

A importância de um protocolo preventivo no atendimento odontológico de pacientes fissurados: uma revisão sistemática da literatura

Bruna Regina Rodrigues Alves¹, Luana Gabriela Lopes Duarte¹, Grasieli de Oliveira Ramos¹

¹Faculdade de Odontologia, Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Joaçaba, Santa Catarina, Brasil

Objetivo: O objetivo deste estudo foi revisar sistematicamente na literatura publicações relacionadas ao protocolo de atendimento do cirurgião-dentista frente a pacientes com fissura labiopalatal.

Métodos: Foram revisados artigos publicados até março de 2018, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, obtidos por meio de buscas nas bases eletrônicas PubMed, Scopus, LILACS, Bireme, SciELO e busca manual nas referências dos artigos encontrados.

Resultados: A busca resultou em 141 artigos, onde após a aplicação dos critérios de exclusão foram obtidos quatro artigos. Os artigos selecionados eram de revisão de literatura, o que impossibilitou a realização de uma revisão sistemática da literatura. Todos os artigos foram lidos na íntegra e resultaram em um protocolo de atendimento dividido de acordo com as fases de erupção dental, com ênfase na prevenção. O protocolo foi separado em: fase pré-eruptiva e de dentição decídua, dentadura mista e dentição permanente. Na fase pré-eruptiva e de dentição decídua a orientação é dar ênfase na prevenção, na fase de dentadura mista tem-se o início da ortodontia preventiva além da manutenção das ações preventivas e na fase de dentição permanente trabalha-se novamente com a prevenção inicia-se a ortodontia fixa e quando necessário a realização de cirurgia ortognática.

Conclusão: Em relação aos achados, fica evidente a importância da prevenção durante todas as fases, visando a manutenção do perímetro da arcada, e manutenção da integridade dos dentes permanentes. O cirurgião-dentista deve estar apto a realizar o atendimento tendo como base um protocolo para efetuar o manejo correto conforme a faixa etária e a fase de erupção dental em que o paciente se encontra. O aprimoramento do cirurgião-dentista na abordagem aos pacientes portadores de fissura labiopalatal deve ser constante, bem como a criação de vínculo afetivo com o paciente e a família visando um tratamento preciso e humanizado.

Descritores: Fenda labial. Fissura palatina. Odontólogos. Protocolos. Assistência odontológica.

Submetido: 07/03/19

Aceito: 18/08/19

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatais se caracterizam como uma má formação congênita, sendo o defeito craniofacial mais prevalente na espécie humana, acometendo 1,54 casos a cada mil nascidos vivos no mundo, e, variando no Brasil, de 0,19 até 1,54 casos para cada mil nascidos

vivos¹⁻⁷. No ano de 2017 foram registrados 1.595 sendo observado com maior frequência na região sudeste com 659 novos casos⁸.

Essa má formação ocorre durante a quarta e a décima segunda semana de vida intrauterina^{7,9}, acarretando em alterações anatômicas e funcionais na cavidade bucal¹⁰, que podem implicar no processo de formação da

Autor para correspondência:

Grasieli de Oliveira Ramos

Rua Getúlio Vargas, 2125, Flor da Serra, Joaçaba, Santa Catarina, Brasil

CEP: 89.600.000. Telefone: +55 49 3522 2047

E-mail: grasieli.ramos@unoesc.edu.br

dentição. Sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais^{11,12}. Os indivíduos com fissura labiopalatal apresentam uma fenda na região óssea ou mucosa da abóbada palatina, que envolve também a região do lábio superior^{7,13}.

As fissuras podem ser classificadas de acordo com as estruturas afetadas e sua localização em relação ao forame incisivo, sendo classificadas em: fissura pré-forame, transforame e pós-forame. As fissuras pré-forame são as fissuras labiais (incompletas) e do lábio e palato primário (completas), unilateral, bilateral e mediana. As fissuras de maior gravidade são as fissuras transforame, estas atingem o lábio, arcada alveolar e todo o palato, podendo ser unilaterais ou bilaterais. Fissuras pós-forame, são fissuras palatinas, geralmente medianas, podendo acometer apenas a úvula^{7,12,14}.

