

UNICESUMAR - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FISSURA LÁBIO-PALATINA E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA

VANESSA DE CASSIA COMINI

MARINGÁ – PR
2022

Vanessa de Cassia Comini

FISSURA LÁBIO-PALATINA E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA

Artigo apresentado ao curso de graduação em Odontologia da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Wagner Simm.

MARINGÁ – PR

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO
VANESSA DE CASSIA COMINI

FISSURA LÁBIO-PALATINA E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA

Artigo apresentado ao curso de graduação em Odontologia da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Wagner Simm.

Aprovado em: 01 de Dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Me. Wagner Simm – Unicesumar – Mestre em Prótese.

Dr. Fernando Orosco - Unicesumar - Doutor em Endodontia.

Dra. Janaína Maniezo de Souza – Unicesumar – Doutora em Odontopediatria.

FISSURA LÁBIO-PALATINA E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA

Vanessa de Cassia Comini

RESUMO

A fissura lábio-palatina, caracterizada como uma má-formação congênita, desenvolvida desde o período embrionário, afeta a região oral e nasal, ocasionando a comunicação entre essas estruturas. As opções de tratamento para essa anormalidade congênita consistem em intervenção cirúrgica, denominada palatoplastia, ou reabilitação por meio de próteses. Este artigo é uma revisão de literatura de caráter narrativo, tem como referência as pesquisas que abrangem a indicação e o tipo de próteses para fissurados palatinos. As próteses utilizadas para essa anomalia possuem duas funções, elevadora e obturadora. A prótese palatina pode estar associada à prótese dentária em adultos, ou também associadas à placa ortodôntica, em crianças e adolescentes. Com base neste artigo, nota-se como as próteses palatinas são importantes aliadas na reabilitação destes pacientes, a fim de promover a melhora da fonética e na qualidade de vida destas pessoas.

Palavras-chave: Fissura Palatina; Obturadores Palatinos; Reabilitação; Adulto; Criança.

PALATINE LIP CISSURE AND THE PROSTHETIC REHABILITATION PROCESS

ABSTRACT

Cleft lip and palate is characterized as a congenital malformation, developed since the embryonic period, affecting the oral and nasal regions, causing communication between these structures. Treatment options for this congenital abnormality consist of surgical intervention called palatoplasty or rehabilitation through prostheses. This article is a literature review of a narrative nature, based on studies that cover the indication and type of prostheses for cleft palates. The prostheses used for this anomaly have both elevator and obturator functions, the palatal prosthesis may be associated with a dental prosthesis in adults, or also associated with an orthodontic splint in children and adolescents. Based on this article, it is noted how the palatal prostheses are important allies in the rehabilitation of these patients, in order to promote the improvement of their phonetics and their quality of life.

Keywords: Cleft Palate. Palatal Obturators. Rehabilitation. Adult. Child.

1 INTRODUÇÃO

A fissura lábio-palatina é uma anormalidade congênita complexa, que atinge as estruturas anatômicas ósseas e tecidos moles como nariz, lábio, palato duro e palato mole. Logo, a fissura lábio-palatina ocorre pela falta ou ausência de difusão das estruturas palato e lábio, envolvendo as estruturas mencionadas anteriormente (MODOLIN; KAMAKURA; CERQUEIRA, 1996).

Essa anormalidade pode ser identificada e visível, de acordo com Silva; Fúria; Di Ninno (2005), após o nascimento da criança, sendo que a fissura se torna um desafio depois do nascimento e nos primeiros meses de vida; uma consequência da mesma está presente no ato da amamentação, tendo em vista que a amamentação exige que a criança faça pressão negativa na sucção, ocorrendo o isolamento da cavidade oral:

A vida social dos pacientes e dos seus pais se torna prejudicada devido a essa doença. Muitas vezes os pais não sabem a quem recorrer quando seus filhos nascem com esse prognóstico, e são totalmente ignorados a importância de obter um início do tratamento o mais rápido possível e a importância do acompanhamento por anos depois do procedimento cirúrgico. Sendo assim ficam por conta da equipe de saúde que passa as orientações para essas famílias (FIGUEIREDO et al., 2010).

