

Aleitamento materno e fissura labiopalatal: revisão e atualização

Breastfeeding and cleft lip and/or palate: review and update

Christiane Marize Garcia Rocha¹, Márcia Carvalho Moreira Dias², Lorena Cristine Braga Pereira³, Maria do Carmo Barros de Melo⁴, Joel Alves Lamounier⁵

RESUMO

Os defeitos congênitos identificados como fissuras labiopalatais são comuns entre as malformações que atingem a face do ser humano, ocorrendo com uma prevalência média entre 1 e 2 indivíduos brancos para cada 1000 nascimentos. As crianças portadoras destas malformações possuem comprometimento anatômico facial, que pode impedir ou dificultar a realização de importantes funções, entre elas, o aleitamento materno. O presente artigo propõe uma revisão dos possíveis fatores que interagem na amamentação, bem como das técnicas, dispositivos e posturas especiais que podem auxiliar na realização do aleitamento materno nos pacientes com fissura labiopalatal.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Fenda Labial; Fissura Palatina; Alimentação

ABSTRACT

Cleft lip and/ or palate are the most frequently malformations that affect the face of the human being. The prevalence ranges from 1 to 2 per 1000 live births. The children born with this condition, have anatomical defects that impaired or difficult important functions like breastfeeding. The purpose of this work is to makes a review of the possible conditions that relief breastfeeding. Feeding techniques, special positions and devices helpful for these patients are discussed.

Key words: Breast Feeding; Cleft Lip; Cleft Palate; Feeding

INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatal é uma malformação congênita resultante da não coalescência dos processos da face durante a sua formação.¹ Ocorre nas primeiras semanas de vida intra-uterina, e é um dos mais comuns defeitos congênitos do ser humano. No Brasil, sua incidência oscila em torno de 1 para cada 650 nascimentos.^{2,3}

A prevalência das fissuras labiopalatais pode estar relacionada a algumas variáveis demográficas, como a raça⁴, o sexo⁵ e a lateralidade.² Em comparações entre os grupos étnicos, encontra-se maior prevalência nos asiáticos e índios norte-americanos, seguidos pelos caucasianos, e por último os afro-americanos e árabes.⁴ As fissuras isoladas de palato ocorrem com maior frequência no sexo feminino, e as que acometem o lábio, associadas ou não ao palato, são mais prevalentes no masculino.⁵ Os estudos mostram, ainda, que as fissuras unilaterais são as mais prevalentes, sendo as do lado esquerdo mais comuns.²

¹Mestranda em Ciências da Saúde área de atuação saúde da criança e do adolescente, pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pediatra da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Pediatra do Centro de Reabilitação de Fissuras Labiopalatais e Deformidades Crânio-faciais Baleia/Puc Minas (Centrare).

²Cirurgiã-Dentista graduada pela Faculdade de Bauru da Universidade de São Paulo. Programa de Aperfeiçoamento Clínico e Teórico da Residência de Odontopediatria do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo.

³Fonoaudióloga graduada pelo Unicentro Metodista Izabela Hendrix. Especialização em Voz pela Pontifícia Universidade Católica, Especializando em Fonoaudiologia Empresarial pela FEAD Minas.

⁴Professora Adjunto do departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG.

⁵Professor Titular do departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG.

Endereço para correspondência:
Av. Contorno 2646 sala 904
B: Floresta
Belo Horizonte - MG
CEP: 30.110-080
E-mail: christianeroch@superig.com.br

A etiologia da fissura labiopalatal é descrita por vários autores como controversa, pois não existe um fator causal específico já identificado. A teoria mais aceita é a multifatorial, onde interações entre variantes genéticas e ambientais determinam o aparecimento da lesão.^{1,2} A hereditariedade desempenha papel importante⁶, com modelos genéticos propostos envolvidos no desenvolvimento craniofacial.⁴ Nas fissuras não sindrômicas o fator causal determinante ainda é obscuro. Como fatores ambientais, pode-se citar alguns fatores de risco, a maioria deles envolvendo as mães e a gestação, como idade gestacional materna maior ou igual a 35 anos; maior número de abortos e maior número de filhos; o uso de determinados medicamentos durante a gestação, principalmente anticonvulsivantes e benzodiazepínicos.⁷ Pode-se apontar ainda, como associadas às fissuras, outras substâncias teratogênicas, como o tabaco⁸, defensivos agrícolas⁹, solventes orgânicos, uso de hormônios estrogênicos, consumo excessivo de álcool, altas doses de vitamina A.^{10,11} A exposição a irradiações e até variação sazonal figuram como fatores pre-disponíveis ao aparecimento da fissura.^{6,11}

