

# A IMPORTANCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA EM NEONATOS COM FISSURA LABIOPALATINA

## AUTORES

**Camilly Bettoli GOMES**

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

**Juliana ARID**

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

## RESUMO

A fissura labiopalatina constitui-se como uma malformação congênita craniofacial de etiologia multifatorial, decorrente da interação entre fatores genéticos e ambientais. Essa anomalia compromete estruturas como o lábio, o rebordo alveolar e o palato, acarretando prejuízos em funções vitais, incluindo sucção, deglutição, respiração, mastigação e fonação. Além das limitações funcionais, provoca alterações estéticas e repercussões psicológicas, impactando diretamente a autoestima, a socialização e a qualidade de vida do indivíduo. O diagnóstico precoce, aliado ao acompanhamento por uma equipe interdisciplinar, é determinante para reduzir complicações, favorecer o desenvolvimento adequado. Nesse contexto, o cirurgião-dentista assume papel essencial em todas as fases do tratamento. Nos primeiros meses de vida, orienta as mães quanto ao aleitamento materno e às posições adequadas de amamentação, além de confeccionar dispositivos auxiliares, como as placas obturadoras, que favorecem a nutrição e minimizam riscos de aspiração. Com o avanço do crescimento infantil, sua atuação se amplia para procedimentos mais complexos, incluindo enxertos ósseos, intervenções ortodônticas, cirurgias ortognáticas e reabilitações protéticas, que possibilitam restaurar funções orais, estética facial e equilíbrio craniofacial. Dessa forma, a presença contínua do cirurgião-dentista não se limita à saúde bucal, mas contribui de maneira decisiva para o bem-estar físico, emocional e social do paciente fissurado, assegurando-lhe melhores condições de vida.

## PALAVRAS - CHAVE

Fissura labiopalatina, aleitamento materno, Cirurgião-Dentista, saúde bucal

## 1. INTRODUÇÃO

A fissura se apresenta com uma etiologia multifatorial estando associada a fatores genéticos e ambientais. Existem diversos tipos de fissura, como: fissura pré-forame incisivo, abrangendo lábio, rebordo alveolar e pré-maxila, podendo ser unilateral, bilateral, mediana, completa ou incompleta; fissura pós-forame incisivo, que afeta úvula e palato, geralmente mediana e completa ou incompleta; fissura transforame incisivo, unilateral ou bilateral, incluindo lábio rebordo alveolar e todo o palato; e fissuras raras de face, como fissuras oblíquas ou transversais no lábio inferior ou nariz, entre outras variações (CYMROT, 2010; FREITAS & CARDOSO, 2018).

Dentre essas, a fissura labiopalatina é a mais comum entre as malformações, que ocorre devido a falhas na migração celular durante o desenvolvimento fetal. Essa falha resulta no comprometimento do lábio superior, rebordo alveolar, palato duro e palato mole, com mais de 50% dos casos envolvendo fissuras tanto nos lábios quanto no palato (BERNANDES & BATISTA, 2022).

A malformação tem origem entre a 6<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> semana gestacional. O desenvolvimento incompleto dos processos maxilares e nasais mediais nessa fase pode acarretar em alterações anatômicas que impedem a junção dos segmentos faciais. No Brasil, sua prevalência é de 1 a cada 650 nascidos (FREITAS et al., 2013).

Estudos já demonstraram que anomalias dentárias estão associadas às fissuras, e sua ocorrência é dependente da extensão e gravidade da malformação, visto que ocorrem nas fases iniciais da odontogênese. As características dentárias determinadas pelo desenvolvimento do processo alveolar na região da fissura incluem anomalias de número (hipodontia ou supranumerários), forma, tamanho, tempo de formação e/ou erupção, direção do crescimento dentário e formação e mineralização do esmalte. O grau e a frequência das anomalias dentárias parecem estar relacionados à gravidade ou ao tipo de fissura (SHAPIRA, DUBIT, KUFTINEC, 1999; BAEK & KIM, 2007).

