

**DOSSIÊ PRODUÇÃO DISCENTE**

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA AMAMENTAÇÃO DE BEBÊS COM FISSURA PALATINA<sup>1</sup>**

**ACTUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN LACTANCIA INFANTIL CON FISURA PALATINA**

**SPEECH THERAPY PERFORMANCE IN BREASTFEEDING BABIES WITH CLEFT PALATE**

---

Luciana Ribeiro Basílio Santos <sup>2</sup>

**RESUMO:**

O presente artigo trata da problemática das fissuras palatinas, visando a uma orientação dos fonoaudiólogos voltada à amamentação para as mães que tem bebês com esta malformação. A justificativa está na necessidade de aplicar técnicas fonoterápicas em bebês com fissura palatina durante o período da amamentação, salvaguardando a saúde da criança. O objetivo deste trabalho foi aprofundar as técnicas que o fonoaudiólogo pode aplicar sobre os recém-nascidos com fissura palatina. O trabalho foi feito através de pesquisa bibliográfica, sendo realizadas consultas em bibliografias especializadas. Sendo assim, foi possível concluir a importância do fonoaudiólogo em apontar às genitoras as diversas técnicas que facilitam o aleitamento materno dos recém-nascidos fissurados, salientando para a importância da posição correta da pega, evitando que ocorra a aspiração o alimento e maiores complicações médicas.

**PALAVRAS-CHAVES:** Fissura Lábio Palatina. Amamentação. Fonoaudiologia.

---

<sup>1</sup> Artigo desenvolvido sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Me. Elizabeth Matilda de Oliveira Williams e co-orientação do Prof. Me. Luiz Maurício Nogueira Nunes da Fonoaudióloga Valéria Tavares da Silva Moreira e do Prof. Me. Cecilio Peixoto Gomes Neto como avaliação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, no 8º. Período do curso de Fonoaudiologia e apresentado à banca examinadora.

<sup>2</sup> Aluna do curso de Fonoaudiologia do UNIFLU. E-mail: [lufono15@gmail.com](mailto:lufono15@gmail.com)

**RESUMEN:**

Este artículo trata la problemática de las fisuras palatinas, buscando una orientación a los fonoaudiólogos dirigida a la lactancia materna para las madres que tienen bebés con esta malformación. La justificación está en la necesidad de aplicar técnicas fonoterápicas en bebés con fisura palatina durante el período de lactancia, salvaguardando la salud de este niño. El objetivo de este trabajo fue profundizar las técnicas que el fonoaudiólogo puede aplicar sobre los recién nacidos con fisura palatina. El trabajo se hizo a través de la investigación bibliográfica, siendo realizadas consultas en bibliografías especializadas. Por lo tanto, se ha podido concluir la importancia del fonoaudiólogo en señalar a las genitoras las diversas técnicas que facilitan la lactancia materna de los recién nacidos fisurados, destacando la importancia de la posición correcta del agarre, evitando la aspiración del alimento y mayores complicaciones médicas.

**PALABRAS CLAVE:** Fisura Labiopalatina. Amamantamiento. Fonoaudiología.

**ABSTRACT:**

This article deals with the problem of cleft lip palates, aiming at an orientation to speech therapists regarding breastfeeding for mothers who have babies with this malformation. The justification is the need to apply speech therapy techniques in babies with cleft palate during the breastfeeding period, safeguarding the health of this child. The objective of this study was to deepen the techniques that the speech pathologist can apply to the newborn with cleft palate. The methodology applied was bibliographic research, through articles, scientific journals and technical papers available at scientific sites. It was possible to conclude that the role of the speech therapist is to point out to the mother the techniques that facilitate breastfeeding for newborns, emphasizing the importance of correct attachment position, avoiding milk aspiration and more serious medical complications.

**KEYWORDS:** Cleft Lip Palatine. Breastfeeding. Speech Therapy.

**1 - INTRODUÇÃO**

O aleitamento materno tem desempenhado um papel importante na saúde da mulher e da criança e inúmeros trabalhos têm sido publicados ressaltando a proteção conferida à criança. O leite humano é considerado o padrão ouro na alimentação do lactente e o crescimento e desenvolvimento da criança amamentada, a norma. (BAUTZER, 2017).

