

REBES REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

ISSN - 2358-2391



GVAA - GRUPO VERDE DE AGROECOLOGIA E ABELHAS - POMBAL - PB
Revisão de Literatura

Uma abordagem sobre as dificuldades enfrentadas por mães na amamentação de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas

Rosa Maria Rodrigues Oliveira

Enfermeira, especialista em Saúde Pública, pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP)

Email: madre-rosa1@hotmail.com

Resumo: Por fissuras labiais ou labiopalatinas entende-se um conjunto de anormalidades na formação da face. Embora tais fissuras labiopalatinas não comprometam a vida do recém-nascido, fazem com o mesmo enfrente dificuldade para ingerir alimentos, principalmente, nos primeiros meses de vida, quando da amamentação exclusiva, gerando, assim, muitas preocupações para as mães. O nível elevado de estresse, bem como todas e quaisquer alterações que ocorram no primeiro trimestre da gravidez, podem também contribuir para o desenvolvimento das chamadas fissuras labiopalatinas. E, que doenças maternas crônicas, a exemplo do diabetes e da epilepsia, além da gripe, dos herpes e das gastroenterites podem contribuir nesse processo. No recém-nascido com fissuras labiopalatinas, o aleitamento materno é uma prática possível de ser realizada e seu sucesso dependerá do tipo de malformações, fatores socioeconômicos, emocionais e de experiências com lactações anteriores. Assim reforça-se a importância dos profissionais de saúde para o sucesso da amamentação, levando em conta que são eles os responsáveis para darem suporte emocional, orientações e esclarecimentos quanto às dúvidas das puérparas em função do bem estar destes. Os recém-nascidos com fissura labiopalatina são iguais a qualquer outro paciente, porém os cuidados na alimentação e higienização são diferenciados. Entretanto, quando a fissura labiopalatina 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.

Palavras-chave: Recém-nascido. Fissuras labiopalatinas. Dificuldade de amamentação.

Abstract: For labial cleft or fissure defined as a set of abnormalities in the formation face. Although such cleft lip and palate do not jeopardize the life of the newborn, make the same face difficulty ingesting food, especially in the first months of life, when exclusive breastfeeding, thus generating many concerns for mothers. The high level of stress as well as any and all changes that occur in the first trimester of pregnancy, may also contribute to the development of so-called cleft lip and palate. And that chronic maternal diseases, such as diabetes and epilepsy, besides influenza, herpes of gastroenteritis and may contribute to this process. In newborns with cleft lip and palate, breastfeeding is a practice can be carried out and its success will depend on the type of malformations, socioeconomic, and emotional experiences with previous lactations factors. Thus reinforces the importance of health professionals for successful breastfeeding, taking into account that they are responsible to give emotional support, guidance and information regarding the questions of puérparas depending on the welfare of these. Newborns with cleft lip and palate are the same as any other patient, but care in eating and cleaning are differentiated. However, when the cleft palate is discovered, the family must be oriented correctly, so there are no future problems with the child, and thus overcome challenges and lead a normal life.

Keywords: Newborn. Cleft lip and palat. Difficulty breastfeeding.

1 Introdução

Por fissuras labiais ou labiopalatinas entende-se um conjunto de anormalidades na formação da face. Tais fissuras podem se apresentarem de diversas formas, indo desde uma simples fissura de lábio até as chamadas fissuras completas de lábio e palato (BATISTA; TRICHES; MOREIRA, 2011).

Embora tais fissuras labiopalatinas não comprometam a vida do recém-nascido, fazem com o mesmo enfrente dificuldade para ingerir alimentos, principalmente, nos primeiros meses de vida, quando da amamentação exclusiva, gerando, assim, muitas preocupações para as mães (BRANCO; CARDOSO, 2013).

Explicam Silveira e Weise (2008), que a etiologia das fissuras labiopalatinas encontram-se condicionadas a

uma série de fatores ambientais e genéticos, que, por sua vez, podem ocorrer de forma isolada ou em associação.

É importante destacar que entre os fatores ambientais, pode-se relacionar o uso de medicamentos e o tabagismo materno, durante o período de formação do bebê. E, como fatores genéticos, a influência de familiares portadores dessa mesma alteração. No que diz respeito à amamentação do fissurado labiopalatino, esta é, na maioria das vezes, muito difícil, sendo necessário que sua mãe seja orientada sobre como superar as dificuldades nesse processo (BATISTA; TRICHES; MOREIRA, 2011).

