

Fissura Lábiopalatina: Alimentação

CLEFT LIP AND PALATE: FEEDING HABITS

Kamila de Fátima FERREIRA¹
Patrícia MORAIS¹
Silvana Mara da SILVA¹
Suellen da Silva SANTOS¹
Renata Bianchi de Lima CHAVES¹
Renata Machado PIVA²
Renata Iani WERNECK³

Resumo: As Fissuras lábiopalatinas são más formações congênitas, que ocorrem no período embrionário, envolvendo os processos faciais e palatinos, podendo assim ser detectadas através de exames de ultrassom. Suas causas são multifatoriais, podendo ser genética ou ambiental. Essas fissuras ocorrem em todos os grupos, independentes de gênero ou fatores socioeconômicos. Porém, as fissuras lábiopalatinas podem diferenciar de conformação entre o gênero feminino e masculino. Estão classificadas em fissuras pré-forame incisivo, transforame incisivo e pós-forame incisivo. A alimentação pode ser dificultada quando os pais não são orientados corretamente, decorrente disto, os problemas mais comuns são: sucção inadequada, tempo de amamentação prolongada e regurgitação. A alimentação pode ser feita das seguintes maneiras: aleitamento materno, alimentação na mamadeira, alimentação por sonda nasogástrica e alimentação por xícara ou copinho. O aleitamento materno é o mais indicado, pois estimula o desenvolvimento da musculatura da face e da boca, fortalecendo o vínculo mãe e filho. O planejamento para o tratamento do fissurado deve ser iniciado após o nascimento. Para se obter sucesso no tratamento do paciente, é necessário uma boa equipe de profissionais de saúde e de várias disciplinas, especialmente, ortodontista, odontopediatra e cirurgião buco maxilo facial.

Palavras-chave: fissura lábiopalatina, alimentação.

Abstract: Cleft lip and palate are birth defects that occur in the embryonic period involving the facial and palatal processes, and thus can be detected by ultrasound scanning. Its causes are multifactorial and may be genetic or environmental. These defects occur in all groups, regardless of gender or socioeconomic factors, but the cleft lip and palate can differentiate between males and females. Clefts are classified into pre-incisive foramen, incisive trans-and post-incisive foramen. The alimentation can be difficult when parents are not oriented correctly, due to this, the most common problems are: inadequate suction, time of prolonged breastfeeding and regurgitation. Feeding can be done in the following ways: breastfeeding (breastfeeding is the most appropriate, since it encourages the development of the muscles of the face and mouth, strengthening the bond between mother and child), in a bottle, nasogastric feeding and cup-feeding or cup. The planning for the treatment of cleft should be started after birth. To be successful in treating the patient, it is necessary a good team of health professionals from various disciplines and, especially, orthodontist, pediatric dentist and maxillofacial surgeon facial.

Keywords: cleft lip and palate, feeding habits.

¹ Acadêmicas do Curso de Técnico em Saúde Bucal da Faculdade Herrero. e-mail: silvana2289@hotmail.com; suellen.s.santos@hotmail.com; renata_bianki@hotmail.com; patrycyamorays@hotmail.com; kakaff30@hotmail.com

² CD, Especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia, Mestrado em Biociências, Coordenadora do Curso Técnico em Saúde Bucal e CEP da Faculdade Herrero. e-mail: renatamp81@gmail.com

³ Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Toronto, Canadá, Doutorado em Ciências da Saúde (PUCPR), Professora das Disciplinas de Saúde Coletiva, Prevenção I e II, Promoção de Saúde e Projetos do curso de ASB e TSB da Faculdade Herrero. e-mail: rewck@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As fissuras lábiopalatinas, conhecidas também como: fissura lábio palatal, lábio leporino, fenda palatina, fissura oral, são deformidades congênitas que envolvem a face e a cavidade bucal (CAMPILLAY, 2010; DELGADO, 2010; BRESCOVICI, 2010; CAPELOZZA, 1982).