O presente artigo trata da problemática das fissuras palatinas, visando uma orientação dos fonoaudiólogos às mães que tem bebês com esta malformação, especificamente no ato de amamentar.

A fissura lábio palatina, para Lofiego (1992), é uma malformação de origem congênita, de etiologia genética e ambiental, com variabilidade que oscilam desde uma sutil bifurcação chegando até fissuras complexas.

A chegada de um recém-nascido é sempre algo novo em qualquer tipo de ambiente familiar. Este requer cuidados na amamentação. Em crianças portadoras de fissura palatina, estes cuidados são ainda maiores.

Desta forma, o objetivo geral da presente pesquisa foi aprofundar as técnicas de amamentação que o fonoaudiólogo pode aplicar sobre os recém-nascidos com fissura palatina (FP). Dentre os objetivos específicos estão: identificar os pacientes portadores de fissura do palato; apontar os graus de dificuldade que cada uma delas pode apresentar durante a amamentação; e analisar as técnicas fonoterápicas aplicadas, facilitando o procedimento.

A justificativa está na necessidade de promover o aleitamento materno em bebês com fissura palatina durante os seis primeiros meses, salvaguardando a saúde desta criança.

O método desta pesquisa foi feito através de busca bibliográfica, para a qual foram feitas pesquisas em livros, artigos, revistas científicas e trabalhos técnicos científicos disponíveis em sites da internet, conforme constam nas referências.

As fissuras labiopalatinas estão entre as malformações congênitas mais frequentes (STYER; FREEH, 1981; DANNER; WILSON-CLAY, 1986; CROSSMAN, 1998; PINTO et al., 1990; LUZ-LÓPEZ et al., 2000) e, certamente, são as anomalias craniofaciais mais comuns. Seu surgimento se dá na vida pré-natal, entre a oitava e a décima segunda semana de gestação (PERALTA; TORRES, 1992; CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1994).

## **2 - HISTÓRIA DA FISSURA LÁBIO PALATINA**

O primeiro relato de fissura labial foi no primeiro século da era cristã, mas a primeira cirurgia data do ano 390 que ocorreu na China (LOFIEGO, 1992).

Esta primeira cirurgia, ao contrário do que muitos imaginam, não foi realizada por um médico, mas sim por um físico, que ficou conhecido na história como doutor lábio.

No final do milênio, Albucasis, o maior cirurgião da escola árabe, usou a autorização para reduzir a surdez. Cinco séculos depois os cirurgiões turcos ainda preferiam este método. Smith e Dawson encontraram uma múmia egípcia com fissura palatina. Em 1556, Pierre Franco descreveu detalhadamente a operação de Ambroise. Parré, em 1568, que pela primeira vez ilustrou o procedimento. Com o advento da anestesia as técnicas tiveram um grande avanço. A primeira referência moderna de fechamento de uma fissura de palato mole é creditada a Le Monnier. Em geral, podemos dizer que os métodos antigos nunca deram resultados satisfatórios (LOFIEGO,1992).

A partir dos anos 80 do século passado, os estudos e cirurgias na área de fissura do palato passaram por grandes progressos. Isto graças à Logopedia, cujo desenvolvimento desembocou na Fonoaudiologia, segundo Lofiego (1992), e deu grande bagagem teoria à fonoaudiologia.

O indivíduo portador de fissura palatina, geralmente apresenta algum tipo de dificuldade no convívio social, isto pela dificuldade na fala que a patologia apresenta. Com o avanço das técnicas de procedimentos cirúrgicos levam a um resultado que favorece a aparência e a fala. O que fornece suporte para a fonoaudiologia e a foniatría (LOFIEGO,1992).

No Brasil, estima-se a existência de um caso para 650 nascidos vivos, sendo que os poucos estudos apresentam reduzida confiabilidade devido ao fato de utilizarem-se amostras pequenas e, em sua maioria, relativas a estatísticas hospitalares de algumas localidades do país. Ao analisar as informações descritas do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), NUNES et al (2005), constataram que a fissura palatina apresentou uma taxa de subnotificação de cerca de 75%.