Informam Branco e Cardoso (2013), que crianças portadoras de tais fissuras forem de classificada como pré-forame incisivo podem não ter problemas alimentares. No entanto, essa situação não é a mesma vivenciada por aquelas crianças com fissuras pós-forame ou transforame incisivo, que podem apresentar dificuldades, visto não conseguirem uma pressão intra-oral adequada.

Nesse último caso, a sucção insuficiente, bem como vômitos e engasgos podem acontecer quando as mães não sabem lidarem com o problema ou não foram orientadas inadequadamente quanto à melhor forma para alimentar seus recém-nascidos fissurados (ALONSO et al., 2009).

Uma criança portadora fissurada apesar da pouca pressão intra-oral, tem condições de movimentar a mandíbula ao sugar o peito. Para o recém-nascido portador de fissura labiopalatina, a alimentação oral deve ser estimulada precocemente, e nesse processo, o profissional de enfermagem pode desempenhar um excelente papel (BRANCO; CARDOSO, 2013).

Diante dessas considerações, o presente artigo tem por objetivo discutir as dificuldades vivenciadas por mães durante a amamentação de filhos portadores de fissura labiopalatinas.

2 Revisão de Literatura

2.1 Fissuras labiopalatinas

Existem inúmeras definições para o termo 'fissuras labiopalatinas' (FLP). No entanto, tratam-se de deformidades congênitas, que com uma maior frequência envolvem a face e a cavidade bucal, cujo desenvolvimento tem início ainda no período embrionário, resultando em deficiência dos processos maxilares e médio nasal. Tais deformidades impedem o desenvolvimento completo dessas estruturas (LOFFREDO et al., 2001).

Complementando esse pensamento, Sandrini et al. (2005) mostram que as FLP são consideradas as mais comuns, desenvolvendo-se nas primeiras fases embrionárias, que compreendem o período da quarta à oitava semana de vida intrauterina, tendo origem no aparelho branquial ou faríngeo e seus derivados.

É importante ressaltar que tais deformidades também são denominadas - com uma grande frequência - como fissuras de lábio e/ou palato, bem como por malformação congênita de elevada incidência (SILVA; BORDON; DUARTE, 2002).

Um estudo desenvolvimento por Coutinho et al. (2009) demonstrou que a hereditariedade é responsável por 25% a 30% dos casos de fissuras labiopalatinas e que cerca de 70% a 80% de tais apresentam etiologia multifatorial.

Entretanto, destaca Gardenal (2009), que embora as FLP estejam entre as malformações congênitas que mais acometem os bebês, a etiologia dessa patologia ainda não se encontra claramente estabelecida, podendo-se afirmar que nestes casos, existem uma intercorrelação que envolve fatores ambientais e fatores genéticos.

O Quadro 1 apresenta os fatores genéticos e ambientais que podem ser considerados como causas das Fissuras Labiopalatinas.

Quadro 1: fatores genéticos e ambientais que podem ser considerados como causas das Fissuras Labiopalatinas

Variáveis	Descrições
Fatores Genéticos	- Falta de nutrição vascular
Fatores Ambientais	- Alcoolismo/Drogas, - Deficiência de vitamina A e ácido fólico, - Fatores socioeconômicos em geral. - Infecções virais (rubéola, toxoplasmose, varíola, varicela); - Radiação; - Tabagismo; - Uso de drogas no primeiro trimestre de gravidez (corticóides, difenil-hidantoína);

Fonte: Silva; Bordon; Duarte (2002).

Desta forma, percebe-se o quanto é relevante a influência dos fatores ambientais no desenvolvimento das FLPs, sendo, portanto, de grande relevância o planejamento gravídico para diminuir os riscos de tais deformações.

Um estudo realizado por Prada e Pimentel (2009) também demonstrou que o nível elevado de estresse, bem como todas e quaisquer alterações que ocorram no primeiro trimestre da gravidez, podem também contribuir para o desenvolvimento das chamadas fissuras labiopalatinas. E, que doenças maternas crônicas, a exemplo do diabetes e da epilepsia, além da gripe, dos

herpes e das gastroenterites podem contribuir nesse processo.

No que diz respeito à incidência de FLP, essa varia de acordo com a raça e grupo étnico. Nos Estados Unidos, tais deformações são mais frequentes entre os nativos, com menor incidência entre os afro-americanos. No Brasil, ainda não se tem dados precisos sobre a FLP. No entanto, uma pesquisa realizada por Sandrini et al. (2005) demonstrou que a incidência dessa anomalia parece ser de aproximadamente um paciente para cada 650 nascidos vivos.