Em razão das alterações encontradas, as crianças diagnosticadas com a fissura possuem limitações no seu dia a dia¹⁵. O principal desafio ocorre durante a alimentação, repercutindo em problemas sistêmicos¹⁶. Outro problema encontrado é na higienização da cavidade bucal, sendo assim, é fundamental a presença do cirurgião-dentista no acompanhamento desses pacientes e na abordagem por intermédio de um protocolo a ser seguido, abrangendo todas as necessidades específicas desses indivíduos.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura para relatar aspectos importantes publicados relacionados ao protocolo de atendimento do cirurgião-dentista frente a pacientes que apresentam fissura labiopalatal, bem como avaliar os cuidados necessários no seu cotidiano.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca incluiu estudos relevantes publicados na língua inglesa, portuguesa e espanhola, sendo utilizadas as bases eletrônicas PubMed, Scopus, LILACS, Bireme, SciELO e busca manual nas referências dos artigos encontrados na Biblioteca da Universidade do Oeste de Santa Catarina, *Campus* de Joaçaba – SC. As buscas foram realizadas pelos autores BRR¹ e LGLD²; elas foram realizadas em artigos publicados até 31 de março de 2018, sendo excluídos os publicados a partir desta data. Os títulos resultantes da busca em todas as bases de dados foram dispostos em um documento do Microsoft Word® para verificação dos títulos repetidos; leitura dos

títulos e exclusão dos que não se encaixavam nos critérios de inclusão, em sequência foram lidos os resumos resultantes e, posteriormente, procedeu-se a leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados para determinar a amostra da revisão. A seleção foi realizada pelos autores BRR¹ e LGLD², com supervisão do autor GOR³, que analisava as divergências, quando necessário.

A estratégia de busca para cada base de dados foi desenvolvida utilizando a combinação AND de termos livres e termos do MeSH. Os termos “dental care” (cuidado dental), “cleft palate” (fissura palatina), “cleft lip” (fenda labial) foram combinados entre si em todas as buscas nas bases de dados.

A questão de pesquisa era buscar protocolos utilizados pelos cirurgiões dentistas no atendimento aos pacientes portadores de fissura labial, palatinas ou combinadas, pois não existe na literatura um protocolo padrão estabelecido e cada serviço de saúde realiza seu próprio protocolo. O estabelecimento de um protocolo padrão pode favorecer e melhorar as condições de vida dos pacientes portadores de fissura labiopalatal.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os artigos identificados pela estratégia de busca inicial foram selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na língua inglesa, portuguesa e espanhola; artigos cujos temas se referiam ao manejo e atendimento odontológico aos pacientes portadores dos diferentes tipos de fissura; publicados até 31 de março de 2018, resumo e/ou artigos disponíveis online para a leitura na íntegra. Artigos que não abordavam o atendimento e manejo odontológico de pacientes fissurados; publicados em línguas distintas do inglês, português e espanhol; publicados a partir de 31 de março de 2018, resumo e/ou artigos que não estavam disponíveis online para a leitura na íntegra foram excluídos.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada mediante a leitura do artigo, buscando dados sobre protocolos de atendimentos a pacientes com fissuras labiais, palatais e combinadas (labiopalatal), sendo analisados de maneira descritiva. Os dados foram tabulados e apresentados em tabelas, onde está sendo sugerido um protocolo de acompanhamento dos pacientes portadores de fissura labiopalatal.

RESULTADOS

A busca resultou em 141 artigos que depois de revisados conforme os critérios de inclusão e exclusão resultaram em 4 artigos (Figura 1). Os artigos resultantes estão apresentados na Tabela 1. Todos os artigos encontrados sobre o assunto eram de revisão de literatura, na busca não foi encontrado artigos que apresentassem dados comparativos sobre os diferentes protocolos de atendimento

aos pacientes portadores de fissura labial, palatina ou combinadas. Os resultados sobre as orientações e cuidados bucais encontrados nos artigos foram divididos com base na fase de erupção dental, em três subtópicos:

