

# IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO E PROSERVAÇÃO DE FISSURAS LABIOPALATINAS

## Renata Fernandes

---

Graduação em Odontologia e Pós-Graduação em Endodontia pelo Centro Universitário de Maringá – CESUMAR; Pós-Graduação em Anatomia e Histologia pela Universidade Estadual de Maringá – UEM; Mestranda em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário de Maringá – CESUMAR; E-mail: dra.renatafernandes@hotmail.com

## Marli Aparecida Defani

---

Graduação, Mestrado e Doutorado em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Maringá - UEM; Docente do Departamento de Ciências Morfológicas da Universidade Estadual de Maringá - UEM.

**RESUMO:** As anomalias craniofaciais mais comuns são as fissuras do lábio superior e do palato. As fissuras causam várias alterações que comprometem a fala, a estética, o posicionamento dentário, a deglutição, e podem provocar comprometimento auditivo. O tratamento é complexo, dependendo do grau de acometimento e pode durar até a idade adulta. A reabilitação funcional, estética e social deve ter início precocemente e ser acompanhada por equipe multiprofissional até seu total desenvolvimento. Esse trabalho objetiva proporcionar um conhecimento geral amplo aos profissionais da área da saúde a respeito das dificuldades que portadores de fissuras labiopalatinas apresentam em vários aspectos enfatizando a importância de uma equipe multiprofissional no diagnóstico precoce, tratamento e preservação destas alterações. Para a presente pesquisa realizou-se levantamento bibliográfico a partir de livros e publicações científicas vinculadas a bases de dados referenciadas. Espera-se que o presente trabalho forneça uma importante contribuição para que profissionais de diferentes áreas possam em conjunto, realizar diagnóstico, planejamento e tratamento adequados para cada tipo de fissura labiopalatina considerando as peculiaridades de cada caso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fissura Labial; Fissura Palatina; Tratamento; Equipe de Assistência ao Paciente.

## IMPORTANCE OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM IN THE TREATMENT AND FOLLOW-UP OF LABIAL-PALATAL CLEFTS

**ABSTRACT:** The most common cranium and facial anomalies are clefts in the upper lip and on the palate, which cause several modifications that jeopardize speech, aesthetics, teeth positioning, swallowing and sometimes hearing. Treatment is complex and may depend on the involvement degree of the injury, with duration up to adulthood. Functional, aesthetic and social rehabilitation should start early and followed by a multi-professional team till total development. Current research provides extensive and general information to health professionals on the difficulties that harelip patients experience, with special reference to the importance of a multi-professional team in early diagnosis, treatment and follow-up. A bibliographical survey was performed from books and scientific articles in data bases. It is expected that current research contributes towards health team work, diagnosis, planning and adequate treatment for each type of labial-palatal clefts according to the specificities of each.

**KEY WORDS:** Labial Cleft; Palatal Cleft; Treatment; Assistance Team For the Patient.

## INTRODUÇÃO

Dentre as anomalias craniofaciais mais comuns estão as fissuras do lábio superior e do palato. Em geral, classificam-se de acordo com o desenvolvimento apresentando como ponto de referência a fossa incisiva (MOORE; PERSAUD, 2008).

Sua etiologia ainda apresenta-se controversa (MOORE; PERSAUD, 2008), porém, alguns indivíduos têm maior risco de apresentá-la devido às desigualdades socioeconômicas (ESCOFFIÉ-RAMIREZ et al., 2010). Além disso, este tipo de malformação pode acometer qualquer grupo étnico e racial (LIMA et al., 2008).

Tal anomalia gera grande impacto na saúde e na integração social do indivíduo acometido, pois proporciona alterações na fala, deglutição, audição, estética, entre outras (MONLLEÓ; LOPES, 2006).

Sabe-se que a etapa cirúrgica é indispensável no tratamento de indivíduos que apresentam a referida malformação. No entanto, tal procedimento vai além de recuperar as condições funcionais, levando assim, a transformações na auto-estima e nos relacionamentos interpessoais do portador (VERONEZ; TAVANO, 2005).

Devido às grandes limitações impostas pela anomalia ao indivíduo acometido, é de grande importância a intervenção por profissionais de diferentes áreas na busca pelo melhor atendimento aos portadores desde o nascimento até a idade adulta, sendo necessário ainda, o suporte à família (ESCOFFIÉ-RAMIREZ et al., 2010).

