

FISSURA LABIOPALATAL E ALEITAMENTO MATERNO

CLEFT LIP AND PALATE AND BREAST FEEDING

*Vivian Amaral Nogueira Cavalheri**

■ RESUMO

O bebê portador de fissura labiopalatal, manifesta, logo após o nascimento, uma sucção dificultada pelas condições bucais inerentes a este tipo de malformação.

Buscando conhecer melhor os fatores que interferem na prática do aleitamento materno, foi realizada extensa revisão de literatura e pesquisa através de 36 entrevistas realizadas com as mães de crianças portadoras de fissura labiopalatal de Joinville/SC.

Alguns métodos foram citados como forma de alimentação destes bebês, quando na impossibilidade da amamentação. Os dados neste estudo permitem concluir que a fissura labiopalatina interfere no aleitamento materno de acordo com sua complexidade.

UNITERMOS: fissura labiopalatal; sucção; amamentação.

■ ABSTRACT

The baby borned with cleft lip, cleft palate or both immediately presents upon birth an inherent suction difficulty due to these kind of deformity.

An extensive literature review was conducted aiming the better understanding of interfering factors in breast feeding process. Interviews based research was done with 36 mothers of children borned with these deformities in Joinville/SC. Some methods for breast feeding were discussed in this study when the sucking natural ability was found impossible. The data obtained lead to conclude that a cleft lip, cleft palate or both interfere in the feeding process in accordance with the severity of the individual condition.

KEY WORDS: cleft lip and palate; suction; breast feeding.

* Fonoaudióloga Especialista em Motricidade Oral pelo CEFAC.
Orientação: Profa. Dra. Miriam Goldemberg.

■ INTRODUÇÃO

As fissuras congênicas de lábio e palato são as mais frequentes malformações faciais. Ocorrem no período embrionário e início do fetal e resultam da deficiência da fusão dos processos maxilares e médio-nasal, impedindo o completo crescimento dessas estruturas. Assim, a influência de qualquer agente teratogênico, as falhas de estruturas ósseas e tecidual que comprometam o desenvolvimento embrionário poderão originar uma fissura de lábio e/ou palato.

A incidência de indivíduos que nascem com malformações congênicas labiopalatais é relativamente alta. No Brasil a prevalência é de 1 em cada 650 nascimentos. As fissuras podem atingir o lábio e/ou palato de forma completa ou incompleta, uni ou bilateralmente. Este tipo de malformação destaca-se pela complexidade de seus efeitos estéticos e funcionais.

A dificuldade na alimentação do bebê fissurado surge logo após o nascimento em razão de prejuízos no mecanismo de sucção e deglutição, decorrentes da falta de integridade anatômica. Porém, sabe-se que a sucção é uma função inata, já experimentada pelo feto em vida intra-uterina, de modo a capacitar a musculatura intra e extrabucal. Este mecanismo não ocorre de forma diferente para o fissurado. Portanto, acredita-se que esta criança tem condições de se adaptar às condições anatômicas, desde que os pais sejam orientados adequadamente.

Partindo-se do princípio que o leite materno é o alimento ideal para todas as crianças e que a sucção ao seio produz benefícios no desenvolvimento da face, acredita-se na importância dessa prática.

A iniciativa da realização deste trabalho surgiu mediante a dificuldade encontrada na manutenção do aleitamento materno em bebês portadores de fissuras labiopalatais, atendidos no Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais de Joinville.

O objetivo deste estudo é discutir a questão do aleitamento materno em crianças portadoras de fissura labiopalatal. Ao analisar esta questão pergunta-se:

- Quais os fatores que influenciam na realização ou não da prática do aleitamento materno?
- Na impossibilidade do aleitamento materno, qual a forma mais adequada de se alimentar estas crianças?
- Como e por quem devem ser realizadas as primeiras orientações aos pais?

■ DISCUSSÃO TEÓRICA

A fissura labiopalatal é definida por CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO (1994) como a ruptura do lábio, palato ou ambos, representando a mais comum malformação craniofacial.

Em relação à etiologia destas malformações, MODOLIN & CERQUEIRA (1994) acreditam na ocorrência do padrão hereditário multifatorial nos erros de desenvolvimento e subdividem as deformidades em congênicas, quando há influência ambiental, e hereditárias, quando caracteriza-se o estigma genético. Entre os fatores ambientais mencionam os relacionados com a mãe, o estresse, as infecções e medicamentos, carências alimentares e irradiações.

CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO (1994) referem que as fissuras labiopalatais acometem todos os grupos raciais e étnicos, independente de sexo e classe sócio-econômica e que as fissuras que aparecem com maior frequência são as que envolvem lábio e palato unilateral do lado esquerdo. Quanto ao sexo, de um modo geral as fissuras ocorrem com maior frequência no masculino. No entanto, nas fissuras isoladas do palato, há uma predileção pelo sexo feminino.

SILVA FILHO et al. (1992), baseados na literatura, elegem a classificação de SPINA como a mais objetiva e de melhor terminologia. Trata-se de um sistema de classificação de base embriológica que usa como ponto de referência o forame incisivo.

Esta classificação está dividida em 4 grupos como mostra o Quadro 1.

