

Gleica Pardal Barreto

Amamentação em bebés com fenda lábio-palatina

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2019

Gleica Pardal Barreto

Amamentação em bebês com fenda lábio-palatina

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2019

Gleica Pardal Barreto

Amamentação em bebês com fenda lábio-palatina

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

(Gleica Pardal Barreto)

RESUMO

Objetivo: Esta investigação teve como principal objetivo realizar um levantamento de dados sobre amamentação de bebés com fenda lábio-palatina (FL/P), nomeadamente a prevalência de amamentação. Pretendeu-se, também avaliar se o tipo e a extensão da FL/P tinham influência na amamentação.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional transversal. O levantamento de informação de 60 registos clínicos de indivíduos com FL/P do grupo I e II de Spina foi realizado no mês de dezembro de 2018 na Clínica Compor, no Porto. A análise de dados foi executada com o IBM® SPSS® Statistics vs.25.0. A comparação de grupos ou associação entre variáveis foi realizada através de testes não-paramétricos e foi considerado um nível de significância de 0,05.

Resultados: Das 60 crianças com FL/P, 25% (n=15) foram amamentados. Destas, observou-se maior percentagem do tipo II de Spina (10 (66,7%)) seguido de do tipo I de Spina (5 (33,3%)), sendo sempre casos de fenda completa. Após a queiloplastia a percentagem dos indivíduos amamentados diminuiu para 13,3%. Verificou-se não existir qualquer associação entre a amamentação e o tipo de fenda ($p=0,122$) ou a extensão da FL/P ($p=1,000$). O tempo mediano da amamentação nas 15 crianças foi de 6 meses, e nas 8 que foram amamentadas após queiloplastia foi de 9 meses.

Conclusões: O bebé com FL/P pode ser amamentado independentemente do tipo e da extensão da FL/P. No entanto, são necessários mais estudos sobre este tema, pois a amostra tem dimensão insuficiente.

Palavras-chave: fenda do lábio, fenda do palato, fenda lábio-palatina, amamentação.

ABSTRACT

Objectives: The main objective of this investigation was to carry out a survey of breastfeeding data in infants with cleft lip and palate (CL/P), namely prevalence of breastfeeding. It was also intended to assess whether the type and extent of CL/P have an influence on breastfeeding.

Materials and Methods: A cross-sectional observational study was performed. Data collection from 60 clinical records of individuals with CL/P group I and II of Spina was performed in December 2018 at Compor Clinic, in Porto. Data analysis was performed with IBM® SPSS® Statistics vs.25.0. The comparison of groups or association between variables was performed through non-parametric tests and a level of significance of 0.05 was considered.

Results: Of the 60 children with CL/P, 25% (n = 15) were breastfed. Of these, a greater percentage of Spina type II was observed (10 (66.7%)) followed by Spina type I (5 (33.3%)), always being cases of complete slit. After cheiloplasty the percentage of breastfed subjects decreased to 13.3%. There was no association between breastfeeding and the type of crevice (p = 0.122) or extension of CL/P (p = 1,000). The median time of breastfeeding in the 15 children was 6 months, and in the 8 that were increased after chillee surgery was 9 months.

Conclusions: The baby with CL/P can be breastfed regardless of the type of CL/P extension. However, further studies are needed on this topic, since the sample is of insufficient size.

Keywords: cleft lip, cleft palate, cleft lip and palate, breastfeeding.

DEDICATÓRIAS

Ao meu pai

Porque não há palavras para descrever todo o esforço, sacrifício, dedicação e amor que me deu ao longo destes anos.

Porque, simplesmente, sem ele nada disto seria possível.

À minha mãe e aos meus irmãos

Por todo o amor, compreensão, apoio e alegria que me deram sempre.

Ao meu namorado

Pelo o amor e apoio incondicional que me deu durante todos esses anos.

A mim

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof. Doutora Rita Rodrigues e co-orientadora Prof. Doutora Conceição Manso, que ajudou-me e motivou-me com uma grande dedicação e empenho. Estou-lhes inteiramente grata pela disponibilidade, pela orientação e ensinamentos demonstrados durante todo o meu percurso académico.

Às minhas amigas, Emmanuela e Gabriela, conhecemo-nos em uma aula de biologia e nunca mais nos separamos. Nunca esquecerei os momentos mais divertidos da minha vida ao vosso lado, especialmente ao teu Emmanuela, impossível esquecer nossas noites de filmes e pipocas.