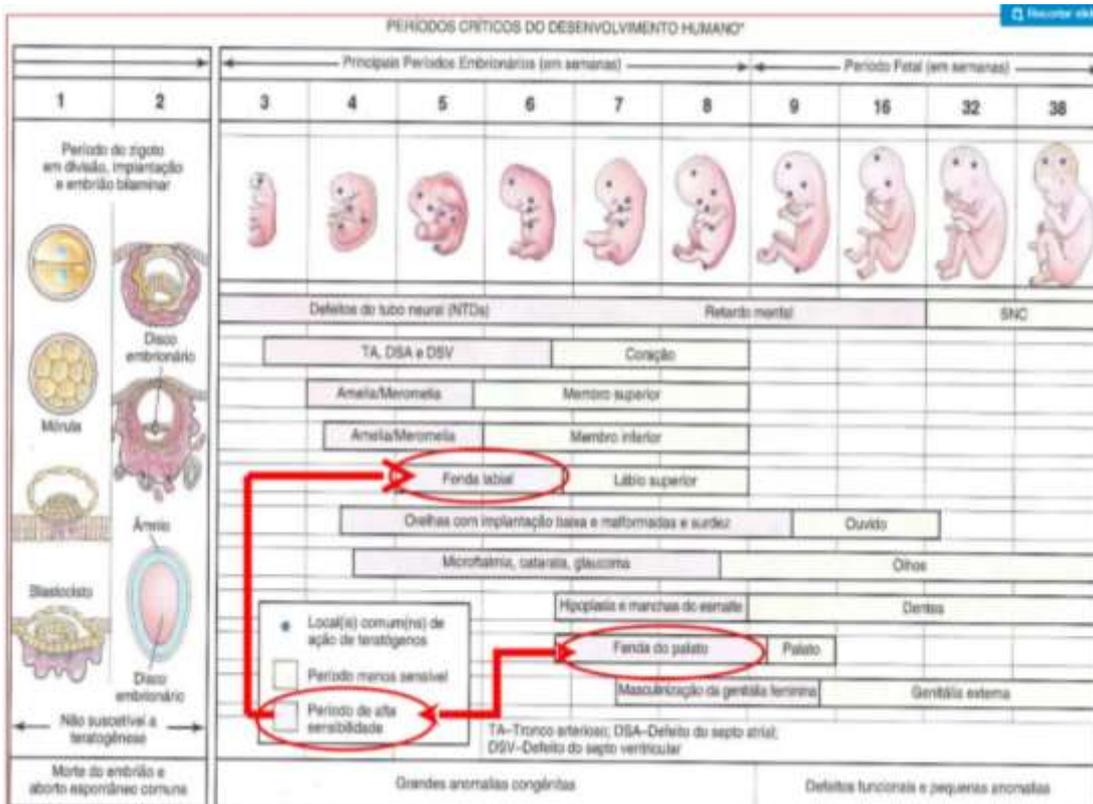
A prevalência de fissuras labiopalatais no Município de Campos dos Goytacazes, entre 1999 e 2004, foi de 1,35 casos por 1000 nascidos vivos. O tipo de fissura mais encontrado foi a palatina e o gênero masculino foi o mais atingido. Apesar da raça branca ser a mais acometida pela malformação, o percentual de casos por raça não diferiu estatisticamente em relação à distribuição de nascidos na população.

A maior parte das mães era solteira ou separada, possuindo como característica o baixo grau de escolaridade (NUNES, 2010).

### 3 -TERATOGENIA - ORIGEM GENÉRICA DA FISSURA LÁBIO PALATINA

Vamos partir da consideração da imagem abaixo:

Figura 1- Embriologia



Fonte: <https://pt.slideshare.net/solangegiaretta/fenda-palatina-ii-e-fistularaqueoesofagica>

O desenvolvimento embrionário humano é algo complexo, em especial a parte da cabeça e face. Assim alterações nas mais diversas fases do embrião podem ocasionar anomalias. Dentre estas as fissuras no lábio e no palato ou ambos.

