

A ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES, PORTADORAS DE FISSURAS LÁBIO-PALATINAS: A PERSPECTIVA DA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Eduarda Fernandes FURLAN¹
Sylvia de Souza VILELA²
Regina Maria de SOUZA³

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a importância da intervenção da equipe multidisciplinar na minimização dos prejuízos na qualidade de vida de crianças portadoras de fissuras lábio-palatinas, com destaque para a importância da alimentação entre 0 a 6 meses de vida. O conceito de fissura lábio palatal está relacionado à abertura no lábio e/ou palato, decorrente da má formação da cavidade oral. As causas podem ser por fatores genéticos, quando é transmitida de pai para filho; por exposição a pesticidas e herbicidas e raio-x na gestação; e fatores ambientais, como o etilismo, tabagismo, drogas ilícitas e alguns medicamentos. As fissuras são caracterizadas em fissura unilateral labial (acomete apenas um lado do lábio), fissura bilateral labial (acomete os dois lados do lábio), fissura bilateral de lábio e palato completa (acomete os dois lados do lábio atingindo até a úvula), fissura de palato (acomete o palato primário, secundário e úvula) e fissuras raras da face (acomete desde o olho até a úvula). O indivíduo acometido deve receber o acompanhamento da equipe multidisciplinar, composta por médicos, cirurgiões, nutricionistas, psicólogo, fonoaudiólogo, odontologista e enfermeiros. É indicado que os portadores da fissura realizem a sucção e a deglutição do leite através do seio da mãe, pois isso auxilia no desenvolvimento e na maturação da musculatura orofacial. Além disso, o leite materno é considerado o alimento mais importante para o desenvolvimento da criança, sendo recomendada a exclusividade até os primeiros seis meses de vida e seu oferecimento pela mãe é de suma importância para a adequação do estado nutricional da criança, sendo necessária a sua manutenção para a realização de cirurgias corretivas. O tratamento é realizado através de cirurgias corretivas: queiloplastia, palatoplastia, enxerto ósseo e cirurgia ortognática.

Palavras-chave: Fissura lábio-palatina. Alimentação. Equipe multidisciplinar. Lactente.

1 INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatal é uma abertura no lábio e\ou palato decorrente da má formação da cavidade oral ou do não fechamento dessas estruturas. A anomalia pode ser decorrente de fatores ambientais, sociais, genéticos e por malformação congênita entre a quarta e a décima semana gestacional. Acomete cerca de 650 nascidos vivos por ano no Brasil. É classificada em fissura pré-forame incisiva quando atinge apenas o lábio e a asa do nariz; em fissura transforame quando atinge o lábio e todo o palato, podendo ser unilateral ou bilateral e em

¹Graduada em Nutrição das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, dudinha_ffernandes@hotmail.com

²Graduada em Nutrição das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, sylvinhavilela@hotmail.com

³ Economista-IE/UFU, Psicóloga FISA/FUNEC, mestre e doutora Unesp/Franca, souzarm@hotmail.com

fissura pós-forame incisivo que atinge o palato duro, palato mole e a úvula (FIGUEIREDO et al., 2010).

O primeiro ano de vida da criança com a anomalia é considerado o mais crítico, pois o bebê depende da alimentação para o desenvolvimento adequado e processos de fácil realização para não portadores se torna um obstáculo para quem apresenta a deficiência. O portador das fissuras labiopalatinas pode apresentar risco de broncoaspiração⁴, sendo que o indivíduo com fissura transforame é o que mais sofre com a enfermidade, pois o risco é maior devido à abertura completa do palato duro, palato mole e úvula, já os com fissura pré-forame só correm o risco se apresentarem disfagia⁵, nesse caso é de grande importância a eructação após a mamada (DI NINNO et al., 2011).

O tratamento deve ser realizado logo ao nascer através das cirurgias queiloplastia (correção labial) e palatoplastia (correção do palato), o atraso cirúrgico pode acarretar atraso no desenvolvimento da fala, problemas psicológicos devido às alterações faciais, otite média (malformações da tuba auditiva) e, em casos mais graves, o óbito (LISBÔA; ROCHA; PINI, 2009).

Os profissionais mais envolvidos no tratamento são os médicos, cirurgiões, nutricionistas, fonoaudiólogos e psicólogos, trabalhando sempre em conjunto para obter sucesso no desenvolvimento da criança, nos aspectos psicológicos e nutricionais, sensórios motoro e oral. Para esse crescimento e desenvolvimento saudável da criança é de grande importância o acompanhamento desses profissionais durante todo processo pré-cirúrgico e pós-cirúrgico.