À minha binomia e amiga, Daniela, por me aturar dentro da box, pois sei o quanto foi difícil me escutar falando espanhol e ainda toda cheia de razão. Vou lembrar sempre os momentos que vivemos juntas. Sei que levo amigas para toda a vida.

À minha tia Maria São Pedro, pela amizade, carinho e apoio durante toda minha vida.

Novamente a meus pais, irmãos e namorado por acreditarem plenamente em min.

A todos vocês, o meu grande obrigada!

Índice Geral

ÍNDICE DE TABELAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS.....	viii
I. INTRODUÇÃO	1
II. MATERIAIS E MÉTODOS	5
2.1 Revisão bibliográfica.....	5
2.2 Tipo de estudo	5
2.3 Amostra	5
2.4 Critérios de inclusão e exclusão da amostra.....	6
2.5 Instrumentos de recolha de dados.....	6
2.6 Análise de dados.....	6
III. RESULTADOS	7
IV. DISCUSSÃO.....	10
V. CONCLUSÃO.....	13
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	14
ANEXOS	17
Anexo 1: Parecer Comissão de Ética.....	17
Anexo 2: Autorização Clínica Compor	188
Anexo 3: Lista variáveis	199

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra (n=60).....	7
Tabela 2 – Amamentação do bebê (n=60) e relação com tipo e extensão de fenda.....	8
Tabela 3 – Estatísticas para a duração da amamentação (meses).....	8

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação de Spina.....	2
--	---

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

FL – Fenda labial

FLP – Fenda do lábio e do palato

FL/P – Fenda lábio-palatina

FP – Fenda palatina

I. INTRODUÇÃO

A fenda lábio palatina (FL/P) é um defeito congênito que resulta na malformação do lábio superior e/ou do palato (Silva et al., 2003). Ocorre nas primeiras fases embrionárias, que envolve o período da 4^a à 12^a semana de vida intra-uterina, tendo origem no aparelho branquial ou faringeano e seus derivados (Lucchesi et al., 2005).

A sua etiologia depende de fatores teratogênicos, genéticos ou multifactoriais, podendo ocorrer isoladamente ou em associação com outras malformações. Os fatores teratogênicos são infecciosos, nutricionais, radiações ionizantes, medicamentos, stress, drogas e tabagismo. Os fatores genéticos estão associados a vários genes, nomeadamente MSX1, IRF6, entre outros. Os fatores multifactoriais são resultantes da conjugação de fatores ambientais e genéticos não conhecidos, entre eles a consanguinidade, o baixo nível sócio económico, entre outros (Altmann, 1997; García et al., 2006; Allam et al., 2014; Lakhanpal et al., 2014).

A prevalência mundial de FL/P é aproximadamente 1/700, variando de acordo com a região geográfica, raça e grupos étnicos (Mossey et al., 2009; Dixon et al., 2011). A maior incidência de FL/P são em nativos americanos e asiáticos e as mais baixas em africanos e europeus do sul. Em Portugal todos os anos nascem 180 crianças com FL/P (Pereira et al., 2018; Santos, 2019). A fenda do lábio e do palato (FLP) ocorre aproximadamente em 50% dos casos, a fenda palatina isolada (FP) em 30%, e a fenda labial (FL) em 20% (Reilly et al., 2013).

Existem diversas classificações que podem ser fundamentadas nos aspectos clínicos, anatómicos ou etiológicos. A mais utilizada em termos académicos é a classificação de Spina, que tem como referência principal o *foramen* incisivo. Segundo Spina (Spina et al., 1972), as FL/P dividem-se em tres tipos (Figura 1): I: FL, pré-*foramen* incisivo (lábio e arcada alveolar até ao *foramen* incisivo, podendo ser completa ou incompleta, unilateral ou bilateral), II: FLP, trans-*foramen* incisivo (lábio, arcada alveolar, palato duro e mole) e III: FP, pós-*foramen* incisivo (corresponde ao palato duro e mole, podendo ser completa ou incompleta). A denominação fenda completa ou incompleta

significa que a fenda atinge ou não o *foramen* incisivo, respetivamente, sendo a FLP sempre completa, uma vez que é uma fenda *trans-foramen*.



Figura 1 – Classificação de Spina, imagem cedida por Rita Rodrigues.

