

Revisão

Prevalência de fendas orofaciais em bebês e fatores que interferem na amamentação

Fábio Mone e Silva*, Denise Alves Ribeiro*, Karine Chaves Pereira*, Maria Aparecida Barbosa*,
Monique Silva dos Santos*, Rita de Cássia de Souza, D.Sc.**

*Acadêmicos do 8º período de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC - Campus II Ubá/MG,

**Psicóloga, Profa. Adjunto II da Universidade Federal de Viçosa/MG

Resumo

As fendas orofaciais são malformações congênitas de elevada incidência, consideradas a segunda mais comum na população. Frequentemente estão associadas a fatores genéticos e ambientais, que podem atuar isoladamente ou em associação. Há evidências de que o uso de multivitaminas associado ao ácido fólico possa exercer um fator protetor. A primeira dificuldade de um bebê portador de fissura é a amamentação. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, realizada por meio de livros e artigos científicos indexados nas bases de dados Lilacs e Scielo, publicados no período de 1994 a 2007. O presente estudo tem como objetivo identificar a prevalência de fendas orofaciais e analisar os fatores que interferem na amamentação, bem como evidenciar a importância do papel do enfermeiro na orientação à nutriz. Observou-se que dentre os tipos de fendas orofaciais, a fenda labiopalatal foi a mais prevalente, acometendo predominantemente o sexo masculino. Quanto aos fatores de risco, os estudos indicam uma variedade de causas possíveis que podem ser genéticas ou ambientais. O prognóstico é considerado bom quando não associado a outras malformações. Os bebês com fissuras tendem a ser amamentados por menos tempo pelo processo natural, principalmente os portadores de fendas palatinas e labiopalatais, e as orientações dos profissionais de saúde podem melhorar significativamente a qualidade da amamentação e do vínculo mãe-filho.

Palavras-chave: Enfermagem, aleitamento materno, prevalência.

Abstract

Prevalence of oral clefts in babies and factors that interfere with breastfeeding

The orofacial clefts are congenital malformations of high incidence, considered the second most common in the population. They are often associated with genetic and environmental factors, which may act alone or in combination. There is evidence that multivitamin use linked to folic acid can exert a protective factor. The first difficulty of a baby with clefts is breastfeeding. This is a descriptive literature review, which was carried out through books and scientific papers indexed in Lilacs and Scielo databases published between 1994 and 2007. This study aims at identifying the prevalence of orofacial clefts and analyzing the factors that interfere with breastfeeding, as well as highlighting the importance of the

Recebido em 14 de fevereiro de 2011; aceito em 20 de maio de 2011.

Endereço para correspondência: Fábio Mone e Silva, Rua Erotides Neiva Campomizzi, 99,
36500-000 Ubá MG, E-mail: fmony.enfermagem@yahoo.com

role of nurses in the guidance to nursing mothers. It was observed that among the types of orofacial clefts, cleft lip and palate was the most prevalent, affecting predominantly males. Regarding risk factors, studies indicate a variety of possible causes that may be genetic or environmental. The prognosis is good when not associated with other malformations. Infants with clefts tend to be breastfed for less time by natural processes, especially those with cleft palate and lip and palate and that the guidelines for health professionals can significantly improve the quality of nursing and mother-child bond.

Key-words: nursing, breastfeeding, prevalence.

Resumen

Prevalencia de hendiduras orofaciales en bebés y factores que interfieren en la lactancia

Las hendiduras orofaciales son malformaciones congénitas y de alta incidencia, consideradas la segunda más común en la población general. Frecuentemente están asociadas a factores genéticos y ambientales, que pueden actuar aisladamente o en asociación. Hay evidencias de que el uso de multivitaminas asociado al ácido fólico puede ejercer un factor protector. La primera dificultad de un bebé portador de fisura es la lactancia. Se trata de una investigación literaria descriptiva, realizada a través de libros y artículos científicos indexados en las bases de datos Lilacs y Scielo, publicados en el periodo de 1994 a 2007. El presente estudio tiene como objetivo identificar la prevalencia de hendiduras orofaciales y analizar los factores que interfieren en la lactancia, así como evidenciar la importancia del papel del enfermero en la orientación a la nutriz. Se observó que dentro de los tipos de hendiduras orofaciales, la hendidura labiopalatina fue la más prevalente, y acomete predominantemente el sexo masculino. En cuanto a factores de riesgo, los estudios indican una variedad de posibles causas que pueden ser genéticas o ambientales. El pronóstico es considerado bueno, cuando no está asociado a otras malformaciones. Los bebés con fisuras tienden a ser amamantados por menos tiempo por el proceso natural, principalmente los portadores de hendiduras palatinas y labiopalatina y las orientaciones de los profesionales de la salud pueden mejorar significativamente la calidad de la lactancia y el vínculo madre-hijo.