A indicação cirúrgica é feita por médicos e, inicialmente, o paciente é enviado a centros de especialidades craniofaciais, depois encaminhados a centros de tratamento específicos para ser realizada a correção cirúrgica, em que torna-se necessário analisar a importância da intervenção da equipe multidisciplinar na redução dos prejuízos na qualidade de vida de crianças portadoras de fissuras lábio-palatinas, com ênfase para a questão da alimentação entre 0 a 6 meses de vida.

⁴Aspiração de conteúdo gástrico ou corpo estranho na árvore traqueobrônquica, podendo causar traqueobronquite, pneumonite, infecções pulmonares e obstrução das vias aéreas por aspiração de material sólido.

⁵Dificuldade na deglutição: inabilidade de ingerir ou transportar nutrientes vitais ou secreções endógenas ao corpo humano.

2 CARACTERIZAÇÃO DAS FISSURAS LÁBIO-PALATINAS: CONCEITUAÇÃO, CAUSAS E POSSÍVEIS TRATAMENTOS

Para Vanz e Ribeiro (2011), as fissuras orais são malformações congênitas que são resultado de um processo incompleto de fechamento fronto-nasal e maxilar que acontece nos primeiros dias do embrião. É popularmente conhecida por lábio leporino, devido a deformidade se parecer com o lábio de lebre. O diagnóstico pode ser feito quando o bebê ainda está no útero da mãe, através do ultrassom, sendo que as fissuras de lábio são detectadas a partir da 13^a semana gestacional, e as fissuras de palato a partir da 18^a semana gestacional. Pode estar ou não associada a outras malformações, como baixa estatura, microcefalia, retardo mental, anomalias craniofaciais e problemas cardíacos.

A classificação das fissuras compreende quatro categorias, tendo como referência o forame incisivo que separa o palato primário do palato secundário, fissuras pré-forame incisivo, fissuras transforame incisivo e fissuras raras da face (PICCIN; MACHADO; BLEIL, 2007).

As fissuras lábio-palatinas são classificadas em: pré-forame incisivo unilateral direita ou esquerda, (completas ou incompletas); bilateral (completa ou incompleta); transforame incisivo unilateral direita ou esquerda (ambas completas); bilateral completa; pós-forame incisivo (completa ou incompleta) (VANZ; RIBEIRO, 2011).

A etiologia é complexa e multifatorial, isolada ou associada. Pode ser influenciada por fatores genéticos, já que mais da metade dos pacientes com fissuras têm familiares portadores dessa anomalia, mas também pode ocorrer a partir da exposição a herbicidas/pesticidas, raio-X na gestação (FIGUEIREDO et al., 2010). Alguns medicamentos também influenciam, como anticonvulsivantes, antibióticos, antifúngicos, anti-inflamatórios. E fatores ambientais, tais como álcool, drogas e cigarro (LISBÔA; ROCHA; PINI, 2009).

Pode se acrescentar ainda, como questão relevante, que o primeiro ano de vida da criança portadora da fissura é o mais crítico do período vital, o que torna a alimentação um aspecto para o desenvolvimento do indivíduo. Apesar de ser uma condição que compromete a vida da criança que porta a deficiência, os processos que seriam de fácil realização para uma criança considerada normal, tornam-se muito complexos para a criança que apresenta a deformidade, pois a dificuldade apresentada se dá pela incompleta formação das estruturas orais e faciais, dificultando assim os processos de sucção e deglutição. Apesar do problema apresentado no fissurado, é de grande importância a realização da alimentação natural direta

ou indireta para o exercício da musculatura deficiente para que ocorra o desenvolvimento facial e da primeira dentição da criança (DI NINNO et al., 2011).

As crianças que apresentam malformações, enfrentam muitas dificuldades no seu dia a dia, como por exemplo de relacionamento social e alimentação. A alimentação requer muitos cuidados, devido à formação incompleta do palato e lábio. Por conta desses problemas enfrentados pelos pais e principalmente pela criança, é importante que a família tenha um aporte informativo para que esteja preparada a passar pelas dificuldades que serão apresentadas ao longo da vida da criança. A equipe multidisciplinar que for prestar atendimento e orientação deve estar completamente disposta e treinada ao oferecimento do auxílio. Essa equipe pode ser composta, por exemplo, por um nutricionista que faz o trabalho de orientação nutricional, manutenção da nutrição adequada do bebê, métodos de introdução alimentar do portador de FLP (Fissura Lábio Palatina), enfermeiros que, juntamente com a equipe médica, serão capazes de assegurar a saúde do portador de FLP, fonoaudióloga para garantir que o quadro de malformação não interrompa nenhum processo de desenvolvimento normal da criança no período pré e pós-cirúrgico.

