



A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DA PLACA OBTURADORA PALATINA PARA O DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS COM FISSURA LABIOPALATAL A PARTIR DO RELATO DOS CUIDADORES

ARTIGO ORIGINAL

BRITO, Débora Paraguassú Assumpção¹, DINIZ, Regya Kelline Nunes², SOUZA, Ellen De Carvalho Pires³

BRITO, Débora Paraguassú Assumpção, DINIZ, Regya Kelline Nunes, SOUZA, Ellen De Carvalho Pires. **A importância da utilização da placa obturadora palatina para o desenvolvimento de bebês com fissura labiopalatal a partir do relato dos cuidadores.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 08, Ed. 04, Vol. 02, pp. 110-137. Abril de 2023. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/placa-obturadora-palatina>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/placa-obturadora-palatina

RESUMO

O presente trabalho objetiva conhecer a visão dos cuidadores de crianças fissuradas labiopalatais a respeito da utilização da placa obturadora palatina. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, individualizado, observacional e seccional e de natureza quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada em Fortaleza - CE, no âmbito do consultório de ortodontia do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), que é centro de referência para fissurados no estado. A amostra constou 30 cuidadores de bebês fissurados labiopalatais acompanhados no referido serviço durante o período de abril a maio de 2007. Para melhor caracterização da amostra, um questionário foi validado e aplicado aos cuidadores, obtendo-se, assim, seus dados socioeconômicos. Uma subamostra de 5 cuidadores foi aleatoriamente selecionada para participar de um grupo focal, obtendo-se a transcrição de seus discursos, os quais foram analisados à luz do referencial teórico das representações sociais de saúde-doença. As categorias de análise emergiram da própria narrativa. Os cuidadores eram, em sua maioria, mães (77%) com idade média de 27 anos,



procedentes do interior (53%), com nível de escolaridade de ensino fundamental incompleto (40%) e com renda mensal de 1 a 2 salários-mínimos (50%). As categorias de análise foram: “recebendo a notícia”; “processo de rejeição/aceitação”; “causa da fissura”; “alimentação como sobrevivência”; “fissura como problema nos dentes e na fala”; “fissura como probleminha” e “placa como qualidade de vida”. Constatou-se que, para a maioria dos cuidadores, a utilização da placa obturadora palatina foi positiva, pois melhorou a qualidade de vida do bebê.

Palavras-chave: Placa obturadora, Fissura labiopalatal, Qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatal é uma má formação que ocorre entre a quarta e décima sexta semana de vida intrauterina, período em que há a formação do sistema estomatognático, e caracteriza-se pela falta de junção das porções da maxila, ocasionando uma comunicação buco-sinusal que pode estender-se sobre o palato duro, mole e sobre o lábio, constituindo-se como uma das anomalias congênicas mais comuns. Um caso de fissura labiopalatal ocorre aproximadamente para cada 500 a 550 nascimentos (DIAS *et al.*, 2001).

A chegada de um bebê portador de fissura labiopalatal em uma família constitui-se, na maioria das vezes, como um motivo de susto, culpa, vergonha ou uma sensação de impotência para os pais. As inúmeras dúvidas sobre os cuidados necessários para se obter a melhor reabilitação possível, somadas à insegurança ou ao medo de não se saber e não poder cuidar da criança e, muitas vezes, até a um sentimento de culpa pelo nascimento do bebê com anomalia, fazem com que os pais se sintam “perdidos” nos primeiros dias após o nascimento da criança, ou até mesmo antes de seu nascimento, quando a presença da fissura é detectada na ultrassonografia pré-natal (DI NINNO *et al.*, 2006).

A fissura pode ocorrer devido a problemas genéticos e mesológicos (químico, endócrino, actínico, infeccioso, anoxiante e mecânico). Muitos pesquisadores afirmam que o fator hereditário é o mais importante quando a etiologia das fissuras labiopalatais é questionada, mesmo que ela ainda não esteja bem esclarecida.



Existem, também, outros fatores que devem ser levados em consideração, tais como: tabagismo, radiações, deficiências nutricionais, doenças sistêmicas, idade, consanguinidade dos pais, infecção e uso de medicamentos (CASTELO, 2005; LAGOS, 2004).

As fissuras labiopalatais podem ser classificadas como: a) pré-forame incisivo originário embriologicamente do palato primário; b) transforame incisivo envolvendo estruturas anatômicas oriundas do palato primário e secundário; c) pós-forame compreendendo o palato secundário (BRABO, 1999). Enquanto Baroudi (1996) as classifica como: a) fissura mediana; b) fissura pré-forame incisivo uni ou bilateral; c) fissura transforame uni ou bilateral; d) fissura pós-forame incisivo; e) fissura submucosa.

Segundo Figueiredo *et al.* (2010), o diagnóstico das fissuras labiopalatinas é eminentemente clínico. O conhecimento da história materna, dos fatores ambientais durante a gestação e dos antecedentes familiares são de fundamental importância para sugerir dados que auxiliem na elucidação etiológica, no sentido de distinguir se a anormalidade decorre de cromossomopatias, se é secundária de alguma ação teratogênica potencial, se faz parte de uma síndrome ou se é fenômeno de ocorrência isolada. Tais esclarecimentos visam evitar a repetição do defeito na mesma família ou predizer o risco de tal ocorrência em futuras gerações.

A criança fissurada, em especial, requer diversos tratamentos cirúrgicos, além de tratamentos clínicos complexos, e, juntamente com sua família, sofre sérios problemas psicológicos (FIGUEIREDO *et al.*, 2010). De fato, o tratamento de um portador de fissura labiopalatal começa ao nascimento, estendendo-se até a idade adulta. Para isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) normatizou os seguintes elementos para a equipe multidisciplinar que deve acompanhá-lo durante essa trajetória: pediatria, cirurgião plástico, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, neurologista, psicólogo, nutricionista, geneticista, assistente social e cirurgiões



dentistas especializados em odontopediatria, ortodontia e prótese bucomaxilofacial (DIAS *et al.*, 2001).

Uma prática que está sendo preconizada por muitos profissionais é a utilização de placas obturadoras confeccionadas em resina acrílica, as quais recobrem todo o palato. Essa placa é confeccionada logo nos primeiros dias de vida da criança e tem sua utilização baseada na facilidade da alimentação do bebê fissurado (diminuindo a entrada de alimentos nas vias aéreas através das fissuras, evitando engasgos, asfixia, otite e tosse), na melhora na forma e na largura do arco maxilar e, conseqüentemente, no alinhamento dental, além de regularizar a postura lingual, impedindo que a mesma se posicione no local da fissura (LAGOS, 2004).

No contexto da expressiva prevalência da fissura labiopalatal e diante da limitada literatura disponível voltada para educação em saúde aos portadores dessa morbidade e seus responsáveis, esse trabalho objetivou conhecer a visão dos cuidadores de crianças fissuradas sobre a utilização da placa obturadora palatina, bem como sua influência no tratamento e na melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

2. METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Este é um estudo descritivo, individuado, observacional e seccional de natureza quanti-qualitativa, realizado no âmbito do consultório de ortodontia do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), um dos centros de referência em tratamento de recém-nascidos fissurados no estado do Ceará, que se situa na Rua Tertuliano Sales, 544, Vila União, na cidade de Fortaleza.

A presente pesquisa recebeu parecer favorável à sua execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin.



A pesquisa teve como população alvo os cuidadores de bebês fissurados usuários da placa obturadora palatina, cadastrados pelo serviço de ortodontia do referido hospital. O serviço conta com um alto número de pacientes registrados. Alguns não fazem uso da placa por motivos diversos, tais como a realização de tratamento cirúrgico do palato ou lábio, a não adaptação da placa ou até mesmo a não necessidade do uso.