1. Fase pré-eruptiva e de dentição decídua;
2. Fase de dentadura mista;
3. Fase de dentição permanente.

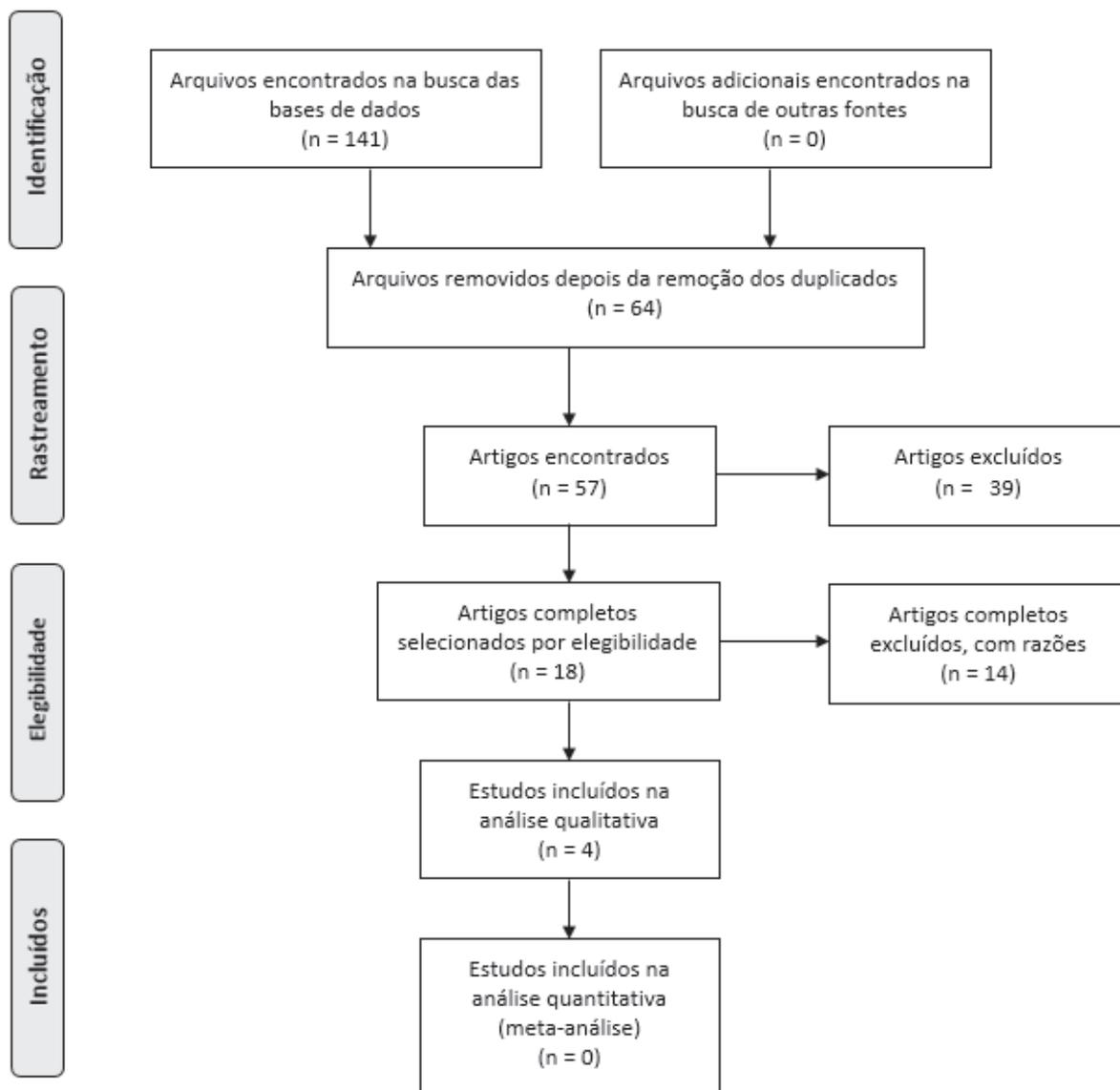


Figura 1 – Estratégia de seleção dos artigos

Tabela 1 – Artigos selecionados no estudo e principais resultados

Principais resultados	É indispensável um acompanhamento periódico e constante preventivo/ educativo com o acompanhamento multidisciplinar, incluindo no mínimo, dois profissionais da área odontológica em um programa de atendimento aos fissurados: um odontopediatra e um ortodontista, para que seja mantida a saúde bucal dos fissurados e para que sejam minimizadas as alterações decorrentes do crescimento maxilar.	As fendas labio-palatais devem ser abordadas por uma equipe multiprofissional especializada. Além disso, a utilização de diretrizes comuns por diferentes serviços, como aquelas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para registro epidemiológico, tratamento e pesquisa, pode trazer informações que resultem em melhoria de atenção à saúde.	Para pacientes fissurados o atendimento precoce é fundamental. Os pais devem sentir-se capazes de fazer perguntas a qualquer momento, bem como registrar em anotações as possíveis dúvidas para serem esclarecidas nas próximas consultas. Visitas regulares ao cirurgião-dentista são necessárias para o controle da saúde oral da criança e podem ser realizadas a cada quatro meses, seis meses ou mais frequentemente se necessário.	Pacientes com fissuras de lábio e palato são um grupo de prioridade. O dentista tem papel fundamental na prestação de cuidados dentários contínuos, de alta qualidade, baseados em prevenção. Completo suporte de planejamento do tratamento, e boa comunicação com a equipe multiprofissional são aspectos importantes de cuidados destes pacientes e ajudam a alcançar o melhor resultado de saúde bucal.
Local da publicação	Campinas/SP – Brasil	Campinas/SP – Brasil	Bristol – Reino Unido	Bristol – Reino Unido
Tipo de estudo	Revisão de literatura	Revisão de literatura	Revisão de literatura	Revisão de literatura
Artigo	Silva et al. ²⁰	Roda & Lopes ¹⁷	Rivkin et al. 2000 ¹⁸	Rivkin et al. ¹⁹