Os indivíduos com FL/P apresentam diversas dificuldades funcionais que podem afetar a fonação, a audição, a nutrição, e além de terem, normalmente, um impacto negativo a nível social e psicológico. É necessária uma abordagem transdisciplinar para o tratamento e acompanhamento destes indivíduos de forma a ser realizado o processo de reabilitação e reinserção social do indivíduo. A equipa deve ser constituída por um médico cirurgião pediátrico, médico dentista, psicólogo, terapeuta da fala, entre outros (Dixon et al., 2001; Murray, 2002; Cerón et al., 2009).

A promoção de uma nutrição adequada no recém-nascido com FL/P é importante, porque é essencial para o desenvolvimento e crescimento do bebé, além do leite materno ser o melhor alimento para o recém-nascido uma vez que já que contém micronutrientes responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento imunológico, assim como bioativos como oligossacarídeos e proteínas que protegem as crianças contra infecções (Allen e Dror, 2018). Além disso, a amamentação é fundamental para o desenvolvimento e a maturação da musculatura orofacial, proporcionando uma oclusão correta, ou seja, uma melhor relação entre maxila e mandíbula; uma expansão dos seios maxilares; assim como, o selamento labial, a manutenção da respiração nasal e uma correta posição da língua (Queiroz et al., 2011; Reilly et al., 2013).

O processo de amamentação torna-se comprometido nos recém-nascidos com FL/P devido às alterações nas estruturas anatómicas da face que interferem na sucção e na

deglutição (Yadav et al., 2015; Dodt et al., 2017).

Ao nascimento, uma das prioridades é monitorizar a nutrição infantil e o aumento de peso do bebê. A maioria dos recém-nascidos com FL/P têm um peso normal ao nascer, mas a dificuldade de alimentação geralmente causa um ganho de peso insatisfatório à medida que crescem. Os profissionais de saúde devem colaborar com os pais para encontrar um método que permita que o recém-nascido se alimente de forma mais eficaz. As principais preocupações médicas são: a regurgitação do leite materno; a dificuldade de alimentação devido à incapacidade de succionar corretamente; a obstrução das vias aéreas relacionadas com a micrognatia e o aumento do risco de aspiração do leite devido à comunicação entre a cavidade oral e nasal (Mendes e Lopez, 2006; Smith, 2018). Para essas crianças, a amamentação pode ter consequências negativas como por exemplo, o cansaço durante a amamentação, assim como tempos prolongados de alimentação o que faz com que o crescimento e a nutrição sejam prejudicados (Campillay et al., 2010; Reilly et al., 2013).

Diversos autores (Laurence, 1980; Thomé, 1990; Speri, 1996; Nazer et al., 2001), afirmam que o recém-nascido com FL/P pode e deve ser amamentado, pois este contato entre a mãe e o filho é de suma importância para o equilíbrio emocional. A amamentação, neste caso, é possível dependendo do tipo de fenda e a técnica de amamentação vai depender das condições do bebê, no caso de existir uma outra malformação. Devido às dificuldades encontradas na amamentação existem outros meios de alimentação que podem ser utilizados para a nutrição correta do recém-nascido como o biberão, a colher ou as sondas nasogástricas (Ribeiro e Carvalho, 2004). A nutrição adequada é importante para que o bebê possa submeter-se às cirurgias necessárias e depois da queiloplastia (por volta dos 3 meses de idade) e/ou da palatoplastia (por volta dos 12 meses) estima-se que a criança poderá alimentar-se com menos dificuldade, já que as estruturas orais estão restabelecidas (Ribeiro e Carvalho, 2004).

Pelo facto de existir uma elevada prevalência de indivíduos com FL/P e como esta anomalia congénita traz grandes dificuldades às mães durante a amamentação, sendo a

amamentação essencial para o desenvolvimento do indivíduo, foram estes os motivos que fundamentaram a escolha deste tema como tese de Mestrado Integrado com o apoio da Clínica Compor no Porto.

A realização dessa investigação teve como principal objetivo realizar um levantamento de dados, através de um questionário sobre amamentação em bebês com FL/P nomeadamente, a prevalência de amamentação. Pretendeu-se também avaliar se o tipo e a extensão da FL/P tinham influência na amamentação.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Revisão bibliográfica

Para a elaboração deste trabalho foi também realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos disponíveis nas bases de dados *B-on*, *Pubmed* e *Scielo*. A pesquisa foi realizada entre outubro de 2018 e janeiro de 2019 com as palavras-chave isoladas ou combinadas: *cleft lip*, *cleft palate*, *cleft lip and palate*, *breastfeeding*.