Palabras-clave: Enfermería, lactancia materna, prevalencia.

Introdução

As fissuras labiais e/ou palatinas, também conhecidas como fissuras orais fissuras ou fendas orofaciais ou fendas faciais, foram descritas há muitos séculos, assim como os procedimentos cirúrgicos para sua correção. Desde os primórdios de sua descrição, poucos avanços foram obtidos quanto aos métodos de reparo destas deformidades [1].

As fendas orofaciais são defeitos congênitos que podem ser definidos com base em suas manifestações, caracterizadas pela descontinuidade das estruturas do lábio, palato ou ambos, com essas lesões ocorrendo em diferentes locais e com extensão variável [2]. Esta malformação pode aparecer isoladamente, ou associada de alterações esqueléticas, viscerais, cardiovasculares, neurológicas ou gastrourinárias, resultando em sequelas que acompanham o portador durante toda sua vida [1,3].

No Brasil, a atenção às crianças portadoras de fissuras teve início em 1967, no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais, localizado na cidade de Bauru-SP [4]. A partir da década de 1980, estudos sobre oferta, composição

e características estruturais e funcionais dos serviços de anomalias craniofaciais começaram a surgir no panorama internacional [5,6]. Em 1999, no Brasil, um importante avanço foi a criação da Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDCF), atualmente com 29 centros credenciados, sendo um destes reconhecido como referência mundial pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [7].

As crianças, em fase de desenvolvimento e crescimento necessitam de constante suporte nutricional, emocional e intelectual [8]. As que nascem com fenda labiopalatina sofrem interferência em sua capacidade natural de ser adequadamente alimentadas e apresentam aspectos negativos em sua evolução. As dificuldades de alimentação resultantes da malformação labiopalatal ou da incapacidade de absorção de nutrientes durante os primeiros meses de vida, bem como de processos infecciosos nas vias aéreas superiores ou no ouvido médio são fatores que causam déficit de crescimento nestas crianças [2,4].

Por hora nascem no mundo aproximadamente 15 mil crianças com fissuras orais. Essas são consideradas como a segunda malformação mais comum

na população, incidindo em um total de 1:600 -700 em cada nascimento [1,3-11].

No Brasil, não é possível saber o número exato de fissurados, já que a maioria dos estudos não envolve casos da região norte e nordeste. Segundo a OMS há 13,9/10.000 portadores e a mortalidade no primeiro ano de vida chega a 35% dos casos [2,4,8]. Atualmente, este quadro vem mudando de forma gradativa, à medida que o avanço ultrassonográfico permite o diagnóstico precoce intraútero, sendo possível tranquilizar a família já nesta ocasião. De acordo com a OMS é necessário uma equipe multidisciplinar para reabilitação global do paciente [3,10,12].

Por ser a segunda malformação congênita mais comum, é de fundamental importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento e estejam preparados para atender os bebês com fendas orofaciais e orientar suas famílias. No entanto, há poucos estudos sobre o assunto, especialmente no que tange à amamentação dos bebês fissurados e à atuação do profissional de saúde nesses casos.

Este trabalho servirá de apoio para profissionais de saúde, especialmente na área da enfermagem, que venham a trabalhar com bebês portadores de fendas orofaciais. O trabalho com esses pacientes e especialmente com as mães destes, é de suma importância, pois busca orientá-las a respeito da possibilidade de amamentar seu filho, além de revelar a possibilidade concreta de estabelecer uma relação sadia com o bebê.

O presente estudo tem como objetivo identificar a prevalência de fendas orofaciais e analisar os fatores que interferem na amamentação, bem como evidenciar a importância do papel do enfermeiro na orientação à nutriz.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, realizada por meio de livros e artigos científicos indexados nas bases de dados *Lilacs* e *SciELO*, publicados no período de 1994 a 2007. No presente estudo, buscou-se compreender os tipos e a prevalência de fendas orofaciais existentes, as causas e os fatores de risco, a relação fendas orofaciais e amamentação, e o papel do enfermeiro diante da díade.