Existe uma diversidade de tipos e amplitudes de fissuras labiopalatinas, relacionadas à época, duração e intensidade de ação dos fatores teratogênicos, sejam eles de natureza genética ou ambiental. Podem ser completas ou incompletas, e a sua extensão direciona a forma e a conduta terapêutica do caso.¹²

O tratamento envolve uma equipe interdisciplinar para a reabilitação anatômica, estética, funcional e psicológica destes pacientes.² Uma das prioridades iniciais do tratamento é proporcionar nutrição satisfatória para que o paciente possa crescer e se desenvolver adequadamente.¹²⁻¹⁷ O aleitamento materno, por sua superioridade nutricional, é fator importante em crianças portadoras desta malformação.^{12-14,16}

Neste artigo foi feita uma revisão sobre aleitamento materno em crianças com lesão de lábio e/ou palato, com enfoque na sua importância e técnicas mais freqüentemente utilizadas para auxiliar os portadores desta malformação.

MATERIAL E MÉTODOS

O conteúdo do presente artigo origina-se de pesquisas realizadas nos periódicos CAPES, ME-

DLINE e LILACS, Google Shollart no período de 1961 a 2007. O período de tempo analisado foi mais longo que o preconizado, devido a existência de artigos relevantes sobre aleitamento materno e fissura labiopalatal, que não poderiam ser excluídos. As palavras-chave utilizadas foram: aleitamento materno (*breastfeeding*), fissura de lábio (*cleft lip*), fissura de palato (*cleft palate*) e alimentação (*nursing*). Esta literatura foi pesquisada e selecionada quanto à relevância sobre o assunto. Esta revisão compreende 29 artigos completos, 8 capítulos de livros, uma dissertação de mestrado e uma publicação do Ministério da Saúde.

ALEITAMENTO MATERNO E FISSURA LABIOPALATAL

O nascimento de uma criança com fissura labiopalatal suscita sentimentos de raiva, culpa, censura, insegurança, tristeza, depressão e ansiedade quanto à saúde do bebê.^{12,16,18} Após o primeiro impacto, provocado pelo efeito estético das fissuras não cirurgiadas, surge a questão urgente de como alimentar a criança e garantir sua sobrevivência.^{2,16} As mães devem lutar contra sentimentos ambivalentes¹⁵, e ao mesmo tempo receberem orientações claras e seguras de como vencer os obstáculos apresentados.¹

Apesar da fissura isolada de lábio apresentar maior comprometimento estético, a fissura de palato é a que mais se relaciona com problemas alimentares, que é logo percebido pela mãe.^{15,19-24} Alimentar bebês com fissura caracteriza-se por um processo laborioso, demorado, que provoca ansiedade, frustração e nem sempre o volume ingerido é satisfatório.¹⁹ Os problemas mais freqüentemente encontrados ao alimentarmos crianças com fissura, principalmente as mais complexas, são ilustrados no organograma¹⁹, e mencionado por vários autores.^{13,22,23,25} (Figura 1)

A amamentação natural tem sido objeto de estudo de profissionais de diversas áreas, pelas suas nítidas vantagens, tanto no aspecto nutricional, imunológico, anti-infeccioso, psicológico, entre outras. Ainda promove o bom desenvolvimento da face e melhor desenvolvimento da linguagem.^{12,15,17,26-29}

Para as crianças nascidas com fissura labiopalatal, existem benefícios adicionais quando estas são alimentadas com leite materno. Registros na

literatura apontam para diminuição das otites de repetição (redução de até 80%), quando o aleitamento se prolonga até o oitavo mês de vida¹⁹, a inflamação da mucosa nasal causada pelo refluxo nasal de leite diminui. Além disso, ocorre aumento do vínculo mãe/filho¹⁷ e proteção da linha de sutura no pós operatório, pela ação local da lisosima que age como um anti-inflamatório tópico.²⁹