Foram encontrados 72 artigos: 28 da *B-on*, 32 da *Pubmed* e 12 da *Scielo* e posteriormente foram eliminados 9 artigos, os quais estavam repetidos. A seleção dos artigos seguiu-se pela aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Para os critérios de inclusão foram considerados: artigos que abordavam os vários tipos de FL/P e a amamentação. Outros critérios de inclusão foram o idioma (inglês, espanhol e português) e o formato dos artigos científicos (*meta-analysis*; *systematic review*, *clinical study* e *narrative review*). Os critérios de exclusão utilizados foram artigos referentes aos obturadores palatinos, às alterações dentárias e os artigos que não abordavam o objetivo principal do trabalho.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 38 artigos para a realização deste trabalho.

2.2 Tipo de estudo

Este trabalho é um estudo observacional transversal.

2. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 60 registros clínicos de crianças com FL/P de uma clínica de medicina dentária da cidade do Porto – Clínica Compor.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Critérios de inclusão: registos clínicos de indivíduos com FL/P que tivessem mais de 2 anos de idade e que fossem do tipo I ou do tipo II de Spina. Critérios de exclusão: registos clínicos de indivíduos com FL/P do tipo III de Spina.

2.5 Instrumentos de recolha de dados

Posteriormente à autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (anexo 1), assim como da autorização do diretor clínico da Clínica Compor, no Porto (anexo 2), a consulta dos registos clínicos previamente selecionada pelo diretor clínico, foi realizada no mês de dezembro de 2018.

A informação recolhida teve como objetivo identificar a tipologia da FL/P e a forma como as crianças foram alimentadas até aos 2 anos (amamentação ou alimentação artificial) (anexo 3). Categorizou-se qual o tipo e a extensão da FL/P.

Sobre a amamentação obtiveram-se respostas às seguintes perguntas: A mãe amamentou o bebé após o nascimento (sim ou não)? Se sim, por quanto tempo (tempo em meses)? Amamentou após a queiloplastia (sim ou não)? e, por fim, Se sim, até quando (tempo em meses)? Não foram recolhidos dados relativos ao género ou a outras características da criança, pois eram totalmente irrelevantes para o objectivo deste estudo.

2.6 Análise de dados

A análise de dados foi executada através do programa de análise estatística IBM® SPSS® Statistics vs.25.0. As variáveis foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis contínuas (tempo) foram descritas utilizando a média e respectivo desvio padrão, para permitir a comparação com resultados de outros estudos, e a mediana e respectivos quartis dado que estas variáveis apresentaram um comportamento não-normal, para além da indicação da amplitude (mínimo e máximo).

A comparação de percentagens ou associação entre variáveis foi realizada através do teste exato de Fischer (amostras pequenas) e foi considerado um nível de significância de 0,05.

III. RESULTADOS

A amostra foi composta por 60 registos clínicos de indivíduos com FL/P. Desta amostra 11 (18,3%) são do tipo I de Spina, i.e. fenda *pré-foramen* incisivo, os quais se distribuíram em: 7 (11,7%) completa unilateral esquerda; 1 (1,7%) completa unilateral direita; 1 (1,7%) incompleta unilateral esquerda; 1 (1,7%) incompleta unilateral direita e 1 (1,7%) completa bilateral. Os restantes 49 (81,7%) pertencem ao tipo II de Spina, i.e., fenda *trans-foramen* incisivo, dos quais 20 (33,3%) são apresentam fenda completa unilateral esquerda, 9 (15,0%) completa unilateral direita e 20 (33,3%) completa bilateral (Tabela 1).

Tabela 1 - Características da amostra (n=60).

		n	%
Classificação da FL/P	I- Completa - Unil Esq	7	11,7
	I- Completa Unil Dir	1	1,7
	I-Incompleta Unil Esq	1	1,7
	I-Incompleta Unil Dir	1	1,7
	I- Completa Bilateral	1	1,7
	II- Completa - Unil Esq	20	33,3
	II- Completa Unil Dir	9	15,0
	II- Completa Bilateral	20	33,3
Tipo	<i>Pré-foramen</i> incisivo	11	18,3
	<i>Trans-foramen</i> incisivo	49	81,7
Extensão	Incompleta	2	3,3
	Completa	58	96,7
Unilateral/Bilateral	Unilateral	39	65,0
	Bilateral	21	35,0
Lateralidade (n=39)	Direita	11	28,2
	Esquerda	28	71,8
Amamentação após nascimento	Sim	15	25,0
Amamentação após queiloplastia	Sim	8	13,3

Relativamente à amamentação (Tabela 1), verificou-se uma prevalência de 25,0% de amamentação após o nascimento, enquanto a prevalência de amamentação após queiloplastia foi de 13,3%.

