

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

Maiara Hausmann

**ALEITAMENTO MATERNO EM PACIENTES PORTADORES DE FISSURAS  
LABIOPALATINAS**

Santa Cruz do Sul

2017

Maiara Hausmann

**ALEITAMENTO MATERNO EM PACIENTES PORTADORES DE FISSURAS  
LABIOPALATINAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me Juliana Kraether.

Santa Cruz do Sul

2017

Maiara Hausmann

**ALEITAMENTO MATERNO EM PACIENTES PORTADORES DE FISSURAS  
LABIOPALTINAS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à banca de avaliação do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Prof.<sup>a</sup> Me. Juliana Kraether  
Professora Orientadora- UNISC

Prof.<sup>a</sup>. Me. Beatriz Baldo Marques  
Professora examinadora- UNISC

Prof. Me. Rodrigo Matos de Souza  
Professor examinador- FUNDEF

Santa Cruz do Sul  
2017

## **AGRADECIMENTOS**

“Como uma mágica, o agradecimento vai estendendo por coração e alma, toma por completo nossas palavras e tingem de cores perfeitas as emoções que sentimos!”  
(Autor desconhecido).

Agradeço a minha família, aos meus pais, Elton e Helena, e o meu irmão Andrey pelo amor incondicional, por serem meu alicerce, por todo o apoio, por me incentivar, nunca desistir de mim e estar comigo em cada momento desta jornada. Agradeço especialmente ao meu pai, sem ele esse trabalho não teria se concretizado, obrigado por ter se dedicado comigo para a realização desse projeto.

À minha professora orientadora Me. Juliana Kraether que não poupou esforços em me ajudar, estando sempre disponível e engajada nesse trabalho. Aos professores Beatriz e Rodrigo que aceitaram participar da banca avaliadora. E aos demais professores que me acompanharam ao longo da graduação, meu muito obrigada.

À equipe da FUNDEF por terem me acolhido com tanto carinho e me ajudado na pesquisa. Vocês foram muito importantes na realização deste projeto.

Aos meus amigos por entenderem minha ausência em momentos importantes, pelo apoio, pelo incentivo e por estarem sempre presentes em cada momento da minha vida. As minhas colegas de faculdade, que se tornaram minha segunda família durante estes cinco anos, vocês foram essências, principalmente a Bertielli Barrichello que aturou meus choros e dividiu comigo as alegrias.

## RESUMO

As fissuras labiopalatais são malformações muito comuns que acometem o terço médio da face. A família, em especial, a mãe, que é a responsável pela alimentação do bebê, sente medo, tem dúvidas e dificuldades para a realização de aleitamento no peito em bebês com fissuras labiopalatais. O objetivo desse estudo é avaliar se as mães de bebês portadores de fissuras labiopalatais estão recebendo orientações sobre a amamentação e se o tipo de fissura interfere neste processo. Foram entrevistadas 114 mães de bebês de 0-3 anos com fissuras labiopalatais tratados na FUNDEF. Dentre elas, 68,42% apresentaram algum tipo de dificuldade de realizar a amamentação no seio. Já 66,66% receberam orientações de como fazer o aleitamento no seio e 64,91% utilizaram leite materno de forma exclusiva como alimentação, porém apenas 13,5% utilizaram o leite materno durante 6 meses ou mais. Em relação aos métodos artificiais para alimentação, 37,5% das mães utilizaram a sonda nasogástrica, 52,77% mamadeira e somente 1,38% utilizaram o copinho (método considerado padrão ouro atualmente). Também foram analisados os tipos de fissuras, sendo o de maior prevalência a transforame unilateral (30,70%) e, essa, por ser mais complexa e atingir uma quantidade maior de estruturas, causa uma maior dificuldade nos processos de sucção e deglutição do bebê. Foi possível concluir, com esse estudo, que as mães estão recebendo orientações sobre o aleitamento no seio materno da equipe multidisciplinar, mas ainda não são suficientes para incentivar e estimular a prática. O tipo de fissura é um fator importante no processo de amamentação, quanto maior a sua complexidade maior o número de mães que relataram ter tido dificuldade.