FASE PRÉ-ERUPTIVA E DE DENTIÇÃO DECÍDUA – ÊNFASE NA PREVENÇÃO

Quanto à fase pré-eruptiva e de dentição decídua, os seguintes resultados foram evidenciados nos artigos pesquisados:

a) A assistência odontológica a pacientes fissurados deve iniciar de forma precoce e envolver uma equipe multidisciplinar, com a finalidade de proporcionar suporte global a quem necessite¹⁷;

b) Orientações aos pais quanto aos cuidados bucais e alimentação, devendo eles supervisionar as crianças até os oito anos de idade; criar um vínculo com a família e o paciente; após o início da erupção dos dentes decíduos: escovação, dieta livre de alimentos açucarados e aplicação de flúor¹⁸;

c) Para pacientes com alto risco à cárie: Aplicação tópica de verniz fluoretado, duas vezes ao ano; quando necessário realizar restaurações, as quais devem ser executadas assim que identificadas, abordando de maneira adequada

e com materiais de qualidade, buscando evitar a perda do dente decíduo e assim manter o perímetro do arco dental. O acompanhamento odontológico deve ser realizado a cada seis meses e mais frequentemente quando necessário¹⁸.

FASE DE DENTURA MISTA – PREVENÇÃO E ORTODONTIA PREVENTIVA

No que se refere à fase de dentadura mista, com foco na prevenção e ortodontia preventiva, foram destacadas as seguintes informações:

a) Orientações de higiene, dieta e encorajar o próprio paciente a cuidar de sua higiene oral; tratamento ortodôntico preventivo com a finalidade de preparar o paciente para ortodontia fixa; em alguns casos, deve ser realizada a expansão palatina previamente à cirurgia de enxerto ósseo para aumento do perímetro palatino, por intermédio do uso de expansor palatino fixo¹⁹;

b) A Cirurgia de enxerto ósseo para correção palatina deve ser realizada pelo médico. Nesses casos, indica-se a clorexidina 0,2% no pré e pós-operatório, até que a escovação possa ser reestabelecida¹⁹;

c) Indica-se aplicação de selante nos elementos dentais posteriores permanentes. Em casos de hipoplasia do incisivo permanente, área de desmineralização precoce, dentes na região de fissura e dentes parcialmente erupcionados, uma boa alternativa é a aplicação de verniz fluoretado e bochecho com flúor para efeito tópico; ainda, é conveniente realizar o acompanhamento clínico e radiográfico frequente¹⁹.

FASE DE DENTIÇÃO PERMANENTE – PREVENÇÃO, ORTODONTIA FIXA E EM ALGUNS CASOS CIRURGIA ORTOGNÁTICA

No que diz respeito à fase de dentição permanente, com observância na prevenção, ortodontia fixa e em cirurgia ortognática, apresentam-se as seguintes considerações a serem observadas:

a) Ortodontia fixa; instruções de higiene e dieta reforçadas, em razão do grande acúmulo de placa na região do aparelho; bochechos com flúor diários ou semanais; cirurgia ortognática, se necessário¹⁹;

b) Restaurações adesivas para melhorar a estética¹⁹;

c) Após a cirurgia ortognática pode ser necessária a realização de cirurgia plástica executada por um cirurgião especialista¹⁹;

d) Tratamento cirúrgico é finalizado por volta dos 20 anos de idade, período de término do crescimento ósseo²⁰;

e) Deve ser realizado o acompanhamento periódico durante toda a vida¹⁷.