Tais dados encontram em consonância com uma pesquisa realizada posteriormente por Nunes, Pereira e Queluz (2010) que também apresentou a mesma estimativa em relação ao Brasil. Contudo, esclareceram que tais dados possuem pouca confiabilidade por serem baseados no número de cirurgias corretivas realizadas e não de nascimentos.

Apresentando um mapa da prevalência das anormalidades craniofaciais no Brasil, Coutinho et al., (2009) mostram que a região Nordeste é a possui a maior prevalência de LPF no país, sendo de 9,72/10 mil nascidos vivos, enquanto que as fissuras palatinas apresentam uma prevalência de 2,41/10 mil nascidos vivos.

Acrescentam ainda Coutinho et al. (2009) que as FLP causam um impacto sobre a fala, a audição e sobre a aparência, dificultando a interação social da criança, pois tal quadro interfere:

- a) na inserção no meio socioeconômico e cultural;
- b) nas relações interpessoais;
- c) no desenvolvimento da autoestima.

Vários estudos mostram que para a criança que nasce com a presença de fissura, a cirurgia reconstrutora é um desafio não só estético, mas principalmente funcional.

Informam Biazon e Peniche (2008) que a cirurgia primária de lábio (queiloplastia), é realizada para o

fechamento da abertura do lábio, causada pelo defeito de nascimento, enquanto que a palatoplastia (cirurgia primária de palato) é realizada para o fechamento da abertura do palato, em uma ou duas etapas.

No entanto, se a fissura é bilateral, dependendo da avaliação clínica, o fechamento de ambos os lados poderá ser de uma única vez ou separá-la em duas etapas.

2.2 Classificações das fissuras labiopalatinas

Diferentes classificações também são apresentadas para as fissuras labiopalatinas. Estas classificações levam em consideração o anatômico e o forame incisivo, que separa o palato primário do palato secundário.

Por sua vez, Oliveira, Viana (2006), classificam as fissuras labiopalatinas em:

- a) Pré-Forame incisivo;
- b) Fissuras transforame incisivo;
- c) Fissuras pós-forame incisivo;
- d) Fissuras raras da face.

Para um melhor entendimento, o Quadro 2 apresenta a classificação das fissuras labiopalatinas, elaborada por Oliveira e Viana (2006).

Quadro 2 - Classificação das Fissuras Labiopalatinas

Pré-Forame incisivo (Grupo I)	
Descrição	Subdivisões
Envolve o lábio e/ou o rebordo alveolar e podem também variar desde pequenos entalhes na mucosa até o rompimento total do lábio e rebordo alveolar, passando pelo assoalho primário e atingindo o forame incisivo.	Fissura Pré-Forame Unilateral Completa (envolve do lábio e do rebordo alveolar); ou incompleta (envolvimento apenas do lábio);
	Fissura Pré-Forame Bilateral: completa ou incompleta;
	Fissura Pré-Forame Unilateral: completa ou incompleta
Fissuras Transforame Incisivo (Grupo II)	
Descrição	Subdivisões
Envolvem lábio e palato. Tais fissuras rompem o maxilar em toda a sua extensão, constituindo-se no grupo mais grave por apresentar problemas estéticos e funcionais relevantes.	Fissura Unilateral: direita ou esquerda
	Fissuras Bilaterais: ambos os lados
	Fissura Mediana: parcial ou total
Fissuras pós-forame incisivo (Grupo III)	
Descrição	Subdivisões
Refere-se às fissuras isoladas de palato, localizadas posteriormente ao forame incisivo. Não apresentam problemas estéticos no rompimento da estrutura peribucal. Acarreta distúrbios na fala.	Fissura Pós-Forame completa: envolvimento do palato mole e duro até o forame incisivo;
	Fissura Pós-forame incompleta: envolvimento apenas do palato mole.
Fissuras Raras da Face (Grupo IV)	
Descrição	Subdivisões
Refere-se aquelas que envolvem as estruturas faciais além do lábio e/ou palato, causando uma série de distúrbios estéticos, funcionais e, conseqüentemente, psíquicos, exigindo tratamento cirúrgico o mais precocemente possível.	Fissuras oblíquas
	Fissuras transversais
	Fissuras do lábio.
	Fissuras inferiores (nariz e boca).

Fonte: Oliveira e Viana (2006).