Resultados e discussão

A fissura é uma deformidade congênita de grande complexidade, atingindo várias estruturas fa-

ciais como: nariz, lábios, dentes, palato duro e mole [10]. Tendo diversas classificações, sendo a mais utilizada pelos profissionais a classificação de Spina *et al.* [3,4]. Esta classificação utiliza como ponto de referência o forame incisivo, limite entre palato primário (pró-lábio, pré-maxila e septo cartilaginoso) e o secundário (palatos duro e mole), separando as fissuras orais em três tipos: fissura pré-forame incisivo – são as fissuras labiais (FL), podendo ser unilateral, bilateral ou mediana; fissura pós-forame incisivo – são as fissuras palatinas (FP) e, em geral, são medianas; fissuras transforame incisivo – são as de mais gravidade, atingindo lábio, arcada alveolar e todo palato (FLP) [2-4,10]. Abaixo podem ser vistos dois tipos de fissuras (figura 1 e 2) [3]:

Figura 1 - Fenda labial unilateral.



Figura 2 - Fenda palatina unilateral.



Fonte: Guedes ZCF, 1998 [3].

O diagnóstico precoce desta malformação pode ser realizado no pré-natal pela ultrassonografia a partir da 14ª semana de gestação, entretanto, a ultrassonografia bidimensional (mais convencional) apresenta baixa sensibilidade na avaliação do palato apresentando boa acurácia no diagnóstico das fendas labiais. A ultrassonografia tridimensional surge como método promissor, ao avaliar de forma mais adequada permitindo melhor aconselhamento aos pais sobre a gravidade da

anomalia, ao mesmo tempo em que permite melhor planejamento da terapêutica pós-natal [11,13].

O tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar formada por ginecologista-obstetra, geneticista, cirurgião plástico, pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, odontólogo e enfermeiro. Normalmente o tratamento é bastante dispendioso, uma vez que as cirurgias ocorrem nos primeiros três meses de vida do bebê, no caso da fenda labial; e por volta dos 12 aos 18 meses, se fenda labiopalatina, podendo ser necessárias outras cirurgias até a idade adulta [3,9,10-12].

O prognóstico é considerado bom nos casos em que não há malformações associadas, no entanto as fendas faciais estão frequentemente associadas a outras malformações estruturais e mesmo aneuploidias [11]. Na literatura nacional e internacional evidencia-se que a fenda orofacial é uma malformação atribuída a fatores genéticos e ambientais, que podem atuar isoladamente ou em associação. Dentre os fatores ambientais, destacam-se as condições de saúde da mãe, fatores nutricionais, infecciosos, psíquicos, radiação, e até mesmo o grau de escolaridade. A hereditariedade é responsável por 25% a 30% dos casos de fissuras de lábio e/ou palato. É considerada de etiologia multifuncional em 70% a 80% dos casos [4,10,11,14]. Existem evidências de que o uso de multivitaminas associado ao ácido fólico podem reduzir a incidência de malformações, inclusive fendas orais, exercendo um fator protetor [11,14].

Loffredo *et al.* [15], nos estados de São Paulo e Paraná, realizaram um estudo caso-controle com 900 crianças menores de 1 ano, 450 portadores de fissura labial e/ou labiopalatina sem malformações associadas (considerado como grupo caso), e as outras 450 eram os não portadores de quaisquer anomalias (grupo controle). As informações relativas às variáveis de análise foram obtidas por entrevistas junto às mães. Foram considerados fatores de risco as variáveis: hereditariedade, epilepsia, ingestão de anti-inflamatório e poluição. Apresentavam fendas labiais ou fendas labiopalatinas 354 (78,6%) crianças, e 96 (21,3%) fendas palatinas. Verificou-se predomínio do sexo masculino entre portadores de fissura labial ou labiopalatina, sendo que a fissura palatina foi mais prevalente no sexo feminino.

