

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIELLA RIBEIRO DURAN

FISSURAS LÁBIO-PALATINAS NA INFÂNCIA: CONDIÇÃO BUCAL,
ANOMALIAS DENTÁRIAS E PROTOCOLOS DE TRATAMENTO

CURITIBA

2019

MARIELLA RIBEIRO DURAN

FISSURAS LÁBIO-PALATINAS NA INFÂNCIA: CONDIÇÃO BUCAL,
ANOMALIAS DENTÁRIAS E PROTOCOLOS DE TRATAMENTO

Monografia apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em Odontopediatria no
programa de pós-graduação do setor de ciências da saúde
da Universidade Federal do Paraná

Orientador: Prof. Dra. Juliana Feltrin de Souza

Co-orientadora: Profa. Dra. Dicler Barbieri Sant'ana

CURITIBA

2019

DEDICATÓRIA

Queridos pais, eu dedico este título a vocês. Obrigada pelo incentivo e por acreditarem em mim. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, bênção e proteção. Aos professores Dicler Barbieri, Fabian Calixtro Fraiz, José Vitor Nogara Borges de Menezes, Juliana Feltrin de Souza e Luciana Reichert Assunção Zanon pela orientação, apoio, incentivos, confiança e principalmente pelo carinho. As colegas de turma, pela amizade e companheirismo. Aos meus pais, pelo incentivo e amor incondicional.

RESUMO

O objetivo desse estudo foi revisar a literatura quanto às condições bucais, hábitos de alimentação e tratamentos das FLP na infância enfatizando a importância do Cirurgião-Dentista e Odontopediatra no tratamento de pacientes afetados por essa anomalia, em diversas áreas da Odontologia. Os termos utilizados na estratégia de busca da literatura incluíram as áreas do diagnóstico das fissuras, aleitamento e saúde oral de pacientes com fissuras, achados odontológicos relacionados às fissuras lábio-palatinas, cirurgias corretivas e profissionais responsáveis pelo acompanhamento do indivíduo. A literatura revisada apontou que as crianças com fissura apresentam maior prevalência de cárie e doença periodontal, dependendo do tipo da fissura as condições anatômicas podem dificultar a higiene oral do paciente piorando o quadro na região afetada. A adequação da saúde bucal é de extrema importância para realização das cirurgias reparadoras para minimizar o risco potencial de contaminação. Concluiu-se que os pacientes com FLP apresentam maior risco de alterações bucais e doenças bucais. Assim, o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre FLP é essencial para promover as melhores abordagens terapêuticas nos pacientes com FLP, pois estão presentes desde o nascimento orientando a família sobre os cuidados orais, dieta e higiene, atendendo as necessidades individuais de cada caso.

Palavras-chave: fissuras lábio-palatinas, fenda labial, fenda palatina, anormalidades congênitas, reabilitação.

ABSTRACT

The objective of this monograph is to review the literature on patients with cleft lip and palate, their oral conditions, eating habits and treatment of clefts and to emphasize the importance of the Dentist and Pediatric Dentist in the treatment of patients affected by this anomaly, in several areas of dentistry. The results found in the literature were the diagnosis of clefts, breastfeeding and oral health of affected patients, dental findings related to cleft palate, corrective surgery and the less effective monitoring of the individual. The reviewed literature showed that children with higher frequency of caries and periodontal disease, depending on the type of cleft as affected by the disease than the patient's oral anatomy, worsened the condition in the affected region. The adequacy of oral health is of utmost importance for repair surgery to minimize the potential risk of contamination. Health professionals are responsible for treating patients with cleft lip and palate because they are present from the birth of a disease on care, diet and hygiene, meeting the individual needs of each case. It is recommended to develop a patient care manual for dental professionals so that patients receive guidance and treatment are no longer in the dispensed care centers and are also consulted regarding medical care.

Keywords: cleft palate, cleft lip, cleft palate, congenital abnormalities, rehabilitation.