As crianças não amamentadas foram 45 (75,0%). Das crianças amamentadas, 5 (33,3%) são do tipo I de Spina e 10 (66,7%) do tipo II de Spina, em ambos os casos a fenda era completa (Tabela 2).

Tabela 2 - Amamentação do bebé (n=60) e relação com tipo e extensão de fenda.

	Amamentação após nascimento				p*
	Não		Sim		
	n	%	N	%	
Tipo					
I - Pré- <i>foramen</i> incisivo	6	13,3%	5	33,3%	0,122
II - Trans- <i>foramen</i> incisivo	39	86,7%	10	66,7%	
Extensão					
Incompleta	2	4,4%	0	0,0%	1,000
Completa	43	95,6%	15	100,0%	
Total	45	100,0%	15	100,0%	

*Teste exacto de Fisher

Verifica-se que não existe associação entre a amamentação e o tipo (teste de Fisher, $p=0,122$) ou a extensão da fenda (teste de Fisher, $p=1,000$) (Tabela 2).

Tabela 3 – Estatísticas para a duração da amamentação (meses).

	Tempo de amamentação (meses)	
	Todas as crianças amamentadas	Criança que já fez queiloplastia
n (%)	15 (25%)	8 (13,3%)
média ±DP	6,55 ±6,78	11,50 ±5,58
Me (Q1-Q3)	6 (0,5-11)	9 (7-18)
mín-máx	0,03-18	6-18

DP: desvio padrão

O tempo mediano da amamentação nas 15 crianças foi de 6 meses, variando entre 0,03 e 18 meses (Tabela 3). Sete (11,7%) crianças deixaram de ser amamentadas antes da queiloplastia e 8 crianças (13,3%) continuaram a ser amamentadas após a queiloplastia. Para estas crianças verificou-se que o período de amamentação variou entre os 6 aos 18 meses, com um tempo mediano de 9 meses.

IV.DISCUSSÃO

Nesta tese de investigação foram avaliados registos clínicos de indivíduos com FL/P com o objetivo de se conhecer a prevalência de amamentação e conseqüentemente se o tipo de FL/P influenciou a amamentação.

Na amostra analisada houve uma maior prevalência de indivíduos com fenda do tipo II unilateral esquerda, o que também é verificado em vários estudos (Montagnoli et al., 2005; Reid et al., 2007).

Neste estudo não houve associação entre amamentação e o tipo ou a extensão da FL/P. Dos bebês que foram amamentados, a maioria apresentava uma fenda do tipo II, mas como a dimensão da amostra do tipo II foi de 10, este resultado não tem dimensão elevada.

Conforme a literatura, considera-se que os bebês com fenda do tipo I não têm tantas dificuldades na amamentação como os bebês de fenda do tipo II ou do tipo III (Silva et al., 2005). Na fenda do tipo I, a integridade do palato proporciona o desenvolvimento da pressão intraoral negativa e positiva, necessárias para a realização da sucção. Já os lactentes com fenda do tipo II apresentam alguns problemas relacionados com a amamentação, uma vez que o leite passa pelo defeito do palato e entra na cavidade nasal, podendo ser aspirado para os pulmões. Além disso, o defeito dificulta a sucção eficiente do bebê, favorecendo a regurjitação, o que pode agravar o estado nutricional da criança e levar a outros problemas, como o engasgo durante a amamentação e até a asfixia (McLeod et al., 2004). Alguns autores constataam que nem toda a dificuldade de sucção corresponde ao grau das estruturas, como extensão e largura da fenda. Fatores, como informação sobre técnicas corretas de amamentação e suporte profissional para as mães, podem ajudar no estabelecimento da amamentação (Altmann, 1997; Mendes e Lopez, 2006).