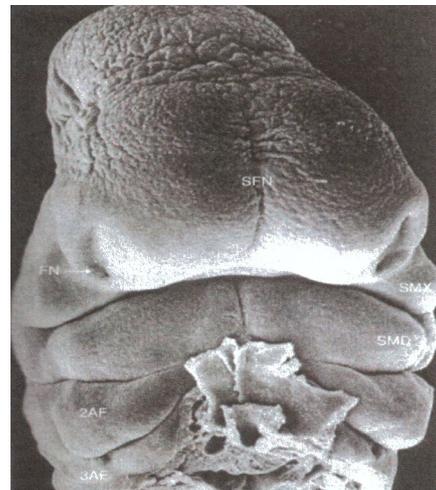
O presente trabalho busca proporcionar um conhecimento geral amplo aos profissionais da área da saúde a respeito das dificuldades que portadores de fissuras labiopalatinas apresentam em vários aspectos, enfatizando a importância de uma equipe multiprofissional no diagnóstico precoce, tratamento e preservação destas alterações.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 DESENVOLVIMENTO DA FACE

Para um melhor entendimento a respeito da

ocorrência das fissuras labiopalatinas é necessário que se compreenda o desenvolvimento craniofacial. No início da quarta semana de desenvolvimento embrionário começam a aparecer os primórdios da face ao redor do grande estomodeu primitivo. Os cinco primórdios da face compreendem uma saliência frontonasal, um par de saliências maxilares e um par de saliências mandibulares (Figura 01).



**Figura 1.** Micrografia eletrônica de varredura da vista ventral de um embrião humano com aproximadamente 33 dias, evidenciando o processo frontonasal (SFN), as fossetas nasais (FN) sendo circundadas pelas saliências nasais mediais, as saliências maxilares (SMX) formando os limites laterais do estomodeu e as saliências mandibulares (SMD).

Fonte: Moore e Persaud (2008)

A saliência frontonasal forma a testa e o dorso e ápice do nariz. As saliências nasais laterais formam as asas do nariz, enquanto as saliências nasais mediais formam, dentre outras estruturas, o septo nasal (AVERY, 2001; MOORE; PERSAUD, 2008). Neste sentido, as saliências maxilares dão origem às partes superiores das bochechas e grande parte do lábio superior. Já as saliências mandibulares formam o lábio inferior, a parte inferior das bochechas, e o mento. No entanto, estes processos ocorrem gradativamente, durante o período de desenvolvimento, conforme mostra a figura 02 (MOORE; PERSAUD, 2008).

Sendo assim, durante a sexta semana de desenvolvimento, os tecidos maxilares e mandibulares fundem-se. O lábio superior é então constituído por um processo nasal medial e por dois segmentos laterais maxilares. O processo nasal medial fica em íntimo contato com a face medial do processo maxilar, e o processo nasal lateral fica acima do processo maxilar. A borda do lábio consiste nos

dois processos maxilares e no processo nasal medial. A fissura labial, seja unilateral ou bilateral, pode ocorrer devido à falta de fusão do processo nasal medial e dos processos maxilares. A ocorrência de fissura mediana do lábio superior é uma condição rara (AVERY, 2001).