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Revisão de literatura	
2.1 Condições bucais e anomalias dentárias relacionadas a FLP	11
2.2 Alimentação de crianças com FLP	13
2.3 Atenção multidisciplinar ao paciente com FLP	14
3. Discussão.....	15
4. Conclusão	16
5. Referências	17

INTRODUÇÃO

As fissuras lábio-palatinas (FLP) são deformidades faciais congênitas decorrentes de uma alteração na fusão dos processos nasais medianos e maxilares, devido a interrupção, total ou parcial, na continuidade dos tecidos do lábio e/ou palato. Manifestam-se isoladamente ou associadas a outros defeitos congênitos, existem cerca de 300 síndromes das quais FLP são uma das suas características (Mendes et al. 2011). No Brasil, as FLP acometem cerca de um indivíduo a cada 650 nascimentos e assumem importância por dois aspectos: a alta prevalência, representando uma das mais frequentes deformidades craniofacial, sendo responsável por 25% de todos os defeitos congênitos, e a complexidade e diversidade de comprometimentos que acarreta no indivíduo (Monlléo et al. 2006).

As etiologias envolvidas no surgimento das FLP podem ser divididas em fatores genéticos e fatores ambientais; Os principais fatores ambientais associados com FLP são a carência nutricional, as doenças infecciosas, o uso de drogas, medicamentos e tabaco, e as radiações ionizantes (Cunha, 2004; Mossey, 2009). A idade avançada dos pais, os distúrbios psicológicos e o diabetes materno também contribuem para o surgimento das FLP (Troviscal, 2002). Segundo Otto (2004), as FLP podem estar associados à falta de ingestão de vitaminas A e E, ao uso de cortisona e acetilcolina, além da carência de oxigenação intrauterina por alterações da pressão amniótica. A causa das FLP não sindrômicas não segue um padrão simples mendeliano de herança porém, polimorfismos genéticos estão associados às FLP (Neville et al. 2009).

A literatura propõe muitos métodos de classificação (Figura 1 e 2), no Brasil a classificação mais adotada é a de Spina et al (1972) que, segundo o desenvolvimento embrionário, define as fissuras de acordo com sua extensão tendo como referência o forame incisivo (Rodrigues et al, 2005; Baptista, 2007). Essa classificação é esquematizada na Figura 1 (A - Fissura Labial Esquerda Pré-forame Incompleta; B - Fissura Labial Bilateral Pré-forame Incompleta, C - Fissura Labial Esquerda Pré-forame Completa, D - Fissura Labial Bilateral Pré-forame Completa, E - Fissura Labial Esquerda Transforame Completa, F - Fissura Labial Bilateral Transforame Completa, G - Fissura Palatina Pós-forame Completa, H - Fissura Palatina Pós-forame Incompleta).

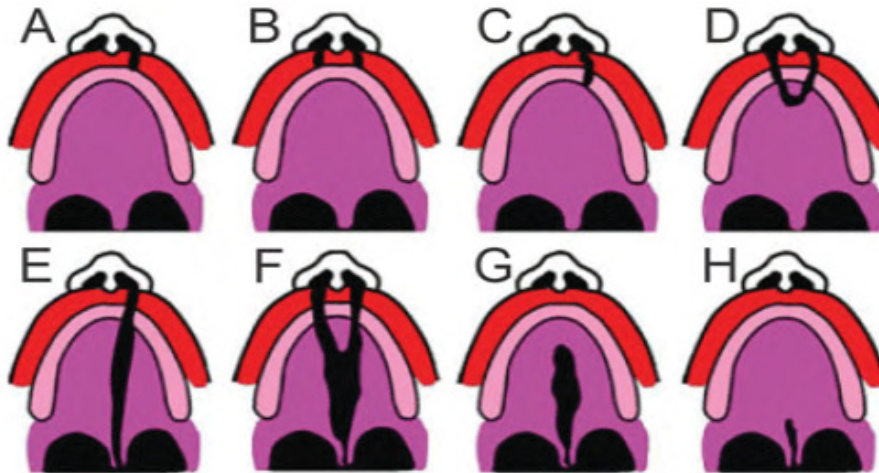


Figura 1 – Classificação anatômica de Spina, 1972
<http://ctmc.lusiada.br/malformacoescraniofaciais>.