A participação do Cirurgião-Dentista é extremamente importante desde o diagnóstico, incluindo a orientação de como deve ser realizado o aleitamento materno, já que este apresenta papel fundamental para o desenvolvimento infantil, especialmente nos casos em que há dificuldades de alimentação, resultantes da malformação labiopalatal e da incapacidade de absorção adequada de nutrientes durante os primeiros meses de vida, fatores que podem levar ao déficit de crescimento em crianças com essas malformações (MONTAGNOLI et al., 2005).

A dificuldade de alimentação de bebês com fissura surge logo após o nascimento, devido ao comprometimento do mecanismo de sucção e deglutição, causado pela falta de integridade das estruturas anatômicas (DI NINNO, 2005). As disfunções orais mais frequentes associadas às essas dificuldades incluem respiração oral, a tonicidade diminuída dos músculos orofaciais, as más oclusões dentárias, movimentos inadequados da mandíbula e postura incorreta da língua, interferindo na mastigação, na deglutição e na fala (NEIVA et. al., 2003). Assim, a orientação quanto à posição do bebê durante a amamentação deve considerar o tipo de fissura apresentada.

Além dos cuidados iniciais, o cirurgião dentista possui papel fundamental na complexa reabilitação oral, desses pacientes, atuando em procedimentos como cirurgia ortognática, instalação de próteses, ortodontia e enxertos ósseos. Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar todas as contribuições que o cirurgião-dentista irá possuir para tratamento de crianças com fissura labiopalatina, promovendo qualidade de vida não apenas estética, mas também saúde bucal, mastigação, fala e bem-estar físico e mental.

## 2. METODOLOGIA

A abordagem adotada neste trabalho se fundamenta em uma pesquisa bibliográfica, empregando artigos e revistas com o objetivo de explorar a relevância do cirurgião dentista em neonatos com fissura labiopalatina. As plataformas digitais empregadas para busca dos estudos foram a Scientific Electronic Library (SciELO), o PubMed além de jornais, revistas e livros. As palavras-chave que foram utilizadas incluem: fissura labiopalatina, fenda labial, cirurgia ortognática e aleitamento materno.

## 3. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

### 3.1. Fissura pré-forame incisivo

As fissuras limitadas ao palato primário comprometem o lábio e/ou o rebordo alveolar, sem ultrapassar o forame incisivo. Afetam, portanto, as estruturas anteriores dessa região anatômica. A gravidade dessas fissuras varia conforme sua extensão, podendo apresentar-se desde uma discreta fenda no vermelhão labial — chamada de incompleta — até uma separação total do palato primário, denominada completa. De acordo com a localização, podem ser classificadas como unilaterais, quando atingem apenas um lado; bilaterais, quando envolvem ambos os lados; ou medianas, quando se situam no centro do lábio superior (SPINA, PSILLAKIS, LAPA, 1972; SILVA FILHO et al., 1992).

Figura 1- Fissura pré-forame incisivo unilateral completo



Fonte: Faraj & André (2007)

### 3.2. Fissura pós-forame incisivo

Esse tipo de fissura envolve apenas o palato secundário, mantendo o lábio e os dentes preservados. Surge a partir de falhas na fusão das estruturas responsáveis pela formação do palato durante o desenvolvimento embrionário. As consequências principais relacionam-se às funções da fala, audição e deglutição, uma vez que há comprometimento do mecanismo velofaríngeo. As fissuras pós-forame incisivo são classificadas como completas quando atingem tanto o palato duro quanto o mole, e incompletas quando limitam-se apenas ao palato mole (SPINA, PSILLAKIS, LAPA, 1972; SILVA FILHO et al., 1992).

Figura 2 - Fissura pós-forame incisivo completa



Fonte: Faraj & André (2007)

### 3.3. Fissura trasforame incisivo

As fissuras transforame incisivo envolvem simultaneamente o palato primário e o secundário, afetando o lábio, o rebordo alveolar e o palato até a região da úvula. São consideradas as formas mais severas da anomalia, pois comprometem várias estruturas faciais e exigem tratamento mais extenso. Elas podem ocorrer de maneira unilateral, bilateral ou mediana, conforme o lado afetado (SPINA, PSILLAKIS, LAPA, 1972; SILVA FILHO et al., 1992).

