

Alexandra Isabel Araújo Martins

Amamentação Natural em Crianças Portadoras de Fenda Lábio Palatina

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018



Alexandra Isabel Araújo Martins

Amamentação Natural em Crianças Portadoras de Fenda Lábio Palatina

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando  
Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção  
do grau de Mestre em Medicina Dentária”

---

(Alexandra Isabel Araújo Martins)

## RESUMO

O principal objetivo desta revisão bibliográfica é analisar a amamentação natural em lactentes portadores de fenda lábio palatina e as dificuldades que esta anomalia craniofacial acarreta neste processo, abordando também, as técnicas preconizadas para as minorar e alcançar um maior sucesso.

A metodologia utilizada baseou-se numa pesquisa bibliográfica em motores de busca e base de dados científicas, usando as seguintes palavras-chave: "cleft lip and palate"; "breastfeeding"; "children"; "experience"; "feeding behaviour"; "associated problems" e posterior seleção dos artigos de revisão narrativa e sistemática, *guidelines*, estudos observacionais e ensaios clínicos, com conteúdo relevante para o assunto em estudo.

Os recém-nascidos com fenda lábio palatina têm dificuldades acrescidas no processo de amamentação. São inúmeros os benefícios da amamentação, tanto para a mãe como para o bebé, descritos na literatura, porém, nem sempre há sucesso neste processo. Atualmente, considera-se unanimemente que a amamentação natural deve ser a primeira escolha para a nutrição dos bebés com fenda, porém, na sua impossibilidade, são propostas algumas alternativas para fornecer o leite materno, não existindo, contudo, total consenso quanto à melhor opção.

**Palavras-chave:** amamentação natural; dificuldades; recém-nascido; fenda lábio palatina.

## **ABSTRACT**

The main objective of this literature review is to analyze breastfeeding on lactents with cleft lip and palate, focusing on the difficulties associated and on the recommended technics to implement this process with success.

This review was based on a bibliographical search performed on search engines and data bases, using the following key words: “cleft lip and palate”; ”breastfeeding”; “children”; “experience”; “feeding behavior”; “associated problems”. Selection of the most relevant narrative and systematical revision articles, guidelines, observational studies and clinical trials was then accomplished.

Newborns with cleft lip and palate have increased difficulties on the breastfeeding process. The benefits of breastfeeding are countless, for mother and child, however, this process is not always successfull. Currently, it’s unanimously accepted that natural breastfeeding is the first choice for cleft lip and palate newborns nutrition, however, it’s adequate establishment is sometimes difficult or even impossible. There are some alternatives described to provide these babies breast milk, yet there is no consensus on which may be the best choices.

**Key words:** breastfeeding; difficulties; newborn; cleft lip and palate.

## **AGRADECIMENTOS**

Dirijo os meus agradecimentos à minha Orientadora, Doutora Manuela Crespo, pela orientação sábia, conhecimento transmitido e disponibilidade prestada ao longo da elaboração desta dissertação.

Agradeço ainda aos meus pais e à minha irmã pelo apoio e dedicação que sempre manifestaram ao longo destes meses, pelas palavras de coragem, pela paciência e presença durante toda a minha vida académica.

***O Meu Obrigado!***

*“Para ser grande, sê inteiro: nada*

*Teu exagera ou exclui.*

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és*

*No mínimo que fazes.*

*...”*

***Ricardo Reis***

## ÍNDICE GERAL:

|   |        |
|---|--------|
| I. Introdução.....  | Pag.1  |
| Metodologia.....  | Pag.2  |
| II. Desenvolvimento   |        |
| 1. Fendas lábio palatinas                                   |        |
| 1.i. Classificação.....                                     | Pag.3  |
| 1.ii. Patologias associadas.....                            | Pag.4  |
| 2. Amamentação natural.....                                 | Pag.5  |
| 2.i. Benefícios para a mãe e para o bebê.....               | Pag.6  |
| 2.ii. Amamentação em crianças com fenda lábio palatina..... | Pag.8  |
| 2.iii. Higienização após amamentação.....                   | Pag.13 |
| III. Discussão.....   | Pag.15 |
| IV. Conclusão.....  | Pag.17 |
| V. Bibliografia.....  | Pag.19 |
| VI. Anexos.....   | Pag.22 |

## ÍNDICE DE TABELAS:

|  |        |
|--|--------|
| Tabela 1- Quadro resumo das anomalias dentárias mais prevalentes em crianças com fenda lábio palatina..... | Pag.22 |
|--|--------|

## ÍNDICE DE FIGURAS:

|  |       |
|--|-------|
| Fig. 1- Representação das fendas lábio palatinas de acordo com a classificação de Spina et al. (1972). (Adaptado de < <a href="http://ctmc.lusiada.br/malformacoes-craniofaciais/">http://ctmc.lusiada.br/malformacoes-craniofaciais/</a> >) ..... | Pag.4 |
|--|-------|

**LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS:**

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**UNICEF-** Fundo das Nações Unidas para a Infância

**EUA-** Estados Unidos da América

## I. INTRODUÇÃO

As fendas lábio palatinas são uma malformação congênita do terço médio da face com elevada taxa de incidência, em Portugal, todos os anos nascem cerca de 180 crianças com fenda lábio palatina, sendo que em cada 700 recém-nascidos, uma criança apresenta este tipo de malformação (Santos, 2018).

A sua incidência dependente da origem étnica, localização geográfica, idade materna, exposições pré-natais e condição socioeconómica, contudo, estima-se que, a nível mundial, afete cerca de 1 em cada 500 a 2500 nascidos vivos (Shkoukani et al., 2013).

Trata-se de uma anomalia que ocorre devido à falta de fusão entre os processos faciais embrionários e/ou os processos palatinos, apresentando uma etiologia multifatorial, em que se destaca o papel da interação entre fatores genéticos e ambientais (tabagismo, consumo de álcool, uso de medicamentos e exposição a produtos químicos, entre outros) (Araruna e Vendrúscolo, 2000; Shkoukani et al., 2013; Monlleó et al., 2014).

Além da alteração estética que condicionam, as fendas lábio palatinas apresentam repercussões importantes na saúde oral e na saúde geral dos doentes. Nomeadamente, alterações no crescimento e desenvolvimento maxilofacial, problemas no desenvolvimento e erupção dentária, anomalias de forma, número e posição dos dentes, dificuldades na alimentação, na deglutição e na correta aquisição da linguagem, infeções recorrentes do ouvido e até perda de audição. Assim, embora, geralmente, não acarrete risco de vida, viver com uma fenda é um “peso” significativo para a saúde e bem-estar físico, psíquico, emocional e social da criança e também dos seus familiares (Araruna e Vendrúscolo, 2000; Shkoukani et al., 2013; Allam et al., 2014).

Uma das principais preocupações de pais e cuidadores de uma criança com fenda lábio palatina é a sua alimentação, principalmente, nos primeiros tempos de vida, dado que os recém-nascidos portadores desta anomalia têm uma dificuldade acrescida no processo de amamentação (Campillay et al., 2010; Trettene et al., 2013; Duarte et al., 2016).