Analisando o Quadro 2, percebe-se que as FLPs compreendem um amplo espectro de variabilidade clínica, podendo se apresentar apenas pela presença de uma cicatriz labial, ou uma fissura labial com ou sem comprometimento da região dente-alveolar, e podendo

ainda envolver o palato. E mais ainda, que o comprometimento pode ser unilateral ou bilateral.

2.3 Tratamento de Fissuras Labiopalatina

As crianças que nascem com fissura labiopalatina, 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 (PINTO, 2008).

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).

A seqüência 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).

Informam Ferreira et al. (2011), que com o tratamento cirúrgico para o paciente com fissura labiopalatina, podem ocorrer resultados diferenciados para cada caso, pois deve-se levar em conta três variáveis críticas dependentes:

- a) Amplitude da fissura;
- b) Padrão de crescimento facial;
- c) 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).

Um estudo desenvolvido por Ferreira et al. (2011), mostra que 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

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).

2.4 Dificuldades enfrentadas por mães na amamentação de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas

O aleitamento materno é extremamente benéfico para o bebê, tanto pelo seu valor nutritivo, imunológico, psíquico e fisiopatológico, como por exemplo, contribuir

para o desenvolvimento das funções e estruturas orofaciais.

Além disso, este tem suas propriedades antibacterianas prevenindo as afecções, principalmente as infecções de ouvido médio, comumente encontradas em crianças com fissura do palato (MENDES; LOPES, 2006).

O aleitamento materno oferece vantagens adicionais para as crianças que nascem com fissura labiopalatina. Uma delas é a prevenção da inflamação da mucosa nasal devido ao reflexo nasal, já que o leite humano é um fluido natural e não irritativo (ALONSO et al., 2009).

Outra importante vantagem está relacionada à promoção do desenvolvimento da musculatura orofacial, além de promover o vínculo mãe-filho, muitas vezes ameaçado pelo defeito da criança, o que é comum nesse caso, e a mãe evitar, consciente ou inconscientemente, o contato face a face com o filho (MENDES et al., 2009).

Segundo (ALONSO et al., 2009), a amamentação materna promove um melhor desenvolvimento facial e cria condições para que a mandíbula facial cresça favoravelmente, eliminando seu prognatismo em relação à maxila, uma composição de músculos que estimula o crescimento e desenvolvimento ósseo e que influencia a forma da face e a harmonia dos dentes. E que a amamentação natural é um excelente exercício muscular, e ainda um excelente exercício reparatório, onde a criança sincroniza a respiração com atividade muscular.

Os bebês portadores de fissura labiopalatina manifestam logo após o nascimento uma sucção dificultada relacionada ao seu tipo de má formação. A alimentação deve ser adequada, como no seu valor nutritivo a fim de promover um suporte calórico eficiente para o crescimento e desenvolvimento da criança. Para isso, torna-se imprescindível a orientação precoce aos pais quanto à alimentação da criança portadora de fissura labiopalatina para evitar uma deficiência nutricional, diminuindo o risco de contrair doenças, podendo ser submetido às cirurgias corretivas (MENDES; LOPES, 2006).

Registram Silva; Delgado e Brescovici (2005), que os métodos de alimentação necessários para o recém-nascido fissurado são basicamente os mesmos adotados para outros recém-nascidos normais.

De acordo com Campillay; Delgado e Brescovici (2009), a alimentação do fissurado labiopalatino é, na maioria das vezes, muito difícil, ainda mais se a família não foi orientada e que os problemas mais comuns são:

- a) sucção inadequada por falta de pressão intraoral;
- b) tempo de mamada prolongada e regurgitação.

Acrescentam ainda Campillay; Delgado e Brescovici (2009), que 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 intraoral adequada.

Os objetivos a serem alcançados na alimentação do bebê com fissura labiopalatinas são os mesmos de um bebê não fissurado. As crianças, portadoras de fissura pré-forame incisivo, não tem problemas alimentares, porém aquelas com fissura pós-forame ou problemas alimentares

podem apresentar dificuldades por não conseguirem uma pressão intraoral adequada (MENDES et al., 2009).

A desnutrição torna-se o grande estigma da criança portadora de fissura labiopalatina pelas dificuldades próprias da lesão, tais como: sucção insuficiente, deglutição excessiva de ar com reflexos nasais e engasgos, fadiga para alimentar-se com consequente ingestão inadequada (MENDES et al., 2009).

Mesmo com ênfase no aleitamento natural é importante salientar que em decorrência das fissuras as crianças se cansam mais facilmente, tornando o tempo de amamentação muito prolongado e causando no bebê um elevado gasto energético (ALONSO et al., 2009).