Segundo Lofiego (1992) o encéfalo embrionário humano começa a se diferenciar em duas partes. É justamente no primeiro mês que o palato se forma. No fim da 4ª semana, o encéfalo se divide em duas partes: uma anterior e outra

média. Nas eminências inferiores e lateral, há invaginações progressivas das eminências nasais e lateralmente dos brotos oculares. A maxila de projeta através de um esboço lateral e inferiormente, deixando uma depressão linear entre os brotos nasais e oculares. Essa depressão è o esboço do canal lacrimal. (...) Ao nível ventral do embrião, há uma fusão dos 1° e 2° arcos branquiais. Os sulcos nasais tornam-se mais profundos e mais medianos.

O desenvolvimento do palato inicia-se no final da quinta semana e não se completa antes da 12ª semana, sendo o período propício a malformação o final da sexta semana até o início da nona semana (MOORE; PERSAUD, 2008). O palato se desenvolve em duas etapas: primário e secundário.

O palato primário é uma massa mesênquima em forma de cunha entre as superfícies internas das saliências maxilares das maxilas em desenvolvimento, ou seja, ele forma a parte pré-maxilar da maxila (MOORE; PERSAUD, 2008).

O palato secundário é composto por partes duras e moles do palato, ele começa a se desenvolver a partir de duas projeções mesenquimais que se estendem das faces internas das saliências maxilares (MOORE; PERSAUD, 2008). Após o desenvolvimento da mandíbula, a língua desloca-se assumindo a posição inferior da boca. Em seguida os processos palatinos laterais se alongam e vão para uma posição horizontal superior à da língua (MOORE; PERSAUD, 2008).

A face humana é formada por dois processos distintos: o maxilar e o mandibular. A fissura é oriunda da falta de colágeno no primeiro e no segundo processo.

A falta de colágeno no processo maxilar resulta em fissura mediana. Falta de colágeno no processo nasal e maxilar geral deformidades no lábio superior e conseqüentemente a fissura labial.

Sarria (1998) concluiu sobre os fatores que levam a fissura lábio palatina, apontando algumas direções como a influência da idade dos genitores, são mais freqüentes nas classes baixas e em mães solteiras que trabalham fora, ameaças de aborto no primeiro trimestre de gestação, stress emocional, fumo e alcoolismo na gestação, drogas anticonvulsivantes, sedativos, substância antiblásticas, agrotóxicos, deficiência nutricional, e fatores genéticos variados, sendo a grande maioria prematura em peso .

Como a fissura labial do palato não é unicausal, há algumas doenças dos genitores que são associadas a esta malformação como a epilepsia, rubéola, toxoplasmose, varíola, herpes, sarampo e a gripe. Todas quando ocorrem no primeiro trimestre gestacional, segundo Sarria (1998).

#### **4 - CONCEITOS RELEVANTES DE FISSURA PALATINA**

Há alguns conceitos que se fazem relevantes na compreensão da patologia da fissura palatina tornando-se essenciais no tratamento fonoaudiológico e na importância da amamentação do recém-nascido portador desta fissura (Lofiego,1992).

A fissura do palato é uma má formação, na fase embrionária, ou seja, congênita, que ocorre de forma variada, indo desde uma pequena fenda até à separação total.

Disglossias são, segundo Lofiego (1992), transtornos da articulação dos fonemas devidos a alterações orgânicas dos órgãos periféricos da fala e não de origem neurológica central.

Palato para Lofiego (1992) separa a cavidade bucal da nasal. Propicia divisão parcial entre as porções nasal e bucal da faringe. Palato mole é a prega fibromuscular mole presa à borda posterior do palato duro.

#### **5 - OS RECÉM-NASCIDOS FISSURADOS E AMAMENTAÇÃO**

Os recém-nascidos (RN) com fissura do palato têm uma diferente anatomia na estrutura bucofaringe, que oferta maior atenção no momento da alimentação, em especial a materna.