**Palavras-chave:** Amamentação. Fissura labiopalatal. Leite materno.

## ABSTRACT

The cleft lip and cleft palate are very common malformations that affect the middle third of the face. The family, especially the mother, who is responsible for feeding the baby, is afraid and has doubts and difficulties to perform breastfeeding in babies with cleft lip and cleft palate. The aim of this study is to evaluate whether mothers of babies with cleft lip and cleft palate are receiving guidance on breastfeeding and whether the type of fissure interferes with this process. A total of 114 mothers of 0-3 year-old infants with cleft lip and cleft palate treated in FUNDEF were evaluated, 68.42% of them presented some type of difficulty in breastfeeding, 66.66% received instructions on how to breastfeed, 64,91% used breast milk exclusively as food, but only 13.5% used breast milk for 6 months or more. Regarding artificial feeding methods, 37.5% of the mothers used the nasogastric tube, 52.77% bottle and only 1.38% used the cup (a gold standard method). The types of fissures were also analyzed, being the most prevalent the unilateral transforam (30,70%) and that being more complex and reaching a greater amount of structures causes a greater difficulty in the processes of suction and deglutition of the baby. It was possible to conclude from this study that mothers are receiving guidelines on breastfeeding in the multidisciplinary team, but they are not enough to encourage and stimulate the practice. The type of fissure is an important factor in the breastfeeding process, the greater its complexity the greater the number of mothers who reported having had difficulty.

**Keywords:** Breastfeeding. Cleft lip. Cleft palate. Breast milk.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Fissura labiopalatina .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Etiologia .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3</b>	<b>Classificação das fissuras .....</b>	<b>18</b>
<b>2.4</b>	<b>Prevalência.....</b>	<b>20</b>
<b>2.5</b>	<b>Pré-natal e diagnóstico por ultrassonografia .....</b>	<b>21</b>
<b>2.6</b>	<b>Aleitamento materno .....</b>	<b>22</b>
<b>2.7</b>	<b>Aleitamento em portadores de fissuras labiopalatinas.....</b>	<b>24</b>
<b>2.8</b>	<b>Moldagem nasoalveolar e nasal .....</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Delineamento da pesquisa .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Seleção de material bibliográfico.....</b>	<b>30</b>
<b>3.3</b>	<b>Local da pesquisa.....</b>	<b>30</b>
<b>3.4</b>	<b>Descrição da população .....</b>	<b>31</b>
<b>3.5</b>	<b>Amostra da população .....</b>	<b>31</b>
<b>3.6</b>	<b>Critérios de inclusão .....</b>	<b>31</b>
<b>3.7</b>	<b>Critérios de exclusão .....</b>	<b>31</b>
<b>3.8</b>	<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>32</b>
<b>3.9</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>32</b>
<b>3.10</b>	<b>Projeto piloto.....</b>	<b>32</b>
<b>3.11</b>	<b>Análise e armazenamento de dados .....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>44</b>
	<b>ANEXO A- Carta de aprovação do CEP .....</b>	<b>47</b>
	<b>ANEXO B- Cálculo amostral.....</b>	<b>50</b>

<b>APÊNDICE A- Questionário .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE B-Termo de consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatais são as anomalias congênitas mais comuns que acometem o terço médio da face. É ocasionada pela falta de fusão dos ossos maxilares da quarta a décima segunda semana de vida intrauterina (IU) (CYMROT et. al, 2010).

O aleitamento materno tem sido cada vez mais difundido e priorizado como única forma de alimentação para os bebês, em virtude dos benefícios que ele oferece. No ato da amamentação, toda a musculatura bucal é exercitada, proporcionando um desenvolvimento facial harmônico e estimulando a evolução das funções primárias do bebê que são a sucção, a deglutição e a respiração.

A amamentação natural é de interesse multiprofissional, tendo em vista seus aspectos nutricionais, psicológicos e imunológicos. Em virtude de seus inúmeros benefícios, como a estimulação do crescimento da face e a prevenção contra infecções, evita a ocorrência de casos de alergia e aumenta o vínculo entre a mãe e o bebê (ANTUNES et al., 2008).

O leite materno é um alimento completo que contém todas as substâncias necessárias para o bebê crescer sadio. Durante os seis primeiros meses de vida do bebê, recomenda-se o uso exclusivo do leite materno, não sendo necessário introduzir água, chá ou complemento (OMS, 2010).