No trabalho realizado por Bunduki *et al.* [16], no período de 1995 a 1999, no setor de Medicina Fetal da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP, foram identificados 40 casos de fenda labial e/ou palatina. A lesão era labial em

18 casos (45%), labiopalatina em 19 (47,5%) e palatina em três (7,5%). Em 10 casos a fenda era isolada, isto é, sem outras malformações. Este grupo apresentou sobrevida de 100% e todos foram submetidos à cirurgia plástica reparadora. Nos outros 30 casos (75%), foram identificadas malformações estruturais como aneuploidias, sendo que a taxa de mortalidade neste grupo foi de 80%.

Os fatores de risco identificados para fenda labiopalatina segundo Cunha *et al.* [17] em uma pesquisa do tipo caso-controle nos Hospitais da Cidade de Pelotas-RS, foram baixo grau de instrução materna que pode estar relacionado ao baixo nível socioeconômico e história familiar positiva de presença de malformações de vários tipos. Os dados foram obtidos através de entrevista com as mães de 288 bebês (56 casos e 232 controles), tendo como objetivo identificar e comparar características familiares e maternas entre portadores de fendas faciais e recém-nascidos isentos de morbidade.

Com o objetivo de avaliar a associação de fissuras orais e as condições de saúde materna Leite *et al.* [18] conduziram um estudo caso-controle, em um hospital pediátrico público no município do Rio de Janeiro. Foram entrevistados os responsáveis por 274 casos, isto é, portadores de fendas orofaciais sem síndromes associadas e 548 controles, crianças com período de internação superior a 7 dias. As principais associações encontradas foram o relato de malformações, infecções ginecológicas, distúrbios neurológicos, viroses, além de indicar um potencial teratogênico no uso de certas drogas como anticonvulsivantes, analgésicos, antibióticos, antifúngicos e chás.

No estudo de Nunes *et al.* [19] foram analisadas 63 crianças em relação a: faixa etária, tipo de fissura, sexo e raça da criança, além do estado civil, grau de escolaridade da mãe. Foi realizada a coleta de dados através de busca no Sistema Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de bebês cujas mães eram residentes em Campos de Goytacazes - RJ e possuíam algum tipo de fissura. A análise dos dados revelou que 55,6% eram do sexo masculino. O tipo de fissura mais encontrado foi a fissura de lábio com ou sem fissura de palato (41 casos).

Martelli Júnior *et al.* [20] tiveram como objetivo analisar a prevalência de fissuras orais em crianças que receberam tratamento no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade José do Rosário Vellano em Alfenas-MG que compareceram ao centro para tratamento entre 2000 e 2005. Todos os dados epidemiológicos foram

obtidos dos arquivos de 126 pacientes pediátricos com fissuras orais sem outra malformação adicional. A fenda labiopalatina obteve a prevalência de 39,68% e a fenda labial isolada com prevalência de 38,09%, seguida por fenda palatina isolada (22,23%). O sexo masculino foi o mais atingido pela fissura labiopalatina.

Amamentação de bebês portadores de fendas

O problema imediato de um bebê portador de fissura é a alimentação. Portanto, é imprescindível a orientação às mães a respeito da amamentação natural, pois o leite materno é o mais apropriado de todos os leites disponíveis para o lactente humano, por estar singularmente adaptado às suas necessidades. É indicado o aleitamento materno para todos os bebês, uma vez que é a melhor forma de fortalecer o vínculo mãe-filho e evitar infecções [4,11,12,21,22]. No entanto há importantes diferenças na amamentação de bebês com fendas labial, palatina e lábiopalatina. Quando há observação cuidadosa por parte dos profissionais de saúde com orientações e ajustes individuais, bebês portadores de fendas labiais dificilmente precisam complementar a alimentação com outros métodos, tais como mamadeiras e copos.

Entretanto, as fissuras palatinas e labiopalatinas são consideradas mais complexas, devido ao tempo prolongado da amamentação causando no bebê elevado gasto energético necessitando, na maioria das vezes, complementar a amamentação [4,9,23]. A utilização de uma placa obturadora no palato tem a finalidade de auxiliar a amamentação demonstrando melhor padrão de sucção no seio e maior ingestão de leite, embora em quantidade ainda insuficiente. Portanto, mãe e bebê vivenciam o aleitamento natural. A combinação entre o uso da placa e o seguimento das orientações fornecidas à mãe pelo profissional de saúde propicia redução no tempo de mamada, aumento no volume do leite ingerido associado ao decréscimo da fadiga causada à criança e melhora do padrão de desenvolvimento [23].