Figura 3- Fissura trasforame incisivo unilateral



Fonte: Faraj & André (2007)

Figura 4 - Fissura trasforame incisivo bilateral completa



Fonte: Faraj & André (2007)

### 3.4. Fissura submucosa

A fissura submucosa caracteriza-se por uma descontinuidade na musculatura do palato mole e, em alguns casos, na estrutura óssea do palato duro, embora a mucosa permaneça intacta. Por esse motivo, muitas vezes é

diagnosticada tarde. Essa malformação resulta da ausência de fusão completa dos músculos palatinos durante a embriogênese, o que pode comprometer o fechamento velofaríngeo. Clinicamente, observa-se úvula bifida, depressão central no palato mole e coloração translúcida na linha média (MINAMI et al., 1975; KONO, YOUNG, HOLTmann, 1981).

Figura 5- Fissura submucosa

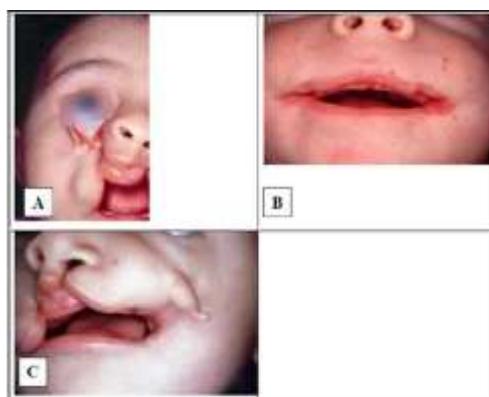


Fonte: Picinato-Pirola et al. (2021)

### 3.5. Fissuras raras de face

As fissuras raras de face são alterações que ocorrem em regiões menos comuns, como pálpebras, bochechas, orelhas, nariz e ossos faciais. Essas fissuras podem envolver as áreas frontal, nasal, malar e temporal, apresentando grande diversidade de formas e severidades. Devido à sua baixa incidência, não há protocolos padronizados de tratamento, sendo cada caso analisado individualmente conforme o grau de comprometimento estético e funcional. As correções cirúrgicas exigem planejamento específico e integração entre várias especialidades, como cirurgia plástica, odontologia e otorrinolaringologia (SPINA, 1972; SILVA FILHO, 1992).

Figura 6- Caracterização de fissuras raras da face. Legenda: A: Fissura oblíqua; B: Fissura horizontal (macrostomia bilateral); C: Fissura oblíqua.



Fonte: Aiello, Silva Filho, Freitas, (2000)

### 3.6. Fissura labiopalatina

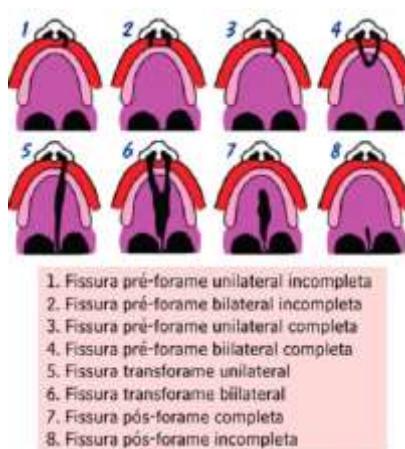
A fissura labiopalatina é uma das anomalias congênitas craniofaciais mais comuns em seres humanos e pode acarretar diversas complicações que impactam negativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Sabe-se que a prevalência dessa condição no sexo masculino, em comparação ao feminino, é de 2:1, sendo que, nos homens, as deformidades tendem a apresentar maior gravidade (GIRELLI et al., 2013; NUNES, PEREIRA, QUELUZ, 2010; PALONE et al., 2015).

