

ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM NASCIDOS PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATINA: DIFICULDADES E MÉTODOS UTILIZADOS

Breast feeding in cleft lip and palate neonates: study of difficulties and methods

Etienne Barbosa da Silva ⁽¹⁾, Cristina Lemos Barbosa Fúria ⁽²⁾,
Camila Queiroz de Moraes Silveira Di Ninno ⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: levantar os métodos de alimentação utilizados em recém nascidos com fissura labiopalatina durante a internação e após a alta hospitalar e, em especial, a experiência das mães destes bebês em relação ao aleitamento materno. **Métodos:** foram entrevistadas mães de 50 crianças portadoras de fissura labiopalatina, menores de 5 anos, de ambos os gêneros, sem outras alterações congênitas. **Resultados:** Um quarto das mães pesquisadas não recebeu orientações sobre amamentação. O aleitamento natural foi mais satisfatório em crianças com fissura menos complexa. A sucção insuficiente foi a principal causa da substituição do aleitamento natural por outras formas de alimentação. Durante a internação e a fase domiciliar a maior variedade de métodos de alimentação foi encontrada em bebês com fissura transforame. **Conclusões:** verificou-se que as dificuldades no aleitamento natural em crianças com fissura labiopalatina se relacionam principalmente ao tipo de fissura apresentada e às orientações recebidas pelos profissionais das maternidades.

DESCRIPTORIOS: Fenda Labial; Fissura Palatina; Aleitamento Materno; Métodos de Alimentação

■ INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que ocorrem entre a 4^a e 9^a semana do período embrionário, devido à falta de fusão dos processos maxilar e médio-nasal ¹. São atribuídas aos fatores genéticos e ambientais, os quais podem atuar isolados ou em associação. Mais da metade dos indivíduos fissurados apresenta familiares portadores da síndrome. Os fatores ambientais mais frequentemente associados são os nutricionais, tóxi-

cos, estresse materno, uso de medicamentos, radiações ionizantes, infecciosos e o tabagismo durante o período de formação do bebê ². São as mais frequentes malformações faciais e, no Brasil, estima-se a ocorrência da ordem de 1 para cada 650 nascimentos ²⁻³. Algumas vezes, uma síndrome pode estar presente associada às fissuras (10%-15%) ⁴⁻⁵. Há várias classificações propostas que se baseiam em aspectos morfológicos e/ou embrionários. A mais adotada no Brasil é a que considera o forame incisivo como ponto anatômico de referência ⁶ (Figura 1).

O indivíduo portador de fissura labiopalatina apresenta diversos distúrbios decorrentes das alterações anatômicas e funcionais ⁷. Neste contexto, a família vivencia um processo de luto diante do nascimento de uma criança com malformação e da perda do seu bebê imaginário ⁸. As primeiras preocupações se relacionam à sobrevivência da criança, sua alimentação e à deformidade estrutural ⁹. Infelizmente as orientações insuficientes e nem sempre adequadas que as mães recebem logo após o nascimento da criança amedrontam ainda mais a família ¹⁰. Não há um consenso sobre a melhor forma ou método de se alimentar o recém nascido. O leite

⁽¹⁾ Fonoaudióloga, Especialista em Motricidade Oral, Hospital da Baleia.

⁽²⁾ Fonoaudióloga, Mestre em Fisiopatologia Experimental pela Universidade de São Paulo, Colaboradora do Serviço de Fonoaudiologia da Clínica de Otorrinolaringologia - Disfagia - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

⁽³⁾ Fonoaudióloga, Doutoranda em Lingüística pela Universidade Federal de Minas Gerais, Docente do curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

