. Isto se deve ao fato de que a saúde bucal é imprescindível para a realização das cirurgias reparadoras, já que a presença de focos de contaminação pode comprometer o sucesso das mesmas. A saúde bucal também é fundamental para o sucesso do tratamento ortodôntico e para a reabilitação da função fonética.

Existe portanto, a necessidade de se conhecer as condições bucais destes pacientes, principalmente no que se refere à manifestação da cárie dentária e da doença periodontal, doenças que se manifestam de forma severa devido à presença de muitos fatores de risco nesta população. Neste tipo de má-formação são comuns as alterações dentárias de forma, número, estrutura e posição, que contribuem para o acúmulo de placa, favorecendo a instalação de doenças bucais (DAMANTE; SOUZA-FREITAS; MORAES, 1973; RUIZ et al., 1999). Além das alterações dentárias, a presença da fibrose cicatricial dificulta a movimentação labial e conseqüentemente, a realização da higiene bucal adequada (SILVA, 2003). Em muitos casos, soma-se às alterações locais a permissividade dos pais em relação aos hábitos alimentares (DALBEN et al., 2003) e a não realização da higiene bucal (MURATA, 2003), agravando ainda mais a situação bucal nestes pacientes.

É importante também que se avalie os fatores socioeconômicos passíveis de interferência na atividade destas doenças. Deste modo, auxilia-se no planejamento de estratégias para a realização de programas de promoção de saúde adequados

às necessidades desta população, visando à reabilitação do paciente, seu bem-estar e de sua família e sua total integração na sociedade.

Visando prestar atendimento aos pacientes com fissura labiopalatal, o Centro de Atendimento a Pacientes com Deformidade Facial (CAPADF) foi criado em 13 de agosto de 1996, pela disciplina de Ortodontia do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tal Centro é um projeto de extensão do Departamento de Estomatologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Em julho de 1998 foi agregado a este centro o Núcleo de Odontopediatria (NOP – CAPADF), para prestar atendimento aos pacientes, fazendo com que estes pudessem ser submetidos aos procedimentos cirúrgicos e ao tratamento ortodôntico e fonoaudiológico em condições bucais adequadas.

A inclusão do NOP ao CAPADF buscou proporcionar aos indivíduos com fissura atendidos na instituição a promoção da saúde. A busca destes pacientes pelo viver em condição saudável inicia-se de forma abrupta com o diagnóstico da presença da má-formação, e o NOP tem como filosofia oferecer aos pacientes e seus familiares apoio até a reabilitação total (OLIVEIRA et al., 2001). Com a ampliação do CAPADF devido ao grande aumento do número de pacientes atendidos na instituição, em determinados momentos, ocorrem algumas dificuldades relacionadas à oferta de consultas. Apesar das dificuldades, o núcleo oferece aos pacientes o programa de controle de saúde bucal. Os pacientes inseridos dentro deste serviço são aqueles que, após receberem alta do tratamento odontológico, retornam para avaliação periódica, conforme a necessidade individual, os recursos da família e as condições de atendimento do centro. Neste retorno, são realizados exames bucais, bem como, faz-se uma avaliação do protocolo de reabilitação. Também nesta consulta, as orientações educativas e preventivas são reforçadas

para os pacientes e seus pais e/ou responsáveis, visando a promoção de saúde. Além da abordagem educativa-preventiva, quando necessário o paciente é encaminhado para tratamento em outras áreas.

O objetivo deste trabalho foi avaliar as condições bucais referentes à cárie e à doença periodontal de pacientes com fissura labiopalatal participantes do programa de manutenção de saúde bucal do Núcleo de Odontopediatria do CAPADF – UFSC, visando proporcionar uma melhor condição de saúde, além de se conhecer os benefícios conseguidos, com auxílio de índices epidemiológicos. Assim, torna-se possível que a equipe profissional tenha a oportunidade de conhecer as falhas e os acertos existentes e as dificuldades apresentadas pelos pacientes participantes, oriundas de suas características socioeconômicas. Conseqüentemente, possibilita-se realizar as mudanças importantes para sua correção e também fazer adaptações necessárias de modo que torne as atividades adequadas para os pacientes que delas fazem uso.

2. REVISTA DE LITERATURA

2.1. Classificação das Fissuras Labiopalatais

No CAPADF – UFSC é adotada a classificação proposta por Spina et al. (1972), que leva em consideração como ponto anatômico de referência o forame incisivo, local onde ocorre a junção de toda a região labiopalatal. Segundo esta classificação, as fissuras labiopalatais podem ser divididas em: fissura pré-forame incisivo, fissura pós-forame incisivo, fissura transforame incisivo e fissuras raras da face.

- Fissuras pré-forame incisivo: podem ser unilaterais, bilaterais ou medianas, completas ou incompletas, dependendo se atingirem ou não o forame incisivo.

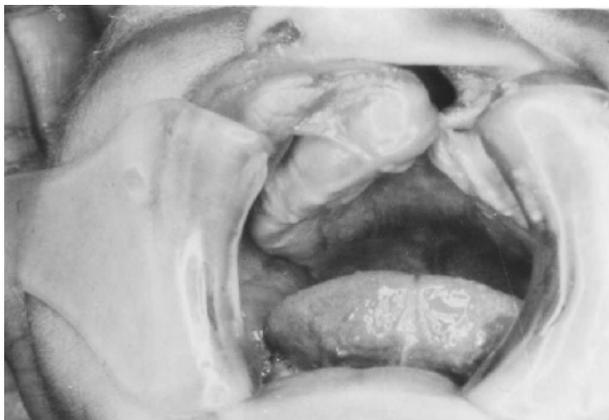


Figura 1 – Fissura pré-forame incisivo unilateral esquerda.

- Fissuras pós-forame incisivo: serão completas ou incompletas, dependendo do envolvimento total do palato ou somente do palato mole.



Figura 2 – Fissura pós-forame incisivo

- Fissuras transforame incisivo: Atingem todo o lábio e todo o palato. Podem ser unilaterais ou bilaterais, dividindo a maxila em dois segmentos quando unilateral e, em três segmentos, quando bilateral. Silva Filho et al., (1992) apresentaram uma sugestão de modificação para o grupo de fissuras transforame incisivo, acrescentando ao mesmo as fissuras transforame incisivo medianas.

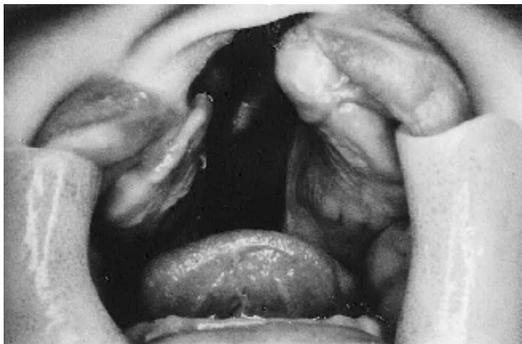


Figura 3 – Fissura transforame incisivo

unilateral direita



Figura 4 – Fissura transforame incisivo

bilateral

- Fissuras raras da face: as fissuras raras da face podem ser transversais ou oblíquas e envolverem outras estruturas faciais como lábio inferior, nariz, etc.

2.2. Fatores de Risco de Doenças Bucais em Pacientes com Fissura

Os pacientes com fissura labiopalatal apresentam uma série de características que os tornam mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças bucais. Entre tais características destacam-se as anomalias dentárias, a fibrose cicatricial e o padrão alimentar em fase precoce. Baseados em fundamentos embriológicos e levando em consideração a posição do incisivo lateral em relação à fenda, Damante, Souza Freitas e Moraes (1973), estudaram radiograficamente, em ambas as dentições de pacientes com má formação congênita lábio-palatal, a frequência de supranumerários e agenesias. Observaram que na dentição secundária a incidência de agenesias foi maior que a de supranumerários, na dentição primária os dentes supranumerários foram mais frequentes que as agenesias. Outra observação importante foi que a incidência de supranumerários diminuiu à medida que aumentava a complexidade da fenda, desde fendas incompletas de lábio até as combinadas de lábio, alvéolo e palato, enquanto a incidência de agenesias aumentou nesta mesma ordem.

Também em relação às alterações dentárias, Ranta (1986) realizou revisão de literatura sobre a formação dental em crianças com fissuras. Diante do observado em tal revisão, o autor relatou a associação entre o tipo de fissura e as anomalias dentais de número, tamanho, forma, tempo de formação, erupção e causa das anomalias. Destacou também que as crianças fissuradas apresentaram maior número de alterações dentárias do que a população em geral. O incisivo lateral superior é o dente mais susceptível à injúria na área da fissura, tanto na dentadura decídua quanto na permanente. Outras anomalias como defeitos de

esmalte e alterações de forma e tamanho de dentes decíduos e permanentes são mais comuns em crianças fissuradas. Estas anomalias dentais de número, tamanho, forma, tempo de formação, irrupção e a própria fissura, têm causas em comum. O envolvimento de fatores pós-natais como nutrição, infecções e tratamento cirúrgico pode ter envolvimento com defeitos de esmalte.

Gomide (1996) avaliou a prevalência de incisivo lateral superior supranumerário na dentadura decídua de portadores de fissura de lábio. A autora avaliou 81 modelos em gesso do arco dentário superior de portadores de fissuras pré-forame incisivo onde somente o lábio estava afetado, com o osso alveolar clinicamente íntegro, matriculados no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (HPRLLP) da Universidade de São Paulo (USP), Bauru-SP, sendo 41 do sexo masculino e 40 do feminino, que apresentavam dentadura decídua completa e nenhum dente extraído, dado que foi confirmado através do prontuário do paciente. Considerou-se como supranumerário o dente presente na área alveolar relacionado à fissura, além dos incisivos central e lateral. Os modelos foram avaliados por um único cirurgião-dentista e os dados confirmados através do prontuário de cada paciente e arquivo fotográfico do hospital. Para a autora, a presença do supranumerário pode causar mal posicionamento dentário na região da fissura, levando a dificuldades na higienização desta área, aumentando conseqüentemente o risco de cárie e/ou doença periodontal. Além disso, a alteração morfológica dentária em T ou X quando presente, proporciona às regiões deste dente um maior risco de cárie, devendo ser realizadas medidas preventivas adequadas.

Com o objetivo de avaliar as alterações de desenvolvimento dentário em fissurados, Oliveira, Capelloza, Carvalho (1996) analisaram 2511 radiografias

panorâmicas de pacientes com diferentes tipos de fissura, atendidos no HPRLLP-USP, Bauru-SP. As anomalias discutidas pelos autores envolveram agenesias, microdontia, dentes retidos, dilacerações radiculares e dentes supranumerários. A frequência do incisivo lateral microdente foi maior no lado da fissura, o mesmo ocorrendo com o pré-canino. O incisivo lateral superior foi o dente com maior frequência de agenesia em todos os tipos de fissura, exceto nas fissuras pós-forame. Finalmente, o pré-canino foi mais freqüente na fissura transforame unilateral esquerda.

Com relação à microbiota cariogênica, Bokhout et al., (1996) realizaram estudo a fim de analisar a prevalência de *streptococcus mutans* e *lactobacillus* em 62 crianças com 18 meses de idade que apresentavam fissura de lábio e/ou palato. Os pesquisadores coletaram placa e saliva, realizaram exame dentário bem como, entrevista com os pais visando levantar dados sobre saúde geral da criança, hábitos de dieta, exposição ao flúor e classe sócio-econômica. *S. mutans* foram detectados na saliva de 45% das crianças e *lactobacillus* foram detectados em 16%. Na placa, *S. mutans* estavam presentes em 48% das crianças e *lactobacillus* em 8%. De todas as variáveis examinadas pelos autores, o consumo de mais de três lanches ou bebidas entre as refeições principais foi significativamente associada com a presença de *S. mutans* na saliva. Tais resultados indicaram que crianças com fissuras têm alta prevalência de colonização por *S. mutans* e *lactobacillus* aos 18 meses de idade. Esta colonização precoce implica em maior risco de desenvolvimento de cárie dentária na dentadura decídua. Os autores enfatizaram ainda que nestas crianças, as medidas preventivas com o objetivo de preservar a dentadura decídua são fundamentais.

Ruiz et al. (1999) procuraram conhecer as alterações dentárias de forma, número e posição na dentadura decídua de pacientes com fissura completa de lábio e palato unilateral. Para tanto, um único odontopediatra examinou 99 pacientes operados e matriculados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP, com idade entre 3 e 6 anos, dentadura decídua completa, sendo 66 do gênero masculino e 33 do gênero feminino, atendidos na clínica odontológica da instituição. Para assegurar a fidelidade do exame, consultou-se a história clínica do paciente e o arquivo fotográfico do hospital. As observações permitiram concluir que pacientes com fissura completa de lábio e palato apresentam uma alta prevalência de anomalias dentárias de forma (31%), número (agenesia 28% e supranumerário 19%) e posição (45%) na dentadura decídua. Os autores salientaram que tal situação pode impedir que o cirurgião-dentista preste atendimento para pacientes fissurados por ignorar estas particularidades. Por isso, é fundamental que os aspectos dos fissurados sejam divulgados, o que amplia a possibilidade de estes pacientes receberem tratamento reabilitador adequado.

Com o intuito de confirmar a alta prevalência de anomalias dentárias de número, em pacientes portadores de fissura de lábio e palato, Vanzin e Yamazaki (2002) realizaram um estudo sobre a prevalência de ausência congênitas e presença de dentes extranumerários em pacientes portadores de fissura de lábio e palato do Serviço de Defeitos de Face, na Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através de exame clínico, análise de modelos, arquivo fotográfico e radiográfico de 60 indivíduos de 7 a 12 anos, sendo 37 do gênero masculino e 23 feminino. Os resultados confirmaram que o dente mais freqüentemente ausente é o incisivo lateral superior (48,3%), seguido pelo 2º pré-molar superior (13,3%) e incisivo

central superior (6,7%). Dentes extranumerários foram encontrados apenas na região da fissura, apresentando uma freqüência de 30% dos casos examinados. Os autores observaram que a prevalência de ausências dentárias e dentes extranumerários em pacientes portadores de fissura de lábio e palato é alta, ressaltando a importância do diagnóstico destas anomalias dentárias para um plano de tratamento multidisciplinar adequado, onde atenção especial deve ser dada à área da fissura.

Outro fator de risco de cárie dentária em bebês fissurados refere-se aos hábitos de aleitamento e de ingestão de açúcar. Buscando conhecimento sobre tal situação, Dalben et al. (2003) entrevistaram responsáveis por 200 bebês com fissura de lábio e/ou palato com idade entre 7 e 18 meses, que apresentavam dentes em erupção, atendidos no HRAC-USP. O questionário incluía perguntas sobre aleitamento materno, primeiro contato com açúcar, alimentos envolvidos neste primeiro contato, tipos de alimentos oferecidos na mamadeira, bem como freqüência de uso da mesma. Baixa prevalência de aleitamento materno foi observada. Na maioria dos casos, o primeiro contato com açúcar ocorreu com uso de mamadeira no primeiro mês de vida. Como suplemento nutricional, os bebês ingeriam bebidas e sucos de frutas com açúcar na mamadeira, com alta freqüência. Sendo assim, os autores concluíram que o padrão nutricional de bebês com fissura é inadequado para o bom desenvolvimento da cavidade oral, devido à ausência de aleitamento materno e alta ingestão de açúcar. Recomendaram portanto, especiais considerações quanto a programas de saúde bucal para estes pacientes, respeitando suas necessidades e características. Estes programas devem salientar a educação dos pais e o controle de placa bacteriana.

Gomes (2004) avaliou a prevalência e localização de alterações de esmalte nos incisivos centrais superiores decíduos em bebês portadores de fissura unilateral envolvendo arco alveolar e comparou a prevalência e localização desses defeitos de esmalte entre o incisivo central adjacente à fissura e seu contralateral. Foram avaliados 101 bebês leucodermas de ambos os sexos, na faixa etária de 12 a 36 meses, com fissura unilateral envolvendo arco alveolar e que possuíam pelo menos dois terços das coroas dos incisivos superiores irrompidas. O exame clínico intrabucal foi realizado após limpeza e secagem dos dentes, por um único examinador utilizando espelho bucal, sonda exploradora, iluminação artificial (refletor) e com a criança posicionada em macri. Os defeitos foram anotados em ficha padronizada, seguindo os critérios do Índice de Desenvolvimento de Esmalte Modificado (DDE *Modified*). A hipoplasia foi o defeito mais comum tanto no lado fissurado como no não fissurado, seguido pela opacidade demarcada e opacidade difusa. A maioria dos defeitos estava localizada na face vestibular e tem extensão menor que um terço da coroa envolvida. A prevalência de defeitos de esmalte nos incisivos centrais superiores decíduos de pacientes portadores de fissura foi de 43,8% sendo mais afetado o lado fissurado. A alta prevalência de alterações de esmalte nos incisivos adjacentes à fissura, além de constituir fator de risco à cárie dentária, compromete também a estética. Dessa forma, os profissionais devem reconhecer a importância do diagnóstico precoce, para realizar, adequadamente, o acompanhamento preventivo ou tratamento necessário dessas alterações.

2.3. Doença cárie em pacientes com fissura

Algumas pesquisas publicadas na literatura relatam a atividade da doença cárie em pacientes com fissura labiopalatal. Um dos primeiros estudos sobre o assunto foi o desenvolvido por Lauterstein e Mendelsohn (1964). Estes autores realizaram uma pesquisa investigando a influência de alguns fatores na manifestação da cárie dentária em crianças com fissura, bem como, observar a ocorrência em diferentes tipos de fissura e sua distribuição nos arcos. Os autores examinaram 285 crianças norte-americanas com idade média de 8,5 anos que tinham diferentes tipos de fissura labiopalatal. O índice de cárie utilizado foi o “CPOD”, sendo que o mesmo foi comparado a um grupo de 300 crianças sem fissura. Os valores dos índices obtidos para os dois grupos foram de 8,01 e 7,45, considerado pelos autores bastante semelhante. Também não foram encontradas diferenças significantes relacionadas à distribuição da doença entre os arcos dentários, o tipo de fissura ou a bilateralidade da mesma. Para estes pesquisadores, apesar dos muitos fatores de risco presentes nos pacientes fissurados, estes não foram responsáveis por uma maior manifestação da cárie. Os autores acrescentaram ainda, que o tipo de fissura e o uso de fluoretos na água de abastecimento não tiveram influência nos resultados encontrados.

Na Escócia, o nível de cárie na década de 70 atingia proporções severas na população do país (STEPHEN; MACFADYEN, 1977). Este quadro atingia também os pacientes com fissura labiopalatal, apesar de os mesmos necessitarem de adequada saúde bucal para a realização das cirurgias e do tratamento ortodôntico. Devido a esta importância, foi elaborado um programa de prevenção em saúde bucal, o qual foi baseado em orientações dietéticas, de higiene bucal, na terapia com fluoretos e uso de selantes oclusais para 57 pacientes com fissura na faixa etária de 3 a 5 anos. Os autores coletaram dados retrospectivos de um grupo de 34

crianças na mesma faixa etária atendidas antes do início do programa de prevenção e utilizaram estas informações como grupo controle. Após 3 anos de realização do programa de prevenção observaram redução de 98,7% no índice “ceo-s” (superfícies cariadas, extraídas e obturadas) das crianças fissuradas atendidas. No grupo destas crianças, o índice “ceo” foi de 0,87 enquanto no grupo controle foi 6,15. Com relação ao ceo-s os índices foram de 1,44 e de 13,5 para os respectivos grupos. Observou-se também que 74% das crianças participantes do programa de prevenção estavam livres de cárie e, no grupo controle, todas as crianças foram afetadas pela doença. Durante os 3 anos de aplicação do programa de controle ocorreu uma drástica redução da incidência de cárie dentária, sendo esta de 0,12. Devido aos benefícios para os pacientes e profissionais e a economia que foi propiciada pelo programa, os autores sugeriram que o mesmo deveria ser aplicado a todas as crianças nascidas com fissura labiopalatal.

Johnsen e Dixon (1984) avaliaram a presença de cárie dentária em incisivos decíduos de crianças norte-americanas com fissura de lábio e/ou palato ou outras anomalias craniofaciais. Foram examinadas 64 crianças na faixa etária de 18 meses a 4 anos, onde a maior parte das lesões cariosas foram encontradas nas crianças com fissura de lábio e/ou palato quando comparado às outras crianças sem a fissura, porém com outras malformações. Relacionando-se a cárie aos tipos de fissuras, a fissura de lábio e palato bilateral seguida da fissura unilateral com ou sem envolvimento do palato e da fissura de palato apresentaram respectivamente a maior distribuição das lesões. As crianças com fissura unilateral apresentavam cáries no lado da fenda, em concordância também com a presença de defeitos de esmalte. Tanto nas fissuras unilaterais como nas bilaterais observou-se tendência de as lesões de cárie estarem associadas com defeitos de esmalte. As crianças com

fissura de palato apresentaram a doença de forma semelhante à cárie de mamadeira. Sendo assim, os pesquisadores relacionaram o significativo risco à cárie nas crianças com fissura devido aos hábitos alimentares inadequados e à presença de alterações de esmalte.

Pimentel (1986) desenvolveu pesquisa com o intuito de analisar a prevalência de cárie através dos índices CPO-D e ceo-d e o desempenho do controle mecânico da placa relacionando os índices ao sexo, idade e ao nível sócio-econômico de pacientes portadores de fissuras lábio-palatais atendidos no HPRLLP em Bauru – SP. A amostra constou de 251 pacientes fissurados de ambos os sexos, com idade entre 1 e 12 anos, pertencentes ao setor de odontopediatria do hospital. A prevalência de cárie em dentes decíduos foi menor no sexo feminino (ceo: 4,34) do que no masculino (ceo: 5,49). Em relação ao índice CPO-D não houve diferença significativa, sendo o valor médio igual a 3,44. Quanto à higiene bucal, esta foi regular na maioria dos pacientes e insatisfatória em menor número. A melhora da higienização foi proporcional à ascensão na classe econômica, sendo o grupo etário com melhor higiene o da faixa etária entre 0 e 4 anos, num percentual de 78,3% dos pacientes. Para melhorar as condições de saúde bucal dos pacientes a autora sugeriu a realização de programas preventivos baseados no controle de placa e orientação dietética.

Em concordância com este estudo estão os resultados encontrados por Dahllöf et al. (1989). Estes autores também avaliaram a saúde bucal de crianças suecas que nasceram com fissura de lábio e/ou palato entre os anos 1980 e 1981. Os autores incluíram na pesquisa 49 crianças fissuradas com idade entre 5 e 6 anos, sendo que algumas apresentavam síndromes associadas e, como grupo controle, 49 crianças sem malformações porém, com idade semelhante ao grupo

teste. Os pacientes com fissura foram divididos em dois grupos, sendo com envolvimento do alvéolo e outro somente com envolvimento do palato. O número de superfícies dentárias cariadas no grupo com fissura foi de 7,0, enquanto que no grupo controle foi 3,9, evidenciando diferença significativa entre os grupos. Ao se analisar somente as crianças que apresentavam malformações, não foi observada diferença significativa na manifestação da doença entre os tipos de fissura. Para os autores, as crianças fissuradas são consideradas grupo de alto risco à cárie devido à presença de fatores como fibrose cicatricial e alterações dentárias. Sendo assim, sugerem que os pacientes com fissura devem participar de programas preventivos, visando preservar a dentadura decídua e facilitando a terapia cirúrgica e ortodôntica.

Sacramento et al. (1996) desenvolveu trabalho no HPRLLP com o objetivo de observar a prevalência de cárie na dentadura decídua de 194 pacientes fissurados na faixa etária de 2 a 6 anos bem como, relacionar a mesma com o padrão alimentar, a higiene oral e o uso de flúor. O exame bucal foi realizado por 5 odontopediatras calibradas que utilizaram espelho bucal e sonda exploradora em consultório odontológico, sob iluminação de refletor. A prevalência da doença aumentou com a idade e não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos. O índice “ceos” encontrado foi alto, variando de 3,0 a 12,47 sendo compatível com os índices encontrados para crianças sem fissura de países subdesenvolvidos. As entrevistas sobre a alimentação das crianças demonstraram padrão alimentar de alto risco à cárie. Para os autores, a formação deste padrão alimentar pode ocorrer devido a maior permissividade dos pais para tentar compensar a má formação na criança. A higiene oral foi irregular em todas as faixas etárias e o uso de flúor restrito ao creme dental, já que não foram obtidas respostas referentes a fluoretação da água de abastecimento. Com este estudo, concluiu-se que o fator fissura em si não

predispõe ao alto índice de cárie porém, os fatores sócio-econômicos-culturais podem influenciar na prevalência da doença.

Um outro estudo realizado no HPRLLP - USP por Tomita et al. (1996) procurou observar a prevalência de cárie na dentadura mista em 74 crianças fissuradas matriculadas na instituição. Os pacientes encontravam-se na faixa etária de 6 a 9 anos, sendo de ambos os sexos e procedentes de todas as regiões do Brasil. Na dentadura permanente o índice "CPOS" foi de 2,0, 3,22, 3,52 e 3,77 para as idades de 6, 7, 8 e 9 anos respectivamente. Na dentadura decídua o índice "ceos" encontrado foi 12,6, 13,65, 8,85 e 8,31 para as mesmas idades citadas respectivamente para o índice CPOS. Observou-se que a fissura transforame incisivo estava associada ao maior índice de cárie, no entanto, o tipo de fissura e a prevalência da doença não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Os autores compararam os dados encontrados a outros relatados na literatura e verificaram uma menor prevalência de cárie nos pacientes de seu estudo.

Neste mesmo ano Bokhout et al. (1996) determinaram a prevalência de cárie em 151 bebês holandeses com até 2,5 anos, sendo a amostra dividida em 76 bebês com fissura labiopalatal e 75 sem malformação congênita (grupo controle). Os pais das crianças responderam questionário que visava avaliar a influência da dieta, da higiene oral, da exposição a fluoretos e da classificação sócio-econômica na manifestação da cárie. O diagnóstico da cárie foi feito por exames clínicos e a prevalência foi maior nas crianças com fissura, acometendo 26,3% dos pacientes contra 5,3% do grupo controle. Quanto à presença de manchas brancas, esta foi maior também nas crianças fissuradas (17,1%) do que no grupo controle (4%), sendo que 52% destas lesões estavam localizadas nos incisivos superiores. O índice "ceo-d" obtido foi 0,59 (+1,35) nas crianças fissuradas e 0,11 (+ 0,54) no

grupo controle, e houve associação significativa com a higiene oral e o tratamento pré-operatório com placas obturadoras.

