



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e  
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba  
Brasil

Pessoa de Araújo SABINO, Maria de Fátima; Tornisiello KATZ, Cintia Regina; Siqueira de Lima  
BEZERRA, Niedje; Gomes Carneiro MONTEIRO, João Luiz  
Ocorrência de Hábitos Orais e Maloclusões em Crianças com Fissuras Lábio-Palatinas  
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 12, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 237-  
243  
Universidade Federal da Paraíba  
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63723490014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Ocorrência de Hábitos Oraís e Maloclusões em Crianças com Fissuras Lábio-Palatinas

## Occurrence of Oral Habits and Malocclusion in Children with Cleft Lip and/or Palate

Maria de Fátima Pessoa de Araújo SABINO<sup>1</sup>, Cintia Regina Tornisiello KATZ<sup>2</sup>,  
Niedje Siqueira de Lima BEZERRA<sup>3</sup>, João Luiz Gomes Carneiro MONTEIRO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil.

<sup>2</sup>Professora Adjunta Doutora da Disciplina de Odontopediatria e Docente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil.

<sup>3</sup>Professora Adjunta Doutora da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil.

<sup>4</sup>Graduando em Odontologia e Aluno de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UPE), Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a ocorrência de hábitos orais e maloclusões em crianças de dois a cinco anos de idade, atendidas em um centro de referência do Nordeste do Brasil.

**Método:** Uma amostra de 120 crianças previamente submetidas à cirurgia reparadora foi composta por livre demanda no período de agosto a novembro de 2010. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com os responsáveis e exames clínicos. Estes últimos foram realizados por uma única examinadora calibrada (Kappa intraexaminador de 0,981; Kappa em relação ao padrão-ouro de 0,975). Foi avaliada a ocorrência dos hábitos de sucção digital e de chupeta, bruxismo e onicofagia; e a ocorrência das maloclusões mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. Para a análise estatística foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e os testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fischer. O nível de significância adotado foi de 5%.

**Resultados:** A ocorrência de hábitos de sucção não-nutritiva na amostra estudada foi de 29,2%. Os hábitos de onicofagia e bruxismo foram observados em 20,0% da amostra. A ocorrência de mordida cruzada posterior foi alta (31,7%) e esteve associada ao tipo de fissura transforame ( $p<0,05$ ); as crianças com este tipo de fissura apresentaram quase dez vezes mais mordida cruzada posterior que as demais. A ocorrência de mordida aberta anterior foi baixa (8,3%). Nenhuma das maloclusões avaliadas foi associada à presença de hábitos de sucção.

**Conclusão:** Em pacientes com fissuras lábio-palatinas, a ocorrência de maloclusões como a mordida cruzada posterior e a mordida aberta anterior está mais ligada à gravidade das deformidades anatomofuncionais inerentes à fissura do que à presença de fatores ambientais como os hábitos de sucção.

### ABSTRACT

**Objective:** To assess the occurrence of oral habits and malocclusions in 2-5-year-old children with cleft lip and/or palate treated at a reference center in northeastern Brazil.

**Method:** A sample of 120 children previously submitted to reparative surgery was formed by spontaneous demand between August and November 2010. Data were collected from interviews with parents/caregivers and clinical examinations. A single calibrated examiner performed the clinical examinations (intra-examiner kappa: 0.981; kappa relative to the gold standard: 0.975). The occurrence of thumb and pacifier sucking, bruxism, nail biting, anterior open bite, and posterior crossbite was determined. Descriptive statistics, Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used for the statistical analysis. Significance level was set at  $p<0.05$ .

**Results:** The occurrence of non-nutritive sucking habits was 29.2%. Nail biting and bruxism were observed in 20.0% of the sample. The occurrence of posterior crossbite was high (31.7%) and was associated with trans-incisive foramen cleft ( $p<0.05$ ); the occurrence of posterior crossbite was nearly tenfold higher in children with this type of cleft than in other children. The occurrence of anterior open bite was low (8.3%). None of the malocclusions was associated with the presence of sucking habits.

**Conclusion:** In patients with cleft lip and/or palate, the occurrence of malocclusions, such as posterior crossbite and anterior open bite, is rather linked to the severity of the anatomical-functional deformities inherent to the cleft than to the presence of behavioral factors, such as sucking habits.

### DESCRIPTORES

Fenda labial; Fissura palatina; Criança; Maloclusão; Comportamento de sucção.

### KEY-WORDS

Cleft lip; Cleft palate; Child; Preschool; Malocclusion; Habits.

## INTRODUÇÃO

As fissuras de lábio e/ou palato são malformações que ocorrem no período embrionário, a partir da quarta semana de vida intrauterina, decorrentes da ausência de fusão do lábio e/ou do palato, ou seja, da falta de fusão dos processos nasais mediais entre si, e destes com os processos maxilares laterais. De etiologia ainda desconhecida, estudos mostram que as causas podem ser multifatoriais, envolvendo causas ambientais e genéticas<sup>1</sup>.

A fissura lábio-palatina é a deformidade mais comum das estruturas orofaciais e a malformação congênita mais prevalente no Brasil<sup>2</sup>. Estudos epidemiológicos têm mostrado grande variação na incidência e na prevalência desta deformidade. De acordo com a principal e mais abrangente fonte de dados, o Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC), credenciado pela Organização Mundial de Saúde, a prevalência de fissuras lábio-palatinas no Brasil varia 5,39 a 11,89 para cada 10 mil nascimentos<sup>3</sup>.

A classificação mais utilizada para as fissuras lábio-palatinas considera como ponto de referência, o forame incisivo, ponto de junção na formação de toda a região lábio-palatina. Desse modo, as fissuras são classificadas em: pré-forame incisivo, transforame incisivo, pós-forame incisivo e as fissuras raras da face<sup>4</sup>.

De acordo com estudos epidemiológicos realizados no Brasil sobre a distribuição das fissuras, verifica-se um predomínio desta deformidade no sexo masculino, sendo o tipo mais frequente o transforame e o lado esquerdo como o de maior comprometimento<sup>1,5,6</sup>.

O tratamento desta deformidade envolve uma equipe multidisciplinar formada por médicos (pediatras, cirurgiões plásticos, otorrinolaringologistas, geneticistas), fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e dentistas (odontopediatras, ortodontistas, ortopedistas funcionais, protesistas, cirurgiões bucomaxilofaciais). Este tratamento é considerado de longa duração e dispendioso, tanto para a família quanto para o Estado, requerendo grande compreensão, paciência e aceitação dos pais e familiares, de forma que haja fortalecimento do paciente no processo de integração social<sup>7</sup>.

A atenção odontológica a esses pacientes deve ser iniciada precocemente, no período pós-natal, com as orientações da odontopediatria e ortodontia na primeira dentição até o término do crescimento maxilo-mandibular por volta dos 18 anos<sup>8</sup>. Uma dentição saudável em crianças fissuradas é essencial para a preservação da integridade dos elementos dentários, para que estes desempenhem suas funções de mastigação, fonação e estética, favorecendo o sucesso no tratamento ortodôntico. Porém, conseguir uma boa saúde dental nessas crianças pode ser difícil pela anatomia da área da fissura, pela presença de apinhamentos dentários e pelos defeitos de esmalte<sup>9</sup>. Além disso, o reparo cirúrgico tem como consequência

à imobilização do lábio<sup>10</sup>, trazendo prejuízos à fonação e à higiene bucal.

Há, surpreendentemente, poucas informações sobre a condição de saúde oral em crianças fissuradas e poucas pesquisas epidemiológicas que possam ser usadas para comparações em outros estudos<sup>11,12</sup>. Particularmente em relação aos hábitos orais, há poucos relatos na literatura sobre a ocorrência destes hábitos na população de fissurados, sendo a maioria relatos de casos.

A relação entre o prolongamento dos hábitos não-nutritivos de sucção e problemas de oclusão tem sido extensivamente estudada, verificando-se que estes são fatores de risco para certas maloclusões na dentição decídua como a mordida aberta anterior e a mordida cruzada posterior; pelo aumento do overjet e da atresia maxilar pela diminuição da largura do arco<sup>13-17</sup>.

Considerando o alto potencial de alterações dentárias e esqueléticas em pacientes com fissuras lábio-palatinas e a escassez de dados sobre os hábitos orais em crianças com esta deformidade, torna-se relevante avaliar precocemente a relação entre estes hábitos e as maloclusões nesta população. Nesse sentido, este estudo objetivou avaliar a ocorrência de hábitos orais, mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior, em crianças de dois a cinco anos de idade, com fissuras lábio-palatinas, atendidas em um centro de referência do Nordeste do Brasil, no ano de 2010.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) (Protocolo n.1297).

Realizou-se um estudo do tipo série de casos no Serviço de Odontologia do Centro de Atenção aos Defeitos da Face, do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Cadefi-IMIP), localizado na cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco. Trata-se de uma entidade de natureza pública, não-estadual, sem fins lucrativos, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Atende rotineiramente crianças dos municípios de todo o Estado e de Estados vizinhos, com demanda espontânea e referenciada. É credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro Nacional de Referência para Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Desde a criação do Cadefi, estão cadastradas cerca de 950 crianças com fissuras lábio-palatinas e/ou síndromes genéticas associadas, com idades entre dois a cinco anos.

A amostra deste estudo foi composta por demanda espontânea no período de agosto a novembro de 2010. Foram incluídas na pesquisa todas as crianças com fissuras lábio-palatinas já submetidas à cirurgia reparadora, de ambos os sexos, com idades entre dois a cinco anos, que compareceram ao serviço no período referenciado. Foram excluídos do estudo os pacientes com síndromes genéticas associadas à fissura, pacientes

com transtornos mentais, comprometimento motor e/ou cognitivo.

Os dados foram coletados por meio de três instrumentos: o questionário de dados sociodemográficos, o questionário de classificação econômica e a ficha de exame clínico. O primeiro instrumento contemplou dados dos participantes como idade, sexo, presença de hábitos atuais de sucção não-nutritiva, onicofagia e bruxismo, e dados dos responsáveis.

A classificação econômica dos participantes do estudo foi obtida por meio do Questionário de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa de 2008, a qual tem o objetivo de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais. Neste instrumento, a divisão de mercado definida é exclusivamente de classes econômicas. Em ordem decrescente, as famílias são classificadas em classes A1, A2, B1, B2, C, D, E.

Os exames clínicos foram realizados por uma única examinadora calibrada, em consultório utilizando-se foco odontológico, espelho bucal plano e sonda romba preconizada pela OMS. As maloclusões foram avaliadas posicionando-se a mandíbula para a obtenção da oclusão de relação cêntrica. Foi considerada a ausência de trespasses vertical maior que 3 mm entre os dentes anteriores como critério diagnóstico para a mordida aberta anterior; para a mordida cruzada posterior, a inversão do contato oclusal de um ou mais dentes posteriores. As fissuras foram classificadas de acordo com os critérios de Spina, Psillakis e Lapa (4). Os valores do coeficiente de Kappa, obtidos para a avaliação da concordância entre examinadora e padrão-ouro e intraexaminadora foram, respectivamente, 0,975 e 0,981.

Os dados foram digitados e analisados no software SPSS, versão 13.1 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram expressas utilizando a distribuição de frequências absolutas e relativas. A análise comparativa dos resultados foi realizada utilizando-se a Razão de Prevalência (RP) e os testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fischer. Foi utilizado o nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Foram examinadas 120 crianças, sendo 52 (43,3%) do sexo feminino e 68 (56,7%) do sexo masculino. A média das idades foi de 3,46 anos. Observou-se que 70,8% frequentavam a escola. Quanto à procedência, observou-se que a maioria das crianças era do interior do Estado (61,7%). Apenas 30,0% das crianças residiam nas cidades da Região Metropolitana do Recife e 8,3% eram de outros Estados. (Tabela 1).

De acordo com a classificação das fissuras, a maioria das crianças apresentava fissura do tipo

transforame (48,3%), seguida das fissuras pós-forame (29,2%), e com menor percentual as fissuras pré-forame (22,5%). Quanto à lateralidade, tanto para as fissuras pré-forame, quanto para as fissuras transforame, o lado esquerdo foi o mais afetado (44,5%; 48,3%). Quanto à extensão das fissuras, para o tipo pré-forame a maioria foi completa (66,7%). Já para as fissuras pós-forame, os percentuais não foram tão discrepantes (51,4% para as completas e 48,6% para as incompletas) (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos pesquisados segundo a idade, sexo, escolaridade e região de procedência.

Variáveis	n	%
Total	120	100,0
• Idade em anos		
2	34	28,3
3	26	21,7
4	31	25,8
5	29	24,2
• Sexo		
Feminino	52	43,3
Masculino	68	56,7
• Escolaridade da criança		
Não estuda	35	29,2
Creche	7	5,8
Pré-escola	78	65,0
• Procedência		
Recife e Região Metropolitana do Recife	36	30,0
Zona da Mata	29	24,2
Agreste	27	22,5
Sertão	18	15,0
Outros Estados	10	8,3

Tabela 2. Distribuição dos pesquisados de acordo com a classificação das fissuras.

Variáveis	n	%
• Classificação das fissuras		
Pré-forame	27	22,5
Transforame	58	48,3
Pós-forame	35	29,2
Total	120	100,0
• Extensão das fissuras pré-forame		
Completa	18	66,7
Incompleta	9	33,3
Total	27	100,0
• Lateralidade das fissuras pré-forame		
Direita	10	37,0
Esquerda	12	44,5
Bilateral	5	18,5
Total	27	100,0
• Lateralidade das fissuras transforame		
Direita	12	20,7
Esquerda	18	31,0
Bilateral	28	48,3
Total	58	100,0
• Extensão das fissuras pós-forame		
Completa	18	51,4
Incompleta	17	48,6
Total	35	100,0

Quanto aos responsáveis entrevistados, verificou-se que a maioria eram mães (89,2%) e o grau de instrução predominante do chefe de família foi o primário completo ou ginásial incompleto (31,7%). Quanto à renda familiar mensal, observou-se que mais da metade dos entrevistados estavam inseridos em famílias que recebiam até um salário mínimo (59,2%) e de acordo com o critério de classificação econômica utilizado, a classe econômica predominante foi a classe C (47,5%) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos responsáveis entrevistados de acordo com as variáveis socioeconômico-demográficas avaliadas.

Variáveis	n	%
Total	120	100,0
• Grau de parentesco do responsável		
Mãe	107	89,2
Outro	13	10,8
• Escolaridade do responsável		
Analfabeto ou primário incompleto	23	19,2
Primário completo ou ginásial incompleto	38	31,7
Ginásial completo ou colegial incompleto	20	16,7
Colegial completo ou superior incompleto	33	27,5
Superior completo	6	5,0
• Renda familiar mensal aproximada (em salários mínimos)		
Até 1 salário	71	59,2
Mais de 1 a 2 salários	36	30,0
Mais de 2 a 3 salários	13	10,8
• Classificação econômica		
Classe E	4	3,3
Classe D	48	40,0
Classe C	57	47,5
Classe B2	11	9,1

Com relação à presença de hábitos orais, observou-se que a maioria das crianças (70,8%) não apresentava nenhum dos hábitos avaliados. Considerando a ocorrência de hábitos de sucção não-nutritiva, verificou-se que o apenas 16,6% faziam sucção da chupeta, 7,5% apresentavam sucção digital e 5,0% apresentavam sucção de língua (5,0%). Verificou-se a ocorrência de onicofagia em 20,0% da amostra e do bruxismo em 20,8% (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos pesquisados de acordo com a ocorrência de hábitos orais

Variáveis	n	%
Total	120	100,0
• Ocorrência de Hábitos de sucção não-nutritivos (HSNN)		
Sim	35	29,2
Não	85	70,8
• Ocorrência dos HSNN de acordo com o tipo		
Sucção de chupeta	20	16,7
Sucção digital	9	7,5
Sucção de língua	6	5,0
Não apresenta HSNN	85	70,8
• Onicofagia		
Presente	24	20,0
Ausente	96	80,0
• Bruxismo		
Presente	25	20,8
Ausente	95	79,2

Considerando as maloclusões avaliadas, verificou-se que apenas 8,3% das crianças apresentavam mordida aberta anterior. A ocorrência de mordida cruzada posterior foi de 31,7%, sendo a maioria unilateral (60,5%). A mordida cruzada anterior foi a maloclusão mais frequente (46,7%) (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos pesquisados de acordo com a ocorrência de aberta anterior, mordida cruzada posterior e mordida cruzada anterior.

Variáveis	n	%
Total	120	100,0
• Mordida aberta anterior		
Presente	10	8,3
Ausente	110	91,7
• Mordida cruzada posterior		
Presente	38	31,7
Ausente	82	68,3
• Tipo de mordida cruzada posterior		
Unilateral	23	60,5
Bilateral	15	39,5

Nas Tabelas 6, 7 e 8 mostram a relação entre a ocorrência dos hábitos de sucção e as variáveis idade, sexo, mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e tipo de fissura lábio-palatina. Verificou-se que, na população de crianças com fissuras lábio-palatinas, a ocorrência de hábitos de sucção não foi associada à nenhuma das variáveis supracitadas. Particularmente em relação à mordida aberta anterior, verificou-se que, das crianças com hábitos de sucção, 80% não apresentava esta alteração e esta diferença foi estatisticamente significativa ( $p=0,006$ ).

Observou-se que a ocorrência de mordida cruzada posterior na amostra foi associada ao tipo de fissura lábio-palatina, sendo esta alteração quase dez vezes mais frequente nas crianças com fissuras do tipo transforame (Tabela 7). A mordida aberta anterior não foi associada ao tipo de fissura (Tabela 8).

## DISCUSSÃO

O Cadefi/IMIP é o centro de referência do Nordeste e o segundo maior centro de referência do país para o tratamento de portadores de fissuras lábio-palatinas. Considerando-se que desde sua criação foram cadastradas cerca de 950 crianças na faixa etária de 2 a 5 anos, pode-se afirmar que este estudo conseguiu abranger uma amostra razoável da população de crianças com fissuras lábio-palatinas do estado de Pernambuco.

Pelo perfil apresentado, observou-se um discreto predomínio de crianças do sexo masculino, como observado também em outros estudos<sup>1,2,6</sup>. Verificou-se, também, que apenas 29,2% das crianças não estavam nas escolas ou creches, fato que pode ser justificado pela porcentagem equivalente de crianças com apenas dois anos de idade. Desta forma, observou-se um alto percentual de crianças frequentando creches ou escolas, mesmo em idades tão precoces. Isto ocorreu provavelmente porque as crianças pesquisadas foram

Tabela 6. Avaliação da ocorrência de hábitos de sucção de acordo com as variáveis: idade, sexo, tipo de fissura, mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior.

Variável	Hábito de Sucção				TOTAL		Valor de p	RP (IC a 95%)
	Presente		Ausente					
	n	%	n	%	n	%		
Total	35	100,0	85	100,0	120	100		
• Idade								
2	12	34,3	22	25,9	34	28,3	p <sup>(1)</sup> = 0,772	1,28 (0,61 a 2,69)
3	6	17,1	20	23,5	26	21,7		0,84 (0,33 a 2,09)
4	9	25,7	22	25,9	31	25,8		1,05 (0,47 a 2,36)
5	8	22,9	21	24,7	29	24,2		1,00
• Sexo								
Feminino	14	40,0	38	44,7	52	43,3	p <sup>(1)</sup> = 0,636	1,00
Masculino	21	60,0	47	55,3	68	56,7		1,15 (0,65 a 2,03)
• Tipo de fissura								
Pré-forame	10	28,6	17	20,0	27	22,5	p <sup>(1)</sup> = 0,571	1,30 (0,63 a 2,66)
Transforame	15	42,9	43	50,6	58	48,3		0,91 (0,46 a 1,79)
Pós-forame	10	28,6	25	29,4	35	29,2		1,00
• MAA								
Presente	7	20,0	3	3,5	10	8,3	p <sup>(1)</sup> = 0,006*	2,75 (1,64 a 4,61)
Ausente	28	80,0	82	96,5	110	91,7		1,00
• MCP								
Presente	8	22,9	30	35,3	38	31,7	p <sup>(1)</sup> = 0,183	1,00
Ausente	27	77,1	55	64,7	82	68,3		1,56 (0,79 a 3,11)

(\*) Diferença significativa em nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 7. Avaliação do tipo de fissura segundo a ocorrência de mordida cruzada posterior.

Tipo de fissura	Mordida cruzada posterior				TOTAL		Valor de p	RP (IC a 95%)
	Presente		Ausente					
	n	%	n	%	n	%		
Pré-forame	3	7,9	24	29,3	27	22,5	p <sup>(1)</sup> = 0,000*	1,94 (0,35 a 10,83)
Transforame	33	86,8	25	30,5	58	48,3		9,96 (2,54 a 38,96)
Pós-forame	2	5,3	33	40,2	35	29,2		1,00
Total	38	100,0	82	100,0	120	100,0		

\*Diferença significativa ao nível de 5,0%.

<sup>1</sup>Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 8. Avaliação do tipo de fissura segundo a ocorrência de mordida aberta anterior.

Tipo de fissura	Mordida aberta anterior				TOTAL		Valor de p	RP (IC a 95%)
	Presente		Ausente					
	n	%	n	%	n	%		
Pré-forame	3	30,0	24	21,8	27	22,5	p <sup>(1)</sup> = 0,157	3,89 (1,67 a 9,06)
Transforame	2	20,0	56	50,9	58	48,3		0,24 (0,05 a 1,18)
Pós-forame	5	50,0	30	27,3	35	29,2		1,00
Total	10	100,0	110	100,0	120	100,0		

<sup>1</sup>Através do teste Exato de Fisher.

submetidas às cirurgias reparadoras em período precoce, o que pode ter facilitado a socialização das mesmas através da redução das seqüelas estéticas das fissuras lábio-palatinas.

Considerando o perfil sócio-econômico dos pesquisados, verificou-se que a maioria estava inserida em famílias de classe econômica baixa e com baixo nível de escolaridade do chefe da família. Embora a maioria dos problemas de saúde bucal na atualidade tenha relação direta com a baixa condição socioeconômica e menor nível de escolaridade da população, ressalta-se que os dados obtidos nesta pesquisa não podem ser extrapolados para a população de crianças com fissuras lábio-palatinas do estado de Pernambuco, uma vez que os dados obtidos não correspondem à totalidade dos

casos e não foram registrados casos de responsáveis de classes econômicas de maior poder aquisitivo.

Em relação à região de procedência, observou-se que a maioria das crianças da amostra era residente no interior do estado. De acordo com um levantamento recente, realizado também no Cadefi/IMIP<sup>6</sup>, verificou-se que as crianças do Agreste e Sertão do estado de Pernambuco eram as que apresentavam maior ocorrência de fissuras de origem hereditária. Os autores sugeriram que uma possível explicação para essa maior prevalência de fissuras nessas crianças seria, provavelmente, secundária a uma maior consanguinidade observada em populações residentes no interior. Por outro lado, outros autores também ressaltaram que nos grandes centros urbanos observa-



se uma maior exposição aos agentes poluentes ambientais, o que também influenciaria a distribuição destas deformidades<sup>5</sup>. Essas conjecturas poderão ser exploradas em outros estudos com desenhos epidemiológicos adequados para este fim.

Foram observados resultados concordantes com a literatura em relação à classificação das fissuras. Como também observado em outros levantamentos<sup>1,5,6</sup>, verificou-se uma predominância das fissuras do tipo transforame, com extensão completa e maior comprometimento do lado esquerdo.

Observou-se que a ocorrência de hábitos de sucção na amostra estudada (29,2%) foi menor que a encontrada em outros estudos em crianças praticamente da mesma faixa etária e sem fissuras. Em um estudo realizado em pré-escolares de 4 anos na cidade do Recife<sup>14</sup>, observou-se uma prevalência de hábitos de sucção de 67,9%. Para alguns autores<sup>18</sup>, a baixa ocorrência de hábitos de sucção em crianças fissuradas se deve às dificuldades iniciais de estabelecimento da sucção no período pós-natal, pelas fissuras. Por outro lado, deve-se considerar que nos fissurados a aquisição desses hábitos pode ser influenciada pelas cirurgias reparadoras realizadas em tenra idade, que inviabilizam a colocação da mão e objetos na boca através de dispositivos mecânicos no pós-operatório para evitar traumas e infecções. Isto pode provocar a eliminação definitiva desses hábitos<sup>19</sup>. Particularmente em relação à amostra estudada, é importante ressaltar que no serviço do Cadefi, os pais são orientados a remover o hábito de chupeta antes das cirurgias e, muitas vezes, as mães relatam não oferecer chupeta às crianças preventivamente à instalação dos hábitos.

Em relação aos demais hábitos orais avaliados, observou-se que a ocorrência de onicofagia na amostra estudada foi menor do que a encontrada em outros estudos, em crianças não fissuradas<sup>20,21</sup>. Em relação ao hábito de bruxismo, verificou-se uma frequência muito maior do que a encontrada em crianças não fissuradas<sup>20,21</sup>. Sabe-se que o bruxismo pode estar relacionado com o estado emocional alterado do paciente, como o estresse<sup>22</sup>. As fissuras labiopalatais, além de serem anomalias congênicas comuns em todo o mundo, são anomalias que causam transtornos psicológicos e funcionais importantes aos seus portadores. Crianças com de fissuras labiopalatais e suas famílias experimentam um significativo estresse crônico de ordem física, emocional e social<sup>23</sup>. Desta forma, sugere-se que a alta prevalência de bruxismo na amostra estudada possa ser justificada pelo fato de que essas crianças geralmente apresentam uma carga emocional maior, em virtude da sua rotina inicial de vida, com consultas médicas, cirurgias e acompanhamentos.

Alguns autores ressaltaram as maloclusões causadas por hábitos de sucção podem ser mais sérias em pacientes com fissura palatina pela tendência para problemas verticais e mordidas cruzadas associados e esta deformidade<sup>24</sup>. Nesta pesquisa, verificou-se que a ocorrência de mordida aberta anterior nas crianças fissuradas foi baixa. Embora alguns autores tenham

afirmado que mordida aberta anterior é frequente em pacientes com fenda palatina, pelo pouco desenvolvimento do crescimento maxilar<sup>24</sup>; neste estudo, verificou-se que a ocorrência desta maloclusão (8,3%) foi bem menor que a encontrada em outros estudos realizados em crianças não-fissuradas da mesma faixa etária (cerca de 40,0%)<sup>14,15</sup>.

Com relação à avaliação da mordida cruzada posterior, os resultados desta pesquisa concordaram com alguns autores que afirmaram que esta maloclusão é mais frequente em pacientes com fissura palatina, podendo ser ainda mais frequente em crianças fissuradas com hábito de sucção<sup>26</sup>.

A ocorrência de mordida cruzada posterior na amostra estudada foi mais alta (31,7%) quando comparada aos dados da população em geral, uma vez que estudos anteriores em crianças não-fissuradas da mesma faixa etária revelaram prevalências variando de 11 a 16%<sup>14,17,25</sup>. Este resultado era esperado uma vez que esta maloclusão, geralmente, ocorre como seqüela do reparo da fissura palatina<sup>27</sup>. Em relação à lateralidade da mordida cruzada posterior, os resultados concordaram com os outros estudos, confirmando a maior ocorrência das mordidas cruzadas unilaterais<sup>14,25</sup>.

Observou-se que nenhuma das maloclusões avaliadas foi associada à presença de hábitos de sucção. Desta forma, pode-se concluir que estas alterações em pacientes fissurados estão mais ligadas à gravidade das deformidades anatomofuncionais inerentes à fissura do que a fatores ambientais como os hábitos. Isto pode ser ilustrado com o resultado de que mordida cruzada posterior foi associada ao tipo de fissura transforame, a qual representa maior comprometimento da maxila.

## CONCLUSÃO

Nas crianças com fissuras lábio-palatais é importante avaliar precocemente a presença e as características dos hábitos orais, bem como a sua relação com a saúde bucal, principalmente pelo potencial elevado de alterações dentárias e esqueléticas inerentes à própria deformidade anatomofuncional. Este estudo mostrou que a ocorrência dos hábitos de sucção não foi associada à presença de mordida aberta anterior e/ou mordida cruzada posterior. A ocorrência de mordida cruzada posterior foi alta e esteve associada ao tipo de fissura transforame. A ocorrência de bruxismo também foi alta para esta população, devendo merecer maior atenção por parte dos pesquisadores e profissionais responsáveis pela saúde dessas crianças.

## REFERÊNCIAS

1. Freitas e Silva DS, Mauro LDL, Oliveira LB, Ardenghi TM, Böncker M. Estudo descritivo das fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. RGO

2008; 56(4):387-91.

2. Lages EMB, Marcos B, Pordeus IM. Oral health of individuals with cleft lip, cleft palate, or both. *Cleft Palate Craniofac J* 2004; 41(1):59-63.

3. Monlleó IL, Lopes VLG. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais de atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad saúde pública* 2006; 22(5):913-22.

4. Spina V, Psillakis JM, Lapa F. Classificação das fissuras lábio palatinas. Sugestão de modificação. *Rev Hop Clín Fac Med S.Paulo* 1972; 27(1):5-6.

5. Loffredo LCM, Souza JMP, Yunes J, Freitas JAS, Spiri WC. Fissuras labiais: estudo caso-controle. *Rev saúde pública*. 1994; 28(1): 213-4.

6. Coutinho ALF, Lima MC, Kitamura, MAP, Neto JF, Pereira RM. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais em um centro de referência do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2009; 9(2):149-56.

7. Stec M, Szczepańska J, Pypec J, Hirschfelder U. Periodontal status and oral hygiene in two populations of cleft patients. *Cleft Palate Craniofac J* 2007; 44(1):73-8.

8. Maulina I, Priede D, Maulina I, Barkane B, Akita I. Assessment of complete cleft (CLP) patient's occlusion at age of five. *Baltic Dental Maxillofacial J* 2004; 6(4):103-5.

9. McDonagh S, Pinson R, Shaw AJ. Provision of general dental care for children with cleft lip and palate - parental attitudes and experiences. *Br Dent J* 2000; 189 (8):432-4.

10. Turner C, Zagirova A, Frolova L, Courts FJ, Williams WN. Oral health status of Russian children with unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1998; 35(6):489-94.

11. Ankola AV, Nagesh L, Hegde P, Karibasappa GN.. Primary dentition status and treatment needs of children with cleft lip and/or palate. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2005; 23(2):80-2.

12. Besseling S, Dubois L. The prevalence of caries in children with a cleft lip and/or palate in Southern Vietnam. *Cleft Palate Craniofac J* 2004; 41(4):629-32.

13. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and non-nutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002; 121(4):347-56.

14. Katz CR, Rosenblatt A, Gondim PP. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004; 126(1):53-7.

15. Katz CR, Rosenblatt A. Nonnutritive sucking habits and anterior open bite in Brazilian children: a longitudinal study. *Pediatr Dent* 2005; 27(5):369-73.

16. Heimer MV, Tornisiello Katz CR, Rosenblatt A. Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. *Eur J Orthod* 2008; 30(6):580-5.

17. Macena MC, Katz CR, Rosenblatt A. Prevalence of a posterior crossbite and sucking habits in Brazilian children aged 18-59 months. *Eur J Orthod* 2009; 31(4):357-61.

18. Satyaprasad S. An unusual type of sucking habit in a patient with cleft lip and palate. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2009; 27(4):260-2.

19. Costa B, Gomide MR, Franco RM. Prevalência dos hábitos iniciais de sucção em bebês de 0-3 anos de idade portadoras de fissura de lábio e/ou palato. *Medcenter.com Odontologia*. 2000. July [cited 2010 Mar 01]; Available from: <http://www.odotologia.com.br/artigos.asp?id=160>.

20. Albuquerque Junior HR, Barros AMM, Braga JPV, Carvalho MF, Maia MCG. Hábito bucal deletério e má-oclusão em pacientes da clínica infantil do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza. *RBPS* 2007; 20(1):40-5.

21. Vasconcelos FMN, Massoni ACLT, Katz CRT, Rosenblatt A. Ocorrência de hábitos bucais deletérios em crianças da Região

Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *Pesq bras odontopediatria clín integr* 2009;9(3):327-32.

22. Rodrigues CK, Ditterich RG, Shintcovsk RL, Tanaka O. Bruxismo: uma revisão da literatura. *Ci biol saúde* 2006; 12(3):13-21.

23. Tobiasen JM. Psychosocial adjustment to cleft lip and palate. In: Bardach J, Morris HL. *Multidisciplinary management of cleft lip and palate*. Philadelphia: Saunders, 1990. p. 820-4.

24. Molsted K, Dahl E. Asymmetry of the maxilla in children with complete uni-lateral cleft lip and palate. *Cleft Palate J* 1990; 27(2):184-90.

25. Moraes ES, Lira CC, Ely MR, Thomaz ESAF, Valença AMG. Prevalência de mordida aberta a mordida cruzada na dentição decídua. *Rev bras cienc saúde*, 2001; 5 (1):23-30.

26. Lindsten R, Larsson E, Ogaard B. Dummy-sucking behavior in 3-year-old Norwegian and Swedish children. *Eur J Orthod*. 1996; 18(1): 205-9.

27. Romero M, Bravo LA, Romero P. Pacifier Sucking in a child with cleft palate: occlusal consequences. *Cleft Palate Craniofac J* 2003; 42(2):218-9.

Recebido/Received: 02/03/2011

Revisado/Reviewed: 29/09/2011

Aprovado/Approved: 05/11/2011

Correspondência:

Cintia Regina Tornisiello Katz  
Praça de Casa Forte, 445 apto. 1601  
Recife – Pernambuco - Brasil  
CEP: 52061-420  
Fone: 055-81-3304 8525  
Email: [cintiakatz@uol.com.br](mailto:cintiakatz@uol.com.br)