No pré-cirúrgico, na garantia que a criança consiga deglutir o alimento e no pós-cirúrgico nos processos de desenvolvimento facial do portador de FLP, também composta por odontologista, para que as arcadas óssea e dentária não sejam prejudicadas no processo pós-cirúrgico de reconstrução (VANZ; RIBEIRO, 2011).

As crianças com fissuras orais são geralmente tratadas em centros de referência para malformações craniofaciais. Para tratá-las são necessárias várias correções cirúrgicas funcionais e estéticas, com a atenção constante de profissionais médicos pediatras, cirurgiões plásticos, otorrinolaringologistas e geneticistas, enfermeira, fonoaudióloga, odontólogo, psicólogo, assistente social, nutricionista, entre outros. O tratamento, muitas vezes, torna-se um processo longo que inclui o acompanhamento dos pais por uma equipe multidisciplinar (VANZ; RIBEIRO, 2011, p. 597).

O tratamento queiloplastia (correção de lábio) pode ser iniciado antes da erupção dentária, até oito meses de idade, e é feito com placas ortopédicas para facilitar a cirurgia e obter uma intervenção de menor proporção e uma melhor recuperação (FIGUEIREDO et al., 2010).

2.1 O aleitamento normal e as possibilidades alternativas de aleitamento de zero a seis meses com fissuras lábio-palatinas

O leite materno é o alimento mais importante para o desenvolvimento adequado da criança com idade de 0 a 6 meses, oferecendo todos os nutrientes necessários para o bom funcionamento do organismo, evitando patologias relacionadas à carência de nutrientes oferecidos por ele, tais como carboidratos, lipídeos, proteínas, vitaminas e minerais (SILVA; FÚRIA; DI NINNO, 2005).

De acordo com Montagnoli et al. (2005), o aleitamento materno é como norma biológica e estabelece que a criança amamentada exclusivamente pelo leite materno (LM) até os 6 meses de vida se torna um modelo normativo de crescimento e desenvolvimento infantil.

Cabe destacar a importância da exclusividade do aleitamento materno ou por fórmulas industrializadas que se assemelham ao leite humano até os 6 meses de vida, pois crianças nessa fase não possuem enzimas capazes de digerir alimentos de outras origens (DI NINNO et al., 2011).

A incapacidade da absorção adequada de nutrientes durante os primeiros meses de vida pode contribuir para o déficit de crescimento, desenvolvimento e recuperação em crianças portadoras da malformação da face (MONTAGNOLI et al., 2005).

As dificuldades de alimentação do bebê com fissuras lábio-palatinas surgem logo ao nascer, pois os mecanismos de sucção e deglutição estão impróprios à realização do ato de se alimentar devido à falta de integridade das estruturas anatômicas orofaciais. A alimentação inadequada do indivíduo portador da malformação leva ao atraso da programação da cirurgia corretiva. Existem muitos recursos capazes de prevenir o baixo ganho de peso e as complicações associadas a ele (AMSTALDEN-MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

Além de o aleitamento materno oferecer aporte nutricional adequado para criança que apresenta a deformidade, ele também auxilia na formação da musculatura orofacial, proporcionando uma boa oclusão, melhorando a relação entre a área maxilar e mandibular, vedamento labial e conservação da respiração nasal, conseqüentemente, auxilia também na posição lingual evitando a incidência de cáries (DI NINNO et al., 2011).

A alimentação deve ser adequada tanto na forma de administração, como no seu valor nutricional afim de promover um suporte calórico eficiente para o crescimento e desenvolvimento da criança;em especial crianças que apresentam anomalias craniofaciais e as quais necessitam ganhar peso e condições de saúde ideais para serem submetidas a cirurgias corretivas(AMSTALDEN-MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006, p.439).

A mamada do portador da anomalia é mais demorada em decorrência das dificuldades motoras (sucção/deglutição) apresentadas. O bebê deve ser mantido na posição mais ereta possível para evitar que o alimento volte e, devido à grande ingestão de ar durante a mamada, deve-se pausar para que a criança elimine esse ar através da eructação (PICCIN; MACHADO; BLEIL, 2009).