Para atingir o desenvolvimento destes é necessária uma nutrição que possa suprir as necessidades, faça-o ganhar peso e saúde. Assim uma avaliação nutricional é primordial, pois se tem o prognóstico, diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional, além da verificação da eficácia da terapia nutricional (AULER, 2008).

O leite humano, em virtude de suas propriedades antifecciosas, protege os RN contra infecções desde os primeiros dias de vida. Além de diminuir o número de episódios de diarreia, encurta o período da doença, quando ela ocorre, e diminui o

risco de desidratação (COSTA; GOTLIEB, 1998). Os inúmeros benefícios do leite humano para o RN incluem também aspectos econômicos, higiênicos, imunológicos, psicossociais e cognitivos, bem como aqueles relativos à prevenção de doenças maternas (MELENDEZ, 2004).

Para Lofiego (1992) bebês com fissuras devem ter a amamentação ainda assim encorajada, mesmo eles não tendo capacidade de fazer pressão aérea intra oral suficiente para adequar a sucção e para que se tenha a pressão adequada são utilizadas placas, de acrílico, que tem o objetivo de fechar o palato.

**Figura 2** - Placa que auxiliam na amamentação de bebês com fissura



Fonte: <http://fissuralabiopalatina.blogspot.com/2009/05/uso-de-plaquinha-protese-de-palato-e.html>

O paciente pode ser relativamente livre de infecções das vias aéreas superiores se for alimentado de forma correta e seguindo as recomendações dadas (LOFIEGO,1992).

Para alimentar um RN com FLP de forma segura e adequada é possível realizar adaptações posturais e usar estratégias facilitadoras durante a administração alimentar. É importante que profissionais e familiares considerem que o próprio RN se adapta às condições anatômicas, de forma reflexa, visando suprir uma necessidade vital de obtenção do alimento. Enquanto as adaptações internas ocorrem por meio da necessidade do RN em ingerir o alimento, as adaptações externas são aquelas em que os profissionais e familiares podem proporcionar para facilitar este processo. Além das adaptações posturais e implementação de

estratégias facilitadoras, é possível também adequar a mamadeira (bico e furo) usada para oferecer o leite. As seguintes observações permitem ajustes que podem favorecer o processo alimentar do RN com FLP desde a primeira mamada (WEYAND, 2017).

O principal alimento a ser ofertado a um recém-nascido é o leite materno, como foi dito anteriormente. Sendo administrado diretamente no seio, ou por forma de ordenha, administrado através de mamadeira. Isto para reduzir os riscos de intolerância a outros tipos de leite.

**Figura 3** - Bomba Lactina Select da Medela Bomba *Pump In Style Advanced* (PISA) da Medela



Fonte: <http://kellymom.com/mother2mother/exclusive-pumping/>

O fato é que crianças com fissura lábio palatinas têm que ter um acompanhamento multiprofissional de equipe de saúde, desde seu nascimento. Isto inclui médico pediatra, nutricionista, enfermeiro, fonoaudiólogo.

O apoio da equipe de saúde é fundamental, com orientações sobre as possibilidades e limitações do aleitamento materno para que o momento da alimentação, natural ou artificial, seja uma experiência gratificante, promovendo vínculo entre a díade, sem frustrações ou culpa caso não se consiga estabelecer ou manter o aleitamento natural por muito tempo. O desejo de amamentar ou não, bem como as dificuldades tanto da mãe como do recém-nascido devem ser respeitados (BUENO, 2004) .

Para facilitar à sucção a mama pode ser massageada ou ordenhada, isto deixa a mama mais macia e o leite venha com mais facilidade, facilitando a alimentação do

recém-nascido. A posição da cabeça também é importante, isto para evitar refluxo e aspiração.

Quanto à posição, o RN deve permanecer elevado, minimizando o refluxo nasal de alimentos durante a deglutição. A literatura refere diferentes posições para favorecer o aleitamento materno de RN com FLP: convencional, com o bebê semi-sentado, invertida e cavaleiro (ou cavalinho), a escolha de uma delas dependerá do conforto da díade e da promoção de uma alimentação funcional (WEYAND, 2017).