Durante os primeiros três meses de gestação forma-se o lábio e o palato. A má-formação tanto de lábio quanto de palato poderão ocorrer nesta fase, sendo que em alguns casos tais fissuras podem deixar o canal oral em contato com o nasal. As fissuras podem ser apresentadas de três formas: unilaterais, bilaterais e medianas (CAVALHERI, 1999; CAMPILLAY, 2010; DELGADO, 2010; BRESCOVICI, 2010; CAPELOZZA, 1982).

As fissuras lábiopalatinas, podem estar associadas à malformações, que inclui fatores genéticos e ambientais. Quando há predisposição genética fatores ambientais podem causar o surgimento da doença sendo estes: nutricionais (carência de minerais e vitaminas), químicos (drogas, fumo e álcool), endócrinos (Hormônios alterados), radiação e contato com doenças infecciosas no 1º trimestre de gestação (PINTO, 2008).

As fissuras lábiopalatinas não afetam somente a parte estética, também apresentam complicações associadas à alimentação, audição, fala, e o psicológico dos pais e da própria criança (CAVALHERI, 1999).

Desde o nascimento do bebê com fissura, existem grandes dificuldades na alimentação devido à deformidade, podendo levar a vários graus de dificuldade nutricional. Porém se sabe que a sucção desenvolve a musculatura da face e da boca e também fortalece o vínculo entre mãe e filho (CAVALHERI, 1999).

O objetivo deste estudo foi entender se a alimentação é uma barreira enfrentada por mães que possuem filhos com lesões lábiopalatinas. Muitas sentem dificuldades e insegurança ao alimentar o seu bebê. Os problemas mais comuns são a regurgitação, amamentação prolongada e a sucção inadequada por falta de pressão intra-oral. Além disso, o estudo foi conduzido na tentativa de mostrar os melhores métodos de alimentação das crianças que possuem lesão lábiopalatina. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura em artigos de periódicos, livros sobre o tema e sítios eletrônicos oficiais.

REVISÃO DE LITERATURA

FISSURA LÁBIOPALATINA

A fissura lábiopalatina é uma malformação congênita (RODRIGUES, 2005). Fissura labial é a divisão do lábio superior em duas partes e a fissura palatina ocorre quando há uma abertura direta entre o palato, e a base do nariz que pode ocorrer isoladamente ou em conjunto. Essa malformação é o resultado da falta de fusão entre processos faciais ou processo palatino, que aparece no primeiro trimestre de vida intra-uterina (RODRIGUES, 2005; PINTO, 2008). A fissura lábiopalatina é definida pela ruptura do lábio, palato ou ambos, representando a mais comum malformação craniofacial (MENDES, 2009).

A etiologia das fissuras lábiopalatinas é multifatorial, inclui fatores genéticos e ambientais (PINTO, 2008). Os fatores ambientais que podem afetar o desenvolvimento do embrião são o uso de drogas ou bebidas alcoólicas, tabagismo, nível elevado de estresse e quaisquer outras alterações que ocorrem com a mulher no 1º trimestre de gestação (RODRIGUES, 2005). Também, a malformação pode ocorrer por falta de vitaminas, doenças maternas crônicas como diabetes e epilepsia e doenças que ocorrem ocasionalmente no começo da gestação como, a gripe, herpes e gastroenterite (PINTO, 2008).

As fissuras labiopalatinas ocorrem em todos os grupos raciais e étnicos e não depende de gênero e classe socioeconômica. As fissuras que aparecem com maior frequência são as que envolvem lábio e palato unilateral do lado esquerdo. Quanto ao gênero, de um modo geral as fissuras podem variar entre homem e mulher. A fissura isolada de lábio acomete mais em meninos, enquanto a fissura de palato isolada ocorre mais em meninas (NERY, 2010; FREITAS, 2004; GRAZIOS, 2005). No Brasil, essa malformação congênita acomete um a cada 650 nascidos vivos (GRAZIOS, 2005).