DISCUSSÃO

É imprescindível o acompanhamento odontológico regular do paciente fissurado, iniciando de forma precoce e se estendendo por toda a vida¹⁷. Outro fator importante é a abordagem multidisciplinar, enfatizando a prevenção e a educação em saúde²⁰. Sendo o pré-natal odontológico um fator fundamental na prevenção, visando manter a saúde bucal da gestante e repassar orientações pertinentes, reduzindo complicações e preparando a futura mãe para o nascimento da criança com fissura²¹. O odontopediatra e o ortodontista desempenham papel fundamental na redução de alterações da cavidade bucal²². Da mesma forma, é relevante a necessidade do acompanhamento desses pacientes, executado por uma equipe especializada multiprofissional, desde o nascimento até a vida adulta, abrangendo o pediatra, otorrinolaringologista, cirurgião plástico, fonoaudiólogo, geneticista, cirurgião bucomaxilofacial, odontopediatria, ortodontista, protesista, visando resultados estéticos e funcionais favoráveis²³.

Visando um atendimento integral a esses pacientes é fundamental a padronização no atendimento odontológico, porém na literatura não existe um consenso sobre qual o melhor protocolo. Cada serviço especializado cria e utiliza o seu protocolo próprio dificultando a comparação dos resultados, pois para isso é necessário a realização de estudos longitudinais e/ou multicêntricos²³. Os resultados de busca desse estudo evidenciam a falta de estudos comparativos para estabelecimento dos protocolos, visto que o objetivo inicial do estudo era a realização de uma revisão sistemática da literatura, o que não foi possível, pois ao final da busca foram selecionados somente artigos de revisão de literatura. A escassez de artigos com protocolos clínicos dificulta a criação de um protocolo que estabelece a sequência exata que o atendimento odontológico aos pacientes portadores de fissura labiopalatais deve seguir.

A falta de um protocolo de atendimento odontológico para esses pacientes dificulta o

acesso deles ao serviço de atenção básica, pois estudos mostram que cirurgiões dentistas da rede muitas vezes optam por encaminhá-los para o atendimento em centros especializados, isso pode ser reflexo da falta de experiência clínica e insegurança dos profissionais no atendimento aos pacientes portadores de necessidades especiais²⁴. O atendimento aos pacientes portadores de fissura lábio – palatal não difere do tratamento de outros pacientes, somente deve-se tomar alguns cuidados simples quando o tratamento cirúrgico ainda não foi realizado²⁵. O conhecimento desses pequenos cuidados pelo cirurgião dentista, proporciona um atendimento local a esses pacientes, evitando o deslocamento e o atendimento em centros especializados, isso é fundamental para a manutenção da saúde bucal desses pacientes^{26,27}.

Logo após o nascimento, ainda em ambiente hospitalar, o cirurgião e o ortodontista devem repassar de imediato, aos pais e cuidadores, orientações relacionadas ao manejo do paciente nascido com fissura labial e/ou palatina¹⁸. Dentre as informações pertinentes, é aconselhado o uso de chupetas apropriadas que estimulam os músculos da mastigação e permitem a deglutição correta do bebê, tendo em vista a dificuldade de amamentação no seio materno, o que torna pobre o desenvolvimento da musculatura facial^{28,29}.

O acompanhamento odontológico deve ser realizado a cada seis meses ou, em casos mais complexos, mais frequentemente. O controle e a prevenção devem ser enfatizados em todas as fases de dentição, iniciando logo após o nascimento, sendo indicado o tratamento de acordo com a necessidade de cada paciente e o período da vida em que se encontra³⁰.

Para uma adequada escovação deve ser utilizada uma escova dental com a cabeça pequena e cerdas macias, podendo ser necessária a utilização de uma escova interdental para remoção do acúmulo de placa em região de apinhamento dental, áreas de fissuras e durante o tratamento ortodôntico fixo na região de brackets^{18,19}.

Outro auxiliar na limpeza completa da cavidade bucal é o creme dental fluoretado. Ainda, para a efetividade da higienização se faz necessária à realização da escovação ao menos duas vezes ao dia, utilizando a quantidade de creme dental referente ao tamanho de um grão de ervilha para pacientes maiores de seis anos^{31,32}.

Pacientes classificados como alto risco à cárie, incluindo, dentes hipoplásicos ou

aglomerados, na região da fissura e em dentes que apresentam sinais de descalcificação precoce, a aplicação de verniz fluoretado duas vezes ao ano torna-se um método preventivo altamente eficaz, podendo ainda ser realizado o bochecho com flúor, o qual apresenta efeito tóxico. Quando for necessária a abordagem restauradora, esta deve ser realizada o mais breve possível e com a utilização de materiais adequados, visando manter a integridade e longevidade do elemento dental afetado^{18,19}.