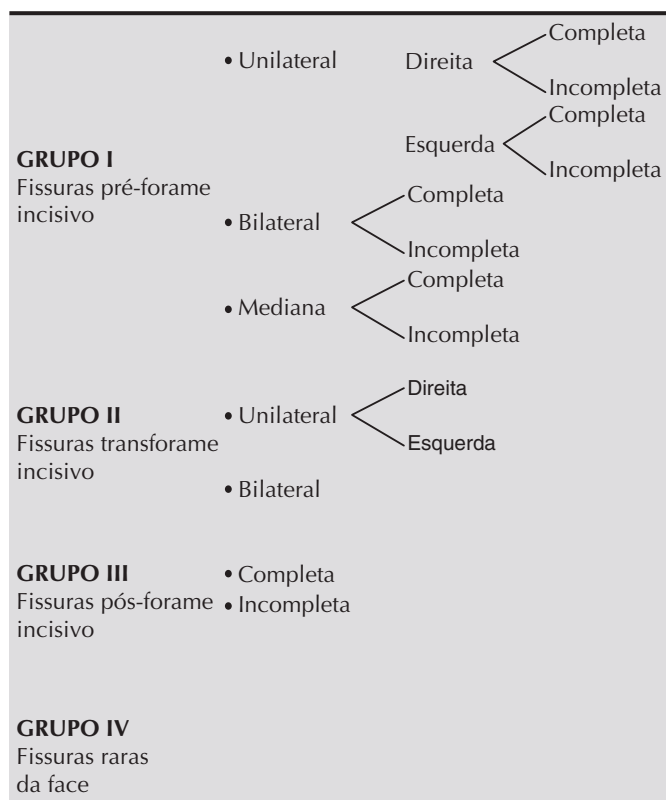
A amamentação natural tem sido objeto de estudo de profissionais, de diversas áreas, pelas suas nítidas vantagens, tanto no aspecto nutricional, de imunização, como pelas necessidades psicológica e de adequada estimulação oral.

GIUGLIANI (1994) acredita que as estratégias de promoção da amamentação devem variar de acordo com a população, sua cultura, seus hábitos, suas crenças, sua posição sócio-econômica, entre outras características. A mesma autora acrescenta que as atitudes positivas com relação ao aleitamento materno são muito importantes para sua promoção, bem como o adequado conhecimento do assunto.

WINNICOTT (1982) afirma que a mãe, impossibilitada de aleitar o seu bebê ao peito, por uma ou outra razão, é capaz de estabelecer e propiciar uma gratificação instintiva mediante o uso da mamadeira. Todavia, de modo geral, as mães aptas a aleitarem seus filhos ao peito são capazes de encontrar uma experiência mais rica, no ato de amamentar. O autor acrescenta que um bebê pode ser incapaz de aceitar o seio materno por causa de alguma interferência na capacidade da mãe para adaptar-se às necessidades do bebê. Os conselhos, errôneos, para insistir na amamentação, são notoriamente desastrosos.

A amamentação materna promove um melhor desenvolvimento da estrutura facial e cria condições para que a mandíbula cresça, favoravelmente, eliminando seu prognatismo.

Quadro 1. Classificação das fissuras labiopalatais segundo SPINA



tismo em relação à maxila, é o que afirmam PERNETTA et al. (1981). LIMONGI (1987) acrescenta, ainda, que a alimentação, através da mamadeira, provoca uma desarmonia nos crescimentos da mandíbula e maxila, devida à ausência dos movimentos mandibulares propulsivos.

A mesma autora acredita que uma maneira de se abrandar essa quebra na movimentação harmoniosa, típica da amamentação natural, é o uso do bico ortodôntico. Por apresentar, em sua forma, características aproximadas às do mamilo, sua manipulação favorece movimentos adequados dos órgãos fonoarticulatórios durante a sucção.

O bebê portador de fissura labiopalatal manifesta, logo após o nascimento, uma sucção dificultada pelas condições bucais inerentes a este tipo de malformação. Os objetivos a serem alcançados na alimentação deste bebê são os mesmos de um bebê normal. ALTMANN et al. (1994) relatam que as crianças portadoras de fissura pré-forame incisivo não têm problemas alimentares; porém aquelas com fissura pós-forame ou transforame podem apresentar dificuldades alimentares por não conseguirem uma pressão intra-oral adequada. Consideram, então, que a primeira prioridade do bebê fissurado está relacionada à manutenção da nutrição; e a segunda a uma técnica de alimentação que se

aproxime o máximo possível do normal. NÓBREGA (1981) destaca que a desnutrição torna-se o grande fantasma da criança portadora de fissura labiopalatal, pelas dificuldades próprias da lesão, tais como sucção insuficiente, deglutição excessiva de ar com reflexos nasais e engasgos, fadiga para alimentar-se, com conseqüente ingestão inadequada.

CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO (1994) enfatizam o incentivo ao aleitamento materno como orientação básica; entretanto, caso este ideal não seja possível, orientam a mãe para o uso da mamadeira de bico ortodôntico. PERNETTA (1969) cita a fissura labiopalatina como um dos fatores impeditivos à amamentação, pelo fato dessas crianças não poderem sugar satisfatoriamente.