É necessário que a família seja orientada a incentivar o tratamento nutricional, a excitação neurossensorial, para buscar a rotina esperada de uma criança. Neste contexto, a família vivencia um processo de luto diante do nascimento de uma criança com malformação e da perda do seu bebê imaginário (SILVA; FÚRIA; DI NINNO, 2010).

As fissuras impõem diversas limitações ao vínculo afetivo entre mãe-bebê, muitas vezes a idealização do bebê perfeito é arruinada após a visualização da criança, dificultando assim a aproximação da ascendente com o descendente, ou até mesmo por não se acharem capazes de cuidar da criança (ARARUNA; VENDRÚSCULO, 2000).

As dificuldades dessa questão favorecem que a criança perca peso e preocupações adicionais se instalam relacionadas ao temor das mães em não se mostrarem suficientemente aptas para cuidar de seu filho e que, portanto, o bebê venha a morrer (SANTOS et al., 2011).

O que se revela uma apreensão comum nesses casos, já que a mãe percebe as limitações que estão colocadas para a criança em função de seu quadro clínico.

2.2 Dificuldades encontradas para a alimentação de crianças de zero a seis meses com fissuras lábio-palatinas

Em crianças com idade entre zero e seis meses, que apresentam fissuras lábio-palatinas, verificam-se dificuldades para garantia de uma alimentação adequada. Segundo Montagnoli et al. (2005), devido a uma maior dificuldade no aleitamento materno, os bebês que apresentam fissura palatina e fissura labial e palatina têm um déficit mais significativo do que os bebês que apresentam somente a fissura labial. Os autores apontam que a presença da fissura pode levar ao prejuízo no crescimento, se comparada às crianças normais, devido ao problema com a alimentação e absorção de nutrientes. Há que se acrescentar que se verifica também a ocorrência de padrões normais de crescimento para estes bebês.

O aleitamento materno direto (no seio da mãe) é de suma importância para o desenvolvimento dos mecanismos orofaciais da criança que apresenta fissuras lábio-palatinas, mas, muitas vezes, dependendo do grau da anomalia o aleitamento direto se torna impossível. É necessário então, que na dificuldade, a mãe seja orientada a ordenhar o leite da mama e oferecer à criança através de mamadeiras especiais, com bicos de látex e buraco de ejeção

aumentado, mas existem outros métodos bastante utilizados para alimentar de forma indireta o portador da patologia, que incluem além de mamadeiras, conta-gotas, copos plásticos ou, até mesmo, sonda nasogástrica em casos de impossibilidade completa de se alimentar (PICCIN; MACHADO; BLEIL, 2009).

Di Ninno et al. (2010) afirmam que alguns instrumentos são indicados para ajudar na alimentação, como a colher, copinho, mamadeira, conta-gotas, seringa e sonda, já os três últimos são menos aceitos universalmente por julgarem não ser preciso de instrumentos especiais na amamentação. Alguns hospitais usam sondas nasogástricas para alimentação por serem mais fáceis. Contudo, esta atrasa a transição para a alimentação via oral, compromete a deglutição, respiração e sucção que, para serem estimuladas, o uso da chupeta pode ajudar. Ela só é indicada para recém-nascidos com menos de 34 semanas gestacionais e com peso abaixo de 1500g, ou quando apresentam alguma doença grave que está relacionada ao prejuízo da sucção e/ou deglutição.

Quando se pensa em ter filhos, os pais imaginam e esperam que venham saudáveis, sem nenhuma síndrome ou doença e, quando se deparam com a situação em que o próprio filho nasce com essa síndrome, e com o fato do rosto apresentar uma fissura, estes sofrem de insegurança e incapacidade. “Essa situação de insegurança dos pais pode contribuir para o desmame precoce em função da dificuldade ou incapacidade de sucção da criança, sendo muitas vezes agravada pelo receio da mãe ou falta de disponibilidade para o cuidado.” (SILVEIRA; WEISE, 2008). Tal situação pode gerar prejuízos ainda maiores para a criança.

Quanto à alimentação, as orientações fonoaudiológicas às mães de bebês com fissura de lábio e/ou palato deve abordar a importância do aleitamento materno direto ou, se necessário, ordenhado e oferecido em mamadeira, com bicos macios de látex e furo ligeiramente aumentado. Deve-se também considerar que a mamada destes bebês é mais demorada em virtude da menor força de sucção; que o lado da fissura não deve ser evitado, a fim de estimular a musculatura, e que o bebê deve ser mantido em posição mais ereta, para evitar o refluxo nasal de leite e a penetração do mesmo no conduto auditivo. Além disso, devido à ingestão excessiva de ar no momento da alimentação, deve-se fazer mais pausas para propiciar a eructação (DI NINNO et al., 2011, p.418).