Como critérios de inclusão na pesquisa, selecionou-se apenas cuidadores de bebês da faixa etária de 1 a 11 meses de idade, por se tratar do período em que é implantada a placa obturadora, nesse serviço de ortodontia do hospital, durante os meses de abril a maio de 2007 e fazendo o uso contínuo da placa obturadora há no mínimo 20 dias, sem intervalo, totalizando 37 (trinta e sete) cuidadores. Desses, 30 (trinta) aceitaram participar do estudo após a leitura da carta de informação sobre a pesquisa e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3. COLETA DE DADOS

3.1 MOMENTO QUANTITATIVO

Um instrumento de coleta do tipo questionário semiestruturado foi validado e aplicado aos cuidadores para obter dados socioeconômicos, visando, desse modo, melhor caracterizar a amostra do estudo. Para tal, os dados foram descritos em percentuais e médias.

3.2 MOMENTO QUALITATIVO

Durante o momento anterior, 10 (dez) cuidadores, os quais eram pais ou responsáveis legais pelos bebês com fissura labiopalatal, foram prévia e aleatoriamente convidados a participar de uma reunião, tipo grupo focal, em local acordado pelo grupo e de fácil acesso a todos, a qual foi realizada no próprio HIAS, no dia 26 de maio de 2007, onde apenas 5 (cinco) cuidadores compareceram. Na



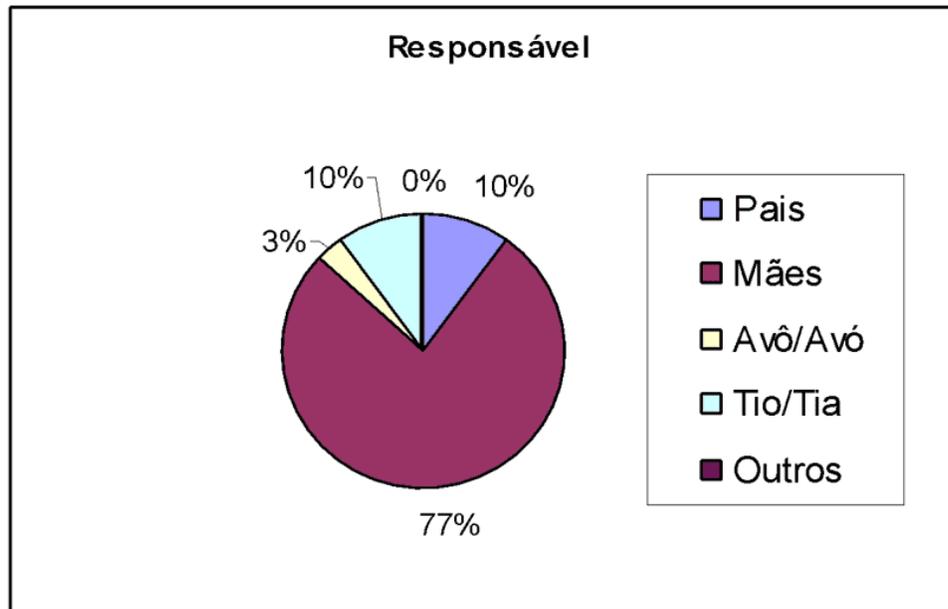
ocasião, foi explicado ao grupo que uma pergunta norteadora seria feita aos participantes para que, a partir daí, relatassem suas experiências de vida no cuidado do paciente fissurado usuário de placa obturadora. Os cuidadores deram sua anuência para a gravação e para a transcrição dos relatos preservando o anonimato dos mesmos, dando-lhes nomes fictícios (de flores). A ênfase foi dada, nesse momento, para os sentimentos dos cuidadores em relação às suas responsabilidades e à aceitação diante dos problemas gerados pelo nascimento de um bebê fissurado palatal e da adoção da placa obturadora. A análise de conteúdo aplicada foi a de Minayo (2014), dentro do referencial teórico das representações sociais de saúde-doença, buscando, através da técnica, no próprio discurso dos participantes da pesquisa, o significado apresentado por eles.

4. RESULTADOS

4.1 MOMENTO QUANTITATIVO

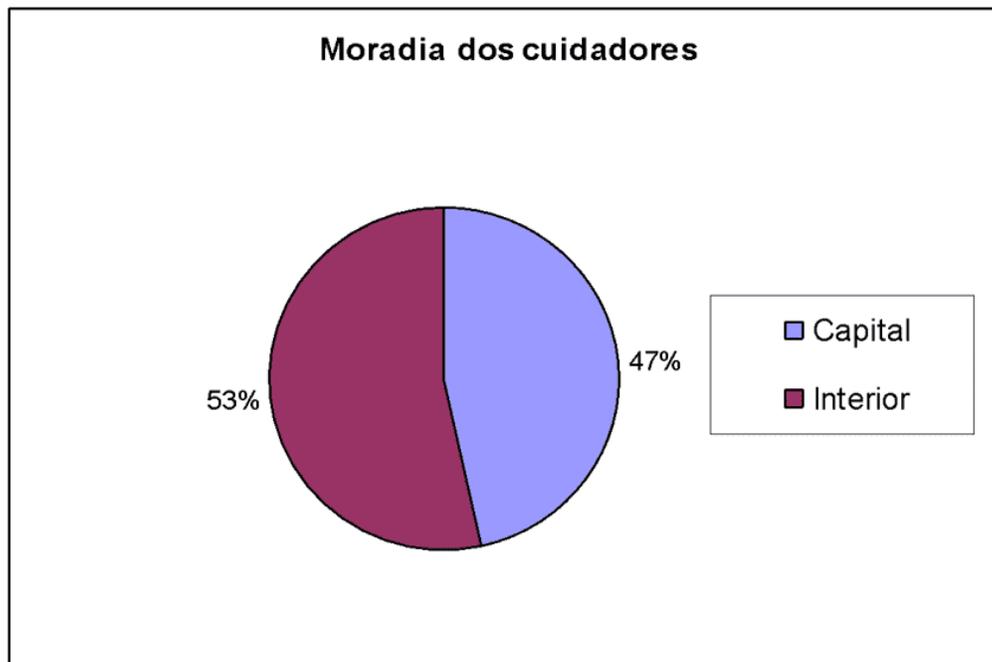
Em relação ao cuidador do bebê fissurado, os dados da pesquisa revelaram uma alta prevalência de mulheres em relação a homens, sendo o percentual de mães o maior, com 77%. A idade dos cuidadores variou entre 18 e 43 anos, com idade média de 27 anos. Quanto à procedência, 53% moravam em cidades do interior do estado do Ceará e 47%, na capital do estado (Fortaleza, Ceará). Da mesma forma, esses dados também mostraram que os cuidadores tinham, em sua maioria, um nível de escolaridade muito baixo, revelando que 40% destes não tinham o ensino fundamental completo e outros 27% não atingiram o ensino médio, como mostram as Figuras 1, 2 e 3, respectivamente.

Figura 1 - Graus de parentesco dos cuidadores de bebês fissurados



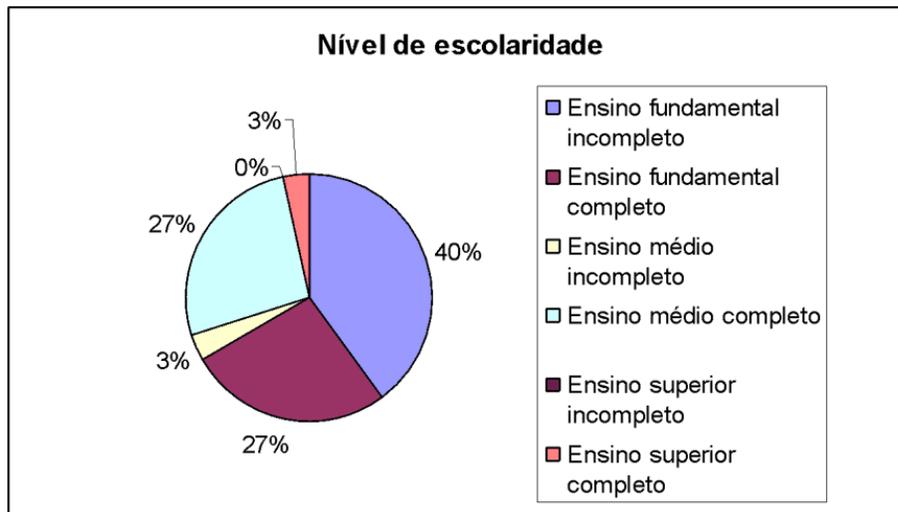
Fonte: Autor.