Observa-se neste estudo que é possível fazer amamentação tanto em bebês com fenda do tipo I como do tipo II. O mais alarmante desta pesquisa é que o número de

amamentados é muito inferior aos que não são amamentados. Isso significa que mais da metade da amostra foi amamentada por uma via de alimentação alternativa como o biberão, o copo, a seringa ou a sonda nasogástrica. O aleitamento artificial com leite materno, deve ser feito com colher ou copo. O biberão e a sonda nasogástrica só são recomendados quando esgotadas todas as outras alternativas. Neste caso, recomenda-se utilizar biberão com uma tetina ortodôntica, com dois ou três furos na região anterior, pois facilitará a sucção e terá menos consequências no desenvolvimento dos ossos e dos músculos da face. A alimentação por sonda nasogástrica em crianças com FL/P é uma experiência desagradável e desconfortável, tanto para a mãe, como para o bebê, especialmente durante os primeiros meses. Este procedimento interfere tanto na digestão como no próprio processo de alimentação, pois a interposição da sonda na narina provoca uma obstrução nasal, dificultando o correto fechamento da boca. (Thome, 1990; Altmann, 1997). A alimentação com colher ou copo, proporciona uma solução simples e efetiva. Com a alimentação feita por copo a respiração do bebê torna-se mais fácil de ser controlada, assim como a correta deglutição e como benefício, evita-se a aspiração, tão comum em crianças com FL/P (Araruna e Vendrusculo, 2000). Por vezes, dependendo da extensão da lesão, pode se utilizar uma seringa para alimentar o bebê (Duarte et al., 2006).

Este estudo mostrou que depois da queiloplastia ou da palatoplastia o número de bebês amamentados reduziu. De acordo com alguns autores (Smith, 2018), há evidências contraditórias, pois alguns médicos recomendam que tanto a amamentação ou o aleitamento artificial, deve ser cessado após a queiloplastia em crianças com FL/P até serem aprovadas novamente pelo médico responsável, pelo risco de interromper a linha de sutura devido à sucção que ocorre durante a alimentação. Outros médicos permitem o aleitamento por uma seringa após a queiloplastia quando a criança acorda e está alerta (Reilly et al., 2013; Duarte et al., 2016).

O sucesso da amamentação parece condicionado pela informação e apoio que se dá às mães, assim como a forma anatômica da fenda. A amamentação de crianças com FL/P requer, portanto, um forte desempenho dos responsáveis, mas é possível e desejável. As famílias devem beneficiar-se durante o período pré-natal das informações claras sobre

os benefícios, as técnicas e as possíveis dificuldades que terão durante a amamentação, e terem um seguimento constante após o nascimento por um profissional com formação para a amamentação (Loras, 2010).

São poucos os profissionais que estão preparados para experimentar o cuidado de lactentes com FL/P amamentados. Um estudo (Lopez et al., 2015) publicado sobre os conhecimentos dos enfermeiros sobre a amamentação nesta malformação, indica que um número considerável não sabia indicar qual é a melhor posição para se realizar a amamentação destas crianças. Estudos de outros autores (Barbro e Ringsberg, 2003; Lindberg e Berglund, 2014) concordam com o autor citado anteriormente, nos quais perguntaram aos pais o que achavam da informação transmitida pelos profissionais. Os pais queixavam-se da pouca informação que era fornecida por parte dos profissionais da maternidade, levando assim a terem dificuldades de amamentar seus filhos.

Para perceber o porquê de muitas mães não amamentarem os seus bebês após o nascimento surgem diversas questões como: será que as mães não amamentaram os seus bebês por medo ou porque não recebem informação adequada sobre a amamentação?; Será que escolhem já amamentar de modo artificial para evitar problemas ou por recomendação médica? Há poucos estudos (Lindberg e Berglund, 2013; Lopez, 2015; Nathalie, 2018) que falam sobre o tema, de modo que pesquisas poderiam ser feitas sobre esse tema, já que apenas há informação.

Outro tema importante para realizar pesquisas seria se a lateralidade da FL/P influencia a amamentação, pois não há estudos científicos que falem sobre isso, e pode ser um fator importante a ter em conta.

V. CONCLUSÃO

Com este estudo e respondendo à questão principal colocada pelo mesmo, que procurou saber sobre a prevalência da amamentação e se o tipo ou a extensão da FL/P têm influência na amamentação pode-se concluir que, embora este estudo corresponda a uma pequena parte da amostra de indivíduos com FL/P, a percentagem de amamentados foi extremamente baixa e que não existe uma associação entre a amamentação e o tipo ou a extensão da fenda.