A cirurgia de reparo labial deve ser realizada após os três meses de vida, seguindo após um ano com a correção do defeito palatino³³.

Na fase do nascimento até a dentição mista, as ações preventivas tornam-se primordiais buscando evitar a extração prematura de dentes decíduos, o que dificulta posteriormente o tratamento ortodôntico em razão da perda de perímetro da arcada. Dessa forma, adotar hábitos benéficos para a saúde desde a infância, bem como a correta escovação, utilização de flúor e alimentação saudável, torna-se essencial para assegurar o correto desenvolvimento da dentição decídua e permanente. Ainda, é um fator primordial a conscientização dos pais quanto à supervisão durante a escovação dentária de seus filhos pelo menos até os oito anos de idade^{18,19,31,32}.

Durante a fase de dentadura mista, pais e filhos devem ser novamente orientados quanto à higiene bucal adequada e o paciente deve ser encorajado, também, a assumir a responsabilidade pela sua própria higiene bucal¹⁹. Entre as medidas preventivas que podem ser adotadas nessa fase encontra-se a aplicação de selantes de fissuras³⁴. Tal procedimento é indicado para molares e pré-molares permanentes, assim que os dentes se apresentarem irrompidos em estágio que permita o correto controle da umidade nas superfícies oclusais.

Posição inadequada dos incisivos centrais superiores, rotações dentárias na região de fissura, mordida cruzada anterior, hipodontia ou agenesia associada aos incisivos laterais permanentes, além da susceptibilidade a desenvolver uma relação de Classe III fazem com que esses pacientes necessitem de uma atenção especial ao tratamento ortodôntico preventivo e curativo com a finalidade de preparar o paciente fissurado para a ortodontia fixa. Em muitos casos, é preciso o tratamento ortodôntico preventivo para expansão palatina conseguida por meio da utilização de um aparelho expensor fixo, previamente à cirurgia

de enxerto ósseo alveolar, esse procedimento cirúrgico é realizado por volta dos 8 a 10 anos de idade^{19,33}.

Para que se obtenha o sucesso do enxerto ósseo é imprescindível que o paciente apresente boas condições de higiene bucal, assim como a ausência de inflamação gengival que poderia causar a perda do osso enxertado³⁵. Além do acompanhamento periódico, outro importante aliado no controle da inflamação gengival trata-se do Digluconato de Clorexidina na concentração de 0,2%, o qual pode ser utilizado previamente à cirurgia para controle de quadros mais graves de inflamação, bem como no pós-operatório por um período limitado de tempo, e a escovação deve ser reestabelecida logo que possível¹⁹.

Na fase de dentição permanente inicia-se o tratamento ortodôntico definitivo, muitas vezes sendo fundamental a realização de cirurgia ortognática combinada para correta harmonia maxilo-mandibular, bem como, posteriormente, a cirurgia plástica de reconstrução. A utilização do aparelho ortodôntico pode resultar em cárie e descalcificação próxima aos brackets, quando não realizada a correta higiene bucal e ingestão de alto teor de açúcar, ainda, os alimentos ácidos e bebidas podem provocar erosão. Para uma higiene bucal satisfatória é recomendada a correta escovação, aliada ao uso de cremes dentais e bochechos com flúor (diários ou semanais)¹⁹. Ainda, após o tratamento ortodôntico, o paciente pode optar por um tratamento estético mediante técnicas adesivas para melhorar a forma do dente³⁶.

Os artigos incluídos nessa revisão integrativa evidenciam a necessidade de o cirurgião dentista atuar na prevenção. Sabe-se que a participação da odontologia no acompanhamento desses pacientes é fundamental no tratamento das fissuras labiopalatais, atuando não somente no processo de reabilitação oral, mas principalmente na prevenção e promoção de saúde desses pacientes. Para a completa reabilitação do paciente a prevenção das condições bucais é fundamental, pois esses pacientes apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento de problemas bucais como cárie e doença periodontal²⁶.