Quando se trata de bebês que nascem com fissuras labiopalatinas, existe uma maior dificuldade de amamentação, em virtude da falta de integração das estruturas anatômicas. Não existe um consenso quanto ao método ou forma de melhor alimentar os bebês portadores de fissuras, mas o aleitamento no seio materno é sempre o recomendado (SILVIA, FÚRIA, DI NINNO, 2005).

Em crianças portadoras de malformações craniofaciais, existe uma maior dificuldade de alimentação ou insuficiência de absorção de nutrientes decorrente da fissura labiopalatal. Esse fator causa deficiência no crescimento dessas crianças (MONTAGNOLI et al., 2005).

O objetivo do presente estudo é averiguar se as mães de bebês portadores de fissuras labiopalatinas estão recebendo orientações sobre a amamentação e se têm

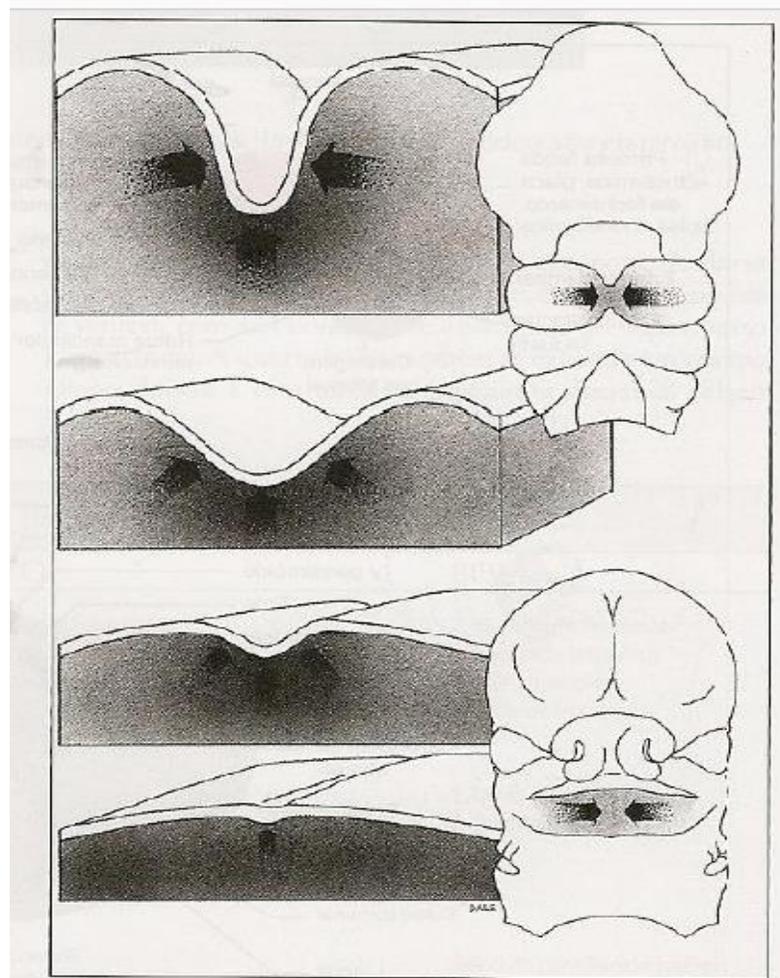
dificuldades para realizá-la. Espera-se, com este estudo, contribuir para a criação de um protocolo de conduta para a amamentação de bebês portadores de fissuras labiopalatais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Fissura labiopalatina

A formação da face se dá pela fusão de diversos processos e proeminências, que são protuberâncias do mesênquima (tecido conjuntivo) com sulcos entre eles (FIGURA 1). A fusão propriamente dita só ocorre em poucos processos, como na união dos processos palatinos. Em virtude disso, o termo proeminência é utilizado para explicar o desenvolvimento da face e da cavidade bucal.