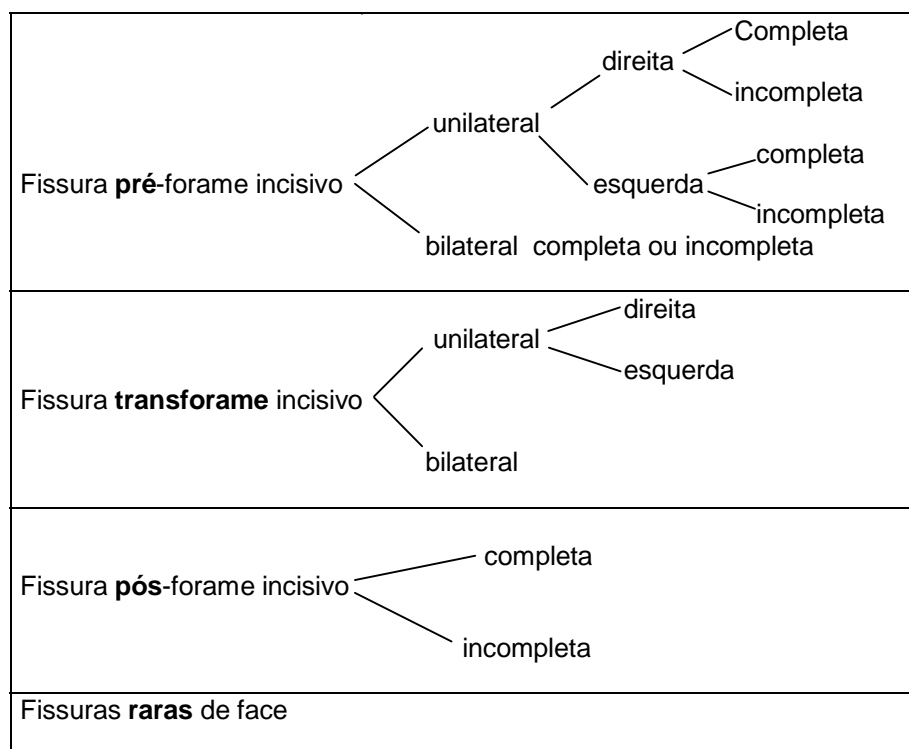


Figura 1 – Classificação das fissuras labiopalatinas de acordo com Spina *et al.* ⁶

materno é recomendado pelo seu próprio valor nutritivo e qualidade antibacteriana, auxiliando no combate de infecções, inclusive as de orelha média, que são comuns nos portadores de fissura ¹¹⁻¹². Mas o aleitamento materno deve ser conduzido respeitando os aspectos emocionais e afetivos da relação da família com o bebê, além de considerar as limitações decorrentes da própria malformação ⁸. As dificuldades se relacionam à impossibilidade anatômica de isolar a cavidade oral, da falta de apoio e estabilização do bico do peito e da posteriorização da língua ¹³⁻¹⁴. O grau de inabilidade de sucção está diretamente relacionado ao tipo de fissura. Geralmente o lactente que apresenta fissura pré-forame incisivo não encontra dificuldade para alimentar-se. Porém, aqueles com fissura pós-forame incisivo ou transforame podem apresentar dificuldades na extração do leite materno por não conseguirem pressão intra-oral adequada ^{4,15-16}. Vários instrumentos já foram projetados visando ajudar as crianças com fissura labiopalatina a se alimentarem, mas nenhum é aceito universalmente. Há relatos do uso de mamadeira, copinho, colher, conta-gotas, seringa e sonda ^{4,9-11,13,15-22}. Muitos autores contra-indicam o uso de sondas, ou mesmo conta-gotas e seringas uma vez que métodos mais próximos dos naturais poderiam ser utilizados com sucesso ^{9-10,22}. O uso de placas palatinas obturadoras tem sido defendido

por alguns profissionais ²³. Tais placas palatinas funcionariam como um palato artificial que forneceria um apoio contra o qual a criança poderia pressionar o bico com a língua durante a sucção. Em contraposição, há autores que as contra-indicam, pois elas poderiam deformar e direcionar o crescimento da maxila se não forem modeladas e substituídas com o desenvolvimento do bebê ^{4,15,19,23-26}.

Este trabalho foi realizado com o intuito de levantar os tipos de fissuras mais frequentes e os métodos de alimentação utilizados durante a internação e após a alta hospitalar, e de conhecer melhor a realidade das mães de crianças recebidas no serviço de fissura labiopalatina do Hospital da Baleia, no que se refere às suas experiências durante o aleitamento materno a partir das orientações recebidas dos profissionais da saúde.

■ MÉTODOS

No período entre fevereiro e dezembro de 2003, 50 crianças portadoras de fissura labiopalatina foram avaliadas por meio de um questionário modificado ¹⁸. As crianças foram identificadas durante o primeiro atendimento ambulatorial ou a partir do banco de dados do serviço, sendo convocadas por telefone. A coleta dos dados foi realizada pela autora principal do estudo e por estudantes de

fonoaudiologia, previamente treinados. As mães foram questionadas em relação às dificuldades de alimentação das crianças e os métodos utilizados nos primeiros meses de vida.