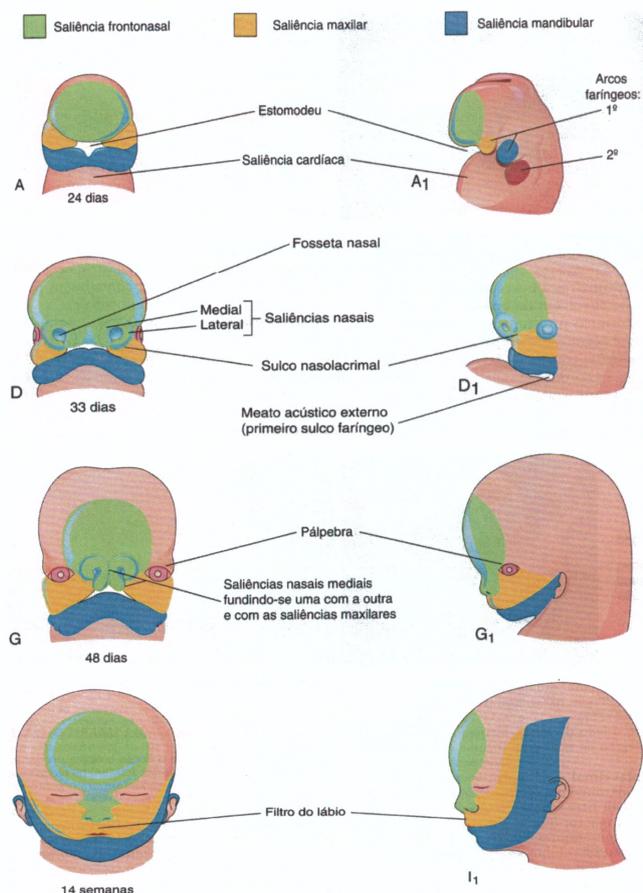


Figura 2. Estágios progressivos do desenvolvimento da face humana. Fonte: Moore e Persaud (2008)

O desenvolvimento do palato tem início na sexta semana, onde inicia-se o desenvolvimento do palato primário e do palato secundário. O palato primário compreende o processo palatino mediano e forma a parte pré-maxilar da maxila. É representado no palato duro do adulto por uma pequena parte anterior à fossa incisiva. O desenvolvimento do palato secundário é o primórdio das partes moles e duras do palato, é formado anteriormente pelo palato duro e posteriormente pelo palato mole (MOORE; PERSAUD, 2008).

As fissuras palatinas podem ocorrer devido à falta de fusão entre estas estruturas, sendo que o período mais crítico da palatogênese compreende do final da sexta semana até o início da nona semana, completando-se somente na décima segunda semana de desenvolvimento (MOORE; PERSAUD, 2008).

## 2.2 ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DAS FISSURAS LABIOPALATINAS

A etiologia das fissuras labiopalatinas ainda apresenta-se controversa, mas pode estar associada a fatores genéticos, ambientais, entre outros. Os fatores genéticos em geral, estão associados a síndromes. Dentre os fatores ambientais estão relacionados ao tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, uso de drogas anticonvulsivantes, radiações ionizantes, fatores nutricionais e infecciosos, que ocorrem durante o período embrionário e início do período fetal (GARIB et al., 2010; CAMPILLAY; DELGADO; BRESCOVICI, 2010).

No mundo, estima-se que haja a existência de um a dois casos de fissura labial e/ou palatal para cada 1.000 nascimentos. Já no Brasil as estatísticas apontam para um caso a cada 650 nascimentos (FIGUEIREDO et al., 2008; GARIB et al., 2010).

Sabe-se que esta malformação pode acometer qualquer indivíduo, independente do fator socioeconômico, raça, etnia e gênero (LIMA et al., 2008), podendo haver uma predileção maior por determinado fator. Neste sentido, indivíduos que apresentam fator socioeconômico desfavorável, têm maior risco de serem acometidos por fissuras labiopalatinas (CERQUEIRA et al., 2005). Este fator influencia no estado de saúde das pessoas (CERQUEIRA et al., 2005; ESCOFFIÉ-RAMÍREZ et al., 2010; GARIB et al., 2010), podendo haver falta de acesso aos cuidados necessários, como por exemplo, o acompanhamento pré-natal e o acesso a uma dieta composta por nutrientes necessários ao desenvolvimento adequado do feto (ESCOFFIÉ-RAMÍREZ et al., 2010).

Em relação à raça, conforme um estudo realizado por Rezende e Zöllner (2008), houve apenas um caso de criança negra portadora de fissura, as demais crianças que apresentaram tal anomalia eram da raça branca. Considerando estes aspectos, outros estudos confirmam a referida predileção (MARTELLI JUNIOR et al., 2007; CARVALHO; TAVANO, 2008; SILVA et al., 2008; FREITAS et al., 2009; CAMPILLAY; DELGADO; BRESCOVICI, 2010). A literatura revela ainda, que há uma ocorrência maior de fissuras em indivíduos do sexo masculino (VERONEZ; TAVANO, 2005; MARTELLI JUNIOR et al., 2007; CARVA-

LHO; TAVANO, 2008; REZENDE; ZÖLLNER, 2008; SILVA et al., 2008; COUTINHO et al., 2009; FREITAS et al., 2009; CAMPILLAY; DELGADO; BRECOVICI, 2010; ESCOFFIÉ-RAMÍREZ et al., 2010).