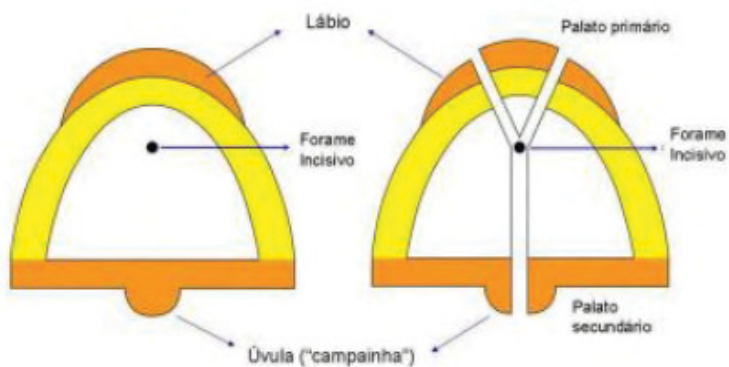


Figura 1 – Representação das estruturas faciais. Fonte: Fissuras labiopalatinas: Uma abordagem interdisciplinar (Trindade, 2007).

O protocolo de tratamento das fissuras consiste na realização de queiloplastias, cirurgia para correção labial, nos primeiros meses de vida e os indivíduos são avaliados aos 6 anos quanto à necessidade de cirurgias secundárias (Almeida et al., 2005).

A etapa cirúrgica além de restaurar a anatomia, reabilita a funcionalidade e a estética da área que foi acometida pela deformidade. A escolha da técnica utilizada para o fechamento das fissuras varia de acordo com o cirurgião, com a complexidade da fissura e o estado geral do paciente. (Buzzo, 2010).

Em território nacional é adotado o seguinte protocolo: queiloplastias devem ser realizadas entre três e seis meses de idade e a palatoplastia entre 12 e 18 meses. Esta cronologia foi adotada no Programa do Hospital Universitário Júlio Müller (Valente

et al. 2013). As cirurgias reparadoras precoces além de reestabelecer o palato, promovem adequada função velofaríngea, que influencia na produção da fala e melhora audição e deglutição. A fala e a audição podem ter melhora com o fechamento da FL (Di Ninno et al. 2012).

Enxerto ósseo na área da fissura é realizado nos casos em que a fissura envolve o rebordo alveolar, o enxerto restaura a região da fissura, e permite que dentes adjacentes irrompam de maneira espontânea ou que eles sejam reposicionados ortodonticamente na área do enxerto. A saúde gengival pré-operatória é um dos fatores determinantes para o sucesso do enxerto (Samman et al., 1993,1994; Wong e King, 1998).

O tratamento de pacientes com FLP deve ser instituído logo após o nascimento, visando um tratamento global na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial destes pacientes. A equipe de enfermagem é a primeira a fornecer informações relacionadas aos cuidados de higiene e alimentação que a criança fissurada deve receber (Araruna et al. 2000; Mendes et al. 2006).

Tal anomalia gera grande impacto na saúde e na integração social do indivíduo acometido, pois proporciona alterações na fala, deglutição, audição, estética, entre outras (Monlléo et al. 2006). Diversos problemas odontológicos podem surgir, como anomalias dentárias, cronologia eruptiva, implantação dentária e má oclusão, acarretando dificuldades na higienização, como consequência predisposição a cáries e doenças periodontais. O tratamento de pacientes fissurados é complexo e o indivíduo deve receber acompanhamento multidisciplinar e holístico durante período indeterminado visando reabilitação funcional, estética e social do paciente. Assim, o conhecimento dos profissionais de odontologia sobre FLP é essencial para promover as melhores abordagens terapêuticas nos pacientes com FLP.