Foram incluídas crianças com fissura labio-palatina, menores de 5 anos de idade, de ambos os gêneros, as quais faziam parte do atendimento fonoaudiológico ambulatorial da instituição em pesquisa. Não houve restrições quanto ao tipo de fissura. Foram excluídas crianças com Sequência de Pierre Robin, comprometimento do Sistema Nervoso Central, outras anomalias congênitas associadas ou sindrômicas.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando o programa EPI INFO. Os resultados foram analisados utilizando o teste Qui-quadrado, o teste para comparação de duas proporções e o método de Tukey. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo comitê de ética do Hospital da Baleia (registro de número 003/2003). As mães assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido após terem sido orientadas quanto à pesquisa.

QUESTIONÁRIO

Data: ___/___/___

I. Identificação

1. Nome: _____
2. Gênero M () F () D.N.: ___/___/___ Idade: _____
3. Endereço: _____ CEP: _____ fone: _____
4. Hospital em que nasceu: _____
5. Tipo de fissura:
 - (0) Fissura pré-forame incisivo unilateral direita completa
 - (1) Fissura pré-forame incisivo unilateral direita incompleta
 - (2) Fissura pré-forame incisivo unilateral esquerda completa
 - (3) Fissura pré-forame incisivo unilateral esquerda incompleta
 - (4) Fissura pré-forame incisivo bilateral
 - (5) Fissura pós-forame incisivo completa
 - (6) Fissura pós-forame incisivo incompleta
 - (7) Fissura transforame incisivo unilateral direita
 - (8) Fissura transforame incisivo unilateral esquerda
 - (9) Fissura transforame incisivo bilateral

II. Identificação dos pais (ou responsáveis)

6. Nome da mãe: _____ Idade: _____
Nível de Escolaridade: _____ Profissão: _____
7. Nome do pai: _____ Idade: _____
Nível de Escolaridade: _____ Profissão: _____

III. Há outros casos de fissura labiopalatina na família?

- (0) Sim. Grau de parentesco: _____
(1) Não

IV. Experiência da mãe com amamentações de filhos anteriores

Filhos	Modo de aleitamento nos primeiros meses	Idade em que parou de amamentar	Motivo
Primeiro			
Segundo			
Terceiro			
Quarto			

V. Período /gestacional

10. Fez pré-natal?
 - (0) Não.
 - (1) Sim. a) Em que mês iniciou? _____
 - b) Quantas consultas? _____
11. Soube da presença da fissura antes do nascimento da criança?
 - (0) Não
 - (1) Sim. a) Que reação teve? _____
12. Recebeu orientação sobre aleitamento materno antes do parto?
 - (0) Não
 - (1) Sim. a) De quem? (1.1) Médico
(1.2) Enfermeira
(1.3) Outros _____
 - b) Quais orientações? _____

VI. Período pós-parto*A) Fase hospitalar*

13. Viu o bebê logo que nasceu?
 - (0) Sim
 - (1) Não. Quando o viu? _____
14. Qual sua reação quando ficou sabendo do problema do bebê?
 - (0) Ficou assustada
 - (1) Chorou
 - (2) Não aceitou
 - (3) Ficou preocupada
 - (4) Aceitou
 - (5) Não sabe
 - (6) Outros _____
15. Que profissional lhe deu esta notícia?
 - (0) Médico
 - (1) Enfermeiro
 - (2) Outros _____
16. Que informações sobre a criança e a fissura eles lhe deram? _____
17. Qual foi o peso do bebê quando ele nasceu? _____
18. Quantos dias ele ficou internado ao nascer? _____
19. Onde o bebê ficou durante este tempo?
 - (0) Berçário
 - (1) No quarto com a mãe
20. Você foi orientada sobre o aleitamento materno na maternidade?
 - (0) Não.
 - (1) Sim. a) Por quem? (1.1) Obstetra
(1.2) Pessoal da enfermagem
(1.3) Pediatra
(1.4) Fonoaudiólogo
(1.5) Outros _____
 - b) Que orientações lhe foram dadas? _____
21. Você tentou amamentar a criança no peito?
 - (0) Sim. Ela pegou? (0.1) Sim (0.2) Não.
 - (1) Não. Por que?
 - (1.1) No hospital falaram para não tentar
 - (1.2) Você achou que o bebê não ia conseguir
 - (1.3) Você não quis tentar
 - (1.4) Não levaram o bebê nas horas das mamadas
 - (1.5) O bebê estava doente
 - (1.6) Outros _____
22. Você deu leite de peito para seu filho quando ele nasceu?
 - (0) Sim. a) Como?
 - (0.1) No peito
 - (0.2) Na mamadeira
 - (0.3) Na colher
 - (0.4) Com conta-gotas
 - (0.5) Outros _____
 - b) Por que?
 - (0.5) No hospital falaram para dar leite de peito
 - (0.6) As amigas falaram para dar
 - (0.7) O leite de peito é o melhor para a saúde da criança
 - (0.8) Tinha muito leite de peito
 - (0.9) Já havia dado leite de peito para outros filhos
 - c) Como retirou o leite?
 - (0.10) Com bombinha
 - (0.11) Manualmente
 - d) Por quanto tempo? _____