Reconhecem-se os inúmeros benefícios da amamentação natural tanto para a mãe quanto para o bebé. O leite materno apresenta a composição nutricional ideal para a alimentação do lactente, contém substâncias imunomoduladoras e anticorpos que ajudam no desenvolvimento do sistema imunológico do bebé, protegendo-o de várias doenças infecciosas e autoimunes.

O ato de mamar ajuda a controlar a quantidade de alimento ingerida para que não seja excessiva, estimula o desenvolvimento do aparelho estomatognático, tem um impacto positivo no desenvolvimento neurológico, comportamental e emocional do bebê e contribui para que se estabeleça uma forte ligação afetiva entre mãe e filho (Bervian et al., 2008; Duarte et al., 2016; Araruna e Vendruscolo, 2000; Martins e Santana, 2013).

Os benefícios para a mãe também são múltiplos. As hormonas da lactação (prolactina e ocitocina) têm um efeito relaxante e calmante para a mãe. As mulheres que amamentam recuperam mais facilmente no pós-parto. O aleitamento materno é ainda um fator protetor para a mãe contra o cancro da mama, dos ovários e do colo do útero. E sobretudo permite à mãe sentir o prazer único que é amamentar o seu filho (Levy e Bértolo, 2012; Martins e Santana, 2013).

O objetivo do presente trabalho foi caracterizar o impacto das fendas lábio palatinas na amamentação natural dos recém-nascidos portadores desta malformação. Identificando, na literatura, diferentes técnicas e/ou métodos que permitam que estas crianças sejam amamentadas e usufruam dos benefícios da amamentação materna.

## 1. METODOLOGIA

Para a concretização desta revisão bibliográfica efetuou-se, durante oito meses, de Setembro de 2017 a Maio de 2018 uma pesquisa bibliográfica, recorrendo a motores de busca e base de dados: *Pubmed*, *B-on*, *Scielo* e *Google Académico*, e utilizando como palavras-chave: "cleft lip and palate"; "breastfeeding"; "children"; "experience"; "feeding behaviour"; "associated problems" associadas pelo operador de pesquisa Booleano *AND*.

A pesquisa teve como limites: publicações a partir do ano 1996, artigos em língua portuguesa, espanhola, inglesa e francesa, *abstract* disponível e artigos de acesso gratuito. Desta pesquisa resultaram 70 artigos.

Os artigos foram então selecionados segundo o seu rigor científico, interesse para o tema em questão e tipo de publicação (artigos de revisão narrativa e sistemática, *guidelines*, estudos observacionais e ensaios clínicos). Após a aplicação destes critérios obtiveram-se 40 artigos para revisão.

## II. DESENVOLVIMENTO

### 1. Fendas Lábio Palatinas

#### 1.i. Classificação

Segundo Altmann, M. et al. (1997) (*cit. in.* Araruna e Vendrúscolo, 2000) as estruturas embrionárias que darão origem à face humana desenvolvem-se entre a 4<sup>a</sup> e a 8<sup>a</sup> semanas de vida intrauterina através de um complexo processo de crescimento e fusão de estruturas, nomeadamente: os processos maxilares e mandibulares e o processo frontonasal, que originará os processos nasais mediais e laterais. As fendas são resultado da falta ou deficiência de união destes processos (Araruna e Vendrúscolo, 2000).

Ao longo dos anos, diversas classificações foram propostas para as fendas lábio palatinas, de acordo com Araruna, R. e Vendrúscolo, D. (2000), a mais utilizada é a de Spina et al. (1972) que utiliza como ponto de referência o foramen incisivo (fig.1):

Grupo I: Fendas pré-foramen incisivo- fendas do lábio com ou sem envolvimento alveolar. Podendo ser bilateral, unilateral ou mediana, completa ou incompleta;

Grupo II: Fendas transforamen incisivo- são as de maior gravidade, unilaterais ou bilaterais. Atingindo lábio, arcada alveolar e todo o palato;

Grupo III: Fendas pós-foramen incisivo- são fendas palatinas, em geral medianas, que podem envolver apenas a úvula, ou as demais partes do palato duro e mole.

Grupo IV: Fendas raras da face- quando a fenda não envolve o foramen incisivo, podendo ocorrer nas bochechas, pálpebras, orelhas, nariz e ossos do crânio e face.

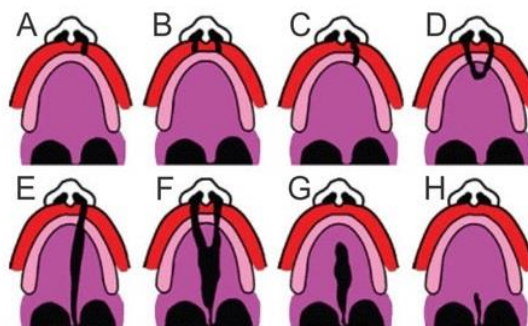


Figura 1- Representação das fendas lábio palatinas de acordo com a classificação de Spina et al. (1972). A- Fenda labial esquerda pré-foramen incompleta; B- Fenda labial bilateral pré-foramen incompleta; C- Fenda labial

esquerda pré-foramen completa; D- Fenda labial bilateral pré-foramen completa; E- Fenda labial esquerda transforamen completa; F- Fenda labial bilateral transforamen completa; G- Fenda palatina pós-foramen incompleta; H- Fenda palatina pós-foramen completa. (Adaptado de <<http://ctmc.lusiada.br/malformacoes-craniofaciais/>> [Em linha]. [Consultado em 22/01/2018])

### **1.ii. Patologias associadas**

Os pacientes afetados por fenda lábio palatina apresentam maior prevalência de uma série de complicações dentárias, estéticas, auditivas, fonéticas e até psicológicas que a população em geral (Haque e Alam, 2014; Albergaria et al., 2015).

Assim, as complicações decorrentes da fenda que atingem com mais frequência estes pacientes são:

-sequelas e cicatrizes cirúrgicas decorrentes das cirurgias efetuadas para correção da fenda: destacam-se o colapso ântero-posterior e transversal do maxilar, devido a processos cicatriciais do lábio e do palato e o avanço da pré-maxila (Albergaria et al., 2015);

-alterações oclusais: hipoplasia/atrofia maxilar, mordida cruzada no lado da fenda e má oclusão anterior 15% em fendas lábio palatinas unilaterais e 41% em fendas lábio palatinas bilaterais (Haque e Alam, 2014);

-anomalias dentárias: as três anomalias mais comuns de número são a agenesia dos incisivos laterais superiores, dentes supranumerários e incisivos inferiores ausentes na área da fenda (Haque e Alam, 2014);

Na literatura, são mencionadas muitas outras alterações de estrutura dentária sendo a sua prevalência muito variável, conforme descrito na tabela 1.