Cada família é única e o aleitamento materno deve ser discutido com o profissional de saúde que acompanha a criança.^{12,16,30} Se é desejo da mãe amamentar, torna-se necessário o acompanhamento constante, até que se estabeleça a sucção adequada e o ganho de peso seja satisfatório.^{12,13-15,17}

A primeira avaliação a ser feita relaciona-se ao tipo, extensão e amplitude da fissura lábio-palatal, assim como as condições das mamas da nutriz. Dentre as fissuras, a fissura de lábio é a que apresenta maior sucesso no aleitamento materno exclusivo, bem como as fissuras de palato mole posteriores pequenas ou submucosas.^{12,13,31,32} Nestas crianças, o refluxo nasal não ocorre, ou quando está presente devemos nos ater para a presença de defeito anatômico associado ao palato ou a presença de fissura submucosa.¹⁶ Fissuras de lábio mais complexas, como as bilaterais, podem apresentar algum grau de dificuldade no estabelecimento do aleitamento materno, pois a incursão da pré-maxila gera na mãe sentimentos de medo e insegurança além de determinar maior prejuízo do selamento labial, com diminuição da pressão negativa intra-oral.³⁰ A pressão negativa necessária para a sucção é determinada pela integridade do palato. Bebês cujos palatos encontram-se comprometidos, não a desenvolvem de forma satisfatória ou podem até não a conseguir.^{24,30,33} Somente a pressão positiva, nestes casos, encontra-se preservada, determinada pelos movimentos de compressão linguais e mandibulares contra os rebordos alveolares para expressão das mamas.^{12,15,24,27,30,34} A amamentação torna-se trabalhosa para o bebê com pouca extração de leite, prolongamento da duração da mamada e fadiga.^{15,19,22,31}

As mães relatam dificuldade de pega, de posicionamento da mama dentro da cavidade oral,^{12,17} escape do mamilo pela narina, escape nasal de leite e sucção fraca.^{28,35} Há maior irritabilidade do bebê, o que aumenta a angústia materna, com sensação de inabilidade como cuidadora. Se o ganho ponderal encontra-se prejudicado o sentimento de insucesso

aumenta tanto para os familiares como para a equipe de saúde envolvida no acompanhamento, com introdução precoce da mamadeira.^{15,1,22,33} Vários autores apontam também sobre a condição das mamas interferindo no processo de amamentar como ingurgitação mamária, fissuras, mamas volumosas ou mesmo o tipo de mamilo (planos, invertidos).^{14,17}

Período prolongado de hospitalização foi levantado como determinante potencial para o prejuízo do aleitamento materno.^{12,16,17} Maior permanência hospitalar é encontrada em crianças portadoras de fissura de palato, seguida da fissura lábio-palatal. Não há preparo ou orientações para as mães em relação ao aleitamento materno durante a internação, privando-as de obter segurança e dar continuidade à amamentação, inclusive na solução de problemas relacionados a ela.²⁵ Algumas mães são orientadas para a ordenha da mama, mas não há orientação de como fazê-lo. A demora no estabelecimento do aleitamento materno diminui o estímulo para a produção de leite, retardando a descida do leite, prejudicando a amamentação e o vínculo mãe/filho.^{15,37}

Apesar das evidências científicas da superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite, ainda é reduzido o número de mulheres que amamentam seus filhos de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde. A recomendação é o aleitamento materno de forma exclusiva até os seis meses de vida, e complementado até 24 meses ou mais.¹²

Hospitais denominados “amigo da criança” promovem o incentivo desde o nascimento, independente do tipo de fissura, mas ainda sem o suporte e conhecimento necessário por falta de capacitação dos profissionais envolvidos.¹⁷ Almeida e Passerotti³⁵ registram o aumento da taxa de aleitamento materno em crianças com fissura, quando as mães são incentivadas e orientadas por profissionais capacitados. A prevalência do aleitamento neste grupo varia entre três a 88 por cento.^{12,16,17,28,35} A fissura labial apresentou a maior prevalência, variando de 20 a 90% e a maior duração, com tempo médio de 72 a 332,5 dias.^{12,16,17} O tempo médio de duração do aleitamento registrado na literatura para todos os tipos de fissura é de duas semanas e a introdução precoce de mamadeira ocorre na primeira semana de vida.^{12,16,17}