Disso resulta um baixo ganho de peso, um aumento de risco de desidratação e distúrbios do desenvolvimento e crescimento da criança, tornando-se necessário o complemento da alimentação por outros métodos, tais como mamadeiras ortodônticas, pois estas promovem maior vedamento da fissura (ALONSO et al., 2009).

Assim sendo, é preciso orientar quanto às técnicas do aleitamento para facilitar e encorajar as mães para alimentar seu bebê no seio: manter a criança na posição vertical no colo da mãe, para melhor deglutição e evitar o refluxo de leite pelas mamas. A mãe deve introduzir o mamilo e a auréola do seio na boca da criança. É importante evitar o contato do seio com o nariz da criança, pois poderá dificultar ou impedir a respiração (ARANHA et al., 2010).

Ferreira et al. (2011) apresentam as seguintes técnicas que favorecem a alimentação da criança portadora de fissura. São elas:

- a) Após as mamadas, colocar a criança de lado para que não haja risco de sufocar;
- b) Fazer higiene da boca e do nariz com cotonetes molhados em água fervida, antes e depois da alimentação;
- c) Fazer paradas durante a mamada para que a criança arrote;
- d) Lavar as mãos;
- e) Manter a criança em posição semi-sentada, ao oferecer alimentos, para evitar que elas voltem pelo nariz;
- f) Não evitar o lado da fissura, ao contrário estimulá-lo para exercitar a musculatura afetada;
- g) Ter tranquilidade, pois cada mamada pode durar de 20 a 30 minutos;
- h) Verificar se a criança está limpa (trocar-la se necessário).

Informam Oliveira e Viana (2006) que o uso de sonda nasogástrica não é indicado por prejudicar os reflexos de sucção e deglutição. Outras desvantagens é a interferência pela interposição da sonda na narina nos mecanismos normais de respiração no período neonatal, que dependem do reflexo nasoveolar, e a dificuldade para o fechamento adequado da boca, devido à permanência do fator indutor de regurgitações.

O uso de sondas para a alimentação em crianças com fissuras labiopalatinas deve ser restrito a casos de extrema necessidade em que não se obtém sucesso nas tentativas de proceder à alimentação por via oral, como é o caso dos prematuros com insuficiência respiratória. Além disso, há limitação dos movimentos de sucção

nutritiva gerando, com isso, a dificuldade do ganho de peso da criança (OLIVEIRA; VIANA, 2006).

A alimentação na mamadeira pode ser prejudicial no tocante ao crescimento e desenvolvimento normal da face pelas formas dos bicos de mamadeiras utilizadas, por não serem desenvolvidas de acordo com a fisiologia do aleitamento, devendo ser tomado alguns cuidados na escolha de um bico adequado, como: comprimento, flexibilidade, tamanho do furo e posição adotada na cavidade oral.

Dessa forma, o uso de um bico inadequadamente leva os lábios a adotarem uma posição invertida, causam enfraquecimento muscular, forçando a língua a mover-se para frente mais do que para trás durante a sucção, de forma a prejudicar o desenvolvimento facial e dentário. Além disso, é necessário introduzir gradativamente os alimentos pastosos e sólidos na dieta dessas crianças (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

3 Considerações Finais

A análise do material bibliográfico selecionado para fundamentar a presente produção acadêmica permitiu constatar que a fissura labiopalatina, mesmo sendo mais complexa, não excluiu o aleitamento materno exclusivo. No entanto, este é mais difícil de acontecer.

Outra significativa constatação, refere-se as maiores dificuldades na alimentação das crianças com fenda de lábio e/ou palato relatadas pelas mães. Estas são: engasgos, refluxo nasal e dificuldade de sugar. Por outro lado, as alterações das funções do sistema estomatognático mais frequentes encontradas em crianças com fissuras labiopalatinas diz respeito à interposição lingual importante na deglutição e mastigação do tipo mascagem.

Frente a essas considerações, percebe-se que o aleitamento materno é uma prática possível de ser realizada e seu sucesso dependerá do tipo de malformações, fatores socioeconômicos, emocionais e de experiências com lactações anteriores. Assim reforça-se a importância dos profissionais de saúde para o sucesso da amamentação, levando em conta que são eles os responsáveis para darem suporte emocional, orientações e esclarecimentos quanto às dúvidas das puérparas em função do bem estar destes.

No entanto, é importante destacar que com base nos estudos analisados, os pacientes portadores de fissura labiopalatina são iguais a qualquer outro paciente, porém os cuidados na alimentação e higienização são diferenciados. Entretanto, quando a fissura labiopalatina 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.