### 2.3 ALTERAÇÕES RESULTANTES DAS FISSURAS LABIOPALATINAS

As fissuras labiopalatinas causam várias alterações que comprometem a fala, a estética, o posicionamento dentário, a deglutição, a fonação, a respiração, a nutrição (FIGUEIREDO et al., 2008), e ainda, podem provocar comprometimento auditivo devido às otites médias recorrentes (ZAMBONATO et al., 2009). A relação maxilomandibular pode tornar-se desfavorável devido a alterações dentárias, como a presença de dentes extra-numerários, fusão, agenesias dentais, ocasionando desta forma, más oclusões diversas (MASTRANTONIO; CASTILHO; CARRARA, 2009; FIGUEIREDO, et al., 2008).

A alimentação da criança portadora de fissura durante o período neonatal é um grande desafio, pois cada tipo de fissura promove uma consequência específica relacionada à alimentação (MENDES; LOPES, 2006). Dentre as principais complicações para a alimentação, pode-se citar a sucção ineficiente, o tempo de mamada prolongada e a regurgitação do leite para a cavidade nasal (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; MENDES; LOPES, 2006).

A alimentação e a nutrição são fatores essenciais para que ocorra um desenvolvimento adequado na infância, porém, a falta de orientação compatível com a situação, pode muitas vezes, tornar a alimentação um problema (CAMPILLAY; DELGADO; BRECOVICI, 2010). Desta forma, para que se possa evitar complicações, durante a amamentação, deve-se manter a criança em posição semi-sentada, prevenindo assim a aspiração, e ainda, para que a criança possa eructar durante a amamentação é importante realizar pausas. A região oronasal deve ser sempre higienizada antes e depois da alimentação, para que resíduos e partículas de leite sejam removidos da região (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

É importante ressaltar que apesar das dificuldades, o processo de desenvolvimento da criança portado-

ra de fissura labiopalatina principalmente nos primeiros anos de vida, depende em grande parte da alimentação. O estado nutricional e o desenvolvimento físico da criança são fatores considerados para que se possa realizar a correção cirúrgica (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

### 2.4 CLASSIFICAÇÃO DAS FISSURAS LABIOPALATINAS

A classificação mais utilizada para as fissuras labiopalatinas foi a proposta por Spina et al. (1972), e modificada por Silva Filho et al. (1992), observada no quadro 1.

QUADRO 1. Classificação das fissuras labiopalatinas.

Grupo	Classificação das Fissuras	Localização – Grau de acometimento
I	Fissuras pré-forame incisivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unilateral:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- direita (completa / incompleta)</li> <li>- esquerda (completa / incompleta)</li> </ul> </li> <li>• Bilateral:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completa</li> <li>- Incompleta</li> </ul> </li> <li>• Mediana               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completa</li> <li>- Incompleta</li> </ul> </li> </ul>
II	Fissuras transforame incisivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unilateral               <ul style="list-style-type: none"> <li>- direita</li> <li>- esquerda</li> </ul> </li> <li>• Bilateral</li> <li>• Mediana</li> </ul>
III	Fissuras pós-forame incisivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completa</li> <li>• Incompleta</li> </ul>
IV	Fissuras raras da face	

Fonte: Silva Filho et al. (1992).

Na presente classificação, o forame incisivo é utilizado como ponto de referência, sendo o limite entre o palato primário e o palato secundário, separando desta forma, as fissuras labiopalatinas em fissuras pré-forame incisivo, fissuras pós-forame incisivo e fissuras transforame incisivo. As fissuras podem ser unilaterais ou bilaterais, completas ou incompletas (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

As fissuras podem ocorrer ainda, de forma sub-

mucosa, onde o osso apresenta-se com fissura e a mucosa permanece íntegra, o que gera grandes prejuízos para a fonação. Neste tipo de fissura existe grande dificuldade por parte dos profissionais em realizar o diagnóstico precoce, comprometendo assim, a recuperação das crianças portadoras (COUTINHO et al., 2009).

#### 2.4.1 Fissura pré-forame incisivo

São as fissuras que ocorrem anteriormente ao forame incisivo, podendo acometer somente o lábio – fissura incompleta, ou atingir lábio e processo alveolar simultaneamente – fissura completa, e ainda, podem ser unilateral, bilateral ou mediana (SPINA et al., 1972). Os portadores acometidos por este tipo de fissura, quando comparados àqueles que apresentam a fissura pós-forame incisivo, apresentam menores dificuldades alimentares (MENDES; LOPES, 2006).