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Condições bucais e anomalias dentárias relacionadas às FLP

Notou-se que os familiares das crianças com FLP estão mais focados na reparação cirúrgica, deixando de lado a importância da saúde dental para o sucesso do tratamento cirúrgico, fonoaudiológico e ortodôntico (Bryan et al. 2001). Quanto aos hábitos de higiene bucal, Neves et al. (2002) investigaram em estudo epidemiológico as práticas de higiene bucal realizada por cuidadores de crianças com FLP de 7 a 66 meses de idade, 40% dos pais que afirmaram realizar a higiene bucal em seus filhos relataram dificuldade ou receio em realizar tal procedimento, justificada pela presença da fissura ou da cicatriz cirúrgica, ou ainda pelas alterações anatômicas locais.

O estudo de Teja et al. (1992) sugere que indivíduos com FLP apresentem maior susceptibilidade em desenvolver doença periodontal, especialmente nos dentes adjacentes a fissura. Isto possivelmente está relacionado a fatores como suporte ósseo reduzido, e as condições anatômicas que dificultam a higiene bucal adequada, prolongado tratamento ortodôntico e reabilitações protéticas. Em 2005, Fernandes et al. mostraram que anomalias dentárias de número, alterações na erupção, forma e implantação dentária e maloclusão continuam sendo fatores que dificultam a higienização, deixando a criança mais suscetível às doenças cárie e periodontais.

Vários estudos apontam que as inflamações gengivais estão diretamente relacionadas à má higienização e que pacientes com fendas de lábio, palato e alvéolo dentário têm alta incidência de formação de placa e cálculo dental. Na odontologia, além de realizar o preparo inicial dos pacientes a periodontia é responsável por devolver a saúde oral, uma vez que este é um pré-requisito para conseguir boa função e estética, garantindo assim o sucesso do tratamento restaurador (Newman et al., 2007).

Em relação à doença cárie, em um recente estudo os autores sugeriram que os indivíduos com fissura têm uma maior prevalência de cárie do que os indivíduos não afetados por essa anomalia. Dentro da pesquisa são indicados fatores que podem modificar o risco a doença cárie: status socioeconômico, localização geográfica, idade/dentição, gênero, tipo de fissura, síndromes, tratamento ortodôntico e acesso ao flúor (Worth et al. 2017). O tipo de fissura pode influenciar a saúde bucal e algumas evidências mostraram que crianças com fissuras não tão graves (como a fissura labial

isolada) tiveram uma experiência de cárie menor do que aqueles com tipos mais graves de fissura. Os estudos relatados que envolvem crianças com fissura mostram associação com a experiência de cárie, mas não foi possível tirar conclusões sobre o risco associado à fissura (Worth et al. 2017).

Com relação a doença cárie, um estudo brasileiro com uma amostra de 255 crianças atendidas no Ambulatório de Prótese Buco Maxilo Facial da FOU SP, apresentaram que as crianças com fissuras, na faixa etária entre 6 e 72 meses, não apresentaram um alto índice de cárie dentária; não houve associação entre a prevalência de cárie e o tipo de fissura nem entre os gêneros; e que a prevalência e a gravidade da doença cárie progredem com o aumento da idade (Moura et al., 2014). O estudo mostra a importância da assistência multidisciplinar dessas crianças com a orientação quanto aos hábitos dietéticos e de higiene.

Com finalidade de avaliar a prevalência de anomalias dentárias em dentição decídua e permanente em crianças com FLP, a pesquisa realizada por Camporesi et al. (2010), avaliou 296 pacientes de 12 a 30 anos, revelou presença de dentes supranumerários, anomalias de tamanho, formato e esmalte em permanentes, além de ausências de incisivos laterais e pré-molares nessa população. As anomalias dentárias ocorreram predominantemente na região da fissura, sugerindo que o transtorno causado pela fenda tem efeito local e não geral na dentição.

Outros estudos apontam que indivíduos com FLP apresentam com maior frequência alterações como atresia maxilar, mal posicionamento dentário, hipodontia, anomalias dentárias de forma (sendo o incisivo lateral superior o dente mais afetado) e também alterações mucogengivais (Gaggl et al., 1999; Costa et al., 2003; Almeida et al., 2006). Alterações mucogengivais inerentes à área da fissura são representadas pela reduzida profundidade de vestibulo (que pode ser piorada pelas várias cirurgias plásticas a que são submetidos os indivíduos), reduzida altura óssea marginal, estreita faixa de mucosa queratinizada e frequente recessão gengival nos dentes adjacentes à fissura (Almeida et al. 2005).

A adequação da saúde oral é pré-requisito para a realização de qualquer procedimento cirúrgico, pelo risco potencial de contaminação da ferida cirúrgica pela microbiota presente na boca. Se houver presença de lesões cariosas, o tratamento das mesmas deve ser realizado prévio a qualquer cirurgia reparadora. Compete ao odontopediatra, diagnosticar as alterações de oclusão e encaminhar o paciente ao tratamento ortodôntico em época oportuna (Carrara et al. 2013).

2.2 Alimentação de crianças com FLP

A alimentação de um bebê com fissura lábiopalatina é muitas vezes difícil, principalmente quando a família ainda não recebeu orientações sobre a má formação, as primeiras preocupações familiares relacionadas ao cuidado da criança incluem a sobrevivência, sua alimentação/nutrição e a deformidade estrutural. Os problemas iniciais mais comuns são sucção inadequada por falta de pressão intra-oral; tempo de mamada prolongada e regurgitação (Araruna, et al. 2000).

É unânime entre vários autores (Laurence, 1980; Bachega et al., 1983; Thomé, 1990; Speri, 1996; Altmann et al., 1997) a insegurança que os primeiros cuidados com o recém-nascido trazem para a mãe, especialmente referindo-se ao aleitamento. Os autores (Laurence, 1980; Bachega et al., 1983; Thomé, 1990; Speri, 1996; Altmann et al., 1997) também afirmam que alimentar um bebê com FLP se torna uma missão estressante e difícil, para mãe e filho. A técnica de alimentação de crianças com fissuras lábiopalatinas vai variar de acordo com a complexidade das fissuras. O aleitamento natural é possível e embora seja um meio mais trabalhoso é importante para manter o equilíbrio emocional entre mãe e filho, além de ser altamente recomendadas pelo seu valor nutricional, qualidade antibacteriana e auxiliar na prevenção de infecções como a do ouvido médio, comum em crianças com essa malformação (Bachega et al. 1983).

Quando é necessário fazer o aleitamento via mamadeira, alguns cuidados devem ser tomados para escolher um bico adequado em comprimento, flexibilidade, tamanho do orifício e posicionamento na cavidade oral. O uso de um bico inadequado pode resultar na inversão dos lábios do bebê, causando enfraquecimento muscular, prejudicando o desenvolvimento da face e posteriormente dos dentes. Durante o aleitamento é aconselhável que a posição do bebê seja a mais ereta possível para que o ar deglutido possa ser expelido, essa postura também evita que o leite entre na tuba auditiva prevenindo otites. A alimentação via sonda é restrita aos prematuros com anoxia perinatal e dificuldades de sucção, problemas neurológicos e síndromes associadas (Carraro et al. 2011). No pós-operatório de palato, a utilização da colher é considerada a melhor técnica para alimentar a criança recém-operada, segundo o estudo de Trettene, Mondini e Marques (2013), pois o escape de alimento pela comissura labial é menos frequente.

2.3 Atenção multidisciplinar ao paciente com FLP

Em geral, as fissuras causam comprometimento na fala, deglutição e, em alguns casos, otites médias recorrentes (Figueiredo et al., 2008; Coutinho et al., 2009). Destaca-se então, a importância do fonoaudiólogo e do otorrinolaringologista no tratamento de tais alterações.

Na maioria dos casos, as queiloplastias e outras correções cirúrgicas são realizadas por uma equipe composta por cirurgião plástico, cirurgião-dentista especialista em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e otorrinolaringologista, segundo a PORTARIA 62 SAS/MS (Brasil, 1994). Após a realização das cirurgias de lábio, palato e faringoplastia, a reabilitação fisioterápica deve acontecer para que haja uma melhora na capacidade respiratória dos pacientes (Manzano et al., 2005).

O cirurgião-dentista é um profissional que apresenta grande importância no tratamento de pacientes com fissuras labiopalatinas, além de participar das cirurgias corretivas, compete a ele a orientação básica dos cuidados bucais e condutas preventivas da cárie dentária e também com a orientação da ocorrência de possíveis anomalias dentárias, conforme o tipo de fissura.

A odontopediatria é responsável por realizar a documentação por meio de moldagem dos arcos dentários nas fases pré e pós-cirúrgicas, além de diagnosticar alterações oclusais e encaminhar o paciente ao tratamento ortodôntico e cirúrgico em época oportuna. A adequada condição de saúde bucal é pré-requisito para a realização de qualquer cirurgia-plástica, pelo risco potencial de contaminação da ferida cirúrgica pela microbiota bucal. Na presença de lesões de cárie, o tratamento da mesma deve ser realizado prévio à qualquer cirurgia reparadora. Cabe ainda ao odontopediatra, diagnosticar as alterações oclusais e encaminhar o paciente ao tratamento ortodôntico em época oportuna (Carrara et al. 2013).

Portanto, para que haja sucesso no tratamento reabilitador, é indiscutível a necessidade de intervenção de uma equipe multiprofissional, atuando na reabilitação funcional, estética e social, e ainda, na preservação de fissuras labiopalatinas (Carvalho et al. 2008).

DISCUSSÃO

O tratamento de pacientes com FLP é complexo e deve ser realizado desde o nascimento, a equipe de acompanhamento é composta por assistentes sociais, geneticistas, pediatras, cirurgiões plásticos, fonoaudiólogos, cirurgiões dentistas, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas. Dentro da Odontologia diversas áreas atuam no tratamento desses pacientes, tais como Cirurgia Bucomaxilofacial, Endodontia, Odontopediatria, Ortodontia e Prótese. Cada profissional desempenha um papel muito importante em cada etapa do desenvolvimento da criança (Mendes et al. 2006).

No Brasil ainda são poucas as instituições que propiciam cuidados específicos para indivíduos com alterações faciais , e isso poderia resultar na falta de acompanhamento destes pacientes pela distância que devem percorrer até o centro mais próximo (Baroneza et al, em 2005).

Estudos recentes mostram que os indivíduos com FLP apresentam maior prevalência de cárie comparados a indivíduos não afetados por essa deformidade (Worth et al. 2017). Fatores e condições locais relacionadas às FLP como as condições anatômicas da fissura, o uso de prótese/dispositivos ortodônticos, receio das famílias durante a execução da higiene bucal, dificultam a higiene bucal deixando o paciente suscetível a desenvolver doença periodontal e lesões de cárie. As alterações orais afetam predominantemente a região da fissura e dentes adjacentes, tendo transtorno local e não geral na dentição (Almeida et al. 2005). O controle das doenças bucais é pré-requisito para a realização de qualquer procedimento cirúrgico pelo risco potencial de contaminação da ferida cirúrgica pela microbiota presente na boca (Carrara et al. 2013).

Muitas vezes o Odontopediatra é o primeiro profissional da Odontologia a ter contato com a criança que apresenta fissura lábio-palatina, cabe a ele atuar junto à equipe multidisciplinar no cuidado relacionado à saúde bucal, orientações e esclarecimento sobre as práticas de cuidado para o núcleo familiar. Suas responsabilidades são: observar problemas do sistema estomatognático, adequar o meio oral para realização da etapa cirúrgica, promover saúde bucal por meio de estratégias de prevenção com o núcleo familiar, incentivando a higiene e rotina de cuidados orais, diagnosticar as alterações de oclusão e encaminhar o paciente ao tratamento ortodôntico em época oportuna (Carrara et al. 2013).

CONCLUSÃO

A odontologia acompanha a criança com fissura lábio-palatina desde seu nascimento com papel fundamental na orientação familiar dos cuidados relacionados à saúde oral, condutas preventivas da cárie dentária, aleitamento, plano de tratamento e realização de cirurgias corretivas. As FLP estão associadas a maior frequência de anomalias dentárias, como anomalias de número, alterações na erupção, forma, implantação dentária e má oclusão. Todas essas alterações orais dificultam a higienização e predis põe os pacientes a doenças cárie e periodontal.

O atendimento de pacientes afetados por essa deformidade deve ser individualizado e atender as necessidades de acordo com a classificação da fissura, a atenção dos profissionais da odontologia deve ser voltada não só para o tratamento restaurador e curativo, mas também para orientação da higienização da cavidade bucal, que muitas vezes é negligenciada em meio à outras dificuldades da família no tratamento do um indivíduo afetado.

REFERÊNCIAS

1. AMSTALDEN-MENDES LÍVIA G, Xavier Ana Carolina, Antunes Denise K, Ferreira Ana Carolina R. G, Tonocchi Rita, Fett-Conte Agnes C et al. **Estudo multicêntrico da época do diagnóstico de fendas orais.** *J. Pediatr. (Rio J.)*
2. BACHEGA, M.I. et. al. **Manual de instrução alimentar para crianças portadora de fissura labio-palatal.** Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais/Universidade de São Paulo, 1983.
3. BARONEZA JE et al. **Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná.** *Acta Scientiarum Health Sciences*, 2005; 27(1): 31-5
4. BATISTA LRV, TRICHES TC, MOREIRA EAM. **Desenvolvimento bucal e aleitamento materno em crianças com fissura labiopalatal.** *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(4):674-9.
5. BERBERIAN AP, TONOCCHI R, SOUZA D, MOLETA F, CORREIA LAGOS HN, ZANATA IL. **Fissuras orofaciais: aspectos relacionados ao diagnóstico.** *Distúrbios Comun.* 2012 Abr; 24(1): 11-20.
6. BUZZO CL. **Tratamento cirúrgico da fissura labial pela técnica de Göteborg: seguimento de 7 anos.** *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):251-9
7. CARRARO DF et al. **Fissuras labiopalatinas e nutrição.** *Revista HCPA.* Porto Alegre, 2011; 31(4): 456-463.
8. CARRARO, Deborah F., Cristina Toscani Leal Dornelles, and Marcus Vinicius Martins Collares. **Fissuras labiopalatinas e nutrição.** *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul* 31.4 (2011): 456-63.
9. CARVALHO, Q.C.M.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; OLIVEIRA, M.M.C.; LÚCIO, I.M.L. **Malformação congênita: significado da experiência para os pais.** *Ciência, Cuidado e Saúde.* Maringá, v. 5, n. 3, p. 389-397, set./dez. 2006.
10. CARVALHO, Carrara. **A Odontopediatria na reabilitação da fissura. Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas,** 46, 2013, Bauru.
11. CAVALHERI V.. **Fissura labiopalatal e aleitamento materno.** *Rev CEFAC* 2000; 2(1):53-65
12. CUNHA, E.C.M. et al. **Anthropometry and risk factors in newborns with facial clefts.** *Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, v. 7, n. 4, p. 417-422, 2004.*
13. DA COSTA ARARUNA, R.; VENDRÚSCOLO, Dulce Maria Silva. **Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico.** *Revista Latinoamericana de Enfermagem, v.8, n.2, p.99-105, 2000.*
14. DE MOURA, AGDA M. et al. **Prevalência de cárie em crianças portadoras de fissura labiopalatal.** *Rev Odonto, v.21, n.41-42, p.55-63*
15. DIOGO FRANCO, A.D. **Cirurgia de Fissurados: Detalhes que facilitam.** *Artigo num.01 Ano 2003. Vol.18*
16. FERNANDES LS, P. M. **Association between primary dental care and municipal socioeconomic indicators.** *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(6):1-6.