A classificação de Spina (SPINA, et al, 1972) define as fissuras por sua extensão tendo como referência anatômica o forame incisivo (RODRIGUES, 2005). No Grupo I estão as fissuras pré forame incisivo que envolvem o lábio e/ou o rebordo alveolar e podem ser: unilaterais, bilaterais e medianas. No Grupo II estão as fissuras transforame incisivo, as quais envolvem lábio e palato e também podem ser unilaterais ou bilaterais, em geral medianas, que podem situar-se apenas na úvula, palato e envolver todo palato duro. As fissuras pós-forame incisivo fazem parte do Grupo III e podem ser completas ou incompletas. Por fim, no Grupo IV, encontram-se as fissuras raras da face (RODRIGUES, 2005; NERY, 2010; PINTO, 2008).

Além disso, as fissuras lábiopalatinas aparecem em síndromes esporádicas, entre anomalias

cromossômicas, como na síndrome de Patau (trissomia do cromossomo 13) (ROBINSON, 2006).

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA COM FISSURA LÁBIOPALATINA

Em decorrência do rápido crescimento durante o primeiro ano de vida, a infância é um dos períodos mais críticos do ciclo da vida, dessa forma a alimentação deve ser adequada tanto na forma de administração, como no seu valor nutricional, a fim de promover um suporte calórico eficiente para o crescimento e desenvolvimento da criança (WYSZYNSKI, 2002).

Alimentar um bebê com fissura labiopalatina é, na maioria das vezes, muito difícil e estressante, ainda mais se a família não foi orientada, contribuindo para isso a angústia, ansiedade e o medo de manusear o bebê. Os problemas mais comuns são sucção inadequada por falta de pressão intra-oral, tempo de mamada prolongada e regurgitação, as dificuldades de sucção muitas vezes podem levar ao agravamento do estado nutricional da criança e problemas pulmonares, decorrentes da aspiração de alimentos (WATSON, 2005; PARADISE, 1997). Crianças com fissura pré-forame incisivo podem não ter problemas alimentares, mas aquelas com fissuras pós-forame ou transforame incisivo podem apresentar dificuldades, por não conseguirem uma pressão intra-oral adequada (WATSON, 2005; ARARUN, 2000). A sucção insuficiente, vômitos e engasgos acontecem quando as mães são orientadas inadequadamente quanto ao melhor método de alimentar o recém-nascido fissurado. Uma criança portadora de fissura lábiopalatina tem condições de movimentar a mandíbula ao sugar o peito, apesar da pouca pressão intra-oral, quando não apresentar outras alterações congênicas associadas à fissura. A alimentação oral deve ser estimulada precocemente, ou seja, logo após o nascimento, acompanhada por nutricionistas, enfermeiras, neonatologistas, fonoaudiólogos, e outros membros da equipe. Esses cuidados vêm aumentar as chances de sucesso, de se alcançar melhores condições possíveis de vida, possibilitando que, mais brevemente, as interações corretivas sejam realizadas com êxito, evitando futuras complicações (ALTMANN, 1997; CAIF, 2008; ARARUNA, 2000).

Os métodos de alimentação necessários para o recém-nascido fissurado são basicamente os mesmos adotados para outros recém-nascidos normais. A criança com fissura lábiopalatina tem o sistema nervoso íntegro e apresenta funções e potencial de crescimento dentro da normalidade, o que é exceção para algumas síndromes ou quando a fissura vem acompanhada de outra deformidade (CAIF, 2008).

ALEITAMENTO MATERNO

No período neonatal e durante pelo menos os seis primeiros meses de vida, os esforços devem ser concentrados na amamentação ao seio materno, sendo assim um excelente exercício muscular e respiratório (PACHI, 1994). Para a criança ser amamentada, ela vai acoplar seus lábios perfeitamente na aréola da mama, vedando o sistema, ou seja, não permitindo a passagem do ar. Uma composição de músculos trabalha no sentido de estimular o crescimento e desenvolvimento, ósseos, que influenciam a forma da face e harmonia dos dentes (CAMARGO, 1998).