HOLDSWORTH (1970) ressalta que se pode tentar o aleitamento materno para uma criança portadora de fissura; porém, se não for bem-sucedido, o leite deve ser ordenhado e oferecido por outros métodos. Acredita na importância da sucção e deglutição para o desenvolvimento da musculatura do lábio e palato. Dessa forma, estimula a utilização de mamadeira.

PACHI (1994) relata que, no período neonatal e durante pelo menos os seis primeiros meses de vida, os esforços devem ser concentrados na amamentação ao seio materno, porém constata-se que, na prática, são escassos os casos em que se consegue o ideal nestas ocasiões, ou seja, a amamentação natural. O mesmo autor acrescenta que, na alimentação administrada por via oral, em crianças com fissura labiopalatina, deve-se utilizar artefatos que propiciem sucção e deglutição eficazes, como bico de mamadeira ortodôntico, com orifício planejado para dar vazão ao leite pela própria força de sucção da criança.

ALMEIDA & PASSEROTTI (1986) realizaram um estudo em crianças fissuradas, de zero a um ano de idade, que foram amamentadas ao seio. Verificaram que, de acordo com o tempo de amamentação para cada tipo de fissura, o maior êxito ocorreu em crianças com fissura pós-forame. O êxito das crianças com fissuras transforame foi intermediário. Concluem, então, que é possível o aleitamento materno, de forma satisfatória, naquelas portadoras de fissuras menos complexas.

De acordo com ALTMANN et al. (1994), a primeira orientação a ser dada às mães é com relação ao aleitamento materno. Porém, acreditam que a maioria das crianças não consegue o suprimento de leite necessário. Recomendam então que o leite materno seja oferecido em mamadeira com bico ortodôntico e furo para cima.

LANG et al. (1994) citam a alimentação com xícara, definindo-a como um método de administrar leite a um bebê através de vidro ou plástico sem bico (ou rebordo). Os autores evidenciam que a alimentação com xícara é apro-

priada para alguns grupos; dentre eles, bebês com fenda labial e/ou palatina, cujas mães desejavam estabelecer a amamentação, mas para os quais se revelava provável a necessidade de um método adicional de alimentação.

ALTMANN et al. (1994) contra-indicam o uso de sonda nasogástrica. Explicam que as seis primeiras horas de vida representam um período importante para adaptação do reflexo de alimentação. Isso significa que, se a criança fissurada for bloqueada através do uso de sonda, após o nascimento, os seus mecanismos próprios para realizar os movimentos de sucção e deglutição serão prejudicados.

PACHI (1994) refere que na avaliação do recém-nascido com fissura labiopalatina e de sua capacidade de deglutir é fundamental uma abordagem diagnóstica; e que esta deve ser realizada já no berçário por um fonoaudiólogo, que é o profissional mais bem habilitado para definir e orientar a estratégia a ser empregada na alimentação. ALMEIDA & PASSEROTTI (1986) acrescentam que o êxito da amamentação da criança com essa deformidade depende da atuação dos profissionais de saúde com relação ao incentivo, persistência, orientação e apoio às mães.

PACHI (1994) conclui que a complexidade do contexto em que se insere o recém-nascido portador de fissura labiopalatal exige de todos – família e profissionais da saúde envolvidos no caso – conhecimento, determinação, entendimento e paciência, para que se possa alcançar o fim comum: obter um indivíduo feliz e integrado a uma sociedade cada vez mais exigente quanto ao desempenho de seus componentes.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Metodologia

O presente estudo baseia-se na revisão bibliográfica e nas respostas obtidas através de 36 entrevistas de mães de crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato, de

ambos os sexos, nascidas na cidade de Joinville/SC, no período de 1990 a 1996. A amostra deste estudo consiste em crianças atendidas no Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais de Joinville.

O formulário utilizado na pesquisa foi elaborado através de experiência vivenciada pelo pesquisador em suas atividades diárias com crianças portadoras deste tipo de malformação.

Descrição do Local

O Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais é um serviço criado através de um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal de Joinville e o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP, Bauru/SP.

O serviço funciona há 9 anos e caracteriza-se pela assistência global aos portadores de malformação congênitas de lábio e/ou palato.

Visto que a recuperação total (funcional, estética e psicológica) destes pacientes depende de tratamento complexo e integrado, torna-se necessária a atuação de uma equipe multiprofissional.

O Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais é referência estadual neste tipo de assistência. Possui 1.061 pacientes cadastrados, sendo 449 de Joinville (números obtidos ao término de 1998).

Resultados

A amostra utilizada nesta pesquisa foi de 36 pacientes, sendo 47,22% do sexo feminino e 52,78% do sexo masculino.

Com relação aos tipos de fissura, optou-se por classificá-las em pré e transforame, uni ou bilaterais, e pós-forame total ou parcial, em razão da correlação que a complexidade das mesmas possa ter com o grau de dificuldade da criança na alimentação (Gráfico 1).