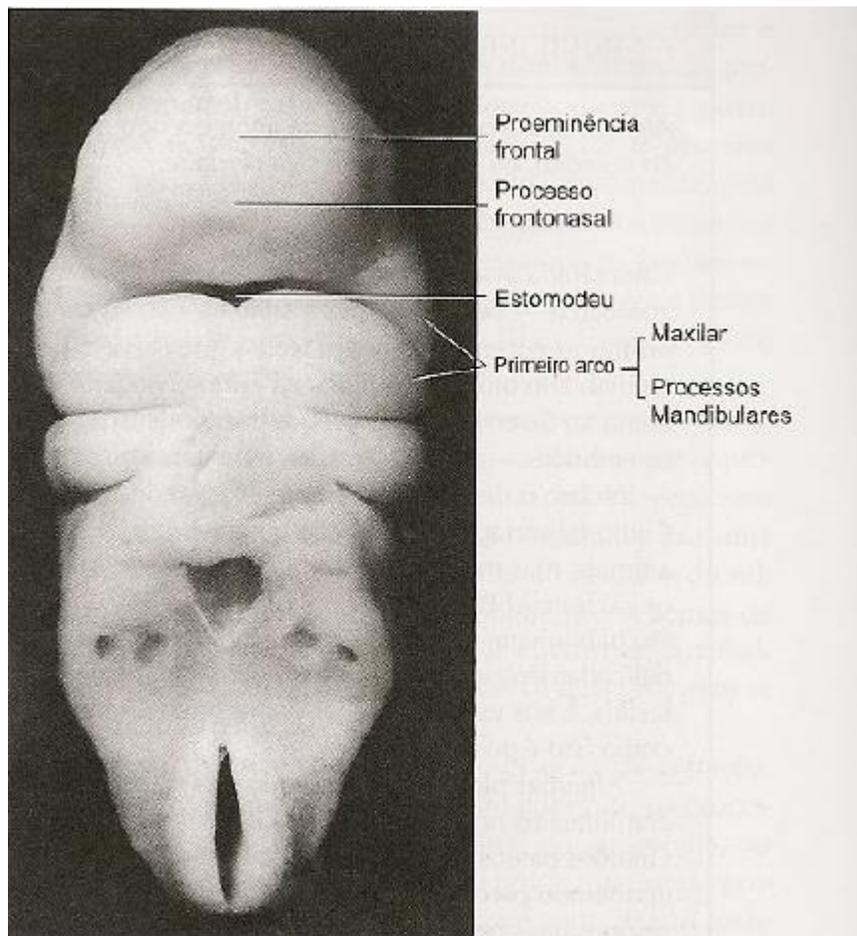
**Figura 1-** Fusão aparente dos processos faciais pela eliminação da fenda entre eles. As setas indicam a direção dos eventos de fusão



Fonte: Nanci, (2008, p. 38).

Próximo ao 24º dia de vida intrauterina (IU), o processo maxilar começa a ser originado a partir do 1º arco branquial. O estomodeu, que é uma invaginação do ectoderma, fica delimitado acima pela proeminência frontal, que recobre o telencéfalo, e vai se expandir ventralmente pelo primeiro arco branquial e lateralmente pelo processo maxilar que recém foi formado (FIGURA 2).

**Figura 2-** Embrião de 27 dias, em vista frontal. Surgimento dos processos maxilar e mandibular a partir do 1º arco branquial