O desenvolvimento incompleto durante a fase embrionária pode resultar em alterações anatômicas que impedem a fusão adequada dos segmentos faciais. Indivíduos com fissuras labiopalatinas frequentemente enfrentam dificuldades na realização de funções básicas, como alimentação, fonação, respiração e audição, além de estarem mais propensos a desenvolver transtornos psicológicos significativos. Atualmente, sabe-se que os melhores resultados terapêuticos são obtidos quando o tratamento é realizado por uma equipe interdisciplinar, composta por cirurgiões plásticos, cirurgiões-dentistas, geneticistas, fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas, psicólogos, nutricionistas, entre outros profissionais (ALONSO et al., 2009; OZAWA, 2013; TABAQUIM & JOAQUIM, 2013).

Essa malformação congênita possui etiologia complexa, podendo ocorrer de forma isolada — a mais comum — ou associada a síndromes genéticas. Apesar da dificuldade em sua caracterização, diversos fatores genéticos e ambientais têm sido investigados por meio da combinação entre estudos epidemiológicos, análises genômicas e modelos animais (DIXON et al., 2011).

A etiopatogenia da fissura labiopalatina ainda não está completamente elucidada, uma vez que os mecanismos moleculares envolvidos na embriogênese dependem da interação entre múltiplos genes e fatores externos (HARVILLE et al., 2005; PARANAÍBA et al., 2010). São comuns casos de atresia maxilar e malformações dentárias em áreas anatômicas anexas ao local da fissura, como agenesias e dentes supranumerários (TEREZA, CARRARA, COSTA, 2010).

Figura 7- Tipos de fissuras labio palatinas.



Fonte: Cymrot (2010)

### **3.7. Contribuição do cirurgião dentista no aleitamento materno de neonatos fissurados**

O aleitamento natural representa a principal fonte de nutrição para o bebê, composto por proteínas, lipídios e carboidratos que favorecem o desenvolvimento físico e imunológico. Além disso, o leite materno atua como fator protetor contra doenças respiratórias, alérgicas e metabólicas, contribuindo para o crescimento saudável da criança e diminuindo casos de internação por infecções, como otites e pneumonias (COSTA et al., 2013; LISBÔA, ROCHA, PINI, 2010).

Contudo, crianças portadoras de fissuras orofaciais enfrentam limitações na alimentação, sendo a sucção o principal desafio encontrado. A postura adotada pela mãe durante a amamentação deve ser ajustada conforme o tipo de fissura apresentada, podendo ser necessária a utilização de alternativas alimentares, como copos dosadores, mamadeiras ou sondas, em situações mais graves (ARARUNA & VENDRÚSCOLO, 2000).

Quando a fissura é apenas no lábio, os prejuízos na alimentação costumam ser menores, pois a estrutura do palato permanece íntegra, favorecendo a formação da pressão negativa necessária para a sucção. Nestes casos, a posição do bebê no momento da mamada é fundamental: o ideal é que esteja sentado e de frente para o seio da mãe. Outra possibilidade é deixá-lo deitado com a cabeça voltada para o colo, enquanto a mãe se inclina levemente sobre ele. Essa postura contribui para uma vedação mais eficaz da fenda, melhora o direcionamento do leite e reduz o esforço exigido da criança durante a mamada (PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL, 2014).

Nas fissuras que envolvem o palato, a dificuldade de amamentar tende a ser mais acentuada, devido à incapacidade de manter a pressão intraoral. A ausência de contato entre a língua e o palato duro compromete os movimentos necessários à sucção e à deglutição. Além disso, a comunicação entre a cavidade oral e a nasal favorece o refluxo do leite pelo nariz, aumentando os riscos de aspiração. Nesses casos, recomenda-se oferecer leite materno previamente extraído, utilizando utensílios como copinhos ou mamadeiras. Mesmo com essas limitações, orienta-se manter o bebê em contato com o seio antes da alimentação, como forma de fortalecer o vínculo afetivo com a mãe (PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL, 2014).