Deve-se orientar as mães com relação ao aleitamento materno. Todavia cabe lembrar, que a maioria das crianças não consegue o suprimento necessário só com o aleitamento natural. Assim, recomenda-se colocar o recém-nascido por cinco minutos em cada seio para estimular a descida do leite e para reforçar o contato mãe-filho. Após este tempo, deve-se oferecer o leite ordenhado em mamadeira com bico ortodôntico e furo para cima (ARARUNA, 2000).

ALIMENTAÇÃO NA MAMADEIRA

Ressaltando a importância da mãe no processo de alimentar seu filho, quando não se consegue aleitamento materno através de sucção no peito da mãe deve-se ordenhar o leite e oferecê-lo à criança em mamadeira. Isto não sendo possível, outro leite deve ser oferecido, também em mamadeira (ARARUNA, 2000).

Não existe mamadeira especial para alimentação da criança portadora de fissura, mas sim uma adaptação com bico ortodôntico e com válvula que favorece a sucção e posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios. Estudos mostram a semelhança do posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios, tanto na amamentação ao seio materno, quanto na sucção do bico ortodôntico, favorecendo a mesialização da mandíbula em relação ao maxilar, devido aos movimentos de amplitude para a retirada do leite, com os lábios funcionando como um esfíncter. O bico ortodôntico deve estar sempre formando um ângulo de 90° em relação à face, isso devido ao furo que é para cima, forçando a sucção ser eficiente (KUDO, 1980).

Na fase inicial, quando o recém-nascido ainda está apresentando alguma dificuldade para se adaptar à mamadeira, indicam-se manobras que facilitem o escoamento de leite para a cavidade oral, as quais estimulam o recém-nascido a desencadear a sucção. Estas são: apertar o frasco da mamadeira de plástico; apertar levemente o próprio bico da mamadeira nas laterais; pressionar o bico da mamadeira sobre a língua de forma a provocar o abaixamento da

mandíbula; puxar levemente o bico da mamadeira para fora da boca; fazer pressão externa nas bochechas da criança, assim como embaixo de sua mandíbula. Esta última manobra ajuda inclusive a melhorar o vedamento labial (ALTMANN, 1997).

ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA (SNG)

A alimentação por SNG (tubo de cloreto de polivinila PVC que quando prescrito pelo médico para drenagem ou alimentação, deve ser tecnicamente introduzido desde o nariz até o estômago), em crianças portadoras de fissuras de lábio e/ou palato é uma experiência desagradável e desconfortável, tanto para mãe, como para a criança, especialmente durante os primeiros meses, este interfere tanto na digestão como no próprio processo de alimentação, provocando obstrução nasal, dificuldade para fechamento adequado da boca, comprometimento da sensibilização da cavidade oral; a alimentação oferecida em intervalos regulares pela SNG não prioriza o controle da fome, da saciedade e do volume alimentar (ZICREFOOSE, 1957; SANTOS, 1980; THOMÉ, 1990).

As primeiras horas de vida representam um período importante para adaptação do reflexo de alimentação. Assim, se a criança fissurada for bloqueada através do uso de sonda após o nascimento, os seus mecanismos próprios para realizar os movimentos de sucção e deglutição serão prejudicados (ALTMANN, 1997).

UM MÉTODO ALTERNATIVO - ALIMENTAÇÃO POR XÍCARA OU COPINHO.

A alimentação com xícara ou copinho é um método alternativo que amplia as opções disponíveis, tanto aos pais quanto aos profissionais, os quais podem necessitar de métodos não convencionais para solucionar situações difíceis de alimentação. A alimentação com xícara ou copinho deve ser seriamente levada em consideração para uso em unidades neonatais e de cuidados intermediários, considerando que o método estreita a relação mãe e filho e o seu custo é bem menor, comparado com outros métodos alternativos (LAURENCE, 1980).