É importante monitorizar de perto o ganho ponderal da criança. Caso ocorra diminuição do ganho de peso ou outras intercorrências no período neonatal decorrentes da baixa ingestão de lei-

te, como hipoglicemia ou hiperbilirrubinemia, que possam comprometer a vida do bebê, orienta-se a ordenha e o oferecimento do leite materno ou fórmula láctea em copos, colheres ou mamadeira, complementando a mamada após a sucção do seio materno.^{12,13-16, 20,25, 26,30,31}

O uso de dispositivos intra-orais foi advogado por alguns autores com o objetivo de estabelecer pressão negativa intra-oral, aumentar a superfície de contato entre o seio materno e a língua, separando a cavidade oral da cavidade nasal, facilitando a saída do leite pela criança.^{20,26,34-37} O que se constatou foi ausência de desenvolvimento de pressão negativa intra-oral. Quando estes dispositivos são pequenos para a cavidade provocam ulcerações, higienização inadequada, aumento do número de infecções.^{25,26,35}

POSTURA DA MÃE E DO BEBÊ

As orientações para o aleitamento devem ser as mesmas dos bebês sem malformações.³⁵ Durante a alimentação recomenda-se que o bebê esteja em postura semi-inclinada, pois quando a amamentação é realizada em decúbito existe uma predisposição à ocorrência de otites, em função da inclinação menos verticalizada da tuba auditiva em crianças.^{15,19} Também é importante que a postura mãe/filho propicie a respiração nasal, o que auxilia no desenvolvimento da mandíbula, projetando-a anteriormente e determinando um exercício mio-

terápico. É indispensável que a mãe encontre uma posição confortável para que ela própria possa controlar a fixação da criança ao seio, interagindo de forma a evitar vícios.³⁸

Observa-se com freqüência dificuldade do bebê na pega da mama. Isso pode acontecer quando a mama não oclui o lado fissurado, ocasionando o escape do mamilo ou de parte da aréola. A pressão intra-oral torna-se menos negativa e a mamada pode provocar cansaço e irritabilidade. Algumas mães optam por posições onde o lado da fissura seja preenchido pela mama,^{12,14,16, 29} sendo que a melhor posição para a criança sugar o seio seria como se estivesse sentada. Autores recomendam o fechamento da fissura delicadamente com os dedos para garantir melhor posicionamento da mama dentro da boca. Há recomendações de se tentar posições alternativas como posição de “cavalinho”, ou segurar o bebê como “bola de futebol” com as pernas para trás do corpo da mãe. Neste último caso, o bebê é mantido na mesma posição, só ocorrendo o deslocamento no colo para o outro seio.^{12,13-16} A observação da pega é importante. Os lábios inferior e superior devem ficar virados para fora, como se estivessem apoiados na mama. O bebê tem que abocanhar o mamilo e a maior parte possível da aréola.

Deve-se levar o bebê ao seio, e não o contrário, realizar a alternância das mamas e segurar a mama em “C”, para que não haja a compressão dos ductos. Deve-se retirar o excesso de leite na fase inicial da mamada para proporcionar uma pega fácil.³⁹

