

A descoberta pré-natal da fissura labiopalatina do bebê: principais dúvidas das gestantes

Prenatal discovery of baby's cleft lip and palate: pregnant women's main doubts

El descubrimiento prenatal de la fisura labial y palatina del bebé: principales dudas de las embarazadas

Gabriela Fávaro Marques da Cunha^I, Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini^{II},
Raissa Janine de Almeida^{III}, Gesiane Cristina Bom^{IV}

RESUMO

Objetivo: identificar as principais dúvidas de gestantes com diagnóstico pré-natal do bebê de fissura de lábio e/ou palato. **Método:** estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo. A amostra foi composta por 15 de gestantes atendidas na consulta de enfermagem, em 2016, numa instituição pública paulista. Para a coleta de dados, utilizou-se instrumento institucional após aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa. As dúvidas foram categorizadas como alimentação, higiene, protocolo cirúrgico, hipótese diagnóstica, pós-operatório e sofrimento/bullying. Os resultados foram submetidos à análise estatística descritiva. **Resultados:** idade média materna de 30 anos ($\pm 5,9$), paterna de 31 anos ($\pm 10,4$). Predomínio das seguintes características: classificação socioeconômica média inferior – 8 (53%); escolaridade dos progenitores, ensino superior completo – 15 (52%); bebês do sexo masculino – 11 (73%); diagnósticos de Fissura Transforame Unilateral Esquerda – 7 (47%). Salientaram-se dúvidas sobre: alimentação – 15 (100%) e higiene – 9 (60%). **Conclusão:** as principais dúvidas das gestantes foram sobre alimentação e higiene. Identificá-las permitiu direcionar as orientações para as necessidades reais dessa clientela. **Descritores:** Fenda labial; fissura palatina; enfermagem; gravidez.

ABSTRACT

Objective: to identify pregnant women's main doubts at prenatal diagnosis of baby's cleft lip and/or palate. **Method:** this retrospective, quantitative, descriptive study considered a sample of 15 pregnant women attending nursing appointments in 2016 at a public institution in São Paulo. After the project was approved by the research ethics committee, data were collected using an institutional instrument. Doubts were categorized into feeding, hygiene, surgical protocol, diagnostic hypothesis, postoperative care and suffering/bullying. The results were subjected to descriptive statistical analysis. **Results:** the mothers' mean age was 30 (± 5.9) years, the fathers' mean was 31 (± 10.4) years. The following features predominated: low mean socioeconomic position – 8 (53%); higher education – 15 (52%); male babies – 11 (73%); left unilateral transforaminal cleft – 7 (47%). Doubts were raised on: food – 15 (100%) and hygiene – 9 (60%). **Conclusion:** the pregnant women's main doubts were about food and hygiene. Identifying them made it possible to adjust guidelines to this clientele's real needs. **Descriptors:** Cleft lip; cleft palate; nursing; pregnancy.

RESUMEN

Objetivo: identificar las principales dudas de mujeres embarazadas con diagnóstico prenatal del bebé de fisura de labio y/o palatina. **Método:** estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo. La muestra se compuso de 15 mujeres embarazadas atendidas en la consulta de enfermería, en 2016, en una institución pública de São Paulo. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento institucional después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación. Las dudas se categorizaron como alimentación, higiene, protocolo quirúrgico, hipótesis diagnóstica, postoperatorio y sufrimiento/bullying. Los resultados se sometieron al análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** promedio de edad materna de 30 años ($\pm 5,9$), paterna de 31 años ($\pm 10,4$). Predominio de los siguientes aspectos: clasificación socioeconómica media inferior – 8 (53%); escolaridad de los progenitores, enseñanza universitaria completa – 15 (52%); bebés de sexo masculino – 11 (73%); diagnósticos de Fissura Transforamen Unilateral Izquierda – 7 (47%). Se destacaron dudas sobre: alimentación – 15 (100%) e higiene – 9 (60%). **Conclusión:** las principales dudas de las embarazadas se basaron en alimentación e higiene. Identificarlas permitió consucir las orientaciones hacia las necesidades reales de esa clientela. **Descritores:** Lábio leporino; fissura del paladar; enfermería; embarazo.

INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina (FL) é caracterizada pela não migração das células durante a formação das estruturas do lábio e/ou palato, podendo ser parcial ou completa. Ocorre no primeiro trimestre de gestação, sendo a fissura labial e de rebordo alveolar até a 8ª semana e a fissura palatina até a 12ª semana de vida intrauterina^{1,2}.

^IEnfermeira. Especialista. Aluna do Curso de Mestrado. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: fmc.gabriela@hotmail.com

^{II}Enfermeira. Doutora. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: cmondini@usp.br

^{III}Enfermeira. Especialista. Aluna do Curso de Mestrado, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu, Brasil. E-mail: rjalmeida_2012@hotmail.com

^{IV}Enfermeira. Mestre. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: gesibom@yahoo.com.br

Existem diferentes formas de classificação das FL descritas na literatura. Porém, a classificação que segue o forame incisivo como referência é utilizada em todo território nacional por diferentes instituições que atendem essa clientela específica. No entanto, esta classificação não abrange o âmbito internacional, salientando a carência de referência classificatória universal³.

Neste artigo é aplicado o modelo utilizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), proposto por Spina, sendo posteriormente modificada por Silva Filho⁴. Tendo o forame incisivo como referência, e segue a classificação: fissuras pré-forame incisivas, fissuras transforame incisivo, fissuras pós-forame incisivo e fissuras raras da face^{1,4}.

As fissuras pré-forame incisivo são aquelas que acometem previamente o forame incisivo, podendo incluir o lábio e rebordo alveolar. São consideradas completas quando passam pelo assoalho nasal e incompletas quando acometem somente o lábio. Podem ser unilaterais (esquerda ou direita) ou bilaterais^{1,4}.

O grupo das fissuras transforame incisivo inclui aquelas que atingem toda extensão maxilar, desde o lábio até a úvula, podendo ser unilaterais, bilaterais ou medianas^{1,4}.

Já as fissuras pós-forame incisivo abrangem exclusivamente o palato e podem ser completas (acometimento do palato duro e mole) ou incompletas (somente palato duro ou mole)^{1,4}.

No Brasil a ocorrência de FL é de um caso para 650 nascidos vivos, representando 25% de todas as anomalias congênitas, sendo as unilaterais correspondentes a 30% e as bilaterais 14%^{1,5}.

Tem-se uma etiologia muito ampla, envolvendo fatores genéticos (geralmente associadas a síndromes) e ambientais tais como: tabagismo, exposição a drogas antiepiléticas, medicações antagonistas do ácido fólico, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, radiação ionizante, infecções, deficiências vitamínicas e excesso de vitamina A no primeiro trimestre de gestação^{6,7}.

Diante do exposto, justificou-se a necessidade da realização do presente estudo, e para tal foi elaborada a seguinte questão norteadora frente ao diagnóstico da FL na gestação: Quais as principais dúvidas apresentadas por gestantes de filhos com fissura labiopalatina durante a consulta de enfermagem?

Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi identificar as principais dúvidas de gestantes com diagnóstico pré-natal do bebê de fissura de lábio e/ou palato.

REVISÃO DE LITERATURA

Este tipo de malformação pode atingir qualquer indivíduo, independentemente da classe socioeconômica, raça, gênero e etnia. Porém, estudos apontam que indivíduos com classificação socioeconômica menos favorecida são mais vulneráveis a tais alterações devido ao fato de apresentarem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde para acompanhamento pré-natal e condições de manter uma dieta saudável, influenciando, assim, o desenvolvimento do bebê⁷.

Para o diagnóstico precoce da malformação, a ultrassonografia é o método mais utilizado na atualidade, podendo ser visualizada entre a 28^a-33^a semanas de gestação. Além disso, esse método é capaz de determinar a idade gestacional, localização e tamanho da placenta, quantidade de bebês e a presença ou não de alguma malformação congênita. Esse diagnóstico favorece o acompanhamento e o preparo efetivo da mãe e familiares².

O momento ideal para identificar e informar à gestante e familiares sobre a existência de alguma malformação congênita é durante a realização do pré-natal, de acordo com orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde⁸.

Estudos relatam sobre os benefícios do diagnóstico realizado no pré-natal, tais como: possibilidade de melhor preparo e capacitação dos pais para a prestação dos cuidados com o bebê e melhor adesão da família ao longo tratamento e estabelecimento de um plano terapêutico e tratamento cirúrgico pelos profissionais de saúde^{2,5}.