Figura 2 - Procedência dos cuidadores de bebês fissurados. Fortaleza, Ceará, 2007



Fonte: Autor.

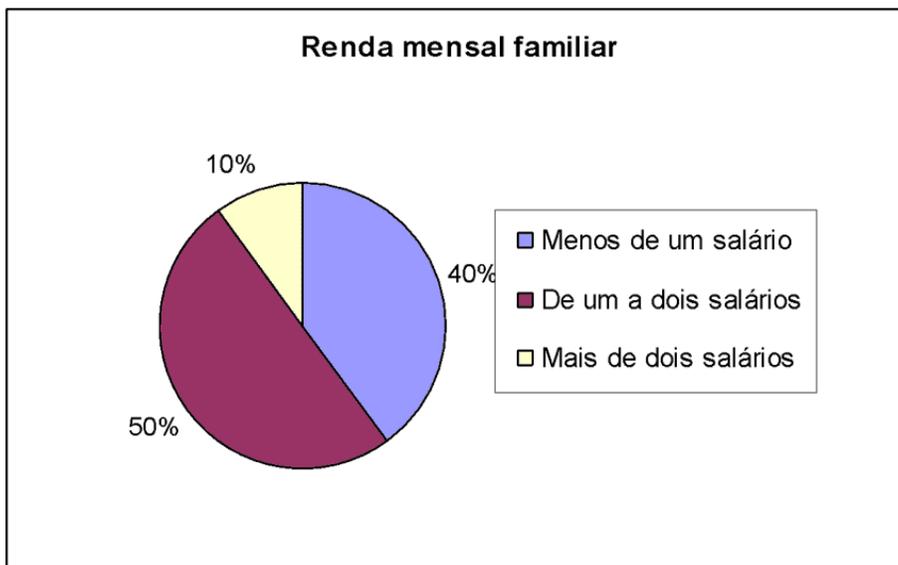
Figura 3 - Nível de escolaridade dos cuidadores de bebês fissurados. Fortaleza, Ceará, 2007



Fonte: Autor.

Ainda analisando dados sobre o cuidador, destaca-se que 90% tinham como renda familiar até dois salários-mínimos (Figura 4):

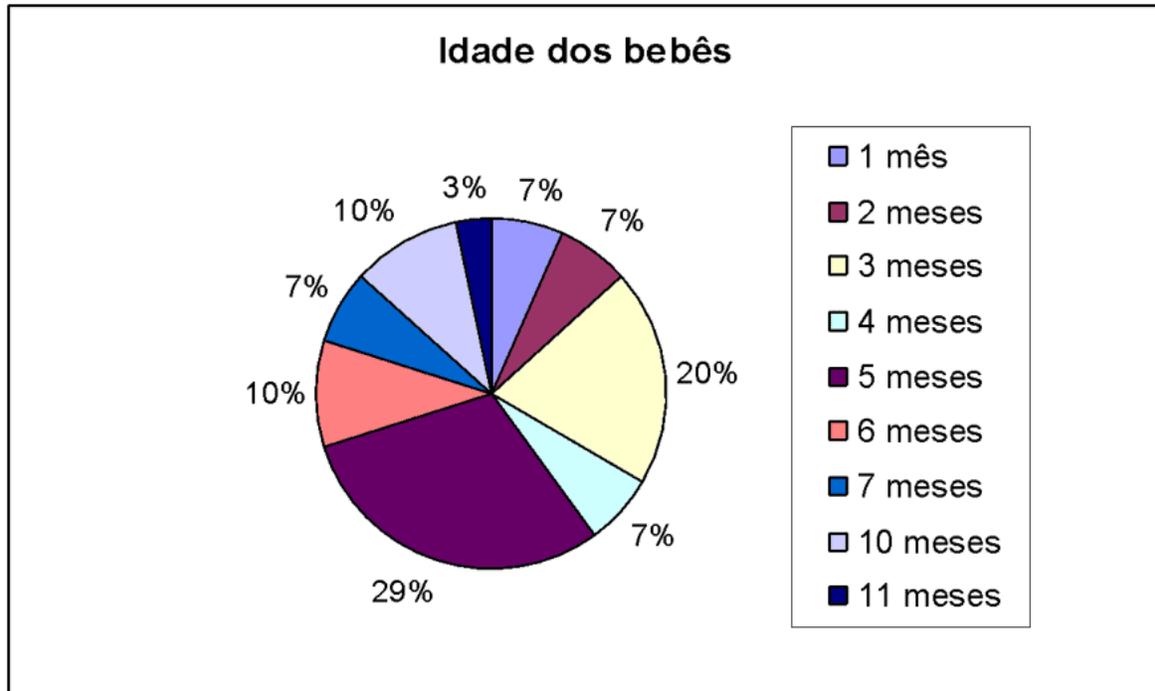
Figura 4 - Renda mensal das famílias dos bebês fissurados. Fortaleza, Ceará, 2007



Fonte: Autor.

Os bebês fissurados referidos na pesquisa compreendiam a faixa etária de um mês a 11 meses de vida, havendo prevalência de bebês com cinco meses, que atingiram um percentual de 29% da amostra, como pode-se observar na Figura 5:

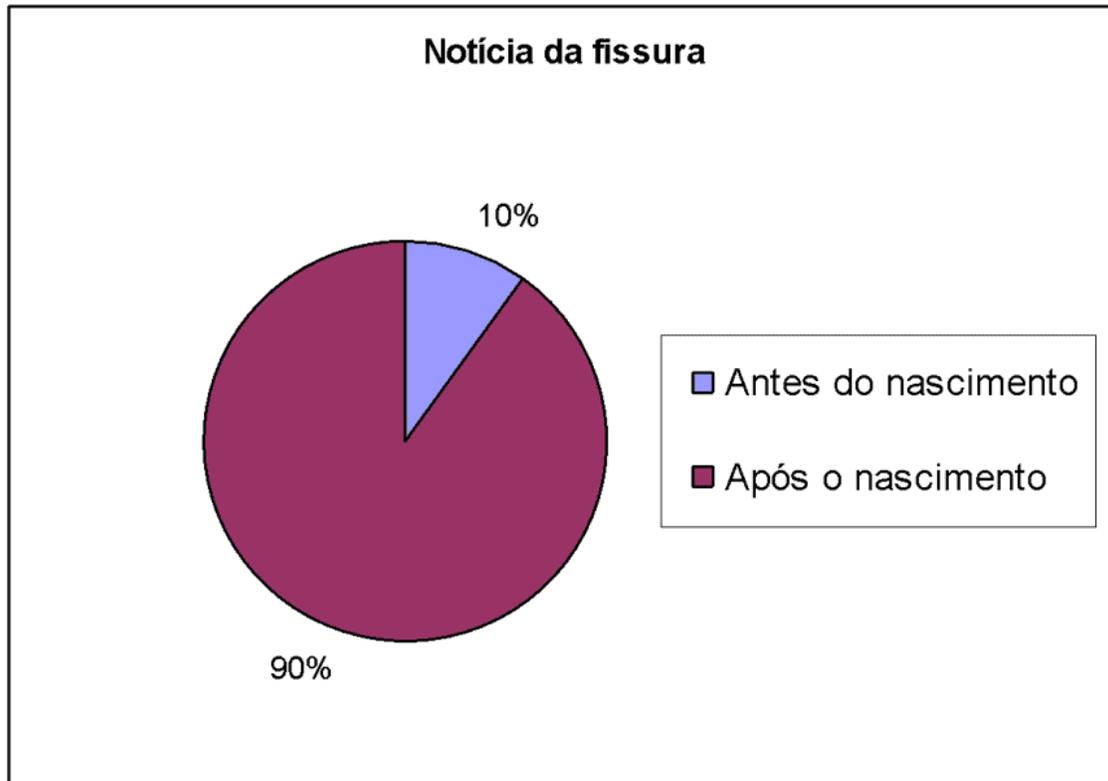
Figura 5 - Idade dos bebês fissurados. Fortaleza, Ceará, 2007



Fonte: Autor.