A prótese de palato pode ser mencionada como um aparelho protético, como também pode ser dividida em três partes: porção anterior (palato duro); porção intermediária (palato mole); e sua porção posterior (região faríngea). Sendo assim, as próteses mostram-se eficazes para corrigir as má-formações de fissuras palatinas que não obtiveram sucesso cirúrgico, ou quando o procedimento para esses pacientes está contraindicado (FIGUEIREDO et al., 2004).

Após a conclusão de todas as etapas da prótese para esses pacientes, é necessário que o retorno aconteça periodicamente; no retorno, o cirurgião-dentista irá avaliar se será necessária alguma manutenção, readaptação ou um refinamento do selamento do bulbo faríngeo. Entretanto, o retorno pode sofrer algumas alterações, caso haja necessidade e fatores específicos como condição dentária do paciente, esfoliação de dentes decíduos (troca de dentição), tipo de prótese indicada e idade do paciente (SANTOS; CONCEICAO; RAMIRO, 2014).

2 METODOLOGIA

O estudo apresentado é de caráter dissertativo, por meio de uma revisão de literatura, com o objetivo de realizar a contextualização do tema proposto, com base em livros e artigos já existentes. Este tipo de revisão possibilita encontrar dados, relatos e resultados, baseados nas literaturas existentes, foram encontrados trinta e dois artigos, e destes, utilizou-se como referência vinte e cinco, publicadas entre o período de 1972 a 2020, via *online*, por meio de banco de dados no Medline (*National Library of Medicine*), Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e também no PubMed (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Sendo assim, para a pesquisa, foram selecionadas as seguintes palavras-chave em língua portuguesa: Fissura palatina; obturadores palatinos; reabilitação; adulto; criança. As palavras-chave, na língua inglesa: *cleft palate; palatal obturators; rehabilitation; adult; child*.

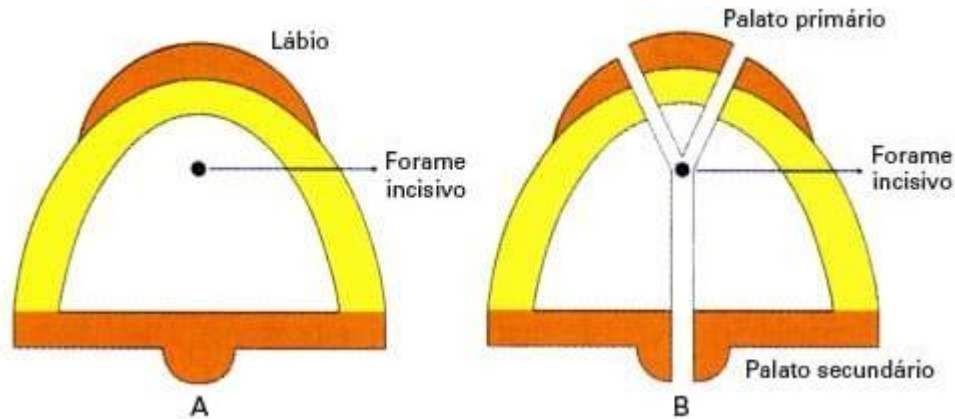
Os critérios de inclusão na avaliação priorizados para a pesquisa foram pacientes que possuem a fissura lábio-palatina sem sucesso cirúrgico por meio da palatoplastia; os pacientes com fissura palatina adquirida e respectiva reabilitação protética. Os critérios de exclusão avaliados foram os pacientes que obtiveram sucesso cirúrgico após a palatoplastia primária ou secundária e que não foi necessário o uso de prótese palatina para reabilitação.