Na fissura pré-forame incisivo incompleta as crianças podem apresentar dificuldades para realizar a sucção por não haver um ajuste adequado da boca ao bico da mamadeira ou do seio materno, conduzindo ao escape do alimento. Mesmo na fissura pré-forame incisivo completa, a criança pode apresentar dificuldade de estabilizar o bico na boca devido a projeção da maxila (MENDES; LOPES, 2006).

#### 2.4.2 Fissura pós-forame incisivo

São as fissuras que ocorrem no palato. Podem atingir apenas o palato, somente a úvula, ou acometer todo o palato duro e palato mole (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000). Este tipo de fissura, seja completa ou incompleta, apresenta alto grau de complexidade, pois esta alteração proporciona a comunicação entre as cavidades oral e nasal, impedindo desta forma que ocorra a pressão negativa intra-oral e levando assim, à regurgitação nasal (MENDES; LOPES, 2006).

#### 2.4.3 Fissura transforame incisivo

São as fissuras labiopalatinas, as quais caracterizam-se como o tipo mais complexo de fissura. Causam

inúmeros problemas alimentares, respiratórios, de fonação, deglutição e alterações oclusais (FIGUEIREDO et al., 2008), pois neste tipo de fissura os indivíduos apresentam o lábio, o alvéolo, o palato duro e o palato mole acometidos (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; MARTELLI JÚNIOR et al., 2006; MENDES; LOPES, 2006).

#### 2.5 TRATAMENTO

O tratamento das fissuras é complexo, e, dependendo do grau de acometimento, pode ser necessário até a idade adulta (CERQUEIRA et al., 2005; LIMA, et al., 2008). É importante ressaltar que o estado nutricional da criança e seu desenvolvimento físico são fatores considerados para que a correção cirúrgica possa ser realizada (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; ZAMBONATO et al., 2009). A idade ideal para que se possa iniciar o tratamento cirúrgico é de três meses para fissuras labiais e nove meses para fissuras palatinas (COUTINHO et al., 2009).

As cirurgias primárias de queiloplastia e palatoplastia contribuem para a reabilitação das fissuras. São cirurgias realizadas em tecidos moles com a finalidade de reconstrução do lábio e palato. As cirurgias secundárias devem ser realizadas somente em idade pré-escolar (LIMA et al., 2008).

Neste contexto, um estudo realizado por Ribeiro, Leal e Thuin (2007), em determinado centro de tratamento de anomalias craniofaciais, mostrou que muitos pacientes que concluíram os tratamentos reabilitadores primários de queiloplastia e palatoplastia ainda nos primeiros anos de vida, não receberam acompanhamento posterior. Os mesmos pacientes já adultos, ao procurarem tratamento ortodôntico apresentaram más-oclusões severas.

Sabe-se que as cirurgias primárias a longo prazo exercem um efeito negativo no crescimento maxilar, e por este motivo, é fundamental que os profissionais envolvidos no tratamento reabilitador realizem adequado planejamento e acompanhamento dos pacientes. Em geral, as consequências das cirurgias primárias são as más-oclusões severas, com mordida cruzada de diferentes proporções, provocadas pelo déficit maxilar. Entretanto, as complicações maiores ocorrem em fissuras transfora-

me incisivo, pois neste tipo de fissura ocorre a ruptura total da maxila, e por esta razão, apresentam maior complexidade terapêutica quando comparada às fissuras pré e pós forame incisivo (LIMA et al., 2008).

O enxerto cirúrgico pode ser realizado para que haja a correção do defeito ósseo alveolar em fissuras pré-forame e transforame incisivo, e para que ocorra a união entre os processos palatinos em fissuras pós-forame e transforame incisivo (RIBEIRO; LEAL; THUIN, 2007). Para que portadores de fissuras labiopalatinas possam receber tratamento cirúrgico adequado, foram estabelecidos protocolos, que incluem desde a avaliação pré-internação até o acompanhamento pós-cirúrgico para cada tipo de fissura labiopalatina (LIMA et al., 2008). No entanto, durante a fase de planejamento, os profissionais devem estar atentos às peculiaridades de cada caso.

O tratamento ortodôntico é fundamental na reabilitação de portadores de fissuras que passaram por cirurgias primárias, e que realizarão cirurgias secundárias. Desta forma, a terapia ortodôntica é planejada em fases separadas, uma pré-enxerto e outra pós-enxerto ósseo. O crescimento deficiente da maxila e as alterações encontradas no osso alveolar são fatores considerados no momento do planejamento ortodôntico (LIMA et al., 2008).