Um dado relevante a ser observado na Figura 6 é o momento em que a notícia é dada aos pais. Em 90% dos casos, os pais só ficaram sabendo da fissura dos seus bebês na hora do nascimento ou logo após. Este é um fator a ser considerado, pois se sabe que é possível identificar o problema durante a ultrassonografia rotineira.

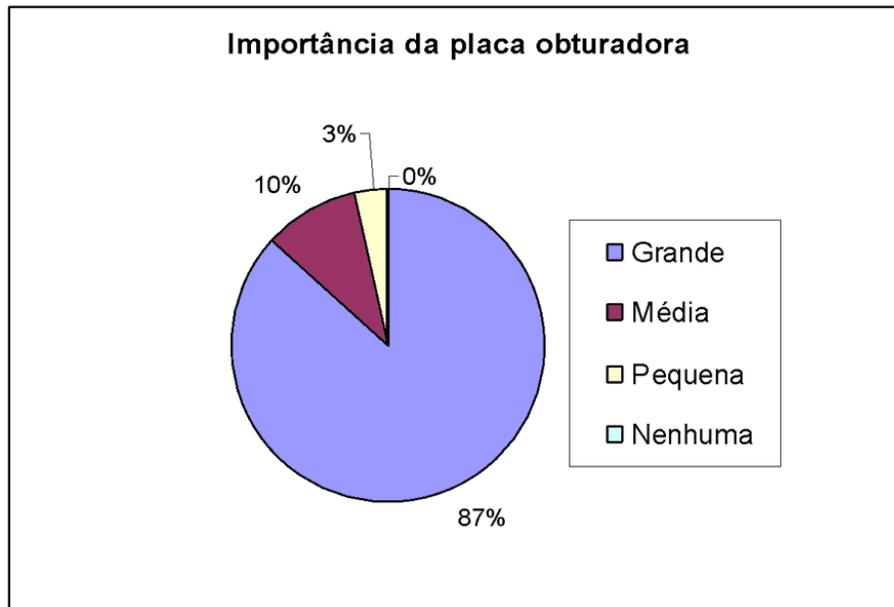
Figura 6 - Momento da notícia do conhecimento sobre a fissura. Fortaleza, Ceará, 2007



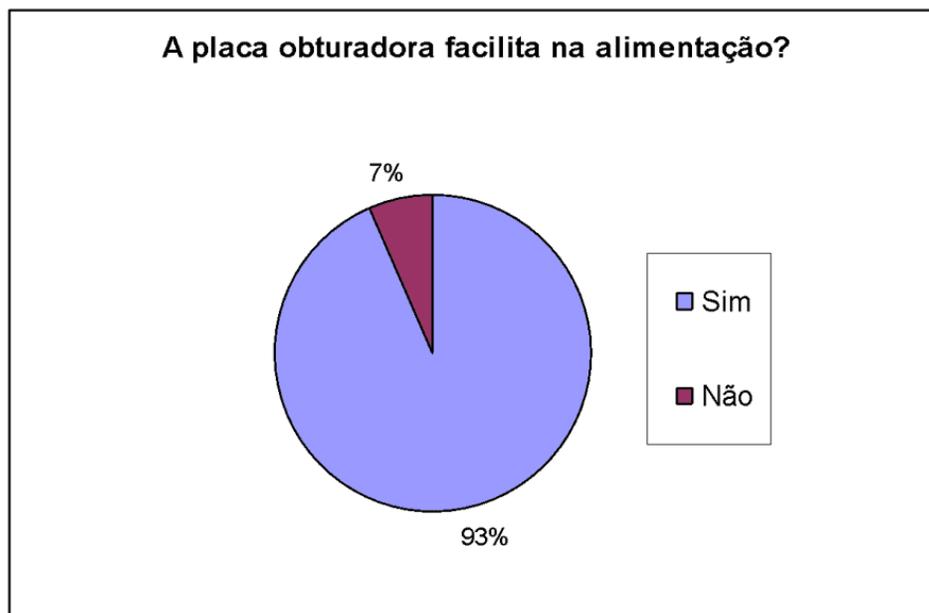
Fonte: Autor.

Para todos os entrevistados, a placa obturadora tinha sua importância. Um pequeno número afirmou que essa importância era mínima, mas 87% deram grande importância à placa (Figura 7). A principal importância atribuída ao uso da mesma foi a questão da alimentação, na qual 93% dos entrevistados relataram maior facilidade após a instalação do dispositivo (Figura 8).

Figura 7 -v. Fortaleza, Ceará, 2007



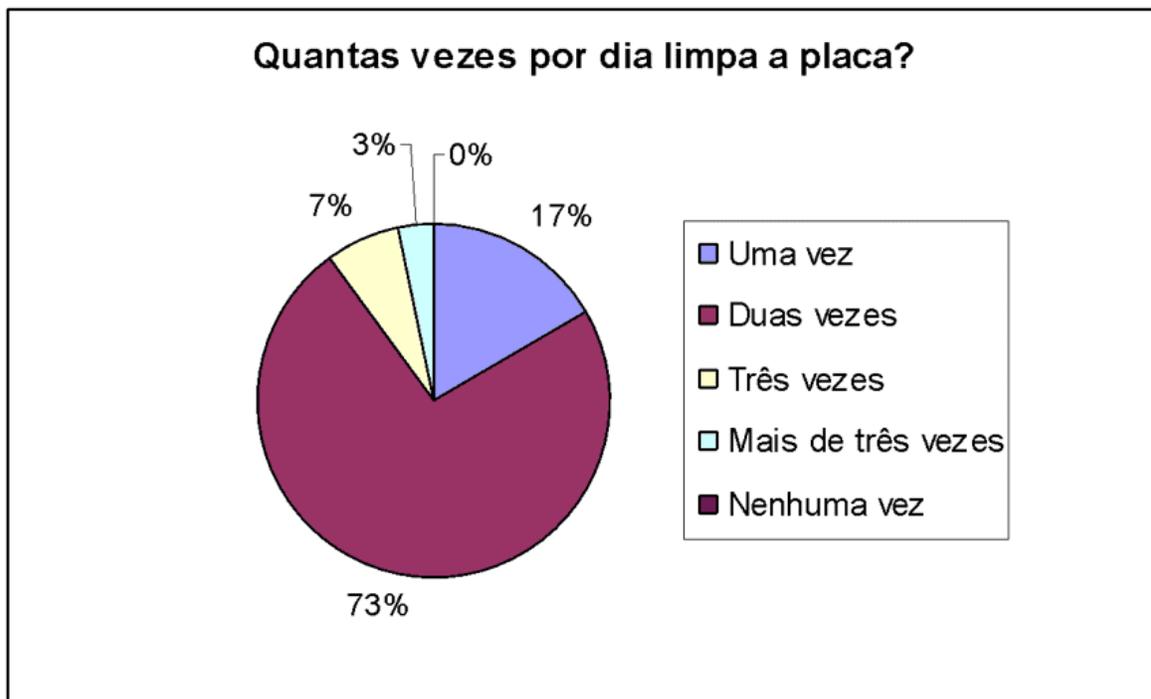
Fonte: Autor.

Figura 8 - O uso da placa na facilitação da alimentação.
Fortaleza, Ceará, 2007

Fonte: Autor.

Foi percebido que todos os cuidadores faziam a limpeza da placa. Nos resultados, encontrou-se um discreto número de pessoas que faziam a higienização três vezes ou mais ao dia, enquanto a grande maioria a fazia duas vezes diariamente (Figura 9). Em relação à forma como essa limpeza era realizada, foi observado que apenas 13% dos entrevistados utilizavam a escova e o sabão (Figura 10), os materiais mais indicados para limpeza de aparelhos e próteses de resina acrílica, que é o mesmo material de confecção da placa.

Figura 9 - Quantidade de vezes em que é feita a limpeza diária da placa obturadora. Fortaleza, Ceará, 2007



Fonte: Autor.