Outro estudo com mães de filhos com diagnóstico de Síndrome de *Down* revelou que se esse diagnóstico fosse identificado durante a gestação, existiria um tempo mais prolongado para estas mães superarem e se adaptarem à notícia, assim, apresentariam uma melhor preparação para receber este novo bebê, além de buscarem conhecimentos sobre os cuidados necessários após o nascimento⁹.

A gestação é o período em que a mulher passa por diversas alterações tanto fisiológicas como emocionais, momentos de dúvidas, medos e inseguranças^{10,11}. Geralmente, a gestante automaticamente idealiza um bebê esteticamente e funcionalmente perfeito. A descoberta da FL faz com que essa mãe tenha um sentimento de perda, pois o bebê real se distingue do idealizado⁵.

As FL, no âmbito das anomalias congênitas, são as mais difíceis de serem aceitas pelos pais, por acometerem a face, sendo facilmente visíveis e apontadas como anormalidade¹¹.

Estudo destacou que, ao se depararem com o diagnóstico de alguma malformação congênita, os pais constantemente vivenciam o desespero frente a tal situação, sendo comuns os sentimentos de raiva, choque, confusão, ansiedade, culpa e tristeza¹².

A presença da FL acarreta problemas funcionais como dificuldades na mastigação, devido ao posicionamento dentário, na deglutição, na audição, na fonação, na respiração e com disfunções otológicas frequentes. No decorrer da idade, com o início das relações sociais, surgem os problemas psicossociais (aparência física distinta, voz muitas vezes alterada) podendo levar à diferenciação ou até mesmo à exclusão social^{5,13}.

É nesse momento que se ressalta a importância do amparo e orientação profissional, tanto com a mãe, quanto com a família, visando proporcionar um melhor enfrentamento da situação¹³.

É imprescindível que o acompanhamento terapêutico seja realizado por uma equipe multidisciplinar, com cirurgião plástico, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, ortodontista, psicólogo, geneticista, pediatra, enfermeiro, entre outros, que estejam devidamente treinados e habilitados⁷.

Entre esses profissionais, o enfermeiro desempenha papel importante no fornecimento de informações aos familiares, realizado, muitas vezes, na consulta de enfermagem à gestante. É nessa consulta que o profissional propicia, principalmente à gestante, informações sobre as FL, tipos, causas, noções de cuidados, amamentação e higiene oronasal.

Para que essas orientações sejam realmente efetivas, é preciso conhecer as necessidades e dúvidas mais vivenciadas por gestantes diante do diagnóstico de alguma anomalia orofacial, para que haja um melhor planejamento e implementação de intervenções de enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, retrospectivo, com caráter quantitativo. A amostra foi composta por 15 gestantes, atendidas durante a consulta de enfermagem, em 2016, no setor de saúde pública do HRAC/USP.

O instrumento de coleta de dados foi um impresso padronizado pela instituição destinado à consulta de enfermagem à gestante com diagnóstico pré-natal de anomalia craniofacial, compreendendo perguntas sobre as variáveis sociodemográficas, hipótese diagnóstica conforme a ultrassonografia, idade gestacional, data provável do parto, breve resumo das principais orientações fornecidas às gestantes durante a consulta e espaço para anotações de enfermagem, inclusive as principais dúvidas apresentadas.

Por se tratarem de dados secundários (fichas/prontuários) não foi necessário o uso de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, foi formalizado um Termo de Compromisso de Manuseio de Informações.

A coleta de dados se iniciou em maio de 2017 após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do HRAC/USP e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o número de aprovação CAAE: 66923717.9.0000.5441.

Após a coleta, as dúvidas foram categorizadas quanto à alimentação, higiene, protocolo cirúrgico, hipótese diagnóstica, pós-operatório e sofrimento/*bullying* e, subsequentemente, tabuladas por meio de planilha *Excel* 2010.

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e apresentados em forma de tabelas e figura de forma clara ao entendimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 15 fichas de consulta de enfermagem às gestantes, constituindo uma amostra final de 29 progenitores, com média de idade materna de 30 anos ($\pm 5,9$) e paterna de 31 anos ($\pm 10,4$), de acordo com a Tabela 1. Tendo em vista a faixa etária dos progenitores, eles são considerados adultos jovens. Estudos revelam que quanto mais jovens os pais, maior a disponibilidade para aprender os cuidados específicos que serão dispensados para o bebê com anomalia congênita^{14,15}.

Para a verificação da situação socioeconômica dos pacientes, utiliza-se no hospital o instrumento institucionalizado, baseado em uma classificação que envolve um sistema de pontuação que avalia as condições de vida e o perfil dos usuários, incluindo considerações socioanalíticas de renda, atividade ocupacional, formação demográfica familiar, nível de escolaridade e condições de infraestrutura domiciliar. Neste estudo, predominou a classificação socioeconômica familiar média inferior ($n=8,53\%$), conforme a Tabela 1. Tal resultado indica que a família dispõe de melhor infraestrutura de moradia, bom nível de escolaridade e boa faixa salarial¹⁶.

TABELA 1: Distribuição dos pais segundo as variáveis: classificação socioeconômica e escolaridade dos pais. Bauru, São Paulo, Brasil. 2016

Variáveis	n	%
Classificação social dos pais		
Média inferior	8	53
Baixa superior	6	40
Média	1	7
Escolaridade dos pais		
Ensino Superior Completo	15	52
Ensino Médio Completo	12	41
Ensino Médio Incompleto	1	3,5
Ensino Fundamento Incompleto	1	3,5

A classificação socioeconômica familiar é um dado de fundamental importância, pois pode influenciar no conhecimento de recursos e serviços públicos para diagnóstico e tratamento possibilitando o esclarecimento das dúvidas de forma rápida e o enfrentamento positivo do processo reabilitador¹⁷.

Entretanto, estudos apontam que quanto melhor o nível socioeconômico menor é o nível de aceitação da presença de alguma malformação no bebê quando comparados a famílias com o nível socioeconômico menos favorecido. Isso se deve ao fato de as famílias com maior nível terem consciência das dificuldades e obstáculos em relação à aceitação social a serem vivenciados pelo futuro filho, além das cobranças e padrões impostos pelo meio em que vivem¹³.

Em relação à escolaridade, houve predomínio do ensino superior completo – 15 (52%), conforme a Tabela 1. O grau de escolaridade influencia a busca do saber, a capacidade de aprender e a obtenção de habilidades específicas para as ações da vida diária do bebê¹⁷.

Diante da vivência das autoras deste estudo na instituição, pode-se destacar a incidência de uma boa classificação socioeconômica e alto nível de escolaridade do grupo pesquisado, o que facilita seu acesso e frequência ao serviço de atendimento à gestante.

No estudo prevaleceram as fissuras transforame unilateral esquerda – 7 (47%) segundo a Tabela 2.

TABELA 2: Caracterização das fissuras labiopalatinas segundo diagnóstico evidenciado pela ultrassonografia. Bauru, São Paulo, Brasil. 2016. (N=15)

Hipótese Diagnóstica	n	%
Fissura Transforame Unilateral Esquerda	7	47
Fissura Transforame Bilateral	4	27
Fissura Pré-forame Unilateral Esquerda	3	20
Fissura Transforame Unilateral Direita	1	6

Houve predominância de bebês do sexo masculino – 11 (73%), corroborando a literatura que evidencia maior incidência de fissuras transforame em indivíduos do sexo masculino, entre as quais, as fissuras unilaterais que são duas vezes mais frequentes do lado esquerdo e nove vezes mais recorrentes que as bilaterais^{6,7}.

No estudo, salientaram-se dúvidas referentes à alimentação do recém-nascido – 15 (100%) e higiene – 9 (60%) conforme a Tabela 3. É importante frisar que em certos casos as gestantes apresentaram mais de uma dúvida.

A alimentação é umas das principais dúvidas apresentadas pela gestante neste estudo, uma vez que a fissura acomete a cavidade oral e pode contribuir para uma baixa ingestão alimentar, comprometendo o desenvolvimento e crescimento ponderal e estatural do bebê.

Estudos afirmam que o processo de alimentação do bebê com fissura é um grande desafio, pois cada tipo leva a diferentes graus de dificuldades. Entre as complicações recorrentes, pode-se ressaltar: sucção ineficiente (devido à alteração na pressão intraoral), tempo de mamada prolongado e refluxo nasal do leite, podendo levar ao aumento do risco de aspiração⁷.

De acordo com a literatura, a amamentação é considerada ideal quando exclusiva (apenas leite materno) até os seis primeiros meses de vida do lactente (devendo ser de livre demanda) e parcial até o final do primeiro ano^{18,19}. Porém,

ao se tratar de bebês com FL, principalmente quando acometido o palato, o processo de amamentação em seio materno é muito difícil, pela deficiência ou até mesmo ausência de pressão intraoral, impossibilitando o ato de sucção^{19,20}.

TABELA 3: Distribuição das gestantes segundo a variável principais dúvidas apresentadas durante a consulta de enfermagem. Bauru, São Paulo, Brasil. 2016. (N = 15)

Principais dúvidas	n	%
Alimentação	15	100
Higiene	9	60
Cirurgias	8	53,3
Hipótese diagnóstica	6	40
Pós-operatório	2	13,3
Sofrimento/ <i>bullying</i>	1	6,6

Pesquisa refere que mães de bebês com FL, quando questionadas sobre amamentação, apresentaram grandes dificuldades. Apenas 39% ofereceram o aleitamento materno para seus filhos e 65% amamentaram o bebê na posição horizontal²⁰.

Um estudo com mães, atendidas num centro especializado na cidade de Blumenau (SC), identificou que os bebês tinham dificuldade em realizar a pega correta no seio materno e realizar a sucção²¹. Entretanto, a FL não é um fator de impedimento para o aleitamento materno, pois o mesmo é importante para o desenvolvimento e fortalecimento de todo sistema estomatognático, além de fornecer nutrientes necessários para o desenvolvimento do bebê²².

Contudo, os obstáculos durante a alimentação de bebês com FL são comuns. Os principais apresentados neste grupo durante a alimentação foram: engasgos, tosses e refluxos. Assim, a criança apresenta sucção e deglutição prejudicadas, associando-se à baixa ingesta e ao déficit de ganho ponderal²⁰.

Diante dessas dificuldades, é preciso buscar alternativas para amamentação, como uso de mamadeiras com bicos e furos adequados, copos e colheres que têm sido eficazes no processo, possibilitando, assim, o desenvolvimento e crescimento do bebê.^{20,23}

Juntamente com o utensílio adequado, é necessário seguir algumas recomendações, tais como: correto posicionamento do bebê durante a oferta de leite, que consiste em colocá-lo em posição *semi-fowler* com a cabeça levemente inclinada para trás, evitando aspirações; observar se ele realiza o processo sucção-deglutição-respiração e as pausas para respirar, que também são necessários para favorecer a eructação; realizar estímulo próximo ao local da fissura, aproximando o seio ou mamadeira, e ao término da alimentação, posicioná-lo em decúbito lateral, para diminuir o risco de engasgos e, até mesmo, a aspiração do leite^{23,24}.

Um dos problemas evidenciados durante a amamentação é a sucção ineficiente – uma das características da dificuldade alimentar do bebê –, o que gera um maior gasto energético para a sucção concomitante e a baixa ingesta de leite, com conseqüente perda de peso. Outro problema observado é o refluxo nasal de alimento¹⁹, que pode levar ao desenvolvimento de otites de repetição e, até mesmo, pneumonias por aspiração, as quais requerem hospitalização para tratamento²³.

Desse modo, o bebê com FL pode ter seu desenvolvimento prejudicado e, conseqüentemente, atrasar a realização de cirurgias primárias, prejudicando o desenvolvimento da fala e linguagem²³.

Outra dúvida importante das gestantes do presente estudo referiu-se à higienização. Observa-se que a presença de FL provoca um maior acúmulo de fluídos nasais, retendo alimentos na cavidade oral e nasal.

Sabe-se que a higiene oro-nasal é de suma importância para que a saúde. Porém, quando há presença de tais, anomalias, esse cuidado ganha maior importância. Como já citado, o refluxo nasal de leite é comum nesse grupo, devido à comunicação oro-nasal quando há fissura de palato, o que exige limpeza frequente, para evitar o acúmulo de partículas de leite no local⁷.

Estudo realizado na mesma instituição, com gestantes e pais, evidenciou que após receberem as orientações do profissional enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, eles relataram se sentir mais tranquilos e preparados para o nascimento e a realização de cuidados ao recém-nascido²⁴.

Esta pesquisa evidenciou a importância da presença do enfermeiro no acolhimento à gestante, bem como da consulta de enfermagem pré-natal, no caso de bebê com diagnóstico de alguma anomalia craniofacial, ressaltando resultando a relevância das orientações fornecidas para a construção do conhecimento junto à família.

A equipe de saúde representa um importante papel no desenvolvimento do recém-nascido e de apoio à família. O enfermeiro desempenha funções fundamentais no tratamento específico dos casos de LF, pois os familiares, frente a um diagnóstico de malformação congênita, depositam neste profissional confiança e expectativas em relação aos cuidados iniciais ao bebê. Entretanto, vale ressaltar que antes de passar qualquer informação e orientação à gestante e aos familiares, deve-se verificar se o diagnóstico de FL foi confirmado e se há presença de outras malformações²⁵.

Todavia, um estudo realizado com mães de bebês com FL apontou que, após o nascimento do filho, 68% alegaram ter recebido dos profissionais de saúde orientações de cuidados com o mesmo, e 32% relataram não ter recebido orientação alguma. Evidenciou-se que nem sempre os profissionais da saúde detêm o conhecimento e o domínio das orientações que devem ser realizadas para este grupo populacional específico, sendo importante a identificação das principais dúvidas dessas gestantes e, assim, contribuir para uma melhor qualidade de vida, tanto para o bebê quanto para os pais²⁰.

CONCLUSÃO

As principais dúvidas das gestantes, cujos filhos tinham diagnóstico pré-natal da FL, foram sobre a alimentação e a higiene. Identificar tais dúvidas permite direcionar as orientações para as necessidades reais dessa clientela. Esta pesquisa ressaltou a importância do enfermeiro na promoção da saúde do bebê e no preparo da gestante e seus familiares para o enfrentamento das dificuldades e cuidados necessários.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o aprimoramento do saber em enfermagem, facilitar e implementar o planejamento sistematizado das ações de enfermagem a fim de favorecer o esclarecimento das dúvidas apresentadas pela gestante.

Entre as limitações do estudo ressaltam-se o método retrospectivo, que restringiu a coleta de dados aos registros da ficha de atendimento à gestante, com carência de campos específicos para registro de informações importantes, e a reduzida amostra que impede a generalização dos achados. Recomenda-se a revisão da referida ficha, incorporando a ela novos campos com variáveis de interesse, para melhor explorar o tema e, conseqüentemente, orientar a gestante.

REFERÊNCIAS

1. Silva Filho OG, Freitas JAS. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo. Livraria Santos Editora Ltda; 2007.p.117-50.
2. Vaccari-Mazzetti MP, Kobata CT, Brock RS. Antenatal ultrasonography diagnosis of cleft lip and palate. Arquivos Catarinenses de Medicina [internet]. 2009 [cited 2018 Ago 13]; 38(1). Available from: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/674.pdf>
3. Gallbach JL. Paciente com fissura labiopalatina: potencial de resolatividade do atendimento na Faculdade de Odontologia da UFMG [dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
4. Silva YCO, Teixeira GLSB, Neves JKAL. Uma abordagem sobre a importância da atuação do profissional de nutrição no tratamento de crianças com fissuras labiopalatinas. Rev. Elet. Estácio Recife [internet]. 2018 [cited 2018 Ago 15]; 4(1). Available from: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/169/53>
5. Berberian AP, Tonocchi R, Souza D, Moleta F, Lagos HNC, Zanata IL. Orofacial clefts: aspects related to the diagnosis. Distúrb. Comum [internet]. 2012 [cited 2018 Mar 22]; 24(1):11-20. Available from: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/9700/7205>
6. Sandrini FAL, Robinson WM, Paskulin G, Lima MC. Family study in orofacial clefts associated anomalies patients in the Serviço de Defeitos de Face of Pontifícia Universidade Católica de Rio Grande do Sul. Journal Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. [internet] 2006 [cited 2018 Mar 22]; 6(2):57-68. Available from: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2006/v6n2/v6n28.pdf>
7. Fernandes R, Defani MA. Importance of a multidisciplinary team in the treatment and follow-up of labial-palatal clefts. Rev. Saúde e Pesquisa [internet]. 2013 [cited 2018 Mar 24]; 6(1):109-116. Available from: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2506/1852>
8. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. nº 32. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Apr 08]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
9. Sunelaitis RC, Arruda DC, Marcom SS. The impact of a Down Syndrome diagnosis on the family dynamic: mother's perspective. Acta Paul. Enferm. (Online). 2007 [cited 2018 May 10]; 20(3):264-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300004>
10. Fazio IA, Silva CD, Acosta DF, Mota MS. Feeding and exclusive breastfeeding of newborns: social representation of fathers. Rev. enferm. UERJ [internet]. 2018 [cited 2018 May 10]; 26:e26740. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.26740>
11. Thuler ACMC, Wall ML, Souza MAR. Characterizing women in the pregnancy-puerperal cycle and encouraging early breastfeeding. Rev. enferm. UERJ [internet]. 2018 [cited 2018 May 11]; 26:e16936. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.16936>
12. Vanz AP, Ribeiro NRR. Listening to the mothers of individuals with oral fissures. Esc. Enferm. USP. [internet] 2011 [cited 2018 May 10]; 45(3):596-602. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300007>

13. Santos RS, Dias IMV. Reflecting about congenital malformation. *Rev. bras. enferm.* (Online). 2005 [cited 2018 May 10]; 58(5):592-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500017>
14. Battikha EC, Faria MCC, Kopelman BI. The maternal representations about a baby who is born with serious organic diseases. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [internet]. 2007 [cited 2018 May 10]; 23(1):17-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000100003>
15. Belli MAJ, Silva IA. Mães com filho internado na UTI neonatal: um estudo sobre representações sociais. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000. [cited 2018 Jun 08] Available from: <https://bdpi.usp.br/item/001079114>
16. Graciano MIG, Leheld NS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Rev. Serv. Social & Saúde* [internet]. 2010 [cited 2018 Feb 23]; 9(9). Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634873/2777>.
17. Siqueira MBC, Dias MAB. The mother's perceptions about experience and learning of caring for a premature baby. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2011 [cited 2018 May 10]; 20(1):27-36. Available from: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol20_n1.pdf
18. Duarte GA, Ramos RB, Cardoso MC. Feeding methods for children with cleft lip and/or palate: a systematic review. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [internet]. 2016 [cited 2018 May 10]; 82(5): 602-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.020>
19. Bittencourt LP, Modesto A, Bastos EPS. The effect of breastfeeding in the acquisition of non-nutritive sucking habits and malocclusion prevention. *Rev. Bras. Odontol.* [internet]. 2001 [cited 2018 Jun 22]; 58(3):191-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772013000100006>
20. Santos LS, Silva RF, Leandro TP, Macedo FRM, Souza ALT, Prado BOS et al. Instructions received by mothers of children with cleft lip and palate. *Arq. Ciênc. Saúde* [internet]. 2015 [cited 2018 Jun 22]; 22(2):88-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.149>
21. Silveira JLGC, Weise CM. Social perceptions of mothers of children with cleft lip/palate breast-feeding. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.* [internet]. 2008 [cited 2018 May 10]; 8(2):215-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/1519.0501.2008.0082.0015>
22. Batista LRV, Tririches TC, Moreira EAM. Oral development and breastfeeding in children with cleft lip and palate. *Rev. Paul. Pediatr.* [internet]. 2011 [cited 2018 Jun 22]; 29(4): 674-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000400031>
23. Amstalden-Mendes LG, Gil-da-Silva-Lopes VL. Cleft lip and (or) palate: feeding resources prior to corrective surgery. *Rev. Ciênc. Méd.* [internet]. 2006 [cited 2018 May 10]; 15(5):437-48. Available from: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1095/1071>
24. Fontes CMB, Mondini CCSD, Lisboa IA, Shinomia MT, Rufino EMS. Nursing care to pregnant women at HRAC/USP. *Salusvita* [internet]. 2010 [cited 2018 May 10]; 29(3):247-68. Available from: https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v29_n3_2010_art_03.pdf
25. Di Ninno CQMS, Matos EF, Nunes LEG. Fissura labiopalatina: fundamentos para a prática fonoaudiológica. In: *Diagnóstico pré-natal das fissuras labiopalatinas: orientações às gestantes, mães e familiares*. São Paulo: Roca; 2009. p.3-9.