3 FISSURA PALATINA

3.1 ORIGEM E DESCRIÇÃO

As fissuras palatinas (FLP), também conhecidas como fenda palatina, é uma anormalidade genética que ocorre durante a formação e o desenvolvimento fetal; caracteriza-se pela presença de comunicação buco-nasal por perfuração do palato (duro ou mole), com visualização do septo, cavidade e corneto inferior. Esta fissura pode abranger e ser dividida em palato primário e/ou palato secundário; a fissura presente no palato primário tem como estruturas acometidas a pré-maxila, forame incisivo e os quatro dentes incisivos superiores (Fig. 1). A fissura em palato secundário acomete as estruturas dos ossos palatinos e as cristas palatinas dos maxilares (SPINA; PSILLAKIS; LAPA, 1972).

Figura 1 - Maxila e Forame Incisivo



Fonte: SILVA FILHO; TRINDADE; FREITAS (2007,p.21)

A – Ilustração esquemática, representando a maxila e o “forame incisivo” – referência anatômica usada na classificação de Spina.

B – Origens embrionárias da maxila: palatos primário e secundário. O forame incisivo delimita a formação embrionária das estruturas maxilares.

(Silva Filho OG, Trindade Souza Freitas JA. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: IEK, Silva Filho OG. Fissuras Lábio palatinas – uma abordagem multidisciplinar. Ed Santos, São Paulo, 2007. p.21).

Loffredo et al. (1994), em estudo de caso e controle, relataram alguns fatores que podem ser considerados como possibilidade de risco para o surgimento fissuras lábio-palatinas no embrião: epilepsia na mãe, ingestão de anti-inflamatório na gestação, hereditariedade, poluição, ocorrência de Raio X e aplicação de pesticidas na lavoura pelo pai.

Existem duas teorias clínicas que explicam o motivo do surgimento da fissura palatina. A primeira, descrita por Dursy (1869) e His (1892), cuja descrição é aceita por muitos autores da área e que propõe que a origem da fissura palatina é a não fusão dos processos faciais ainda no período embrionário, em decorrência de fatores e condições adversas, como já mencionado acima. A segunda teoria, de acordo com Warbrick (1938); Stark (1954) e outros colaboradores, considera que a fissura palatina tem origem celular, sendo acarretada pela não migração e penetração das células de origem mesodérmica, resultando num quadro essencial para o surgimento desta anormalidade.

Todavia, até nos dias atuais, sabe-se que a origem da fissura palatina é desenvolvida ainda no período embrionário, com constantes interações de vários genes associados a fatores ambientais, estudos estes denominados como herança multifatorial. Sendo assim, a fissura

palatina pode ser identificada ainda em período fetal, por meio do exame de imagem de ultrassonografia morfológica, no segundo trimestre de gestação, a partir de décima-quarta semana, ou momento do nascimento do neonato (MODOLIN; KAMAKURA; CERQUEIRA, 1996).

O modelo de estudo e levantamento oligogênico de herança indica as mutações genéticas raras. Sendo assim, propõe que vários genes atuam em conjunto para desenvolver as fissuras orofaciais. Atualmente este modelo de herança é o mais aceito. Apoiado inteiramente por dados experimentais, o modelo mostra que a morfologia da língua e do palato é o resultado da mescla de interações celulares, processos de migração celular (como os que envolvem as células da crista neural), processos de diferenciação celular e processos de morte celular; todos são regulados por uma série de proteínas estruturais e reguladoras (SUAZO; SANTOS et al., 2005).

Apesar dos inúmeros estudos realizados nos diversos institutos de pesquisa do mundo, ainda não há uma definição concreta dos mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento dessa doença. Acredita-se que uma combinação de vários fatores, tanto genéticos quanto não genéticos, seja a mais provável e aceita nos dias atuais (CHAN; MCPHERSON; WHITEHILL, 2006).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

Estudos e levantamentos epidemiológicos não revelam a incidência de presença de fissurados palatinos na população do mundo; já, quando restringimos a pesquisa somente à população brasileira, os estudos revelam que a incidência é de um a cada 650 recém-nascidos (MATOS et al., 2019).