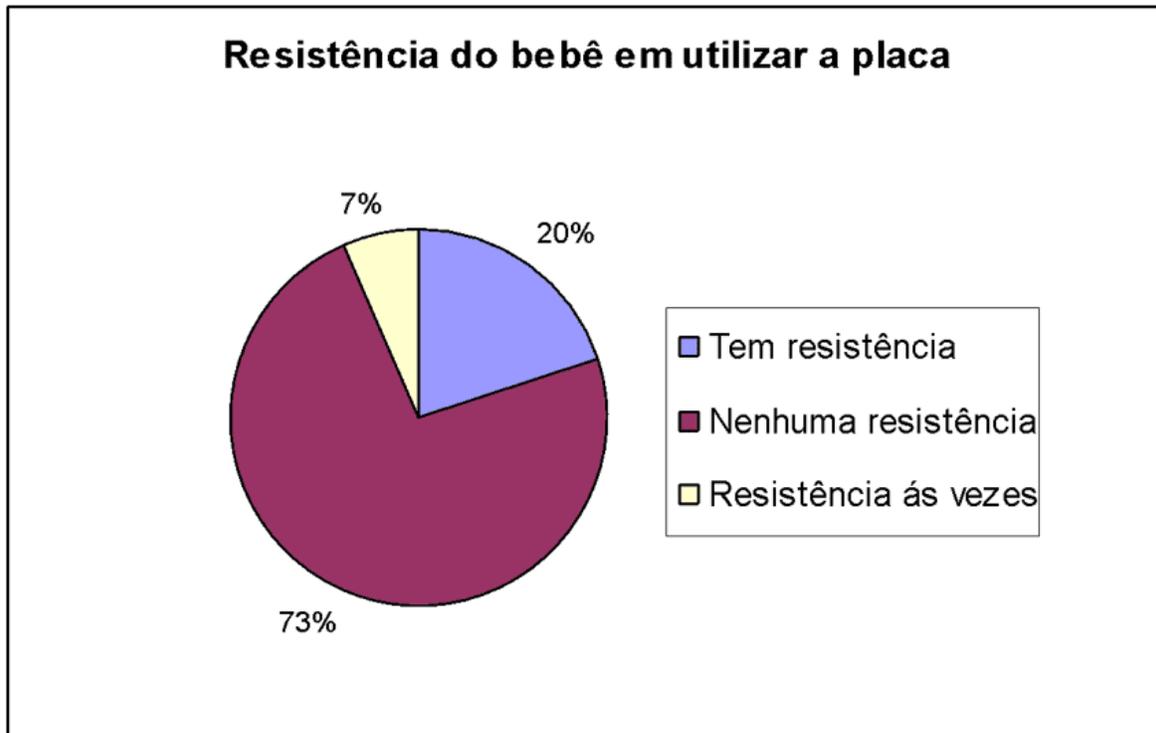
Figura 10 - Como é feita a limpeza da placa obturadora.
Fortaleza, Ceará, 2007



Fonte: Autor.

Sabe-se que a implementação da placa acarreta mudanças de comportamento no bebê, relacionadas à alimentação, respiração e sono. Na pesquisa, 20% dos cuidadores relataram que os bebês apresentavam resistência para utilizar a placa obturadora, enquanto a maioria, 73%, relatou não existir resistência alguma (Figura 11).

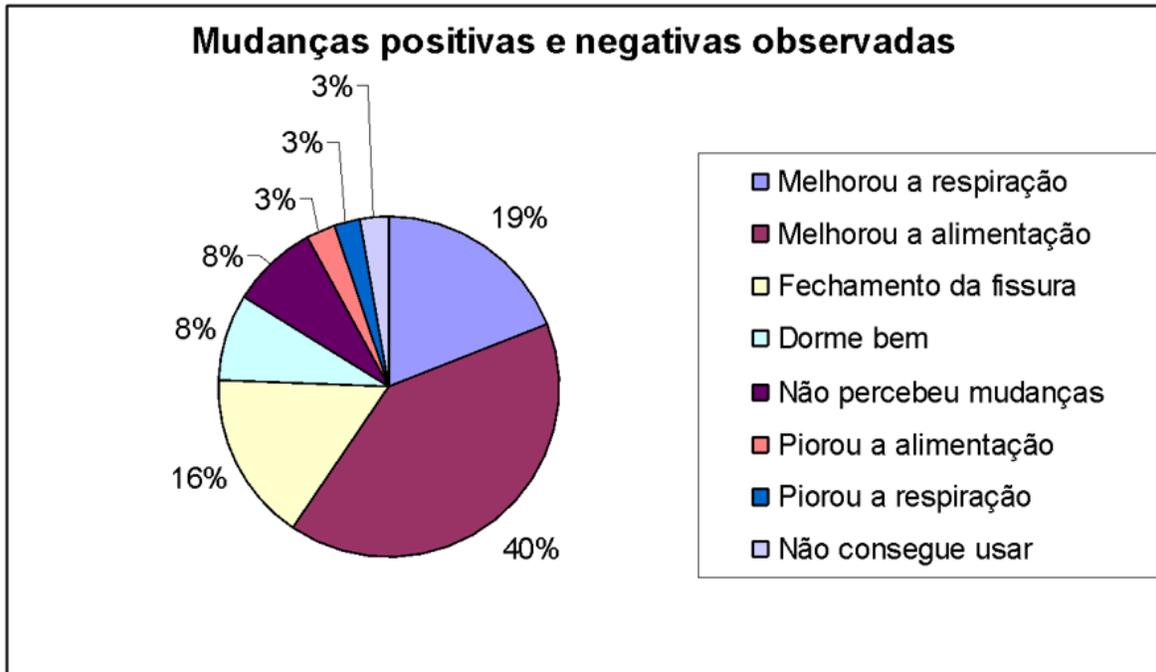
Figura 11 - Resistência do bebê em utilizar a placa obturadora.
Fortaleza, Ceará, 2007



Fonte: Autor.

Mudanças positivas foram observadas na maioria dos casos. A placa melhorou a alimentação (40%), a respiração (19%) e a qualidade do sono (8%), e, ainda, alguns cuidadores afirmaram existir uma diminuição da fissura (16%). Entretanto, as entrevistas também apresentaram cuidadores que não se disseram satisfeitos e que relataram mudanças negativas, dentre as quais podem ser destacadas a piora na alimentação e a piora no quadro respiratório do bebê (3% cada) (Figura 12).

Figura 12 - Mudanças positivas e negativas com o uso da placa obturadora. Fortaleza, Ceará, 2007



Fonte: Autor.

4.2 MOMENTO QUALITATIVO

Conforme Minayo (2014), a discussão em grupo deve ser valorizada como abordagem qualitativa, seja em si mesma, seja como técnica complementar. Na presente pesquisa, as categorias da análise do discurso emergiram das próprias falas dos atores sociais e podem ser vistas a seguir.

Antes, porém, é importante apresentar os atores sociais participantes do grupo focal, pois suas falas remetem aos seus diferentes graus de parentesco com o bebê fissurado.

É necessário destacar que os nomes apresentados são nomes fictícios, para preservar o sigilo da identidade dos participantes:



- Rosa, mãe de uma bebê fissurada palatal;
- Azaléa, mãe de uma bebê fissurada labiopalatal, casada com Cravo;
- Cravo, esposo de Azaléa;
- Lavanda, mãe de um bebê fissurado labiopalatal;
- Hortência, tia de uma bebê fissurada labiopalatal.

A forma como a notícia do nascimento do bebê fissurado chegou ao cuidador, em alguns casos, foi marcada pela falta de humanização e sensibilidade de profissionais de saúde que os acompanhavam à época. Isso fica claro na categoria “recebendo a notícia”: *“Eu tive ela à tarde. Quando foi no outro dia de manhã o médico falou que ela tinha que se operar da fenda palatina [...]”* (ROSA).

O nascimento de um bebê fissurado no seio de uma família pode trazer muita dor a seus membros, os quais, aos poucos, passam a lidar com a novidade. Isso pode ser visto na categoria “processo de rejeição/aceitação”, também carregada de religiosidade diante da repetida referência a Deus: *“Tive medo da reação do pai, porque era o primeiro menino, mas graças a Deus ele aceitou a criança [...]”* (LAVANDA), *“[...] mas assim todo mundo aceitou numa boa né, até porque é uma coisa genética eu acho né... aí graças a Deus[...]”* (HORTÊNCIA), *“[...] graças a Deus hoje ela lá em casa na minha família e na família do meu esposo, todo mundo adora a minha filha.”* (AZALÉIA), *“[...] pra mim foi uma dor muito grande [...] [chora] pra mim a gente tem que se conformar, eu via que Deus ia dar um jeito de eu criar ela [...]”* (CRAVO).