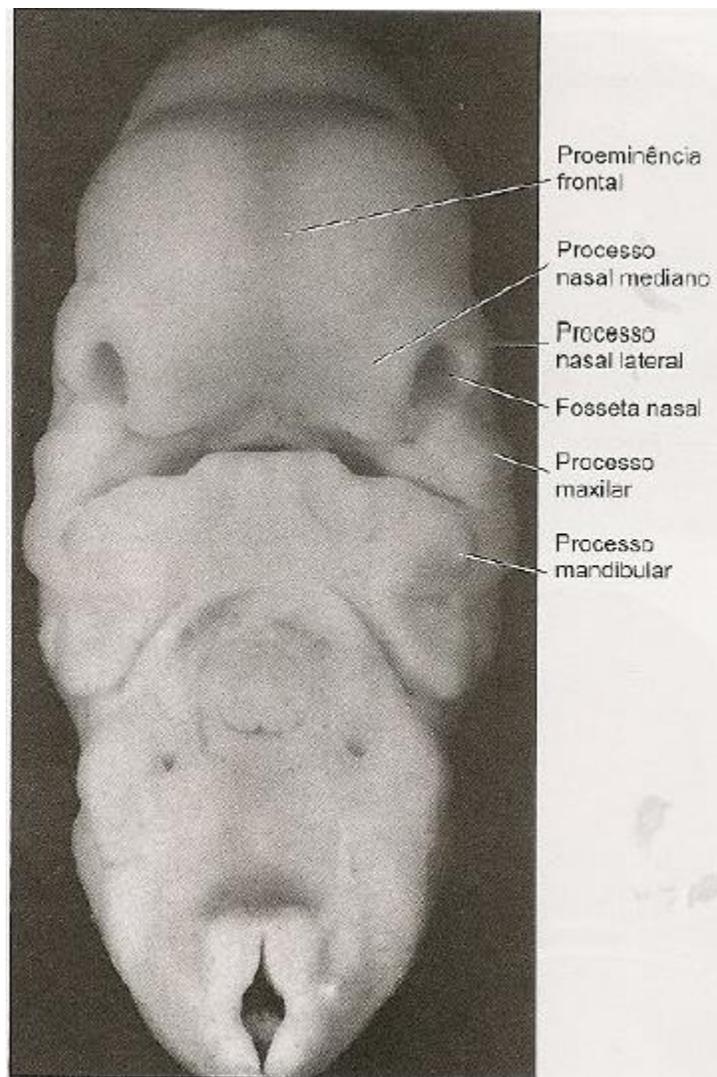
Fonte: Nanci, (2008, p. 39).

Em torno do 28º dia de vida IU, ocorrem espessamentos (placódios olfatórios) que desenvolvem o ectoderma da proeminência frontal. Ocorre uma rápida proliferação do mesênquima subjacente em torno dos placóides, que empurra a eminência frontal para frente e produz uma crista com forma de ferradura que transforma o placóide olfatório na fosseta nasal. A ferradura tem um braço medial, o qual é denominado de processo nasal

medial e um braço lateral, processo nasal lateral (FIGURA 3). Nesta região, na proeminência frontal, é também onde se desenvolve o nariz, por isso é conhecida também como processo frontonasal.

A porção média do nariz, a porção média do lábio superior, a porção anterior da maxila e o palato primário são originados dos processos nasais, mediais de ambos os lados juntamente com o processo frontonasal.

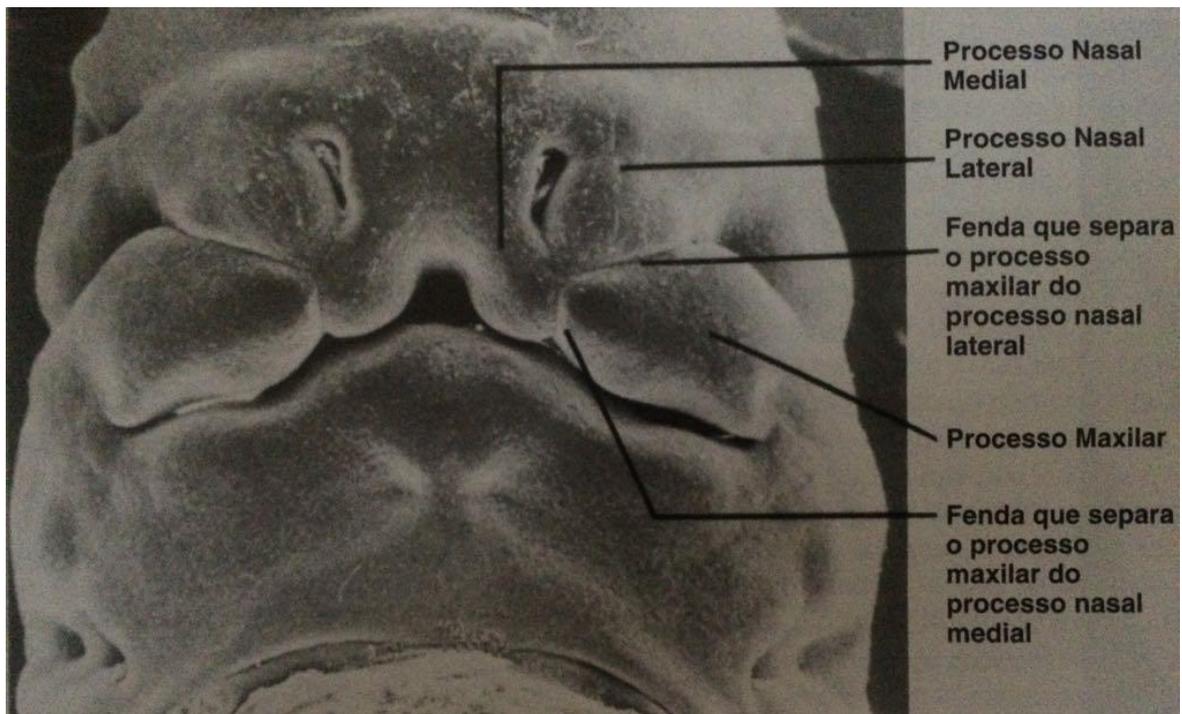
**Figura 3-** Embrião de 34 dias visto frontalmente. Os processos nasais já estão formados, delineando os processos nasais laterais e mediais