A mamadeira é oferecida somente quando se esgotarem todas as tentativas para se estabelecer o aleitamento natural. Nesse caso, pode-se usar a mamadeira com bico ortodôntico, com um ou três furos pequenos na região anterior, voltado para cima (ANDRADE & GUEDES, 2005).

Pode-se também usar a placa obturadora que restaura as funções básicas da mastigação, deglutição e produção da fala até que possa ser corrigido cirurgicamente (SILVA, AMARAL, SILVA, 2021). A placa palatina simples, também chamada de placa de amamentação, é indicada para uso antes da cirurgia porque além de melhorar a amamentação, evita a regurgitação nasal e a inspiração excessiva de ar e auxilia no correto crescimento maxilar e auxiliar no desenvolvimento da fal. (JESUS et al., 2022). Tais próteses consistem em próteses maxilofaciais removíveis que objetivam obstruir a comunicação oral e nasal (SILVA et al., 2019).

### **3.8. Demais tratamentos relacionados ao Cirurgião Dentista**

O enxerto ósseo alveolar é considerado um procedimento essencial na correção das fissuras alveolares, sendo geralmente indicado entre os oito e onze anos de idade, durante a dentição mista. Esse tratamento tem como objetivo restaurar a estrutura óssea e promover suporte adequado aos dentes adjacentes à fissura, especialmente antes da erupção do canino permanente. O sucesso do enxerto depende do momento da

intervenção, que deve ser realizado antes da erupção total do canino, pois a força de erupção contribui para a integração óssea. Após o enxerto, o tratamento ortodôntico deve ser iniciado dentro de um período de seis meses, para favorecer o alinhamento dentário e o equilíbrio maxilar (PESSOA, 2017).

O planejamento do tratamento ortodôntico é segmentado em etapas, de acordo com a severidade de cada caso. A primeira etapa envolve a correção da atresia do arco maxilar superior e a deficiência anteroposterior. Na segunda etapa, que deve ser realizada após a cirurgia de enxerto secundário, o tratamento continua com a colocação de aparelhos ortodônticos fixos com múltiplos braquetes e é continuado até que o crescimento tenha sido concluído. Por conta da complexidade envolvida, o tratamento ortodôntico em casos de fissuras labiopalatais apresenta desafios distintos (ALMEIDA, 2021).

A cirurgia ortognática é um procedimento que visa à correção das alterações maxilomandibulares e faciais (LIMA JÚNIOR et al., 1999). É vista como a fase final do tratamento e muitos pacientes fissurados procuram ajuda já na fase adulta, com más oclusões severas. A cirurgia é indicada quando já se tem maturidade óssea e após o tratamento ortodontico, o crescimento cranio facial é completo por volta dos 14 e 16 anos, já nos homens é por volta dos 16 a 18 anos (FREITAS et al. 2009).

A manipulação da maxila fibrosa e fissurada pode resultar em desafios, exigindo recuos mandibulares significativos, sendo assim, em certos casos, a distração osteogênica é usada, mas a cirurgia ortognática oferece maior precisão nos movimentos planejados, especialmente para corrigir deficiências transversais e horizontais, frequentemente complementada por fixações rígidas para minimizar complicações (GRAZIANI, 2016).

Dentre os tipos de cirurgia também existem as que podem ser feitas em idades menos avançadas, como: Queiloplastia onde um dos objetivos é fazer a reconstrução do nariz e do lábio, proporcionando, assim, um melhor resultado estético e melhora da função dos músculos orbiculares dos lábios (WINTER & STUDZINSKI, 2021). A queiloplastia pode ser realizada no primeiro ano de vida, sendo vantajoso funcionalmente, porém, pode-se resultar em um lábio mais fibroso e rígido impedindo o crescimento maxilar (LURENTT et al., 2011).