17. FIGUEIREDO IMB, BEZERRA AL, MARQUES ACL, ROCHA IM, MONTEIRO NR. **Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas.** *RBPS.* 2004;17(3):154-60
18. FIGUEIREDO, M. et al. **Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão-relato de caso clínico.** *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, v.13, n.3, 2010*
19. GRAZIOSI MAOC, SALGADO MAC, CASTILHO JCM. **Investigação epidemiológica em indivíduos portadores de fendas labiais e/ ou palatinas.** *PGR: Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos.* 2000; 3(1): 81-7.
20. KIRCHBERG A. **Investigation of caries prevalence in children with cleft lip, alveolus, and palate.** *J Cranio Maxillofac Surg.* 2004; 32:216-9.
21. 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.*
22. LOFFREDO L de C, De SOUZA JM, YUNES J, FREITAS JA, SIPRI WC. **Cleft lip and palate: case-control study.** *Rev Saude Publica;*1994.28(3): 213-217.
23. LUCAS V., G. R, O. O, G. M, R. GJ. **Dental health índices and caries associated microflora in children with unilateral cleft lip and palate.** *Cleft Palate-Craniofac J.* 2000; 37(5):447-52.
24. MONLLEÓ IL, G. VL. **Craniofacial anomalies: description and evaluation of treatment under the Brazilian Unified Health System.** *Cad Saúde Pública.* 2006;22:913-22.
25. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial.** *Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.*
26. OFFERDAL K, JEBENS N, S. T, BLAAS HG, JOHANSEN OJ, Eik-Nes SH. **Prenatal ultrasound detection of facial clefts: a prospective study of 49314 deliveries in a non-selected population in Norway.** *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 639– 646.
27. OTTO, P. G.; OTTO, P. A.; FROTA-PESSOA, O. **Genética humana e clínica.** 2. ed. São Paulo: Roca, 2004.
28. SAMMAN, N. et al. **A comparison of alveolar bone grafting with and without simultaneous maxillary osteotomies in cleft palate patients.** *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994; 23:65-70.
29. SILVA E., Fúria C., Di Ninno. **Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados.** *Rev CEFAC.* 2005;7(1):21-8
30. SILVANA RIBEIRO RODA. **Aspectos odontológicos das fendas labiopalatinas e orientações para cuidados básicos.** *Universidade Estadual de Campina. Rev. Ciênc. Méd., Campinas: 95-103, mar./abr., 2008.*
31. SPINA V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. **Classificação das fissuras lábio-palatais: sugestão de modificação.** *Rev Hosp Clínicas Fac Med Univ S Paulo.* 1972;27(1):5-6
32. TRETTENE AS, MONDINI CCDS, MARQUES IL. **Feeding children in the immediate perioperative period after palatoplasty: a comparison**

- between techniques using a cup and a spoon. *Rev Esc Enferm USP* . 2013.**
33. WORTH V, PERRY R, IRELAND T et al. **Are people with an orofacial cleft at a higher risk of dental caries? A systematic review and meta-analysis.** *Br Dent J* 2017; 223: 37–47.