Entretanto, o tratamento não se restringe apenas às intervenções cirúrgicas e ortodônticas, necessita ainda de inúmeros outros procedimentos que devem ser realizados, por profissionais de diferentes áreas, conforme estabelece a Portaria 62 SAS/MS, constituindo assim, uma equipe multiprofissional de atenção à saúde de indivíduos fissurados.

## 2.6 PORTARIAS QUE DEFINEM OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATINAS

No Brasil, existem vários centros de excelência no tratamento de anomalias craniofaciais. A Portaria 62 SAS/MS normaliza o cadastramento de hospitais que realizam procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de fissura labiopalatinas para o Sistema Único de Saúde (MONLLEÓ; LOPES, 2006). Embora existam critérios internacionais com padrões nor-

te-americanos e padrões europeus para constituição de equipes multiprofissionais, a Portaria 62 SAS/MS, define que o hospital deve oferecer serviços de clínica médica, fonoaudiologia, otorrinolaringologia, odontologia geral, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, serviço social, psicologia, cirurgia plástica, anestesia, enfermagem, fisioterapia, nutrição e atendimento familiar. Constituiu-se então, a equipe multiprofissional garantindo um tratamento integrador ao paciente portador de fissura (FREITAS et al., 2009).

Através da publicação da Portaria 718 SAS/MS, o Sistema Único de Saúde garante a assistência aos pacientes que apresentam anomalia do crânio e bucomaxilofacial com melhora na organização e criação de novos procedimentos. Esta portaria estabelece ainda procedimentos para a especialidade de Ortodontia e Ortopedia para os Centros de Tratamento da Má Formação Labiopalatal (BRASIL, 2010).

A inclusão efetiva da assistência à saúde aos portadores de anomalias craniofaciais no Sistema Único de Saúde, somente foi conquistada após anos de muitas tentativas por parte de pesquisadores, profissionais da área e familiares de indivíduos portadores (MONLLEÓ; LOPES, 2006).

## 2.7 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

As fissuras labiopalatinas geram um impacto na aparência da criança portadora de fissura (MENDES; LOPES, 2006; COUTINHO et al., 2009), e, por este motivo, a família ao perceber esta alteração, mostra dificuldades em aceitar tal anormalidade, sendo necessária a intervenção de psicólogos e acompanhamento por uma equipe de serviço social para que a criança seja adequadamente inserida no ambiente familiar (BRASIL, 1994).

A equipe de enfermagem fornece as primeiras informações relacionadas aos cuidados de higiene e alimentação que a criança fissurada deve receber (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; MENDES; LOPES, 2006). Torna-se importante enfatizar que o estado nutricional da criança é um fator considerado na decisão pelo procedimento cirúrgico (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; ZAMBONATO et al., 2009), sendo assim, o acompa-

mento nutricional por um profissional da área, como um nutricionista, é de fundamental importância para o adequado desenvolvimento da criança.

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 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 portadores (MANZANO et al., 2005).

O cirurgião-dentista é um profissional que apresenta grande importância no tratamento odontológico corretivo, pois as fissuras labiopalatinas causam alterações dentárias diversas, fazendo-se necessário um prolongado tratamento odontológico (MASTRANTONIO; CASTILHO; CARRARA, 2009).

Portanto, para que haja sucesso no tratamento reabilitador, é indiscutivelmente necessária a intervenção de uma equipe multiprofissional, atuando na reabilitação funcional, estética e social, e ainda, na preservação de fissuras labiopalatinas (CARVALHO; TAVANO, 2008).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fissuras labiopalatinas constituem um tipo complexo de anomalia craniofacial, pela qual o portador apresenta inúmeras alterações físicas, psicológicas e sociais.

O diagnóstico deve ser realizado tempestivamente, para que a equipe multiprofissional, composta por dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, médicos, assistentes sociais, possa realizar um adequado planejamento das etapas do tratamento do paciente fissurado.

Sendo o tratamento uma condição prolongada, é de fundamental importância que seja realizado o acompanhamento do portador até a idade adulta.

Diante do exposto, espera-se que o presente trabalho forneça uma importante contribuição para que profissionais de diferentes áreas possam em conjunto, realizar diagnóstico, planejamento, tratamento e preservação adequados para cada tipo de fissura labiopalatina considerando as peculiaridades de cada caso.