E a palatoplastia é uma cirurgia que separa o espaço oral e a nasofaringe, e pode ser realizada por várias técnicas como a Técnica de Von Langenbeck, que é uma técnica que une os retalhos mucoperiosteais (WINTER & STUDZINSKI, 2021). Essa cirurgia reconstrói o palato e deve ser realizada entre os 6 e os 18 meses, pois, após os 18 meses, há maior possibilidade da criança apresentar alterações na fala, sendo a responsável pela correção das estruturas anatômicas do palato (MITUUTI et al., 2010).

A palatoplastia tem como objetivo reconstruir a musculatura dos palatos mole e duro, e para realizar a separação do espaço oral e a nasofaringe é preciso realizar mobilização do retalho, inserção na musculatura anormal e desinserir as margens da fissura, reconstruindo na linha média (APPLETON, 2018).

Nos casos de fissuras mais graves a reabilitação protética se torna essencial visto que a fala e a mastigação são comprometidas. É importante ressaltar que cada caso de fissura oral é único e requer uma abordagem individualizada. O planejamento do tratamento deve levar em consideração as necessidades específicas do paciente, a extensão da fissura e as opções de reabilitação disponíveis (OLIVEIRA, 2018).

Algumas das opções de reabilitação para pacientes com FLP são a prótese parcial removível (PPR), sendo esta a opção de reabilitação protética frequentemente adotada por conta da sua versatilidade, baixo custo e simplicidade em sua confecção e manutenção. Porém a escolha deve ser minuciosamente planejada. A prótese total (PT) se apresenta como uma escolha reabilitadora desafiadora para o cirurgião-dentista, pois o paciente com FLP tem uma condição oral não favorável para o alcance da estabilidade e retenção da PT. Uma modificação desta é a prótese total de palato, que tem como objetivo proporcionar estabilidade e função adequadas, melhorando a deglutição para o (VASCONCELOS, 2020).

#### 4. CONCLUSÃO

A fissura labiopalatina, por sua alta prevalência e pelo impacto que exerce sobre funções vitais como alimentação, fonação e respiração, exige uma abordagem precoce e interdisciplinar. Sendo assim, o cirurgião-dentista desempenha um papel importante desde o diagnóstico até a reabilitação funcional e estética dos pacientes. A atuação se mostra indispensável no manejo das dificuldades de amamentação e na orientação às mães reforçando o cuidado único para cada tipo de fissura, bem como na confecção de dispositivos auxiliares, como as placas obturadoras. Além disso, o cirurgião-dentista participa de etapas cruciais da reabilitação, como enxertos ósseos, tratamento ortodôntico, cirurgias ortognáticas e reabilitação protética, contribuindo para a recuperação da estética facial, da função mastigatória e da fala. A intervenção precoce e contínua facilita a adaptação do paciente às necessidades decorrentes da fissura, minimizando impactos negativos no desenvolvimento físico, psicológico e social, e promovendo um crescimento mais saudável. Portanto, a presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar não apenas favorece a saúde bucal, mas também promove qualidade de vida, autoestima e inclusão social dos indivíduos afetados, sendo um integrante indispensável da equipe nos acompanhamentos dos neonatos.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abi Faraj (2007)

AIELLO, C.A.; SILVA FILHO, O.G.; FREITAS, J.A.S. **Fissuras labiopalatais: uma visão contemporânea do processo reabilitador.** in MUGAYAR L.R.F. et al. Pacientes portadores de necessidades especiais. Manual de odontologia e saúde oral. São Paulo, Editora Pancast, cap. 3, p. III-135; 2000.

ALMEIDA, T.C. Tratamento Ortodontico em paciente com fissure lábio palatine. **Revista Interciência**, 2021.

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. 176-8, 2009.

ANDRADE, I.S.; GUEDES, Z. C. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev Bras Saude Matern Infant**, v.5, p.61-9, 2005.

APPLETON, T. M. V. M. **Fendas lábio-palatinas.** Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário Egas Moniz, [S.L.], 2018.

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.

BAEK, S. H.; KIM, N. Y. Congenital missing permanent teeth in Korean unilateral cleft lip and alveolus and unilateral cleft lip and palate patients. **Angle Orthod**, v.77, p. 88–93, 2007.