**Figura 4** - Posições para aleitamento em bebês com fissura lábio palatino



Fonte: Weyand e Barbosa, 2017.

Mesmo sendo a alimentação dos RN com FP algo difícil, estes e grande capacidade de adequação. A fissura do lábio não acarreta tanta dificuldade, mas sim a fissura do palato implica na sucção. Os que apresentam maior dificuldade, um dos meios usados é a sucção adaptada a um processo mecânico, cabendo ao fonoaudiólogo ofertas as adaptações mais adequadas a casa paciente, respeitado suas necessidades.

É possível facilitar a alimentação de alguns RNs com fissura palatina por meio da sucção adaptada, cujas formas variam de acordo com as necessidades específicas de cada bebês. Apesar dos termos serem semelhantes, é importante

distinguir sucção adaptada (uma necessidade para que o RN com FLP obtenha seu leite) de deglutição adaptada (uma alteração tratada pelo fonoaudiólogo). Todos os ajustes durante o processo alimentar têm como objetivo promover uma alimentação segura e adequada minimizando riscos de engasgo, fadiga, redução da quantidade ingerida e, conseqüentemente, visam prevenir os problemas com ganho pômdero-estatural (WEYAND, 2017).

Quando o aleitamento direto no seio não é viável, entre em cena a mamadeira. Para Lafiego (1992), a amamentação de um bebê com fissura do palato é algo que apresenta dificuldade. Onde quatro pontos fundamentais devem ser seguidos. O primeiro ponto é segurar o bebê de forma vertical, quase sentado, isto facilita a deglutição. Segundo ponto é usar de uma mamadeira com abertura nas laterais onde se introduz os dedos para dar apoio. O terceiro ponto é usar um bico ortodômico para prematuros. A quarta observação é não aumentar o orifício do bico da mamadeira.

**Figura 5** - Tipos de mamadeira e bico



Fonte: [www.lillo.com.br](http://www.lillo.com.br)

O uso da mamadeira não requer necessariamente abandonar o leite materno. Ele pode ser ordenhado e administrado na mamadeira. Em caso do leite não ser o materno, a indicação deve vir do médico pediatra e equipe nutricional que irá indicar o melhor para o RN. É importante salientar que técnicas fonoaudiológicas facilitam o processo de aleitamento deste RN.

O bico pode ser posicionado sobre a língua e direcionado ao encontro da estrutura rígida existente no palato, como o processo palatino ou rebordo alveolar do lado não fissurado (no caso de fissura unilateral). Esta estratégia permite que o recém-nascido retire o leite mesmo quando não consegue a mudança na pressão

intraoral necessária para sucção. Desta forma, se adapta rapidamente a esse processo mecânico. Nos casos de FLP bilateral completa é importante atentar para a possibilidade da ocorrência de ulceração do vômer, devido a um maior atrito com o bico da mamadeira. Com alguns RNs é necessário realizar mais pausas para eructar, pois o RN com FP deglute uma quantidade maior de ar levando a uma ingestão reduzida de leite. Uma das formas de diminuir a aerofagia é manter o bico cheio de leite evitando coluna de ar, da mesma forma que nos RNs sem fissura. Após a eructação, oferecer novamente a mamadeira para verificar se o RN ainda está com fome. O tempo de mamada não deve exceder 30 minutos (PADRO, 2015).

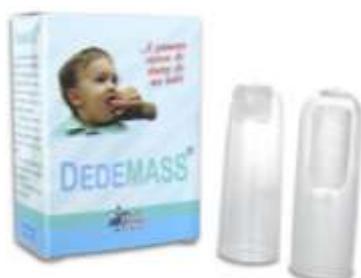
O bico não é tão importante. O que mais importa são as técnicas supracitadas, usadas no momento do aleitamento. Não havendo no mercado um bico específico para RN com FP. Isto por que todo caso apresenta particularidades. Porém, os bicos mais indicados no mercado são: ortodôntico de látex; ortodôntico big para líquidos engrossados e super bico de látex. (WEYAND, 2017).