Para evitar complicações no processo de alimentação do lactente fissurado, algumas recomendações são relevantes, como: o bebê deverá mamar na postura ereta, pois, desta forma, o ar deglutido pode ser expelido durante o processo de amamentação; não se deve evitar o lado da fissura, e sim proporcionar estímulos através do contato com o bico do seio ou da mamadeira para exercitar a musculatura afetada; fazer pausas durante a mamada para que o bebê eructe; após as mamadas

colocar a criança em decúbito lateral diminuindo assim o risco de asfixia, pois, apesar da eructação, há risco de refluxo pela narina de parte do leite ingerido; antes e depois da alimentação fazer a higiene oronasal com cotonete em água fervida para retirar resíduos de leite e evitar infecções [4,11,12]. Para que a alimentação não se torne um processo desgastante para a mãe e para o bebê recomenda-se que o tempo de cada mamada não ultrapasse o tempo de 30 minutos. Copos e mamadeiras deverão ser utilizados como complementação ou no caso de não haver adaptação ao aleitamento materno [4].

Em um estudo realizado em Joinville-SC, Cavallheri [24] entrevistou 36 mães de portadores de fendas atendidas no Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais, sendo que 17 bebês eram do sexo feminino e 19 do sexo masculino. Apresentaram fissura labial sete, labiopalatina 17 e palatina 12 bebês. Nesse estudo, 33 mães receberam orientações sobre a amamentação, sendo a maioria, pela enfermagem (67%). Das 36 crianças, 11 nunca foram amamentadas ao seio e, logo após a alta, observou-se que 16 bebês alimentaram-se exclusivamente no seio. Concluiu-se, por meio desse estudo que a permanência do aleitamento materno em crianças com fendas é bem reduzida mesmo utilizando-se alimentação mista. Verificou-se que os portadores de fissuras labiais não apresentaram problemas alimentares, mas os portadores de fissuras palatinas e labiopalatinas tiveram baixo índice de aleitamento materno.

De acordo com Montagnoli *et al.* [2], em um estudo realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo em Bauru -SP, o comprometimento do peso é mais grave nos lactentes com fenda labiopalatina ou palatina podendo ser atribuído principalmente às dificuldades de amamentação em comparação ao grupo com fenda labial. Nessa pesquisa os dados das 881 crianças com fendas faciais foram coletados nos prontuários. Destas, 181 possuíam fendas labiais, 543 fendas labiopalatinas, sendo a maioria meninos. Nas 157 fendas palatinas encontradas a maioria foram meninas. Observou-se que o aleitamento materno foi mais frequente no grupo com fenda labial (45,9%) que nos grupos de fenda palatina (12,1%) ou de labiopalatina (10,5%).

Silva *et al.* [25] conduziram um estudo no Hospital da Baleia em Belo Horizonte/MG com 50 crianças portadoras de fissuras menores de 5 anos de idade, sendo realizado o levantamento dos dados através de um questionário. Concluiu-se que o

aleitamento natural foi mais satisfatório em crianças com fissura menos complexa. O aleitamento materno exclusivo ocorreu em 10 crianças, destas quatro possuíam fendas labiais, quatro palatinas e duas labiopalatinas. Um quarto das mães não receberam orientações relacionadas a amamentação, demonstrando que as dificuldades no aleitamento natural se relacionam também com as orientações recebidas dos profissionais da maternidade que se mal conduzidas podem contribuir para o fracasso da amamentação.

Conclusão

De acordo com os estudos, observou-se que dentre os tipos de fendas orofaciais, a fenda labiopalatal foi a mais prevalente, acometendo predominantemente o sexo masculino. Quanto aos fatores de risco, os estudos indicam uma variedade de causas possíveis que podem ser genéticas ou ambientais. O prognóstico é considerado bom quando não associado a outras malformações.

A amamentação é fundamental para o desenvolvimento saudável dos bebês, não sendo diferente no caso dos bebês fissurados. As pesquisas demonstram que os bebês com fendas tendem a ser amamentados por menos tempo pelo processo natural, principalmente os portadores de fendas palatinas e labiopalatais e que as orientações dos profissionais de saúde podem melhorar significativamente a qualidade da amamentação e do vínculo mãe-filho.