Os mesmos autores (Bokhout et al., 1997) avaliaram a incidência de cárie em 81 crianças fissuradas e 77 sem a má-formação. No grupo de crianças com fissura a incidência de cárie foi de 0,037, sendo significativamente mais alta do que no grupo sem fissura, que obteve incremento de 0,004. As cáries ocorreram em 25 crianças com fissura (30,9%) e em 5 crianças do grupo controle (6,5%). Todos os grupos de dentes foram atingidos pela doença no grupo de pacientes fissurados, enquanto que no grupo controle apenas os incisivos superiores e os segundos molares foram cariados. Nas crianças com fissura, a presença da má-formação aumenta o risco de cárie dentária em até 3,5 vezes. Nestes pacientes, a higiene oral foi mais deficiente o que ocorreu devido à anatomia da área da fenda, a imobilidade do lábio e o receio dos pais em realizar a higiene na área. Os autores salientaram também que a maioria dos pacientes com fissura era proveniente de faixas sócio-econômicas mais baixas, que geralmente consomem maior quantidade de sacarose, prejudicial no que diz respeito ao desenvolvimento da doença. Como conclusão, o estudo mostrou que crianças com fissura têm alto risco de desenvolvimento de cárie e que para a diminuição deste risco, é necessário que as mesmas e seus pais participem de programas preventivos para preservação da dentadura decídua. Além disso, a higiene bucal próxima à área da fissura deve ser encorajada.

Para verificar a presença de cárie dentária em bebês portadores de fissuras de lábio e/ou palato em Bauru - SP, através de um índice experimental de cárie, Pernambuco (1997) trabalhou com 34 bebês de 7 a 28 meses. O programa de prevenção avaliado era constituído de entrevista inicial com os pais para verificar seu nível de conhecimento em relação à saúde bucal, higiene, dieta, uso de flúor e

aspectos relacionados à transmissibilidade da cárie. A presença de cárie foi avaliada através de um exame clínico e aplicando-se um índice experimental de cárie (IEC). Foi realizada profilaxia e aplicação de verniz fluoretado e os pais receberam informações práticas quanto à correta higienização bucal dos bebês. Após 6 meses 79,4% dos bebês retornaram sem lesões cariosas ou com processo de desmineralização ativa paralisado. No entanto, o IEC médio no primeiro exame foi 0,027 e de 0,078 ao segundo exame. Cerca de 20,6% da amostra foi responsável pela elevação do IEC, o que para a autora, demonstrou a influência de fatores sócio-econômico-culturais. Os resultados apresentados sugerem que programas preventivos promovendo a saúde bucal para bebês devem ser realizados com regularidade, visando a melhor reabilitação para os portadores de fissura de lábio e/ou palato.

Com o intuito de conhecer maiores informações sobre a saúde bucal de pacientes fissurados no Reino Unido, Paul e Brandt (1998) examinaram 114 crianças de ambos os sexos, com fissura labiopalatal. Os pacientes tinham idade variando entre 3 e 18 anos, e foram divididos em grupos etários de 3 a 5 anos, 6 a 12 anos e 13 a 18 anos. Em relação ao tipo de fissura, os pacientes foram divididos em fissura de lábio e/ou alvéolo, fissura de lábio e palato e fissura de palato somente. Os exames seguiram os critérios da OMS, e revelou que 61 crianças não apresentaram história passada da doença cárie, enquanto que 23 apresentavam cavidades em seus dentes. Na dentadura decídua, o “ceos” médio foi 1,9 e 2,8 para as crianças com 3 a 5 e com 6 a 12 anos, respectivamente. O “CPOS” demonstrou valores de 0,4 e 1,9 para as idades de 6 a 12 e de 13 a 18 anos. Os autores não observaram diferença significativa para os índices de cárie entre os tipos de fissura, acreditando que o motivo para este quadro seja os efeitos suscitados pelo reparo

cirúrgico. Enfatizaram também a importância de melhorar a higiene bucal nos pacientes buscando a redução da atividade de cárie através de orientações adequadas e da comunicação entre profissionais, pacientes e seus responsáveis.

Também em 1998, na Rússia, Turner et al. avaliaram as condições bucais de 89 crianças com fissura unilateral de lábio e palato, cuja idade variou de 5 a 9 anos. O exame clínico foi realizado sob iluminação de refletor, por odontopediatra e ortodontista que utilizaram espelho e abaixadores de língua. As crianças foram divididas em dois grupos, de acordo com a presença (26) ou ausência (63) de fístula no palato, que indicava a necessidade de realização de nova intervenção cirúrgica reparadora. Os examinadores analisaram o estágio de desenvolvimento da dentição, a higiene bucal e a manifestação da cárie. A higiene bucal foi melhor nos pacientes sem fístula palatal. Os autores acreditaram que o cuidado com a higiene bucal não seja prioridade para os pais, mas sim a realização das cirurgias reparadoras. Quanto à manifestação da cárie, os autores estabeleceram quesitos próprios onde os pacientes livres de cárie foram aqueles que não apresentaram nenhuma lesão. O índice foi considerado baixo pelos autores quando a criança possuía de um a três dentes cariados, moderado quando havia a presença de quatro a sete dentes com cárie, e alto na presença de oito ou mais dentes atacados pela cárie. Observou-se alto índice de cárie em 45% dos pacientes, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo com e sem a fístula palatal. Os autores concluíram que a manifestação da cárie pode ser relacionada com a dieta e a ausência de fluoretos na água de abastecimento, mostrando a condição precária de saúde na antiga Rússia, sugerindo investigações futuras sobre a condição bucal dos pacientes.

No Brasil, Lages (1999) procurou observar a prevalência de cárie em indivíduos fissurados que eram atendidos na disciplina de Prótese e Ortopedia Maxilo-Facial da Universidade Federal de Minas Gerais. Para o diagnóstico da cárie dentária, a pesquisadora realizou exame visual utilizando os índices “CPOD” e “CPOS”. Os resultados encontrados mostraram um “ceo” médio de 2,91 para a faixa de 1 a 5 anos, e para o grupo de 6 a 12 anos de 2,77. O “CPOD” médio para as faixas etárias de 6 a 12, 13 a 18 e 19 a 32 foram 1,87, 6,46 e 13,62, respectivamente. Considerando a dentadura decídua, nas crianças com idade de 1 a 5 anos, 36% estavam livres de cárie, enquanto que de 6 a 12 anos apenas 16% não apresentavam a doença. A característica observada foi que o componente cariado foi o mais significativo até a idade de 5 anos e representava 78% do valor do “ceo”. Entre 6 e 12 anos o componente restaurado foi observado com maior frequência, representando também 78% do valor do “ceo”. Quanto ao “CPOD”, na mesma faixa etária o componente restaurado foi responsável por 74% do índice. Para a pesquisadora, de modo geral, a condição de comprometimento dental não diferiu dos padrões comuns da população.

Gregg et al. (1999) buscaram conhecer a eficácia da odontopediatria na reabilitação da fissura labiopalatal em um centro de atendimento na Irlanda do Norte. Para tanto, examinaram 133 crianças fissuradas com 2,5 anos, 5, 7 e 10 anos, que receberam orientações de prevenção no primeiro ano de vida. Os autores compararam dados da experiência de cárie e de tratamentos recebidos por estas crianças a estudos epidemiológicos daquele país, relacionando à suplementação de flúor. Nas crianças com 5 anos, 50% estavam livres de cárie e 42 tinham lesões não tratadas. Aos 12 anos, 40% estavam sem cárie. A experiência de cárie foi inversamente proporcional à suplementação de flúor. Devido à dificuldade de

prevenir a cárie na dentadura decídua, os autores salientaram a importância do odontopediatra para a melhora da saúde bucal destes pacientes, reforçando constantemente as orientações preventivas.

Para avaliar a atenção odontológica e a atividade de cárie em pacientes fissurados atendidos no Reino Unido, Rivkin et al. (1999) examinaram 85 pacientes com diferentes tipos de fissura e idade variando de 5 a 20 anos. Apesar de 92% dos pacientes receberem atendimento odontológico regularmente, 43% das crianças com 5 anos apresentava atividade da doença e a porcentagem de dentes cariados foi de 30%. Os autores afirmaram que as informações sobre a manifestação da cárie e acesso à atenção odontológica são importantes para a inclusão dos pacientes fissurados em um programa de atenção continuada.

Concordaram com a atenção continuada para pacientes fissurados Zchieschack e Grabowski (1999) devido às observações feitas em estudo longitudinal realizado na Alemanha entre os anos de 1986 e 1995. Os pesquisadores observaram a prevalência da cárie dentária e o tratamento realizado em 417 crianças com fissura labiopalatal que tinham entre 3 e 8 anos e compararam estas informações a um grupo de 258 crianças com fissura na mesma etária, mas que participavam de programa de prevenção. Este programa incluía uso de fluoretos, orientações de dieta e de higiene e cuidados bucais regulares. A prevalência de cárie foi medida pelo índice ceos/ceod, o qual foi considerado moderado a alto para a faixa etária. O grau de necessidade de tratamento foi de 50% para as crianças de 5 anos, aumentando para 69% aos 8 anos. As crianças que não tinham acesso ao atendimento preventivo apresentaram maior aumento na prevalência entre 3 e 5 anos. Em compensação, no grupo que recebia atendimento preventivo, houve redução de 50% na prevalência de cárie. Com relação ao tipo de

fissura e sua influência na manifestação da cárie, não houve relação estatisticamente significativa. Somente na idade de 5 anos houve interferência da fissura completa de lábio e palato, porém sem comprovação estatística. Quanto a este fato, os autores acreditaram que seja devido à atenção odontológica inadequada e enfatizam a importância da preservação dentária para a eficácia do tratamento ortodôntico. A experiência mostrou que seguir um programa de prevenção minimiza os riscos para o desenvolvimento da dentição. O programa deve englobar o uso de fluoretos, instruções de higiene bucal, aconselhamento dietético, controles periódicos e tratamento das lesões cariosas.

Lin e Tsai (1999) realizaram estudo prospectivo na cidade de Taiwan com o propósito de investigar a prevalência de cárie em 123 crianças chinesas com até 2 anos de idade, que apresentavam fissura de lábio, palato ou ambos. Os pais e/ou responsáveis pelos bebês responderam a um questionário com o objetivo de avaliar os conhecimentos dos mesmos a respeito da saúde bucal, conhecimentos e crenças sobre a cárie de mamadeira, hábitos alimentares da criança, cuidados odontológicos, bem como, atitudes dos pais em relação à criança com fissura. Os exames bucais para obtenção do índice “ceos” foram realizados com auxílio de espelho bucal e explorador, sob iluminação de refletor. As crianças foram divididas em dois grupos, de acordo com o uso de mamadeira ou não. O uso de mamadeira foi relatado por 38% dos pacientes (n:48) com prevalência de cárie de 15,4%, logo, o aleitamento artificial foi relacionado à cárie. O índice “ceos” foi mais alto do que quando a criança não utilizava mamadeira. Os autores recomendaram que programas de promoção de saúde para as crianças com fissura e seus pais devem ser realizados em época precoce, visando prevenir a cárie de mamadeira. Além disso, pesquisas adicionais devem ser realizadas para o conhecimento de outros

fatores da doença como influência bacteriana, tipos de fissura e fatores de risco sociais e comportamentais.

Neste sentido, Lucas et al. (2000) procuraram observar a diferença existente entre a prevalência de cárie e sua relação com a microbiota oral em crianças com fissura e sem a fissura. Para tanto, avaliaram 60 pacientes com idade variando entre 3 a 15 anos que tinham fissura labiopalatal e eram atendidos em um centro de atendimento multidisciplinar em Londres. Outro grupo de 60 crianças não fissuradas com idade, etnia e classe social semelhantes, serviu como grupo controle. Para o exame clínico, os autores seguiram os critérios da OMS, registrando a manifestação da doença cárie através dos índices ceo/ceos e CPO/CPOS. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nos índices ceo/ceos e CPO/CPOS entre as crianças com e sem fissura já que, os índices obtidos foram respectivamente de 6,05 e 2,35 e, 6,97 e 2,93 para os dois grupos. Apesar de não haver diferença entre os índices “ceos” e “CPOS”, as crianças com fissura apresentaram grande número de lesões cariosas cavitadas e não restauradas, comparado ao grupo controle. Para os autores, este quadro demonstrou a necessidade de serviço odontológico mais efetivo dedicado a estes pacientes.

Bian et al. (2001) investigaram a diferença no nível de cárie em crianças chinesas com fissura de lábio e fissura envolvendo o palato com idade de 3 a 6 anos, além de avaliar as atitudes dos pais em relação aos hábitos de aleitamento e cuidados bucais. Foram examinadas 104 crianças com fissura, sendo 66 meninos e 38 meninas, com fissura de lábio, palato ou ambos. Os pais responderam a um questionário sobre hábitos de aleitamento, freqüência de consumo de determinadas bebidas e freqüência de escovação dental. Em 77% das crianças havia a presença de lesões cariosas e em 26% a doença se manifestou de forma rampante. As

crianças com fissura envolvendo o palato tiveram maior prevalência de cárie rampante (30%) comparado ao grupo de crianças com fissura de lábio (12%). A análise mostrou também que o nível educacional das mães e as práticas de aleitamento estavam relacionados de modo significativo com a cárie rampante, sendo estes os fatores mais importantes para a cárie dentária.

No Reino Unido, Chapple e Nunn (2001) analisaram a relação entre manifestação de cárie e presença de hipoplasia de esmalte em crianças com fissura labiopalatal que residiam em regiões parcialmente fluoretadas. Foram examinadas 91 crianças com idade de 4, 8 e 12 anos em consultório odontológico, com iluminação de refletor, secagem dos dentes e auxílio de sonda e espelho bucal. Para a avaliação de cárie utilizou-se os índices “ceod” e “CPOD”, enquanto que para o registro de defeitos de esmalte o índice de defeitos de esmalte. Também foi aplicado questionário aos pais para busca de informações sobre acesso ao atendimento odontológico e a exposição do paciente a fluoretos pela água de abastecimento ou uso de suplementos. Os autores observaram que a prevalência de cárie aumenta com a idade pois, 63% dos pacientes de 4 anos estavam sem a doença, enquanto que nos pacientes com 12 anos, somente 34% estavam livres de cárie. O “ceod” médio foi 1,3 nas crianças de 4 anos e o “CPOD” nas crianças com 12 anos foi de 1,8. As hipoplasias de esmalte não afetaram a dentadura decídua, porém ocorreram nos dentes permanentes de 38% das crianças com 8 anos e 23% nas de 12 anos. Com relação à manifestação da cárie e o tipo de fissura, não houve associação na dentadura permanente, no entanto, na dentadura decídua houve maior comprometimento pela cárie em fissuras de lábio e palato (ceod 1,73) quando comparada às fissuras de lábio somente (ceod 0,86). Devido ao comprometimento da saúde bucal nas crianças com fissura, os autores sugeriram a participação

constante de odontopediatra em programas preventivos com aconselhamento de dieta, de higiene bucal, uso de fluoretos e, quando necessário, cuidados secundários de saúde.

No mesmo ano, porém no Brasil, outro estudo realizado por Montandon, Duarte, Furtado (2001) foi desenvolvido no Núcleo de Reabilitação de Fissurados do Hospital Universitário – UFPB, visando investigar a prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. Foram examinadas 45 pacientes com idade entre 2 e 12 anos, sendo 28 do sexo masculino e 17 do feminino, onde havia lesões de cárie em 34 crianças (75%). Nas crianças de dois a 11 anos, o ceo médio foi igual a 6 e o ceos médio foi equivalente a 14,9. Já nas crianças de 6 a 12 anos o “CPOD” médio foi igual a 3 e o “CPOS” médio de 5,5. Os autores enfatizam a necessidade de acompanhamento periódico e constante preventivo, educativo e intervencionista por odontólogos especialistas para os pacientes com fissura labiopalatina. Sugerem a presença de, no mínimo um odontopediatra e um ortodontista em um programa de atendimento a fissurados para que seja recuperada e mantida a saúde bucal dos mesmos.

Hewson Galway et al. (2001) investigaram a experiência de cárie e o acesso inicial aos serviços odontológicos em um grupo de crianças com fissura de lábio e/ou palato no oeste da Irlanda. Uma amostra de 90 crianças fissuradas, nascidas entre os anos de 1980 e 1996 foi comparada ao grupo controle de 100 crianças não fissuradas. O índice “CPO-D” foi determinado por examinador previamente treinado. O mesmo observou que 22% das crianças com fissura estavam livres da cárie dentária enquanto que, no grupo controle, 41% das crianças não tinha cárie. A combinação dos índices ceo/CPO para o grupo com fissura foi de 2,09 comparado a 1,50 para o grupo controle. A análise separada do “ceo” e “CPO” entre os dois

grupos de pacientes indicou maior perda de dentes decíduos no grupo com fissura. Como conclusão, afirmam que as crianças fissuradas daquela região não receberam os cuidados odontológicos adequados e regulares na época oportuna. Devido ao maior risco de desenvolvimento de doenças bucais em fissurados, em especial na dentadura decídua, todas as crianças com fissura devem ser referenciadas aos serviços odontológicos preventivos e contínuos desde o primeiro ano de vida, visando preservar a saúde bucal das mesmas.

Em concordância com estes autores, estão os resultados encontrados por Neves (2002), em um estudo realizado no HRAC – USP - Bauru que teve como objetivo analisar o comportamento da doença cárie na população com fissura, por meio da prevalência, severidade e a distribuição na dentadura decídua e entre os componentes do índice “ceo”. Para conhecer os fatores relativos à higiene bucal, foi aplicado um questionário com perguntas relativas à execução de tal procedimento e as dificuldades encontradas. Para isso, a autora avaliou transversalmente 300 crianças com fissura de lábio, com ou sem envolvimento do palato, na faixa etária de 7 a 66 meses, dividindo-as igualmente entre os sexos e em grupos etários da seguinte forma: G1 – 7 a 12 meses; G2 – 13 a 18 meses; G3 – 19 a 24 meses; G4 – 25 a 30 meses; G5 – 31 a 36 meses; G6 – 37 a 42 meses; G7 – 43 a 48 meses; G8 – 49 a 54 meses; G9 – 55 a 60 meses e G10 – 61 a 66 meses. O número de indivíduos acometidos pela doença e o ceo médio aumentaram proporcionalmente de acordo com a idade, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os sexos. No grupo total, com idade média de 36 meses, a prevalência da doença foi de 59,3% e o “ceo” médio 3,4. Na avaliação do questionário, 46% dos pais que afirmaram realizar a higiene bucal em seus filhos relataram dificuldades ou receio em realizar os procedimentos. Os resultados

observados indicaram a necessidade de utilização de protocolo de atendimento preventivo urgente e precoce, principalmente reforçando a desmistificação da higiene bucal.

Corroborando com estes resultados Castilho (2003) com pesquisa transversal desenvolvida no HRAC – USP desenvolvida para verificar os conhecimentos em saúde bucal de mães de crianças com fissura de lábio e/ou palato, analisando a aplicação prática dessas informações através da prevalência da doença cárie nas mesmas e em seus filhos. Utilizou-se uma entrevista com perguntas referentes a hábitos alimentares e conhecimentos e hábitos de higiene bucal. Participaram da pesquisa 300 pares de mães e crianças com fissura na faixa etária entre 3 anos e 5 anos e 6 meses. A condição bucal das crianças e suas mães foram avaliadas por meio de exame clínico intra-bucal, realizado por um único examinador treinado. Os resultados demonstraram que 47,3% das mães tinham condição bucal insatisfatória (Grupo A) e 52,7% satisfatória (Grupo B). O grupo de crianças do grupo A apresentou “ceo-d” médio de 6,0 e para as crianças do grupo B o “ceo-d” médio foi de 5,6, não havendo diferença estatisticamente significativa. As mães demonstraram ter conhecimento razoável em relação à prevenção da cárie dentária e à higiene bucal. Apesar do conhecimento em relação às causas e prevenção da cárie dentária, outros fatores devem ser considerados como relevantes no processo de desenvolvimento da doença. Pelo índice de cárie nas crianças e pela avaliação da condição bucal das mães, provavelmente existe deficiência na prática dos mesmos. Reforça-se a necessidade de orientações constantes e aplicação de métodos preventivos para evitar a cárie, pois para indivíduos que apresentam fissura, a condição bucal satisfatória é fundamental para o processo reabilitador.

Há outros estudos que mostram o comprometimento bucal pela cárie em pacientes com fissura em idades precoces. Murata (2003) realizou estudo transversal no HRAC – USP, visando investigar a conduta dos pais frente a higienização bucal de crianças com fissura e os obstáculos encontrados na realização de tais procedimentos. A autora verificou também se estes fatores poderiam estar relacionados à ocorrência de cárie em faixas etárias precoces. Para tanto, foram selecionados 150 pacientes com idade entre 0 a 36 meses, sendo que os pais ou responsáveis responderam questionário sobre os hábitos de higiene bucal. Após a entrevista o bebê foi examinado por um único odontopediatra para avaliação da condição dental. Na faixa etária entre 0 a 12 meses, houve maior frequência no relato da temerosidade em limpar a área da fissura, diminuindo esta ocorrência com a progressão da idade e a realização das cirurgias. Crianças na faixa etária entre 25 e 36 meses foram mais acometidas pela cárie, através de lesões cavitadas e/ou mancha branca, sendo também o grupo onde houve maior ocorrência de dificuldades relatadas pelos pais. A autora sugeriu que no momento da transmissão das informações, o cirurgião-dentista deve atuar na desmistificação dos possíveis obstáculos, tais como o medo ou o receio em realizar a higiene bucal, já que estes podem interferir na manutenção da saúde bucal de crianças com fissura.

Na primeira infância, outro estudo transversal foi desenvolvido por Silva (2003) no HRAC – USP, com o objetivo de pesquisar os hábitos de aleitamento e a doença cárie, incluindo lesões incipientes. Foram avaliados 179 pacientes na faixa etária de 6 a 36 meses, com fissuras labiopalatais em que houvesse comprometimento de arco alveolar. Os pacientes foram divididos em 3 grupos de acordo com o tipo de fissura: fissura completa de lábio e palato unilateral (n: 100),

fissura completa de lábio e palato bilateral (n: 37) e fissura de lábio e alvéolo (n: 42). No grupo de pacientes com fissura de lábio e envolvimento do rebordo alveolar 47,61% tinha como hábito adormecer mamando ou mamar durante a noite. O índice “ceo-d” encontrado foi 0,38 e 0,78 quando incluídas as lesões de mancha branca. Ao analisar-se os pacientes com fissura de lábio e palato unilateral, 61% ingeria o leite para adormecer ou durante o sono. Neste grupo o “ceo-d” foi 1,18 e 1,77 com e sem mancha branca, respectivamente. Dos bebês que apresentavam fissura de lábio e palato bilateral, 54,05% adormeciam mamando ou mamavam durante a noite. O “ceo-d” neste grupo foi 1,0, aumentando para 1,62 quando computadas as lesões iniciais. Ao se analisar o grupo total de pacientes observou-se que 39,1% mamavam durante a noite. O índice “ceo-d” encontrado para o grupo total foi 0,95. Incluindo-se as lesões de “mancha branca” o índice elevou-se para 1,5. Concluiu-se que bebês fissurados apresentam hábitos de amamentação inadequados que, somados aos fatores de risco inerentes à malformação tornam esta população susceptível ao desenvolvimento da cárie dentária na primeira infância.

Besseling e Dubois (2004) descreveram a prevalência de cárie em crianças com fissura em hospitais de cinco diferentes cidades no Vietnã. Participaram da pesquisa 154 crianças com fissuras de lábio, palato ou ambos, distribuídas em grupos de idades de 4 a 6 anos, 11 a 13 anos e 14 a 16 anos. Em todos os grupos etários as crianças foram divididas em 4 grupos de fissuras sendo os mesmos as fissuras de lábio ou lábio e alvéolo, fissura de lábio e palato unilateral, fissura de lábio e palato bilateral e fissura de palato. Os exames foram realizados de acordo com os critérios preconizados pela OMS com o uso dos Índices “ceo-d” e “CPO-D”, sem a realização de radiografias. A média de dentes afetados pela cárie foi 9,95 para as crianças de 4 a 6 anos, 2,97 para o grupo de 11 a 13 anos e 4,93 para 14 a

16 anos. No grupo de 4 a 6 anos, as crianças com fissura de lábio e palato uni ou bilaterais tiveram índice “ceo-d” significativamente mais alto do que as crianças de mesma idade com fissura de lábio ou palato. Concluiu-se que as crianças fissuradas vietnamitas apresentaram alto número de dentes afetados pela cárie e portanto, elas necessitam de especial atenção para a sua saúde bucal.

2.4. Doença Periodontal em Pacientes com Fissura

As alterações periodontais em pacientes fissurados também têm sido observadas na literatura. Bragger et al. (1985) avaliaram os hábitos de higiene bucal e a condição periodontal de um grupo de adolescentes com fissura labiopalatal. Participaram da pesquisa 120 pacientes com diferentes tipos de fissura que estavam em fase final do tratamento multidisciplinar. A porcentagem de superfícies cobertas com placa foi alta, variando de 65% nas fissuras isoladas de lábio a 77% nas fissuras isoladas de palato. Resultados similares foram encontrados com relação ao sangramento gengival, variando de 65% em pacientes com fissura de lábio, a 79% nos pacientes com fissura de palato. Os autores não encontraram diferenças estatisticamente significantes na condição periodontal entre os diferentes tipos de fissura. A condição periodontal precária foi atribuída ao longo tempo de duração do tratamento ortodôntico. Devido à higiene bucal deficiente grande parte dos pacientes apresentou início de periodontite, com perda de inserção e envolvimento de furca. Os pesquisadores salientaram que devido à necessidade da realização do

tratamento ortodôntico por longos períodos, os pacientes devem ser submetidos a programas que visem a prevenção para saúde bucal em época precoce.

Com o objetivo de avaliar a saúde bucal de crianças atendidas em um centro de atendimento para fissurados na Suécia, Dahllöf et al. (1989) realizaram estudo com 49 pacientes, cuja idade variava entre 5 e 6 anos. As crianças avaliadas tinham fissura labiopalatal e três delas apresentavam outras más-formações associadas. Para fins de comparação, os autores dividiram o grupo em pacientes com fissura que envolvia alvéolo (25) ou fissura isolada de lábio ou de palato (24). Todos os pacientes foram examinados pelos pesquisadores e os pais foram questionados sobre a frequência de higiene bucal. Os resultados obtidos foram comparados a um grupo controle sem a presença da malformação e com média de idade similar. A inflamação gengival foi estimada pelo índice de sangramento gengival, onde cada superfície foi avaliada pelo sangramento à sondagem do sulco gengival. As crianças do grupo com fissura apresentaram maior número de unidades com gengivite, com média de 11 superfícies sangrantes à sondagem, contra 5 superfícies no grupo controle. A diferença entre os dois grupos foi mais forte quando apenas a região ântero-superior era examinada. Para os autores, este comprometimento gengival em pacientes fissurados ocorre devido à fibrose cirúrgica e às alterações anatômicas causando dificuldades de higiene na região anterior.