23. Qual a melhor posição encontrada para amamentar seu filho?
 (0) Sentada
 (1) Em pé
 (2) Deitada
 (3) Nenhuma
 (4) Não sabe

24. E qual a melhor posição do bebê para mamar no peito?

25. Quando seu filho recebeu alta da maternidade ele estava mamando:
 (0) Exclusivamente ao seio
 (1) Apenas leite materno na mamadeira
 (2) Leite materno no seio e na mamadeira
 (3) Leite materno no seio e outro na mamadeira
 (4) Outro leite
 (5) Outros _____

B) Fase domiciliar

26. Que leite você deu para seu filho estando em casa?
 (0) Leite de peito
 (1) Leite de peito e outro tipo de leite (Idade da criança quando iniciou: _____)
 (2) Apenas outro tipo de leite (Idade da criança quando iniciou: _____)

27. Como deu o leite?

- (0) No peito
 (1) No peito e mamadeira
 (2) Na mamadeira
 (3) No copo ou xícara
 (4) Com colher
 (5) Com conta-gotas
 (6) outros _____

28. Se amamentou a criança no seio (no hospital ou em casa), por que parou?

- (0) O leite secou
 (1) O bebê não teve força para sugar
 (2) O leite era fraco
 (3) A criança não quis leite de peito
 (4) A criança estava perdendo peso
 (5) Você começou a tomar comprimido para não engravidar
 (6) Voltou a trabalhar e/ou estudar
 (7) O médico mandou parar de dar
 (8) Para a criança ser operada
 (9) Outros _____

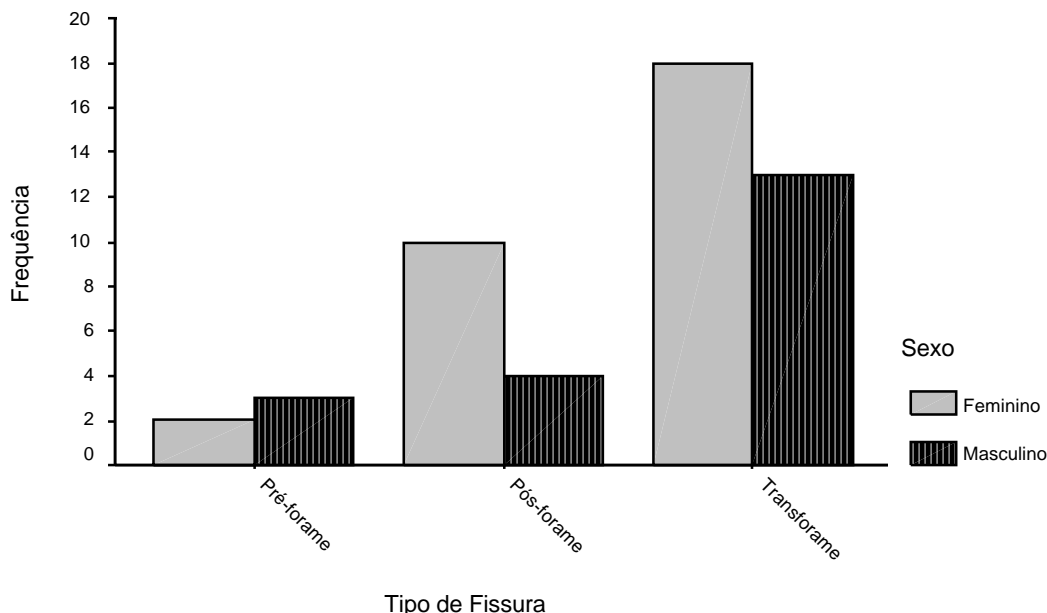


Figura 2 – Frequência do gênero para cada tipo de fissura

■ RESULTADOS

No presente estudo, 20 (40%) crianças eram do gênero masculino e 30 (60%) do feminino não havendo diferença estatística quanto à distribuição dos gêneros ($p > 0,05$). A idade variou entre 10 e 1760 dias, ou 4 anos e 10 dias, com média de 605,8 dias e desvio padrão de 490,65 dias. Trinta e uma crianças (62%) nasceram em maternidades de Belo Ho-

rizonte e 19 (38%) em maternidades do interior do estado de Minas Gerais. Quanto ao local de nascimento, a amostra também se apresentou homogênea ($p > 0,05$). Os tipos de fissura mais freqüentes (Figura 2) foram fissura transtorame incisivo unilateral esquerda (34%), pós-forame incisivo incompleta (20%) e transtorame incisivo bilateral (16%). A fissura transtorame incisivo apresentou freqüência significativamente maior que os demais tipos ($p = 0,016$).

Durante o período hospitalar, independentemente do método utilizado, 44 (88%) pacientes foram alimentados com leite materno, com ou sem complementação. O aleitamento natural exclusivo ocorreu em 10 (20%) crianças, sendo que 4 possuíam fissura pré-forame incisivo, 4 pós-forame incisivo e 2 transforame. Trinta e três (66%) crianças, ao serem colocadas no peito, não obtiveram êxito no aleitamento natural, segundo o relato das mães. Dez dessas crianças possuíam fissura pós-forame e 23 fissura transforame.

As mães de 13 (26%) crianças não receberam orientações relacionadas à amamentação durante o período hospitalar. Cinco eram portadoras de fissura transforame, 5 de fissura pós-forame e 3 de pré-forame. Os métodos utilizados para alimentação desses pacientes foram o aleitamento natural

exclusivo ou associado à mamadeira e a sonda nasogástrica. Cinco pacientes, todos com fissura transforame incisivo, foram orientados por fonoaudiólogos. O aleitamento natural exclusivo, ou associado a outros métodos, ocorreu em 3 dessas crianças.

O aleitamento natural não ocorreu em 4 (8%) pacientes com fissura transforame incisivo por orientação dos profissionais da maternidade (enfermeiros e médicos). Os métodos utilizados para a alimentação dessas crianças foram mamadeira, seringa, sonda nasogástrica exclusiva ou associada ao copo. Ainda na fase hospitalar, outros métodos, isolados ou em associação, foram utilizados para alimentação dos pacientes (colher, conta-gotas). A maior variedade de métodos foi encontrada na fissura mais complexa, do tipo transforame (Figura 3).

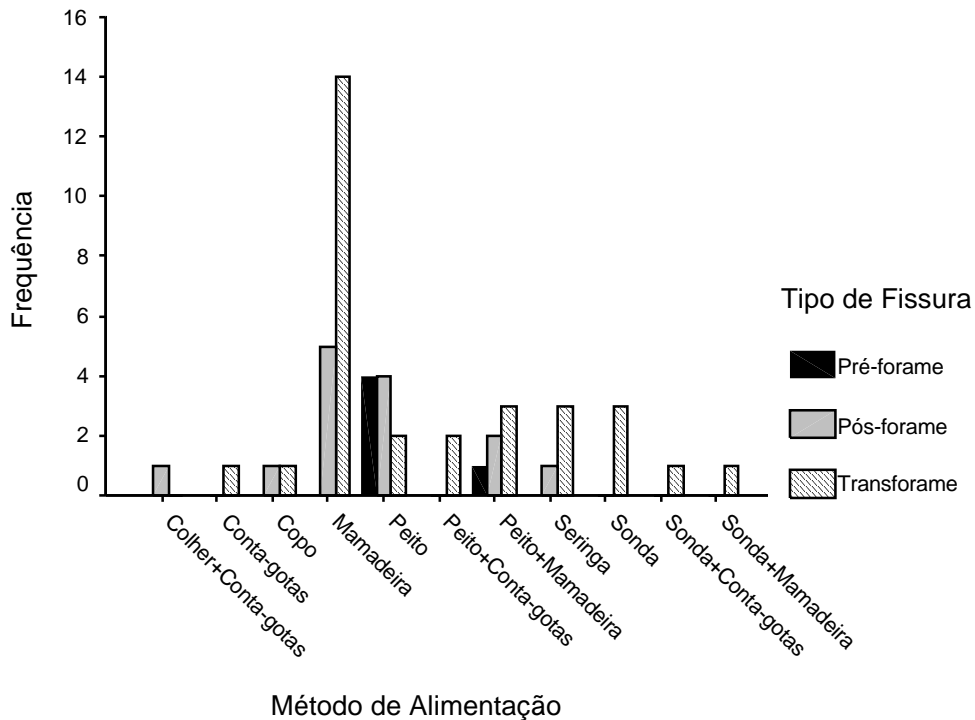


Figura 3 – Métodos de alimentação (fase hospitalar) para cada tipo de fissura

O prolongamento da internação hospitalar, por dificuldade de alimentação, ocorreu em 12 (24%) pacientes, variando de 1 a 20 dias (média 7 dias). Onze (22%) crianças apresentavam fissura transforame incisivo e uma apresentava associação de fissura pré-forame unilateral completa e pós-forame incisivo incompleta. Seis destas internações ocorreram em maternidades localizadas na capital e 6 no interior de Minas Gerais.

No período domiciliar, 4 (8%) pacientes foram alimentados com leite materno exclusivo, 42 (84%)

com leite materno associado ao leite artificial e 4 (8%) com leite artificial exclusivo. O tempo de aleitamento natural, exclusivo ou associado a outros métodos, variou entre 1 dia e 395 dias, com as seguintes médias: 287,5 dias para crianças com fissura pré-forame incisivo, 24,36 dias para crianças com fissura pós-forame incisivo e 19,34 para as que possuíam transforame incisivo. De acordo com o método de Tukey, o tempo de aleitamento natural foi significativamente maior nas crianças com fissura pré-forame (Tabela 1).

Tabela 1 – Tempo de amamentação (em dias) para cada tipo de fissura

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Pré-forame Incisivo	2	287,5000	152,0280	180	395
Pós-Forame Incisivo	14	24,3571	51,5597	0	200
Transforame Incisivo	29	19,3448	30,7354	0	120
Total	45*	32,8222	70,7291	0	395

*Cinco crianças não foram incluídas por ainda estarem se alimentando por aleitamento materno no momento da coleta dos dados
N = Número absoluto

O motivo mais freqüente, apontado pelas mães, que justificou a substituição do aleitamento natural por outros métodos (Tabela 2) foi a sucção ineficiente ($p=0,001$). Também foram utilizados vários métodos de alimentação (peito, mamadeira, copo, seringa, colher, conta-gotas), com maior variedade para crianças com fissura transforame incisivo.

Uma criança utilizou placa palatina obturadora. A mãe dessa criança relatou melhora na sucção da criança com o uso da placa.

Tabela 2 – Causas da substituição do aleitamento natural por outros métodos

	Frequência
O bebê não teve força para sugar	21
O leite diminuiu	0
O leite era fraco	1
A criança estava perdendo peso	4
A criança não quis leite de peito	2
Você começou a tornar comprimido para não engravidar	0
Voltou a trabalhar e/ou estudar	0
O médico mandou parar de dar	0
Para a criança ser operada	0
Outros	2

■ DISCUSSÃO

A amostra apresentou-se homogênea quanto ao gênero. A fissura transforame incisivo predominou sobre os demais tipos, o que está de acordo com outros estudos^{18,27}.

O estudo demonstra uma alta porcentagem de crianças que utilizaram o leite materno no período hospitalar, associado ou não ao leite artificial. Os resultados deste estudo confirmam os apresentados na literatura já que diversos autores enfatizam o incentivo ao aleitamento natural como orientação básica, reforçando o fato de que a fissura não inabilita a criança para tal função uma vez que os refle-

xos de sucção e deglutição se encontram preservados^{10,16,24,28-29}.

Algumas mães foram contra-indicadas a realizarem o aleitamento natural. O desconhecimento dos profissionais da área da saúde de maternidades de Belo Horizonte sobre vários aspectos da fissura labiopalatina, incluindo a alimentação dessas crianças, foi descrito por Di Ninno *et al.*³⁰. Desse modo, a própria orientação dos profissionais da saúde pode contribuir para o fracasso no aleitamento natural. Os pais são muitas vezes amedrontados quanto à possibilidade de aspiração laríngea da dieta que poderia causar quadros de pneumonia no bebê. Mas a freqüência de aspirações é muito baixa. Quando isso ocorre, geralmente é um sinal da presença de outras anomalias associada à fissura labiopalatina, como as de origem neurológica¹⁶.

O fonoaudiólogo tem papel fundamental no tratamento de fissurados labiopalatinos já que esses pacientes possuem alterações nos processos de alimentação e, posteriormente, comunicação⁷. Apenas 5 mães receberam orientações desses profissionais. Questiona-se se os casos de prolongamento nas internações, ocorridos pela dificuldade de alimentação, ou a utilização inadequada de sonda e outros métodos de alimentação pouco convencionais não poderiam ter sido evitados, caso o fonoaudiólogo tivesse orientado as outras mães.

Os achados desse estudo concordam com as pesquisas anteriores no que se refere aos métodos utilizados na alimentação de crianças fissuradas. Não há uma conduta única e foram utilizados diversos métodos para os diferentes tipos de fissura, tanto na fase hospitalar quanto no período domiciliar. A utilização de métodos pouco convencionais, contra-indicados na literatura, reforça a orientação inadequada e o desconhecimento dos profissionais sobre as fissuras^{10,17,30}. Os dados desse estudo não permitem conclusões a respeito da contribuição do uso da placa na amamentação, pois ela foi utilizada apenas por um paciente.

No período domiciliar, os resultados mostraram que crianças com fissura mais complexa apresentaram um tempo menor de aleitamento natural. Tais achados estão de acordo com os da literatura que

descreve como mais efetivo o aleitamento materno nas fissuras mais simples^{9,14-16,22,25}. O motivo mais freqüente apontado pelas mães entrevistadas, que justificou o desmame do aleitamento natural, está relacionado à sucção deficitária da criança. Esse resultado também foi observado em outro estudo¹⁴ após a aplicação de um questionário com 200 mães de crianças com fissura.

Apesar de se observar um desmame precoce do aleitamento materno em crianças com fissura mais complexa, o presente estudo não demonstra as possíveis influências no estado nutricional e na saúde geral dessas crianças. Sugere-se tal investigação em outras pesquisas.

No presente estudo, verificou-se ainda que as dificuldades no aleitamento natural em crianças com fissura labiopalatina se relacionam principalmente ao tipo de fissura apresentada e às orientações recebidas dos profissionais da saúde. Mesmo não havendo uma conduta única quanto aos métodos de alimentação a serem utilizados, alguns métodos pouco convencionais foram escolhidos. Ainda há poucos serviços que contam com a atuação do fonoaudiólogo. Percebe-se a necessidade de trabalhos que visem à orientação dos profissionais da saúde que lidam com as questões relativas à alimentação dessas crianças em seus primeiros dias de vida.

■ CONCLUSÃO

Pode-se concluir pela casuística estudada que:

1. A fissura transforame incisivo apresentou freqüência significativamente maior que os demais tipos de fissura.
2. Um quarto das mães pesquisadas não recebeu orientações relacionadas à amamentação durante o período hospitalar.
3. Durante a internação e a fase domiciliar a maior variedade de métodos de alimentação foi encontrada em crianças com fissura do tipo transforame.
4. Na fase domiciliar o tempo de aleitamento natural foi significativamente maior em crianças com fissura pré-forame.
5. A sucção ineficiente, apontada pelas mães como motivo mais freqüente para a substituição do aleitamento natural por outros métodos, foi estatisticamente significativa.

■ AGRADECIMENTOS

Às mães de crianças com fissura labiopalatina pela grande disposição em participarem da pesquisa.

ABSTRACT

Purpose: to investigate difficulties and methods for feeding children with cleft lip and cleft palate, in and outside the hospital and especially mothers' experience related to breastfeeding. **Methods:** 50 mothers of children with cleft lip and palate, under 5 years old, male and female, without any other congenital abnormalities were interviewed. **Results:** 25% of studied mothers did not get guidance about breastfeeding. Breastfeeding was more effective on those children with less complex clefts. Insufficient suckling appeared to be the main reason for the changing from this natural method to other sorts of feeding. There's not a unique procedure for feeding these babies and less common methods as those with use probes, syringes and droppers were used. **Conclusions:** we verified that difficulties in breastfeeding babies with cleft lip and cleft palate are related to the classification of these abnormalities and to the information provided by the medical staff to the babies' family.

KEYWORDS: Cleft Lip; Cleft Palate; Breast Feeding; Feeding Methods

■ REFERÊNCIAS

1. Moore KL. Embriologia clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 360 p.
2. Modolin MLA, Cerqueira EMM. Etiopatogenia. In: Altmann EBC. Fissuras Labiopalatinas. 4ª ed. São Paulo: Pró-Fono; 1997. p. 25-30.
3. Capelozza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras Lábio-Palatais. In: Petrelli E. Ortodontia para Fonoaudiologia. 1ª ed. Curitiba: Lovise; 1994. p. 195-239.
4. Redford-Badwal DA, Mabry K, Frassinelli JD. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. Dent Clin N Am 2003; 47:305-17.
5. Galvão CAAN. Etiologia das Maloclusões. In: Galvão CAAN. Ortodontia: noções fundamentais. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1986. p. 65-96.

6. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatais: sugestão de modificação. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* 1972; 27(1):5-6.
7. Melgaço CA, Di Ninno CQMS, Penna LM, Vale MPP. Aspectos ortodônticos/ortopédicos e fonoaudiológicos relacionados a pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. *J Bras Ortodon Ortop Facial* 2002; 7(1):23-32.
8. Almeida H. Situações especiais no lactente. In: Carvalho MR, Tamez RN. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.162-80.
9. Araruna RC, Vendruscolo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. *Rev latino-am enfermagem* 2000; 8(2):99-105.
10. Bachega MI, Thomé S, Filho LC. O uso de mameiras ortodônticas para a alimentação de crianças com fissuras lábio-palatais. *Pediatr Mod* 1985; 20:367-8.
11. Klein MD, Delaney TA. Cleft lip and palate: bottle feeding and your baby. In: Klein MD, Delaney TA. *Feeding e nutrition for the child with special needs: handouts for parents*. San Antonio: Therapy Skill Builders; 1994. p. 385-7.
12. Paradise JL, Elster BA, Tan L. Evidence in infants with cleft palate that breast milk protects against otitis media. *Pediatrics* 1994; 94: 853-60.
13. Cavalheri VAN. Fissura labiopalatal e aleitamento materno. *Rev CEFAC* 2000; 2(1):53-65.
14. 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; 1:84-7.
15. Morris SE, Klein MD. The child who has a cleft lip or palate. In: Morris SE, Klein MD. *Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development*. 2ª ed. San Antonio: Therapy Skill Builders; 2000. p. 649-58.
16. Sidoti EJ, Shprintzen RJ. Pediatric care and feeding of the newborn with a cleft. In: Shprintzen RJ, Bardach J, organizators. *Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach*. St. Louis: Mosby; 1995. p. 63-74.
17. Oliver RG, Jones G. Neonatal feeding of infants born with cleft lip and/or palate: parental perceptions of their experience in South Wales. *Cleft Palate Craniofac J* 1997; 34:526-32.
18. Thomé S. Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou de palato (mestrado). Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1990.
19. Wilton JM. Cleft palates & breastfeeding. *Awhonn Lifelines* 1998; 2:11.
20. Alexander-Doelle A. Breastfeeding & cleft palates. *Awhonn Lifelines* 1997; 1:27.
21. Altmann EBC, Vaz ACN, Paula MBSF, Khoury RBF. Tratamento precoce. In: Altmann EBC. *Fissuras Labiopalatinas*. 4ª ed. São Paulo: Pró-Fono; 1997. p. 291-324.
22. Trenouth MJ, Campbell AN. Questionnaire evaluation of feeding methods for cleft lip and palate neonates. *J Pediatr Dent* 1996; 6:241-4.
23. Osuji, OO. Preparation of feeding obturators for infants with cleft lip and palate. *J Clin Pediatr Dent* 1995; 19:211-4.
24. Biancuzzo M. Yes! Infants with clefts can breastfeed. *Awhonn Lifelines* 1998; 2:45-9.
25. Almeida MLG, Passerotti ALAC. Amamentação materna em fissurados: estudo retrospectivo. *Pediatr mod* 1986; 21:85-6, 89-90.
26. Turner L, Jacobsen C, Humenczuk M, et al. The effects of lactation education and a prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2001; 38(5):519-24.
27. Pini JG, Peres SPBA. Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: aleitamento e introdução alimentar. *Rev nutr* 2001; 14(3):195-9.
28. Peres SPBA. Alimentando uma criança portadora de lesão lábio-palatal: primeiro ano de vida. *Nutrivitae* 1999; 2(2):45-54.
29. Marques MIVM, Martinelli AJ. A alimentação das crianças portadoras de fissuras congênicas lábio-palatais nos dois primeiros anos de vida. *Pediatr* 1992; 68:87-92.
30. Di Ninno CQMS, Gomes RO, Santos PG, et al. O conhecimento de profissionais da área da saúde sobre fissura labiopalatina. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2004; 9(2):93-101.

RECEBIDO EM: 18/01/05

ACEITO EM: 28/02/05

Endereço para correspondência:

Rua Brito Alves, 168

Belo Horizonte – MG

CEP: 30590-230

Tel: (31) 3383086

e-mail: etifono2000@yahoo.com.br