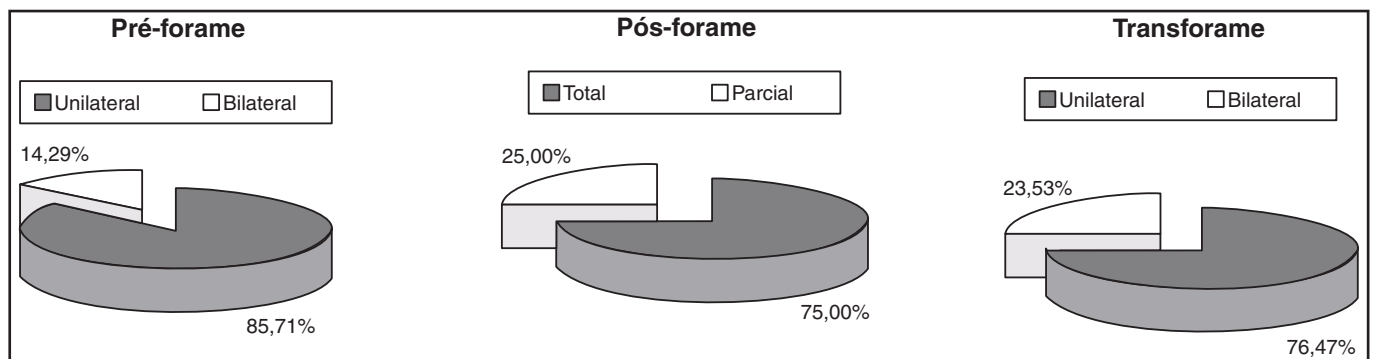


Gráfico 1. Tipos de fissura.

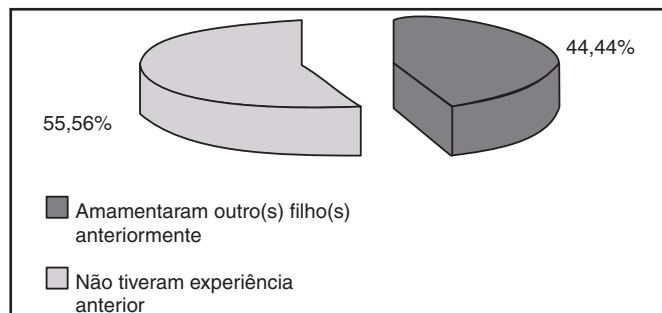


Gráfico 2. Dados de amamentação anterior.

Das 36 crianças analisadas, 19,44% eram portadoras de fissura pré-forame, 85,71% apresentaram a lesão unilateral e 14,29% bilateral. Nas fissuras transforame, 76,47% eram unilaterais e 23,53% bilaterais. Já nos bebês portadores de fissura pós-forame, 75% foram classificados como total e 25% parcial.

Os dados analisados acima confirmam a citação de CAPELOZZA FILHO & SILVA FILHO (1994) que referem o aparecimento mais freqüente das fissuras que envolvem unilateralmente o lábio e o palato.

A experiência anterior com a amamentação de outros filhos é considerada positiva por THOMÉ (1990). Já a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1965) cita que experiências vividas durante lactações anteriores podem contribuir para êxito ou fracasso da amamentação.

Os dados obtidos nesta pesquisa mostram que, das 36 mães entrevistadas, 44,44% relataram ter amamentado anteriormente outro(s) filho(s), 55,56% não tiveram a mesma experiência, como mostra o Gráfico 2.

Durante a permanência no hospital, 22,22% crianças fizeram uso de sonda nasogástrica, 30,50% foram amamentadas ao seio, 16,66% utilizaram copinho, 8,33% colher, 19,44% mamadeira e 2,77% fizeram uso de conta-gotas. No mesmo grupo, 25% das mães não souberam relatar a forma de alimentação dos seus bebês nesse período.

Nesta questão algumas mães citaram mais de uma forma de alimentação (Gráfico 3).

HEMINGWAY (1972) afirma que é possível a amamentação ao seio mesmo diante de lesão completa. Enfatiza que o empenho da mãe é fator imprescindível para o sucesso da

amamentação, uma vez que a criança com fissura labiopalatal leva de dois a três meses para alimentar-se com eficácia. Segundo THOMÉ (1990), quanto mais precoce for a primeira mamada, maiores as chances de sucesso da amamentação. Já PERNETTA (1969) cita a fissura labiopalatina como um dos fatores impeditivos à amamentação.

HOLDSWORT (1970) e PACHI (1994) contra-indicam o uso da colher e da sonda nasogástrica. Justificam que estes métodos prejudicam os reflexos de sucção e deglutição. DUNNING (1986) refere que o uso de colher e/ou conta-gotas, embora constituam formas mais rápidas e fáceis de alimentação, prejudica o desenvolvimento dos músculos da face e do palato, podendo enfatizar para a mãe a anomalia do bebê. Acredita-se, então, que estes métodos devem ser utilizados como último recurso.

LANG et al. (1994) afirmam que a alimentação em copinho é apropriada para bebês com fenda labial e/ou palatina, nos casos em que as mães desejavam amamentar, mas que necessitavam de um método adicional de alimentação até a realização da cirurgia (Gráfico 4).