Muitos até hoje não conseguem compreender como ocorreu a fissura. Por que surgiu? O que provocou? Isso pode ser visto na categoria “causa da fissura”: *“[...] é uma coisa genética eu acho né [...]”* (HORTÊNCIA), *“[...] ah isso aí é alguma coisa como a chave que coloca no bolso [...]”* (AZALÉIA), *“[...] pode ser alguma carência de ácido fólico da mãe [...]”* (AZALÉIA)



O maior medo referido foi o da criança não poder se alimentar, fato narrado com clareza na categoria “alimentação como sobrevivência”: *“O medo é como ela ia se alimentar, porque ela não pegou meu peito [...] ela perdia peso, meu medo era dela morrer [...] Eu tinha que enrolar a gaze no dedo pra ficar melando no leite.”* (ROSA).

Outras apreensões dos familiares advinham das dúvidas sobre a formação futura dos dentes e da oclusão, além da voz da criança, bem expressas na categoria “fissura como problema nos dentes e na fala”: *“[...] eu sei que a dentição não vai nascer normal, porque eu vejo as crianças mais com a dentição, a voz a fala diferente [...]”* (AZALÉIA).

Por outro lado, após o primeiro impacto e já melhor informados por profissionais do HIAS, o bebê fissurado passou de uma grande preocupação para algo menor e mais compreensível aos familiares, como pode ser visto na categoria “fissura como probleminha”: *“[...] A doutora tirou aquele bicho de sete cabeça que isso ali era só um probleminha, mas logo ia ficar bem [...]”* (HORTÊNCIA)

Nesse contexto, a placa obturadora palatina surge para os cuidadores como uma aliada no processo de alimentação do filho e, conseqüentemente, do seu bem estar geral. Assim pode ser visto na categoria “placa como qualidade de vida”: *“[...] Mas aí depois da plaquinha ela come bem, pega chupeta, dorme bem, já sente é falta quando a gente retira pra fazer a higiene [...]”* (HORTÊNCIA), *“[...] lá já me orientavam que ela ia botar uma plaquinha na boca, era pra ajudar na alimentação dela [...] Ela não dormia bem, devido ela não se alimentar [...]”* (AZALÉIA), *“[...] mas assim ela come, antes saía pelo nariz, mas tá ótimo depois da plaquinha, é uma maravilha.”* (ROSA), *“[...] tem hora quando tira a plaquinha ela sente falta, a gente coloca e ela fica calminha, só o que a gente usa que é a Corega que é um pouco cara né? as condições da gente são pouca, e a gente faz de tudo pra não faltar nada pra ela [...]”* (CRAVO).



5. DISCUSSÃO

Em um estudo realizado por Soares, Caldas Junior e Rodrigues (2006), em Recife, dentre as fissuras, a palatal foi a malformação mais encontrada (45,6%), e ao caracterizar as mães dessas crianças, foi observado que a maioria tinha idade igual ou inferior a 21 anos, primeiro grau incompleto e fez de 4 a 6 consultas pré-natais.

Entretanto, segundo Gopinath e Muda (2005), a idade materna de risco de crianças com fissura labiopalatina são idades menores de 15 anos ou maiores de 35 anos. Na presente pesquisa, 91% das mães não estão incluídas na faixa etária de risco mencionada por esses autores, pois estas tinham idades entre 18 e 35 anos, e apenas 9% tinham idades maiores que 35 anos.

Os mesmos autores dizem, ainda, que os pais de crianças normais têm um nível de educação maior que os pais de crianças com fissura labiopalatina e que a maior proporção de crianças com esse tipo de agravo vem de classes sociais menos favorecidas. Os dados encontrados nas entrevistas mostram resultados semelhantes, nos quais 40% dos entrevistados possuíam apenas o ensino fundamental incompleto, confirmando a baixa escolaridade. Também foi observado que 90% dos cuidadores possuíam uma renda mensal menor ou igual a dois salários-mínimos.

No estudo de Garcez e Giugliani (2005), na cidade de Porto Alegre, a prevalência de crianças amamentadas era de 14,5% até 1 mês, 6,1% até 3 meses e 1,2% até 7 meses. Enquanto, no estudo realizado com crianças da cidade de Bauru – SP, somente 3% de 200 crianças com fissura labial e palatina eram amamentadas entre as idades de 7 e 18 meses e 81% das crianças nunca tinham recebido leite materno. Nesse estudo, a prevalência de crianças amamentadas era de 14,5% até 1 mês, 6,1% até 3 meses e 1,2% até 7 meses. No presente estudo, confirmando os relatos de Garcez e Giugliani (2005), poucas mães relataram que o bebê conseguia mamar, e os que conseguiam faziam por um curto período de tempo.



Esses mesmos autores consideram que as descobertas de seus estudos podem estar relacionadas às ações dos profissionais cuidadores da saúde na ala da maternidade de Porto Alegre, a qual requer que os provedores de cuidados à saúde sejam treinados para promover a amamentação e saber lidar com essas dificuldades. No âmbito hospitalar do HIAS, foi observado que as fonoaudiólogas auxiliam as mães, ensinando-as a forma de alimentação mais correta do bebê, assim como os alimentos mais adequados.

Pandya e Boorman (2001) observaram que a combinação feita por uma equipe multidisciplinar, composta por um cirurgião plástico, um pediatra, um ortodontista, um cirurgião e um terapeuta, desde o nascimento, e ainda incluindo conselhos de alimentação e nutrição, é mais que suficiente para preparar esses pacientes para os reparos definitivos da fissura. Os autores dizem, ainda, que uma supervisão e um monitoramento constante da alimentação podem aumentar o índice de sucesso do tratamento. Conforme analisado nos relatos, também pode-se afirmar a grande importância de uma equipe multidisciplinar para o atendimento do bebê fissurado. Os cuidadores afirmam ser fundamental que essa equipe esteja inserida em um mesmo local de atendimento, para que o atendimento seja fácil e dinâmico, possibilitando a interação entre os profissionais. Sem deixar de incluir o fonoaudiólogo, o qual não é referido na equipe de Pandya e Boorman (2001).

De fato, a reabilitação orofacial de fissurados envolve múltiplas especialidades, portanto, discussões de alguns tratamentos especializados são focos mostrados no contexto do manejo multidisciplinar (FIGUEROA; POLLEY, 2006).

Desse modo, os programas educacionais para profissionais não especializados da saúde, assim como a continuação pediátrica regular e as equipes de multiprofissionais especializados, puderam melhorar a entrada nutritiva e puderam adiar a programação para procedimentos cirúrgicos. Os resultados sugerem, também, que o cuidado de saúde neonatal específico para bebês fissurados deve ser parte da política de saúde (MENDES; MAGNA; LOPES, 2007).



Como foi observado nos relatos na pesquisa, apesar da abordagem negativa inicial de alguns profissionais da saúde, os quais não souberam realizar o acompanhamento adequado dos responsáveis pelos bebês fissurados, os profissionais do HIAS, em trabalho multidisciplinar, mostraram que a humanização do serviço é um fator importante no manejo do cuidado desses pacientes.

Carraro, Dornelles e Collares (2011) afirmam que os sistemas de alimentação mais apropriados e mais usados pela enfermagem neonatal dos fissurados são a amamentação, os tubos nasogástricos, colheres, canecas e o uso especial de mamadeiras para fissurados. Além disso, os pais precisam de conselhos positivos sobre alimentação no estágio inicial de desenvolvimento, que são melhor promovidos por profissionais com uma larga experiência dos problemas encontrados em fissurados. Porém, quando as intervenções alimentares são avaliadas nos estudos, normalmente, mais de uma intervenção é avaliada (mamadeira com bico especial combinada com as informações nutricionais), portanto, é difícil de determinar em qual aspecto pode ser adicionada uma intervenção para melhorar a alimentação (REID; KILPATRICK; REILLY, 2006).

No entanto, Kelly (1971) acredita que os procedimentos e os equipamentos para alimentar essas crianças são basicamente os mesmos que para os outros bebês, portanto, os bebês fissurados poderiam ser alimentados com sucesso usando uma mamadeira plástica e um bico macio. O bico é preso à mamadeira por um colar circular, o qual permite o escoamento com alguns movimentos de cabeça e também elimina a formação de vácuo na mamadeira. A mamadeira plástica pode ser apertada gentilmente para ajudar o bebê, diminuindo seu trabalho e fazendo com que aprenda o tempo necessário para alimentação.

No presente estudo, conclui-se que, com o uso da placa obturadora, a alimentação dos bebês fissurados torna-se quase igual à de um bebê considerado normal, possibilitando a imediata retirada de sondas e não havendo necessidades do uso de bicos especiais.



O obturador palatino é um dispositivo passivo no maxilar que age como um estabilizante palatino, assim como uma superfície para o contato da língua. Turner *et al.* (2001) caracterizam o obturador palatino como um retentor de acrílico que recobre o defeito palatino dos infantes, o qual vai desde a borda de trás do processo alveolar, onde os caninos erupcionam na sua localização final, até onde o segundo molar decíduo erupciona. Os mesmos autores ainda afirmam que esse dispositivo deve ser confeccionado nos primeiros dias de vida. No HIAS, também são preconizadas a confecção e instalação da placa nesse mesmo período.

Reisberg, (2000) mostram, em um estudo realizado em Illinois - Chicago, um dispositivo que é uma adaptação da placa obturadora palatina, o qual foi desenvolvido para retrain a pré-maxila protruída para uma posição mais favorável, para que o cirurgião consiga mais função e melhor reparo cosmético após a cirurgia da deformidade do lábio fissurado bilateral. Esse dispositivo é aplicado a pedido do cirurgião e deve ser usado enquanto o cirurgião sentir necessário. Em todos os casos, o dispositivo tem sido usado com sucesso pelos pacientes. Todos os pais relataram não haver problemas em colocar, remover ou limpar o dispositivo. A aplicação de uma força de retração constante é necessária para mover a pré-maxila para trás e, ao mesmo tempo, prevenir que os tecidos moles do lábio necrosem ou o descolamento do palato por causa da força excessiva.

Turner *et al.* (2001) afirmam que existe uma evidência limitada mais promissora que suporta o uso de obturadores palatinos e de educadores de lactação para melhorar os resultados em infantes com fissura palatina ou combinada em ambos os meios de alimentação, amamentação e mamadeira. Portanto, isso reduz os problemas citados por Prahl *et al.* (2005), que são: o refluxo nasal, a asfixia, a aspiração e vômitos. Além disso, quando a alimentação não tem sucesso, ambos, os pais e a criança, ficam frustrados, então é crucial que uma boa alimentação seja adquirida. O relato dos cuidadores afirma enfaticamente a melhora na qualidade de vida do bebê fissurado. Essa melhora é percebida principalmente pela diminuição dos problemas anteriormente mencionados.



Turner *et al.* (2001) relatam que o obturador palatino tem efeito no ganho de peso dos infantes, os quais sugavam a mama, mas a pressão negativa intraoral era fraca, logo, os infantes requeriam alimentação por mamadeira.

De acordo com Carraro, Dornelles e Collares (2011), os bebês com fissura labiopalatina têm necessidades nutricionais específicas. Eles precisam aumentar o peso para tolerar o tratamento cirúrgico.

Gopinath e Muda (2005) dizem que as dificuldades alimentares são comumente observadas, e essa é a mais traumática experiência que a família tem que enfrentar. Essas crianças são propensas a problemas nutricionais, mesmo as mais saudáveis e as que possuem a mais segura fonte de nutrição infantil, que é o leite materno. As infecções decorrentes, as operações repetidas e as várias influências psicossociais favorecem o agravamento do problema. Segundo Garcez e Giugliani (2005), a sucção é mais afetada pela fissura palatina que pela fissura labial. A fissura palatina torna difícil, ou até impossível, estabilizar suficientemente a pressão negativa na boca do bebê. Gopinath e Muda (2005) dizem, ainda, que, apesar de adequados movimentos de sucção, os bebês são incapazes de gerar a pressão negativa requerida, de modo que mais ar que o normal é engolido, a alimentação é demorada e a criança pode ficar cansada antes de completar a alimentação.

Segundo Garcez e Giugliani (2005), geralmente, as mães não estão familiarizadas com a possibilidade de realizar a amamentação em crianças com fissura labial ou palatina. E a separação de mãe e filho dificulta ainda mais a realização da amamentação. Entretanto, muitos pesquisadores acreditam que a amamentação é possível, apesar dos diferentes níveis de dificuldades.

Gopinath e Muda (2005) dizem que as razões das mães não conseguirem amamentar suas crianças são atribuídas ao defeito anatômico no lábio e no palato e à inabilidade das mães em posicionar o mamilo da maneira apropriada na boca da criança. No entanto, Carraro, Dornelles e Collares (2011) dizem que a razão da



interrupção da amamentação, relatada pela maioria das mães, é a inabilidade de sucção do bebê.

Outros autores referem que as principais dificuldades para amamentação são: a fraca sucção, a dificuldade na fixação da mama, o escoamento do leite materno para as narinas, a asfixia do bebê, o insuficiente ganho de peso, o insuficiente leite materno, o acoplamento com a mama e o bico rachado. Tais problemas podem ser prevenidos ou minimizados por meio de algumas medidas, como: espremer a mama para torná-la mais flexível e a auréola mais macia e, assim, facilitar a fixação da criança na mama, receber informações de como fechar a fissura labial com o polegar, usar o braço para comprimir ou massagear a mama para estimular a produção e o escoamento do leite, direcionar o bico para o lado oposto da fissura e posicionar a criança semiereta para prevenir que o leite escoe para a cavidade nasal (CARRARO; DORNELLES; COLLARES, 2011).

Por certo, a amamentação traz vantagens adicionais, como a redução de infecções, especialmente aquelas no conduto auditivo médio, e a prevenção de inflamação na mucosa nasal causada pelo refluxo do leite (CARRARO; DORNELLES; COLLARES, 2011).

Outra importante vantagem é o equilíbrio da musculatura orofacial. Os músculos ativados durante a amamentação são estimulados, resultando no desenvolvimento próprio das estruturas do sistema motor sensorial da cavidade oral e das funções, as quais são normalmente afetadas em crianças fissuradas. Em adição às vantagens mencionadas, a amamentação estimula a ligação da mãe com a criança (GARCEZ; GIUGLIANI, 2005).

Carraro, Dornelles e Collares (2011) dizem que a falta da amamentação impede os bebês de terem os benefícios do leite humano, como os anticorpos. Portanto, Turner *et al.* (2001) referem que o uso do obturador palatino surgiu para auxiliar os infantes na realização da amamentação, a qual é insuficiente para as finalidades



nutricionais. Essas crianças são desnutridas e têm o crescimento comprometido nos primeiros meses após o nascimento (GOPINATH; MUDA, 2005).

Zarate *et al.* (2010) afirmam que crianças com fissura labiopalatina, de zero a quatro meses, crescem relativamente pouco no início da infância, mas, logo em seguida, recuperam-se, atingindo peso e altura esperados até a idade de 25,5 meses. Conforme os relatos, os cuidadores também perceberam a perda de peso inicial de seus filhos. Já Turner *et al.* (2001) citam que crianças com fissura labial e palatina apresentam ganho de peso mais lento do que em crianças normais, principalmente quando outros riscos de saúde estão presentes. Enquanto Zarate *et al.* (2010) afirmam que crianças com fissura labiopalatina não são nem mais altas e nem mais baixas do que o normal.

Quanto às doenças dentais, Figueiredo *et al.* (2010) dizem que os bebês com fissura labiopalatina frequentemente têm alta atividade de cárie. Isso se deve à dificuldade de limpar adequadamente os incisivos maxilares, por causa da anatomia da área da fissura, e à irregularidade do lábio após a cirurgia, o que inclui a cicatriz tecidual e a imobilidade, que também afeta a higiene oral.

Além disso, o uso da mamadeira numa idade precoce explica o contato precoce com o açúcar, o que contribui para os altos riscos de cárie entre essas crianças, pois se sabe que quanto mais cedo for a sucção dos açúcares pelos bebês, maior será a experiência de cárie desses (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

Os cuidadores, nesta pesquisa, relataram, ainda, uma preocupação com problemas futuros na dentição, oclusão e na fala desses pacientes.

Hunt *et al.* (2007) afirmam que os pais das crianças com fissura labiopalatal observam vários problemas psicossociais entre suas crianças. Kelly (1971) concorda que, normalmente, a resposta emocional da família pode representar igualmente um sério problema, afinal, não se pode negar o imediato impacto emocional nas famílias dessas crianças, pois vivem na era da “imagem de



Hollywood”, um tempo de beleza e pessoas de sucesso, e esses pais não receberam a encantadora criança que eles esperavam.

Neste estudo, o impacto emocional na família foi amenizado pela religiosidade, existindo um conformismo por acreditarem ser uma vontade de Deus.

Para Minayo (2014) a pesquisa social trabalha com gente, com atores sociais em relação, com grupos específicos. A autora complementa que o grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões de saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo das representações e relações. Assim, as representações coletivas traduzem a maneira como o grupo pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. No presente estudo, evidenciou-se a facilidade com que os familiares discursaram dentro do grupo, cada membro sentindo-se fortalecido pela história do outro, tão similar a sua, compreendendo-se não mais como “sozinho” no mundo. Desse modo, espera-se que mais pesquisas, como esta agora apresentada, possam vir a contribuir para a socialização e educação em saúde de pais de fissurados e, conseqüentemente, para o bem-estar de seus filhos portadores.

6. CONCLUSÃO

Constatou-se que a maioria dos cuidadores, ao receber o bebê fissurado no seio da família, inicialmente relatou uma experiência dolorosa, no entanto, com o tempo, passou a lidar com a novidade de forma positiva. A placa obturadora palatina favoreceu evidentes melhoras na alimentação, na respiração, no sono dos bebês e, conjuntamente com o tratamento multidisciplinar oferecido pelo Hospital Infantil Albert Sabin, na qualidade de vida do bebê.



REFERÊNCIAS

BAROUDI, Ricardo. Embriologia da face. In: CARREIRÃO, Sérgio; LESSA, Sergio; ZANINI, Silvio A. **Tratamento das Fissuras Labiopalatina**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

BRABO, Perpétua Rejane Melo. Classificação das fissuras lábio-palatais: revisão da literatura. **Revista ABO Nacional**, v. 07, n. 3, p. 179-181, 1999.

CARRARO, Deborah Filippini; DORNELLES, Cristina Toscani Leal; COLLARES, Marcus Vinicius Martins. Fissuras labiopalatinas e nutrição. **Revista HCPA**, v. 31, n. 4, p. 456-463, 2011.

CASTELO, Fabiana de Carvalho. **Fissuras transforame incisivo unilaterais**. Monografia (Especialização em Ortodontia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2005.

DIAS, Reinaldo Brito *et al.* Fissuras labiopalatinas: nível de conhecimento no curso de odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Santo Amaro**, v. 6, p. 19-26, 2001.

DI NINNO, Camila Queiroz de Moraes *et al.* Informações que os pais de bebês com fissura lábio palatina gostariam de receber no período neonatal. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 11, n. 1, p. 10-16, 2006.

FIGUEIREDO, Márcia Cançado *et al.* Pacientes com fissura labiopalatina- acompanhamento de casos clínicos. **Conscientiae Saúde**, v. 9, n. 2, p. 300-308, 2010.

FIGUEROA A., POLLEY, J. W. Orthodontics in cleft lip and palate management. In: MATHES, Stephen J. **Plastic Surgery**. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2006.

GARCEZ, Letícia W.; GIUGLIANI, Elsa R. J. Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, v. 42, n. 6, p. 687-693, 2005.

GOPINATH, V. K.; MUDA, W. A. Assessment of growth and feeding practices in children with cleft lip and palate. **Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**, v. 36, n. 1, p. 254-258, 2005.

HUNT, Orlagh *et al.* Parent reports of the psychosocial functioning of children with cleft lip and/or palate. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, v. 44, n. 3, p. 304-311, 2007.



KELLY, Esther E. Feeding cleft palate babies-Today's babies, today's methods. **The Cleft Palate Journal**, v. 8, n. 1, p. 61-64, 1971.

LAGOS, Françoise Parahyba Dias. **Importância do uso da placa ortopédica e seus efeitos nas dimensões da maxila em crianças com fissuras labiopalatina unilateral esquerda**. Monografia (Especialização em Odontopediatria) - Academia Cearense de Odontologia, Fortaleza, CE, 2004.

MENDES, Livia Gobby Amstalden; MAGNA, Luis Alberto; LOPES, Vera Lúcia Gil da Silva. Neonatal care of infants with cleft lip and/or palate: feeding orientation and evolution of weight gain in a nonspecialized Brazilian hospital. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, v. 44, n. 3, p. 329-334, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

PANDYA, Ankur N.; BOORMAN, John G. Failure to thrive in babies with cleft lip and palate. **British Journal of Plastic Surgery**, v. 54, n. 6, p. 471-475, 2001.

PRAHL, Charlotte *et al.* Infant orthopedics in UCLP: effect on feeding, weight, and length: a randomized clinical trial (Dutchcleft). **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, v. 42, n. 2, p. 171-177, 2005.

REID, Julie; KILPATRICK, Nicky; REILLY, Sheena. A prospective, longitudinal study of feeding skills in a cohort of babies with cleft conditions. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, v. 43, n. 6, p. 702-709, 2006.

REISBERG, D. J. Dental and prosthodontic care for patients with cleft or craniofacial conditions. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, vol. 37, n. 6, pp. 7-534, 2000.

SOARES, E. A.; CALDAS JÚNIOR, A. F.; RODRIGUES, M. J. **Caracterização e subregistro dos nascidos vivos com fissuras lábio-palatais em Recife no período de 2000 a 2001**. 2006. Disponível em: www.sbpqo.org.br/resumos/2003/Painel_A_1.rtf. Acesso em: 18 jan, 2006.

TURNER, Leslie *et al.* The effects of lactation education and a prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, v. 38, n. 5, p. 519-524, 2001.

ZARATE, Yuri A. *et al.* Evaluation of growth in patients with isolated cleft lip and/or cleft palate. **Pediatrics**, v. 125, n. 3, p. e543-e549, 2010.



Enviado: 16 de fevereiro, 2023.

Aprovado: 13 de março, 2023.

¹ Graduada em Odontologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará, Brasil, Pós-Graduada lato sensu em Odontopediatria pela Associação Brasileira de Odontologia – Seção Ceará - ABO-CE, Fortaleza, Ceará, Brasil. ORCID: 0000-0001-5294-6429. CURRÍCULO LATTES: 6559103830179762.

² Graduada em Odontologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará, Brasil, Pós-Graduada lato sensu em Odontopediatria pela Associação Brasileira de Odontologia – Seção Ceará - ABO-CE, Fortaleza, Ceará, Brasil. ORCID: 0000-0003-2703-7818.

³ Graduada em Odontologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará, Brasil, Pós-Graduada lato sensu em Odontopediatria pela Associação Brasileira de Odontologia – Seção Ceará - ABO-CE, Fortaleza, Ceará, Brasil, Curso de Aperfeiçoamento em Cirurgia Odontológica e Implantodontia pela Associação Brasileira de Odontologia – Seção Ceará - ABO-CE, Fortaleza, Ceará, Brasil, Curso de Aperfeiçoamento em Reabilitação Estética pelo Instituto Cearense de Especialidades Odontológicas (ICEO) Fortaleza, Ceará, Brasil. ORCID: 0000-0003-2210-8023. CURRÍCULO LATTES: 8668911071125940.