-maior prevalência de cárie dentária e doença periodontal: o aumento da retenção de placa bacteriana na superfície dentária demonstrado nestes pacientes, associado às alterações oclusais (rotações, ectopia, apinhamento) e às alterações de estrutura do esmalte mais prevalentes nesta população, parece ser o responsável por este fenômeno (Vettore e Campos, 2010). Um estudo realizado no oeste da Escócia comparou a prevalência de cárie dentária em crianças portadoras de fenda lábio palatina, com idades entre 4,5 e 6 anos, com a prevalência de cárie na população infantil na Escócia. Os resultados confirmam a afirmação de Vettore, M. e Campos, A. (2010) revelando prevalências superiores nas crianças com fenda, 62,8%, *versus* 42,3% na população infantil nacional (Weraarchakul e Weraarchakul, 2017);

-dificuldades fonéticas e na aquisição da linguagem: uma das sequelas mais graves é a voz hipernasal e a incorreta dicção, que dificultam a compreensão pelo ouvinte, gerando acanhamento, medo de falar e de comunicar por parte do portador de fenda, o que causa invariavelmente problemas de integração e isolamento social (Eduardo et al., 2011);

-problemas auditivos: aproximadamente, 90% das crianças com fenda tem otites médias de repetição mais frequentemente entre seis meses e quatro anos de idade, o que é um fator de risco importante para perda auditiva (Oliveira et al., 2013);

-problemas na alimentação: particularmente nos recém-nascidos, na implementação do processo de amamentação (Araruna e Vendrúscolo, 2000; Batista et al., 2011).

Na ausência de tratamento adequado as repercussões serão graves e irreversíveis, afetam a função estomatognática, respiratória, a linguagem, a harmonia da estética da face, e originam sequelas psicológicas e cognitivas, que prejudicam a qualidade de vida das crianças portadoras de fendas lábio palatinas e das suas famílias (Eduardo et al., 2011).

## **2. Amamentação natural**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a amamentação natural exclusiva até aos 6 meses de idade como melhor forma de alcançar a adequada nutrição e o melhor desenvolvimento do lactente. Apesar disso, mesmo nos países com altas taxas de iniciação à amamentação, a manutenção deste aleitamento materno exclusivo até ao meio ano de idade, continua a ser pouco comum (Haroon et al., 2013; Martins e Santana, 2013).

Até esta idade, se a produção de leite materno for abundante, e a criança fizer uma boa preensão do mamilo e a correta extração do leite, este será o alimento mais completo para suprir integralmente as necessidades nutricionais do bebé. Porém, a partir dos 6 meses, a maioria das crianças atinge um nível de desenvolvimento físico, motor, sensorial e neurológico, que requer a introdução de alimentos complementares, quer pelo aporte nutricional que vêm acrescentar, quer pela nova consistência desses alimentos, que obriga ao desenvolvimento/maturação de funções como a mastigação, deglutição, digestão e excreção (Martins e Santana, 2013).

Em Portugal não existem dados estatísticos sobre a prevalência do aleitamento materno, nem até que idade é mantido. Os estudos efetuados no nosso país sugerem que a evolução do aleitamento materno nas últimas décadas se processou de maneira semelhante à dos restantes

países europeus. A industrialização, a II Guerra Mundial, a massificação do trabalho feminino, os movimentos feministas, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno tiveram como consequência uma diminuição na prevalência da amamentação na década de 70 (Levy e Bértolo, 2012).

Levy, L. e Bértolo, H. (2012) destacam a alta taxa de iniciação ao aleitamento materno, em Portugal, mais de 90%; no entanto, na sua pesquisa mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu projeto de amamentação (Levy e Bértolo, 2012).

Este fenómeno é transversal a vários países, também a taxa de iniciação à amamentação nos EUA, com base nos dados da *National Immunization Survey*, em 2012, é elevada (75%). No entanto, nos EUA a heterogeneidade populacional (elevado número de subgrupos étnicos com grandes diferenças sociodemográficas e culturais) revela diferenças estatisticamente significativas se analisarmos estes subgrupos independentemente quanto à taxa de iniciação ao aleitamento materno (exemplo, população latina ou hispânica 80,6%, população negra não hispânica ou afro-americana 58,1%) (American Academy of Pediatrics, 2012).

A OMS e a UNICEF têm vindo a promover diversas ações no sentido de incentivar ao aleitamento materno e sensibilizar a população para os seus benefícios com o objetivo de promover uma mudança deste cenário (Tamasia e Sanches, 2016).

## **2.i. Benefícios para a mãe e para o bebé**

O feto apresenta o reflexo de sucção a partir da trigésima segunda semana de gestação, estando preparado neurologicamente para o sucesso da amamentação. A sucção é a primeira função do sistema estomatognático (Bervian et al., 2008).

O leite materno é um alimento vivo, natural e completo, em termos nutritivos para, os recém-nascidos. É rico em água, hidratos de carbono, lípidos, proteínas, minerais, vitaminas e outros oligoelementos, está sempre disponível, na temperatura e composição ideais, está estéril e é gratuito (Stam et al., 2013; Tamasia e Sanches, 2016).

Os benefícios da amamentação natural são múltiplos, o leite materno apresenta vantagens nutricionais, metabólicas e imunológicas quando comparado com o leite adaptado administrado

em biberão. Além disso, favorece o bom desenvolvimento físico, emocional e neurológico, e o adequado crescimento craniofacial e do sistema estomatognático (Bertino et al., 2012; Bervian et al., 2008).

A fisiologia da sucção envolve desde competências sensoriais, como a capacidade do bebê sentir com os lábios o mamilo da mãe, até competências neuromotoras para fazer a sucção e a deglutição do leite materno. Os receptores táteis dos lábios do bebê detetam o mamilo e levam os músculos labiais a contraírem em torno deste, promovendo um selamento hermético e comprimindo o mamilo entre a língua e o palato duro. Esses fenômenos criam uma pressão negativa no interior da cavidade oral do lactente, facilitando a saída do leite. A mandíbula executa movimentos horizontais e verticais, proporcionando uma base estável para os movimentos da língua, e ajudando na criação desta pressão intraoral negativa (Bervian et al., 2008).

Além da sucção, a deglutição é uma atividade sensorial e motora muito complexa, dividida em três fases distintas: oral, faríngea e esofágica. Para que ocorra uma deglutição segura e eficaz, é necessário a exímia coordenação neuromuscular da língua, palato mole, faringe, laringe e esôfago (Lau, 2015).

Assim, a amamentação é essencial para aprimorar funções como a deglutição, a mastigação, a respiração e a fonoarticulação, e proporciona ainda o estímulo, melhor e fisiologicamente mais completo, para o correto crescimento/desenvolvimento das estruturas orofaciais, contribuindo, nomeadamente, para corrigir o retrognatismo fisiológico da mandíbula no recém-nascido (Batista et al., 2011).

A amamentação materna é também a primeira lição para o desenvolvimento adequado da respiração, pois durante este processo os lábios estão selados à volta do mamilo, a língua na postura correta e o padrão respiratório é nasal, o que promove a instituição e manutenção deste padrão no futuro (Bervian et al., 2008).

Outro argumento a favor do aleitamento materno é o benefício que acarreta no estabelecimento da relação mãe-filho e, conseqüentemente, no desenvolvimento psicológico, emocional e relacional da criança (Tamasia e Sanches, 2016; Martins e Santana, 2013).

O leite materno contém substâncias imunomodadoras e anticorpos que ajudam no desenvolvimento do sistema imunológico do bebê, protegendo-o de várias doenças infecciosas e autoimunes. Assim, vários estudos demonstram uma associação entre a amamentação natural

e uma redução na incidência de infecções gastrointestinais, respiratórias, otológicas e urinárias, alergias, dermatite atópica, asma, doença celíaca, doença de Crohn, colite ulcerosa e diabetes tipo 1, e até um efeito protetor contra leucemias, linfomas e doenças cardiovasculares. Tem ainda um impacto positivo no desenvolvimento neurológico, melhorando o Quociente de Inteligência e reduzindo o risco de distúrbios do comportamento e do desenvolvimento infantil (Stam et al., 2013; Martins e Santana, 2013, Tamasia e Sanches, 2016; Brahm e Valdés, 2017; Monlleó et al., 2014).