BERNANDES, M. C.; BATISTA, F. R. S. A importância da reabilitação oral de fissuras labiopalatinas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, 2022.

COSTA, L.K.O.; QUEIROZ, L.L.C.; QUEIROZ, R.C.C.S.; RIBEIRO, T.S.F.; FONSECA, M.S.S. Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura, **Revista de Ciências da Saúde**. v.15, n.1, p.39-46, 2013.

CYMROT, M. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.25, p.648–651, 2010.

DI NINNO, C. Q. **Abordagem fonoaudiológica atual nas fissuras labiopalatina**. In: BRITTO, A. T., organizador. Livro de fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso, p. 325–338, 2005.

DIXON, M.J. et al. Cleft lip and palate: synthesizing genetic and environmental influences. **Nat Rev Genet**. v.12, n.3, p.167–178, 2011.

FARAJ, J. O. R. A.; ANDRÉ, M. **Alterações dimensionais transversas do arco dentário com fissura labiopalatina, no estágio de dentadura decidua**. Dissertação de mestrado, 2007.

FREITAS, J. A. S. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) – Part 4: oral rehabilitation. **J Appl Oral Sci**, v.21, n.3, p. 284–292, 2013.

FREITAS, J.; CARDOSO, M. C. Sintomas de disfagia em crianças com fissura labial e/ou palatina pré e pós-correção cirúrgica. **CoDAS**, v. 30, n.1, 2018.

FREITAS, R. S. et al. Cirurgia ortognática nos portadores de fissuras labiopalatais: experiência e desafios. **Revista Brasileira de Cirurgia Crâniomaxilofacial**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 89-93, jul./set. 2009.

GIRELLI, K.; DORNELLES, S.; COLLARES, M.V.M.; COSTA, S.S. Caracterização do posicionamento e ação motora de língua em pacientes com fissura labiopalatina em um serviço de referência de Porto Alegre. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.57, n.3, p. 202-207, 2013.

GRAZIANI A.G. Efeito da cirurgia ortognática na sensibilidade orofacial em indivíduos com fissura labiopalatina. **Revista CEFAC**, v.18, p. 581-588, 2016.

HARVILLE, E.W.; WILCOX, A.J.; LIE, R.T.; ABYHOLM, F. Cleft Lip and Palate versus Cleft Lip Only: Are They Distinct Defects? **Am. J. Epidemiol.**, v.162, p.448–453, 2005.

JESUS, R. V. R. et al. Reabilitação oral em pacientes com fissura labiopalatina: revisão de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, v. 4, n. 39, 2022.

KONO, D.; YOUNG, L.; HOLTMANN, B. The association of submucous cleft palate and clefting of the primary palate. **Cleft Palate J.** v.18, n.3, p.207-9, 1981.

LIMA JÚNIOR, N.; MORO, M.A.; TANAKA, F.Y.; FATTAH, C.M.R.S.; RENON, M.A. O que significa cirurgia ortognática? **Arq Ciênc Saúde UNIPAR.** v. 3, n.3, p. 273-6, 1999.

LISBÔA, P.K.; ROCHA, V.P.; PINI, R. **Assistência de enfermagem ao paciente com fissura labiopalatal.** Londrina (PR). 2010.

LURENTT, K. et. al. Cirurgia ortognática em paciente portador de fissura lábio-palatina. Relato de caso. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v. 12, n. 1, p. 47-52, jan./mar. 2011.

MANUAL DE CUIDADOS DE SAÚDE E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA COM FENDA ORAL. **Projeto Crânio-Face Brasil.** Campinas. Universidade Estadual de Campinas, 2014. Disponível: <https://portal.fcm.unicamp.br/cranio-face-brasil/> Acesso: Outubro de 2025.

MINAMI, T.R.T.; KAPLAN, E.N.; WU, G.; JOBE, R.P. Velopharyngeal incompetence without overt cleft palate. A collective review and experience with 98 patients. **Plast Reconstr Surg.** v.55, n. 5, p. 573-87, 1975.