Alguns estudos epidemiológicos demonstram a incidência em grupos e regiões distintos. Segundo Gorlin et al. (2001), a FLP possui incidência de um caso com variação de 0,7 a 1,3 para cada 1.000 nascimentos em caucasóides. Em uma pesquisa realizada em escolas na cidade de Bauru, Estado de São Paulo, Nagem et al. (1968), identificaram uma incidência de 1,54 casos para cada 1.000 nascimentos.

3.3 TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO

O tratamento para pacientes com fissura palatina consiste em procedimentos cirúrgicos (palatoplastia) e não cirúrgicos; quando o caso não está indicado à cirurgia, é realizada a reabilitação com prótese. Quando a cirurgia está indicada, é realizada a palatoplastia, uma cirurgia reabilitadora cujo objetivo reside em reconstruir a forma anatômica do palato, resultando positivamente no mecanismo velofaríngeo que repercute diretamente na fala (CARREIRÃO & SILVA, 1996; BERTIER & TRINDADE, 2007; PETERSON-FALZONE et al., 2001).

Nos casos cirúrgicos, quando a cirurgia de palatoplastia está indicada e que são bem-sucedidas quanto ao vedamento das estruturas, o acompanhamento é feito com menor frequência. Porém, em casos cirúrgicos nos quais não se obtém o sucesso ou o paciente possui contraindicação cirúrgica, opta-se pelo acompanhamento e reabilitação protética para vedamento da fissura palatina. O acompanhamento odontológico, nos casos de insucesso cirúrgico ou contraindicação, é realizado com maior frequência para que o cirurgião-dentista verifique se a prótese está adaptada e se as estruturas orais estão dentro da normalidade:

O acompanhamento e manejo com os pacientes que apresentam a fissura palatina deve ocorrer constantemente, e também, possuir uma equipe multidisciplinar neste acompanhamento, composta por profissionais como fonoaudiólogo, cirurgião dentista, otorrinolaringologista e psicólogo. O tratamento multidisciplinar é uma das condições indispensáveis para o sucesso na reabilitação dos pacientes com FLP (SILVA et al., 2008,p.2).

Portanto, a prótese é uma grande aliada na reabilitação de pacientes que possuem fissura palatina, uma vez que a mesma permite que o indivíduo tenha obtenção da reintegração do sistema estomatognático (CARREIRÃO & SILVA, 1996; BERTIER & TRINDADE, 2007; PETERSON-FALZONE et al., 2001).

No Brasil, há universidades preparadas para receber e atender à população com essa deformidade, dentre elas, citam-se o Centrinho, localizado na cidade de Bauru, Estado de São Paulo, e a instituição Centro de Atendimento ao Fissurado Lábio Palatal – CAIF, situado na cidade de Curitiba, no Estado do Paraná (MATOS et al., 2020).

Em ambas as instituições, o atendimento a esses pacientes ocorre totalmente custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de forma integral e humanizado. O protocolo de atendimento ocorre da seguinte maneira:

- . 1ª semana ao 3º mês: o paciente passa por uma terapêutica clínica básica, envolvendo a pediatria e a enfermagem, e também direcionada, com o fonoaudiólogo e dentista;
- . 3º ao 6º mês: é realizada a cirurgia unilateral do lábio e/ou bilateral em dois tempos e, caso necessário, o otorrinolaringologista fará drenagens dos ouvidos (em casos de infecção);
- . 6º ao 15º mês: é dada sequência a terapia clínica básica, com o pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo e dentista;
- . 15º ao 18º mês: a cirurgia do palato é realizada em tempo único;
- . 18º mês ao 5º ano: é feito o acompanhamento do paciente junto à terapia básica, inclui médico pediatra, fonoaudiólogo, psicólogo e dentista;
- . 5º ano ao 7º ano: é realizada a expansão rápida da maxila, caso necessário, pelo ortodontista;
- . 6º ano ao 9º ano: Nessa época geralmente, já ocorreu à maior parte do crescimento da maxila então é realizada a cirurgia de enxerto ósseo alveolar pela equipe de cirurgia;
- . 9º ano ao 16º ano: é dado o início da ortodontia corretiva;
- . 16º ano ao 20º ano: se necessário o paciente é submetido à cirurgia ortognática (FILHO et al., 2003).