O ato de mamar, pelo esforço que é exigido ao lactente, também ajuda a controlar a quantidade de alimento ingerida para que não seja excessiva, reduzindo a tendência a regurgitações (Bervian et al., 2008).

Amamentar também acarreta benefícios para a mãe. As hormonas da lactação (prolactina e ocitocina) têm um efeito relaxante e calmante para a mãe. As mulheres que amamentam recuperam mais facilmente no pós-parto, a involução uterina ocorre mais rapidamente e também a eliminação dos lóquios cessa mais cedo. O aleitamento materno é ainda um fator protetor para a mãe contra o cancro da mama, dos ovários e do colo do útero. E sobretudo permite à mãe sentir o prazer único que é amamentar o seu filho (Levy e Bértolo, 2012; Martins e Santana, 2013).

Existem, contudo, contraindicações em relação à amamentação natural, que se subdividem em relativas e absolutas:

- Contraindicações relativas, ou seja, enquanto a situação não está resolvida: mães com doenças infecciosas como a varicela, herpes, com lesões mamárias, tuberculose não tratada ou ainda que precisam temporariamente de fazer medicação possivelmente prejudicial para o lactente (Levy e Bértolo, 2012).
- Contraindicações absolutas: mães com doenças graves, crónicas ou debilitantes, mães infetadas pelo vírus da imunodeficiência humana, mães que necessitam imprescindivelmente de tomar fármacos nocivos para o bebé e, ainda, bebés com doenças metabólicas raras como a fenilcetonúria e a galactosemia (Levy e Bértolo, 2012).

## **2.ii. Amamentação em crianças com fenda lábio palatina**

Alimentar o lactente com fenda lábio palatina é uma das principais preocupações dos pais ou cuidadores, evidenciada desde o momento do diagnóstico da fenda (Trettene et al., 2013; Araruna e Vendrúscolo, 2000; Campillay et al., 2010).

A família deve receber orientações, antes mesmo do nascimento, acerca das dificuldades que irão existir na amamentação e sobre as técnicas existentes para as ultrapassar. Estas dificuldades serão maiores ou menores consoante o tipo de fenda, contudo os problemas mais comuns são: a falta de selamento dos lábios em volta do mamilo, a sucção inadequada pela incapacidade de criar pressão intraoral negativa, o tempo de mamada prolongada e a regurgitação nasal (Araruna e Vendrúscolo, 2000).

Para um bebé com fenda a amamentação natural também pode acarretar complicações, nomeadamente: engasgos, vômitos, fadiga durante a amamentação, o que leva à extração insuficiente de leite, défice nutricional e redução do crescimento e desenvolvimento geral (Reilly et al., 2013; Monlleó et al., 2014; Montagnoli et al., 2005).

É importante referir que a fenda lábio palatina não exclui o aleitamento materno. Quando avaliados por tipo de lesão, verifica-se que os portadores de fenda Pré-Foramen Incisivo conseguem ser amamentados por um maior período de tempo, mostrando que o aleitamento materno é mais efetivo nas fendas mais simples (Pini e Peres, 2001; Monlleó et al., 2014). Uma fenda labial pode impedir a tentativa da criança fazer o selamento em torno do mamilo ao amamentar, mas uma fenda palatina pode impedir que o bebé crie a pressão negativa necessária à extração do leite (Bessell et al., 2011). Assim, quanto maior a complexidade da fenda lábio palatina, mais dificuldades há na eficaz amamentação e mais precoce é o desmame (Araruna e Vendrúscolo, 2000; Lindberg e Berglund, 2013; Monlleó et al., 2014).

Neste contexto, Pini, J. e Peres, S. (2001), realizaram um estudo no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, em que foi aplicado um questionário, às mães de 60 crianças portadoras de fenda labial e/ou palatina, com idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos, com o objetivo de recolher dados sobre o aleitamento. Quanto ao tipo de fenda: 5% das crianças apresentava Fenda Pré-foramen incisivo, 25% Pós-foramen incisivo, 56% Transforamen incisivo e 10% Pré e Pós-foramen incisivo. Do total da amostra, 33 (55%) receberam leite materno e 27 (45%) leite artificial. O maior número de pacientes que iniciou o aleitamento materno pertencia ao grupo dos portadores de Fenda Transforamen incisivo, mas foi também este o grupo que foi amamentado naturalmente por menor período de tempo. As

crianças que beneficiaram de um maior período de tempo de amamentação materna foram as do grupo portador de Fenda Pré-foramen incisivo, com uma média de  $332,5 \pm 45,9$  dias de aleitamento (Pini e Peres 2001). O que vai ao encontro do sustentado por autores como Araruna, R. e Vendrúscolo, D. (2000) e Lindberg, N. e Berglund, A. (2013).

Pathumwiwatana, P. et al (2010), avaliaram o aleitamento de 20 lactentes com fenda lábio palatina do Hospital Srinagarind, Universidade Khon Kaen, Tailândia. Neste estudo, para além do apoio especializado dado no hospital às mães, com a aplicação e ensino de técnicas facilitadoras do processo de amamentação destes recém-nascidos, houve um acompanhamento após a alta hospitalar da primeira semana aos seis meses de vida do bebé, com apoio contínuo à amamentação para as mães. Os resultados revelaram que: 2 bebés foram mantidos em amamentação materna exclusiva durante 6 meses e continuaram a ser amamentados até os 15 e 18 meses de idade, 16 bebés receberam amamentação materna durante 3 a 4 meses, e só 2 bebés foram amamentados naturalmente durante menos de 2 meses. A variável emprego desempenhou um fator importante para o sucesso da amamentação entre as mães destes bebés com fenda lábio palatina. As únicas 2 mães capazes de fornecer aleitamento materno exclusivo por 6 meses não trabalhavam, enquanto, as mães que não conseguiram continuar a amamentação natural atribuíram este facto à exaustão que sentiam quando voltavam do trabalho e que as levou a desistir de amamentar (Pathumwiwatana et al., 2010).

Alguns estudos apontam um défice de crescimento e desenvolvimento dos lactentes com fenda comparativamente com os bebés em geral, associando este facto a uma capacidade de sucção menos eficaz e à incapacidade de gerar pressão intraoral negativa durante a amamentação. Isto resultaria numa extração insuficiente de leite da mama, conduzindo a défice nutricional, peso reduzido para a idade e crescimento retardado (Araruna e Vendrúscolo, 2000; Ize-Iyamu e Saheeb, 2011; Bessell et al., 2011; Monlleó et al., 2014; Montagnoli et al., 2005).

Porém, outras investigações evidenciam que, quando é feita a preparação e o aconselhamento precoce das famílias de lactentes portadores desta malformação em relação às técnicas de amamentação a implementar nesses casos, os bebés aumentam de peso, crescem e desenvolvem-se adequadamente, e que a ansiedade dos pais é menor (Araruna e Vendrúscolo, 2000; Pathumwiwatana et al., 2010).