MITUUTI, C. T.; PIAZENTIN-PENNA, S. H. A.; BRANDÃO, G. R.; BENTO-GONÇALVES, C. G. A. Caracterização da fala de indivíduos submetidos à palatoplastia primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, Bauru, v. 15, n. 3, p. 355-361, set. 2010.

MONTAGNOLI, L. C. et al. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade: um estudo transversal. **J Pediatr**, v.81, n.6, p. 461–465, 2005.

NEIVA, F. C. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor oral. **J Pediatr**, v.79, n.1, p. 7–12., 2003.

NUNES, L.M.N.; PEREIRA, A.C.; QUELUZ, D.P. Fissuras orais e sua notificação no sistema de informação: análise da Declaração de Nascido Vivo (DNV) em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 1999-2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.345-352, 2010.

OLIVEIRA, L.S. Reabilitação protética em paciente com fissura palatina. Relato de caso. **Revista uninga**, 2018.

OZAWA, T.O. **Aspectos etiológicos, classificação, etapas e condutas terapêuticas para o tratamento interdisciplinar das fissuras labiopalatinas.** Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas. Bauru; 2013.

PALONE, M.R.T.; SILVA, T.R.; VARGAS, V.P.S.; DALBEN, G.S. A relação do gene IRF 6 com a ocorrência de fissura labiopalatina. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v.17, n.2, p.107 – 108, 2015.

PARANAÍBA, L.M.R et al. Cleft lip and palate: series of unusual clinical cases. **Braz J Otorhinolaryngol.** v.76, n.5, p.649-53, 2010.

PESSOA, E.B. Enxertos ósseos alveolares na fissura labiopalatina: protocolos atuais e perspectivas futuras. **Revista de Odontologia da Universidade.** São Paulo, v.27, n.49, 2017.

PICINATO-PIROLA, M. RIBEIRO, M.G.G.; MAGALHÃES, R.G.; SELES, T.P.; CORRÊA, C.C. Teleducação em fissura labiopalatina: elaboração de website. **Audiol Commun Res.** 26:e2419, 2021.

SHAPIRA, Y.; DUBIT, E.; KUFTINEC, M. M. Congenitally missing second premolars in cleft lip and cleft palate children. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.** v.15, p. 396–400, 1999.

SILVA FILHO, O.G.; FERRARI JÚNIOR, F.M.; ROCHA, D.L.; SOUZA FREITAS, J.A. Classificação das fissuras labiopalatinas: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Rev Bras Cir.** v. 82, p.59-65, 1992.

SILVA, L. C.; AMARAL, B.; SILVA, J. Labiopalatin fissure: literary review. **Rev Saúde Mult.**, v. 9, n. 1, p. 58-70, 2021.

SILVA, L. D. et al. Vedamento Parcial de Fissura Labiopalatina Utilizando Placa Obturadora em Resina Acrílica: Relato de Caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 18, 2019.

SPINA, V.; PSILLAKIS, J.M.; LAPA, F.S. Classificação das fissuras lábio-palatinas. **Rev Hosp Clin Fac Med.** São Paulo, v.27, p.5-6, 1972.

TABAQUIM, M.L.M.; JOAQUIM, R.J. Avaliação neuropsicológica de crianças com fissura labiopalatina. **Arch Health Invest.**, v. 2, n.5, p. 59-67, 2013.

TEREZA, G.P.; CARRARA, C.F.; COSTA, B. Tooth abnormalities of number and position in the permanent dentition of patients with complete bilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J.**, v.47, p.247-52, 2010.

VASCONCELOS, K.R. Tratamento com prótese removível em pacientes com fenda lábio palatina. **Instituto Universitário de ciência da saúde**, 2020.

WINTER, S. F.; STUDZINSKI, M. S. A importância das cirurgias para correção de fissura lábiopalatinas. **Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE**, São Paulo, v. 7, n. 10, p. 2186- 2213, out 2021.