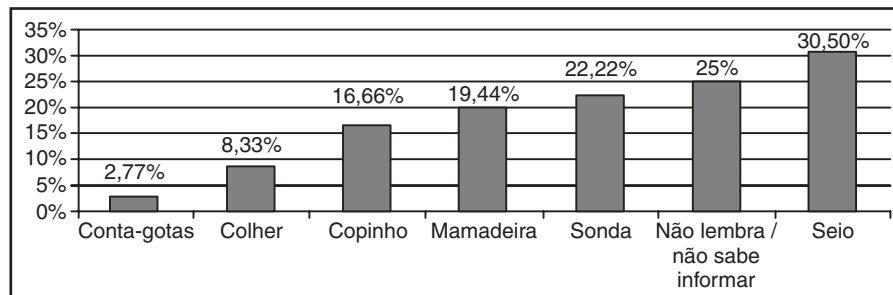
Ao analisar esta questão, verificou-se que 44,47% dos bebês alimentaram-se exclusivamente ao seio; 2,77% foram amamentados ao seio e o mesmo leite era oferecido, também, através de seringa. Outro recebeu aleitamento materno e o mesmo leite também na mamadeira. Mais 16,66% usaram outro tipo de leite na mamadeira, enquanto que outros 11,11% amamentaram no seio e complementaram na mamadeira com outro tipo de leite. O leite materno foi oferecido a mais 16,66% no copo e outros 16,66% na colher.

Das 36 crianças analisadas, 30,56% nunca foram amamentadas ao seio. Da população que foi aleitada, 19,45% permaneceram por um período de 15 dias, 13,89% durante 1 mês, 8,33% durante 2 meses, 5,56% durante 3 meses, 2,77% durante 4 meses, 2,77% durante 5 meses e 16,67% durante 6 ou mais meses (Gráfico 5).

Segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1981), as crianças com fissura de lábio ou de palato podem ter dificuldades para mamar, porém muitas delas conseguem alimentar-se no peito.

Os dados obtidos mostram que a permanência do aleitamento materno em bebês fissurados é bastante reduzi-

Gráfico 3. Forma de alimentação dos bebês durante a permanência no hospital.



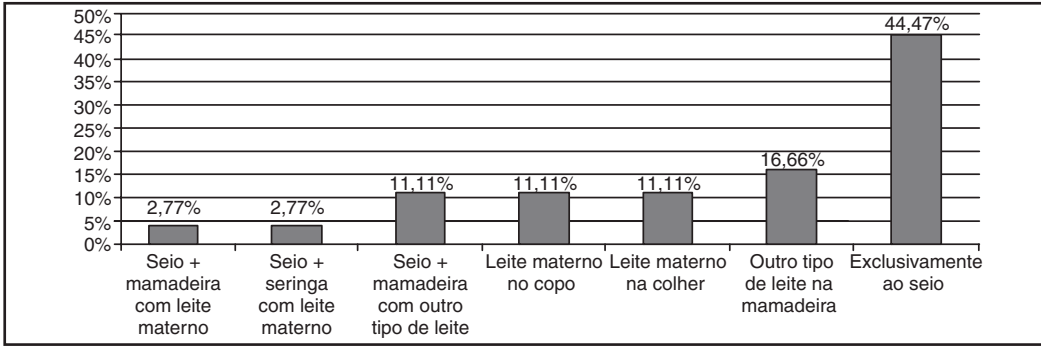


Gráfico 4. Forma de alimentação logo após a alta hospitalar.

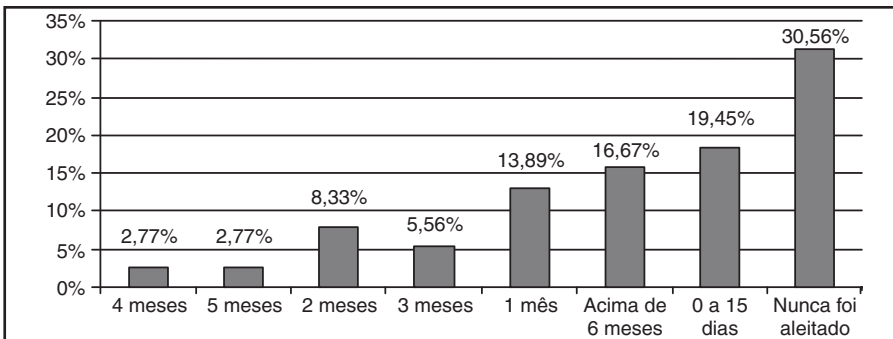


Gráfico 5. Período de manutenção do aleitamento materno (não exclusivo).

da, mesmo se utilizada alimentação mista; ou seja, a maioria dessas crianças fez algum tipo de complementação alimentar (Gráfico 6).

Das 7 crianças portadoras de fissura pré-forame, 71,42% foram aleitadas no seio por um período superior a 6 meses, 14,29% durante 5 meses e outra por 2 meses (Gráfico 6A), já os bebês com fissura transforame obtiveram um

índice menor de permanência ao seio materno. Dos 17 bebês, 52,94% nunca foram amamentados ao seio. As outras 47,06% crianças foram aleitadas durante um período inferior a 6 meses de idade (Gráfico 6B).