Referências

1. Junior AT. Lesões congênitas de lábio e palato fissuras lábio-palatinas. In: Tabith Junior A. Foniatria. 8a ed. São Paulo: Cortez; 2000. p.17-24.
2. Montagnoli LC, Barbieri MA, Bettiol H, Marques IL, Souza L. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissuras lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade. Um estudo transversal. *J Pediatr* 2005;81(6):1-11.
3. Guedes ZCF. Atuação do fonoaudiológico com o recém-nascido portador de malformações cranio-faciais. In: Basseto MCA. Um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo: Lovise; 1998. p. 277-82.
4. Araruna RC, Vendrusculo DMC. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato—um estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enfermagem* 2000;8(2):1-10.
5. Monlleó L, Lopes VLGL. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2006;22(5):913-22.
6. Shaw WC, Semb G, Nelson P, Brattström V, Mølsted K, Prah Andersen B, et al. The Eurocleft Project 1996-2000: overview. *J Craniomaxillofac Surg* 2001;29:131-40.
7. Ministério da Saúde. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002. Brasília: MS; 2002.
8. Pachi PR. Aspectos pediátricos. In: Altmann EBC. Fissuras labiopalatinas. 4ª ed. São Paulo: Pró-foro; 1994. p. 283-88.
9. Nelson WE. Nelson: Tratado de pediatria. 16ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
10. Augusto HS, Bordan AKCB, Duarte DA. Estudo das fissuras labiopalatal. Aspectos clínicos destas malformações e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. *J Brás Fonoaudiol* 2003;4(14):71-4.
11. Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *RBPS* 2005;18(1):31-40.
12. Altmann EBC, Vaz ACN, Paula MBSF, Khoury RBF. Tratamento precoce. In: Altmann EBC. Fissura labiopalatinas. 4a ed. São Paulo: Pró-foro; 1994. p. 291-321.
13. Araújo Júnior E, Filho HAG, Pires CR, Filho SMZ, Santana RM, Moron AF. Fendas fetais labiais e palatinas detectadas pela ultra-sonografia tridimensional. *Rev Imagem* 2005;27(4):263-8.
14. Leite ICG, Paumgartten FJR, Koifman S. Exposição a agentes químicos na gravidez e fendas lábio-palatinas no recém-nascido. *Cad Saúde Pública* 2002;18(1):17-31.
15. Loffredo LCM, Souza JMP, Yunes João, Freitas JAS, Spiri WC. Fissuras lábio-palatais: estudo caso controle. *Rev Saúde Publica* 1994;28(3):213-7.
16. Bunduki V, Ruano R, Sapienza AD, Hanaoka BY, Zugaib M. Diagnóstico pré-natal de fenda labial e palatina: experiência de 40 casos. *RBGO* 2001;23(9):561-6.
17. Cunha ECM, Fontana R, Fontana T, Silva WR, Moreira QVP, Gardas GL, Roth MGM. Antropometria e fatores de risco em recém-nascidos com fendas faciais. *Rev Bras Epidemiol* 2004;7(4):471-22.
18. Leite ICG, Paumgartten FJR, Koifman S. Fendas orofaciais no recém-nascido e o uso de medicamentos e condições de saúde materna: estudo caso-controle na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2005;5(1):35-43.
19. Martelli Junior H, Porto VL, Martelli DRB, Bonan PRE, Freitas AB, Della Coletta R. Prevalência de fissuras orais não-sindrômicas em um hospital de referência no estado de Minas Gerais, Brasil, entre 2000 e 2005. *Braz Oral Res* 2007;21(4):314-7.
20. Nunes LMN, Queluz DP, Pereira AC. Prevalência de fissuras labiopalatais no município de Campos dos Goytacazes-RJ, 1999-2004. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(1):109-16.
21. Leifer G. Princípios e Técnicas em Enfermagem Pediátrica. 4ª ed. São Paulo: Santos; 1995.
22. Fontoura T. Aleitamento materno: uma perspectiva psicológica. *Revista Técnica Científica Enfermagem* 2004;2(10):224-8.
23. Mendes LGA, Lopes VLGS. Fenda de lábio e/ou Palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. *Rev Ciênc Méd Set/Out* 2006;15(5):437-48.
24. Cavalheri VN. Fissura labiopalatal e aleitamento materno [Monografia]. São Paulo: Especialização em Fonoaudiologia Clínica 1999.
25. Silva EB, Fúria CLB, Di Ninno CQMS. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Cefac* 2005;7(1):21-8.