As crianças portadoras de fenda lábio palatina são submetidas a procedimentos cirúrgicos invasivos logo com poucos meses de vida, a cirurgia de reparação labial é recomendada aos 3

meses e palatoplastia entre os 9 e os 12 meses. Para além de todos os benefícios referidos anteriormente, os agentes imunomoduladores e anticorpos presentes no leite materno promovem a cicatrização após a cirurgia, reduzem o risco de contrair infeções hospitalares durante os períodos de internamento e diminuem a irritação da mucosa oro-nasal quando comparado com o leite adaptado (Herzog-Isler e Honigmann, 1996; Loras-Duclaux, 2010).

As famílias devem beneficiar durante o período pré-natal de informações claras sobre os benefícios, técnicas e possíveis dificuldades da amamentação, seguindo-se um acompanhamento rigoroso, após o nascimento, por um profissional especificamente treinado em amamentação (Araruna e Vendrúsculo, 2000; Trettene et al., 2013; Loras-Duclaux, 2010; Lindberg and Berglund, 2013; Montagnoli et al., 2005).

Para facilitar o processo de amamentação do lactente com fenda, e evitar algumas complicações, são várias as recomendações mencionadas na literatura científica:

- Manter a criança em posição semi-sentada no momento da amamentação para evitar a aspiração do leite e a regurgitação nasal; fazer pausas durante a mamada para que a criança eructe; não evitar o lado da fenda, mas sim proporcionar estímulos através do contato com o mamilo para exercitar a musculatura da região afetada (Araruna e Vendrúsculo, 2000; Reilly et al., 2013);
- Após as mamadas, colocar a criança em decúbito lateral, para diminuir o risco de asfixia, uma vez que existe sempre risco de refluxo pela narina, de parte do leite ingerido (Araruna e Vendrúsculo, 2000);
- Para uma boa preensão da mama, a cabeça do recém-nascido deve estar ereta suportada por uma almofada para ter a boca na altura do mamilo; o bebé deve abrir bem a boca para que a aréola seja profundamente introduzida até à junção do palato duro com o mole (Loras-Duclaux, 2010; Pathumwiwatana et al., 2010);
- A mama deve ser segura pela mão da mãe contra a boca do bebé, durante todo o processo, usando-a desta forma para selar qualquer lacuna devida à alteração anatómica do lábio e/ou palato do recém-nascido. A mão de apoio da mama, segura também, se necessário as bochechas e o queixo do bebé para manter o selamento labial e o bom posicionamento da cabeça. No caso da fenda labial, a mãe também pode vedar a fenda com um dedo (Loras-Duclaux, 2010; Pathumwiwatana et al., 2010).

No entanto, nem todas as mães conseguem ser bem-sucedidas a amamentar os seus filhos com fenda, mas o aleitamento materno deve ser promovido em detrimento da alimentação artificial e do leite adaptado, por isso, existem alternativas descritas na literatura que possibilitam a alimentação com leite materno:

- Obturador palatino: Não é necessário para a fenda labial, contudo, se o palato duro e mole estiverem afetados, um obturador ou prótese palatina colocada nos primeiros dias de vida, pode facilitar a amamentação. A prótese é feita de plástico e não se limita a separar a boca da cavidade nasal, empurra também a língua para a frente, para fora da fenda. Assim, o bebé pode pressionar o mamilo com a língua contra a prótese e, com movimentos de extração, esvaziar os ductos mamários. É particularmente importante que o bebé agarre bem a mama, para que os movimentos da língua e dos maxilares sejam mais fáceis e a extração do leite eficaz (Herzog-Isler e Honigmann, 1996);

- Biberão com tetina suave: As tetinas designadas como “ortodônticas” são as mais indicadas por serem curtas e mais anatómicas. A tetina deve ser posicionada na região anterior da boca com o orifício de saída do leite orientado na direção do palato, de forma similar ao posicionamento do mamilo materno na cavidade oral da criança. A postura da cabeça da criança deve ser verticalizada para favorecer a ação da força gravitacional, direcionando o leite mais para a cavidade oral e menos para a nasal (Araruna e Vendrúscolo, 2000);

- Tetina Special Needs, com sistema de abertura variável: Foi criada pela mãe de uma criança com fenda palatina e é apropriada, não só para bebés com fenda, mas para outras crianças com dificuldades de amamentação. Uma válvula permite o fluxo lento e constante de leite sem a entrada de ar, levando o bebé a exercitar os músculos orais e periorais para a sucção e deglutição, o que tornará mais fácil a amamentação *à posteriori*, como por exemplo, depois de fortalecida e treinada a musculatura ou de realizada a correção cirúrgica da fenda. É considerada a tetina mais adequada visto ser a que mais se aproxima da forma e da consistência do mamilo e da aréola (Herzog-Isler e Honigmann, 1996);

- Seringa: A seringa possibilita à mãe fornecer o leite materno gota a gota na boca do bebé, junto à mama, proporcionando a administração de maior volume de leite em menos tempo, embora sempre de forma lenta e controlada. Também ajuda a controlar extravasamentos e a minorar a regurgitação nasal, contribuindo para um ganho de peso, contudo, não estimula os reflexos relacionados com a alimentação, como a prensão do mamilo e a sucção, nem promove

o desenvolvimento da musculatura orofacial (Duarte et al., 2015; Ize-Iyamu e Saheeb, 2011; Herzog-Isler e Honigmann, 1996);

- Chávena: A alimentação através do uso de uma chávena é um método não invasivo em que o bebé pode regular a sua própria ingestão de leite, quando a chávena é mantida de maneira que o leite somente toque nos seus lábios e não seja despejado dentro da boca. Com esta técnica o bebé tem que controlar a ingestão, a respiração e a deglutição, portanto tem que estar apto para essa função. Quando bem executada ajuda a prevenir que o leite seja aspirado para os pulmões (Araruna e Vendruscolo, 2000);

-Copo ou colher: O copo ou colher, proporcionam ao bebé alimentar-se com menor dispêndio de energia e fadiga, do que ao alimentar-se através de biberão. Contudo, usar exclusivamente estes métodos, ou usa-los por períodos prolongados, acaba por conduzir a um défice no desenvolvimento de todo o sistema estomatognático e das suas funções. Assim, a utilização desses instrumentos para a alimentação da criança é recomendada apenas a partir dos seis meses de idade (Herzog-Isler e Honigmann, 1996; Trettene et al., 2013);

- Sonda nasogastrica: A alimentação com sonda nasogastrica constitui a alternativa mais invasiva e que acarreta mais desvantagens, sendo apenas indicada quando todas as outras técnicas falham ou são impossíveis de instituir, e o aporte nutricional adequado ao crescimento e desenvolvimento da criança está em causa. A sua utilização em bebés portadores de fendas lábio palatinas é uma experiência desagradável e desconfortável, tanto para mãe, como para a criança, especialmente durante os primeiros meses. Além disso, as primeiras horas de vida do recém-nascido representam um período crucial para a aquisição e desenvolvimento dos reflexos relacionados com a alimentação, portanto, a nutrição através da sonda vai impedir o estímulo neuromuscular necessário ao desenvolvimento e maturação de funções como a sucção e a deglutição (Araruna e Vendruscolo, 2000).

### **2.iii. Higiene após amamentação**

Uma boa higiene oral em crianças com fenda lábio palatina é essencial para o adequado desenvolvimento das estruturas e funções orais. No entanto, alcançar a saúde oral ótima em crianças com fenda pode ser difícil, devido às alterações anatómicas da área afetada, presença de dentes mal posicionados, anomalias dentárias, cicatrizes e às sequelas da cirurgia reparadora

da fenda lábio palatina, que podem causar uma mobilidade diminuída do lábio (Weraarchakul e Weraarchakul, 2017).

É essencial efetuar a higiene da cavidade oral do lactente com fenda diariamente, após cada refeição, para evitar a permanência de resíduos e partículas de leite na região, evitar infecções e também para que a criança se habitue à manipulação da cavidade oral, especialmente na região da fenda. A gengiva, bochechas, língua e palato do bebê devem ser limpos com cotonetes, dedeiras, compressas ou uma fralda de pano embebida em água fervida, filtrada ou em soro fisiológico e a higiene oro nasal deve ser feita com um cotonete molhado em água fervida. Este procedimento deve ser mantido após a erupção dos dentes. Agentes antissépticos, como a clorexidina, podem ser usados para auxiliar na higienização da placa obturadora do palato quando é removida da boca (Araruna e Vendruscolo, 2000; Lopes e Monlleó et al., 2014).

Os pais podem ter receio em escovar a região da fenda, principalmente após a cirurgia primária do lábio e palato. Geralmente, relacionam a hemorragia associada à inflamação gengival a lesões provocados pela escovagem, e inibem-se de escovar, no entanto, é importante salientar que as áreas da fenda são regiões de maior acúmulo de resíduos alimentares e placa bacteriana que têm de ser meticulosamente higienizadas, na região cicatricial da fenda e dentes adjacentes, que com frequência se apresentam mal posicionados. É também essencial, que para além da escovagem com escova com cabeça de pequenas dimensões, se utilize um escovilhão interdentário e uma escova monotufo de modo a conseguir uma correta remoção da placa bacteriana (Weraarchakul e Weraarchakul, 2017). Recentemente, foi desenvolvido um dispositivo desenhado especificamente para facilitar a higiene oral nos pacientes com fenda lábio palatina: Cleft Toothbrush. A sua configuração permite ao cuidador aceder às áreas de difícil acesso na região da fenda e realizar movimentos mais amplos do que com uma escova normal e de rotação sobre o seu próprio eixo, higienizando eficazmente sem causar trauma á mucosa. Rodrigues, R. et al. (2018) no seu estudo, demonstraram, que com este dispositivo houve uma redução significativa da placa bacteriana nos pacientes com fenda e uma melhor capacidade de higienização das áreas de alta retenção de placa, como a região da fenda lábio palatina (Rodrigues et al., 2018).

Logo, após o nascimento, os pais deverão ser educados para a importância da saúde oral e ser ensinadas e demonstradas as técnicas de higienização da cavidade oral e oro-nasal, nos bebês com fenda. O mesmo acontece após as cirurgias de reparação, onde deverá ser atribuída

particular importância a como higienizar a região cicatricial da fenda e estruturas vizinhas, uma vez que os pais destas crianças demonstram dificuldades em implementar técnicas de higiene oral eficazes, dada a anatomia particular desta área e menor mobilidade do lábio na região cicatricial (Weraarchakul e Weraarchakul, 2017, Halitchi et al., 2017).

Estudos como o de Britton, K. e Welbury, R. (2010), comparam a prevalência de cárie dentária em crianças portadoras de fenda lábio palatina e revelaram uma maior prevalência de cárie na população infantil com fenda, (62,8%) *versus* (42,3%) na população infantil nacional (*cit. in* Weraarchakul e Weraarchakul, 2017). Em relação à prevalência de doenças periodontais nos pacientes com fenda, um estudo de Lages, E. et al., (2004) (*cit. in* Batista et al., 2011), demonstrou uma maior prevalência de gengivite (88,6%) e periodontite (8%) nestas crianças. Estes estudos evidenciam que os pacientes portadores de fenda lábio palatina, apresentam geralmente, pior higiene oral que as outras crianças. Os autores fundamentam estes resultados na dificuldade acrescida em conseguir um bom controle da placa bacteriana, especialmente, na região da fenda ou da sua cicatriz e nos dentes adjacentes, quer pelo seu posicionamento, quer pelas anomalias dentárias que, muitas vezes, estão associadas a esta patologia. Portanto, implementar uma boa técnica de higiene oral, desde o nascimento, bem como consultas regulares de Medicina Dentária desde o 1º ano de vida, mesmo antes da erupção dos primeiros dentes decíduos, é fundamental para proporcionar a estas crianças uma saúde oral e um desenvolvimento orofacial adequados, contribuindo, desta forma também para melhorar a sua qualidade (Batista et al., 2011).

### III. DISCUSSÃO

Os autores revistos são unânimes quanto às vantagens inquestionáveis do leite materno para os recém-nascidos. Existe também consenso relativamente à necessidade imperiosa de incentivo à amamentação natural em crianças portadoras de fenda lábio palatina. Entre muitos outros benefícios destacam-se um melhor desenvolvimento craniofacial e do sistema imunológico do bebé e o reforço dos laços emocionais entre mãe e filho (Araruna e Vendruscolo, 2000; Brahm e Valdés, 2017; Loras-Duclaux, 2010; Haroon et al., 2013; Pini e Peres, 2001; Tamasia e Sanches, 2016; Batista et al., 2011).

Existem, sem dúvida, dificuldades acrescidas na implementação do processo de amamentação materna na criança com fenda. Estas resultam essencialmente das anomalias anatómicas e funcionais que o sistema estomatognático apresenta, associadas à malformação existente, e conduzem, com frequência, ao insucesso do aleitamento materno. Contudo, ao longo do tempo foram sendo desenvolvidas várias estratégias para alcançar o sucesso do aleitamento natural também nestas crianças (Duarte et al., (2015); Araruna e Vendrúsculo, 2000; Lindberg and Berglund, 2013; Loras-Duclaux, 2010; Batista et al., 2011).

Os estudos relatam que o tipo de fenda influencia o sucesso do aleitamento materno, e que, este é maior nas crianças com fendas menos complexas. Neste contexto, Montagnoli, L. et al. (2005) no seu estudo refere maior prevalência de amamentação natural nas crianças que apresentavam apenas fenda labial (45,9%), do que nos grupos com fenda palatina (12,1%) ou fenda labial e palatina (10,5%) (Montagnoli et al., 2005). Também Pini, J. e Peres, S. (2001) concluíram, que o aleitamento materno foi mantido por mais tempo nos bebés portadores de Fenda Pré-foramen incisivo, revelando assim um maior sucesso neste grupo do que no das crianças com Fendas Pós-foramen incisivo, Transforamen incisivo e Pré e Pós-foramen incisivo (Pini e Peres 2001). Os autores consideram que, a maior parte das vezes, o insucesso se deve à falta de informação fornecida às mães, no pré e pós-parto, acerca das estratégias a instituir para conseguir amamentar uma criança com fenda, e que estas mães deveriam ser apoiadas na amamentação por enfermeiros especializados e até por psicólogos nas primeiras semanas de vida do recém-nascido, para, desta forma, aumentar os casos de sucesso e reduzir a taxa de desistência na implementação e manutenção deste processo (Araruna e Vendrúsculo, 2000; Trettene et al., 2013; Loras-Duclaux, 2010; Lindberg and Berglund, 2013; Montagnoli et al., 2005). De acordo com um estudo de Pathumwiwatana, P. et al (2010) quando há apoio a amamentação as mães conseguem instituir e manter o aleitamento materno 3, 4 ou até mais meses, e os bebés apresentam boa nutrição e crescimento e desenvolvimento dentro dos padrões normais (Pathumwiwatana et al., 2010).