Bragger et al. (1992) avaliaram a taxa de progressão da doença periodontal no período de 8 anos com grupo de 52 pacientes adultos com fissura labiopalatal, fato considerado de risco para a doença periodontal. Para os pesquisadores, um especial interesse deve ser dado à progressão da doença periodontal na área da fissura, quando comparada às mudanças ocorridas em outras áreas. Nos exames realizados em 1979 e 1987 foram observados altos e generalizados índices de

acúmulo de placa e de sangramento gengival, sugerindo que outras pesquisas deveriam ser realizadas para demonstrar as mudanças nas condições periodontais dos pacientes com fissura.

No mesmo ano, Teja et al. (1992) realizaram estudo para comparar a condição periodontal de dentes adjacentes à fissura a dentes contralaterais em indivíduos com fissura unilateral que não haviam sido submetidos à cirurgia de enxerto. Os resultados observados demonstraram que os dentes adjacentes à fenda estavam afetados por inflamação gengival. Ainda, o defeito anatômico, padrão de erupção, movimentações ortodônticas e a presença de restaurações contribuíram para reduzir o nível ósseo do incisivo central superior adjacente à fissura e a presença de gengivite.

Paul e Brandt (1998) avaliaram a saúde bucal de 114 crianças atendidas em duas clínicas de atenção para fissurados no Reino Unido. Os pacientes tinham idade entre 3 e 18 anos e foram divididos em grupos de acordo com o tipo de fissura, sendo: fissura de lábio e/ou alvéolo, fissura de lábio e palato e fissura de palato. No grupo total, a média do índice de sangramento gengival (ISG) foi 0,4. A média do ISG foi combinada para os grupos de fissura de lábio e fissura de lábio e palato, onde o ISG médio foi de 1,0. Comparado ao grupo de pacientes com fissura de palato isolada (ISG: 0,7), houve diferença estatisticamente significativa. Ainda, os pacientes com fissura de palato apresentavam melhor nível de saúde oral (93,2%) do que os pacientes com fissura envolvendo lábio (84,7%). Os autores observaram que no segmento anterior o comprometimento gengival foi maior do que no segmento posterior, enquanto que, comparando o segmento posterior do lado fissurado com o não fissurado não houve diferença estatisticamente significativa. Com relação aos arcos superiores e inferiores, houve comprometimento significativo

maior no arco superior. No entanto, comparando-se as fissuras unilaterais e bilaterais, não houve diferença significativa. Para os pesquisadores, a pobre saúde gengival, em especial no segmento anterior, decorre das dificuldades de higiene ocasionadas pelas características da fissura. Sendo assim, os autores recomendam integração entre pacientes, responsáveis e profissionais da área odontológica.

Outro estudo realizado por Schultes et al. (1999) avaliou lesões periodontais em 30 pacientes com fissura unilateral de lábio, palato e alvéolo, classificando a doença de acordo com o ICNTP. Os autores observaram também o estado de higiene bucal pelo Índice de Placa. A maioria dos pacientes apresentava pobre higiene bucal. O índice ICNTP 1 e 2 foi observado em 7%, índice 3 em 43% e 4 em 50% dos pacientes com fissura de lábio e palato. O nível de doença periodontal em pacientes com fissura de palato foi similar ao observado na população em geral. Porém, os pacientes com fissura de lábio, palato e alvéolo tinham predisposição à destruição periodontal dos dentes adjacentes à fenda, o que revela a crítica situação de saúde periodontal em pacientes fissurados.

Ainda em 1999, Gaggl et al. (1999) relataram sobre a doença periodontal em 30 pacientes que apresentaram fissura de palato, 20 com fissura de lábio e palato bilateral e 30 com fissura de lábio, palato e alvéolo unilateral. O sangramento gengival estava presente em 63% dos dentes e na área adjacente à fissura 93% dos pacientes apresentaram sangramento. Os pacientes com fissura de palato apresentaram menor índice de sangramento gengival, considerado pelos pesquisadores semelhante ao da população em geral. Pacientes com os demais tipos de fissura apresentaram uma crítica situação periodontal, em especial na área da fenda. Por fim, os autores enfatizaram que medidas intensas de higiene oral

adotadas pelos pacientes com fissura previnem ou diminuem a extensão da doença periodontal.

No Brasil, Lages (1999) avaliou a condição periodontal de 78 indivíduos fissurados na faixa etária de 1 a 32 anos. Na pesquisa utilizou-se parâmetros clínicos periodontais clássicos apresentados na literatura, como aumento de volume, sangramento à sondagem, profundidade de sondagem, perda de inserção, recessão gengival e cálculo dental. Considerando as duas dentições, apenas 5,3% dos indivíduos apresentaram saúde periodontal, 86,6% apresentaram gengivite e 8% periodontite. Levando-se em conta somente a gengivite, na faixa etária de 1 a 5 anos, o percentual de indivíduos com a doença foi de 60%. Entre 6 e 12 anos, 96,7% apresentavam a doença e nas faixas etárias de 13 a 18 anos e 19 a 32 anos, os percentuais atingidos foram 86,3% e 84,6%. Com relação a periodontite, entre 6 e 12 anos, 3,33% apresentaram a doença. O percentual de pacientes com a doença nas faixas etárias de 13 a 18 anos e 19 a 32 anos elevou-se para 13,6% e 15,4%, respectivamente. Para a autora, a condição periodontal dos pacientes fissurados não difere dos padrões comuns da população.

Lucas et al. (2000) procuraram observar a saúde bucal de crianças fissuradas atendidas no centro de reabilitação de Londres. Participaram do estudo 60 pacientes com idade entre 3 e 15 anos que apresentavam fissura unilateral de lábio e palato. Como grupo controle foram selecionadas 60 crianças não fissuradas porém, com idade, etnia e classe social similar ao grupo teste. Para avaliação dos depósitos de placa bacteriana os autores examinaram quatro faces dentais (mesial, distal, vestibular e lingual) utilizando modificação do índice de OLeary que proporciona o escore de placa. A presença de gengivite foi determinada por exame visual de cada quadrante de dentes, sendo classificada como presente ou ausente. O índice de

sangramento gengival também foi observado. Os pesquisadores não observaram diferença estatisticamente significativa nos escores de placa bacteriana nas dentaduras decídua e mista entre as crianças fissuradas e não fissuradas. O mesmo aconteceu em relação aos escores de gengivite, não tendo diferença estatisticamente significativa entre o grupo de crianças fissuradas e o grupo controle. Para os autores, esta similaridade na condição bucal entre os dois grupos ocorreu devido à participação precoce das crianças fissuradas em programas preventivos.

Montandon, Duarte e Furtado (2001), examinaram 45 crianças com idade compreendida entre 2 e 12 anos que apresentavam fissura labiopalatal e eram atendidas no Núcleo de Reabilitação de Fissurados do Hospital Universitário – UFPB. Por meio de exame clínico, os autores observaram alteração periodontal em 42% dos pacientes. A presença de doença periodontal foi relacionada diretamente à presença de placa bacteriana e higienização deficiente. Secundariamente, os autores relacionaram a doença à má posição dental e dificuldade para introduzir a escova, pela presença da fissura, dentes cariados, cicatriz labial e bridas cicatriciais. Mesmo apresentando respiração bucal, somente os pacientes com higiene bucal deficiente apresentaram inflamação gengival, sendo o ressecamento da mucosa o fator indireto na etiopatogenia da doença. Como conclusão, os autores sugeriram a necessidade de acompanhamento periódico e constante, realizando atividades educativas e preventivas em um programa de atendimento para fissurados.

Costa et al. (2003), procuraram observar a condição periodontal, por meio de exames clínicos e testes biológicos, em crianças com fissura unilateral de lábio e palato e compararam os dados com crianças não fissuradas. O estudo foi realizado no HRAC – USP, Bauru e contou com a participação de 57 crianças, sendo 30 com fissura e 27 sem a má formação, as quais apresentavam adequado estado de saúde

geral e tinham idade entre 5 e 6 anos. A média do índice de placa (IP) foi mais alta (1,82 +- 0,3) do que no grupo controle (1,63 +- 0,38) sem haver, no entanto, diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. A média do índice gengival (IG) nas crianças com fissura foi de 1,82 (+- 0,38), considerado significativamente mais alto do que no grupo controle, onde o índice encontrado foi de 0,79 (+- 0,33). Os autores compararam também os índices de placa e gengival da área da fissura com áreas posteriores nos mesmos pacientes e puderam observar diferença estatisticamente significativa somente no IP. O estudo demonstrou ainda que 81,48% das crianças com fissura e 73,33% das crianças sem fissura apresentaram índice de placa considerado moderado, além de alta prevalência de gengivite em 53,33% e 70,37%, respectivamente. A análise feita dos microorganismos mostrou que 16,67% do grupo experimental e 11,11% do grupo controle possuíam *Prevotella nigrescens*, no entanto, *Porphyromonas gingivalis*, e *Treponema denticola* não foram detectados. Apesar de as crianças com fissura apresentarem quantidade de placa similar a de crianças sem fissura, elas tiveram uma maior prevalência de gengivite. Para os autores, este quadro demonstra a necessidade de atenção regular e precoce à saúde periodontal de pacientes fissurados, com a análise clínica e de fatores microbiológicos.

2.5. Atenção odontológica e o tratamento das fissuras

Shah e Wong (1980) discutiram sobre o manejo da criança com fissura labiopalatal. Os autores afirmaram que muitos centros de atendimento à saúde têm

problemas no atendimento destas crianças, preferindo encaminhá-las para centros de referência, em busca de reabilitação excelente. O processo reabilitador inicia em fase precoce, devendo ser feita uma avaliação por equipe multidisciplinar que deve acompanhar o paciente até a fase adulta. Cada membro desta equipe deve realizar seu trabalho, porém as informações devem ser discutidas e analisadas em equipe. Ou seja, os cuidados completos com a criança fissurada requerem o envolvimento da equipe multidisciplinar e também a integração com a família. Sendo assim, o paciente tem uma excelente reabilitação e isso permite também sua total integração na sociedade.

Romero-Maroto et al. (1999) enfatizam as alterações estéticas, fonéticas, mastigatórias, além das alterações dentárias de número, forma, tamanho, posição, estrutura, tempo de formação e erupção, presentes nos pacientes com fissura labiopalatal. Estas crianças requerem cuidados odontológicos para manter sua saúde bucal, fundamental para o desenvolvimento do tratamento e para evitar os colapsos alveolares decorrentes das perdas dentárias. No entanto, os autores salientaram que o tratamento deve ser multidisciplinar, atendendo às necessidades dos pacientes. Este tratamento integral requer adequada coordenação entre odontopediatras, ortodontistas, cirurgiões, pediatras, fonoaudiólogos, psicólogos entre outros profissionais. O êxito de tal tratamento requer o seguimento do mesmo desde a infância até a idade adulta.

Visando conhecer as experiências e as atitudes dos pais de crianças fissuradas no Reino Unido, Donagh et al. (2000) realizaram pesquisa sobre os cuidados com a saúde bucal de 109 crianças na faixa etária de 4 a 8 anos, com fissura labiopalatal. Do grupo avaliado apenas 2 crianças tiveram dificuldade de acesso ao atendimento odontológico. Entre as crianças que tinham acesso ao

atendimento odontológico, 29% receberam tratamento restaurador, 9% foram submetidas a exodontias, 69% dos pais receberam orientações de dieta e apenas 58% receberam instruções de higiene bucal. Segundo os autores, a inclusão do odontopediatra na equipe de atendimento a fissurados facilitaria a identificação dos pacientes considerados “de risco” e conseqüentemente, a provisão dos cuidados necessários através do hospital. Porém, o especialista em odontopediatria não é freqüentemente incluído na equipe multidisciplinar. Outra observação foi que os pais das crianças fissuradas gostariam de receber orientações preventivas dentro dos centros de atendimento de fissurados, ou seja, a inclusão do odontopediatra na equipe de atendimento deveria ser feita nos centros de reabilitação.

Corroborando com tais fatos, Rivkin et al. (2000) relatando sobre as características necessárias para o atendimento odontológico da criança com fissura, bem como o papel do odontopediatra no tratamento. Os autores enfatizaram a importância da orientação dos pais a respeito das características bucais e dos cuidados com a saúde bucal. Nestes encontros entre pais e profissional deve haver um preparo para as cirurgias de lábio e de palato, o que torna-se oportuno para discussão sobre a saúde bucal. Os autores salientaram que dor, contaminação e exodontias decorrentes de lesões cariosas são ruins para as crianças, em especial as fissuradas, já que a perda precoce de dentes decíduos leva à perda de espaço tornando o tratamento ortodôntico mais complexo. O cirurgião dentista deve ter paciência para estabelecer boa comunicação com os pais nos primeiros anos, bem como, conhecer a situação familiar. O atendimento deveria envolver além do exame dental, orientações sobre higiene bucal, enfatizando a importância da mesma e da necessidade de tração do lábio superior devido à fibrose cicatricial, para adequada limpeza da região. Também são necessárias orientações sobre dieta e uso de

fluoretos e, em presenças de lesões cariosas o tratamento restaurador. Fundamental também é a integração do cirurgião dentista com toda a equipe profissional.

Os mesmos autores (Rivkin et al., 2000) discutem a respeito dos cuidados com os pacientes fissurados em fase de dentadura mista até a fase adulta. O cirurgião dentista novamente tem papel chave na prevenção em saúde bucal. A boa condição bucal continua sendo primordial na fase de dentadura mista e o envolvimento da família é fundamental. O trabalho de prevenção deve continuar envolvendo orientações de dieta e de higiene bucal adaptando a mesma às características bucais dos pacientes fissurados, dando especial atenção ao tracionamento do lábio superior na região da fibrose. Selantes de fissuras e aplicação de fluoretos devem ser feitos visando a prevenção. No caso de lesões cariosas, o paciente deve ser submetido ao tratamento restaurador, sempre havendo comunicação e integração da odontologia com as demais áreas da equipe multiprofissional. Todos estes cuidados preventivos ou reabilitadores executados em fase de dentadura mista devem ser seguidos até a fase adulta, possibilitando a progressão adequada do tratamento ortodôntico e cirúrgico.

Augusto et al. (2003) através de uma revisão de literatura abordaram aspectos clínicos, repercussões e considerações relacionadas ao tratamento da fissura labiopalatal. A motivação para educação em saúde bucal deve ser iniciada em fases precoces da vida, no caso do paciente portador de fissura este é um dado ainda mais importante, pois os pais, preocupados com a reabilitação estética, relegam ao segundo plano os cuidados odontológicos de suas crianças. Há, portanto, grande necessidade da participação de médicos pediatras no auxílio ao odontopediatra, na conscientização para educação em saúde bucal. Também

ênfâtizaram ser indispensável o acompanhamento periódico e constante preventivo/educativo com o acompanhamento de, no mínimo, dois profissionais em um programa de atendimento aos fissurados: um odontopediatra e um ortodontista, para que seja mantida a saúde bucal dos fissurados e para que sejam minimizadas as alterações decorrentes do crescimento maxilar.

Corroboram Silva, Passold e Carcereri (2004) relatando a importância de promover a saúde bucal do paciente fissurado durante todas as fases do tratamento reabilitador. Para estes autores, o programa de saúde bucal deve envolver adequação do meio bucal, tratamento restaurador convencional e consultas de retorno para acompanhamento. No entanto, salientaram a necessidade de se analisar o paciente em seus contextos biológicos e psicossociais, buscando um programa de saúde exeqüível de acordo com sua história de vida.

Com objetivo de avaliar a saúde bucal e a qualidade de vida de pacientes fissurados, Cardoso, Caldas Jr. e Jovino-Silveira (2005), realizaram um estudo transversal envolvendo 105 pacientes, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Para avaliar o impacto da saúde bucal e da fissura na qualidade de vida foi utilizado o índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD). Os autores coletaram os dados por meio de entrevista estruturada, pela qual investigaram também dados socioeconômicos e demográficos. A fissura causou alto impacto e o IODD obteve pontuação de 80,0 a 100,0 em 74,3% dos pacientes avaliados. Os pacientes indicaram que a qualidade de vida estava relacionada à saúde, entre outros. Sendo assim, os autores concluíram que a saúde bucal comprometida pela fissura labiopalatina provocou impactos significativos na qualidade de vida dos entrevistados.

3. PROPOSIÇÃO

3.1. Objetivo Geral

Avaliar as condições bucais, referentes à cárie e a doença periodontal, de pacientes com fissura labiopalatal participantes do programa de manutenção de saúde bucal oferecido no Núcleo de Odontopediatria do Centro de Atendimento a Pacientes Portadores de Deformidade Facial da Universidade Federal de Santa Catarina (NOP – CAPADF – UFSC), no período de setembro de 2004 a maio de 2005.

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1. Fatores socioeconômicos

Estudar o perfil dos sujeitos envolvidos no estudo e dados socioeconômicos que possam ter influência no desenvolvimento da cárie dentária e da doença periodontal.

3.2.2. Doenças bucais

- 3.2.2.1. Avaliar o índice de placa visível (IPV) apresentado pelos pacientes participantes do programa de manutenção de saúde bucal do NOP – CAPADF.
- 3.2.2.2. Pesquisar o índice de sangramento gengival (ISG) de pacientes participantes do programa de manutenção de saúde bucal do NOP – CAPADF.
- 3.2.2.3. Avaliar a cárie dentária através do índice ceo-s/CPO-S, incluindo lesões incipientes em forma de mancha branca com os pacientes participantes do programa de manutenção de saúde bucal do NOP – CAPADF.

4. CASUÍSTICA, MATERIAL E MÉTODO

Conforme a Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), esta pesquisa foi submetida previamente à realização, à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sendo aprovada sob a avaliação do projeto nº 221/2004 (Anexo 1). O presente estudo tratou-se de uma pesquisa epidemiológica longitudinal.

4.1. Casuística

Foram convidados a participar da pesquisa os pacientes com fissura labiopalatal, sem distinção de raça ou sexo, atendidos no NOP - CAPADF - UFSC, participantes do programa de manutenção de saúde bucal oferecido na instituição, que compareceram entre os meses de setembro a novembro de 2004 para a consulta de controle odontológico periódico. Esta consulta de controle constitui parte integrante do programa de manutenção de saúde bucal oferecido em tal instituição. Os pacientes foram incluídos na pesquisa a partir da concordância dos pais e/ou responsáveis ou da autorização do próprio paciente quando este era de maior idade. Ao concordarem em participar, solicitou-se a assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice A).

Foram avaliados 43 pacientes que receberam alta após o término do tratamento odontológico e que tinham comparecido para pelo menos 1 consulta de

controle, sendo que o período de controle poderia variar de no mínimo 1 a no máximo 6 meses, de acordo com o risco individual de desenvolvimento de novas lesões cariosas e de alterações peridontais.

Os pacientes que apresentassem comprometimento sistêmico, como por exemplo determinadas cardiopatias que contra-indicasse a sondagem dental, seriam excluídos da pesquisa.

4.2. Material

Para avaliação das condições bucais foram utilizados kits de exame clínico, previamente esterilizados, contendo espelho bucal plano, pinça clínica, sonda periodontal com ponta esférica de 0,5 mm preconizada pela Organização Mundial da Saúde (1997) para levantamentos epidemiológicos. Como materiais auxiliares para a realização dos exames clínicos, foram utilizados roletes de algodão e sugadores descartáveis. Os dados referentes ao exame clínico intra-bucal foram anotados em fichas próprias utilizadas para as consultas de retorno, utilizadas no NOP – CAPADF – UFSC (Anexo 2).

Os dados referentes à identificação do paciente, bem como às suas características sócio-econômicas foram anotados em fichas individuais, previamente elaboradas, por meio de um questionário (Apêndice B). Este questionário foi aplicado aos pais e/ou responsáveis em forma de entrevista realizada sempre pela própria pesquisadora.

4.3. Método

4.3.1. Avaliação das condições bucais

Para o desenvolvimento da pesquisa não foi realizada nenhuma modificação no método de atendimento do paciente participante do programa de manutenção de saúde bucal oferecido no NOP – CAPADF - UFSC, isto é, o paciente recebeu o mesmo atendimento educativo, preventivo e clínico que receberia caso não estivesse participando da pesquisa.

Todos os atendimentos, bem como, os exames foram realizados pela mesma cirurgiã-dentista, com auxílio de estagiários do curso de graduação em Odontologia, nas dependências da clínica odontológica do CAPADF - UFSC. Quando indicado, o paciente recebia aplicação tópica de flúor gel ou ainda, outras formas de fluoretos como a aplicação de verniz ou prescrição de bochechos diários de fluoreto de sódio a 0,05%. Em caso de necessidade de outros atendimentos, o paciente recebia encaminhamento para os mesmos.

4.3.1.1 Índice de placa visível

O paciente era acomodado na cadeira odontológica sendo que esta ficou posicionada de modo ergonômico para que facilitasse a realização dos exames. Após o posicionamento do paciente foi avaliado o Índice de Placa Visível (IPV), descrito por Opperman e Rösing (1999) para observação da placa bacteriana

presente no momento. Este exame foi realizado sob iluminação de refletor odontológico, com auxílio de espelho bucal plano e seguiu o sentido horário, iniciando a partir do último molar superior direito. Todas as faces de todos os elementos dentários foram examinadas. Quando a placa bacteriana apresentava-se visível, a face correspondente recebia o valor “1”. Ao contrário, quando a placa não era visível, a face dentária recebia o valor “0”.

4.3.1.2 Índice de sangramento gengival

Após a avaliação do índice de placa visível, foi avaliado o Índice de Sangramento Gengival (ISG), conforme descrito por Opperman e Rösing (1999), com auxílio de espelho bucal plano para visualização e sonda periodontal IPC, sob iluminação de refletor. Novamente, seguiu-se o sentido horário, tendo o exame se iniciado a partir do último molar superior direito. Todas as faces dos dentes foram avaliadas, com exceção da face oclusal. A sonda foi inserida levemente e percorria delicadamente o sulco gengival por toda sua extensão. Quando o sangramento gengival não estava presente, a região recebia o valor “0”. Em caso de ocorrência de sangramento gengival, a face correspondente recebia o valor “1”.

4.3.1.3 Índice ceo-s/CPO-S

Previamente ao exame para avaliação das condições dentárias, o paciente realizava escovação supervisionada. Não foi realizada a revelação de placa com corantes próprios para este fim devido à possibilidade de dificultar a visualização e o diagnóstico de lesões cariosas incipientes em forma de mancha branca. A

escovação dentária e o uso de fio dental foram supervisionados pela pesquisadora e por um acadêmico do curso de graduação em Odontologia participante de estágio como auxiliar de atendimento do NOP – CAPADF – UFSC. Após a higienização bucal no escovário da clínica, foi realizado o exame clínico para avaliação de cárie dentária.

O paciente era novamente acomodado na cadeira odontológica, sob iluminação de refletor. Nestes exames foi utilizado espelho bucal plano e sonda milimetrada IPC. Optou-se pelo uso deste instrumental devido aos possíveis danos causados pela sonda exploradora convencional pois, além de propiciar a transferência de microorganismos patogênicos, pode haver lesão e ruptura de esmalte fragilizado devido a processos de desmineralização do mesmo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a sonda IPC para levantamentos epidemiológicos já que esta pode ser utilizada para a remoção de detritos sem causar rompimento de esmalte dentário.

Os exames foram realizados pela mesma cirurgiã-dentista, previamente calibrada para a avaliação da cárie dentária. A concordância intra-examinador foi avaliada pelo teste Kappa, realizado no estudo piloto, onde obteve-se a concordância de 0,98 (98% de acerto). A OMS recomenda que a concordância intra-examinador seja de 0,85 a 0,95 (85% a 95% de acerto) em levantamentos epidemiológicos da doença cárie. Não foi realizada calibração para os índices IPV e ISG, pois os mesmos não avaliam diferentes critérios relacionados à quantidade de placa e de sangramento, mas somente sua presença.

Os dentes foram secos por jatos de ar comprimido e foram usados roletes de algodão e sugadores descartáveis para o isolamento relativo, o que proporcionou uma melhor observação no momento do exame. O exame seguiu o sentido horário,

iniciando a partir do último molar superior direito. O dente foi considerado irrompido quando qualquer parte do mesmo estivesse visível, ou seja, extragengival. Caso houvesse ainda a presença de placa bacteriana que dificultasse o exame clínico, era realizada novamente a remoção da placa pela profissional, com uso de algodão ou auxílio da sonda IPC.

Para o levantamento da cárie dentária, optou-se por seguir os critérios da OMS (1997), pois os mesmos são universalmente conhecidos e freqüentemente utilizados na literatura da área (Anexo 3). Entretanto, incluiu-se o diagnóstico de lesões incipientes em forma de manchas brancas, por tratar-se de uma pesquisa para acompanhamento dos pacientes submetidos ao controle odontológico. Também por este mesmo motivo, o diagnóstico da doença cárie dentária foi feito por superfície dentária, e não apenas por elemento dental, tornando assim a avaliação mais criteriosa. As lesões cariosas incipientes em forma de “manchas brancas” foram registradas de acordo com o critério clínico:

(mba) mancha branca ativa: Presença de uma ou mais áreas de desmineralização do esmalte com perda de translucidez e coloração branca-opaca, superfície rugosa e sem cavitação (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1988).

(mbi) mancha branca inativa: Presença de áreas desmineralizadas em período anterior, com brilho/translucidez normal e coloração branca ou com pigmentação, superfície lisa e sem cavitação (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1988)

Devido ao pequeno número de pacientes, optou-se por não apresentar os valores médios dos índices ceos e CPOS por tipo de fissura. Os índices IPV, ISG, ceos e CPOS foram investigados ao início e ao final da pesquisa para comparação, bem como a avaliação das manchas brancas ativas. O exame odontológico foi repetido pela mesma profissional, sob as mesmas condições, após 6 meses, para

que se verificasse a atividade da doença periodontal, da cárie dentária e o surgimento de novas lesões cariosas, o que mostrou a incidência da doença.

4.3.2. Aplicação do questionário

Após o atendimento inicial do paciente, foi aplicado um questionário aos pais/responsáveis ou com o próprio paciente quando este era de maior idade. Este questionário foi realizado como uma entrevista pela mesma cirurgiã-dentista e visou investigar dados socioeconômicos relacionados aos pacientes (Apêndice B).

4.3.3. Análise dos resultados

Os dados obtidos foram distribuídos em planilhas e submetidos à análise estatística para discussão.

5. RESULTADOS

Visando melhor entendimento, os dados coletados foram agrupados em tópicos conforme o perfil da amostra e informações socioeconômicas, além das condições bucais dos pacientes.

5.1. Dados de identificação e informações socioeconômicas:

Para análise dos dados coletados optou-se pela descrição de variáveis, através de média, desvio padrão, tabelas e gráficos.

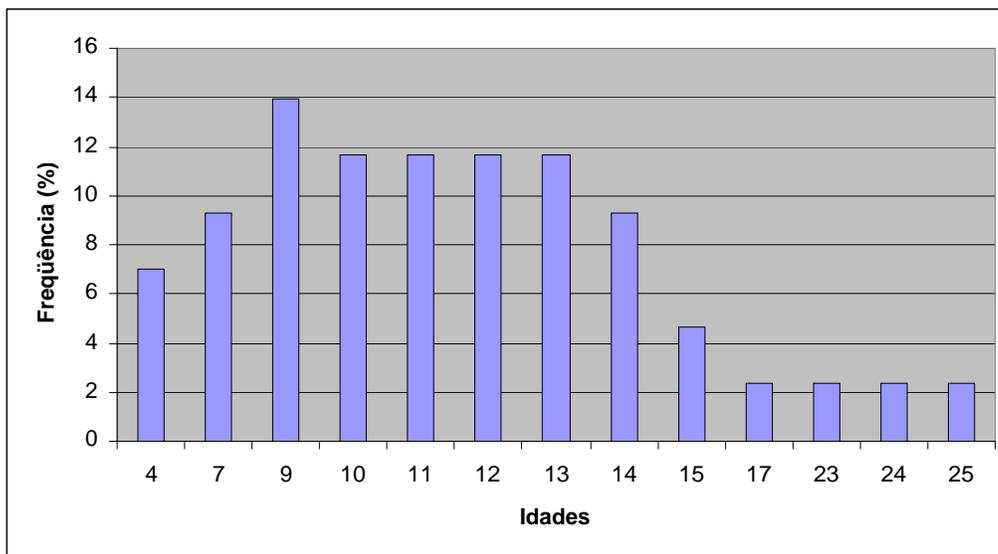


Gráfico 5.1 - Distribuição dos pacientes de acordo com a idade.

Tabela 5.1 - Características da amostra quanto à idade

Idade	
Média	11,6
Desvio Padrão	4,5
Mínimo	4
Máximo	25

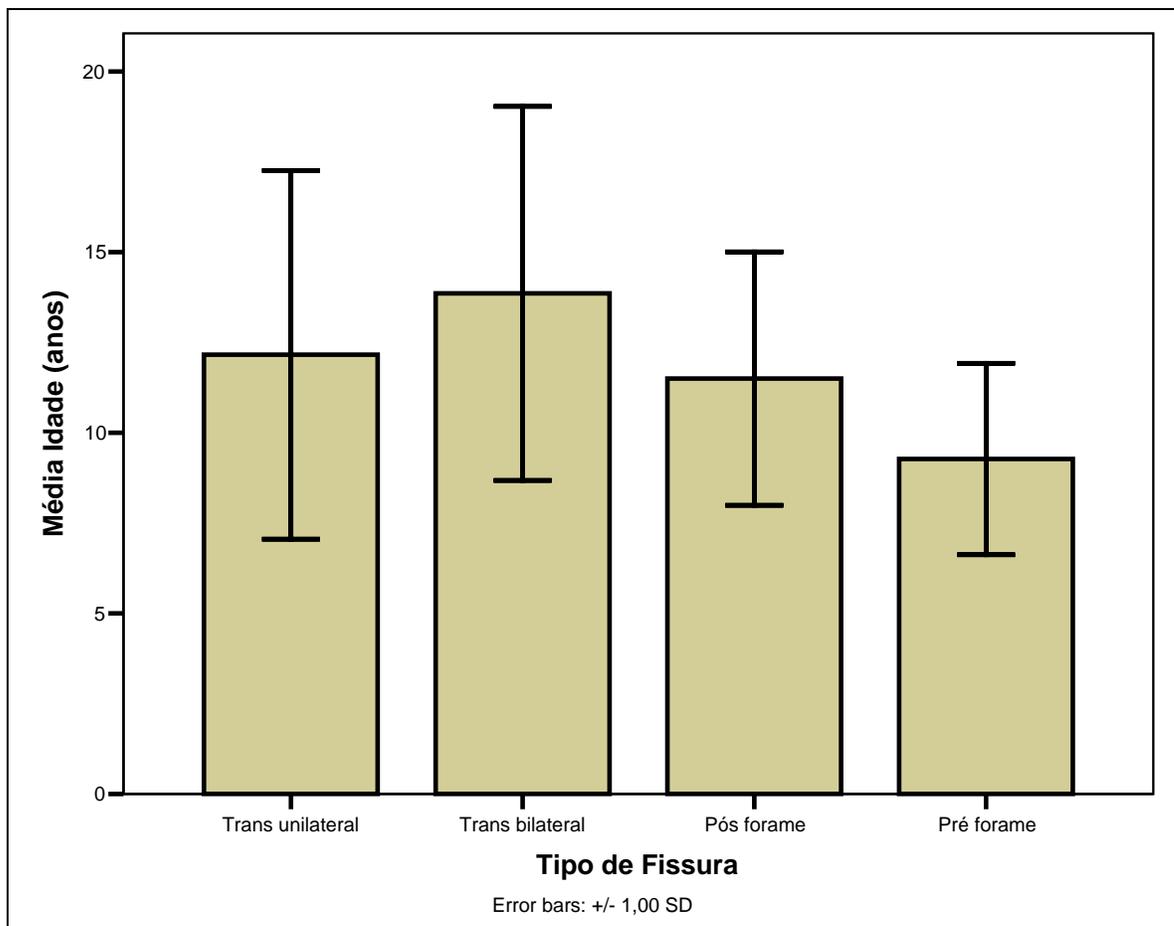


Gráfico 5.2 - Média e desvio padrão da idade em cada tipo de fissura.

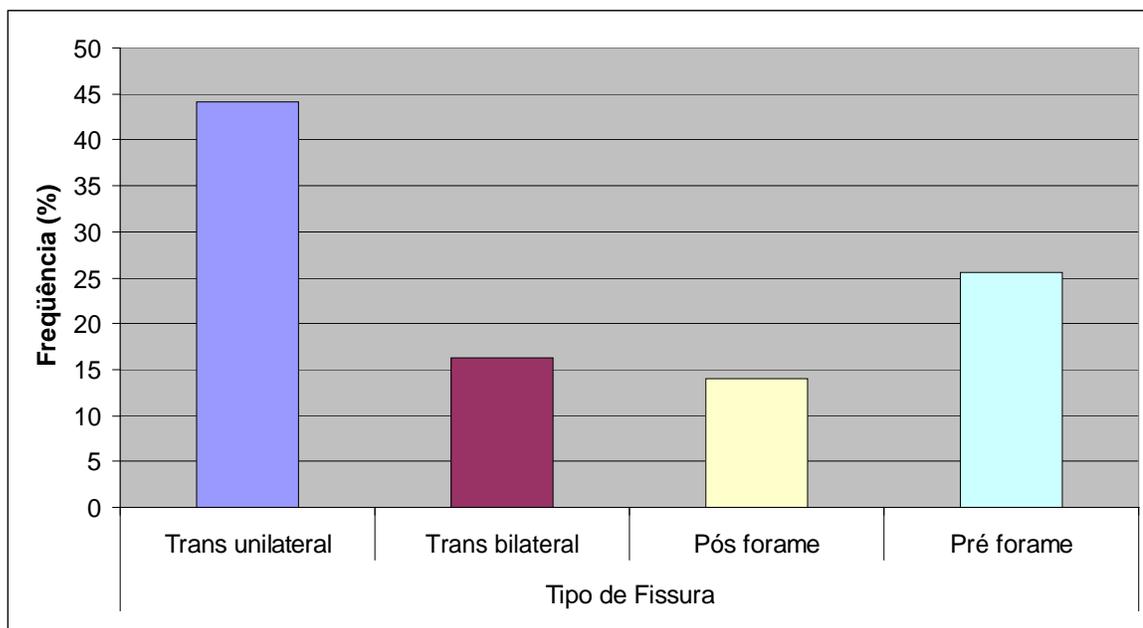


Gráfico 5.3 - Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de fissura.

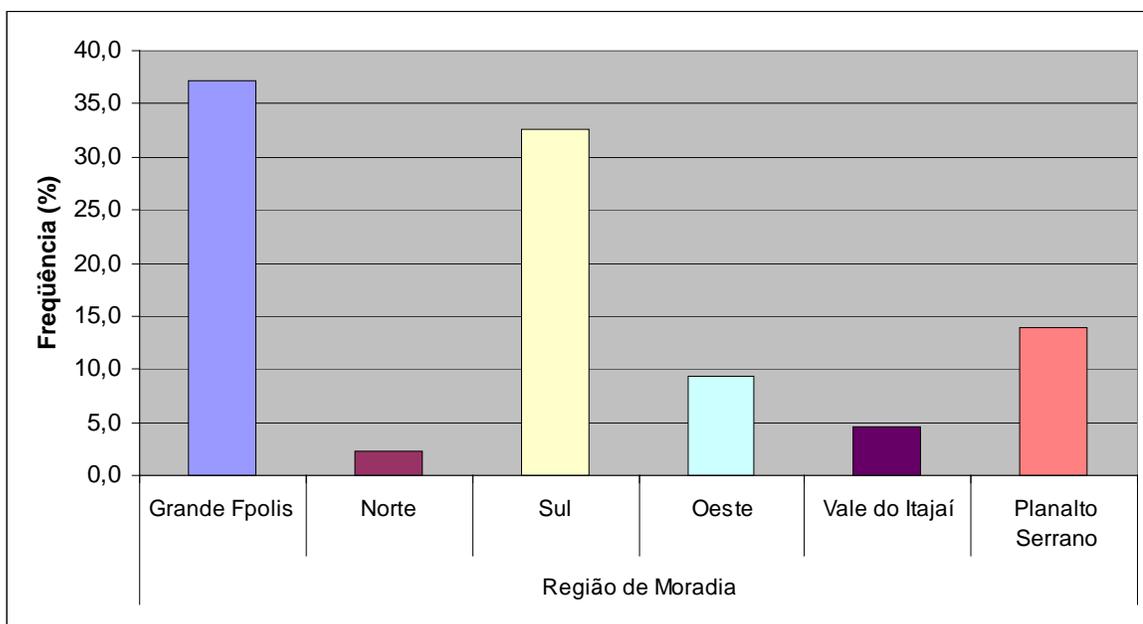


Gráfico 5.4 - Distribuição dos pacientes de acordo com a região catarinense de origem.

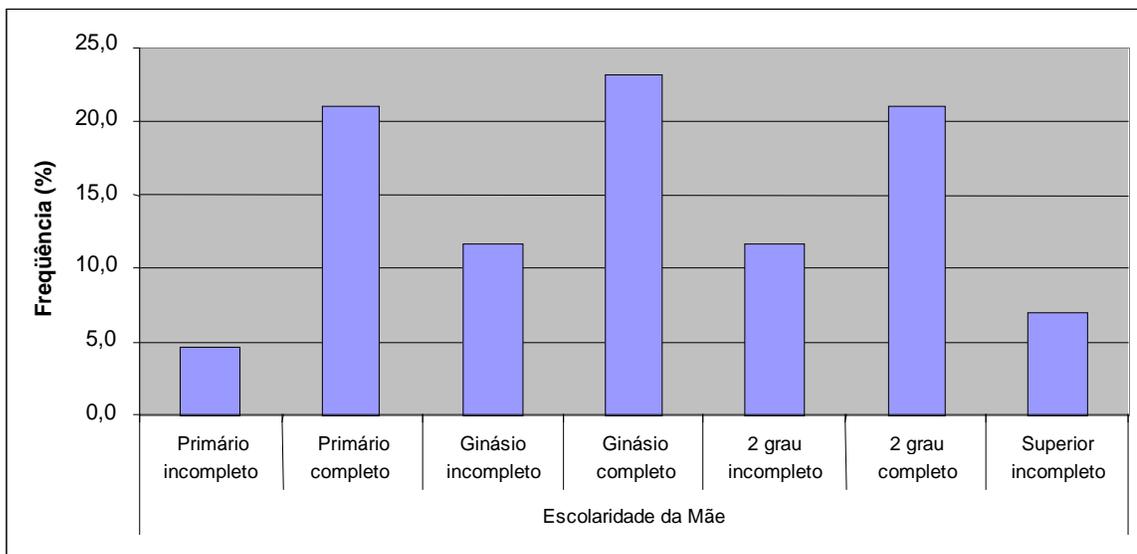


Gráfico 5.5 - Distribuição dos pacientes de acordo com o grau de escolaridade da mãe.

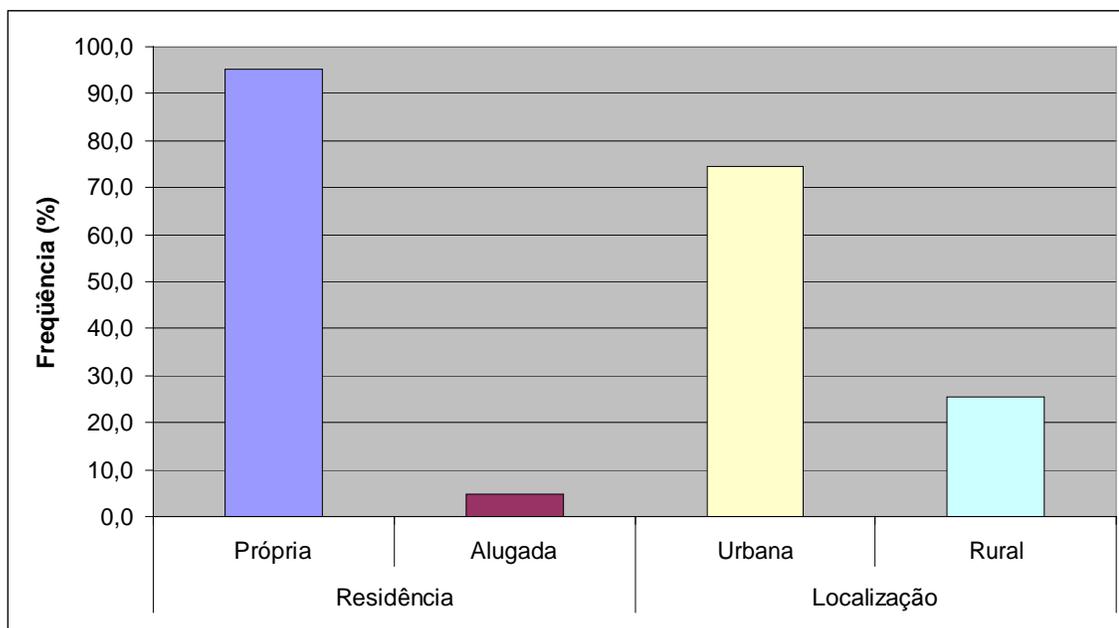


Gráfico 5.6 - Distribuição dos pacientes de acordo com a localização e propriedade residencial.

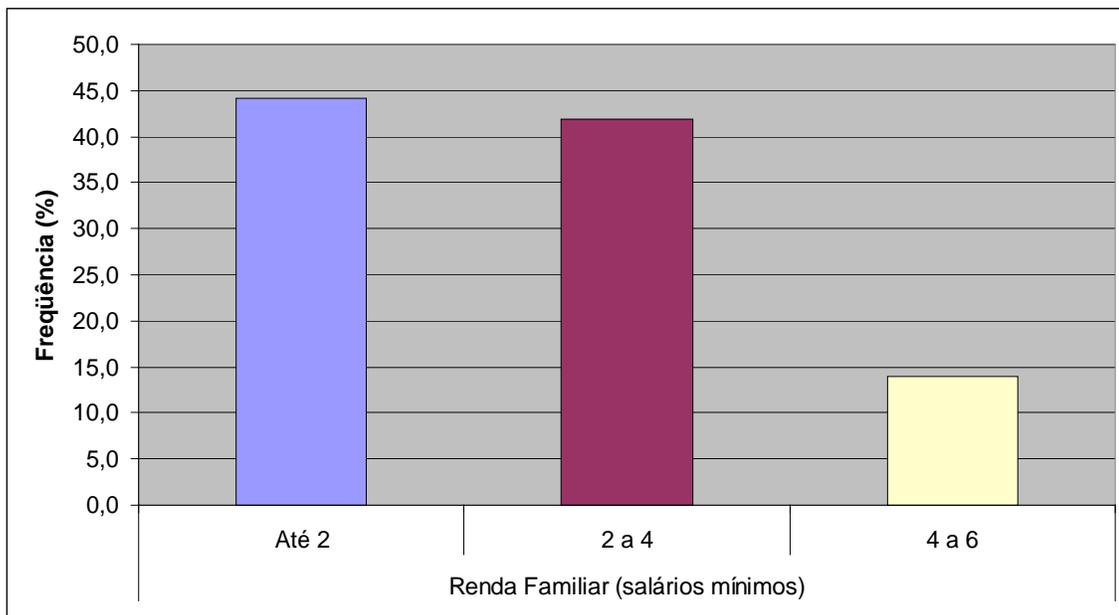


Gráfico 5.7 - Distribuição da amostra de acordo com a renda familiar em salários mínimos.

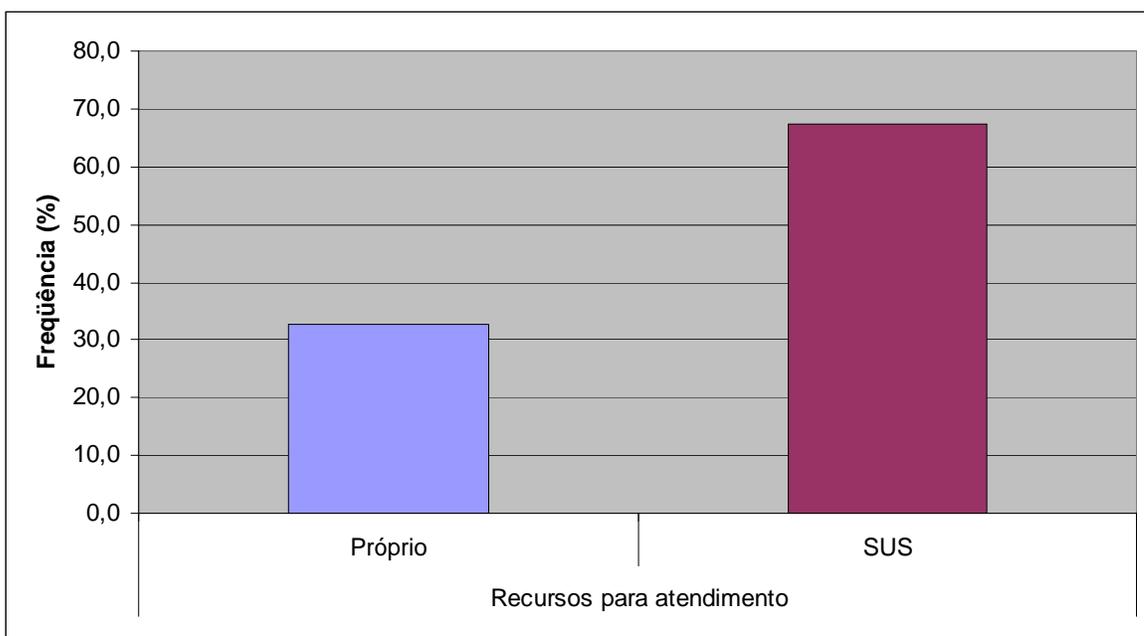


Gráfico 5.8 - Distribuição da amostra de acordo com os recursos utilizados para comparecer ao atendimento.

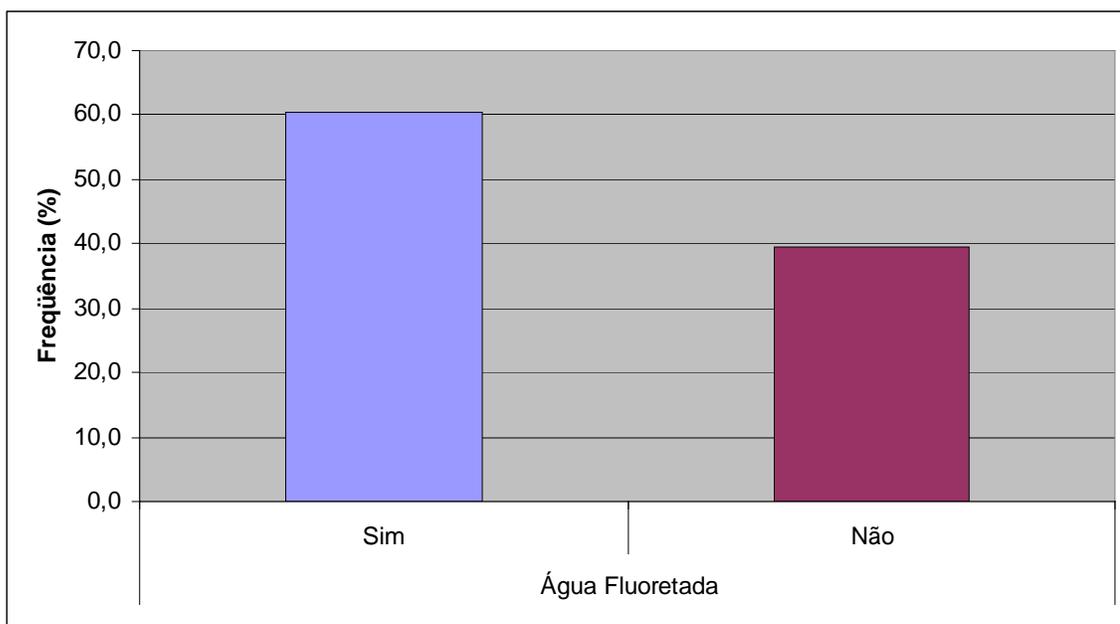


Gráfico 5.9 - Distribuição da amostra de acordo com o acesso à água fluoretada.

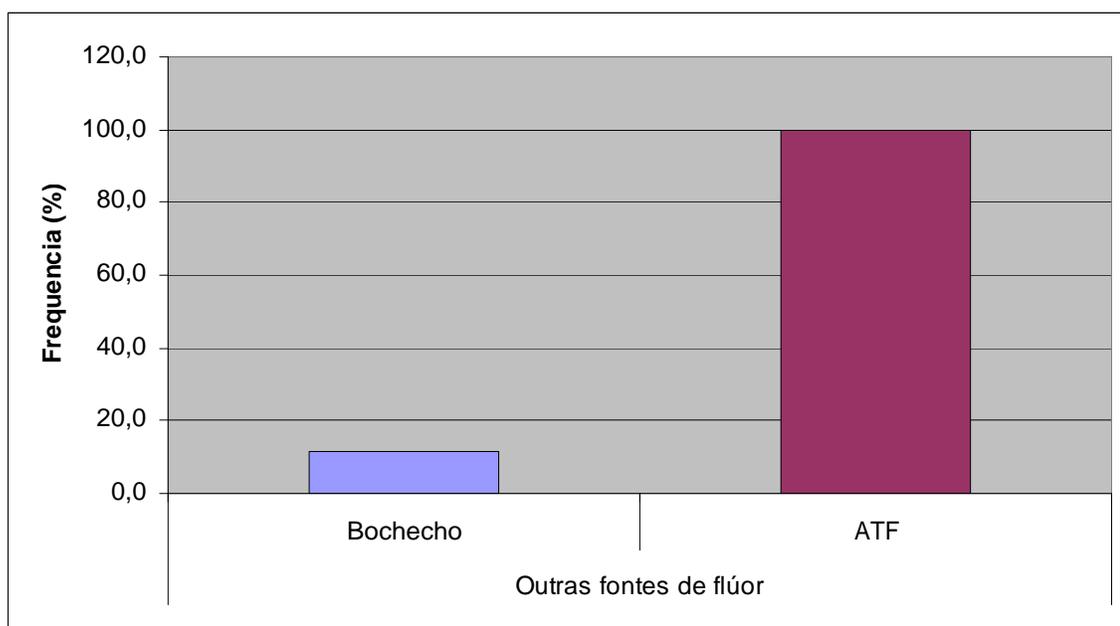


Gráfico 5.10 - Distribuição da amostra de acordo com a utilização de fluoretos.

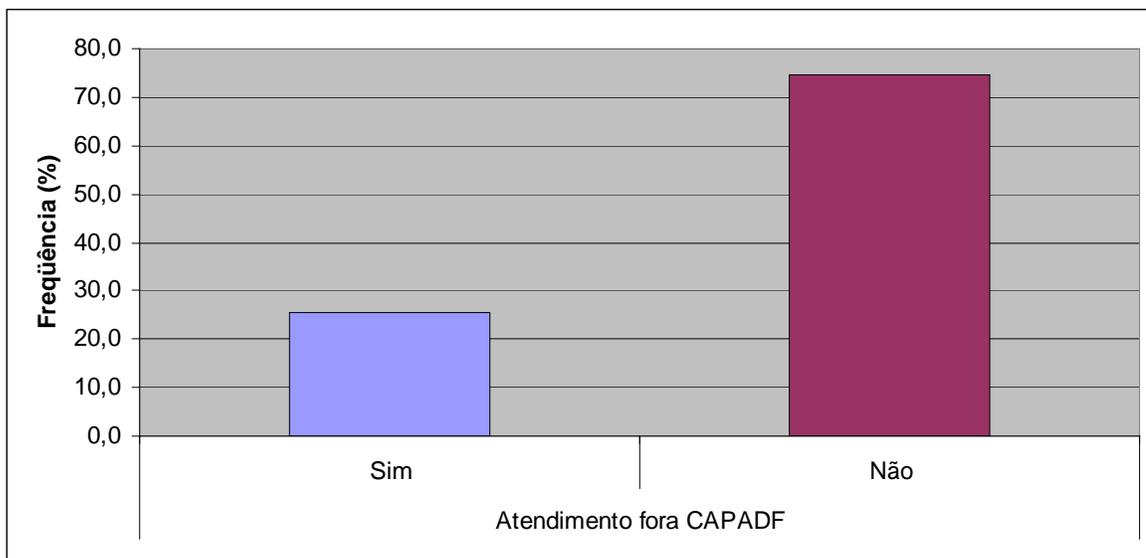


Gráfico 5.11 - Distribuição da amostra de acordo com o acesso ao serviço odontológico fora do CAPADF.

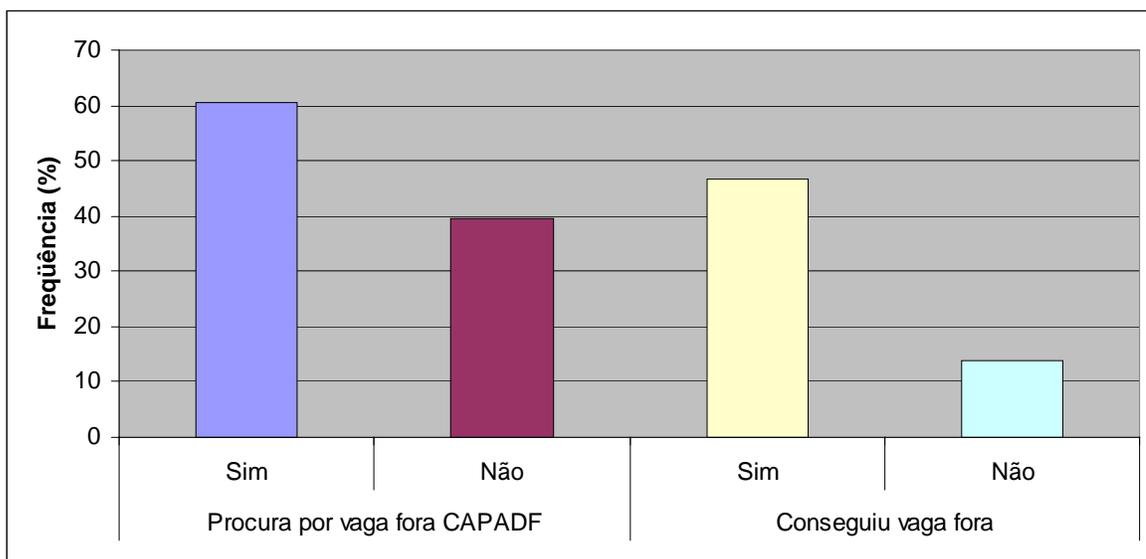


Gráfico 5.12 - Distribuição da amostra de acordo com a procura por serviços odontológicos.

5.2. Condições bucais

Para a análise das condições bucais dos pacientes foi realizada uma comparação entre os valores iniciais e após seis meses do IPV, ISG, da experiência de cárie acumulada (englobando ceos e CPOS) e a quantidade de manchas brancas ativas em toda a amostra.

Os gráficos e tabelas na seqüência ilustram os dados apresentados.

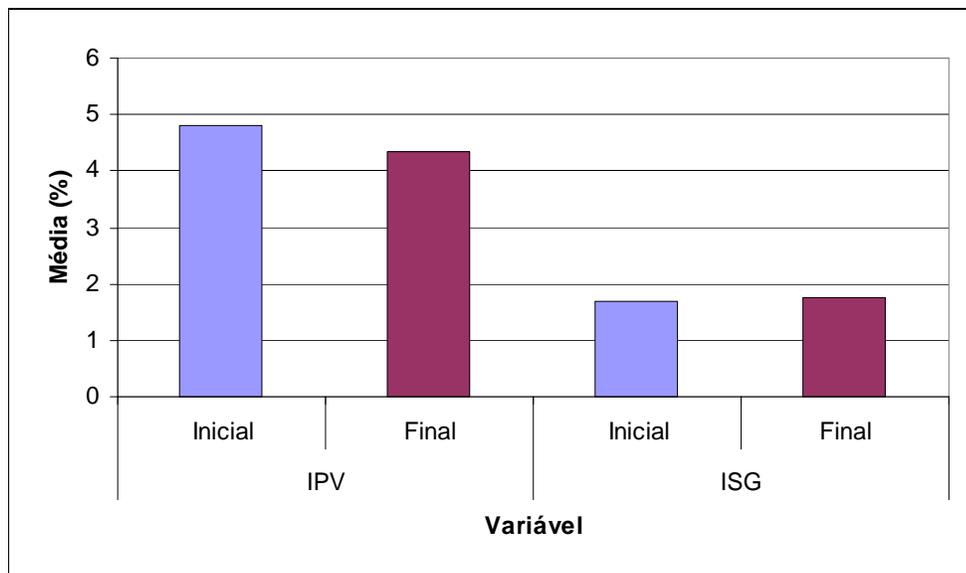


Gráfico 5.13 - Comparação entre os valores iniciais e finais de IPV e ISG.

As tabelas na seqüência demonstram os resultados apresentados no gráfico 5.13.

Tabela 5.2 - Descrição dos índices IPV e ISG da amostra

Variável	Período	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
IPV	Inicial	43	4,799	4,639	0,707
	Final	43	4,327	3,877	0,591
ISG	Inicial	43	1,704	3,198	0,488
	Final	43	1,771	2,637	0,402

Tabela 5.3 - Comparação dos valores iniciais e finais dos índices IPV e ISG

Diferenças pareadas								
Final - Inicial	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de Confiança 95%		t	gl	p
				Inferior	Superior			
IPV	-0,47	4,08	0,62	-1,73	0,79	-0,76	42	0,45
ISG	0,07	2,93	0,45	-0,83	0,97	0,15	42	0,88

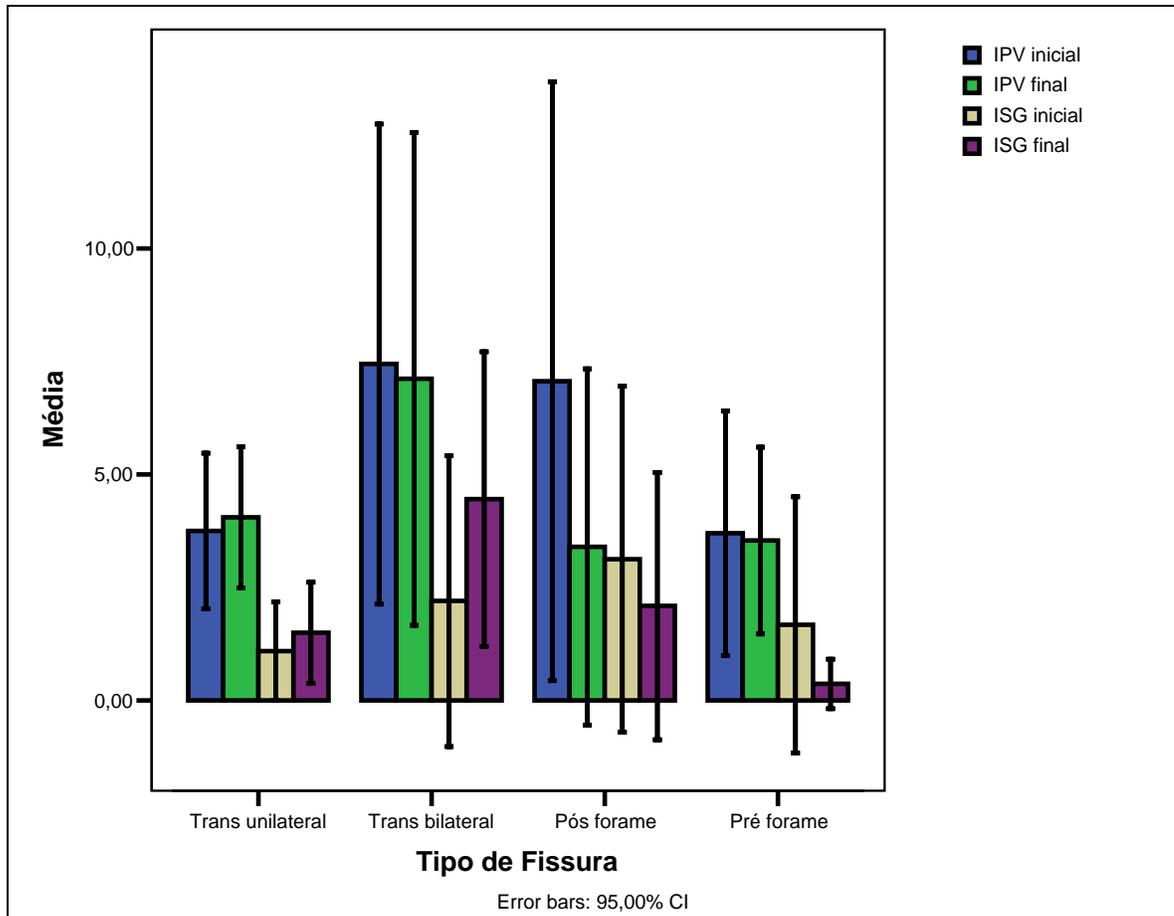


Gráfico 5.14 - Ilustração dos valores iniciais e finais de IPV e ISG em cada tipo de fissura.

As diferenças entre os valores iniciais e finais do IPV e ISG são pequenas, não havendo também diferenças significativas entre os diversos tipos de fissura, representado no gráfico acima no qual as barras verticais indicam o intervalo de confiança de 95%.

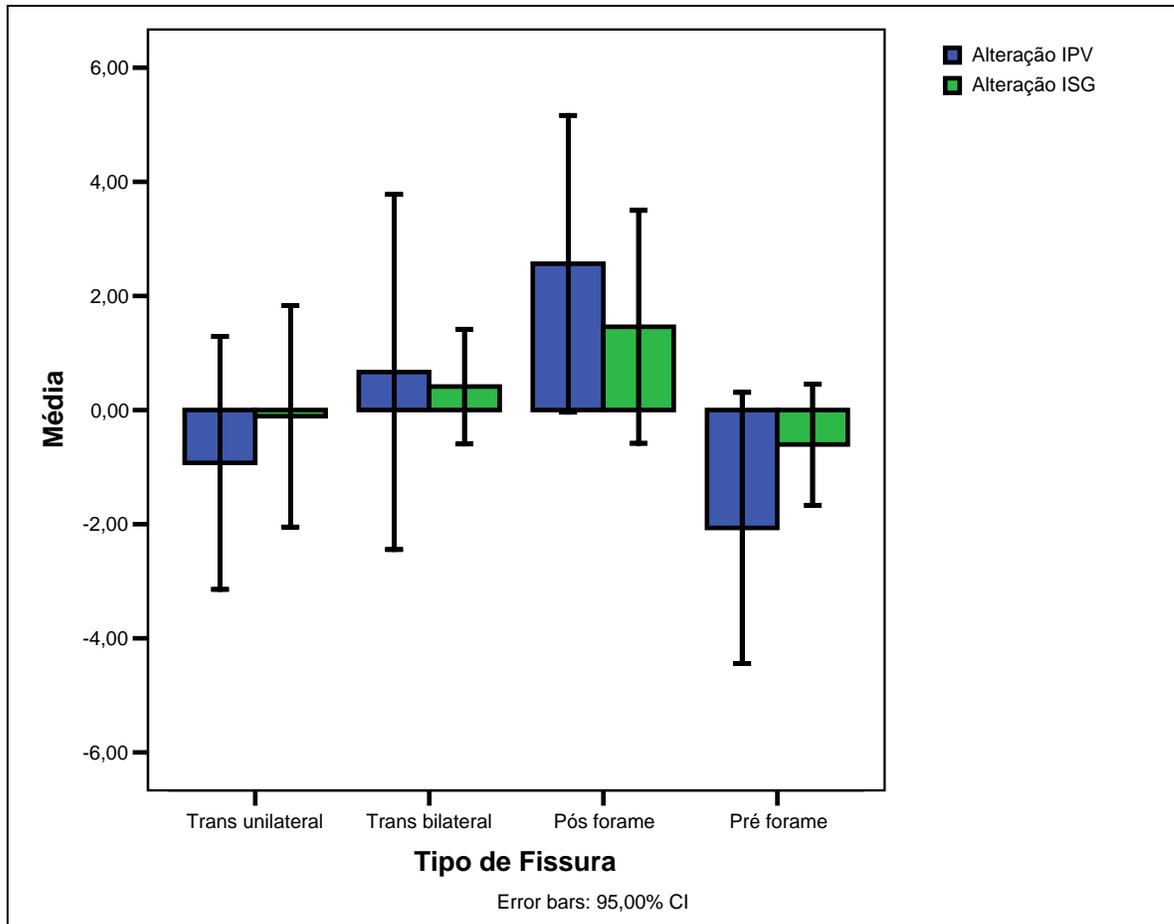


Gráfico 5.15 - Média e Intervalo de Confiança da alteração no IPV e ISG nos tipos de fissura.

Os grupos de diferentes tipos de fissura foram comparados através de análise de variância. A análise indicou não haver diferenças entre os tipos de fissura quanto à alteração no IPV e ISG.

Tabela 5.4 - Descrição de variação do IPV e ISG da amostra.

Variável	Tipo de Fissura	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de Confiança 95%	
						Inferior	Superior
IPV	Trans unilateral	19	-0,926	4,599	1,055	-3,143	1,290
	Trans bilateral	7	0,667	3,365	1,272	-2,445	3,779
	Pós forame	6	2,563	2,479	1,012	-0,038	5,165
	Pré forame	11	-2,065	3,536	1,066	-4,441	0,310
	Total	43	-0,471	4,084	0,623	-1,728	0,785
ISG	Trans unilateral	19	-0,109	4,025	0,923	-2,050	1,831
	Trans bilateral	7	0,411	1,089	0,411	-0,595	1,418
	Pós forame	6	1,458	1,945	0,794	-0,582	3,499
	Pré forame	11	-0,605	1,580	0,476	-1,667	0,456
	Total	43	0,067	2,930	0,447	-0,835	0,969

Tabela 5.5 - Análise de Variância com base no desfecho alteração do IPV e ISG

Variável	Fonte de Variação	SQ	gl	QM	Valor F	p
Alteração IPV	Entre os grupos	96,215	3	32,072	2,070	0,120
	Dentro dos grupos	604,322	39	15,495		
	Total	700,537	42			
Alteração ISG	Entre os grupos	18,011	3	6,004	0,683	0,568
	Dentro dos grupos	342,651	39	8,786		
	Total	360,662	42			

Para apresentação dos índices ceos e CPOS iniciais e finais são apresentados os gráficos em forma de histograma de freqüência, mostrando a distribuição dos pacientes e os índices de cárie dentária.

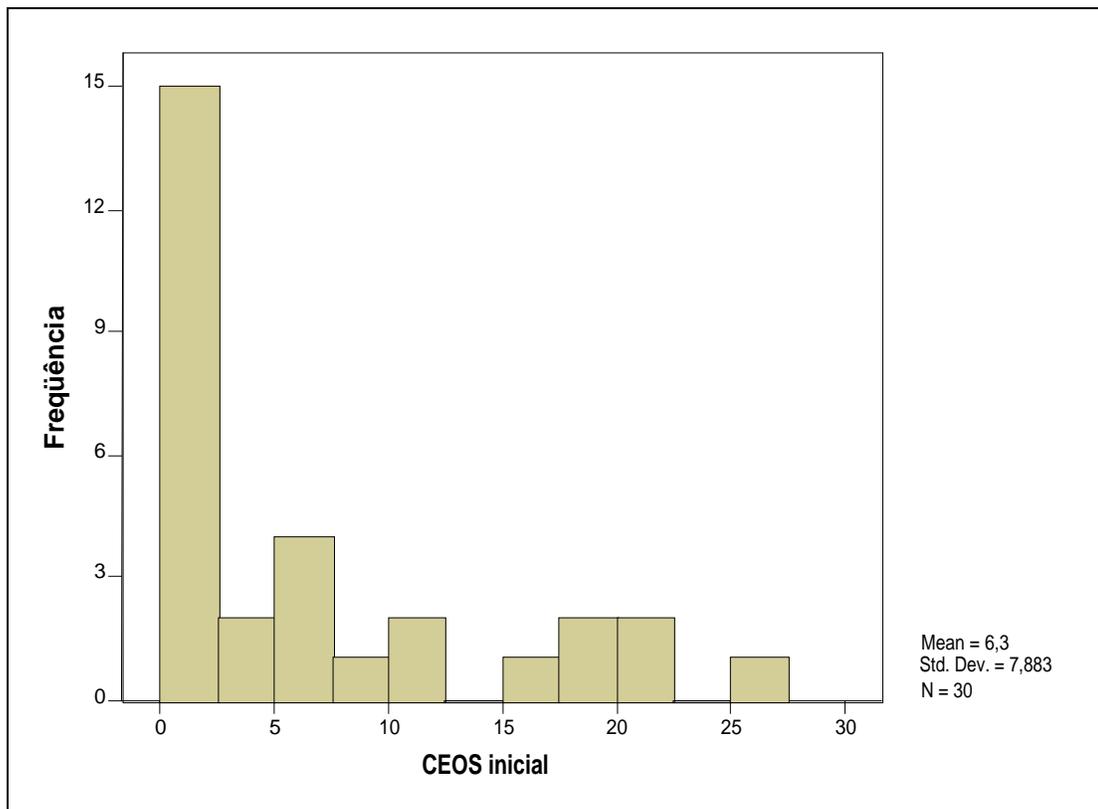


Gráfico 5.16 - Índice ceos inicial.

Pode-se observar que o índice ceos inicial médio foi 6,3, tendo sido incluídos 30 pacientes, os quais possuíam dentes decíduos.

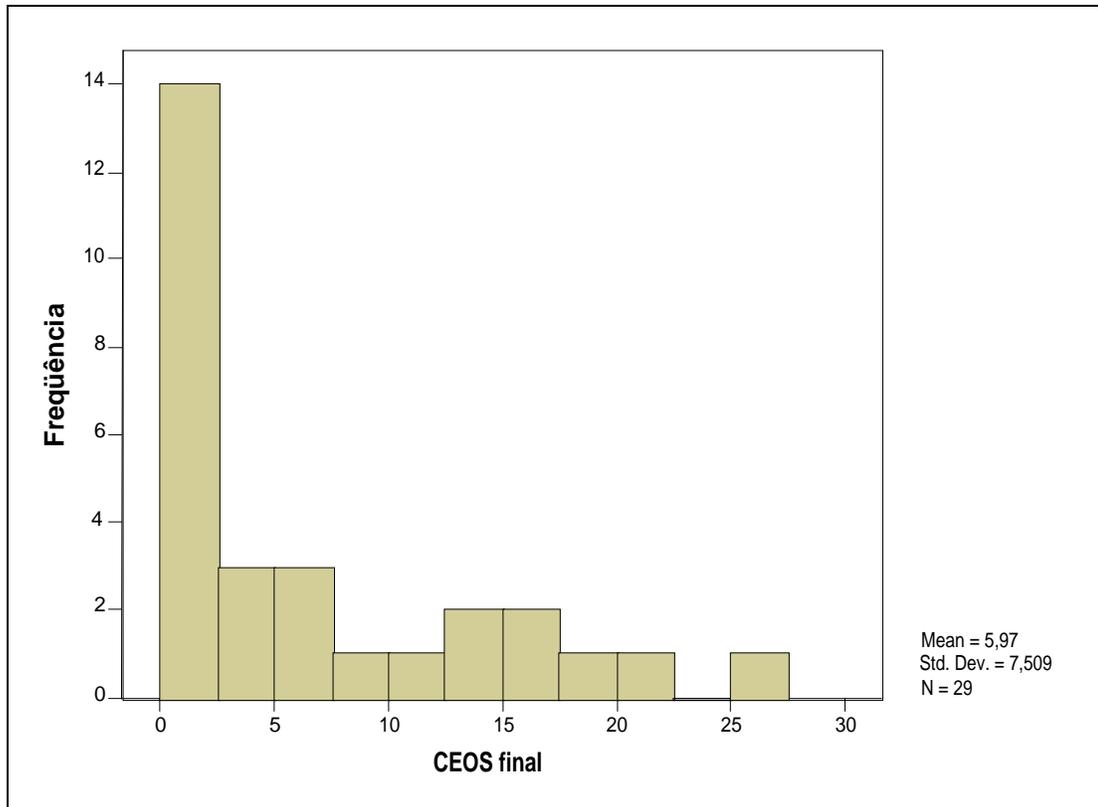


Gráfico 5.17 - Índice ceos final.

O índice médio ceos final foi 5,97 onde foram incluídos nesta segunda avaliação apenas 29 pacientes, os quais possuíam dentes decíduos. Sendo assim, a experiência de cárie da amostra na dentadura decídua diminuiu 0,37 ($\pm 1,07$). Tal fato deveu-se à exfoliação de dentes decíduos bem como a realização de extrações indicadas pelos núcleos de Ortodontia e/ou Cirurgia Bucomaxilofacial do CAPADF.

O índice CPOS médio inicial foi de 5,7 sendo incluídos 40 pacientes. Ao final do período, o índice médio foi alterado para 6,1.

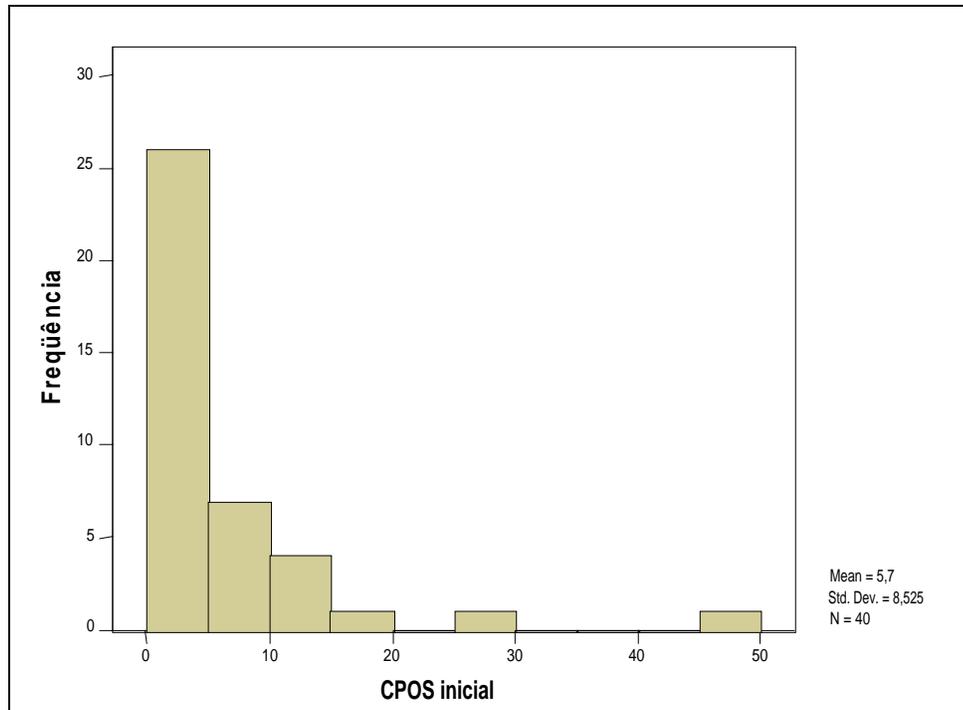


Gráfico 5.18 - Índice médio do CPOS inicial.

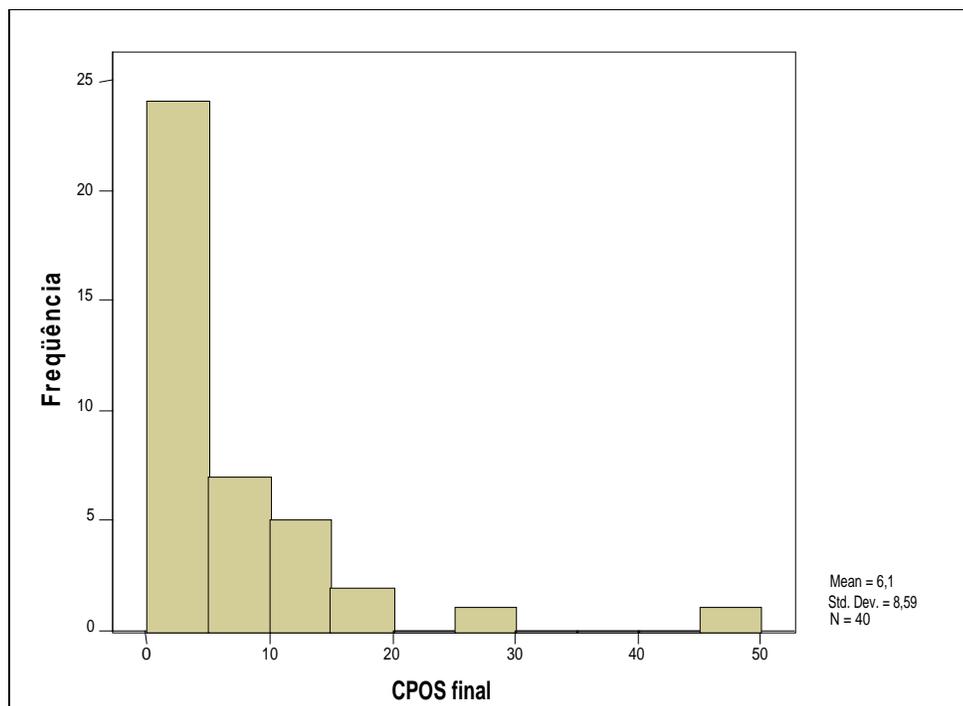


Gráfico 5.19 - Índice médio do CPOS final.

De acordo com os índices CPOS observados no início e ao final da pesquisa, o incremento de cárie dentária nos dentes permanentes em tal período foi de 0,37 (\pm 0,817).

Com relação à experiência de cárie acumulada, englobando ceos + CPOS, não houve variação no período, já que o incremento do CPOS e a exfoliação de dentes decíduos afetados por cárie, além das exodontias indicadas por outros núcleos do CAPADF, foi semelhante no intervalo de tempo de realização da pesquisa.

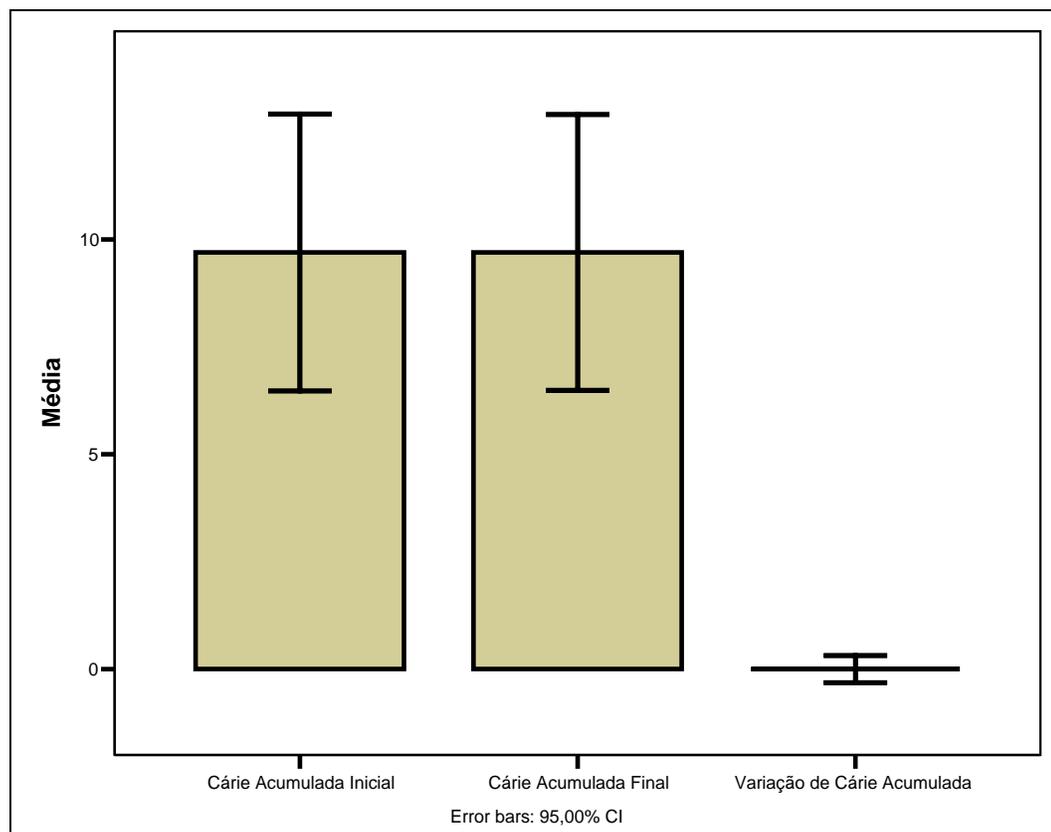


Gráfico 5.20 - Experiência de cárie acumulada

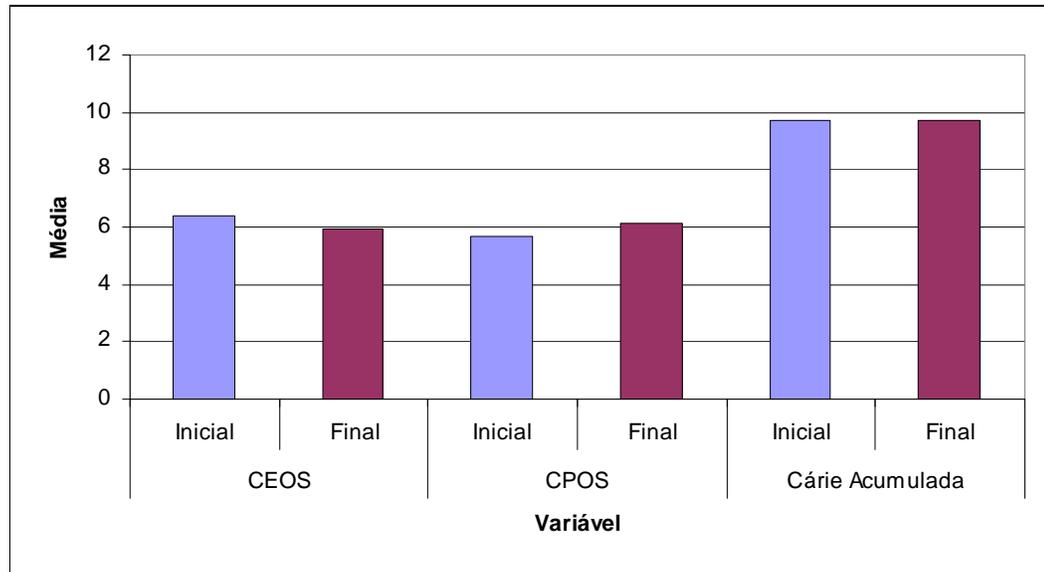


Gráfico 5.21 - Comparação entre os valores iniciais e finais de ceos, CPOS e cárie acumulada.

Para avaliar de modo mais detalhado o que aconteceu com as lesões cariosas em forma de manchas brancas inicialmente ativas, foi utilizado o teste de proporções (qui-quadrado). A comparação entre os valores iniciais e finais destas lesões pode ser observada nos gráficos 5.22 e 5.23.

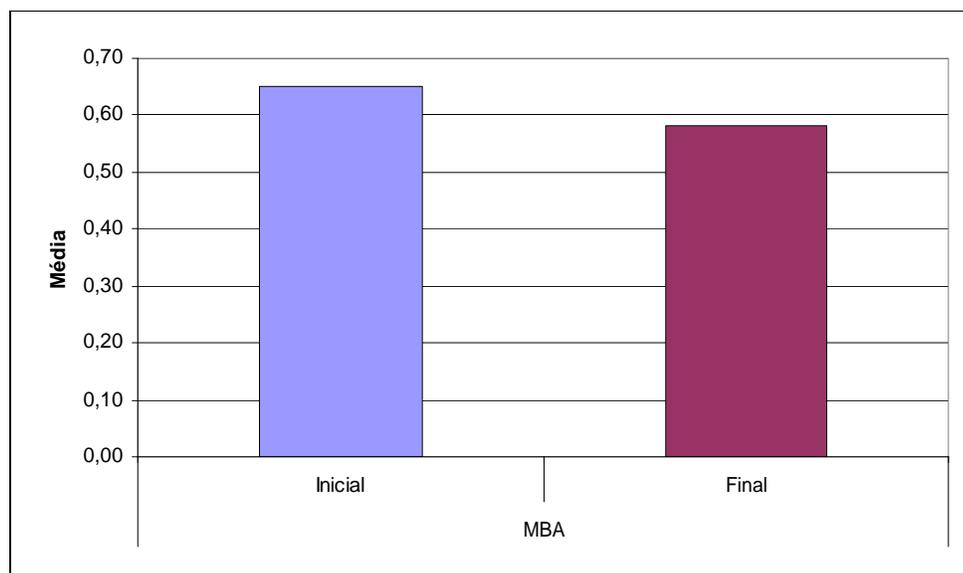


Gráfico 5.22 - Comparação entre os valores iniciais e finais de MBA.

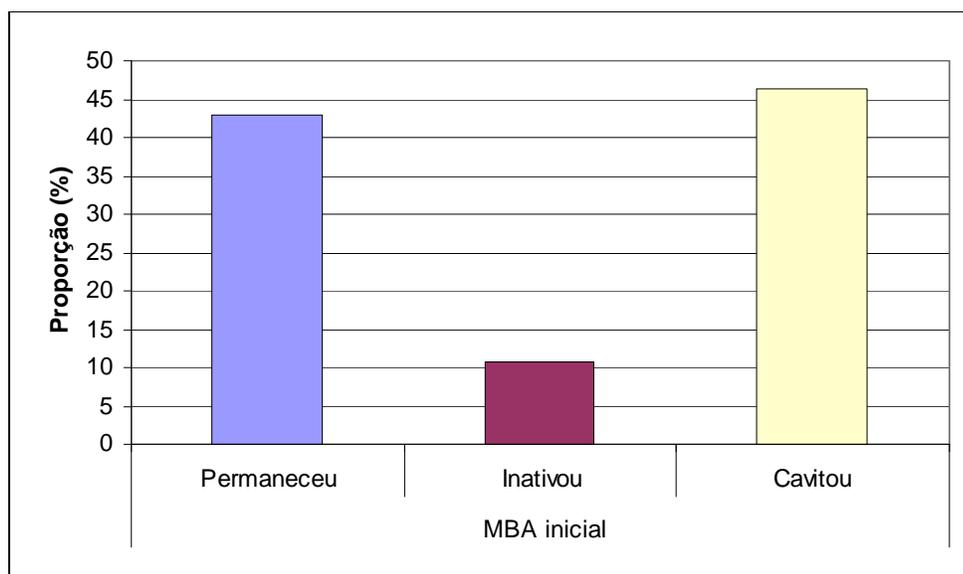


Gráfico 5.23 - Situação final das manchas brancas inicialmente ativas ($p < 0,05$).

Sendo assim, pode-se observar que uma pequena proporção de manchas brancas que estavam ativas no período inicial apresentava-se inativa ao segundo exame. A tabela 5.6 descreve a situação geral das manchas brancas nos períodos inicial e final, distribuídas de acordo com o tipo de fissura.

Tabela 5.6 - Descrição da situação inicial e final das MBAs de acordo com o tipo de fissura.

Tipo de Fissura	MBA inicial	MBA Final	Permaneceu ativa	Inativou	Cavitou	Nova MBA
Transunilateral	4	13	1	1	2	12
Transbilateral	7	3	3	0	4	0
Pós forame	9	6	6	2	1	0
Pré forame	8	3	2	0	6	1
Total	28	25	12	3	13	13

Esta análise descritiva mostra que metade das manchas brancas que permaneceram ativas ocorreu no grupo com fissura pós-forame incisivo, e a grande maioria das novas manchas brancas ativas ocorreram no grupo com fissura transforame incisivo unilateral. Não foi realizado teste estatístico devido ao pequeno número de ocorrências dividido pelo número de grupos. O gráfico a seguir ilustra os dados da tabela 5.6.

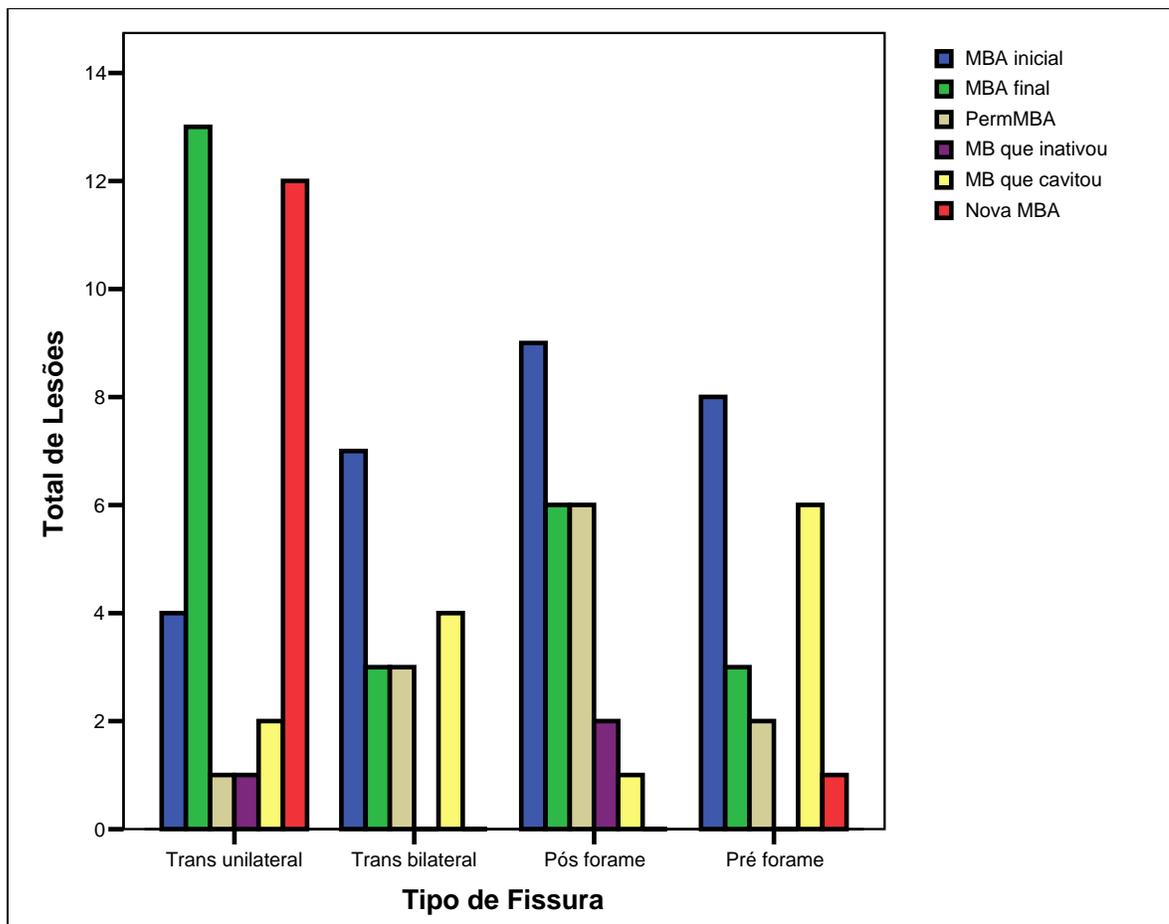


Gráfico 5.24 - Ilustração da situação inicial e final de manchas brancas de acordo com o tipo de fissura.

6. DISCUSSÃO

No Brasil, há alguns trabalhos que abordam as condições de saúde bucal de pacientes com fissura labiopalatal, seja na dentadura decídua (NEVES, 2002; CASTILHO, 2003; MURATA, 2003; SILVA, 2003), mista ou permanente (LAGES, 1999; MONTANDON; DUARTE; FURTADO, 2001). A nível mundial, há também relatos sobre o comprometimento da saúde bucal de indivíduos fissurados, seja devido à ocorrência de cárie dentária (JOHNSEN; DIXON, 1984; LIN; TSAI, 1999), ao comprometimento do periodonto (BRAGGER et al., 1985; TEJA et al., 1992; GAGGL et al., 1999) ou ambos (DAHLLÖF et al., 1989; PAUL; BRANDT, 1998; LUCAS et al., 2000). Entretanto, a maioria das pesquisas preocupa-se somente com a prevalência das doenças bucais em fissurados, sem considerar a progressão das alterações e o acompanhamento das mesmas. Poucos são os estudos de incidência e acompanhamento de saúde bucal de pacientes com fissura, sendo citados entre eles Bragger et al. (1992), Bokhout et al. (1997), Pernambuco (1997) e Gregg et al. (1999).

O principal motivo de realização do presente estudo foi conhecer as características bucais de pacientes fissurados em controle, referentes à manifestação da cárie e da doença periodontal para, assim, adaptar o programa de manutenção de saúde bucal do NOP – CAPADF – UFSC às reais necessidades da população que dele faz uso. Neves (2002) afirmou que avaliar o comportamento da doença cárie em pacientes com fissura labiopalatal é importante para que se possa delinear os pontos vulneráveis relacionados à adequada saúde bucal, já que para tais pacientes, esta é o início da possibilidade da reabilitação da má-formação e

também de suas conseqüências. Acrescenta-se também a doença periodontal, muito prevalente na população tendo, de modo especial, diversos fatores de risco presentes nos pacientes fissurados.

Além da importância da saúde bucal para o progresso e sucesso da reabilitação total, soma-se a influência que esta tem na qualidade de vida do paciente fissurado, fato já comprovado por meio de estudo que utilizou o Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD), realizado em Pernambuco por Cardoso, Caldas Jr. e Jovino-Silveira (2005).

É importante enfatizar que os pacientes com fissura labiopalatal além dos fatores de risco de desenvolvimento das doenças bucais cárie e doença periodontal comuns à população em geral, estão sujeitos à soma das alterações e fatores de risco inerentes à má-formação.

A alteração anatômica causada pela má-formação facilita o acúmulo de resíduos alimentares que constituem em um meio de cultura para a proliferação de microorganismos causadores de infecções (NEVES, 2002). Por sua vez, a fibrose cicatricial labial decorrente da reabilitação cirúrgica (queiloplastia) pode acarretar em dificuldades de movimentação do lábio, prejudicando a higiene bucal na região (DAHLLÖF et al., 1999; BOKHOUT et al., 1997; MURATA, 2003; SILVA, 2003). Cabe portanto, ao cirurgião-dentista alertar sobre a necessidade de tracionamento do lábio superior no momento da escovação para que a higiene bucal seja realizada de forma adequada.

Há ainda nestes pacientes uma diversidade de alterações na formação dentária conforme descrito por Ranta (1986). Estas alterações dentárias podem ser de forma, número, estrutura e posição (DAMANTE; SOUZA-FREITAS; MORAES, 1973; GOMIDE, 1996; OLIVEIRA; CAPELLOZA; CARVALHO, 1996; RUIZ et al.,

1999; VANZIN; YAMAZAKI, 2002; GOMES, 2004), também favorecendo o acúmulo de placa bacteriana na região ântero-superior e, conseqüentemente, o surgimento de doenças como a cárie dentária e o comprometimento periodontal.

Muitos pais, devido à presença de tantas alterações, acabam por apresentar medo ou mesmo receio de realizar a higiene bucal em seu filho, fator tão importante para a prevenção. Estudos realizados por Neves (2002) e Murata (2003) demonstram este fato. Existe portanto, a necessidade de desmistificação do estigma representado pela presença da má-formação. Cabe ao cirurgião-dentista esta tarefa, contribuindo para a saúde bucal e o bem-estar do paciente com fissura, seus familiares e pessoas de seu convívio.

Soma-se aos fatores já descritos as alterações oclusais, também decorrentes da má-formação, que exigem o uso de aparelhos ortodônticos. Estes também favorecem o acúmulo de placa devido à dificuldade de higienização. Todos estes fatores de implicância clínica podem formar uma condição propícia às doenças bucais em fissurados, desde a primeira infância e até mesmo na idade adulta.

Outra questão que merece ser destacada refere-se aos hábitos alimentares dos bebês fissurados. Para a realização da queiloplastia, realizada a partir do terceiro mês de vida, o bebê deve possuir peso de 5 kilogramas e boa condição de saúde geral. Para a cirurgia reparadora do palato (palatoplastia), realizada a partir do primeiro ano de vida, o mesmo deve ter peso de 9 kilogramas (DALBEN et al., 2003). A criança ainda necessita de boa condição de saúde geral, sem apresentar anemia. Sendo assim, em algumas situações, os próprios médicos pediatras recomendam a ingestão de sucos de frutas cítricas, visando combater a anemia. Estas bebidas, em muitos casos acrescentadas de açúcar ou de mel, contribuem

para a queda do pH bucal, favorecendo o processo de desmineralização (DALBEN et al., 2003).

Um achado comum na alimentação dos bebês fissurados é o uso de mamadeira iniciado em fase muito precoce que, além do leite, muitas vezes são acrescidas de farináceos, achocolatado e açúcar. Conforme estudo realizado por Silva (2003), muitos bebês utilizam a mamadeira várias vezes ao dia e também a utilizam no período noturno, adormecendo mamando ou mamando durante a noite, favorecendo a desmineralização dentária.

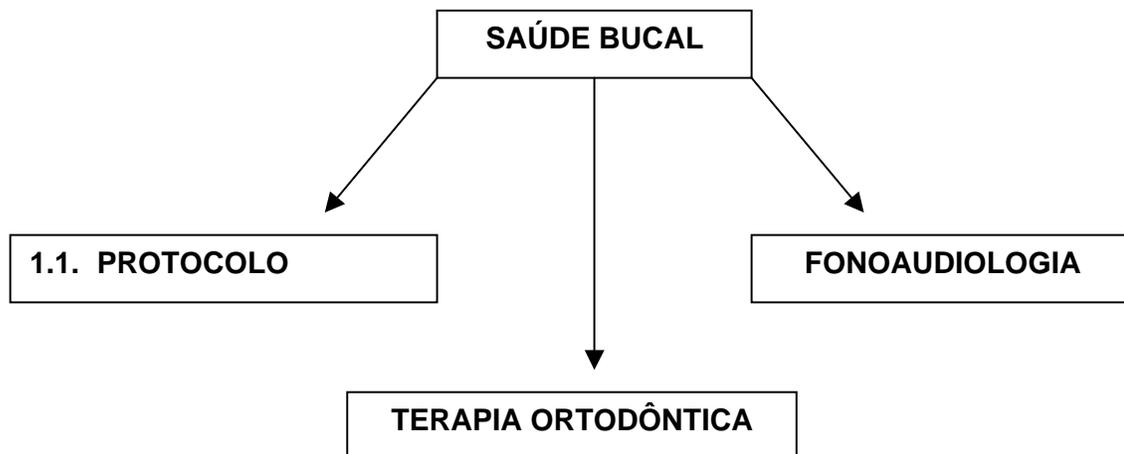
Tal atitude, também observada por Lin e Tsai (1999), é considerada extremamente prejudicial no que diz respeito à dentadura decídua, devido ao surgimento de quadro agudo de cárie, conhecido como cárie precoce da infância. Após a instalação destes hábitos inadequados de alimentação torna-se difícil de eles serem removidos.

Além das implicações clínicas da fissura como a alteração anatômica devido à fenda, a fibrose cicatricial labial, as alterações dentárias e de oclusão, e dos hábitos de aleitamento/amamentação inadequados, existem circunstâncias relacionadas aos aspectos psicológicos da família do paciente fissurado (DAHLLÖF et al., 1989). Tais circunstâncias, de um modo mais amplo, podem ter influência na vida da criança devido ao impacto causado na família com o nascimento do bebê com má-formação. Os pais podem ter atitudes permissivas com relação aos hábitos alimentares como um modo de compensar as dificuldades pelas quais a criança passa durante o curso do processo reabilitador (SACRAMENTO et al., 1996). As atitudes permissivas também são possíveis de acontecer com relação aos hábitos de higiene bucal (MURATA, 2003).

O comprometimento da saúde bucal, seja pela cárie dentária ou pela doença periodontal, causa vários prejuízos para o paciente fissurado. A primeira implicação ocorre com a realização das cirurgias, que devem ser realizadas com a adequada condição bucal, evitando-se assim a contaminação da área cirúrgica, prejudicial para o período de recuperação pós-cirúrgica, bem como para combater eventuais e desagradáveis episódios de sintomatologia de origem odontogênica. Sendo assim, deve haver colaboração do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar, em especial do odontopediatra, para que o protocolo cirúrgico composto por várias cirurgias, dependendo da severidade da má-formação, possa ser realizado sem atraso (STEPHEN; MACFADYEN, 1977). Tal condição demonstra necessidade de contratação de um odontopediatra para atuar no NOP – CAPADF, realizando ações de caráter coletivo e assim, abordando não apenas o paciente mas também os membros familiares, buscando a promoção de saúde aos mesmos.

Outra implicação da má condição bucal relaciona-se com prejuízos ao tratamento ortodôntico, necessário na maior parte das fissuras para correção esquelética e dentária, oriundas do crescimento alterado do terço médio da face (DAHLLÖF et al., 1989; BOKHOUT et al., 1997; ZSCHIESCHACK; GRABOUSKI, 1999; ROMERO-MAROTO et al., 1999; BIAN et al., 2001; CHAPPLE; NUNN, 2001). Muito comum em pacientes fissurados é a alteração da função fonética, especialmente nos casos em que há envolvimento do palato. Novamente, pode-se dizer que a terapia fonética é dependente de elementos dentários conservados.

A importância da saúde bucal para pacientes com fissura pode ser visualizada no esquema a seguir:



Para participação da pesquisa, iniciada no segundo semestre de 2004, foram convidados todos os pacientes com idade acima de 3 anos, participantes do programa de controle do NOP – CAPADF - UFSC. Os pacientes com menos de 3 anos de idade, ou seja, pacientes na primeira infância, foram excluídos devido à necessidade de rapidez no atendimento clínico em tal faixa etária. Os pacientes apresentavam-se na faixa etária de 4 a 25 anos (Gráficos 5.1 e 5.2, páginas 69 e 70), com média de idade de 11,6 anos (Tabela 5.1, página 70). Dentro do universo de pacientes do NOP, composto atualmente por mais de duzentos pacientes inscritos, a pesquisa foi iniciada com 53 pacientes, devido ao critério de participação na pesquisa, ou seja, a participação do paciente no programa de controle da saúde bucal, os quais foram submetidos aos exames e procedimentos de rotina das consultas de retorno. Com o início da segunda etapa da coleta de dados, 43 pacientes retornaram para avaliação.

Por várias vezes tentou-se contatar estes pacientes de modo que todos retornassem, no entanto, sem haver sucesso. Uma possível causa deste fato é o longo período que o NOP - CAPADF fica sem funcionamento, ou seja, os meses de dezembro, janeiro e fevereiro, correspondente ao período de férias dos acadêmicos

que realizam estágio na instituição, prestando o atendimento odontológico que envolve além do tratamento curativo, a abordagem educativa e os procedimentos preventivos. Tal período pode ser prejudicial no que diz respeito à falta de contato entre pacientes e CAPADF. Estes intervalos sem o atendimento causam dificuldades para o acompanhamento da saúde bucal, tão importante para estes pacientes. Possivelmente, a criação de uma central de agendamento de consultas favoreceria a comunicação e a busca de informações quando as famílias necessitassem. Além de facilitar a comunicação, facilitaria também o trabalho dos profissionais envolvidos no atendimento do paciente com fissura.

Outro fato ocorrido foi a greve de funcionários da UFSC, a qual teve seu início no segundo semestre de 2004, impossibilitando o atendimento no centro por um pequeno período de tempo, devido à falta de esterilização de materiais para os acadêmicos e de atendimento no ambulatório de radiologia do curso de graduação em Odontologia da UFSC.

Destes 43 pacientes, 19 apresentavam fissuras transforame incisivo unilateral, 7 transforame incisivo bilateral, 11 pré-forame incisivo e 6 pós-forame incisivo, de acordo com a classificação idealizada por Spina et al. em 1972 (Gráfico 5.3, página 71). Não foi observado nenhum caso de fissura do tipo transforame incisivo mediana, conforme sugerido por Silva Filho et al. (1992) por se tratar de um tipo raro de fissura observada por esta equipe de pesquisadores.

A maior parte dos pacientes era residente da Grande Florianópolis (38%) seguida pela região Sul do Estado (33%). Havia também pacientes do Planalto Serrano (14%), Oeste Catarinense (9%), Vale do Itajaí (4%) e Norte de Santa Catarina (2%) (Gráfico 5.4, página 71). A menor parte de pacientes do Norte e do

Vale do Itajaí deve refletir a proximidade que estas regiões têm com outro centro de atendimento a fissurados (PROFIS), localizado na cidade de Joinville-SC.

Por outro lado, o grande número de pacientes provenientes do Sul do Estado, do Planalto Serrano e do Oeste de Santa Catarina retrata a falta de atendimento para os indivíduos fissurados. Possivelmente por falta de conhecimento sobre as fissuras, muitos profissionais da área odontológica recusam-se a atender esta população. Este é possivelmente mais um fator prejudicial no que se refere à manutenção da saúde bucal de pacientes com fissura. Devido a falta de atendimento odontológico na sua região de origem, muitas famílias deslocam-se para Florianópolis para poder receber atendimento, mesmo sendo procedimentos de baixa complexidade como aplicação de selantes e uso de fluoretos, também recomendado por Rivkin et al. (2000 a e b).

Na maior parte das vezes, os pacientes estavam acompanhados das mães, que participaram respondendo a entrevista sobre o perfil socioeconômico da família do paciente. Questionou-se a respeito do nível de instrução das mães, já que estas mais comumente são as responsáveis pelos cuidados com os filhos. Observou-se então que as mães apresentavam um baixo nível de escolaridade (Gráfico 5.5, página 72). Nenhuma das mães possuía nível superior completo. Ao contrário, somente 24% delas havia concluído o ensino fundamental e 21% o ensino médio. A maioria delas apresentava escolaridade inferior. Esta observação está de acordo com os achados de Neves (2002), de Castilho (2003) e Silva (2003) em estudos também realizados no Brasil.

Um aspecto positivo encontrado com relação à amostra foi que quase todos os pacientes residiam em casas próprias, conforme demonstra o gráfico 5.6 (página 72). Ainda com relação à localização residencial, o mesmo gráfico demonstra que

28% dos pacientes residem em regiões rurais, fato que pode sugerir a influência do uso de agrotóxicos relacionados à profissão, no período de gestação, especialmente entre a quarta e a décima segunda semana de vida intra-uterina, período correspondente ao desenvolvimento da face.

O entrevistado também foi questionado a respeito da renda familiar que, para facilitar a resposta, foi dividida em salários mínimos (Gráfico 5.7, página 73). A constatação feita foi que 44% das famílias têm renda de até 2 salários mínimos. Em segundo lugar, 40% aproximadamente têm rendimento mensal de 2 a 4 salários mínimos, seguida de uma menor parte que apresenta renda entre 4 a 6 salários mínimos. Nenhuma família entrevistada possuía renda superior a 6 salários mínimos. Esta constatação, referente a um baixo nível socioeconômico, está de acordo com resultados observados nos estudos de Bokhout et al. (1996b e 1997), onde maior parte dos pacientes fissurados também pertencia a um baixo nível socioeconômico. Diverge porém, da pesquisa realizada por Tomita et al. (1996), onde os estudiosos observaram em seus resultados uma predominância da classe média. Sendo o CAPADF uma instituição pública de prestação de serviços de saúde também com a finalidade de aprendizado por parte de alunos de graduação e pós-graduação em Odontologia, é comum que grande parte da parcela de pacientes que procura o serviço seja oriunda de uma camada menos favorecida da população. Isto demonstra por um lado a realidade brasileira, pois muitas pessoas nunca consultaram um cirurgião-dentista. Outra parte da população também procura o atendimento odontológico no serviço público ou em instituições de ensino.

Esta elevada parcela de pacientes fissurados pertencente a uma baixa classe social pode demonstrar predisposição às fissuras labiopalatais, já que as mesmas são relacionadas não somente com fatores genéticos, mas também com fatores

ligados ao ambiente. As gestantes podem ter menos acesso ao acompanhamento pré-natal e mais sujeitas a infecções e deficiências nutricionais o que, fatalmente, pode acarretar em má formação do bebê.

Sobre os recursos utilizados para comparecer ao CAPADF (Gráfico 5.8, página 73), os pacientes relatam em sua maioria (68%) serem dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo providenciado o transporte através das secretarias de saúde das suas cidades de origem. Este fato pode também dificultar a participação no programa de prevenção em saúde bucal, pois quando os pacientes não conseguem vagas nos veículos disponíveis ou, quando a secretaria municipal de saúde não fornece as passagens, os mesmos não têm condições de comparecer para o atendimento odontológico marcado. Outros 32% dos pacientes contam com recursos próprios para comparecerem ao CAPADF. Entretanto, esta situação não exclui a dificuldade para a vinda ao atendimento pois, para uma família com baixa renda fica evidente a deficiência financeira para o transporte do paciente e seu acompanhante. A contratação de profissionais da área de Serviço Social propiciaria um melhor acolhimento e atendimento às necessidades do paciente e sua família. Também a interação do CAPADF com estagiários do curso de graduação em Serviço Social da UFSC seria benéfica para o centro.

Um aspecto que, sem dúvida, é prejudicial para o desenvolvimento de lesões cáries refere-se à falta de fluoretação das águas. Apesar de 60% dos pacientes terem acesso à água fluoretada, 40% ainda não dispõem deste benefício (Gráfico 5.9, página 74). Novamente ficam evidentes as dificuldades a que tais famílias são submetidas, devido a sua desfavorável situação econômica. Para Sacramento et al. (1996) a condição desfavorável das famílias de crianças fissuradas pode ter associação direta com a doença cárie.

A avaliação clínica feita nas consultas de controle no NOP – CAPADF busca oferecer aos seus usuários a utilização de fluoretos em outras formas. Dependendo do acesso ao flúor na água, da necessidade do paciente, do controle de deglutição por parte da criança e outras características, os pacientes recebem prescrição de bochechos diários de fluoreto de sódio na concentração de 0,05% (Gráfico 5.10, página 74). Por outro lado, os pacientes em controle recebem periodicamente aplicações tópicas de flúor, seja na forma de gel ou de vernizes fluoretados, de acordo com a necessidade de cada um, também sugerido na literatura por autores como Stephen e Macfadyen (1977) e Rivkin et al. (2000 a e b).

Outro aspecto importante avaliado foi sobre o acesso ao atendimento odontológico que os pacientes têm (Gráfico 5.11, página 75). Cabe ressaltar a importância social do CAPADF pois, aproximadamente 74% da amostra recebe atenção odontológica exclusivamente no núcleo de Odontopediatria do centro, apesar de alguns pacientes já estarem na idade adulta e outra grande parte serem considerados como adolescentes, o que implicaria em procura por outras áreas da Odontologia que não fossem a Odontopediatria.

Ao serem questionados sobre a procura de atendimento odontológico fora do CAPADF, 61% dos responsáveis pelos pacientes responderam positivamente (Gráfico 5.12, página 75). Destes pacientes, grande parte conseguiu o atendimento. Todavia, em torno de 15% não obteve o atendimento necessário na sua cidade de origem. Uma possível contribuição seria a realização de cursos para capacitação de profissionais das diversas áreas envolvidas com a reabilitação das fissuras. Tais cursos proporcionariam aos profissionais treinamento para as especificidades da fissura labiopalatal. Esta discussão a respeito do atendimento da criança com fissura foi também abordada por Shah e Wong (1980), pois os autores afirmam que

muitos centros de atendimento de saúde têm problemas com o atendimento destes pacientes, preferindo encaminhá-las para centros de referência que se dedicam aos mesmos. Assim, novamente fica implícita a importância do CAPADF como um órgão promotor de saúde para o paciente fissurado. Para os pacientes com fissura labiopalatal, a odontologia é fundamental durante todo o extenso e complexo processo de reabilitação (RIVKIN et al., 1999; ROMERO-MAROTO et al., 1999; DONAGH et al., 2000), além da influência positiva na sua qualidade de vida.

O objetivo deste estudo foi avaliar as condições de saúde bucal dos pacientes com fissura labiopalatal e por isso a coleta de dados foi realizada em dois momentos, sendo executado um exame inicial, o qual foi repetido com a mesma metodologia após seis meses. Devido ao propósito de conhecer as condições bucais dos pacientes em controle, optou-se por utilizar a mesma ficha clínica utilizada no NOP – CAPADF para as consultas de retorno.

O primeiro índice avaliado na amostra foi referente ao IPV, sendo os critérios e metodologia utilizados os mesmos adotados no centro. Tendo em vista a participação da placa bacteriana no desenvolvimento das doenças bucais, em especial a cárie e a doença periodontal, é fundamental que os pacientes fissurados apresentem controle de placa por meio de adequada higiene bucal. Visando a abordagem educativa e preventiva dos pacientes que dele fazem uso, o NOP – CAPADF, em cada consulta de retorno, propicia informações para o paciente e seus pais e/ou responsáveis sobre a importância da saúde bucal para a reabilitação da fissura. Esta necessidade tem sido enfatizada por estudiosos dos fatores de risco de doenças bucais em fissurados como Gomide (1996) e Gomes (2004) e por autores que relatam a importância do estabelecimento de programas preventivos para estes pacientes, os quais devem ser iniciados em fase precoce da vida da criança -

(PERNAMBUCO, 1997; GREGG; JOHNSEN; PATTINSON, 1999; AUGUSTO; BORDON; DUARTE, 2002; CASTILHO, 2003).

A porcentagem média de superfícies cobertas por placa no início da pesquisa foi próxima de 5% (Gráfico 5.13, página 76), considerado um valor baixo quando comparado ao estudo de Dahllöf et al. (1989). O gráfico 5.14 (página 78) demonstra o IPV em relação aos tipos de fissura. Os pacientes com fissura transforame incisivo bilateral e pós-forame incisivo foram os que tiveram o maior IPV, quando comparados aos pacientes com fissuras do tipo transforame incisivo unilateral e pré-forame incisivo. Por outro lado, com exceção das fissuras transforame incisivo unilateral, todos os tipos de fissura apresentaram uma pequena redução do IPV ao segundo exame (Tabela 5.2, página 77). A variação do IPV médio final foi de $-0,47$ (Tabela 5.3, página 77). Apesar das diferenças apresentadas, elas não foram consideradas estatisticamente significativas após a avaliação por análise de variância (Gráfico 5.15 e Tabela 5.5, páginas 79 e 80). É importante salientar que tal índice retrata apenas a placa visível no momento do exame, não demonstrando a higiene bucal no cotidiano do paciente. Paul e Brandt (1998) avaliando a higiene bucal de crianças com fissura encontraram uma média de 0,9 superfície com placa e, como no presente estudo, não observaram diferenças significativas entre os tipos de fissura. Porém, salientam que o índice de placa foi significativamente maior na região anterior do que nos segmentos posteriores, característica relacionada com os fatores de risco presentes nos indivíduos fissurados. Esta redução no IPV é uma questão positiva do programa de controle avaliado, podendo ser considerada uma conquista do mesmo devido ao acompanhamento odontológico realizado com este grupo de pacientes. Turner et al. (1998) demonstram que a maior parte das crianças com fissura apresenta uma pobre higiene bucal, sendo que em sua pesquisa,

apenas 6% tinham higiene excelente e 28% foi considerada boa. Schultes et al. (1999) também relatam pobre higiene bucal em pacientes fissurados, enfatizando que o envolvimento do alvéolo causa uma predisposição à destruição periodontal. Por outro lado, Lucas et al. (2000) não consideram haver diferença entre pacientes com e sem fissura labiopalatal quanto ao acúmulo de placa decorrente de má higiene bucal, conforme suas avaliações.

Após a obtenção do IPV, por meio de exame clínico, o paciente realizava a higiene bucal, a qual era supervisionada por um acadêmico e pela pesquisadora, não sendo realizada revelação de placa bacteriana para evitar mascarar as lesões cáries incipientes em forma de mancha branca. Este momento pode ser considerado uma nova oportunidade para promoção de saúde, o que inclui a educação em saúde bucal dos mesmos e também dos responsáveis, conforme preconizada por Augusto, Bordon e Duarte (2002).

Logo após a realização da higiene bucal, os pacientes retornavam à cadeira odontológica para verificação do ISG (Gráfico 5.13, página 76). O valor reduzido de superfícies sangrantes, cerca de 2% das superfícies, foi outra característica positiva observada no programa de controle do NOP - CAPADF. No entanto, quando comparados os valores iniciais e finais do índice, foi constatado um aumento do mesmo (Tabelas 5.2 e 5.3, página 77). Os pacientes com fissuras do tipo transforame incisivo unilateral e bilateral foram os que apresentaram aumento (Gráfico 5.14 e Tabela 5.4, páginas 78 e 80). Mesmo com este aumento, a análise de variância não demonstrou haver diferença significativa entre os diferentes tipos de fissura (Gráfico 5.15 e Tabela 5.5, páginas 79 e 80), também concluído no estudo realizado por Bragger et al. (1985). O aumento do ISG também não foi considerado estatisticamente significativo. Este achado demonstra estar de acordo com Lages

(1999) em estudo realizado no Brasil, que considera que a doença periodontal não se manifesta de modo mais severo em pacientes fissurados do que em pacientes sem fissura. Schultes et al. (1999) e Lucas et al. (2000) também não consideram a existência de maior severidade de doença periodontal e/ou aumento de inflamação gengival em pacientes fissurados em comparação com pacientes sem a má-formação.

Ao contrário, Dahllöf et al. (1989) constatou que 11% das superfícies dentárias de crianças fissuradas ou com outras má-formações associadas tinham sangramento à sondagem, porcentagem mais alta do que no grupo controle sem má-formação, principalmente na região ântero-superior. Costa et al. (2003) alertam sobre a necessidade de atenção regular e precoce à saúde periodontal de pacientes fissurados, enfatizando não só a análise clínica mas também os fatores biológicos responsáveis pela alteração do periodonto, já que comparando pacientes com e sem fissura observou-se quantidades de placa similares porém, com índice de gengivite maior nas crianças com a má-formação.

Também Paul e Brandt (1998) demonstram uma média de ISG de 0,4 em crianças fissuradas, sendo o índice maior em pacientes com fissura de lábio e palato do que nas fissuras isoladas de palato, o que reforça a importância dos fatores de risco, mais comuns nas fissuras com envolvimento de alvéolo. Este fato também foi demonstrado por Bragger et al. (1992) pois, avaliando a progressão da doença periodontal por um período de 8 anos, encontraram altos e generalizados índices de placa e de sangramento gengival. Sugere-se então, que os pacientes sejam acompanhados por um maior intervalo de tempo, visando conhecer as mudanças ocorridas com os pacientes atendidos no NOP- CAPADF.

Teja et al. (1992) alertam que o defeito anatômico, padrão de erupção, movimentação ortodôntica e presenças de restaurações contribuem para a redução do nível ósseo do incisivo adjacente à fissura. Sendo assim, o NOP – CAPADF encontra-se em concordância com Gaggl et al. (1999), que recomenda adoção de medidas intensas de higiene bucal para prevenir ou, pelo menos, diminuir a extensão da doença periodontal.

Chama a atenção o fato de que, apesar da redução no índice IPV, o índice ISG apresentou aumento, embora considerado não significativo estatisticamente. Este fato pode ser devido a uma melhora da higiene no dia de realização da consulta de controle, devido à insistência dos estagiários integrantes do NOP – CAPADF com os pacientes e seus responsáveis sobre a importância da higiene bucal para o sucesso da reabilitação, envolvendo tanto os procedimentos cirúrgicos quanto o tratamento ortodôntico, cujo encaminhamento é muito desejado e esperado por parte dos pacientes e seus responsáveis. Possivelmente, a criação de um manual de orientações aos familiares contendo figuras ilustrativas sobre a saúde bucal dos pacientes fissurados seria um objeto de conscientização que a higiene bucal merece atenção especial diariamente e não apenas próxima ao dia da consulta de controle. Além do manual de orientações, a contratação de um psicólogo favoreceria a busca da colaboração e o interesse das famílias durante todo o processo reabilitador.

O índice ceos médio apresentado na primeira avaliação de um grupo de 30 pacientes, que possuíam dentes decíduos, foi de 6,3 (Gráfico 5.16, página 81) com desvio padrão de 7,883. Este valor pode ser considerado baixo quando comparado ao estudo de Tomita et al. (1996), entretanto similar ao encontrado por Lucas et al. (2000). Em comparação com Paul e Brandt (1998) o índice ceos dos pacientes do

NOP pode ser considerado alto, porém é necessário enfatizar que estes autores demonstraram que a redução da atividade de cárie também pode ser conseguida com orientações adequadas através da comunicação entre profissionais, pacientes e responsáveis. Há alguns estudos sobre a prevalência da cárie dentária em pacientes fissurados já na primeira infância. Neves (2002) observou em bebês fissurados um dente cariado a cada 4 dentes irrompidos no primeiro ano de vida do paciente. Murata (2003) também observou alto índice de cárie em bebês fissurados, desta vez aliados à inadequada higiene bucal. Diante destes estudos fica mais evidente a importância de estabelecimento de programas preventivos e também a avaliação destes programas. Os programas de prevenção e controle de saúde bucal devem ter início no primeiro ano de vida do bebê fissurado, sendo assim sugerido por Hewson Galway et al. (2001), já que estes mesmos autores também observaram alto comprometimento da dentadura decídua devido à cárie. Pimentel (1986), Pernambuco (1977) e Lin e Tsai (1999) também alertam para que os programas preventivos tenham preocupação com o controle de placa e orientações de dieta, preferencialmente iniciando no primeiro ano de vida.

A posição do NOP – CAPADF é trabalhar a questão preventiva também com a educação dos pais. Apesar de muitos pais apresentarem conhecimento sobre a saúde bucal de seus filhos, nem sempre estes conhecimentos são colocados em prática como demonstrado na literatura pois, mesmo com o conhecimento apresentado por pais de crianças fissuradas, em muitos casos os pacientes tinham má conservação da dentadura decídua (CASTILHO, 2003). Assim como muitas crianças atendidas no NOP – CAPADF apresentam cárie nos dentes decíduos, observa-se em várias outras pesquisas uma alta prevalência da doença cárie.

Estudos como o de Johnsen e Dixon (1984) demonstram que, principalmente, os incisivos superiores decíduos são atacados pela cárie. Tal fato ocorre pela facilidade que os dentes com defeitos de esmalte são atingidos pela doença. A superfície de esmalte pode apresentar-se rugosa ou com hipoplasias, tornando o esmalte hipomineralizado. As bactérias potencialmente cariogênicas podem então colonizar mais facilmente este tecido do que se o mesmo estivesse intacto. Esta possibilidade leva à associação com a pesquisa de Bokhout et al. (1996a) que obteve como resultados uma alta prevalência de colonização de *S. mutans* tanto na placa quanto na saliva de bebês com fissura de lábio e palato, sendo que estes autores também alertam sobre a necessidade de medidas preventivas. A alta atividade de cárie na dentadura decídua também foi observada por Bian et al. (2001), sendo feita a associação entre o baixo nível sócio-cultural das mães, assim como observado com o grau de instrução das mães dos pacientes atendidos no CAPADF.

Com o objetivo de preservar a saúde bucal, o NOP – CAPADF oferece o programa de controle. Existem entretanto, além das dificuldades apresentadas pelas famílias dos pacientes, as dificuldades do próprio centro, diante dos extensos períodos sem funcionamento, seja por motivo de férias ou por eventuais greves. Nestes intervalos os pacientes ficam sem atenção, interrompendo o programa de manutenção de saúde bucal. De acordo com estudo realizado por Rivkin et al. (1999), o acesso à atenção odontológica e às informações sobre as doenças bucais deve ser em programas de atenção continuada.

Esta importância é demonstrada em estudos como o de Stephen e MacFadyen (1977) que demonstraram o êxito de um programa preventivo para crianças com fissura, realizado por três anos, onde a redução do índice ceos foi de

98,7%. O programa baseado em orientações dietéticas, de higiene bucal, uso de fluoretos e de selantes oclusais conseguiu manter 74% das crianças participantes livres de cárie. Além dos benefícios para as crianças, pode-se afirmar que existem também benefícios para a saúde pública, devido à redução de gastos.

Ao segundo exame, o ceos médio apresentado por um grupo de 29 pacientes foi de 5,97 (Gráfico 5.17, página 82) com desvio padrão de 7,509. Pode-se perceber que houve uma redução na experiência de cárie na dentadura decídua de 0,37 (\pm 1,07). É fundamental enfatizar que esta redução no índice ceos ocorreu devido à exfoliação natural de dentes decíduos. Além do processo de rizólise, uma situação de ocorrência comum no NOP – CAPADF é a realização de exodontias indicadas pelos núcleos de Ortodontia e de Cirurgia Bucomaxilofacial. Logo, também assim é reduzido o número de dentes decíduos e, conseqüentemente, acarreta em redução do número de superfícies dentárias cariadas, restauradas ou perdidas por cárie. Similarmente, Tomita et al. (1996) encontrou valores de ceos que foram reduzidos com o aumento da idade dos pacientes, assim como no CAPADF.

O CPOS médio observado em 40 pacientes ao primeiro exame foi de 5,7 (Gráfico 5.18, página 83) sendo o desvio padrão de 8,525. Estes valores são considerados altos se comparados com os valores de CPOS de 0,4 e 1,9 para as idades de 6 a 12 e 13 a 18 anos obtidos na pesquisa de Paul e Brandt (1998). Outra pesquisa (TOMITA et al., 1996) também apresentou índices CPOS mais baixos quando comparados aos pacientes atendidos no NOP. Como no presente estudo foram incluídos alguns adultos, possivelmente muitos pacientes tenham ingressado no NOP já mutilados pela cárie dentária, justificando por um lado estes elevados índices da doença cárie.

Ao final da pesquisa, avaliando-se 40 pacientes, o CPOS médio foi 6,1 (Gráfico 5.19, página 83), com desvio padrão de 8,59. Uma possível explicação para os índices de cárie elevados em fissurados, segundo Turner et al. (1998), seria que os pais focam a atenção na realização das cirurgias e procedimentos médicos, relegando ao segundo plano a atenção odontológica. Os mesmos autores alertam que para os pacientes com fístula no palato a drenagem de secreção nasal para a cavidade bucal pode contribuir na aderência da placa aos dentes, favorecendo a atividade de cárie.

Também as dificuldades financeiras pelas quais passam as famílias podem ser uma barreira até mesmo para a aquisição de produtos de higiene bucal. De modo similar, Pimentel (1986) percebeu que a melhora do índice de higiene bucal foi proporcional à ascensão da classe econômica do paciente. Mesmo com a boa higiene bucal no dia da avaliação, pode existir a possibilidade dos pacientes descuidarem entre os intervalos das consultas de retorno, contribuindo assim para o incremento da cárie dentária.

Lauterstein e Mendelsohn (1964) não observaram em pacientes com fissura labiopalatal maior prevalência de cárie dentária quando comparados com pacientes sem má-formação. Também Lages (1999) avaliando pacientes brasileiros com fissura, considera que de um modo geral o comprometimento dentário não difere dos padrões populacionais. Mas, diante dos fatores de risco presentes nestes pacientes observou-se atividade de cárie. Para Besseling e Dubois (2004) que também observaram alta prevalência de cárie em fissurados, é clara a necessidade de tratamento destas lesões. No entanto, os autores enfatizam que isto requer um importante suporte financeiro e força de trabalho dedicada ao tratamento e à atenção para com os pacientes com fissura labiopalatal.

De acordo com os índices CPOS observados no início e ao final da pesquisa, houve um incremento de cárie dentária nos dentes permanentes de 0,37 (\pm 0,817). Observa-se que na variável CPOS foi encontrada diferença entre os valores iniciais e finais e, apesar da pequena diferença numérica, deve ser considerado um aumento importante. Bokhout et al. (1997) obtiveram como resultado da sua pesquisa realizada na Suécia uma incidência de cárie em fissurados 3,5 vezes maior do que na população infantil sem má-formação.

Com relação à experiência de cárie acumulada, englobando ceos + CPOS, não considera-se a existência de variação no período, pois o incremento do CPOS e a exfoliação de dentes decíduos afetados por cárie, além das exodontias indicadas por outros núcleos do CAPADF, foi semelhante no intervalo de tempo de realização da pesquisa (Gráficos 5.20 e 5.21, páginas 84 e 85). Primeiramente, é preciso ter consciência que este fato ocorreu pela diminuição do número de dentes decíduos. Logo, o incremento de cárie na dentadura permanente deve ser considerado de grande relevância pois, o intervalo de tempo da pesquisa foi somente de seis meses. Torna-se assim, fundamental o acompanhamento da amostra participante do estudo por um maior intervalo de tempo para que se possa conhecer com mais detalhes a evolução da doença cárie dentária nos mesmos.

Um aspecto de extrema importância também avaliado no presente estudo foi referente a lesões cariosas em forma de mancha branca. Devido à quase obrigatoriedade de realização de terapia ortodôntica, as manchas brancas merecem um destaque especial na avaliação bucal de pacientes com fissura labiopalatal. O levantamento destas lesões torna-se uma questão ética pois, encaminhar um paciente com alta atividade de cárie para o tratamento ortodôntico pode causar ao mesmo uma série de transtornos e problemas prejudiciais para a reabilitação.

Comprovando tal idéia, Silva (2003) observou um ceo-d médio de 0,95 em bebês fissurados. No entanto, ao levar em consideração também as lesões de mancha branca, o ceo-d aumentou para 1,5. Bokhout et al. (1996 b) avaliando a saúde bucal de bebês fissurados encontrou número mais elevado de manchas brancas nos mesmos em relação a um grupo controle sem má formação.

Com relação às manchas brancas (Gráficos 5.22 e 5.23, página 86), constatou-se que uma pequena proporção (11%) das manchas inicialmente ativas apresentou-se inativa ao fim do período de avaliação. Uma grande parte delas continuou ativa (43%) e 46% das mesmas lesões sofreram cavitação. Perante a avaliação por tipo de fissura, pode-se notar que a maior parte das novas lesões incipientes ocorreu nos pacientes com fissura transforame incisivo unilateral e metade das lesões que continuaram ativas foram nos pacientes com fissura do tipo pós-forame incisivo (Gráfico 5.24 e Tabela 5.6, páginas 87 e 88).

Devido à alta atividade de cárie em pacientes com fissura Gregg et al. (1999) demonstram a importância das visitas dos mesmos aos centros especializados em seu tratamento. Porém, enfatizam a necessidade de um odontopediatra na equipe profissional, para que o mesmo possa dar o suporte necessário à saúde bucal dos pacientes. Resultados obtidos por aquela equipe de pesquisadores demonstram a dificuldade de prevenção da dentadura decídua mas uma gratificante redução de cárie na dentadura permanente dos mesmos.

Lucas et al. (2000), apesar de não perceberem diferença entre os índices de cárie de pacientes com e sem fissura labiopalatal, perceberam que nas crianças com fissura há um maior número de cavidades. Isso pode significar que os pacientes têm dificuldades de acesso ao atendimento, sendo a mesma situação já observada e discutida anteriormente neste estudo. Esse maior número de cavidades

cariosas poderia ser amenizada com o acesso ao serviço odontológico especializado, também de acordo com Chapple e Nunn (2001) que reconhecem a importância e o diferencial que um odontopediatra na equipe multidisciplinar pode fazer. No Brasil, Montandon, Duarte e Furtado (2001) demonstram ser necessária a presença de no mínimo um odontopediatra e um ortodontista para um programa de atendimento a pacientes com fissura labiopalatal.

Logo, com o crescimento do CAPADF, observa-se a necessidade da contratação de profissionais para prestar o atendimento indicado a esta população. Além disso, a criação de um prontuário único para o paciente, contendo a evolução de todas as áreas envolvidas permitiria aos profissionais conhecer a situação clínica do paciente e favoreceria a interação entre as mesmas. O serviço oferecido aos pacientes deverá ter características que envolvam não só o tratamento curativo mas também a prevenção já realizada que, conforme Silva, Passold e Carcereri (2004), com a observação de caso clínico realizado no próprio CAPADF, o atendimento oferecido deve respeitar a individualidade e a história de vida de cada paciente.

Diante dos resultados e comparações realizadas, é possível afirmar que o atendimento preventivo prestado no NOP – CAPADF conseguiu atingir redução no IPV, apesar do aumento do ISG, além de ter uma importância social muito relevante para os pacientes e seus familiares. O incremento de cárie observado no índice CPOS final, juntamente com a presença de novas lesões ativas de mancha branca deve despertar interesse nos envolvidos com o atendimento oferecido no centro, para que possam ser feitas as melhoras e adaptações indicadas e conseqüentemente os pacientes possam receber a atenção voltada para sua reabilitação integral, bem como sua inserção na sociedade. Sendo assim, haverá

também uma maior contribuição para a qualidade de vida dos indivíduos fissurados, sua família e pessoas de seu convívio.

7. CONCLUSÃO

Diante do observado com o desenvolvimento da pesquisa, pode-se concluir que:

Os pacientes apresentaram um perfil socioeconômico que pode ter influência nas condições bucais e na sua participação em programas de controle de saúde bucal;

Os pacientes participantes do programa de manutenção de saúde bucal apresentaram bons índices de higiene bucal, não apresentando diferenças estatisticamente significativas no IPV inicial e final, não havendo diferenças nos índices obtidos de acordo com o tipo de fissura;

Os pacientes não apresentaram diferenças significativas no ISG inicial e final, também não havendo diferenças nestes resultados de acordo com o tipo de fissura, sendo os índices considerados baixos;

O índice “ceos” apresentou redução de 0,37 ($\pm 1,07$) quando comparados os valores inicial e final;

O incremento de cárie de acordo com o CPOS foi de 0,37 ($\pm 0,817$) quando comparados os valores inicial e final;

Houve progresso de lesões incipientes, pois a maior parte tornou-se lesões cavitadas, além de haver surgimento de novas manchas brancas;

A experiência de cárie acumulada (ceos + CPOS) não apresentou variação no período devido à exfoliação de dentes decíduos e a realização de extrações indicadas por outras áreas do CAPADF;

Devido à redução do índice ceos ser semelhante ao incremento do CPOS, o quadro de saúde bucal dos pacientes manteve-se estável no intervalo de 6 meses. No

entanto, é importante enfatizar que tal estabilidade foi devida à exfoliação de dentes decíduos e/ou a realização de extrações indicadas.

8. REFERÊNCIAS

AUGUSTO, H. S.; BORDON, A. K. C. D.; DUARTE, D. A. Estudo da fissura labiopalatal. Aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. **J. bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.5, n.27, p.432-436, set./out. 2002.

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

BESSELING, S.; DUBOIS, L. The prevalence of caries in children with cleft lip and/or palate in Southern Vietnam. **Cleft Palate Craniofac. J.**, Lewiston, v.41, n.6, p.629-632, Nov. 2004.

BIAN, Z. et al. Caries experience and oral health behavior in Chinese children with cleft lip and/or palate. **Pediatr Dent**, Chicago, v.23, n.5. p.431-434, Sept./Oct. 2001.

BOKHOUT, B. et al. Prevalence of Streptococcus mutans and Lactobacilli in 18-month-old children with cleft lip and/or palate. **Cleft Palate Craniofac. J.**, Lewiston, v.33, n.5, p.424-428, Sept. 1996.

BOKHOUT, B. et al. Increased caries prevalence in 2,5-year-old children with cleft lip and/or palate. **Europ. J. Oral Sci.**, Copenhagen, v.104, n.5/6, p.518-522, Oct./Dec. 1996.

BOKHOUT, B. et al. Incidence of dental caries in the primary dentition in children with a cleft lip and/or palate. **Caries Res.**, New York, v.31, n.1, p.8-12, Jan. 1997.

BRAGGER, U. et al. Periodontal conditions in adolescents with cleft lip, alveolus and palate following treatment in a coordinated team approach. **J. Clin Periodont.**, Copenhagen, v.12, n.6, p.494-502, July. 1985.

BRAGGER, U. et al. Periodontal conditions in adults patients with cleft lip, alveolus, and palate. **Cleft Palate Craniofac. J.**, Lewiston, v.29, n.2, p.179-185, Mar./Apr. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CARDOSO, M. S. O.; CALDAS JR., A. F. C.; JOVINO-SILVEIRA, R. C. Saúde bucal e qualidade de vida em pacientes fissurados. **Rev Int Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec.**, Curitiba, v.1, n.1, p.92-98, jan./mar. 2005.

CASTILHO, A. R. F. **Avaliação dos conhecimentos em saúde bucal e condição odontológica em pares de mães e filhos fissurados**. 2003. 19f. Monografia

(Especialização – Odontopediatria) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2003.

CHAPPLE, J. R.; NUNN, J. H. The oral health of children with cleft of the lip, palate or both. **Cleft Palate Craniofac. J.**, Lewiston, v.38, n.5, p.525-528, Sept. 2001.

COSTA, B. et al. Clinical and microbiological evaluation of the periodontal status of children with cleft unilateral complete cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac. J.**, Lewiston, v.40, n.6, p.585-589, Nov. 2003.

DAHLLÖF, G. et al. Caries, gingivitis, and dental abnormalities in preschool children with cleft lip and/or palate. **Cleft Palate J.**, Baltimore, v.26, n.3, p.233-238, July. 1989.

DALBEN, G. S. et al. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v.40, n.1, p.84-87, Jan. 2003.

DAMANTEJ. H.; SOUZA FREITAS, J. A.; MORAES, N. Anomalias dentárias de número na área da fenda, em portadores de malformações congênitas lábio-palatais. **Estomatol. cult**, Bauru, v.7, n.1, p.88-97, jan/jun. 1973.

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

GAGGL, A. et al. Periodontal disease in patients with cleft palate and patients with unilateral and bilateral clefts of lip, palate, and alveolus. **Periodontol**, Copenhagen, v.70, n.2, p.171-178, Feb. 1999.

GOMES, A. C. **Prevalência de defeitos de esmalte em incisivos centrais superiores de bebês com fissura unilateral de lábio envolvendo arco alveolar atendidos no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais.** 2004. 16f. Monografia (Especialização – Odontopediatria) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2004.

GOMIDE, M. R. Considerações clínicas sobre a prevalência de incisivo lateral superior decíduo supranumerário em portadores de fissura de lábio. **Rev. bras. odontol**, Rio de Janeiro, v. 53, n.3, p.27-29, maio/jun. 1996.

GREGG, T. A., JOHNSON, D.; PATTINSON, K. E. Efficacy of specialist care for caries in the cleft child. **Int. J. Paed. Dent.**, v.9, n. suppl, p.61. 1999.

FRANÇA, C. M. C.; LOCKS, A. Incidência das fissuras lábio-palatinas de crianças nascidas na cidade de Joinville (SC) no período de 1994 a 2000. **J. bras. ortodon. ortop. facial**, Curitiba, v.8, n.47, p.429-436, nov./dez. 2003.

HEWSON, A. R. et al. Dental experience of cleft affected children in the west of Ireland. **Int Dent J**, Chicago, v.51, n.2, p.73-76, Apr. 2001.

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

LAGES, E. M. B. **Condições de saúde bucal em indivíduos fissurados e sua percepção do sistema de atenção e das seqüelas inerentes.** 1999. 116f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

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

LIN, Y. T. J.; TSAI, C. L. Caries prevalence and bottle-feeding practices in 2-year-old children with cleft lip, cleft palate, or both in Taiwan. **Cleft Palate Craniofac. J.**, Lewiston, v.36, n.6, p.522-526, Nov. 1999.

LUCAS, V. S.; GUPTA, R.; OLOLADE, O.; GELBIER, M.; ROBERTS, G. J. Dental health índices and caries associated microflora in children with unilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac. J.**, Lewiston, v.37, n.5, p.447-452, Sept. 2000.

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

MONTANDON, E. M.; DUARTE, R. C.; FURTADO, P. G. C. Prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. **J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.4, n.17, p.68-73, jan/fev. 2001.

MURATA, K. Y. **Higiene bucal em bebês com fissura: receios e dificuldades.** 2003. 22f. Monografia (Especialização – Odontopediatria) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2003.

NAGEM FILHO, H.; MORAES, N.; ROCHA, R. G. F. Contribuição para o estudo da prevalência das máis formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. **Rev. Fac. Odont. São Paulo**, Bauru, v.6, n.2, p.111-118, abr./jun. 1968.

NEVES, L. T. **Avaliação da prevalência, severidade e distribuição da doença cárie e dos fatores relacionados à higiene bucal em pacientes portadores de fissura lábio-palatal nas faixas etárias de 7 a 66 meses.** 2002. 120f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

OLIVEIRA, D. F. B.; CAPELOZZA, A. L. A.; CARVALHO, I.M. M. Alterações de desenvolvimento dentário em fissurados. **Rev Assoc Paul Cirug Dent.**, São Paulo, v.50, n.1, p.83-86, jan./fev, 1996.

OLIVEIRA, J. S. et al. A busca pelo viver saudável: aspectos bio-sociais inerentes ao portador de fissura lábio-palatal. In: CONGRESSO MUNDIAL DE ODONTOLOGIA, 2, 2001, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2001. p.74.

OPPERMANN, R. V.; RÖSING, C. K. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: KRIEGER, L. **ABOPREV: promoção de saúde bucal**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 257-281.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4.ed. São Paulo: Santos, 1999. 66p.

PAUL, T.; BRANDT, R. S. Oral and dental health status of children with cleft lip and/or palate. **Cleft Palate Craniofac J.**, Lewiston, v.35, n.4, p.329-332, July 1998.

PERNAMBUCO, R. A. **Avaliação do índice de cárie e hábitos de risco em bebês portadores de fissura de lábio e/ou palato**. 1997. 61f. Monografia (Especialização - Odontopediatria) – Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo, Bauru, 1997.

PIMENTEL, I. J. G. Relação entre condição sócio-econômica, idade e sexo com higiene bucal e prevalência de cárie dentária em pacientes portadores de fissura lábio-palatais. 1986. 34f. Monografia (Residência odontológica da PROFIS em convênio com HPRLLP – USP, área de Odontopediatria) – Bauru, 1986.

RANTA, R. A review of tooth formation in children with cleft lip/palate. **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, St. Louis, v.90, n.1 p.11-18, July, 1986.

RIVKIN, C. J.; BOULTON, S. E., HATHORN, I. S.; CRAWFORD P. J. Measurements of caries experience and dental attendance in cleft patients. **Int. J. Paed. Dent.** Chicago, v.9, n. suppl, p.62. 1999.

RIVKIN, C. J.; et al. Dental care for the patient with a cleft lip and palate. Part 1: From birth to the mixed dentition stage. **Br Dent J.**, London, v.188, n.2, p.78-83, Jan. 2000.

RIVKIN 2000, C. J.; et al. Dental care for the patient with a cleft lip and palate. Part 2: The mixed dentition stage through to adolescence and young adulthood. **Br Dent J.**, London, v.188, n.3, p.131-134, Feb. 2000.

ROCHA, R.; TELLES, C. S. O problema das fissuras lábio-palatais. **Revista da SBO**, Rio de Janeiro, v.1, n.6, p.178-192, jul./set. 1990.

ROMERO-MAROTO, M.; et al. Manejo clínico del niño con fisura palatina. **RCOE**, Barcelona, v.4, n.3, p.241-249, mayo-jun., 1999.

RUIZ, M. A. S.; GOMIDE, M. R.; COSTA, B.; NEVES, L. T. Anomalias dentarias em la dentadura decídua em pacientes portadores de fisura completa unilateral de lábio y paladar. **Rev. Fac. Odont. de Chile**, Santiago, v.17, n.2, jul./dic. 1999.

SACRAMENTO, E. P.; GOMIDE, M. R.; ALMEIDA, S. P. B.; ISSA, M. A. Relação entre a cárie na dentadura decídua, e os hábitos alimentares e de higiene bucal em portadores de fissura de lábio e/ou palato. **Revista Paraense de Odontologia**, Belém, v.1, n.2, p.13-18, jul./dez. 1996.

SCHULTES, G.; GAGGL, A.; KÄRCHER, H. Comparison of periodontal disease in patients with clefts of palate and patients with unilateral clefts of lip, palate, and alveolus. **Cleft Palate-Craniofac. J.**, Lewiston, v.36, n.4, p.322-327, July. 1999.

SHAH, C. P.; WONG, D. Management of children with cleft lip and palate. **Can. Med. Assoc. J.**, Toronto, v.122, n.1, p.19-24, Jan. 1980.

SILVA, C. D.; PASSOLD, M.; CARCERERI, D. L. Atenção odontopediátrica no NOP/CAPADF/UFSC: relato de caso clínico. In: **12º LIVRO ANUAL DO GRUPO BRASILEIRO DE PROFESSORES DE ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA**, 2004, Florianópolis: 2004. Versão revista e ampliada. 1 CD ROM.

SILVA, C. M. **Hábitos de amamentação e cárie dentária em bebês fissurados**. 2003. 18f. Monografia (Especialização – Odontopediatria) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2003.

SILVA FILHO, O. G.; FERRARI JR., F. M.; ROCHA, D. L.; SOUZA FREITAS, J. A. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Revista Brasileira de Cirurgia**, Rio de Janeiro, v.82, n.2, p.59-60, mar-abril. 1992.

SILVA, O. G.; SOUZA FREITAS, J. A.; OKADA, T. Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000. p.481-515.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo**, São Paulo, v.27, n.1, p.5-6, jan. 1972.

STEPHEN, K. W.; MACFADYEN, E. E. Three years of clinical caries prevention for cleft palate children. **Brit. dent. J.**, London, v.143, n.4, p.111-116, July/Dec. 1977.

TEJA, Z.; PERSON, R.; OMNELL, M. L. Periodontal status of teeth adjacent to nongrafted unilateral alveolar clefts. **Cleft Palate Craniofac J.**, Lewiston, v.29, n.4, p.357-362, July. 1992.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. Patologia da cárie. In:_____. **Tratado de cariologia**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988. p.194-223.

TOMITA, N. E.; COSTA, B.; SANTOS, C. F.; LOPES, E. S. Prevalência de cárie dentária em crianças portadoras de fissuras lábio-palatais. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, Bauru, v.4. n.3/4, p.33-38, jul./dez. 1996.

TURNER, C. et al. Oral health status of russian children with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J.**, Lewiston, v.35, n.3, p.248-254, Nov. 1998.

VANZIN, G. D.; YAMAZAKI, K. Prevalência de anomalias dentárias de número em pacientes portadores de fissura de lábio e palato. **Rev. odonto ciênc.**, Porto Alegre, v.17, n.35, p.49-56, jan./mar. 2002.

ZSCHIESCHACK, B.; GRABOWSKI, R. The influence of caries of the deciduous teeth upon development of the dentition in patients with cleft lip, jaw and palate. **J. Orofac. Orthop.**, München, v.60, n.3, p.215-224, Nov./Dec. 1999.

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 221/2004

I – Identificação:

- **Título do Projeto:** Avaliação de Protocolo de manutenção de saúde bucal para pacientes com fissura labiopalatal
- **Área :** Odontologia / Epidemiológico
- **Pesquisador Responsável:** Arno Locks
Cirurgião Dentista, Doutor em Ordotontia, Prof. Adjunto IV – CCS - UFSC
- **Pesquisador Principal:** Cintia Magali da Silva
Odontóloga, Mestranda em Odontologia - Saúde Coletiva/UFSC
- **Data Coleta dados:** Agosto 2004 a junho de 2005
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Centro de Ciências das Saúde / Depto Estomatologia / Centro de Atendimento a Pacientes com deformidade facial - UFSC

II - Objetivos:

1. Avaliar o protocolo de manutenção de saúde bucal para pacientes com fissura labiopalatal oferecido no núcleo de odontopediatria do Centro de Atendimento a pacientes com deformidade facial
2. Realizar levantamento epidemiológico de cárie dentária, sangramento gengival e placa visível em um momento inicial e após um intervalo de 6 meses
3. Investigar fatores sócio-econômicos que possam influenciar na cárie dentária e na doença periodontal

III - Sumário do Projeto

Estudos têm mostrado que pacientes com a malformação congênita fissura labiopalatal, apresentam muitas vezes, comprometimentos funcionais e estéticos atingindo a saúde bucal, tendo como característica, dentre outras, a alta atividade de cárie dentária e de doença periodontal.

A fibrose cicatricial, resultante da cirurgia reparadora de lábio, também por sua vez, pode dificultar a movimentação do lábio superior e contribuir para o acúmulo de placa e também para o desenvolvimento de doenças bucais. Deste modo evidencia-se, pois, a necessidade de procedimentos preventivos visando manter a saúde bucal e qualidade de vida dos portadores desse mal.

Os programas preventivos, no entanto, precisam ser avaliados quanto à sua adequação à manutenção da saúde bucal de tais pacientes com tais problemas.

Este estudo, de característica longitudinal, descritivo e comparativo, sob o paradigma quantitativo, pretende atingir 50 pacientes com fissura labiopalatal que comparecerem para o controle odontológico periódico no Centro de Atendimento a pacientes com deformidade facial (CAPADF) da Clínica Odontológica CCS-UFSC, durante o período compreendido entre agosto a novembro de 2004.

Os pacientes avaliados serão aqueles que receberam alta após o término do tratamento odontológico e tiverem comparecido para, pelo menos 1 consulta de controle

cujo período é variável de no mínimo 1 e no máximo 6 meses, de acordo com o risco de desenvolvimento de novas lesões.

Pacientes que apresentarem outras anomalias ou doenças, bem como pacientes com doenças crônicas ou sistêmicas que contraindiquem a sondagem dental, serão excluídos da pesquisa.

A intervenção a que os pacientes serão submetidos compreende de um lado, do atendimento de rotina do órgão, que consta de : Exames odontológicos e parâmetros seguintes: Índice de Cárie dentária (ceo-s / CPO-S), Índice de placa visível (IPV), Índice de sangramento Gengival (ISG) e de outro lado de Entrevistas visando avaliar dados sócio-econômicos do paciente, os quais serão submetidos à Análise Estatística.

O exame odontológico será repetido pela mesma profissional, sob as mesmas condições, após 6 meses, compreendendo o período de março a junho de 2005 para complementação do processo avaliativo.

Os gastos previstos para a execução do projeto atingem um valor total de R\$ 674,80 e serão arcados pela pesquisadora principal.

Os pesquisadores estão credenciados a executar o projeto.

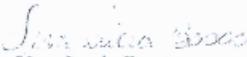
IV - Comentário

Protocolo bem instruído, projeto muito objetivo e muito bem fundamentado. Respalda-se em seus diferentes aspectos na Resolução 196/96 do CNS e demais. Contém carimbos e assinaturas da direção do CCS/UFSC, bem como do Pesquisador Responsável nos diferentes campos necessários. O TCLE para pais ou responsáveis pelos pacientes menores, está adequadamente elaborado e prevê um procedimento consonante para sua obtenção. Os benefícios da pesquisa estão previstos: melhora nas condições de saúde bucal e na qualidade de vida dos pacientes. Os riscos inexistem, uma vez que o paciente será submetido aos procedimentos de rotina do CAPADF. A confiabilidade dos dados está resguardada.

V - Parecer final:

Aprovação do Projeto e do TCLE.

Florianópolis, 09/08/2004


Vera Lucia Bosco
Coordenadora do CEP SH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

ANEXO 2 – Ficha de Retorno

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 CURSO DE ODONTOLOGIA
 DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA
 NÚCLEO DE ODONTOPEDIATRIA/CAPADP

FICHA DE CONTROLE Nº _____

Paciente: _____ Idade: _____
 Telefones: 1. _____ falar cf: _____ 2. _____ falar cf: _____

ANAMNESE

1. Estado atual de saúde geral (uso de medicamentos): _____
2. Dieta (qualidade x frequência): _____
3. Higiene (frequência x motivação): _____
4. Flúor (métodos de uso e frequência): _____

EXAME CLÍNICO

1. EXTRA-BUCAL: _____
2. INTRA-BUCAL: _____

ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL (IPV)
ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL (ISG)

Superior	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			P	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																		
	ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			P	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																						
V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			P	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																										
	ISG																			D	IPV																				ISG																			P	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																														
D	IPV																				ISG																			P	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																		
	ISG																			P	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																						
P	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																										
	ISG																			D	IPV																				ISG																			Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																														
D	IPV																				ISG																			Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																		
	ISG																			Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																																						
Inferior		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
M	IPV																				ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																																																																														
	ISG																			V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																																																																																																		
V	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	ISG																			D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
D	IPV																				ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	ISG																			L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
L	IPV																				ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	ISG																			D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
D	IPV																				ISG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	ISG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

ODONTOGRAMA

	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
M													
V													
D													
L													
C													
I	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
M													
D													
L													
O													

LEGENDA: CAS. CIRCULAR EM CASO DE DENTE DECIDUO
 0 - AUSÊNCIA DE PLACA OU SANGRAMENTO
 1 - PRESENÇA DE PLACA OU SANGRAMENTO

LEGENDA: CAS. CIRCULAR EM CASO DE DENTE DECIDUO
 A - AUSENTE
 1 - MRA
 3 - CAVIDADE ATIVA
 5 - RESTAURAÇÃO
 7 - RESTAURAÇÃO FRATURADA
 9 - DESTRUIÇÃO CORONÁRIA
 0 - SUPERFÍCIE HÍGIDA
 2 - MRA
 4 - CAVIDADE INATIVA
 6 - RESTAURAÇÃO ALTERADA
 8 - RECÍDIVA DE LESÃO DE CÁRIE
 10 - FÍSTULA

Apresenta necessidade de tratamento cirúrgico restaurador? Sim Não
 Quais? _____

Preservação:

Lesões de cárie	_____
Endodontia	_____
Trauma	_____
Mantenedores	_____
Protetores Bucais	_____

TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR
 Encaminhado para: Fonoaudiologia Ortodontia Psicologia
 Está em tratamento? _____

PERIODICIDADE DE MANUTENÇÃO
 Mensal Bimestral Trimestral Semestral Anual

ANEXO 3 – Critérios para diagnóstico de cárie (OMS, 1997)

0 (A) Coroa hígida: Uma face dentária foi considerada hígida caso ela não apresentasse evidências de cáries clínicas tratadas ou não.

1 (B) Coroa cariada: A cárie foi considerada presente quando uma lesão em fóssula, fissura ou superfície lisa, tivesse uma cavidade inconfundível, esmalte socavado, assoalho ou parede detectavelmente amolecido. Faces dentárias com restauração provisória ou com selantes, mas também cariados foram incluídas nesta categoria.

2 (C) Coroa restaurada, com cárie: A face foi classificada como restaurada, com cárie, quando apresentasse uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas que estivessem com cáries. Não foi feita distinção entre cárie primária e secundária.

3 (D) Coroa restaurada, sem cárie: A face foi considerada restaurada, sem cárie, quando uma ou mais restaurações permanentes estavam presentes e não existia cárie em ponto algum da coroa. Se o dente tivesse recebido uma coroa protética devido à cárie prévia, seria classificado nesta categoria.

4 (E) Dente ausente devido à cárie: Utilizou-se este código para os dentes extraídos devido à ocorrência de cárie dentária. A confirmação do motivo da extração dentária era realizada por meio de informação do responsável pelo paciente, presente no momento do exame ou através de consulta ao prontuário.

5 (-) Dente ausente por outros motivos: Este código foi aplicado para os dentes considerados ausentes congenitamente, avulsionados por trauma ou extraídos por qualquer motivo que não seja a cárie dentária.

6 (F) Selante de fissura: Aplicou-se este código para as faces que apresentavam selante de fissuras ou para as faces nas quais a fissura oclusal tenha sido aumentada por broca com aplicação de resina composta ou cimento de ionômero de vidro.

7 (G) Dente suporte de prótese, coroa protética ou faceta: Utilizado para a condição coronária para indicar que um dente é suporte de prótese. Também utilizado para coroas protéticas colocadas por outras razões que não a cárie e para recobrimentos facetados e laminados na face vestibular de um dente no qual não existem evidências de cáries ou restaurações.

8 (-) Coroa não erupcionada: Esta classificação ficou restrita aos dentes permanentes e utilizada para um espaço dentário com um dente permanente não erupcionado mas sem um dente decíduo. (Os dentes classificados como não erupcionados são excluídos de todos os cálculos relativos à cárie dentária.)

T (T) Traumatismo (fratura): Uma coroa foi classificada como fraturada quando parte de sua superfície estivesse ausente como resultado de um traumatismo, porém sem evidências de cáries.

9 (-) Não registrado: Este código será utilizado para dentes que não possam ser examinados por qualquer razão como, por exemplo, a presença de bandas ortodônticas.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento

“Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”

Meu nome é Cintia Magali da Silva e estou desenvolvendo a pesquisa “Avaliação de protocolo de manutenção de saúde bucal para pacientes com fissura labiopalatal” com os objetivos de avaliar a efetividade de prevenção da cárie dentária e da doença periodontal do programa de promoção de saúde bucal do Centro de Atendimento a Pacientes com Deformidade Facial; avaliar a atividade de cárie em pacientes com fissura labiopalatal e levantar dados sócio-econômicos sobre a família do paciente que possam ter influência no desenvolvimento da cárie e da doença periodontal. Este estudo é necessário para que se verifique a efetividade do programa de promoção de saúde oferecido no CAPADF, e será realizado um exame clínico na criança e uma entrevista com os pais e/ou responsáveis pela mesma. Talvez seja preciso fazer algumas fotos. Isto não traz riscos e desconfortos. Esperamos que se possa avaliar o programa de prevenção do CAPADF para melhorá-lo e como consequência, melhorar a qualidade de vida do paciente. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais que seu (sua) filho (a) faça parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 233-5162. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações obtidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Pesquisadora principal: Cintia Magali da Silva (CRO – SC 6114)

Pesquisador responsável: Prof. Arno Locks, Dr.

Eu, _____, responsável pelo (a) menor _____ fui esclarecido sobre a pesquisa “Avaliação de protocolo de manutenção de saúde bucal para pacientes com fissura labiopalatal” e concordo com a participação do (a) menor pelo qual sou responsável.

Florianópolis, ___/___/___.

Assinatura: _____ RG: _____

APÊNDICE B- Ficha para entrevista**Entrevista**

Nome do paciente:

Fone:

Cidade / região de origem:

Grau de parentesco do informante: () pai () mãe () outros:.....

Nível de escolaridade da mãe:

Profissão da mãe:

Profissão do pai:

Paciente frequenta escola: () sim () não

Residência: () própria () alugada

Localização: () rural () urbana

Renda aproximada da família:

Número de pessoas que residem na casa:

Recursos para o atendimento: () próprio () SUS () outros

Água fluoretada: () sim () não () não sabe

Outras fontes de flúor: () dentifrício () bochechos () ATF profissional

Atendimento odontológico além do CAPADF: () sim () não

Tempo de atendimento no NOP-CAPADF:

Idade que compareceu ao NOP-CAPADF pela 1ª vez:

Procurou atendimento odontológico em outros serviços antes do CAPADF

() sim () não

Conseguiu o atendimento () sim () não