Nos bebês com fissura pós-forame, foram encontrados apenas 8,33% alimentados ao seio por mais de 6 meses; 41,66% no período de 0 a 15 dias; 25,02% durante 1 mês;

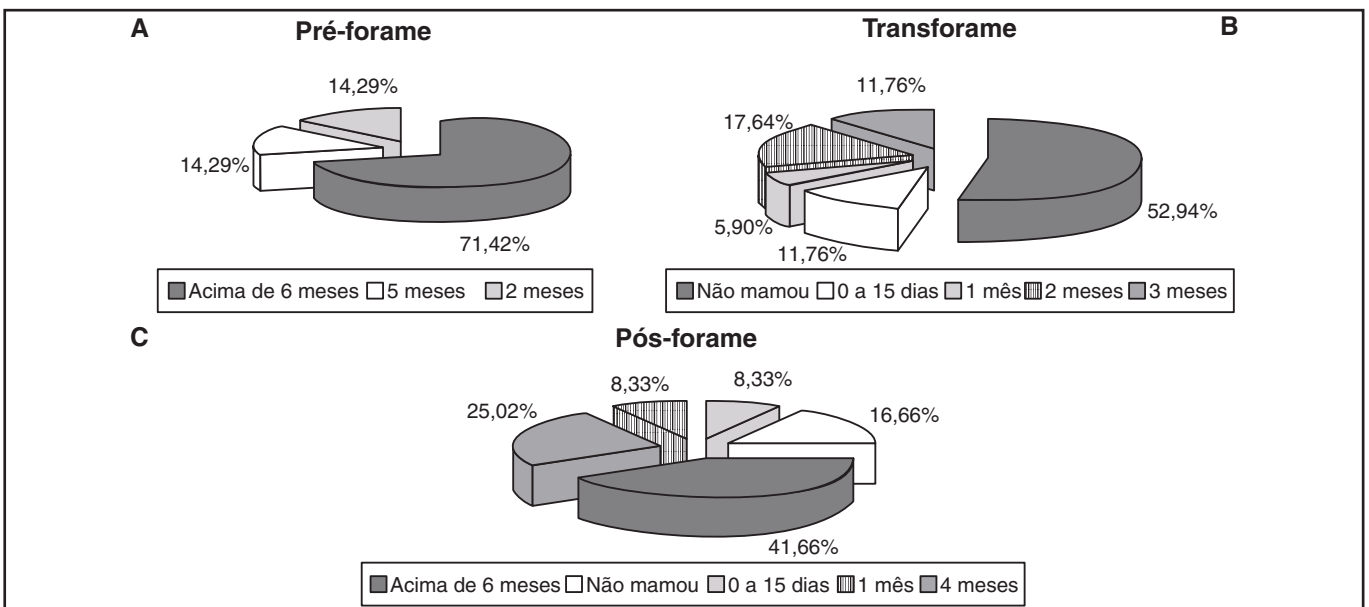


Gráfico 6. Relação do aleitamento materno com o tipo de fissura.

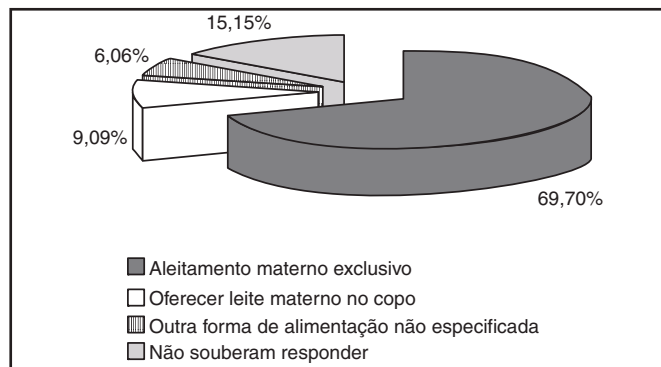


Gráfico 7. Tipo de orientação recebida pelas mães durante a permanência no hospital.

8,33% durante 4 meses e 16,66% que nunca foram amamentados ao seio (Gráfico 6C).

Estes dados confirmam a literatura. ALTMANN et al. (1994) relatam que as crianças portadoras de fissura pré-forame não têm problemas alimentares; porém, aquelas com fissura pós-forame ou transforame, podem apresentar dificuldades alimentares por não conseguirem uma pressão intra-oral adequada. ALMEIDA & PASSEROTTI (1986) concluem que é possível o aleitamento materno de forma satisfatória, nos bebês com fissuras menos complexas.

De acordo com ALTMANN et al. (1994), a primeira orientação a ser dada às mães é com relação ao aleitamento materno. Porém, acreditam que a maioria das crianças não consegue o necessário suprimento de leite apenas com o aleitamento natural. Assim, recomenda que o bebê seja colocado por 5 minutos em cada seio para estimular a descida do leite. Após esse tempo, deve-se oferecer o leite da mãe ordenhado em mamadeira. HOLDSWORTH (1970) refere, também, a possibilidade do aleitamento materno para bebês com este tipo de malformação; porém, se não for bem-sucedido, recomenda que o leite seja ordenhado e oferecido por outros métodos (Gráfico 7).

Nesta questão, 69,70% das mães relataram ter recebido orientações sobre aleitamento materno exclusivo; 9,09% foram orientadas a oferecer o leite materno no copo; outras 6,06% referem outra forma de alimentação não espe-

cificada e 15,15% não souberam responder que tipo de orientação receberam neste período.

Ao responder esta questão, algumas mães citaram mais de um motivo para o uso da mamadeira (Gráfico 8).

Das 36 crianças analisadas, 88,89% fizeram uso de mamadeira. Os motivos alegados pelas mães foram: perda de peso, presença de regurgitações, dificuldade na sucção, ausência de leite e principalmente o fato de o bebê chorar muito.

ALTMANN et al. (1994) consideram que a primeira prioridade do bebê fissurado está relacionada à manutenção da nutrição. Caso a mãe não tenha leite suficiente, o pediatra é quem deverá orientar quanto ao tipo de leite que será utilizado. NÓBREGA (1981) destaca que a desnutrição torna-se o grande fantasma da criança portadora de fissura labiopalatal pelas dificuldades próprias da lesão, em razão de sucção insuficiente, deglutição excessiva de ar com reflexos nasais e engasgos, fadiga para alimentar-se e, por conseguinte, ingestão inadequada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer os fatores que interferem na prática do aleitamento materno, considerando a importância da intervenção precoce e a forma mais adequada de alimentação destes bebês, quando na impossibilidade da amamentação natural.

No presente estudo, verificou-se que as dificuldades alimentares do bebê fissurado variam de acordo com a complexidade da malformação. Os portadores de fissura pré-forame não apresentaram problemas alimentares; já os portadores de fissura pós-forame e transforame obtiveram baixo índice de permanência ao seio materno.

É lícito concluir que as crianças portadoras de fissura labiopalatal, nascidas a termo, sem problemas associados, podem e devem ser alimentadas normalmente, por via oral, desde as primeiras horas de vida. O reflexo de sucção destes bebês está preservado e deve ser exercitado. À medida que a musculatura oral se desenvolve, a alimentação será facilitada.

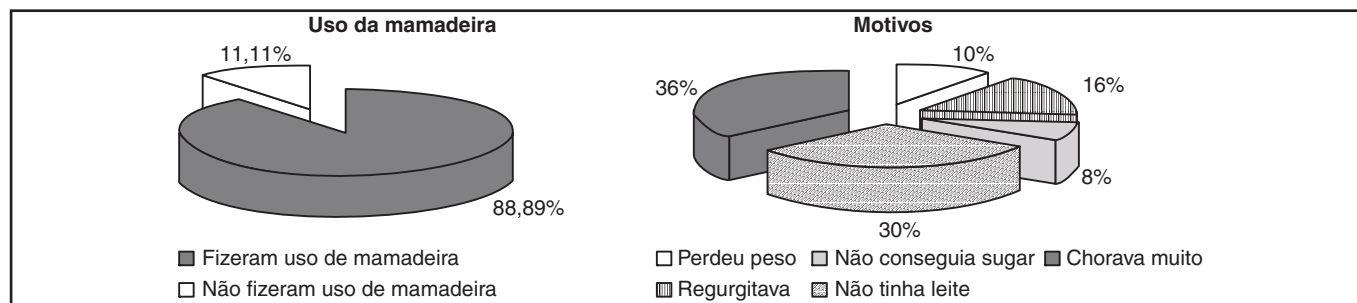


Gráfico 8. Número de crianças que fizeram uso de mamadeira e por qual motivo.

Diante do exposto, conclui-se que a técnica de alimentação a ser adotada na impossibilidade da amamentação natural deve se aproximar o máximo possível do normal, respeitando as fases do desenvolvimento global da criança.

A intervenção fonoaudiológica precoce junto aos bebês fissurados é fundamental para se estabelecer o diagnóstico das alterações das funções de deglutição e sucção e realizar orientações quanto às formas de alimentação a serem empregadas ainda no berçário.

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____

RG: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____

Sexo: () M () F Raça: () Branca () Preta () Amarela () Mestiça () Indígena

Tipo de fissura: _____

CONSTELAÇÃO FAMILIAR

= Pai

O = Mãe

—O

1 2

1 . Nome do pai: _____

Idade: _____ DN: ____/____/____.

Grau de instrução: _____ Profissão: _____

2 . Nome da mãe: _____

Idade: _____ DN: ____/____/____

Grau de instrução: _____ Profissão: _____

Filhos (Começando pelo mais Velho):

3 . Nome: _____

Idade: _____ Grau de instrução: _____

Saúde geral: _____

4 . Nome: _____

Idade: _____ Grau de instrução: _____

Saúde geral: _____

5 . Nome: _____

Idade: _____ Grau de instrução: _____

Saúde geral: _____

6 . Nome: _____

Idade: _____ Grau de instrução: _____

Saúde geral: _____

7 . Nome: _____

Idade: _____ Grau de instrução: _____

Saúde geral: _____

NÍVEL SOCIOECONÔMICO FAMILIAR

Dados da Carteirinha de Saúde

Dados de Amamentação Anterior

— Mamou até:

— Por que interrompeu:

— Trabalhou ou estudou fora durante a amamentação?

II - DADOS DA GESTAÇÃO

a) Idade da mãe quando engravidou: _____

b) Realizou pré-natal? _____

c) Fez consultas mensais? _____

d) Durante o pré-natal recebeu orientações quanto a amamentação? Quem realizou essas orientações?

e) Antes do nascimento do bebê, a senhora tinha intenção de amamentar?

f) Trabalhou ou estudou fora durante a gestação? Se trabalhou, que tipo de serviço realizou?

g) Realizou ultra-som? Quantos? Em que mês de gestação?

h) Tinha conhecimento da malformação antes do nascimento?