Embora o número de amamentados seja inferior aos não amamentados, verifica-se que independentemente do tipo ou a extensão da fenda é possível serem amamentados e que essa prática pode prosseguir após a queiloplastia.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allam, E. et alii. (2014). Cleft Lip and Palate: Etiology, Epidemiology, Preventive and Intervention Strategies. [Em linha]. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4172/2161-0940.1000150>> [Consultado em 15/06/2019].
- Allen, L. e Dror, D. (2018). Introduction to Current Knowledge on Micronutrients in Human Milk: Analysis, and Need for Research. [Em linha]. Disponível em <[Avaliable from:https://academic.oup.com/advances/article/9/suppl_1/275S/5017775](https://academic.oup.com/advances/article/9/suppl_1/275S/5017775)> [Consultado em 02/04/2019].
- Altmann, E. et alii. (1997). Fissuras labiopalatinas. In Pachi, P. Aspectos pediátricos. *Pró-fono Departamento Editorial*, (20), pp. 325-366.
- Altmann, E. et alii. (1997). Tratamento fonoaudiológico. In Altmann, E. (org). Fissuras lábio-palatinas. *Pró-fono Departamento Editorial*, (23), pp. 367-403.
- Araruna, R. e Vandrúsculo, D. (2000). Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato - um estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 8, pp. 99-105.
- Barbro, J. (2003). Parents' experiences of having a child with cleft lip and palate. *Journal of advanced Nursing*, 47(2), pp.165-173.
- Campillay, P. et alii. (2010). Avaliação da alimentação em crianças com fissure de lábio e/ou palato atendidas em um hospital em Porto Alegre. *Rev CEFAC*, 12(2), pp. 257-266.
- Cerón, A. et alii. (2009). Reabilitación temprana de los maxilares en pacientes com lábio y paladar hendido bilateral utilizando un dispositivo ortopédico dinámico intraoral, cinta adhesiva y gingivoperiosteoplastia: estudio piloto experimental. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*, 20(2), pp.138- 148.
- Dixon, M. et alii. (2011). Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet*, 12(3), pp. 167-178.
- Dotd, R. et alii. (2015). An experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding. *Rev Lat Am Enferm*, 23(4), pp. 725-732.
- Duarte, G., Bossardi, R. e Almeida, M. (2016). Feeding methods for children with cleft lip and/or palate: a systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol.*, 82(5), pp. 602-609.
- García, A., Peña, B., Marín, E., Felzani, R. e Morales, O. (2006). Diagnóstico prenatal de las hendiduras labiopalatinas. *Acta Odonto Venez*, 44(3), pp. 339-405.
- Lakhanpal, M. et alii. (2014). Genetics of cleft lip and palate – is it still patchy? *JSM Dentistry*, 2(3), pp. 1-4.
- Laurence, R. (1980). Breast feeding the infant with a problem. In Filho, E. et al. Breast feeding a guide for the medical professional. *Saint Louis: Mosby*, pp. 187-220.
- Lindberg, N. e Berglund, A. (2014). Mothers' experiences of feeding babies born with cleft lip and palate. *Scand J Caring Sci*, 28, pp. 66-73.
- Lopes, J. et alii. (2015). Knowledge of graduated nursing students on breast feeding newborns with cleft lip and palate. *Rev Rene*, 16(1), pp. 21-28.
- Loras, I. (2010). Allaitement des enfants porteurs d'une fente labio-palatine. Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, *Archives de Pédiatrie*, 17, pp. 783-784.