Contudo, por vezes, apesar do esforço da mãe e da ajuda dos profissionais de saúde, a criança portadora de fenda lábio palatina não consegue o aumento de peso desejável, só com a amamentação natural, porque demora mais tempo nas mamadas, o que faz com que fique cansada e extraia quantidade insuficiente de leite da mama, ou porque o desgaste físico e psicológico da mãe condicione uma menor produção de leite, ou acabe por a leva-la desistir de

amamentar (Araruna e Vendrúsculo, 2000; Lindberg e Berglund, 2013; Pathumwiwatana et al., 2010). Nestes casos, para evitar um déficit de crescimento e desenvolvimento dos lactentes está preconizado iniciar o aleitamento artificial com o próprio leite materno, sempre que possível. Os autores divergem quanto à melhor estratégia para realizar o aleitamento artificial nos recém-nascidos com fenda. No entanto, concordam que seja qual for a técnica utilizada deve-se privilegiar que o leite seja o materno e não as fórmulas de leite adaptado (Batista et al., 2011; Bertino et al., 2012; Brahm e Valdés, 2017; Araruna e Vendrúsculo, 2000; Duarte et al., 2015). Em caso de fenda do palato, considera-se como melhor opção o uso de placas obturadoras do palato que funcionam como palato artificial, servindo de apoio para a criança pressionar o mamilo ou a tetina do biberão com a língua durante a sucção (Herzog-Isler e Honigmann, 1996; Batista et al., 2011).

Em Portugal existe pouca literatura publicada sobre a prevalência da amamentação materna nas crianças portadoras de fenda lábio palatina e quais as estratégias usadas na sua promoção, realçando-se esta como a principal limitação deste trabalho de revisão.

Outra limitação foi a escassez de publicações científicas que abordassem a higienização oral, após a amamentação, em recém-nascidos com fenda. Contudo, é essencial salientar a importância da eliminação dos resíduos alimentares e da placa bacteriana que permanecem na cavidade oral e nasal após alimentação destes bebés, e que podem ser responsáveis por infeções graves, como otites ou infeções respiratórias. Independente do tipo de fenda, os autores são também unânimes em relatar a presença de um maior risco de cárie dentária e doença periodontal, nestes pacientes, depois da erupção dos primeiros dentes decíduos (Batista et al., 2011; Weraarchakul e Weraarchakul, 2017; Halitchi et al., 2017).

Neste sentido, importa referir que deve ser realizada a higiene oro-nasal sempre que o bebé com fenda é amamentado, que os pais devem ser instruídos de como realizar este procedimento e de que estas crianças necessitam de manter sempre uma excelente higiene oral, bem como de acompanhamento médico-dentário regular.

Impõe-se assim que mais estudos sejam realizados no âmbito da higiene oral em crianças com fenda lábio palatina no futuro.

#### **IV. CONCLUSÃO**

As fendas lábio palatinas são uma malformação congênita com elevada taxa de incidência, e constituem um tipo complexo de anomalias craniofaciais, que afetam o terço médio da face.

No recém-nascido portador de fenda o processo de amamentação natural está frequentemente comprometido, de forma mais ou menos grave consoante o tipo de anomalia que apresenta.

Apesar de todas as dificuldades que as mães e os bebés enfrentam no processo, o aleitamento materno deve ser sempre incentivado, pelas inúmeras vantagens que proporciona quer para a mãe quer para a criança. A família de um recém-nascido com fenda lábio palatina deverá ser acompanhada, no pré e pós-parto, por uma equipa multidisciplinar de profissionais especializados, como médicos, enfermeiros, psicólogos que transmitam toda a informação e apoio necessários para que se estabeleça uma amamentação natural com sucesso. Em caso de insucesso, devem ser apresentadas as melhores alternativas e mais adaptadas a cada bebé. Os pais devem ainda ser instruídos para a realização de uma higienização oral ou oro-nasal eficaz na criança com fenda.

São necessários mais estudos para conhecer a realidade da amamentação em bebés portadores de fenda lábio palatina, pois, ainda é uma realidade pouco conhecida, quer em termos de prevalência e duração, quer no que concerne às técnicas de amamentação mais utilizadas para que este processo seja eficaz. Só com este conhecimento, se poderá transmitir informação mais precisa às mães e aperfeiçoar estratégias para que amamentar naturalmente um bebé com fenda seja sinónimo de sucesso e felicidade.

## V. BIBLIOGRAFIA

- Albergaria, M. et al. (2015). Fendas Lábio-Palatinas: Protocolo de Atuação, *O Jornal Dentistry*, 22, pp. 20-22.
- Allam, E. et al. (2014). Cleft Lip and Palate: Etiology, Epidemiology, Preventive and Intervention Strategies, *Anatomy & Physiology*, 4 (3), pp. 1-6.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk, *Pediatrics*, 129 (3), pp. 827-841.
- Araruna, R. C. e Vendruscolo, D.M.S. (2000). Alimentação da Criança com Fissura de Lábio e/ou Palato - Um Estudo Bibliográfico, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8 (2), pp. 99-105.
- Batista, L. R. V. et al. (2011). Desenvolvimento Bucal e Aleitamento Materno em Crianças com Fissura Labiopalatal, *Revista Paulista de Pediatria*, 29 (4), pp. 674-683.
- Bertino, E. et al. (2012). Benefits of Human Milk in Preterm Infant Feeding, *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 1 (1), pp. 19-24.
- Bervian, J. et al. (2008). Relação entre Amamentação, Desenvolvimento Motor Bucal e Hábitos Bucais - Revisão de Literatura, *Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo do Fundo*, 13 (2), pp. 76-81.
- Bessell, A. et al. (2011). Feeding Interventions for Growth and Development in Infants with Cleft Lip, Cleft Palate or Cleft Lip and Palate, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, pp. 1-34.
- Brahm, P. e Valdés, V. (2017). Benefits of Breastfeeding and Risks Associated with Not Breastfeeding, *Revista Chilena de Pediatria*, 88 (1), pp. 15-21.
- Campillay, P. L. et al. (2010). Avaliação da Alimentação em Crianças com Fissura de Lábio e/ou Palato Atendidas em um Hospital de Porto Alegre, *Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal, São Paulo*, 12 (2), pp. 257-266.
- Costa, C. H. M. et al. (2012). Prevalence of Dental Anomalies in Patients with Cleft Lip and Palate, Paraíba, Brazil: Clinic and Radiographic Study, *American Academy of Pediatrics*, 50 (4), pp. 400-405.
- CTMC. [Em linha]. Disponível em <<http://ctmc.lusiada.br/malformacoes-craniofaciais/>>. [Consultado em 22/01/2018].
- Duarte, G. A. et al. (2015). Feeding Methods for Children with Cleft Lip and/or Palate: A Systematic Review, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 82 (5), pp. 602-609.
- Eduardo, C. et al. (2011). Qualidade de Vida de Crianças com Fissura Lábiopalatina: Análise Crítica dos Instrumentos de Mensuração, *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 26 (4), pp. 639-644.
- Halitchi, L. G. et al. (2017). Epidemiological Survey of Tooth Decay in Young Children with Cleft Lip and Palate, *International Journal of Medical Dentistry*, 7 (1), pp. 37-41.
- Haque, S. e Alam, M. K. (2014). Common Dental Anomalies in Cleft Lip and Palate Patients, *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 22 (2), pp. 55-60.
- Haron, S. et al. (2013). Breastfeeding Promotion Interventions and Breastfeeding Practices: A Systematic Review, *BioMed Central Public Health*, 13 (3), pp.1-18.