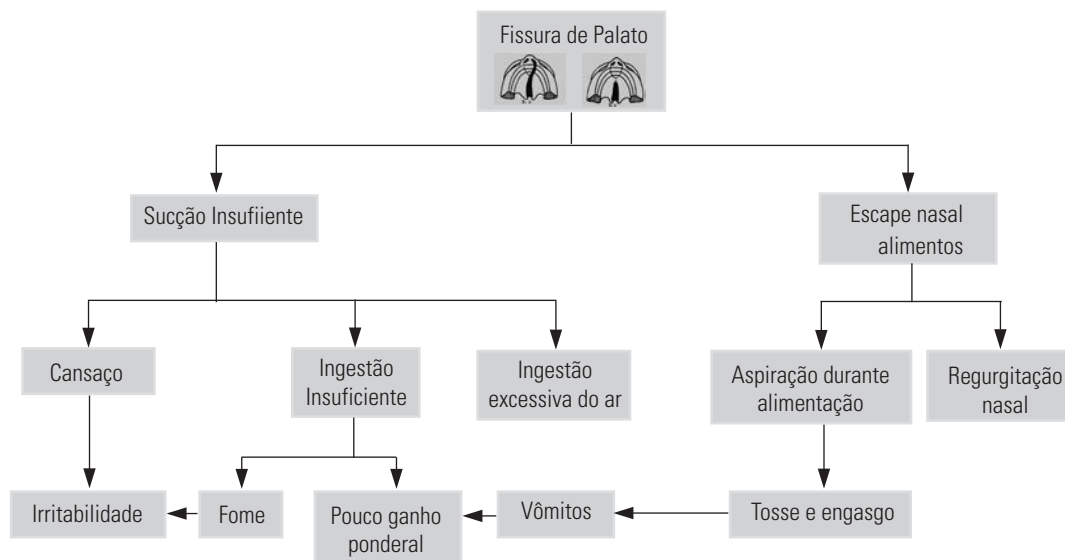


Figura 1 - Problemas alimentares e sua inter-relação em crianças com fissura de palato

Nas crianças com fissura de palato associada, quando o aleitamento materno prova não ser suficiente para a nutrição da criança, existe recomendação da ordenha das mamas e o oferecimento do leite utilizando a mamadeira. Outra alternativa seria utilizar, durante a sucção do seio, dispositivos acoplados às mamas, como por exemplo, uma sonda, por onde o leite chega à cavidade oral. Esta técnica facilita a obtenção do leite sem o comprometimento da pega da mama, e mantém o estímulo da sucção, ainda que débil, reforçando o vínculo mãe/filho.^{13,14,32}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe multidisciplinar composta por diferentes profissionais tem importante atuação na área do aleitamento materno, com vistas ao acompanhamento das etapas de reabilitação da criança fissurada. O aleitamento materno é direito da criança e deve ser incentivado sempre que possível, mesmo nos casos mais complexos, com monitorização freqüente, o que contribuirá para um crescimento mais saudável e harmonioso. Diante da prevalência das fissuras labiopalatinas, os serviços de saúde deveriam estar mais preparados para orientar e estimular o aleitamento e o acompanhamento destas crianças.

REFERÊNCIAS

- Di Ninno CQMS, Gomes RO, Santos PG, Bueno MG, Galvão DA, Meira AL. O Conhecimento de profissionais da saúde sobre fissura labiopalatina. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2004; 9(2):93-101.
- Silva Filho OG, Souza Freitas JA. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, editores. *Fissuras labiopalatinas: Uma abordagem Interdisciplinar.* São Paulo: Santos; 2007. p.17-49.
- Nagen Filho H, Morais N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odonto S Paulo.* 1968; 6:111-28.
- Vieira AR, Romiti PA, Orioli IM, Castilla EE. Análise de segregação complexa de 1792 famílias com fenda lábio-palatina na América do Sul: 1967-1997. *Pesq Odontol Bras.* 2003; 17(2):161-5.
- Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H, Carneiro JLV, Oliveira JC. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci Health Sci.* 2005; 27(1):31
- Loffredo LCM, Souza JMPd, Yunes J, Souza Freitas JA, Spiri WC. Fissuras labio-palatais: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública.* 1994; 28:213-7.
- Puhó EH, Szunyogh M, Métneki J, Czeizel AE. Drug treatment during pregnancy and isolated orofacial clefts in Hungary. *Cleft Palate-Craniofac J.* 2007; 44(2):194-202.
- Zeiger JS, Beaty TH, Liang K. Oral clefts, maternal smoking, and TGFA: a meta-analysis of gene-environment interaction. *Cleft Palate-Craniofac J.* 2005; 42(1):58-63.
- Romitti PA, Herring AM, Dennis LK, Wong-Gibbons DL. Meta-analysis: pesticides and orofacial clefts. *Cleft Palate-Craniofac J.* 2007; 44(4):358-65.
- Thulstrup AM, Bonde JP. Maternal occupational exposure and risk of specific birth defects. *Occupat Med.* 2006; 56:532-43.
- Loffredo LCM, Souza JMP, Freitas JAS, Mossey PA. Oral Clefts and vitamin supplementation. *Cleft Palate-Craniofac J.* 2001; 38(1):76-83.
- Thomé S. Estudo da prática do Aleitamento Materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1990.
- Barzilai J, Breen M, Curtin V, Mirrett P, Oddo J, Uhrich KS. Feeding an infant with a cleft. 2nd ed. Pittsburgh: Cleft Palate Foundation; 1992. p. 1-20.
- Klein MD, Delaney TA. Cleft lip and palate: Breast-feeding your baby. In: Klein M, Delaney T, editors. *Feeding and nutrition for the child with special needs.* San Antonio: Therapy Skill Builders; 1994. p. 385-90.
- Sidoti EJ, Shprintzen RJ. Pediatric care and feeding of the newborn with a cleft. In: Shprintzen R, Bardach J, editors. *Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach.* St. Louis: Mosby; 1995. p. 63-74.
- Silva EB, Fúria CLB, Di Ninno CQMS. Aleitamento materno em recém nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Rev CEFAC.* 2005; 7(1):21-8.
- Garcez LW, Giugliani ERJ. Population-based study on practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofac J.* 2005; 42(6):687-93.
- Spiestersbach DC. Counseling parents of children with cleft lips and palates. *J Chron Dis.* 1961; 13:244-52.
- Paradise JL, Macwillians BJ. Simplified feeder for infants with cleft palate. *Pediatrics.* 1974; 53(4):566-8.
- Kogo M, Okada G, Ishii S, Shikata M, Iida S, Matsuya T. Breast feeding for cleft lip and palate patients, using the Hotz-type plate. *Cleft Palate-Craniofac J.* 1997; 34(4):351-3.
- Mizuno K, Ueda A, Kani K, Kawamura H. Feeding behaviour of infants with cleft lip and palate. *Acta Paediatr.* 2002; 91:1227-32.