A alimentação através de xícara ou copinho é utilizada em muitos países em desenvolvimento como um fator cultural, não apenas por mães que têm dificuldades de acesso a serviços de saúde. Sua função primária e mais importante é proporcionar um método artificial seguro, até que a criança esteja forte e/ou madura, o suficiente para mamar exclusivamente no peito. Uma outra função importante da xícara é evitar o uso da mamadeira, fator de aumento da morbidade e mortalidade, particularmente nos locais em que a higiene é precária, a esterilização de mamadeiras é difícil, e as sondas gástricas não estão facilmente disponíveis. Nestes ambientes, a xícara proporciona um método de alimentação simples, prático e barato. Além disso, a alimentação com xícara proporciona o contato entre a mãe e o filho familiarizando o recém-nascido com o peito, permitindo-o experimentar pequenas quantidades de leite ordenhado manualmente (LAURENCE, 1980).

HIGIENIZAÇÃO

Para evitar complicações no processo de alimentação do lactente fissurado, algumas recomendações são apontadas como: manter a criança sempre seca e confortável; lavar as mãos; fazer higiene oronasal com cotonete molhado em água fervida, antes e depois da alimentação, para que se evite a permanência de resíduos e partículas de leite na região, e evitar infecções (ALTMANN, 1997).

Os banhos devem ser diários, sempre no mesmo horário e com sabão neutro. Não deve ser usado talco. As roupas devem estar sempre limpas e não ser misturadas com as demais roupas de casa.

Separar e lavar com água fria e detergente os utensílios utilizados pela família, não se deve usar água quente em utensílios sujos com leite, pois formará uma película fina que favorece o crescimento de vermes (HONDA, 2010).

TÉCNICAS QUE FAVORECEM A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA PORTADORA DE FISSURA

- Verificar se a criança está limpa (trocar a se necessário);
- Lavar as mãos;
- Fazer higiene da boca e do nariz com "cotonetes" molhados em água fervida, antes e depois da alimentação;
- Manter a criança em posição semi-sentada, ao oferecer alimentos, para evitar que elas voltem pelo nariz;
- Fazer pausas durante a mamada para que a criança arrote;
- Não evitar o lado da fissura, ao contrário estimulá-lo para exercitar a musculatura afetada;
- Após as mamadas, colocar a criança de lado para que não haja risco de sufocar;
- Ter tranquilidade, pois cada mamada pode durar de 20 a 30 minutos;
- Caso encontre problemas em amamentar o bebê ou ele esteja chorando mais que o normal, procurar orientação do pediatra antes de tomar qualquer atitude;
- Na impossibilidade da criança sugar no seio, a alimentação poderá ser efetivada com a utilização de bicos ortodônticos para melhor posicionamento e estimulação dos músculos orofaciais, o que diminui sequelas (HONDA,

2010).

TRATAMENTO DE FISSURAS LÁBIOPALATINA

As crianças que nascem com fissura lábiopalatina, para um adequado tratamento necessitam da integração de uma equipe de profissionais especializados, o tratamento é longo e envolve cirurgiões dentistas, médicos especializados, e outros profissionais da saúde como: Assistente social, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo e psicólogo (ANGER, 2004).

O planejamento para o tratamento da criança fissurada deve ser iniciado logo após o nascimento. Não existe ainda uma idade apropriada para o fechamento do lábio da criança fissurada, pois ela deve ser avaliada pela equipe. Além de planejar as cirurgias a serem executadas, deve se orientar aos pais quanto ao problema atual da criança que merecem um cuidado especial, que vai desde a sua alimentação, audição, fala, dentição, má oclusão e problemas com a estética e o psicológico da própria criança que pode querer se excluir do convívio social (ANGER, 2004; PINTO, 2008). A sequência do tratamento cirúrgico e ortodôntico em pacientes com fissura requer a cooperação da equipe e dos pais, isso implica em muitos benefícios ao paciente (PINTO, 2008).

TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS PACIENTES COM FISSURA LÁBIOPALATINA

Com o tratamento cirúrgico para o paciente com fissura lábiopalatina, podem ocorrer resultados diferenciados para cada caso, pois deve-se levar em conta três variáveis críticas dependentes: Amplitude da fissura, padrão de crescimento facial e procedimento cirúrgico. O fechamento do palato também é diferente para cada paciente com fissura.

O momento certo para a cirurgia, nem sempre está ligado a idade, muitas vezes o profissional considera a amplitude da fissura relacionado aos segmentos palatinos (BERKOWITZ, 2001). Existem muitos problemas relacionados ao paciente com fissura lábiopalatina, sendo eles: fala, audição, aprendizado, nutrição e personalidade. Geralmente a situação médica de um paciente fissurado é denominada complexa, pois são realizadas cirurgias frequentes e o tratamento dentário é normalmente por um longo período de tempo. Uma cirurgia com bons resultados trazem muitos benefícios ao paciente com fissura (WAINTE, WAINTE, 2001).

TRATAMENTO ORTODÔNTICO DOS PACIENTES COM FISSURAS LÁBIOPALATINAS

Para se obter sucesso no tratamento de um paciente fissurado é necessário uma boa equipe de profissionais de saúde e de várias disciplinas, especialmente, ortodontista, odontopediatra e cirurgião bucomaxilo facial. Quando é feito o fechamento do palato é essencial o acompanhamento com o clínico geral e odontopediatra.

A ortodontia pré-cirúrgica é fundamental juntamente com o acompanhamento e o planejamento dos profissionais: ortodontistas e cirurgião bucomaxilo facial (WAINTE, WAINTE, 2001).

O tratamento ortodôntico pode ser indicado logo após o nascimento nas dentições decíduas, mistas e permanente e também no paciente adulto, podendo ser realizado em diferentes estágios de desenvolvimento dependendo do problema de cada paciente.

As técnicas de conceitos ortodônticos utilizados em pacientes com fissura lábiopalatinas não são diferentes dos pacientes não fissurados.

Quando feita a remoção do aparelho ortodôntico fixo do paciente fissurado é necessário que de imediato seja instalada a contenção, para manter o sucesso alcançado. Assim como seu compromisso obter o melhor resultado possível (VLACHOS, 2001).

ETAPAS DE TRATAMENTO DO PACIENTE COM FISSURAS LÁBIOPALATINAS

Nascimento ao 1º mês

- Orientação aos pais e planejamento cirúrgico de acordo com o problema de cada criança;
- Acompanhamento da equipe médica em relação à saúde geral da criança;
- Perspectivas e objetivos para as intervenções cirúrgicas;

Fim do 1º mês ao fim do 1º ano

- Possivelmente cirurgia para o fechamento da fissura labial;
- Acompanhamento da saúde geral da criança;
- Passar orientações de cuidados que devem ter com a criança pós cirurgia;

Do 1º ano até o 7º ano

- Acompanhamento da saúde geral da criança;
- Orientações à criança buscando seu desenvolvimento psico-somático;
- Cirurgia para fechar a fissura lábio palatina;
- Prótese reparadora;

- Treinamento de fala com o profissional fonoaudiólogo;
- Tratamentos com os dentes e Cuidados ortodônticos;

Do 7º ano a idade adulta

- Acompanhamento da saúde geral;
- Orientação aos pais e auxílio a criança sob o aspecto psicológico, convívio social;
- Pode ter intervenção cirúrgica dependendo da situação do paciente;
- Prótese e ortodontia (lembrando que pode variar de caso para caso e planejamento da equipe que está cuidando e avaliando o paciente);
- Treinamento com fonoaudiólogo;
- Orientação quanto à vocação, convívio social, barreiras a serem enfrentadas, e o desempenho de alguma função.

(ANGER, 2004; PINTO, 2008; MARQUES, 2003)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os estudos abordados, concluiu-se que os pacientes portadores de fissura lábiopalatina são iguais a qualquer outro paciente, porém os cuidados na alimentação e higienização são diferenciados.

Através desse trabalho conseguiu-se alcançar o objetivo, mostrando que grande parte da população não tem o conhecimento e não estão preparados para conviver com esta má formação.

Quando a fissura lábiopalatina é descoberta, a família deve ser orientada corretamente, para que não haja problemas futuros com a criança, podendo assim superar os desafios e levar uma vida normal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTMANN, Elisa Bento de Carvalho. et al. Fissuras lábiopalatinas. In: PACHI, P.R. Aspectos pediátricos. 4. ed Carapicuíba: Pró-fono Departamento Editorial, 1997. (Acesso em: 28 Setembro 2010).

ANGER, Jaime. Lábio Leporino e outras fissuras da face, São Paulo, 2004. Disponível: <<http://www.cirurgioplastica.com/leporin.htm>> (Acesso em: 10. outubro. 2010).

ARARUNA, Raimunda da Costa; VENDRÚSCOLO, Dulce Maria Silva. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, vol.8 n°2, Ribeirão Preto Apr.2000.

BERKOWITZ, Samuel. Revista Fissura de lábio e palato, p180, 2001.

CAMARGO, Maria Cristina Ferreira de. - Programa preventivo de maloclusões para bebês. . In:GONÇALVES, E. A. N. eds. Atualização na clínica odontológica. São Paulo, Artes Médicas, 1998. 686p.

CAMPILLAY Paloma Letelier; DELGADO Susana Elena; BRESCOVICI Silvana Maria. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto Alegre. **Revista CEFAC**,vol.12 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2010 Epub Feb 26, 2010.

CAVALHERI Vivian Nogueira. Fissura lábio palatal e aleitamento materno, 1999 Monografia de Conclusão de curso de Especialização de Motricidade Oral, Centro de Especialização Fonoaudiologia Clínica Motricidade Oral, Curitiba 1999.

Disponível em:
<<http://scholar.google.com.br/scholar?q=Alimenta%C3%A7%C3%A3o+do+lactente+portador+de+les%C3%A3o+l%C3%A1bio-palatal+%3A+aleitamento+e+introdu%C3%A7%C3%A3o+alimentar&hl=pt-BR&btnG=Pesquisar&lr=>>>
(Acesso em: 24 Agosto 2010).

CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRAL AO FISSURADO LÁBIO-PALATAL - CAIF. Secretaria do Estado de Saúde. [homepage na internet] Paraná. [acesso em 20 abr 2008] (Revista Cefac, vol.12 n°2, São Paulo Mar./Apr.2010 Epub Feb.26,2010).

VLACHOS, Christos C. , pag 207 – 214 – Fissura Labio e Palato, 2001.

FREITAS, José Alberto de Souza; DALBEN, Gisele da Silva; FREITAS, Patrícia Zambonato; SANTAMARIA, Milton Jr. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. **Dental press Ortodontia e Ortopedia facial**. Maringá, v.9, n. 5, pg. 74, 2004.

GRAZIOS, Maria Aparecida de Oliveira e Costa; BOTTINO, Marco Antonio; SALGADO, Miguel Angel Castilho. Prevalência das anomalias labiais e/ou palatais, entre pacientes que freqüentaram o centro de tratamento das deformidades labiopalatais da faculdade de odontologia. **Revista brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, junho 2005.

HONDA, Vanna, Fissura Lábio Palatal, Odontologia, outubro 2010. Disponível: http://www.hploco.com/letra_d/dravanna/Fissura_Labio_Palatal.html (Acesso em : 20 outubro 2010).

KUDO, A.M. et al. (coord.) Ações integradas de fisioterapia, fonoaudiologia e ocupacional em pediatria. In: SANTOS, A.E. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. São Paulo: Sarvier, 1980. Cap. 32, p.309-368.

LAURENCE, R.A. Breast feeding the infant with a problem. In: FILHO, E.M.R. et al. Breast feeding a guide for the medical professional. Saint Louis: Mosby, 1980. p. 187-220. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000200015&lng=en&nrm=iso&tling=pt

MARQUES, Ivan haidamus Sodré – Lábio leporino. **Jornal do site Odonto**, São Paulo_V - N  74 - Outubro de 2003.

MENDES, Keila; Renata Reis; ASSUN O, Laís Francis Dutra; SANTOS, Marta Dias dos; OLIVEIRA, Viviane Pereira de. Amamenta o da Criança Portadora de Fissura Labio Palatina. 2009. 48 f. Monografia de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Univesidade do Rio Doce, Governador Valadares, 2009. Disponível: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Amamentacaodacriancaportadoradefissural biopalatina.pdf> (Acesso em: 23 outubro 2010).

NERY, Priscila. Lábio leporino e fenda palatina: causas e tratamento. Mãe e filhos, São Paulo, out. 2010. Disponível: <http://vilamulher.terra.com.br/labio-leporino-e-fenda-palatina-causas-e-tratamento-8-1-55-505.html> (Acesso em: 06 outubro 2010).

PACHI, Paulo Roberto. Aspectos Pediátricos. In: ALTMANN, Elisa Bento de Carvalho. coord. Fissuras labiopalatinas. São Paulo, Pró-fono, 1994. 551 p.

PARADISE, J.L.; MC WILLIAMS, B.J. Simplified felder for infants with cleft palate. *Pediatrics*, v. 53, n. 4, p. 566-568, 1974. ALTMANN EBC. Fissuras Lábiopalatinas. 4. ed. Carapic iba: Pr -Fono; 1997.

PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva: Fissuras labiopalatais: Diagnóstico e uma Filosofia interdisciplinar de Tratamento. 5  edic o. São Paulo: Livraria Editora Santos, 2008. P. 569 ; 570.

ROBINSON, Mirian Wanyce; BORGES Maria Regina. Genética para odontologia: Fissura lábio Palatina. 1  edic o. Porto Alegre. Editora Artmed. 2006. p.134

RODRIGUES, Marina Roncatto; COSTA, Marcia Ribeiro; NEVES, Lucimara Teixeira das. Fissura completa bilateral: características morfológicas. *Revista de Odontologia da UNESP*, pg. 68. Hospital de Reabilita o de Anomalias Craniofaciais Bauru-SP. 2005. Disponível: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v34n2a02.pdf> Acesso em: 23 outubro. 2010.

SANTOS, R. et al. O serviço social no processo de integra o social do fissurado lábio-palatal. **Rev.Bras.Reabil.**, v. 2, n. 5, p. 12, 1980.

SPINA, Ville, et al. Classifica o de Fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modifica o. **Rev Hospital Clinic. Fac M d.** São Paulo 1972; 27: 5-6.

THOMÉ, S. Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malforma es cong nita de lábio

e/ou de palato. Ribeirão Preto, 1990. 245p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

WATSON ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Santos; 2005.
ARARUNA RC, Vendruscolo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. **Rev Latino-Am Enferm**. 2000 abr; 8(2):99-105.

WAINTE, Peter D. ; WAINTE, Daniel E. **Revista Fissura de Lábio e palato**. p 202.

WYSZYNSKI D.F.: fissura lábiopalatina: da origem ao tratamento Oxford University Press, 2002. (MENDES, Livia Gabby Amstalden, LOPES, Vera Lúcia Gil da Silva, Fenda Lábio e ou Palato: Recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. 2006. Faculdade Estadual de Campinas, São Paulo). Disponível: <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v15n5a08.pdf>

ZICREFOOSE, M. Feeding problems of children with cleft palate. *Children*,v.4,p.225-228,1957. Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>