4 Referências

ALONSO, N. et al. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91 pacientes consecutivos. *Rev. Bras. Cir. Plást.*; v. 24, n. 2, p. 176-81, 2009.

- ANGER, J. Lábio leporino e outras fissuras da face. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2004.
- ARANHA, A. M. F. et al., **Amamentação em bebês portadores de fissuras congênitas labiopalatais** 2010. Disponível em <http://abfissuraspalatinas.blogspot.com/2010/09/amamentacao-em-bebes-fissurados.html>. Acesso: 20 set 2013.
- ARARUNA, R. C.; VENDRÚSCOLO, D. M. S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 99-105, abril 2000.
- BATISTA, L. R. V.; TRICHES, T. C.; MOREIRA, E. A. M. Desenvolvimento bucal e aleitamento materno em crianças com fissura labiopalatal. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p. 674-679, dez. 2011.
- BERKOWITZ, S. Tratamento de fissuras labiopalatina. **Revista Fissura de lábio e palato**, v. 8, n. 2, p. 99-105, 2001.
- BIAZON, J.; PENICHE, A. C. G. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 519-525. 2008.
- BRANCO, L. L.; CARDOSO, M. C. Alimentação no recém-nascido com fissuras labiopalatinas. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 11, n. 1, p. 57-70, jan.-jun. 2013.
- CAMPILLAY, P. L.; DELGADO, S. E.; BRESCOVICI, S. M. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto Alegre. **Rev. CEFAC**, v. 11, n. 2, 2009.
- COUTINHO A. L. F. et al., Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um centro de referência do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Mater. Informat**, Recife, v. 2, p. 149-155, abr /jun, 2009.
- FERREIRA K. F. F. et al. Fissura labiopalatina: Alimentação. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 16-23, 2011.
- GARDENAL, M.P. **Prevalência dos fissurados orofaciais congênitos. Diagnósticos no Estado de Mato Grosso do SUL**. [Dissertação]. UFMG. Campo Grande: 2009. Disponível em http://www.cbc.ufms.br/tesesimplificado/tde_arquivos/14/TDE-2009-09-25T091332Z-463/Publico/Mirela.pdf. Acesso: 20 out 2013.
- LOFFREDO, L. C. et al. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, 2001.
- MENDES K. R. R; et al., **Amamentação da criança portadora de fissura labiopalatina**, Governador Valadares, 2009. Disponível in: <http://www.pergamum.univale.br>. Acesso: 20 set 2013.
- MENDES, L. G. A.; LOPES, V. L. G. S.; **Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica**. Ver. Ciênc. Méd., Campinas, 15(5):437-448, set/out., 2006.
- NUNES L. M. N; PEREIRA A. C; QUELUZ D. P. **Fissuras orais e sua notificação no sistema de informações: análise da declaração de nascido vivo (DNV) em Campos dos Goytacaz, Rio de Janeiro**. 2010.
- OLIVEIRA, L. A.; VIANNA, R. P. T.; **Perfil nutricional e socioeconômico das crianças de 0-2 anos submetidas a cirurgia de fissura labiopalatinas**, [Dissertação] UFPB/CCS. João Pessoa, 2006. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2006/dissertacaolindaiva.pdf>. Acesso: 20 set 2013
- PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva: Fissuras labiopalatais: Diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento**. 5. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 2008.
- PRADA, C. G.; PIMENTEL, M. C. M. A criança portadora de fissura labiopalatal. **Pediatr Mod. São Paulo**, v. 42, n.1, p.13-19, abr., 2009.
- SANDRINI, F. A. L. et al. Fissuras labiopalatinas em gêmeos: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v. 5, n. 4, p. 43 - 48, out.-dez., 2005.
- SILVA, H. A. da.; BORDON, A. K. C. B.; DUARTE, D. A. Estudo da fissura labiopalatal. Aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 5, n. 27, p. 432-436, set./out. 2002.
- SILVA, H. A.; DELGADO, S. E.; BRESCOVICI, S. M. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio. **Revista CEFAC**, v. 8, n. 1, mar.-apr., 2005.
- SILVEIRA, J. L. G. C.; WEISE, C. M. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sobre aleitamento. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 8, n. 2, p. 215-221, mai.-ago., 2008.
- WAINTE, P. D. ; WAINTE, D. I E. Fissuras labiopalatinas: algumas considerações. **Revista Fissura de Lábio e palato**, v. 12, n. 3, p. 108-112, 2001.