22. Redford-Badwal DA, Marbry K, Frassinelli JD. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. *Dent Clin N Am*. 2003; 47(2):305-17.
23. Reid J, Kilpatrick N, Reilly S. A prospective, longitudinal study of feeding skills in a cohort of babies with cleft conditions. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2006; 43(6):702-9.
24. Masarei AG, Sell D, Habel A, Mars M, Orth D, Sommerlad BC, et al. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2007; 44(3):321-8.
25. Golding-Kushner KJ. Getting an early start: Infants and toddlers with cleft palate. In: Golding-Kushner K, editor. *Therapy Techniques for cleft palate speech and related disorders*. New Jersey: Singular; 2001. p. 35-60.
26. Brine EA, Richard KA, Brady MS, Liechty EA, Manatunga A, Sadove M, et al. Effectiveness of two feeding methods in improving energy intake and growth of infants with cleft palate: a randomized study. *J Am Diet Assoc*. 1994; 94:732-8.
27. Biancuzzo M. Clinical focus on clefts. Yes! Infants with clefts can breastfeed. *AWHONN*. 1998; 2:45-9.
28. Dalben GS, Costa B, Gomide MR, Neves LT. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2003; 40(1):84-7.
29. Cavalheri VN. Fissura lábio-palatal e aleitamento materno. Curitiba: CEFAC; 1999. p. 58.
30. Morris SE, Klein MD. The child who has a cleft lip or palate. In: Morris S, Klein M, editors. *Pre-feeding skills/ A comprehensive resource for mealtime development*. San Antonio: Therapy Skill Builders; 2000. p. 649-58.
31. Clarren SK, Anderson B, Wolf LS. Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofac J*. 1987; 24(3):244-9.
32. Kelly EE. Feeding cleft palate babies - Today's babies, today's methods. *Cleft Palate J*. 1971; 8:61-4.
33. Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2004; 41(3):268-78.
34. Trenouth MJ, Campbell AN. Questionnaire evaluation of feeding methods for cleft lip and palate neonates. *Int J Paediatr Dent*. 1996; 6:241-4.
35. Almeida MLG, Passerotti ALAC. Amamentação materna em fissurados: estudo retrospectivo. *Pediatr Mod*. 1986; 21(2):85-90.
36. Day DW. Accurate diagnosis and assessment of growth in patients with orofacial clefting. *Birth Defects*. 1985; 21(2):1-14.
37. Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan Americana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
38. Lang S. Posicionamento e fixação do lactente ao seio. In: Lang S, editor. *Aleitamento do lactente: cuidados especiais*. São Paulo: Livraria e Editora Santos; 1997. p. 179.
39. Junqueira P, editor. *Amamentação, hábitos orais e mastigação: orientações, cuidados e dicas*. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.