A disfunção velofaríngea, termo utilizado para definir qualquer alteração do mecanismo velofaríngeo, resulta da falta de tecido na estrutura de palato mole que se une e se comunicam entre si, com o objetivo de alcançar o fechamento velofaríngeo necessário. A presença de disfunção velofaríngea (DVF) em pacientes com fissura palatina está ligada a resultados cirúrgicos desfavoráveis (palatoplastias) ou mesmo à impossibilidade de reabilitar o palato cirurgicamente, de forma a promover o bom funcionamento do mecanismo velofaríngeo. Sendo assim, aos pacientes que possuem a insuficiência velofaríngea se faz necessário avaliação por consulta a um cirurgião, para que seja analisada a necessidade de intervenção por meio de correção cirúrgica e terapia de fala, para fortalecimento e correção muscular os quais são realizados por fonoaudiólogo. Esta insuficiência pode estar presente em pacientes operados e não operados (BZOCH, 2004; MARSH, 2004; KUMMER, 2008; PEGORARO-KROOK, 2010).

3.4 REABILITAÇÃO PROTÉTICA

A prótese de palato é um aparelho bucal removível, dividido em três porções, a anterior; a intermediária (velar); e a faríngea (SELL; GRUNWELL, 2001). A prótese é confeccionada pelo dentista, com auxílio do fonoaudiólogo, e deve ser feita respeitando-se as diferenças anatômicas individuais de cada paciente. A sua porção anterior é similar a uma prótese convencional, que pode ser uma prótese parcial removível, uma prótese total, uma

sobredentadura ou uma placa acrílica tipo ortodôntica (PINTO; DALBEN; PEGORARO-KROOK, 2007).

A função da prótese palatina é importante para preencher as necessidades da cavidade oral do paciente como repor dentes ausentes (COLLINS et al., 2010). A confecção das etapas de próteses de palato em crianças não é considerada uma tarefa simples (ORTELAN et al., 2007).

O sucesso da prótese de palato para correção da insuficiência velofaríngea e, conseqüentemente, das alterações de fala em crianças com fissura palatina depende de muitos fatores que ainda precisam ser investigados. A pouca literatura existente nesta área é baseada, em sua grande maioria, no relato de casos clínicos, sem a investigação de todo o processo envolvido na confecção desse tipo de prótese e de possíveis intercorrências de tratamento (AFERRI, 2011).

4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Em virtude das revisões literárias e dados mencionados, averiguou-se que ainda é incerta a origem da fissura lábio-palatina, e que a qualidade de vida do paciente é prejudicada desde o nascimento até a resolução do tratamento do mesmo. Sendo assim, muitas alternativas de reabilitação são propostas pelos autores, dentre elas, tratamento cirúrgico, reabilitação protética, em casos em que a cirurgia está contraindicada, ou reabilitação com combinação de cirurgia e prótese com elevação de palato. fala (CARREIRÃO & SILVA, 1996; BERTIER & TRINDADE, 2007; PETERSON-FALZONE et al., 2001; AFERRI, 2011).

Por consequência, é de suma importância o tratamento e o acompanhamento imediato, logo quando identificada a fissura, ou seja, após o nascimento do recém-nascido. A cirurgia de palatoplastia pode ocorrer entre o 15° ao 18° mês de vida. Neste período, a intervenção cirúrgica é expressamente importante, e o impacto na vida do paciente, neste momento, é menor que tardiamente (FILHO et al., 2003).