- Lucchesi, F. et alii. (2005). Fissuras labiopalatinas em gêmeos: relato de caso. *Rev Cir Traumato. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe*, 5(4), pp.43-48.
- McLeod, N., Uriosta, M. e Saeed, N. (2004). Birth prevalence of cleft lip and palate in Sucre, Bolivia. *Cleft palate Craniofac J*, 41, pp. 195-198.
- Mendes, L. e Lopes, V. (2006). Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. *Rev Ciênc Méd*, 15(5), pp. 437-448.
- Montagnoli, L. et al. (2005). Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade: um estudo transversal. *J Pediatri*, 81(6), pp. 461-465.
- Mossey, P. et alii. (2009). Cleft lip and palate. *Lancet* 374, 9703, 21(27), pp.1773-1785.
- Murray, J. (2002). Gene/environment causes of cleft lip and/or palate. *Clinical genet., Copenhagen*, 61, pp. 248-256.
- Nazer, J., Ramírez, M. e Cifuentes, L. (2010). Años d vigilancia epidemiológica de labio leporino y paladar hendido en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Med Chile*, 138, pp. 567- 572.
- Pereira, A. et alii. (2018). Associated Malformations in Children with Orofacial Clefts in Portugal: A 31-Year Study. *PRS Global Open*, 6(2), pp. 1635.
- Queiroz, C. et alii. (2011). Aleitamento materno exclusivo em bebês com fissura de lábio e/ou palato. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.*, 16(4), pp. 417-421.
- Reid, J., Reilly, S. e Kilpatrick, N. (2007). Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft palate Craniofac J*, 44(3), pp. 312-320.
- Reilly, S. et alii. (2013). ABC Clinical Protocolo #18: Guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Breastfeeding medicine*, 8(4), pp. 349-353.
- Ribeiro, E. e Carvalho, A. (2004). Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *RBPS*, 18(1), pp. 31-40.
- Santos, S. (2019). Fenda lábio-palatina. [Em linha]. Disponível em <<http://www.itad.pt/fenda-labio-palatina/>> [Consultado em 31/06/2019].
- Silva, E., Fúria, C. e Di Ninno, C. (2005). Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Rev CEFAC*, 7(1), pp. 437-448.
- Silva, H., Bordon, A. e Duarte, D. (2003). Estudo de fissura labiopalatal. Aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. *J Bras Fonoaudiol*, 4(14), pp. 71-74.
- Smith, N. (2018). Cleft lip and/or cleft palate: Promoting adequate nutrition in the newborn with. *Cinahl Information Systems*.
- Speri, A. (1996). Disfagia e deficiência nutricional na criança com fissura lábio-palatal, Monografia. *Curso de especialização. Universidade de França*, pp. 37.
- Spina, V. et alii. (1972). Classificação das fissuras labiopalatinas, sugestão de modificação. *Rev Hosp Fac Med Univ São Paulo*, 27(1), pp. 5-6.
- Thomé, S. (1980). Reabilitação de lesões labiopalatais: uma experiência de enfermagem. *Rev. Bras. Enfermagem, Distrito Federal*, 33, pp. 242-252.

Thomé, S. (1990). Estudo de prática de aleitamento materno em crianças portadoras de malformações congênita de lábio e/ou de palato. Dissertação mestrado. *Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo*, pp. 245.

Yadav, S. e Rawal, G. (2015). Human breast milk bank. [Em linha]. Disponível em <Avaliable from: https://ijhsr.org/IJHSR_Vol.5_Issue.6_June2015/80.pdf > [consultado em 02/04/2019].

VII. ANEXOS

Anexo 1: Parecer Comissão de Ética



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luís Martins
Director da FCS

Porto, 11 de Dezembro de 2018

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Gleica Barreto Pardal, intitulado "Amamentação dos bebés com fenda lábio palatina" e realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, considera o estudo pertinente com o título e objetivos concordantes.

A Comissão de Ética não tem nada a opor à realização do estudo, tal como foi submetido à nossa apreciação.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Susana Teixeira
Susana Teixeira Magalhães



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

181-C, 501-101-302 - Reg. Comercial nº 26 (Conservatória do Registo Comercial de Porto)
REITORIA - | Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | | Faculdade de Ciências e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt
| Faculdade de Ciências da Saúde I - | Escola Superior de Saúde | R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4637 - R. Diether Mota, 334 - 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 - geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertândos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt

Anexo 2: Autorização Clínica Compor



Porto, 29 de outubro de 2018

Assunto: Autorização de recolha de dados para projeto de investigação

Silvana Ferreira, na qualidade de diretora clínica da clínica supracitada, declaro, por me ter sido solicitado, que no âmbito das minhas competências e para execução do projeto de Investigação da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa no Porto, Gleica Barreto Pardal intitulado: “Amamentação dos bebés com fenda lábiopalatina”, autorizo a requerente proceder à recolha de dados necessários à realização do seu Projeto de Investigação, na clínica Compor.

O consentimento dos doentes relativo à recolha de informação e à sua utilização para estudos posteriores, foi dado na altura da elaboração da base de dados.

Silvana Ferreira
(Diretora Clínica)

M. Rua do Avel de Cima, n.º34
4200 Porto
Tel. 222 456 230
Tlm. 91 425 00 86
E. geral@compor.pt
W. www.compor.pt
NIF. 510 313 965

Anexo 3: Lista de variáveis

Informação a recolher dos registros clínicos: lista de variáveis

Título: Amamentação em bebês com fenda lábio-palatina

Data do registo:

- **Amamentação após nascimento?**

Não ____ Sim ____, se sim até quando ____ meses

- **Amamentação após queiloplastia?**

Não ____ Sim ____, se sim até quando ____ meses

- **Classificação da fenda:**

Tipo:

Extensão:

Lateralidade: