

Ano V n. 50 Mar. 2024
ISSN 2675-2573

Revista **a** EVOLUÇÃO

MULHER

TODOS OS DIAS



Filiada à:
ABEC
BRASIL
Associação Brasileira de Editoração Científica



INTERNACIONAL
STANDARD
SERIAL
NUMBER
INTERNATIONAL CENTRE



Platform &
workflow by
OJS / PKP

www.primeiraevolucao.com.br

Revista **1ª** EVOLUÇÃO

Ano V - nº 50 - Março de 2024

ISSN 2675-2573

Uma publicação mensal da Edições Livro Alternativo

Editor Responsável:

Antônio Raimundo Pereira Medrado

Editor correspondente (Angola):

Manuel Francisco Neto

Coordenaram esta edição:

Vilma Maria da Silva

Andreia Fernandes de Souza

Organização:

Manuel Francisco Neto

Vilma Maria da Silva

AUTORES(AS) DESTA EDIÇÃO

Adriana Pereira Santos da Silva
Amanda Campos Martins Miranda
Anderson da Silva Brito
André Alves de Albuquerque
Andressa Talita de Lara
Angelita Aparecida Ferreira Gebin
Beatriz Faria de Castro
Cibele Vieira dos Santos Alves
Daniel Leopoldo Moreira Barbosa
Daniela Proença Verly da Silva
Dinah Luísa da Silva
Eriene Gomes da Silva
Ester de Paula Oliveira

Iolanda Aparecida dos Santos
Letícia Zuza de Lima Cabral
Luciana Pereira dos Santos Martins
Lucimara dos Santos de Barros
Marcela Rodrigues Pimentel
Maria Aparecida Armandilha Nunes
Marilena Wackler
Mirella de Souza Cruz
Nilma Aparecida Gonçalves Bernardes
Rosinalva de Souza Lemes
Sidneia Viana
Vilma Cavalcante Sabino da Silva

Os artigos assinados são de responsabilidade exclusiva dos autores e não expressam, necessariamente, a opinião da revista.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Revista Primeira Evolução [recurso eletrônico] / [Editor] Antonio Raimundo Pereira Medrado. – ano 5, n. 50 (mar. 2024). – São Paulo : Edições Livro Alternativo, 2024. 198 p. : il. color

Bibliografia

Mensal

ISSN 2675-2573 (on-line)

Modo de acesso: <https://primeiraevolucao.com.br>

DOI 10.52078/issn2673-2573.rpe.50

1. Educação – Periódicos. 2. Pedagogia – Periódicos. I. Medrado, Antonio Raimundo Pereira, editor. II. Título.

CDD 22. ed. 370.5

Patrícia Martins da Silva Rede – Bibliotecária – CRB-8/5877

ACESSOS:

<https://primeiraevolucao.com.br>



<https://doi.org/10.52078/issn2675-2573.rpe.50>



São Paulo | 2024

Editor Responsável:

Antônio Raimundo Pereira Medrado

Editor correspondente (ANGOLA):

Manuel Francisco Neto

Coordenação editorial:

Ana Paula de Lima

Andreia Fernandes de Souza

Antônio Raimundo Pereira Medrado

Isac Chateaufneuf

José Wilton dos Santos

Manuel Francisco Neto

Vilma Maria da Silva

Com. de Avaliação e Leitura:

Prof. Dr. Adeílson Batista Lins

Prof. Me. Alexandre Passos Bitencourt

Profa. Esp. Ana Paula de Lima

Profa. Dra. Andreia Fernandes de Souza

Profa. Dra. Denise Mak

Prof. Dr. Isac Chateaufneuf

Prof. Dr. Manuel Francisco Neto

Profa. Ma. Maria Mbuanda Caneca Gunza Francisco

Profa. Esp. Mirella Clerici Loayza

Profa. Dra. Thaís Thomaz Bovo

Bibliotecária:

Patrícia Martins da Silva Rede

Colunistas:

Prof. Dr. Adeílson Batista Lins

Prof. Dr. Isac Chateaufneuf

Edição, Web-edição e projetos:

Antonio Raimundo Pereira Medrado

Vilma Maria da Silva

Lee Anthony Medrado

Contatos

Tel. 55(11) 99543-5703

Whatsapp: 55(11) 99543-5703

primeiraevolucao@gmail.com (S. Paulo)

netomanuelfrancisco@gmail.com (Luanda)

https://primeiraevolucao.com.br

Imagens, fotos, vetores etc:

https://publicdomainvectors.org/

https://pixabay.com

https://www.pngwing.com

https://br.freepik.com

Publicada no Brasil por:

Edições
Livro Alternativo

CNPJ: 28.657.494/0001-09

Colaboradores voluntários em:



Esta revista é mantida e financiada por professoras e professores.
Sua distribuição é, e sempre será, livre e gratuita.

A revista PRIMEIRA EVOLUÇÃO é um projeto editorial criado pela **Edições Livro Alternativo** para ajudar e incentivar professores(as) a publicarem suas pesquisas, estudos, vivências ou relatos de experiências.

Seu corpo editorial é formado por professores/as especialistas, mestres/as e doutores/as que atuam na rede pública de ensino, e por profissionais do livro e da tecnologia da informação.

Uma de suas principais características é o fato de ser **independente e totalmente financiada por professoras e professores**, e de distribuição gratuita.

PROPÓSITOS:

Rediscutir, repensar e refletir sobre os mais diversos aspectos educacionais com base nas experiências, pesquisas, estudos e vivências dos profissionais da educação;

Proporcionar a publicação de livros, artigos e ensaios que contribuam para a evolução da educação e dos educadores(as);

Possibilitar a publicação de livros de autores(as) independentes;

Promover o acesso, informação, uso, estudo e compartilhamento de softwares livres;

Incentivar a produção de livros escritos por professores/as e autores independentes;

Financiar (total ou parcialmente,) livros de professoras/es e estudantes da rede pública.

PRINCÍPIOS:

Os trabalhos voltados para a **educação, cultura** e produções independentes;

O uso exclusivo de **softwares livres** na produção dos livros, revistas, divulgação etc;

A ênfase na produção de **obras coletivas** de profissionais da educação;

Publicar e divulgar **livros de professores(as)** e autores(as) independentes;

O respeito à **liberdade e autonomia** dos autores(as);

O combate ao despotismo, ao preconceito e à superstição;

O respeito à **diversidade**.

Filiada à:



Produzida com utilização de softwares livres



www.primeiraevolucao.com.br

A educação evolui quanto mais evoluem seus profissionais

05 EDITORIAL

Antônio R. P. Medrado

06 POIESIS

MULHER, TODOS OS DIAS

ARTIGOS MULHER

- | | |
|---|-----|
| 1. COGNIÇÃO E DESENVOLVIMENTO MOTOR NA EDUCAÇÃO INFANTIL ADRIANA PEREIRA SANTOS DA SILVA | 7 |
| 2. TÉCNICAS CIRÚRGICAS DE CORREÇÃO PARA FISSURAS LABIOPALATAL AMANDA CAMPOS MARTINS MIRANDA | 17 |
| 3. CONTRIBUIÇÕES PARA A ALFABETIZAÇÃO E LETRAMENTO NOS ANOS INICIAIS ANDERSON DA SILVA BRITO | 25 |
| 4. A IMPORTÂNCIA DO GESTOR ESCOLAR NO AEE E NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA PAULISTA ANDRÉ ALVES DE ALBUQUERQUE | 31 |
| 5. A PSICOPEDAGOGIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES DESDE A TENRA IDADE ANDRESSA TALITA DE LARA | 37 |
| 6. DECOLONIALIDADE DO CURRÍCULO NA FORMAÇÃO ANTIRRACISTA DE PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL ANGELITA APARECIDA FERREIRA GEBIN | 45 |
| 7. PARESTESIA DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR PELA EXODONTIA DO TERCEIRO MOLAR BEATRIZ FARIA DE CASTRO | 55 |
| 8. DIFICULDADE NA INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS CIBELE VIEIRA DOS SANTOS ALVES | 67 |
| 9. O PAPEL DOS JOGOS DE TABULEIRO NAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DANIEL LEOPOLDO MOREIRA BARBOSA | 73 |
| 10. A INCLUSÃO ESCOLAR DO ALUNO COM TEA DÂNIELA PROENÇA VERLY DA SILVA | 79 |
| 11. PROMOVEDO A EDUCAÇÃO INFANTIL NA ERA DIGITAL: IMPACTOS DA LEI Nº 14.533/2023 DINAH LUÍSA DA SILVA | 85 |
| 12. INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL ERILENE GOMES DA SILVA | 95 |
| 13. EMOÇÕES NO PROCESSO APRENDIZAGEM ESCOLAR ESTER DE PAULA OLIVEIRA | 105 |
| 14. RACISMO INFANTIL: QUESTÕES ÉTNICO-RACIAIS NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO INFANTIL IOLANDA APARECIDA DOS SANTOS | 113 |
| 15. ESTRATÉGIAS INCLUSIVAS NAS TURMAS DAS SALAS DE PROJETO DE APOIO PEDAGÓGICO DA RMESP LETÍCIA ZUZA DE LIMA CABRAL | 119 |
| 16. A INFLUÊNCIA DA LINGUAGEM MUSICAL NA EDUCAÇÃO INFANTIL LUCIANA PEREIRA DOS SANTOS MARTINS | 125 |
| 17. ESTRATÉGIAS PARA UM DESENVOLVIMENTO INTEGRAL NA EDUCAÇÃO INFANTIL LUCIMARA DOS SANTOS DE BARROS | 137 |
| 18. A LUDICIDADE E A PSICOMOTRICIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO NA EDUCAÇÃO INFANTIL MARCELA RODRIGUES PIMENTEL | 145 |
| 19. A ARTE EDUCAÇÃO MARIA APARECIDA ARMANDILHA NUNES | 151 |
| 20. A EVASÃO ESCOLAR NAS ESCOLAS PÚBLICAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19 MARILENA WACKLER | 157 |
| 21. APRENDIZAGEM HÍBRIDA: UMA ABORDAGEM INTEGRATIVA PARA O ENSINO CONTEMPOR NEO MIRELLA DE SOUZA CRUZ | 167 |
| 22. OS JOGOS NA EDUCAÇÃO INFANTIL E SUAS INTERFERÊNCIAS NA MATEMÁTICA NILMA APARECIDA GONÇALVES BERNARDES | 173 |
| 23. ESTRATÉGIAS DE ENSINO ADAPTATIVAS PARA DIVERSOS ESTILOS DE APRENDIZAGEM NA EDUCAÇÃO INFANTIL ROSINALVA DE SOUZA LEMES | 179 |
| 24. A EDUCAÇÃO SOCIOEMOCIONAL E O DESENVOLVIMENTO NO ENSINO FUNDAMENTAL I SIDNEIA VIANA | 185 |
| 25. A NEUROPSICOPEDAGOGIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A INCLUSÃO ESCOLAR VILMA CAVALCANTE SABINO DA SILVA | 191 |



CAPA - <https://www.pexels.com/pt-br/foto/sozinho-soltario-estranho-encantador-7523506/>

TÉCNICAS CIRÚRGICAS DE CORREÇÃO PARA FISSURAS LABIOPALATAIS

AMANDA CAMPOS MARTINS MIRANDA¹

ORIENTADORES: PAOLLA CAMACHO VALLIM² E WALTER PAULESINI JUNIOR³

RESUMO

A fissura labiopalatino é uma condição que afeta muitas pessoas ao redor do mundo, mas felizmente existem tratamentos disponíveis para ajudar a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados. O tratamento da fissura labiopalatino é um processo complexo onde envolve diversas estruturas faciais, podendo ser ocasionadas por síndromes mas com avanços significativos na medicina e na tecnologia, as opções de tratamento estão se tornando cada vez mais eficazes. É importante lembrar que cada caso é único e requer uma abordagem personalizada. Por tanto neste trabalho é apresentado formas cirúrgicas, onde aponta maneiras diferentes de tratamentos para cada situação das fendas labiopalatais. Sendo assim o trabalho ressalta o processo de desenvolvimento craniofacial, onde apresenta o evoluir das estruturas faciais, fazendo com que entendamos as origens das fendas lábio palatais, com isso facilitando a escolha da abordagem cirúrgica.

Palavras-chaves: Cirurgia reconstrutora; Face; Qualidade de vida; Tratamento.

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatais afetam as estruturas orofaciais, tais como lábio superior, borda alveolar, palato duro, palato mole, nariz e olhos. A fissura labial e palatina bilateral é uma das mais comum e acaba produzindo estética significativa, alterações funcionais e psicológicas no paciente. Seu tratamento requer o envolvimento de profissionais de diversas disciplinas, exigindo a participação de todas as áreas da odontologia, bem como médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros. Atualmente, a fissura labiopalatina é a

malformação congênita mais comumente encontrada na região maxilofacial. Sua etiologia é multifatorial e pode sofrer interferência genética e / ou ambiental como fatores de incidência, mas sua formação não é precisamente clara. (Oliveira et al, 2017, Odontol p. 380-385).

Sendo considerada a anomalia mais comum as fissuras labiopalatais atinge cerca de 1,54 casos a cada 1000 nascimentos (ALVES et al., 2019). A fissura é definida pela ausência da fusão dos processos faciais que ocorrem na fase intra-uterina (NEVILLE et al., 2016). Por ser considerada uma das anomalias craniofaciais mais comuns a OMS (Organização Mundial de Saúde) considera as fissuras orais um problema de Saúde pública (SILVA et al., 2019)

1 Graduada em Odontologia pela Universidade de Guarulhos, UNG.

Pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Cidade de São Paulo, UNICID.

2 Mestre em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial pela Universidade paulista, UNIP. Especialista em Farmacologia e propedêutica, FACSETE. Professora do curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial na Universidade Cidade de São Paulo, UNICID.

3 Cirurgião-dentista. Professor do curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial na Universidade Cidade de São Paulo, UNICID.

O desenvolvimento da face é complexo e engloba várias ações dos tecidos que se fundem de maneira organizada e alterações nesse processo de desenvolvimento tecidual ou durante a união das estruturas podem causar fendas orais (PRADO et al., 2018; NAZARÉ et al., 2021).

As estruturas iniciais da face aparecem por volta da quarta semana ao redor do estomodeu (boca primitiva). O desenvolvimento facial ocorre através de 3 estruturas primordiais: a proeminência frontonasal, o par de proeminências maxilares e o par de proeminências mandibulares. As proeminências da maxila e da mandíbula se originam do primeiro par de arcos da faringe e são gerados através do mesênquima proveniente das células da crista neural considerado elementos essenciais do tecido conjuntivo, cartilagem, ossos e ligamentos da região facial e oral. A proeminência frontonasal envolve a porção anterior do encéfalo e a parte frontal da proeminência frontonasal origina o formato da testa, a parte nasal, o limite da boca e do nariz (APPLETON, 2018).

Na quarta semana, os processos mandibulares fusionam-se. Entre a sexta e a oitava semanas, os processos maxilares aumentam em tamanho e crescem para o plano mediano, aproximando os placoides do cristalino e os processos nasais medianos. Os processos maxilares fusionam-se com os processos mandibulares e com os processos nasais laterais e medianos. Os processos mandibulares são responsáveis pela mandíbula, pela parte inferior das bochechas, pelo lábio inferior e pelo queixo. Os processos maxilares formam a maxila, os ossos zigomáticos, a porção escamosa dos ossos temporais, as regiões superiores das bochechas e o lábio superior. O processo frontonasal origina a testa e parte do dorso (a raiz) do nariz. Os processos nasais laterais formam as asas do nariz. A fusão dos processos nasais medianos resulta no restante do dorso e na ponta do nariz e no septo nasal. A união dos processos nasais medianos forma ainda o segmento intermaxilar,

composto de três partes: componente labial, que forma o filtro do lábio; componente maxilar, que está associado com os quatro dentes incisivos, e componente anterior do palato. Com a fusão entre os processos maxilares e os processos nasolaterais ao longo da linha do sulco nasolacrimal, há a continuidade entre a porção superior das bochechas e as asas do nariz.

A separação definitiva entre a cavidade bucal definitiva e as cavidades nasais ocorre a partir dos processos nasais medianos unidos aos processos maxilares na linha média. Tal separação é o palato. A estrutura resultante da fusão dos dois processos nasais medianos na linha média é o segmento intermaxilar, que compreende um componente labial, que vai dar lugar ao sulco subnasal na linha média do lábio superior; um componente maxilar superior, que corresponde à posição dos quatro incisivos superiores, e outro palatino, que origina o palato primário, de forma triangular. No sentido lateral o segmento intermaxilar contribui, provavelmente, na formação de uma pequena porção da parte média lateral do nariz, e em direção cranial contínua pelo septo nasal. O palato definitivo forma-se não só a partir do segmento intermaxilar ou palato primário (que contribui muito pouco), mas também e principalmente a partir do palato secundário, que se forma de um prolongamento ou crista palatina procedente dos processos maxilares (na sexta semana de desenvolvimento) em direção quase vertical, mas que mais tarde (na sétima semana) ascende até alcançar uma posição horizontal em decorrência da decida da língua; finalmente, ambas as cristas palatinas fusionam-se entre si e com o septo nasal, o qual não se une à zona posterior das cristas palatinas. Nesse local irá se formar o palato mole e a úvula, que, a seu tempo, sofre um processo de proliferação.

O palato definitivo deriva, então, dos palatos primário e secundário, permanecendo entre ambos um orifício que dá passagem ao forame incisivo (o que assinala, portanto, a divisão entre os dois ossos palatinos). Do palato secundário deriva não só grande parte do palato

duro, mas também o palato mole. (ABDO MAYtgfgf3xg3exhg2tvFzw CHADO, 2005, BETH-BALOGH & FEHRENBACH, 2008).

Em resumo:

- 5a à 9 semana - desenvolvimento da face;
- 9a semana – inicia a sucção do polegar;
- 10a à 11a semanas – fechamento do palato, deglutição faríngea;
- 12a semana – receptores gustativos maduros;
- 13a à 15a semanas – sucção, deglutição, abre e fecha a boca, protusão de língua;
- 16a à 20a semanas – feições se definem, motricidade da musculatura da mímica facial;
- 21a à 24a semanas - maturação do sistema auditivo;
- 24a semana – surge o reflexo de G.A.G;
- 27a à 28a semanas – suckling, mordida fásica, resposta transversa de língua;
- 32a semana – reflexo dos pontos cardeais;
- 34a semana – sucção e deglutição coordenadas;
- 37a semana – coordenação de sucção, deglutição e respiração.

DIAGNÓSTICO

Segundo Pereira (2019) o diagnóstico das fissuras orais pode ser detectado após a 15o semana de gestação durante a ultrassonografia que possibilita a visualização das estruturas como nariz, lábios e palato.

Mesmo havendo a possibilidade de diagnosticar as fissuras orais durante a gestação a partir da décima quarta semana estudos revelam que as mães só descobriram que os filhos possuíam essa deformidade após o nascimento podendo ou não está relacionada com a não realização do exame de ultrassonografia durante a gravidez (AMORIM et al., 2021)

AMAMENTAÇÃO

Alimentar o recém-nascido com fenda oral não é uma tarefa fácil, mas é essencial. Este é um dos maiores problemas enfrentados logo

após o parto. Muitos lactentes, principalmente com fenda palatina, não conseguem sugar o peito da maneira correta pela inadequada pressão intraoral. Eles apresentam escape de leite pela boca, regurgitação nasal, maior gasto calórico e cansaço durante as mamadas, além de engolirem muito ar enquanto mamam. (PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL 2014)

FENDAS

A fenda labial superior com envolvimento ou não da fenda palatina pode acontecer em 1 a cada 1000 nascimentos, com predileção pelo sexo masculino. (MOORE et al., 2016)

Irregularidade na fusão do processo nasal mediano com o processo maxilar causa a fenda lábil, no caso da fenda palatina ocorre quando não acontece a junção das cristas palatinas (PRADO et al., 2018).

A fenda labial unilateral é causada devido à ausência de fusão da proeminência maxilar do lado atingido. A fenda labial bilateral se caracteriza pela ausência da fusão das células mesenquimais da proeminência dos maxilares com as prominências nasais mediais fusionadas. Quando não ocorre a fusão completa das proeminências nasais mediais (PNM) resultam numa fenda labial mediana que acontece em casos raros. (MOORE et al., 2016)

A fenda palatina com ou sem envolvimento do lábio ocorre quando as proeminências maxilares não se fundem, esse tipo de fissura atinge 1 em 2500 nascidos tendo maior predileção pelo sexo feminino (MOORE et al., 2016).

CLASSIFICAÇÃO DE SPINA

Existe uma tendência de fazer os sistemas de classificação cada vez mais complicados, de maneira a incluir todas as variações, tendo como resultado o fato de eles se tornarem difíceis de usar, porque os grupos que descrevem ficam menores. Para a maioria das finalidades, é preciso atingir um equilíbrio entre esses dois extremos (WATSON, 2005).

Vários tipos de classificação já foram apresentados, apesar de diferirem em muitos pontos, eles podem ser agrupados em dois grandes grupos:

1) Classificações baseadas em aspectos morfológicos – nessas, as primeiras a aparecerem, o único fator considerado como requisito era o aspecto, ou seja, a aparência do defeito observado; 2) classificações baseadas em aspectos embriológicos que passaram a ser considerados no processo de classificação das fissuras labiopalatais. Atualmente, a classificação mais utilizada no Brasil é a formulada por Spina et al., (1972) que propuseram uma classificação em quatro categorias, tomando como ponto de reparo o forame incisivo, limite entre o palato primário e o secundário. Ou seja, o ponto de referência para esta classificação é o forame incisivo, que separa embriologicamente as fissuras do palato primário e secundário (SILVA FILHO et al., 1992)

A classificação de Spina tem como referência o forame incisivo, sendo dividida em três grupos: pré-forame, transforame e pós-forame. Existe também o quarto grupo para as fendas raras da face como as fendas transversais, oblíquo, do lábio inferior, entre outras que são descritas na classificação de Tessier (CARVALHO, 2018; CORREIA, 2015).

As fissuras pré-forame incisivo são aquelas que se localizam atrás do forame incisivo, comprometendo o lábio, rebordo alveolar e assoalho nasal, e podem ser:

1. unilateral (direita ou esquerda): completa, que compromete tecidos moles, rebordo alveolar e assoalho nasal; incompleta, que compromete apenas os tecidos moles.
2. bilateral, completa ou incompleta.
3. Mediana completa ou incompleta.

Embrionariamente, as fissuras pré-forame uni e bilaterais ocorrem por problemas na fusão dos processos maxilares com o processo nasal médio, e a fissura mediana por alguma deficiência no próprio processo nasal médio. Esse tipo de fissura ocorre antes das anteriores e, geralmente, está associada a síndromes. (SPINA, et al 1972)

As fissuras pós-forame incisivo são aquelas que se localizam atrás do forame incisivo e podem ser:

1. 1) Completa, quando comprometem toda a extensão dos palatos duro e mole; e,
2. 2) incompleta, quando podem comprometer apenas o palato mole, o palato mole e parte do palato duro ou só a úvula (úvula bífida). O outro grupo é o das fissuras faciais raras que têm o envolvimento de outras estruturas da face, que se manifestam com a falta de fusão dos processos envolvidos, na vida embrionária. (SPINA et al 1972).

TRATAMENTO

O tratamento de pacientes fissurados alcança bons resultados quando o diagnóstico e o plano de tratamento são elaborados por um grupo de profissionais de várias especialidades (equipe multidisciplinar) (ROCHA et al., 2015). A equipe visa restabelecer a forma anatômica e a função por intermédio das cirurgias objetivando danos ínfimos para o processo de desenvolvimento e evolução das estruturas faciais (LEITE et al., 2020).

A intervenção de pacientes com fendas orais é desafiadora e necessita de uma abordagem multidisciplinar composta por cirurgião buco-maxilo-facial, otorrinolaringologista, pediatra, cirurgião plástico, odontopediatra, fonoaudiólogo, ortodontista, entre outros (SANTOS, 2021; ANDRADE et al., 2021).

Existem autores que preconizam que a fissura labial deve ser fechada no período pré-natal, de modo que os pais não tenham de sofrer a angústia de ver seu bebê estigmatizado. A cirurgia no recém-nascido é mais arriscada do que no bebê de mais idade; em particular, os sistemas cardiovascular e respiratório são imaturos e as fendas podem ser associadas a outras anormalidades congênitas, em especial as cardíacas (LEES, 2005)

O tratamento engloba várias cirurgias durante a infância. A especificação dos

procedimentos e o período em que ocorrerá mudam dependendo da complexidade da má formação e a didática da equipe multidisciplinar (NEVILLE et al., 2016).

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde (2021) o tratamento das fendas orais é oferecido pelo SUS (Sistema Único de Saúde) através da Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDC).

O tratamento de pacientes com FLP deve começar o mais cedo possível em razão dos efeitos na estética, na fala, na cognição e audição (SANTOS, 2020). A cirurgia tem o objetivo primário de reparar as estruturas afetadas pela fenda devolvendo a função e a estética (CARVALHO, 2018).

QUEILOPLASTIA E PALATOPLASTIA

De forma primária são realizadas as cirurgias reparadoras de lábio (queiloplastia) e palato (palatoplastia) e futuramente outras cirurgias são realizadas ainda na infância como a faringoplastia e enxerto ósseo alveolar e na fase adulta se realizará a cirurgia ortognática (CARVALHO, 2018).

A queiloplastia (cirurgia reparadora de lábio) é a primeira cirurgia que pode ser realizada a partir da décima semana. A cirurgia reconstrutora do lábio é realizada entre a décima e a décima segunda semana, a palatoplastia entre os 9 e os 18 meses de vida (figura 20). A cirurgia para enxerto ósseo alveolar pode ser realizada entre os 6 e 9 anos de vida (CARVALHO, 2018).

O tratamento de pacientes fissurados é longo e autores apontam que as cirurgias primárias reparadoras de lábio e palato devem ser realizadas com a intenção de restaurar a anatomia, funcionalidade e estética. A queiloplastia deve ser realizada a partir dos 3 meses de vida e a palatoplastia aos 12 meses. As cirurgias secundárias devem ser realizadas aos quatro anos de vida (SANTOS, 2017).

A queiloplastia comumente acontece nos primeiros meses de vida e depois a realização da

palatoplastia. Geralmente se faz necessário o uso de aparelhos protéticos antes de fechar o palato com objetivo de expandir e modelar o mesmo. Após a realização das cirurgias primária e secundária pode ser realizado a colocação do enxerto ósseo autógeno visando corrigir o defeito do processo alveolar. Sucessivamente pode ser realizado o enxerto de tecido mole e a cirurgia ortognática para obter a melhora da função e estética (NEVILLE et al., 2016).

O início do tratamento se dá a partir das cirurgias primárias de lábio e palato com a finalidade de reestabelecer o segmento do músculo orbicular dos lábios devolvendo a funcionalidade e estética do lábio. A queiloplastia acontece no primeiro ano de vida apresentando bons resultados funcionais, mas o tecido cicatricial gera um lábio muito fibroso impedindo o desenvolvimento da maxila gerando uma classe III de Angle. A palatoplastia geralmente é realizada entre os 6 e 12 meses de vida com objetivo de criar um mecanismo de deglutição correto sempre há danos no desenvolvimento do terço médio da face. A técnica usada para a correção do palato é a palatoplastia de Von Langenbeck (CORREIA, 2015).

A palatoplastia (cirurgia reparadora do palato) é realizada com objetivo de corrigir a comunicação oronasal. A reparação do palato pode ser feita em duas fases (reparação do palato mole e posteriormente palato duro) ou em etapa única ponto a cirurgia em duas etapas tem o objetivo de não atingir o desenvolvimento da face, mas afeta a fala e a cirurgia em etapa única visa reparar o palato em procedimento único, mas causa maior redução no desenvolvimento maxilar. Estudos apontam que a palatoplastia em duas fases pode ser realizada entre os três e cinco anos ou mais tardiamente entre 6 e 10 anos (APPLETON, 2018).

Todas as cirurgias devem ser feitas cedo visando a melhoria estética e funcional, o período para realizar a queiloplastia é aos 3 meses de vida se a criança apresentar boas condições de saúde, peso e hemoglobina ideal

em conjunto com exames de rotina e avaliação anterior a cirurgia (SANTOS, 2019).

As cirurgias primárias são de reparo labial (realizada aos três meses) e o reparo do palato (realizadas aos 12 meses). A queiloplastia visa a melhoria da estética oral sendo realizada pela técnica de Millard em casos de fissuras unilaterais e a técnica de Fisher para reparar fissuras bilaterais (SANTOS, 2021; SANTOS, 2019).

Nos casos de fissura isolada do palato primário, a queiloplastia visa reparar o processo dento-alveolar deformado pela fissura. Em fissuras completas do pré-forame incisivo a cicatriz atinge o processo dento-alveolar, mas não afetará a base óssea da maxila. Assim as chances de causar danos ao desenvolvimento facial são menores em casos isolados das fissuras do palato primário (ROCHA et al., 2015).

O tratamento é um processo que envolve diversas cirurgias primárias e secundárias na infância. O paciente é submetido a queiloplastia entre os 3 e 6 meses de vida enquanto a palatoplastia geralmente é realizada entre os 12 e 18 meses de idade (VALENTE et al., 2013; LEITE et al., 2020). A execução da cirurgia de enxerto ósseo alveolar é entre 7 e 9 anos de vida. Vale ressaltar que o período e o tipo da cirurgia se realizar é definido pela equipe de acordo com a gravidade da fissura (LEITE et al., 2020).

Pesquisas realizadas por Andrade et al. (2021) mostra que o reparo labial pode ser realizado a partir dos 3 meses de vida e o reparo de palato aos 12 meses. Deve-se levar em consideração o estado de saúde da criança devido a sua relação as complicações após a cirurgia.

Em casos de fissura transforame incisivo é causado o impacto no desenvolvimento da maxila devido as cirurgias de lábio, palato duro palato mole e rebordo alveolar. O crescimento da maxila ocorre no sentido horizontal e vertical diminuídas e a posição da mandíbula não é afetada pelo reparo do palato. (ROCHA et al., 2015).

ENXERTO

A cirurgia para aplicação do enxerto primário tem o objetivo de gerar uma ponte óssea. O enxerto secundário visa reconstruir o rebordo e a crista alveolar fechar a comunicação nasal, os segmentos maxilares, garantido base óssea para os dentes próximos a fissura reduzindo as desordens do desenvolvimento maxilar estabelecendo um caminho para que os dentes erupcionam e futuramente o tratamento ortodôntico (PESSOA, 2015).

O EOAS (enxerto ósseo alveolar secundário) se tornou necessário para o tratamento de pacientes fissurados podendo ser considerado como (ROCHA et al., 2015):

- Precoce – se realizado entre 2 e 5 anos de idade;
- Intermediário – quando realizado dos 6 aos 15 anos de idade;
- e Tardio – quando realizado após os 16 anos de idade.

Ressaltando que o período ideal para o tratamento está sujeito ao desenvolvimento dentário o enxerto ósseo alveolar secundário pode ter vantagens como: permite a erupção das unidades dentárias (adjacentes a fissura) de forma espontânea, estabilidade e reposicionamento da pré-maxila em casos de fissura bilateral, risco diminuído de interferir no desenvolvimento da face média enxertos realizados antes dos 5 anos de idade, entre outros (ROCHA et al., 2015).

O enxerto pode ser: autógeno (de si próprio), homólogo (doador da mesma espécie), heterogêneo (doador de outra espécie) e aloplástico (sintético). O tipo de enxerto ósseo preferencial é o autógeno sendo a crista ilíaca o local mais utilizado (PESSOA, 2015).

Durante a cirurgia o ortopedista define o local doador do osso podendo ser nas regiões mais usadas como costelas, crista ilíaca e tíbia devido a característica esponjosa dos ossos (ROCHA et al., 2015).

Visando resultados positivos é necessário que o período do tratamento de

enxerto ósseo seja realizado antes da erupção dos caninos e esteja relacionado com a movimentação ortodôntica resultando no reparo da deformidade óssea (PESSOA, 2015).

Para verificar o andamento dos resultados em relação ao enxerto ósseo alveolar secundário são utilizadas as radiografias periapicais, oclusais e tomografias computadorizadas de feixe cônico que oferece de forma detalhada o nível do osso, porém a dose de radiação é maior (ROCHA et al., 2015).

TRATAMENTO ORTODÔNTICO

A ortodontia deve ser inserida na primeira semana de vida com objetivo de planejar o tratamento no período que os dentes não estão erupcionados (CARVALHO, 2018).

O tratamento ortodôntico de pacientes com fissuras labiopalatinas necessita de um tempo prolongado, pois visa corrigir mordida cruzada (anterior e posterior), apinhamento dentário, preparo para o enxerto, adaptação de lugares para agenesia e supranumerários e elaboração da cirurgia ortognática (ROCHA et al., 2015).

O tratamento ortodôntico e ortopédico pode ser essencial segundo a precisão nas sequências (ROCHA et al., 2015):

- 2 a 4 meses - queiloplastia;
- 12 a 18 meses - palatoplastia;
- 8 a 10 anos - alinhamento dos incisivos e expansão palato;
- Adolescência - ortodontia corretiva, revisão do lábio e nariz;
- e Adolescência tardia - ortodontia corretiva, cirurgia ortognática (se indispensável).

As necessidades ortodônticas nas dentições decídua, mista e permanente são consequentes das cirurgias primárias. A cirurgia reparadora do lábio causa uma redução anterior (desenvolvendo mordida cruzada anterior) e a reparação do palato causa uma pressão lateral da maxila (causando mordida cruzada posterior) (ROCHA et al., 2015).

CIRURGIA ORTOGNÁTICA

Os pacientes com fissura de lábio e palato unilateral ou bilateral apresentam uma deficiência do terço médio da face consequente das cirurgias reparadoras realizadas na infância. A cirurgia segue o padrão de um paciente não fissurado, com avaliação radiográfica, traçado predictivo e cirurgia de modelos (ANTUNES et al., 2014).

A técnica cirúrgica utilizada para reposicionar maxila é a osteotomia de Lefor I mobilizando a maxila através de pontos e reposicionando de forma física. A cirurgia ortognática visa obter uma oclusão estável melhorando o perfil facial. Após a realização da cirurgia ortognática o tratamento ortodôntico pós-cirúrgico visando fixar as bases ósseas (CARVALHO, 2018; CORREIA, 2015).

PROTESE

A Prótese Bucomaxilofacial é a especialidade odontológica que visa ao estudo clínico e à reabilitação de pacientes portadores de malformações congênitas, mutilações traumáticas ou patológicas e distúrbios de desenvolvimento maxilofaciais. As malformações congênitas envolvendo fissuras labiopalatais, de acordo com estes autores, levam à reabilitação do paciente com uma prótese obturadora palatina. A reabilitação protética desses pacientes devolve o bem-estar físico e mental a esses indivíduos, restaurando a estética, a fala e principalmente a função, pela retomada da mastigação e deglutição. (Goiato et al. 2006)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fissura labiopalatina mais conhecida popularmente como labioleporino, é uma anomalia congênita, sendo possível o seu diagnóstico durante a formação no ventre materno. Após o nascimento existem diversas formas de tratamento, o presente trabalho de conclusão de curso, tem como apresentação uma revisão de literatura visando demonstrar as opções de tratamentos dentro da odontologia sendo cirúrgico ou não.

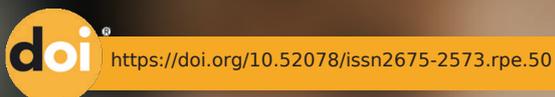
Sendo assim o trabalho ressalta o processo de desenvolvimento craniofacial, aonde apresenta o evolir das estruturas faciais, fazendo com que entendemos as origens das fendas lábio palatais, assim existindo as classificações que nos ajudam a entender o processo de complicações orais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, Sabrina Maria Ribeiro et al. A prática do aleitamento materno em crianças com fissuras labiopalatinas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol. 11, n.5, p. 296, 2019.
- ABDO, R.C.C.; ABDO FILHO, R.C.C. Classificação das fissuras labiopalatais. In: ABDO, R.C.C.; MACHADO, M.A.A.M. **Odontopediatria nas fissuras labiopalatais**. São Paulo: Santos, 2005a. Cap. 7
- SPINA, V.; PSILLAKIS, J.M.; LAPA, F.S. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modificação. **Rev Hosp. Clin. Fac. Med.** S. Paulo, São Paulo, v.7, p. 5-6, 1972.
- P.H.N.B.- Incidências de malformações congênitas labiopalatais. **Rev. Cir. Traumatol. Buco- Maxilo-Facial, Camaragibe**, v.2, n.2, p. 41-46, jul/dez – 2002
- GARIB, D.G.; PEIXOTO, A.P.; LAURIS, R.C.M.C.; GONÇALVES, J.R.; SILVA FILHO, O.G. Fissuras labiopalatinas: a Ortodontia no processo reabilitador. **PRO-ODONTO Orto**, São Paulo, v.3, n.4/6. p.115-176, 2010a.
- LEITE, Rafaella Bastos et al. Fissura labiopalatina: estudo do papel do profissional de saúde na diminuição dos danos ao paciente. **REVISTA CIÊNCIAS E ODONTOLOGIA**, 4 (1) P. 48-55, 2020
- MOORE, Keith L. et al. **Embriologia básica**. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016
- NEVILLE, Brad W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016
- NAZARÉ, Kelvin Alves et al. Principais complicações funcionais e emocionais vivenciadas pelos portadores de fissuras orais não sindrômicas. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Vol.35, n.1, P.121-125, 2021.
- PEREIRA, Bianca Gomes. A multidisciplinaridade em fissuras labiopalatinas. **Revista Científica Multidisciplinar UNIFLU**, v. 4, n. 2, 2019
- PESSOA, E. A. M. Enxertos ósseos alveolares na fissura labiopalatina: protocolos atuais e perspectivas futuras. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**. 27(1): 49-55, 2015
- ROCHA, Roberto et. al. Fissuras labiopalatinas – diagnóstico e tratamento contemporâneos. **Orthod. Sci. Pract.** 2015; 8(32): 526-540.
- SANTOS, Marina H. R. al. **Fissuras labiopalatinas: aspectos etiológicos e tratamento**. v. 2 n. 2; 71-81: jul-dez 2017
- SILVA, Carolina Maia et al. O papel do ácido fólico na prevenção das fissuras labiopalatinas não sindrômicas: uma revisão integrativa. **Braz. Ap. Sci. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 641-658, 2019.
- SANTOS, Eliane Alves Motta Cabello dos; OLIVEIRA, Thais Marchini de. Conhecimentos atuais em Fissuras Labiopalatinas: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** | Vol.13(2), 2021.
- SANTOS, Nicole J. S. **Tratamento cirúrgico do lábio**

leporino. Uberaba-MG, 2019. 20 f.

VALENTE, Adriana Maria Silva Lima et al. Características dos pacientes submetidos a cirurgias corretivas primárias de fissuras labiopalatinas. **Revista HCPA**. 33 (1):32-39, 2013.



ORGANIZAÇÃO:
Manuel Francisco Neto
Vilma Maria da Silva

AUTORES(AS):

Adriana Pereira Santos da Silva
Amanda Campos Martins Miranda
Anderson da Silva Brito
André Alves de Albuquerque
Andressa Talita de Lara
Angelita Aparecida Ferreira Gebin
Beatriz Faria de Castro
Cibele Vieira dos Santos Alves
Daniel Leopoldo Moreira Barbosa
Daniela Proença Verly da Silva
Dinah Luísa da Silva
Eriene Gomes da Silva
Ester de Paula Oliveira
Iolanda Aparecida dos Santos
Letícia Zuza de Lima Cabral
Luciana Pereira dos Santos Martins
Lucimara dos Santos de Barros
Marcela Rodrigues Pimentel
Maria Aparecida Armandilha Nunes
Marilena Wackler
Mirella de Souza Cruz
Nilma Aparecida Gonçalves Bernardes
Rosinalva de Souza Lemes
Sidneia Viana
Vilma Cavalcante Sabino da Silva



Produzida com utilização de softwares livres



Platform &
workflow by
OJS / PKP

www.primeiraevolucao.com.br