De maneira geral, os casos de cirurgia na etapa correta, na maioria, são bem-sucedidos. Por outro lado, também há os casos em que não há sucesso ou contraindicação; para estes, é necessário que o acompanhamento seja realizado de forma integrativa, por um profissional, de preferência cirurgião bucomaxilofacial, pois a prótese possui extensões e o profissional deve

ter vasto conhecimento para avaliar também as estruturas anatômicas. Entre os casos de contraindicação cirúrgica podem ser citados, pacientes com anemia, pacientes em que as estruturas anatômicas não irão se colabar, após a intervenção cirúrgica por falta e ausência de tecido e pacientes que possuem alguma comorbidade que está contra indicada a realização cirúrgica. E também, a fissura lábio-palatina pode ser adquirida, em casos quando o paciente possui um tumor de origem cancerígena maligna na região de palato, que sua remoção cirúrgica afetará as estruturas e a reabilitação pós cirúrgica será por meio de prótese palatina (AFERRI, 2011).

5 CONCLUSÃO

Levando-se em consideração o que foi observado nas revisões literárias, conclui-se, dessa maneira, que a anormalidade da fissura lábio-palatina é desenvolvida no período embrionário, sendo que não há um único fator responsável. Entretanto, sabe-se que há fatores genéticos e não genéticos associados à fissura palatina. Portanto, a participação da prótese palatina juntamente à fissura traz resultados positivos, pois o objetivo da prótese para a reabilitação é eliminar ou diminuir a hipernasalidade, oriunda da movimentação das paredes orais durante a fala.

REFERÊNCIAS

AFERRI, H.C. **Avaliação das etapas de confecção da prótese de palato em crianças com fissura palatina**. Faculdade de Odontologia de Bauru. Bauru. São Paulo. p.39. 2011.

BERTIER, C.E.; TRINDADE, I.E.K. Cirurgias primárias de lábio e palato. In: TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. editors. *Fissura Labiopalatinas uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos, 2007. p. 73-86.

BZOCH, K.R. Introduction to the study of communicative disorders in cleft palate and related craniofacial anomalies. In: BZOCH, K.R. **Communication disorders related to cleft lip and palate**. 5th ed. Austin: Pro-ed; 2004. p. 3-66.

CARREIRÃO, S.; SILVA, M.O. Conceitos atuais do Tratamento Cirúrgico da fissura palatina. In: CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINI, S.A. *Tratamento das Fissuras Labiopalatinas*. 2. ed. Rio de Janeiro, Revinter; 1997. p. 9-179.

CHAN, R.K.; MCPHERSON, B.; WHITEHILL, T.L. *Chinese attitudes toward, cleft lip and palate: effects or personal contacto*. *Cleft Palate Craniofac J*. 2006;43(6):731-9.

COLLINS, J.M.; WITCHER, T.P.; JONES, V.S.; NOAR, J.H.; NAINI, F.B. **An alternative retainer design for cleft patients: the “aesthetc” retainer**. *Cleft Palate Craniofac J*. 2010;47(6):597-99.

FIGUEIREDO, I. M. B.; BEZERRA, A. L.; MARQUES, A. C. L.; ROCHA, I. M.; MONTEIRO, N. R. Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 3, jul. 2004. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40817309.pdf>. Acesso em: 18 set. 2022.

FIGUEIREDO, M. C.; PINTO, N. F.; FABRICIO, F. K.; BOAZ, C. M. S.; FAUSTINOSILVA, D. D. Pacientes com fissura labiopalatina- acompanhamento de casos clínicos. **ConScientiae Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, maio. 2010. Disponível em: <http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/view/2256/1736>. Acesso em: 15 jul. 2022.