É consenso na literatura que não há concordância entre os métodos de atendimento a pacientes fissurados, havendo diversidade entre a escolha da técnica utilizada, momento adequado para intervenções cirúrgicas e apoio multidisciplinar²³. Porém, é extremamente

importante realizar o acompanhamento frequente ao cirurgião-dentista por toda a vida, buscando reduzir os riscos e ter uma melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Dado o exposto, torna-se imprescindível que os profissionais da área da saúde, incluindo cirurgiões-dentistas, empreguem protocolos globais no atendimento de pacientes fissurados, visando proporcionar uma abordagem completa, com o olhar voltado ao paciente e à família, estimulando o cuidado precoce e transmitindo informações plausíveis a respeito da higiene bucal e dieta, fatores estes que precisam estar em equilíbrio para o correto desenvolvimento e função do sistema estomatognático. Com esse propósito, a estratégia de atendimento deve ser voltada à necessidade individual de cada paciente, conforme as fases de dentição em que ele se encontra. É de suma importância que o profissional estimule a prevenção em todas as etapas do atendimento, promovendo uma condição ideal de saúde bucal, que influencia diretamente na obtenção de resultados satisfatórios para o completo tratamento da fissura. Fica evidente que na literatura não há consenso a respeito de um protocolo universal para o atendimento desses pacientes, sendo assim, sugere-se a realização de novos estudos buscando a padronização de técnicas e manejo, as quais podem influenciar na segurança do profissional durante a assistência clínica. Saber expor as informações e realizar cada procedimento no momento adequado torna-se extremamente importante para que a peculiaridade de cada paciente seja abordada da maneira mais eficaz e segura.

REFERÊNCIAS

1. Martelli DRB, Machado RA, Swerts SO, Rodrigues, LAM, Aquino SN, Júnior, HM. Non syndromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. *Braz J Otorhinolaryngology*. 2012;78(5):116-20.
2. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas labio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odontol São Paulo*. 1968;6(2):111-28.
3. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(6):571-5.

4. Souza-Freitas, JA et al. Tendência familiar das fissuras labiopalatinas. *R Dental Press Ortodon. Ortop. Facial.* 2004;9(4):74-8.
5. Almeida AMFL et al. Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. *Saúde em Debate.* 2017; 41:156-66.
6. Shaye D, Liu CC, Tollefson TT. Cleft lip and palate. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2015;23(3):357-72.
7. Worley ML, Patel KG, Kilpatrick LA. Cleft lip and palate. *Clin Perinatol.* 2018;45(4):661-78.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Fissura labiopalatal no sistema único de saúde. Brasília, DF; 05 jul 2017.
9. Borges AR, Mariano L, Sá J, Medrado AP, Veiga PC, Reis SRA. Fissuras labiais e/ou palatinas não sindrômicas: determinantes ambientais e genéticos. *Revista Bahiana de Odontologia.* 2014;5(1):48-58.
10. Costa B. Odontopediatria na reabilitação de crianças com fissura labiopalatina. Curso de anomalias congênitas labiopalatinas, 44. Universidade de São Paulo: Bauru; 2011.
11. Tuji FM, Bragança TA, Rodrigues CF, Pinto DPS. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato em hospital de atendimento público. *Biblioteca Virtual em Saúde.* 2013;23(2).
12. Dixon MJ et al. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet.* 2011;12(3):167-78.
13. Figueiredo IMB, Bezerra AL, Marques, ACL, Rocha, IM, Monteiro NR. Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. *Rev Bras Promoção da Saúde.* 2004;17(3):154-60.
14. Spina V, Psillakis, JM, Lapa, FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatina: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo.* 1972;27(1):5-6.
15. Araruna RC, Vendruscolo DM. Nutrition of children with cleft lip and cleft palate, a bibliographic study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2000;8(2):99-105.
16. Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Rev Bras Promoção da Saúde.* 2005;18(1):31-40.
17. Roda SR, Lopes VLGS. Aspectos odontológicos das fendas labiopalatinas e orientação para cuidados básicos. *Rev Cienc Med.* 2008;17:95-103.
18. Rivkin CJ, Keith O, Crawford PJM, Hathorn IS. Dental care for the patient with a cleft lip and palate. Part 1: From birth to the mixed dentition stage. *Br Dent J.* 2000;188(2):78-83.
19. Rivkin CJ, Keith O, Crawford PJM, Hathorn IS. Dental care for the patient with a cleft lip and palate. Part 2: The mixed dentition stage through to adolescence and young adulthood. *Br Dent J.* 2000;188(3):131-4.
20. Silva HA, Bordon AKCB, Duarte DA. Estudo da fissura labiopalatal. Aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2002;5(27):432-6.
21. Alvanhan D, Gonini CAJ, Rosa L, Benzoni S, Codato LAB. Manual de Saúde Bucal. Prefeitura municipal de Londrina. 2009;1(4):214-62.
22. Montandon EM, Duarte RC, Furtado PGC. Prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2001;4(17):68-73.
23. Alonso N, Tanikawaa DYS, Junior JEL, Rocha DL, STERMAN S, Ferreira MC. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91 pacientes consecutivos. *Rev Bras Cir Plast.* 2009;24(2):176-81.
24. Mendes M. et al. Avaliação da percepção e da experiência dos cirurgiões-dentistas da rede municipal de Pelotas/RS no atendimento aos portadores de fissuras labiopalatais. *Rev Fac Odontol: UPF.* 2012;17(2):196-200.
25. Lorenzoni D. Avaliação do sistema de referência e contra referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC. Dissertação [Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva] – Centro de Ciências da Saúde da UFSC; 2007.
26. Lorenzoni D, Carcereri DL, Locks A. The importance of multi-professional, interdisciplinary care in rehabilitation and health promotion directed at patients with cleft lip/palate. *Rev Odonto Ciênc.* 2010;25(2):198-203.
27. Bathia SK, Collard MM. Access to primary

- dental care for cleft lip and palate patients in South Wales. *Br Dental J.* 2012;212(5):1-4.
28. Souza LCM. Fissura labiopalatina. Abordagem multidisciplinar. *Rev Paul Odontol.* 1985;7(3):54-60.
 29. Ellis E. Tratamento de pacientes com fissuras orofaciais. In: Peterson LJ. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Tradução Wladimir Cortezzi. 27. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 639-61.
 30. National Clinical Guidelines. Paediatric Dentistry. Continuing Oral Care — Review and Recall: The Faculty of Dental Surgery of the Royal College of Surgeons of England; 1997.
 31. Holt RD, Moynihan PJ. The weaning diet and dental health. *Br Dent J.* 1996;181(7):254-8.
 32. Rock WP. Young children and fluoride toothpaste. *Br Dent J.* 1994;9(177):17-20.
 33. Roberts-Harry D, Sandy JR. Repair of cleft lip and palate: 1. Surgical techniques. *Dent Update.* 1992;19(10):418-23.
 34. Murray J, Nunn J. British society of paediatric dentistry: a policy document on fissure sealants. *Int J Paediatr Dent.* 1993;3(2):99-100.
 35. Bergland O, Semb G, Abyholm FE. Elimination of the residual alveolar cleft by secondary bone grafting and subsequent orthodontic treatment. *Cleft Palate J.* 1986; 23(3):175-205.
 36. Burke FJT, Shaw WC. Aesthetic tooth modification for patients with cleft lip and palate. *Br J Orthod.* 1992;19(4):311-7.

The importance of a preventive protocol in dental care of patients with cleft lip and palate: a systematic review of literature

Aim: This study sought to systematically review publications in the literature related to the Dentist's Protocol as regards palatal cleft patients.

Methods: This study reviewed articles published up to March 2018, in English, Portuguese, and Spanish, obtained through data searches on PubMed, Scopus, LILACS, Bireme, SciELO, as well as through a manual search in the references of the identified articles.

Results: The search resulted in 141 articles; after the application of the exclusion criteria, four articles were selected. The selected articles were literature reviews, making it impossible to conduct a systematic review of the literature. All of the obtained articles were read in full, resulting in a care protocol that was divided according to the dental eruption stages, with emphasis on prevention. The protocol was divided into: the pre-eruptive and deciduous dentition stage, mixed denture, and permanent dentition. In the pre-eruptive and deciduous dentition stage, the dental advice is to emphasize prevention; in the mixed dentition stage, there is the beginning of preventive orthodontics as well as the maintenance of preventive actions; while in the permanent dentition stage, one again works with prevention. fixed orthodontics is begun, and when necessary, orthognathic surgery is also applied.

Conclusion: Regarding the findings, the importance of prevention during all stages is clear, in an attempt maintain the perimeter of the dental arch and the integrity of the permanent teeth. The dentist should be able to perform the service based on a protocol for the correct handling according to the age range and dental eruption stage of the patient. The improvement of the dentist in providing dental care to patients with cleft lip and palate should be constant, as should the creation of an affective bond with the patient and the family, aimed at providing a precise and humanized treatment.

Uniterms: Cleft lip. Cleft palate. Dentists. Protocols. Dental.