- Herzog-Isler, C. e Honigmann, K. (1996). *Dêem-nos Algum Tempo. Como os Bebês com Fenda Lábio Palatina podem ser Amamentados*. Suíça, Medela AG.
- Ize-Iyamu, I. N. e Saheeb, B. D. (2011). Feeding Intervention in Cleft Lip and Palate Babies: A Practical Approach to Feeding Efficiency and Weight Gain, *International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 40 (9), pp. 916-919.
- Jamal, G. A. A. et al. (2010). Prevalence of Dental Anomalies in a Population of Cleft Lip and Palate Patients, *Sage Journals*, 47 (4), pp. 413-420.
- Lau, C. (2015). Development of Suck and Swallow Mechanisms in Infants, *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66 (5), pp. 7-14.
- Levy, L. e Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno. Edição Revista 2012*. Lisboa, Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês.
- Lindberg, N. e Berglund, A. L. (2013). Mothers' Experiences of Feeding Babies Born with Cleft Lip and Palate, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28 (1), pp. 66-73.
- Lopes, V. L. G. S. e Monlleó, I. L. (2014). Risk Factors and The Prevention of Oral Clefts, *Brazilian Oral Research*, 28, pp. 1-5.
- Loras-Duclaux, I. L. (2010). Allaitement des Enfants Porteurs d'une Fente Labio Palatine, *Archives de Pédiatrie*, 17 (6), pp. 783-784.
- Martins, M. Z. O. e Santana, L. S. (2013). Benefícios da Amamentação para Saúde Materna, *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*, 1 (3), pp. 87-97.
- Monlleó, I. L. et al. (2014). Manual de Cuidados de Saúde e Alimentação da Criança com Fenda Oral. [Em linha]. Disponível em <[https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/manual\\_fof\\_final.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/manual_fof_final.pdf)>. [Consultado em 28/02/2018].
- Montagnoli, L. C. et al. (2005). Prejuízo no Crescimento de Crianças com Diferentes Tipos de Fissura Lábio Palatina nos 2 Primeiros Anos de Idade. Um Estudo Transversal, *Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro*, 81 (6), pp. 461-465.
- Oliveira, M. H. M. F. et al. (2013). Alterações Auditivas em Crianças portadoras de Fissuras Lábio Palatinas, *Revista Médica de Minas Gerais*, 23 (2), pp. 27-33.
- Pathumwiwatana, P. et al (2010). The Promotion of Exclusive Breastfeeding in Infants with Complete Cleft Lip and Palate during the First 6 Months after Childbirth at Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province, Thailand, *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93 (4), pp. 71-77.
- Pini, J. G. e Peres, S. P. B. A. (2001). Alimentação do Lactente Portador de Lesão Lábio Palatal: Aleitamento e Introdução Alimentar, *Revista de Nutrição Campinas*, 14 (3), pp. 195-199.
- Reilly, S. et al. (2013). ABM Clinical Protocol #18: Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate, Revised 2013, *Academy of Breastfeeding Medicine*, 8 (4), pp. 349-353.
- Rodrigues, R. et al. (2018). New Instrument for Oral Hygiene of Children with Cleft Lip and Palate, *Applied Sciences (Switzerland)*, 8 (4), pp. 1-6.
- Santos, S. (2018). Fenda Lábio-palatina. [Em linha]. Disponível em <<http://www.itad.pt/fenda-labio-palatina/>>. [Consultado em 15/01/2018].

Shkoukani, M. A. et al. (2013). Cleft Lip- a Comprehensive Review, *Frontiers in Pediatrics- Pediatric Otolaryngology*, 1 (53), pp. 1-10.

Stam, J. et al. (2013). Can We Define an Infant's Need from the Composition of Human Milk?, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 98, pp. 521–529.

Tamasia, G. A. e Sanches, P. F. D. (2016). Importância do Aleitamento Materno Exclusivo na Prevenção da Mortalidade Infantil. [Em linha]. Disponível em <[http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2016/031\\_importancia\\_aleitamento\\_mater\\_no.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2016/031_importancia_aleitamento_mater_no.pdf)>. [Consultado em 25/10/2017].

Trettene, A. S. et al. (2013). Alimentação da Criança no Pós-operatório Imediato de Palatoplastia: Comparação entre as Técnicas Utilizando Copo e Colher, *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 47 (6), pp. 1298-1304.

Vettore, M. V. e Campos, A. E. S. (2010). Malocclusion Characteristics of Patients with Cleft Lip and/or Palate, *European Journal of Orthodontics*, 33 (3), pp. 311-317.

Weraarchakul, W. e Weraarchakul, W. (2017). Dental Caries in Children with Cleft Lip and Palate, *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100 (6), pp. 131-135.

## VI- ANEXOS

| Anomalias  | Prevalência    | Estudo  |
|--|----------------|---|
| Agenesias (Incisivo lateral superior)                                    | 66,7%<br>31,6% | Jamal et al., 2010<br>Costa et al., 2012  |
| Dentes Supranumerários (tipicamente localizados distalmente à fenda)     | 9%<br>11,8%    | Al-Kharboush, 2010 ( <i>cit. in.</i><br>Haque e Alam, 2014)<br>Costa et al., 2012 |
| Dentes Microdônticos   | 31,6%<br>37%   | Al-Kharboush, 2010 ( <i>cit. in.</i><br>Haque e Alam, 2014)<br>Jamal et al., 2010 |
| Dentes Conoides  | 28,9%          | Costa et al., 2010  |
| Rotações dos dentes que estão localizados na área afetada                | 10,8%          | Costa et al., 2012  |
| Hipoplasias  | 30,8%          | Al-Kharboush, 2010 ( <i>cit. in.</i><br>Haque e Alam, 2014)                       |
| Taurodontismo  | 70,5%          | Jamal et al., 2010  |
| Dentes Ectópicos (mais frequentemente os incisivos centrais superiores)  | 10,4%<br>4,9%  | Al-Kharboush, 2010 ( <i>cit. in.</i><br>Haque e Alam, 2014)<br>Costa et al., 2012 |
| Dentes Impactados (mais frequentemente os incisivos centrais superiores) | 11,8%          | Costa et al., 2012  |
| Malformação da coroa e/ou raiz   | -              | Haque e Alam, 2014  |

Tabela 1- Quadro resumo das anomalias dentárias mais prevalentes em crianças com fenda lábio palatina.