O leite deve gotejar e não escorrer, para evitar engasgo. O aleitamento deve ser feito com intervalos que oscilam de 2h30min ou 3h. Quando este for alimentado no seio, a oferta é livre.

## 6 - O TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO EM BEBÊS FISSURADOS

Para Lofiego (1992), em bebês o essencial é estimular o desenvolvimento das estruturas faciais, a mobilidade e a tonicidade. O que pode ser obtido através de massagens realizada com os dedos ou com a parte traseira de uma escova dentária e ainda com uma dedeira Dedemass.

**Figura 6** - Dedeira Dedemass



A sucção deve ser estimulada através da sucção voluntária de dedos indicadores, seio materno e chupeta de bico ortodôntico, sendo que o bebê deve estar usando a placa obturadora para tornar possível a pressão aérea intra-oral suficiente para a realização da sucção. A deglutição deve ser feita na posição vertical, e o balbucio motivado pelos pais, propiciando o desenvolvimento da linguagem (Lofiego, 1992).

## **7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A espera e nascimento de um bebê é algo cheio de novidades e anseios para uma família. Traz consigo novas descobertas e muito aprendizado. Quando este chega e aponta uma malformação, as genitoras ficam ansiosas e temerosas frente a algo inesperado e desconhecido. Isso é normal. Sentir-se impotente, quere ajudar, lidar com a situação sem saber como, é frustrante.

Mas, passado o primeiro impacto, este trabalho busca mostrar que, com ajuda adequada, as mães podem lidar com a malformação palatina, em especial na hora de alimentá-lo.

As genitoras de RN com FP devem ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional desde o nascimento do bebê. Tal equipe é constituída por médicos pediatras, cirurgião, enfermeiro, nutricionista e fonoaudiólogos, buscando ofertar o melhor tratamento, adequando a realidade de cada bebê.

O papel do fonoaudiólogo é apontar às genitoras as técnicas que facilitam a amamentação no seio, e quando está não é possível, a alimentação via mamadeira de modo adequado.

A alimentação é totalmente possível e deve ser estimulado. O posicionamento do bebê na vertical é importante para que o líquido não seja aspirado. O massageamento estimula as terminações nervosas e reduz o stress do bebê. O uso do bico ideal facilita a alimentação através da mamadeira, caso esta seja a melhor solução encontrada. Todas estas técnicas auxiliam a alimentação, fazendo o bebê ganhar peso. Além disso, acalenta a ansiedade das mães e proporcionam um desenvolvimento saudável dos fissurados.

## REFERÊNCIAS

BAUTZER, Ana Paula. et. al. *Administração alimentar no recém-nascido com fissura labiopalatina*. 2017.

BUENO, L.G.S.; TERUYA, K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr (Rio J)*.v.80, n.5 ,p.S126- S130, 2004.

COSTA, E. C.; GOTLIEB, S. D. L. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da declaração do nascido vivo. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4; p. 328-334, 1998.

LOFIEGO, Janqueline Lanza. Fissura lábio palatino: Avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. Rio de Janeiro. *Revinter*,1992.

MELLENDEZ–VELASQUES, G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 3, p. 33-37, 2004

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. *Embriologia clínica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NUNES, Luiz Maurício Nogueira; PEREIRA, Antonio Carlos; QUELUZ, Dagmar de Paula. 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. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 345-352, Mar. 2010 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14131232010000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232010000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 14 nov. 2018.

PRADO-OLIVEIRA, R. Disfagia Orofaríngea em bebês com anomalias craniofaciais e síndromes genéticas. In: 48º Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas HRAC-USP, 2015, Bauru. *Anais...* 2015.

SARRIA, EANC E MEDEIROS, VSTL. Aplicações e métodos Fisioterápicos para Queiloplastias. *Revista Brasileira de Cirurgia*. 1988.

WEYAND, I.C.G.; BARBOSA, D.A.; Como o meu bebê vai mamar? In: BARBOSA, D.A.; PANNUNZIO, L. *As Fissuradas – guia de orientações sobre fissura labiopalatina*. Ribeirão Preto: Book Toy, 2017.