O desconhecimento dos profissionais sobre a síndrome faz com que estes passem orientações impróprias para as mães, que amedrontadas acabam prejudicando o aleitamento natural. Vários pais têm medo de amamentar o filho temendo a pneumonia aspirativa citada pelo profissional da saúde, mas não sabem que a incidência é baixa e está associada à presença de outra anomalia (SILVA; FÚRIA; DI NINNO, 2005).

Segundo Di Ninno et al. (2010), para se obter melhores resultados na intervenção após o nascimento e se desenvolver normalmente, é importante estimular a alimentação via oral e, se o bebê não conseguir sugar o peito da mãe, é indicado que ela ordenhe o leite e dê através

da mamadeira. Caso tenha algum impedimento, devem ser introduzidas fórmulas infantis indicadas pelo pediatra. Assim, o bebê pode iniciar as cirurgias na idade esperada e evitar novas complicações.

O desmame precoce é alto entre as crianças investigadas, sendo o momento do parto muito relatado como uma experiência traumática. O ambiente familiar é acolhedor com participação de diferentes membros da família. O papel da equipe multiprofissional de saúde, o diagnóstico se possível antes do parto e uma atitude mais humanizada podem minimizar o sofrimento e favorecer o relacionamento materno. As mães reconhecem e valorizam o aleitamento materno, porém o insucesso pode gerar sentimentos desfavoráveis, exigindo dos programas educativos em saúde uma abordagem interdisciplinar mais humanizada na perspectiva do acolhimento da mãe não limitada à responsabilização (SILVEIRA; WEISE, 2008, p. 221).

A partir da compreensão de Montagnoli et al. (2005), antes de apresentar, visivelmente, o déficit de crescimento e desnutrição, manifestam-se os problemas com a amamentação e crescimento. O leite materno não evita somente os problemas citados, mas também infecções respiratórias e gastrointestinais, o que induz a ganhar peso e crescer. A maior preocupação são as crianças com fissura de palato e fissura de lábio e palato, que por mostrarem maior dificuldade no aleitamento acabam motivando a interrupção precoce da amamentação, levando aos problemas citados no início do parágrafo. A solução, para os autores, seria instruir melhor a mãe sobre o aleitamento e também sobre a obstrução palatal. Como resultado, o bebê irá ingerir um volume maior de leite em um tempo maior de mamada.

4 CONCLUSÃO

A alimentação através do seio materno é a mais indicada a qualquer criança de 0 a 6 meses, pois contém todos os nutrientes que o bebê precisa. Porém, na maioria das vezes, os indivíduos fissurados apresentam muitas dificuldades na realização da ingestão do leite direto da mama, sendo assim necessária a introdução de outros métodos como bicos especiais de látex, placas que tapem a fissura de palato para diminuir o risco de broncoaspiração e facilitar a ingestão, seringas especiais, conta-gotas, colher, desde que se sacie a necessidade energética do portador. É indicado que a mãe faça a ordenha e ofereça o leite materno ao bebê, para que o mesmo não apresente nenhuma deficiência relacionada a alimentação. Deve-se observar a posição do fissurado durante a mamada, manter a criança o mais ereta possível é de grande importância, pois evita que o bebê sofra com engasgos, higienizar a cavidade oral da criança logo após a realização da mamada, se for utilizado mamadeiras e bicos especiais deve sempre esterilizar em água fervente.

O aleitamento materno exclusivo não é descartado em nenhum tipo de fissura, porém é dificultado dependendo do tipo da fissura apresentada. Em alguns casos, é necessário o uso de bicos especiais ou outros objetos para auxiliar na amamentação e também incentivar o uso da via oral.

As crianças portadoras dessa síndrome vão enfrentar vários obstáculos até a última cirurgia de correção, podendo inclusive ocorrer rejeição por parte da mãe que, em alguns casos, se sente insegura ou envergonhada, levando ao desmame precoce que pode atrasar o crescimento e desenvolvimento da criança. Por isso, é necessária uma equipe multidisciplinar capacitada para ajudar a família nas questões biopsicossociais, além de dar assistência no tratamento e alimentação.

