

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES FUNCIONAIS E EMOCIONAIS VIVENCIADAS PELOS PORTADORES DE FISSURAS ORAIS NÃO SINDRÔMICAS

MAIN FUNCTIONAL AND EMOTIONAL COMPLICATIONS EXPERIENCED BY PEOPLE WITH NON-SYNDROMIC ORAL CRACKS

KELVIN ALVES NAZARÉ¹, ISADORA ALVES DE OLIVEIRA¹, LETÍCIA COELHO DUARTE¹, LÍVIA FERNANDA DA SILVA VIEIRA¹, FILLIPE CÁSSIO SOUZA SILVA¹, ESTER LOUZADA FERNANDES¹, MARIA ELOÍSA DA SILVA ARAÚJO¹, LEONARDO ARAÚJO LOPES²

1. Acadêmico de Graduação em Biomedicina da Faculdade ÚNICA de Ipatinga M.G. 2. Professor Mestre, Docente da Faculdade ÚNICA de Ipatinga M.G.

* Rua ametista, 475, Iguaçú, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35162-018. leonardodearaujolopes@gmail.com

Recebido em 22/03/2021. Aceito para publicação em 07/05/2021

RESUMO

As fissuras orais são o resultado do desenvolvimento embrionário incorreto do lábio e/ou do palato. Nas fissuras mais comuns, classificadas como fissuras labiais (FL) o lado esquerdo e o direito do lábio não se juntam, ficando uma linha vertical aberta. Em casos mais raros, pode haver duas fissuras no palato, uma do lado direito e outra do lado esquerdo. As causas envolvem fatores genéticos e ambientais, sugerindo a origem multifatorial da malformação. As fissuras possuem alta prevalência em todo o mundo, apresentando uma média de 1:700 nascidos vivos, abordando todos os gêneros, variando de acordo com a localização geográfica e condições socioeconômicas. Este trabalho apresenta uma revisão bibliográfica sobre as causas e as dificuldades vivenciadas pelos portadores de fissuras orais desde o seu nascimento até o desenvolvimento social do indivíduo, além de descrever sobre sua classificação de acordo com a região atingida e os fatores genéticos e ambientais que contribuem para essa malformação.

PALAVRAS-CHAVE: Fissuras orais; Lábio; Palato.

ABSTRACT

Oral fissures are the result of incorrect embryonic development of the lip and / or palate. In the most common fissures, classified as lip clefts (FL), the left and right sides of the lip do not come together, leaving a vertical open line. In more rare cases, there may be two fissures on the palate, one on the right side and one on the left side. The causes involve genetic and environmental factors, suggesting the multifactorial origin of the malformation. Fissures are highly prevalent worldwide, changing an average of 1: 700 live births, covering all genders, varying according to geographic location and socioeconomic conditions. This work presents a bibliographic review on the causes and difficulties experienced by individuals with oral clefts from birth to the social development of the individual, in addition to describing their classification according to the affected region and the genetic and environmental factors that contribute to this malformation.

KEYWORDS: Oral fissures; Lip; Palate.

1. INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas/ labiais/ palatinas (FLP/FL/FP) não sindrômicas, isto é, não estão relacionadas a síndromes ou malformações secundárias, são conhecidas popularmente por “lábio leporino”¹. Possuem alta prevalência em todo o mundo, apresentando uma média de 1:700 nascidos vivos, abordando todos os gêneros, variando de acordo com a localização geográfica e condições socioeconômicas. No Brasil, essa prevalência varia entre 0,19 a 1.54:1.000 nascidos vivos².

O lábio leporino é decorrente de uma malformação congênita, resultante da ausência de fusão entre os lábios e/ou palatos devido a alterações no desenvolvimento facial embrionário, que ocorre entre a quarta e a décima segunda semana após a fecundação³. O diagnóstico ainda durante a gestação é essencial para o aconselhamento e planejamento pré-natal, obstétrico e neonatal. O exame de ultrassom permite a visualização do nariz e dos lábios a partir da 15ª semana de gestação, no entanto, só é possível diagnosticar a presença das fissuras entre a 28ª e 33ª semana de gestação. Através do diagnóstico precoce, é possível traçar uma linha de cuidados com ação da equipe multidisciplinar, impactando diretamente na aceitação familiar⁴.