III - DADOS DO PARTO

a) Local do nascimento: _____

b) Duração da gestação: _____

c) Tipo de parto: _____

d) Peso ao nascer: _____

e) Quanto tempo após o parto a criança foi levada para mamar?

_____ Mamou? _____

f) Se não mamou, como foi alimentada durante a permanência no hospital? Quais as dificuldades?

g) Qual a permanência da criança no hospital?

h) A senhora foi orientada na maternidade sobre o aleitamento? Por quem? Qual a orientação dada?

IV - DADOS DOMICILIARES

a) Após a alta da maternidade seu filho estava mamando: _____

() Exclusivamente ao seio _____

() Leite materno na mamadeira _____

() Leite materno e mamadeira _____

() Leite materno no copo _____

() Leite materno no conta-gotas _____

() Leite materno na colher _____

() Leite materno no seio e outro leite na mamadeira _____

() Outro leite _____

b) A senhora foi orientada a retirar o leite do peito e dar para seu filho? _____

c) A senhora foi orientada a amamentar outro bebê para estimular a descida do leite? _____

d) Por que a senhora deu leite do peito para o seu filho? _____

- () Orientação da maternidade _____
- () O leite do peito é melhor alimento para a saúde do bebê _____
- () Influências de outras pessoas (amigos/familiares) _____
- () Já havia dado leite do peito para outros filhos _____
- e) Fez uso de mamadeira porque: _____
- () A criança chorava muito _____
- () Não tinha leite _____
- () O leite era fraco _____
- () Secaram o leite no hospital _____
- () Outro leite sustentava mais que o peito _____
- () A criança demorava muito para mamar _____
- () A criança vomitava _____
- () A criança engasgava _____
- () A criança regurgitava _____
- () já havia decidido que não ia amamentar _____
- f) Qual a melhor posição que a senhora encontrou para amamentar seu filho? _____
- () Sentada _____
- () Em pé _____
- () Deitada _____
- () Cavalinho _____
- () Não sabe _____
- g) Até que idade o seu filho mamou? _____
- Aleitamento materno _____
- Mamadeira _____
- Qual o conteúdo dessa mamadeira? _____
- Qual a frequência? _____
- h) Por que a criança deixou o peito? _____
- _____
- i) Quando a criança deixou a mamadeira? Por quê? _____
- _____
- _____

■ BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, M.L.G. & PASSEROTTI, A.L.A.C. – Amamentação materna em fissurados: estudo retrospectivo. **Pediat. Mod.**, **21**: 90-85, 1986.
- ALTMANN, E.B.C. et al. Tratamento Precoce. In: ALTMANN, E.B.C. coord. **Fissuras labiolapatinas**. São Paulo, Pró-fono, 1994.
- CAPELOZZA FILHO, L & SILVA FILHO, O.G. – Fissuras labiopalatais. In: Petrelli, E. coord. **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba, Lovise. 1994.
- DUNNING, Y. - Feeding babies with cleft lip and palate. **Nurs. Times**: 47-46, 1986.
- GIUGLIANI, E.R. Amamentação como e por que promover. **J. Pediatria**, **70**: 146-38, 1994.
- HEMINGWAY, L. Breast feeding a cleft palate baby. **J. Med. Aust**, **2**: 626, 1972.
- HOLDSWORTH, W.G. **Cleft lip and palate**. New York, Grune & Stratton, 1970.
- LANG, S. et al. Xícara: um método alternativo para alimentação infantil. **Archives of disease in childhood** **71**: 369-365, 1994.
- LIMONGI, S.C. A amamentação e sua importância no desenvolvimento dos órgãos fono-articulatórios. In: LACERDA, E.T. & CUNHA, M.C. Coord. **Sistema sensório-motor oral**. São Paulo, Educ, 1987.
- MODOLIN, M. L.A. & CERQUEIRA, E.M.M. Etiopatogenia. In: ALTMANN, E.B.C. coord. **Fissuras labiopatínas**. São Paulo, Pró-fono, 1994.
- NÓBREGA, F. J. **Desnutrição intra-uterina e pós-natal**. São Paulo, Panamed, 1981.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Fisiología de la lactancia**. Ginebra, OMS, 1965.
- _____. **Lactância materna**. Ginebra, OMS, 1981.
- PACHI, P. R. Aspectos Pediátricos. In: ALTMANN, E. B. C. coord. **Fissuras labiopalatinas**. São Paulo, Pró-fono, 1994.
- PERNETTA C. et al. **Alimentação do lactente sadio**. São Paulo, Sarvier, 1981.
- PERNETTA, C. **Alimentação do lactente sadio**. São Paulo, Sarvier, 1969.
- SILVA FILHO, O.G. et al. Classificação das fissuras labiopalatais: breve histórico, considerações clinicas e sugestão de modificação. **Rev. Bras. Cir.**, **82**: 65-59, 1992.
- THOMÉ, S. **Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato**. Ribeirão Preto 1990.
- Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- WINNICOTT, D.W. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro, LTC, 1982.

Endereço:

Rua Orestes Guimarães, 1015/304 – América
Joinville–SC
Tel.: (0xx47) 431-4560/422-1773