FILHO, R. R. F.; PINTO, J. R.; MARTINS, L. P.; STABLE, G. A. V.; BORGES, H. O. I. Tratamento de pacientes portadores de fissuras lábio-palatais. **Revista da Associação Odontológica do Norte do Paraná**, Londrina, v. 17, set./dez. 2003. Disponível em: <http://www.aonp.org.br/fso/revista17/rev1726.htm>. Acesso em: 29 ago. 2022.

Gorlin RJ, Cohen MM, Hennekam RCM. Syndromes of head and neck. In: AUTOR. *Orofacial clefting syndromes: general aspects*. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 850-860.

KUMMER, A.W. *Cleft palate and craniofacial anomalies: effects on speech and resonance*. 2nd ed. San Diego: Delmar Cengage Learning; 2008. 678 p.

LOFFREDO, L,C,M.; SOUZA, J.M.P.; YUNES, J.; SOUZA FREITAS, J.A.; SPIRI, W.C. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controlado. **Rev. Saúde Pública**. 1994;28:213-7.

MARSH, J.L. *The evaluation and management of velopharyngeal dysfunction*. **Clin Plast Surg**. 2004;31(2):261-9.

MATOS, F. G. et al. Perfil Epidemiológico das fissuras labiopalatinas de crianças atendidas em um centro de referência paraense. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.10, p. 1-14, 2020.

MODOLIN, M.; KAMAKURA, L.; CERQUEIRA, E M. Classificação, etiologia, patogenia e incidência das fissuras lábio-palatinas. In: CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINI, A.S. editores. *Tratamento das Fissuras Lábio-palatinas*. Rio de Janeiro: **Revinter**; 1996. p. 13-7.

NAGEM FILHO, H.; MORAES, N.; ROCHA, R.G.F. Contribuições para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo**. 1968;6(2):111-128.

NORONHA, D. P.; FERREIRA, S. M. S. P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, B, S.; CONDÓN, B. V.s; KREMER, J. M. (Org.). **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Bela Horizonte: UFMG, 2000.

ORTELAN, R.R. **Prótese de palato em sujeitos com disfunção velofaríngea**: Expectativa e ansiedade [dissertação]. Bauru (SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

PETERSON-FALZONE, S.J.; HARDIN-JONES, M.A.; KARNELL, M.P. *Communication disorders associated with cleft palate*. In: PETERSON-FALZONE, S.J.; HARDIN-JONES, M.A.; KARNELL, M.P. Editor. **Cleft Palate Speech**. 3. ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001. p. 162-99.

PINTO, J.H.N.; DALBEN, G.; PEGORARO-KROOK, M.I. *Speech intelligibility of patients with cleft lip and palate after placement of speech prosthesis*. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007; 44(6): 635-41.

SANTOS, M. R. dos; CONCEIÇÃO, A. M. da; RAMIRO, F. S. Prótese para paciente com fissura de palato. **Slideshare**, 2014. Disponível em:<<https://pt.slideshare.net/miltonpluss/prtese-palatina>>. Acesso em: 22 set.2022.

SELL, D.A.; GRUNWELL, P. *Speech assessment and therapy*. In: WATSON, A.C.H.; SELL, D.A.; GRUNWELL, P. (Ed). **Management of cleft lip and palate**. London and Philadelphia: Whurr Publishers; 2001.p. 245.

SILVA, E. B.; FÚRIA, C. L. B.; DI NINNO, C. Q. M. S. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <[http://www.cefac.br/revista/Artigo%202%20\(pag%2021%20a%2028\).pdf](http://www.cefac.br/revista/Artigo%202%20(pag%2021%20a%2028).pdf)>. Acesso em: 22 set.2022.

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

SUAZO, J.; SANTOS, J.L. et al. *Estudio de asociación por desequilibrio de ligamiento entre genes TGFA, RARA y BCL3 y fisura labiopalatina no sendrómica (FISSURAS OROFACIAISNS) en la población chilena*. **Rev Med Chile**. 2005;133:1051-8.