Por se tratar de uma malformação congênita, a criança logo ao nascer enfrenta grandes dificuldades na rotina, sendo a alimentação a principal delas, resultando em uma série de complicações na saúde do recém-nascido, como anemia, pneumonia, desnutrição e infecções. Além do acompanhamento, é indicado aos portadores da fissura, a reabilitação integral e hospital especializado em anomalias craniofaciais com o intuito de promover total atenção aos portadores e minimizar riscos subsequentes⁵.

Além dos comprometimentos funcionais, a malformação implica na estética do rosto, podendo gerar transtornos emocionais/psicológicos tanto na mãe quanto na criança⁶.

O principal objetivo desse estudo foi ressaltar as

principais complicações funcionais, estéticas e emocionais que acometem os portadores da fissura do lábio e/ou palato não sindrômicas. Além de discorrer de forma objetiva sobre o processo de formação e fusão dos lábios e palatos, a importância do gene IRF6 e descrever sobre a classificação das fissuras labiais e/ou palatinas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida através de uma revisão bibliográfica. Foi feito um levantamento de dados através de artigos publicados na internet, na base de dados: *Scielo*, *Pubmed*, Ministério da Saúde, Google Acadêmico e livros de Embriologia, com a associação das seguintes palavras: "Fissuras Orais", "Fissuras Labiopalatinas", "Desenvolvimento Orofacial", com o intuito de explorar, conhecer e compreender ao máximo a formação das fissuras orais. Foi realizada uma leitura seletiva dos artigos de acordo com o interesse e relevância para o estudo. Em seguida ocorreu a interpretação, discussão e apresentação da revisão da literatura.

3. DESENVOLVIMENTO

Embriogênese da face

O desenvolvimento embrionário sofre logo nas primeiras semanas de vida intrauterina um processo chamado clivagem, onde ocorre a divisão do zigoto diversas vezes, se dobrando ventralmente. O desenvolvimento orofacial já é demarcado na clivagem, e ao decorrer desse processo, se formam os arcos faríngeos⁷.

Ainda na quarta semana, o primeiro par de arcos faríngeos formado é classificado como arco mandibular, originando as proeminências mandibulares. Essas proeminências são as primeiras a se fundirem e constituir a mandíbula, lábio inferior e as proeminências maxilares, dando origem ao maxilar e ao osso zigomático⁸.

Entre a sétima e a décima semana, uma aproximação entre as proeminências maxilares e as proeminências nasais fazem com que ambas as proeminências nasais cheguem até a linha média, unindo entre si e originando o palato primário. Este segmento intermaxilar por sua vez dará origem aos forames incisivos. Além do palato primário, é formado toda a estrutura da face média, sendo elas o lábio superior, a maxila, o nariz e o palato secundário, que é formado logo após a formação do palato primário⁷.

Esse desenvolvimento embrionário craniofacial é muito complexo e qualquer alteração no processo de divisão celular pode resultar nas fissuras labiais e/ou abertura nas fendas palatinas. As fusões são dependentes da presença de inúmeros genes, que atuam em cada processo embrionário em vários momentos. O desenvolvimento do lábio e palato também é marcado pela presença de genes, sendo eles TGFA, TGFB2, TGFB3, FOXE1, FGF, GLI2, JAG2, SATB2, LHX8, SKI, ERBB2, SPRY2, TBX10, MSX2, MSX1 e IRF6⁹.

O gene IRF6, denominado Fator Regulador de

Interferon-6 tem sido um dos principais genes apontados como essenciais para a formação do lábio e palato, e a perda de sua função é considerada o fator etiológico da síndrome de Van der Woude. O gene IRF6 é formado por nove éxons e pertence a uma família de nove fatores de transcrição, que compartilham um domínio de ligação ao DNA e um domínio de ligação a proteína na região Carboxil terminal chamado domínio de ligação ao fator regulador de interferon-Smad⁹.

Segundo Meira (2014)¹⁰, o gene IRF6 está localizado no cromossomo 1 e codifica 467 aminoácidos. Esse gene possui éxons não codificantes, sendo eles o éxons 1, 2 e parte do 9. Estudos demonstram que durante a formação do palato secundário, o gene é expresso continuamente e que mutações no IRF6 podem levar a uma desordem no desenvolvimento orofacial. As mutações podem levar a perda da proteína, sendo 80% das mutações nos éxons 3, 4, 7 e 9.

Classificação das fissuras orais

A classificação de Spina é a mais utilizada no Brasil, especialmente no hospital HRAC (Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/Centrinho), referência em reabilitação dos portadores das fissuras. Essa classificação tem como ponto de referência o forame incisivo para classificar e delimitar a área atingida¹¹. As fissuras podem ser clinicamente divididas em 4 grupos: fissuras pré-forame incisivo ou fissuras labiais (FL), fissuras pós-forame incisivo ou fissuras palatinas (FP), fissuras transforame incisivo ou fissuras labiopalatinas (FLP) e fissuras raras da face representadas no quadro 1.

Quadro 1. Classificação de Spina, modificada e adotada no HRAC/SP.

Pré-forame incisivo	Unilateral	Incompleta Completa
	Bilateral	Incompleta Completa
	Mediana	Incompleta Completa

Transforame incisivo	Unilateral Bilateral Mediana
Pós-forame incisivo	Incompleta Completa
Fissuras raras da face	Fissuras desvinculadas do palato primário e secundário

Fonte: Bacheга, 2002¹².

A fissura labial e/ou palatina tem alta prevalência em todo o mundo, afetando aproximadamente 1:700 nascidos vivos. Variando de acordo com a localização geográfica (africanos: 0,3:1.000; asiáticos: 2,1:1.000;

européus: 1,6:1.000; índios norte-americanos: 3,6:1.000), condições socioeconômicas e gêneros. No Brasil, essa prevalência de fissuras varia entre 0,19 a 1.54:1.000 nascidos vivos¹³.

Segundo Martelli (2012)¹⁴, as fissuras labiais com ou sem fenda palatina são mais frequentes em homens, já os casos isolados de fissuras palatinas são mais comuns em mulheres, considerando todos os grupos etiológicos e a condições socioeconômicas dos indivíduos.

A causa dessa malformação é multifatorial, ou seja, está relacionada com fatores ambientais associados à predisposição genética. Os principais agentes teratogênicos que podem afetar o feto/embrião são o uso de bebidas alcoólicas, drogas, tabagismo, medicamentos, além de níveis elevados de estresse, idade dos pais e até deficiência de ácido fólico. Os casos de malformação craniofaciais representam cerca de dois terços das anomalias¹⁵.

Existem duas teorias que explicam a causa das fendas; uma delas determina a falta de fusão dos processos faciais, e a outra considera a falta de penetração mesodérmica como a causadora no aparecimento da fenda. Já a hereditariedade é considerada um fator etiológico, representando somente 30% dos casos comprovados que se adequam nos modelos mendelianos de hereditariedade¹².

As fissuras à frente do pré-forame incisivo são procedentes do palato primário, envolvendo o lábio e a arcada dentária superior, podendo ser uni ou bilaterais; as fissuras do pós-forame incisivo, são oriundas do palato primário e secundário, já as fissuras que envolvem totalmente a maxila, abrangendo desde o lábio até a úvula, representam as fissuras transforame incisivo e têm origem embriológica vinculada simultaneamente ao palato primário e ao palato secundário¹⁶.

Comprometimentos funcionais

Os recém-nascidos com fissuras orais apresentam, além dos problemas estéticos, alguns distúrbios funcionais relacionados primariamente à alimentação e fonação¹⁷. No entanto, algumas complicações secundárias podem surgir, visto que aspectos funcionais, estéticos e sociais estão fortemente interligados. Do ponto de vista funcional podemos citar distúrbios respiratórios, infecções recorrentes e dificuldade de ganhar peso¹⁸.

O principal gatilho que tem sido apontado na literatura é a dificuldade na amamentação como desencadeante a uma série de complicações, como por exemplo, o baixo ganho de peso, infecções, anemia e o estresse materno. Este último por sua vez, pode conduzir à falta de vínculo afetivo entre mãe e o recém-nascido. Contudo, assim como qualquer outro paciente, o aleitamento materno é o ideal para o recém-nascido com essa malformação¹⁹.

Segundo Carraro (2011)⁸, a dificuldade em ganhar peso é um dos fatores que retardam o processo de correção cirúrgica, gerando ansiedade e sofrimento para a família. Na tentativa de aumentar o ganho calórico,

algumas mães adicionam açúcar no bico das mamadeiras. Como a higienização oral é dificultada nessa população devido à má formação da arcada dentária, a possibilidade de casos de carie é considerável.

No entanto, o aleitamento materno em bebês com fissuras labiopalatais é a melhor forma de estimular a musculatura da face, além de auxiliar na prevenção de infecções, considerando a alta frequência em que são expostos a intonações e procedimentos cirúrgicos. A partir daí, enfatiza-se a importância da presença de agentes antibacterianos no leite materno, uma vez que promovem a cicatrização pós-cirúrgica e reduzem a irritação da mucosa²⁰.

Na maior parte dos casos, as crianças que têm apenas a fissura labial, sem o comprometimento do palato, apresentam menores dificuldades alimentares, pois a integridade do palato auxilia para a manutenção da pressão intraoral negativa provocando uma sucção mais adequada¹⁹.

Desse modo, principalmente nos casos com fenda palatina, os recém-nascidos apresentam dificuldades em ganhar peso, devido principalmente a sucção fraca, dificuldade de pega, refluxo de leite pelas narinas, aspiração, pouco leite, infecções recorrentes, ingurgitamento mamário, trauma mamilar e maior gasto calórico durante as mamadas. Esses transtornos podem ser minimizados ou contornados com o posicionamento adequado do bebê, deixando-o mais ereto possível, evitando riscos de aspiração e o escape do leite pelo nariz. Além disso, a postura correta também evita que o leite penetre na tuba auditiva, impedindo o aumento das otites⁸.

Estudos de Moraes (2011)²¹, enfatizaram sobre a alta incidência de otites em pacientes com lábio leporino, o que está diretamente ligado a alterações no desenvolvimento cognitivo, da fala, da linguagem e sensorial. Algumas crianças com lábio leporino também apresentam limiares de fusão auditiva consideravelmente maior que em crianças sem a malformação.

Quanto às alterações no desenvolvimento da fala, elas ocorrem principalmente decorrentes da falha de comunicação entre as cavidades oral e nasal, e estão diretamente relacionadas ao comportamento social do indivíduo. As alterações mais comuns na fala são geralmente decorrentes do escape de ar nasal, como hipernasalidade e fraca pressão intraoral. Alguns déficits ainda na infância podem comprometer a precisão da fala e a extensão do vocabulário da criança. Quando esses eventos não são tratados afim de minimizá-los já na fase inicial, podem haver comprometimentos das atividades profissionais do indivíduo quando adulto, ocasionando na perda da qualidade de vida do mesmo²².

Comprometimento estético e psicológico

Os prejuízos estéticos causados pelas fissuras orais são complexos e podem levar a distúrbios psicossociais expressivos. O estresse é vivenciado precocemente nestes pacientes, devido ao elevado número de

internações e procedimentos cirúrgicos que são submetidos²³.

A aparência inicial de qualquer fenda, por menor que seja, é um choque para toda a família. Este choque pode evocar sentimento de culpa e preocupação com o futuro, e nesta fase é muito importante a acessibilidade a um suporte psicológico para o enfrentamento da ansiedade e o estresse decorrente dessa situação²⁴.

A maneira como os pais descobrem a fenda labial e/ou palatina é um dos muitos fatores que podem ter um impacto na aproximação dos pais a criança. A fissura pode ser identificada por um profissional apenas após o nascimento, ou em outros casos ela será diagnosticada ainda no período pré-natal. Desta forma, após o diagnóstico preciso, os pais devem receber orientações iniciais sobre os cuidados subsequentes²⁵.

Em decorrência da hipervalorização dos padrões estéticos na sociedade, a insatisfação com a aparência por parte dos pacientes portadores dessas anomalias produz um comportamento retraído²⁶. Além disto, experiências estigmatizantes são relatadas por adolescentes, especialmente no ambiente escolar, por meio de comentários abusivos e críticas. Isso certamente dificulta a integração do indivíduo ao convívio social e consequentemente influencia em seu rendimento escolar²³.

Como consequência desse processo, quanto mais severo for o desfiguramento de uma pessoa, mais difícil será seu ajuste psicossocial. Entretanto, a literatura recente tem desafiado essa suposição e demonstrado uma melhoria no gráfico de desenvolvimento social de pacientes acometidos com fissura de lábio e/ou palato²⁷. Esta melhoria não serve de subsídio para afirmações demasiadamente otimistas, pois este quadro ainda é preocupante. A rede limitada de amigos e a dificuldade de integração social tem sua relação com risco aumentado de suicídio²⁸.

Quando o tratamento é feito de forma precoce, a intensidade em que a criança enfrenta o preconceito da sociedade é consideravelmente menor, devido o processo de intervenção cirúrgica proporcionar um figuramento e a aparência não estar muito comprometida. Em contrapartida, quando o tratamento é tardio aumentam-se as probabilidades da criança se tornar alvo de estigmas²⁹.

4. CONCLUSÃO

Desde o nascimento, o portador de fissuras orais enfrenta diversas situações de prejuízo em suas atividades essenciais, necessitando de cuidados específicos para sua reabilitação. O conhecimento prévio destas complicações permite um planejamento individualizado e norteia para uma minimização destes efeitos em cadeia.

A reabilitação do paciente portador de fissuras orais é um processo complexo e lento, e o sucesso do tratamento está intimamente relacionada à introdução precoce do tratamento e a aceitação familiar. Preferencialmente, os Hospitais e Centros de Pesquisa considerados referência no assunto constituem uma boa

opção na realização dos procedimentos cirúrgicos e acompanhamento psicológico. A composição de uma equipe multidisciplinar se justifica pela necessidade de se assistir o portador e sua família integralmente, na tentativa de promover qualidade de vida e inserção do mesmo na sociedade. Grupos de apoio para os pais promovem um fortalecimento afetivo entre os envolvidos, além da troca de experiências servir como um suporte para os cuidados necessários com a criança.

Desta forma, a preparação e o planejamento antecedem uma boa qualidade de vida para o paciente e sua família, sendo indispensável que o profissional responsável saiba orientar a família e os demais envolvidos no manejo com a criança e sua socialização.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Martelli DRB, Machado RA, Swerts MSO, *et al.* Fissuras lábio palatinas não sindrômicas: relação entre o sexo e a extensão clínica. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012; 78(5):116-120.
- [2] Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, *et al.* Fissura labiopalatina: sintetizando influências genéticas e ambientais. *Nat Rev Genet.* 2011; 12(3):167-178.
- [3] Figueiredo IMB, Bezerra AL, Marques ACL, *et al.* Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. *Rev Brasileira em Promoção da Saúde.* 2004; 17(3):154-160.
- [4] Mazzetti MPV, Kobata CT, Brock RS. Diagnóstico ultrassonográfico pré-natal da fissura lábio-palatal; *Arquivos Catarinenses de Medicina.* 2009. 38(1):130-132.
- [5] Lisboa PK, Rocha VP, Pini R. Assistência de enfermagem ao paciente com fissura lábio-palatal. 2011. [Acesso em 02 de fev. de 2021] Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5507137/mod_resource/content/1/Paciente%20fissurado%20-%20revisao%20de%20literatura.pdf
- [6] De França CMC. Incidência das fissuras lábio-palatinas de crianças nascidas na cidade de Joinville (SC) no período de 1994 a 2000. [dissertação]. Florianópolis. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.
- [7] Sperber GH, Sperber SM, Guttman GD, *et al.* Craniofacial embryogenetics and development. *People's Medical Publishing House-USA.* 2010; 48(1):250.
- [8] Carraro DF, Dornelles CTL, Collares MVM. Fissuras labiopalatinas e nutrição. *Revista HCPA.* 2011; 31(4):456-463.
- [9] Palone MRT, Silva TR, Vargas VPS, *et al.* A relação do gene IRF6 com a ocorrência de fissura labiopalatina. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba.* 2015; 17(2):107-108.
- [10] Meira, Joana Goes Castro; Estudo clínico e molecular em pacientes com fissuras orais para avaliação do efeito fenotípico de variantes do gene IRF6 e estimativa da contribuição genética nas fissuras palatinas. [dissertação] Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo. 2014.
- [11] Martelli DRB, Cruz KW, Barros LM, *et al.* Avaliação da idade materna, paterna, ordem de paridade e intervalo interpartal para fissura lábio-palatina. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.* 2010; 76(1):107-12.
- [12] Bachega MI. Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal. [Tese] Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. 2002.

- [13] Júnior EA, Filho HAG, Pires CR, *et al.* Fendas fetais labiais e palatinas detectadas pela ultra-sonografia tridimensional. *Rev. Imagem.* 2005; 27(4):263-268.
- [14] Martelli DRB, Machado RA, Swerts MSO, *et al.* Fissuras lábio palatinas não sindrômicas: relação entre o sexo e a extensão clínica. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012; 78(5):116-120.
- [15] Pessoa EAM, Braune A, Casado PL, *et al.* Enxertos ósseos alveolares na fissura labiopalatina; protocolos atuais e perspectivas futuras. *Rev. Odonto. Univ. Cid. São. Paulo.* 2015; 27(1):49-55.
- [16] Souza, LT. Estudo da associação do polimorfismo TGFA-TAQ I e Fatores ambientais nas fissuras orais não sindrômicas; Estudo da associação do polimorfismo TGFA-TAQ I e Fatores ambientais nas fissuras orais não sindrômicas. [dissertação] Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. 2010.
- [17] Costa VCR, Silva RC, Oliveira IF, *et al.* Aspectos etiológicos e clínicos das fissuras labiopalatinas. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília.* 2018; 7(2):258-268.
- [18] Neto JLT, Souza CM, Katakura EALB, *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre amamentação de recém-nascidos com fissura labiopalatina; *Rev Rene.* 2015; 16(1):21-8.
- [19] Monlleó IL, Mendes LGA, Lopes VLGS. Secretaria da Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Manual de cuidados básicos aos portadores de fissuras labiopalatinas. São Paulo. 2012. [Acesso em 10 de maio de 2021]. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11256/1/2015_art_jltoledoneto.pdf
- [20] Reilly S, Reid J, Skeat J, *et al.* Diretrizes para lactentes com fissura labial, fissura palatina ou fissura labial e palatina. *Revised ABM Protocol.* 2013; 4(1):61-74.
- [21] Moraes TFD, Salvador KK, Cruz MS, *et al.* Processamento auditivo em crianças com fissura labiopalatina com e sem história de otite. *Arq. Int. Otorrinolaringol. Intl. Arch. Otorhinolaryngol.* São Paulo – Brasil. 2011; 15(4):431-436.
- [22] Sausanavicius MCA, Cardoso V M, Manicardi F T, *et al.* Telefoaudiologia na fissura labiopalatina: integração de serviço de alta complexidade e clínica-escola. 8º Congresso de Extensão Universitária da UNESP, 2015. [Acesso em 10 de maio de 2021]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/142537/ISSN2176-9761-2015-01-06-sausanavicius.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [23] Lewis CW, Jacob LS, Lehmann CU. The Primary Care Pediatrician and the Care of Children With Cleft Lip and/or Cleft Palate. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics.* 2017; 139(5):2-14.
- [24] Earley M; Murphy E; Sweeney T, *et al.* The Management of Cleft Lip & Palate at The Children's University Hospital, Temple Street. Dublin. 2007. [Acesso em 08 de fev. de 2021]. Disponível em: http://www.cleft.ie/wp-content/uploads/2007/03/cleft_booklet11.pdf.
- [25] Hodgkinson PD, Brown S, Duncan D, *et al.* Management of children with cleft lip and palate: a review describing the application of multidisciplinary team working in this condition based upon the experiences of a regional cleft lip and palate centre in the united kingdom. *Fetal and Maternal Medicine Review.* 2005; 16(1):1–27.
- [26] Deodato-Virgínia. Amamentação - o melhor início para a vida. São Paulo. Editora Metha. 2005.
- [27] Hodgkinson PD, Brown S, Duncan D, *et al.* Management of children with cleft lip and palate: a review describing the application of multidisciplinary team working in this condition based upon the experiences of a regional cleft lip and palate centre in the United Kingdom. Cambridge University Press. 2005. 16(1):1-27.
- [28] Wehbi GL, Tyler MC, Lindgren S, *et al.* Oral Clefts and Behavioral Health of Young Children. *Oral diseases.* 2011; 18(1):74-84.
- [29] Figueiredo MC, Pinto NF, Fabricio FK, *et al.* Pacientes com fissura labiopalatina- acompanhamento de casos clínicos. *Conscientizai Saúde, Porto Alegre.* 2010; 9(2):300-308.