### REFERÊNCIAS

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, abr. 2000.

AVERY, J. K. Desenvolvimento da face e do palato. In: AVERY, J. K. *Fundamentos de histologia e embriologia bucal: uma abordagem clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap. 4, p. 38-47

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 62 SAS/MS, de 19 de abril de 1994, Dispõe normas para o cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação de portadores de fissuras lábio-palatal para o SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a assistência aos pacientes com anomalia do crânio e região bucomaxilofacial. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2010.

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. CEEAC*, São Paulo, v.12, n.2, abr. 2010.

CARVALHO, L. C. F.; TAVANO, O. Agenesias dentais em fissurados do Centro Pró-Sorriso – Universidade José do Rosário Vellano. *RGO*, Porto Alegre, v.56, n.1, p. 39-45, jan./mar. 2008.

CERQUEIRA, M. N. et al. Ocorrência de fissuras labiopalatinas na cidade de São José dos Campos – SP. *Rev Bras*

**Epidemiol**, v.8, n.2, p. 161-166, 2005.

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. Saúde Mater Infant.**, Recife, v.9, n.2, p. 149-156, abr./jun. 2009.

ESCOFFIÉ-RAMIREZ, M. et al. Asociación de lábio y/o paladar hendido con variables de posición socioeconômica: um estudio de casos y controles. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.10, n.3, p. 323-329, july/sept. 2010.

FIGUEIREDO, M. C. et al. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má oclusão – relato de caso clínico. **RFO**, Porto Alegre, v.13, n.3, p. 73-77, set./dez. 2008.

FREITAS DE, A. B. et al. Fissuras lábio-palatinas: estudo sobre a população assistida por um serviço de referência no Estado de Minas Gerais. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v.45, n.2, p. 107-112, abr./jun. 2009.

GARIB, D. G. et al. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas. **Rev. Clin. Ortod. Dental Press**, Maringá, v.9, n.4, p. 30-36, ago./set. 2010.

LIMA, M. L. S. et al. Fissuras labiopalatais - Considerações sobre o tratamento interdisciplinar. **Orthodont Science and Practice**, v.1, n.2, p. 173-177, 2008.

MANZANO, R. M. et al. Incidência de alterações respiratórias nos primeiros anos de vida em pacientes com fissura pós-forame isolada. **RBM - Pediatria Moderna**, São Paulo, v.41, n.6, p. 304-307, nov./dez. 2005.

MARTELLI JÚNIOR, H. et al. Prevalence of nonsyndromic oral clefts in a reference hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, between 2000 – 2005. **Braz. Oral. Res.**, v.21, n.4, p. 314-317, 2007.

MASTRANTONIO, S. S.; CASTILHO DE, A. R. F.; CARRARA, C. F. C. Anomalias dentárias em criança com fissura de lábio e palato. **Odontol clín-cient.**, Recife, v.8, n.3, p. 273-278, jul./set. 2009.

MENDES, L. G. A.; LOPES, V. L. G. S. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. **Rev. ciênc. méd.**, Campinas, v. 15, n. 5, p. 437-

448, set./out. 2006.

MONLLEÓ, I. L.; LOPES, V. L. G. S. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, 913-921, maio 2006.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 181-196.

REZENDE, K. M. P. C.; ZÖLLNER, M. S. A. C. Ocorrência de fissuras labiopalatais no município de Taubaté nos anos de 2002 a 2006. **Pediatria**, São Paulo, v.30, n.4, p. 203-207, 2008.

RIBEIRO, A. A.; LEAL, L.; THUIN DE, R. Análise morfológica dos fissurados de lábio e palato do Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.12, n.5, p. 109-117, set./out. 2007.

SILVA, D. S. F. et al. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. **RGO**, Porto Alegre, v.56, n.4, p.387-891, out./dez. 2008.

SILVA FILHO, O. G. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **RBC – Rev. bras. cir.**, v.82, n.2, mar./abr. 1992.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas: Sugestões de modificação. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.

VERONEZ, F. S.; TAVANO, L. D'A. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 12, n. 3, p. 133-137, jul./set. 2005.

ZAMBONATO, T. C. F. et al. Perfil de usuários de AASI com fissura labiopalatina. **Braz. J. Otorhinolaryngol.**, v.75, n.6, p. 888-892, nov./dez. 2009.

*Recebido em: 24 de setembro de 2012*

*Aceito em: 25 de janeiro de 2013*