Deve ser incentivado o aleitamento natural para melhor desenvoltura muscular e óssea, favorecendo a deglutição, sucção e principalmente o crescimento e desenvolvimento da criança, além de prevenir problemas bucais, respiratórios e gastrointestinais. As cirurgias de correção poderão ser realizadas normalmente na idade recomendada, já que são impedidas quando a criança não cresce e se desenvolve normalmente.

FEEDING OF CHILDREN FROM 0 TO 6 MONTHS OF CARRIER CLEFT LIP AND PALATE: A MULTIDISCIPLINARY PERSPECTIVE OF INTERVENTION

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the importance of the multidisciplinary team intervention on minimizing losses in quality of life of children with cleft lip and palate, highlighting the importance of food between 0-6 months of life. The concept of cleft palate is related to the opening of the lip and/or palate due to malformation of the oral cavity. The causes may be genetic factors, when it is transmitted from father to child; by exposure to pesticides and herbicides and x-ray during pregnancy; and environmental factors such as alcoholism, smoking, illicit drugs and some medicines. The clefts are characterized as unilateral cleft lip (affects only one side of the lip), bilateral cleft lip (affects both sides of the lip), complete bilateral cleft lip and palate (affects both sides of the lip reaching up to the uvula), cleft palate (affects the primary and secondary palate and the uvula) and rare face clefts (affect from the eye to the uvula). The affected individual must receive multidisciplinary team monitoring, comprising doctors, surgeons, nutritionists, psychologist, audiologist, dentist and nurses. It is suggested that cleft bearers perform suction and swallow of milk through the mother's breast, because it helps in the development and maturation of the oral-facial musculature. Besides, mother's milk is considered the most important feed to the child's development, being recommended its exclusivity up to the first six months of life. The feed offered by the mother has utmost importance to the fitting of the child's nutritional state, and its maintenance is necessary even to the performance of corrective surgeries. The treatment is performed through corrective surgeries such as: lip repair, palatoplasty, bone grafting and orthognathic surgery.

Keywords: Cleft lip and palate. Feeding. Multidisciplinary team. Infant.

REFERÊNCIAS

AMSTALDEN-MENDES, L. G.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.15, n. 5, p. 437- 448, set./out. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=489144&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

ARARUNA, R. D.C.; VENDRÚSCOLO, D. M. S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato- um estudo bibliográfico. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 99-105, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12424>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

DI NINNO, C. Q. D. M. S. et al. A prevalência do uso de sonda nasogástrica em bebês portadores de fissura de lábio e/ou palato. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, dez 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342010000400017&lang=pt&tlng=>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

DI NINNO, C. Q. M. S. et al. Aleitamento materno exclusivo em bebês com fissura de lábio e/ou palato. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, Belo Horizonte, 2011. n.16, n.4, p.417-21. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v16n4/v16n4a09.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

FIGUEIREDO, M. C. et al. Pacientes com fissura labiopalatina: acompanhamento de casos clínicos. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 9, n.2, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/929/92915260018.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

LISBÔA, P. K.; ROCHA, V.P.; PINI, R. Fissura lábio-palatal: uma revisão de literatura. **Revista do Instituto de Ensino Superior de Londrina**. Londrina, 2009. v. 1, n. 1. Disponível em: <http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_14_1310156005.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013

MONTAGNOLI, L.C.et al. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade: um estudo transversal. **Jornal de pediatria**. Porto Alegre, v. 81, n.6, nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000800009&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2013.

PICCIN, S.; MACHADO, A. D.; BLEIL, R. T. Estado nutricional e prática de aleitamento materno de crianças portadoras de fissuras labiopalatais de Cascavel/Paraná. **Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, v.34, n. 3, p. 71-83, dez. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=537815&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

SANTOS, E. C. et al. Análise qualitativa do padrão alimentar de crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Goiânia- GO. **Journal of the Health Sciences Institute**, Goiânia, v.29, n.3, 2011. Disponível em:

<<http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03>, jul-set, v. 29, n. 3, 2011, p.183-185>. Acesso em 20 jan. 2013

SANTOS, R. S.; DIAS, I. M. V. Refletindo sobre a malformação congênita. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 58, n. 5, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a17v58n5.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2010.

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: 4 jun. 2010.

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 CEFAQ**, São Paulo, v. 7, n. 1, jan./mar. 2010. 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: 20 jan. 2010.

SILVEIRA, J. L. G. C.; WEISE, C. M. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sobre aleitamento. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. João Pessoa, v. 8, n. 2, p. 215-221, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/297/215>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

VANZ, A. P.; RIBEIRO, N. R. R. Escutando as mães de portadores de fissuras orais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2013.