Fonte: Nanci, (2008, p. 41).

Crescendo medialmente, os processos maxilares se aproximam dos processos nasais laterais e mediais, porém ainda continuam separados pelos sulcos naso-óptico e nasobucal (FIGURA 4).

**Figura 4-** Embrião de aproximadamente 6 semanas, microscopia eletrônica de varredura



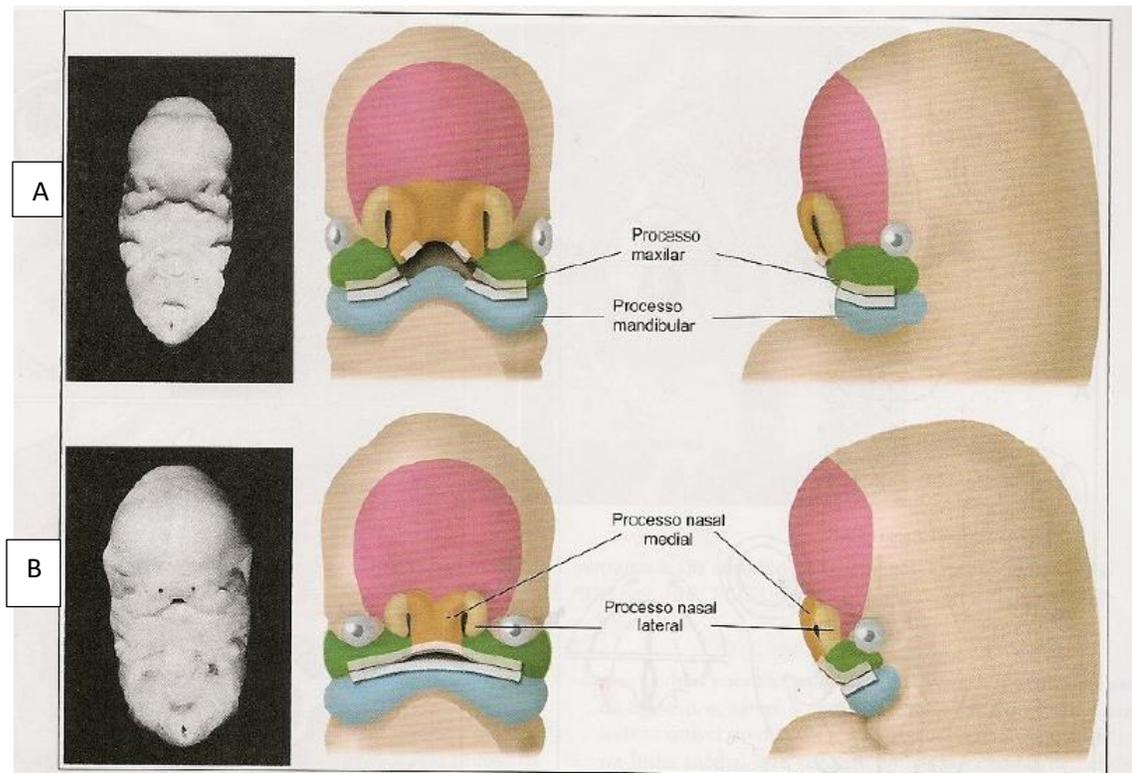
Fonte: Nanci (2008, p. 41).

O processo nasal medial é empurrado para a linha média pelo crescimento medial do processo maxilar, onde se funde com o mesmo processo que ocorre no lado oposto. Dessa maneira, forma-se o lábio superior, a partir da fusão do processo nasal medial e do processo maxilar de cada lado, ocorrendo entre a extensão anterior do processo maxilar e a face lateral do processo nasal medial. O lábio inferior se forma pela união das duas correntes de ectoderma dos processos mandibulares. Os dentes incisivos, o palato primário e a parte do lábio são resultantes da formação da maxila, que se dá pela união dos dois processos nasais mediais.

Entre o dia 24° e 28° da gestação se desenvolve a face. Nesta fase, o epitélio que cobre os processos faciais já é distinguido como odontogênico. Na borda inferior do processo maxilar e na borda superior do arco da mandíbula é o local onde o epitélio

começa a se proliferar e espessar. Por volta do 37<sup>a</sup> dia da gestação, já se observa uma única placa de epitélio espessado, denominada de banda epitelial primária, que é uma placa contínua em formato de arco que se forma na maxila a partir de quatro zonas separadas e na mandíbula (FIGURA 5).

**Figura 5-** A, embrião de 36 dias, mostrando a fusão de vários processos faciais. B, fusões completas aos 38 dias



Fonte: Nanci, (2008, p.43)

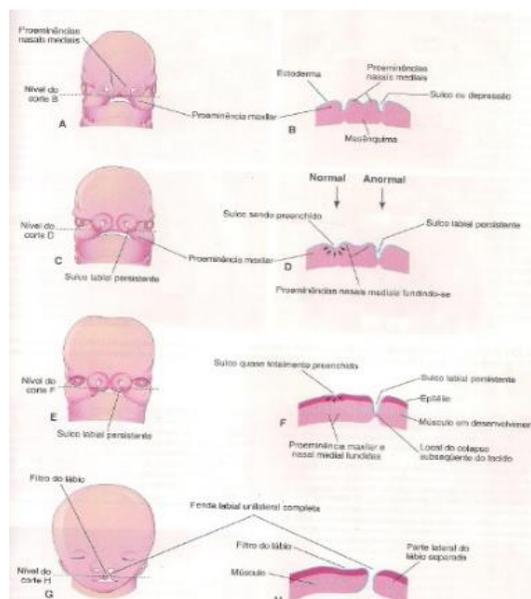
O palato secundário é derivado dos processos laterais do palato, no início da 6<sup>a</sup> semana de vida IU, e projetam-se ínfero-medial em cada lado da língua. A língua vai se tornando menor e inferiorizada, conforme a mandíbula e maxila vão se desenvolvendo. Com isso, os processos palatinos laterais assumem uma posição mais horizontal superior à língua. Por volta da 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> semanas de vida IU, eles vão se aproximar e irão se fundir no plano mediano, unindo-se também ao septo nasal e à parte anterior do palato primário (NANCI, 2008).

A falta de fusão dos processos embrionários relatados ocasiona malformações congênitas. As fissuras labiopalatais ocorrem no terço médio da face, são defeitos comuns, e ocorrem entre a 6ª e 12ª semana gestacional. (NEVILLE et al., 2009; CYMROT et al., 2010)

As fissuras labiopalatinas são estabelecidas durante a vida IU e podem ser identificadas a partir da 8ª até o final da 12ª semana gestacional. A formação da face é um processo embrionário rápido, em torno da 4ª semana de vida IU começa a diferenciação embrionária dos processos frontais, mandibulares, nasais mediais, nasais laterais e maxilares e na 8ª semana de vida IU esses processos já estão fusionados, sendo possível a identificação das fissuras labiais por meio de ultrassonografias. Já os processos palatinos completam sua fusão na 12ª semana gestacional, onde há divisão anatômica entre a cavidade nasal e bucal, sendo possível a identificação das fissuras palatinas (SILVA FILHO; FREITAS, 2007, NEVILLE et al. 2009).

A fissura labial é resultante da falta de fusão dos processos maxilares e nasomedial (FIGURA 6), ocorre uma hipoplasia dos processos maxilares, resultando em uma falta de contato entre esses processos. Na sua forma mais complexa, essa fissura se apresenta bilateralmente, localizando-se entre os incisivos laterais e os caninos (CARLSON, 1996; MOORE; PERSAUD, 2000; SILVA FILHO; FREITAS, 2007).

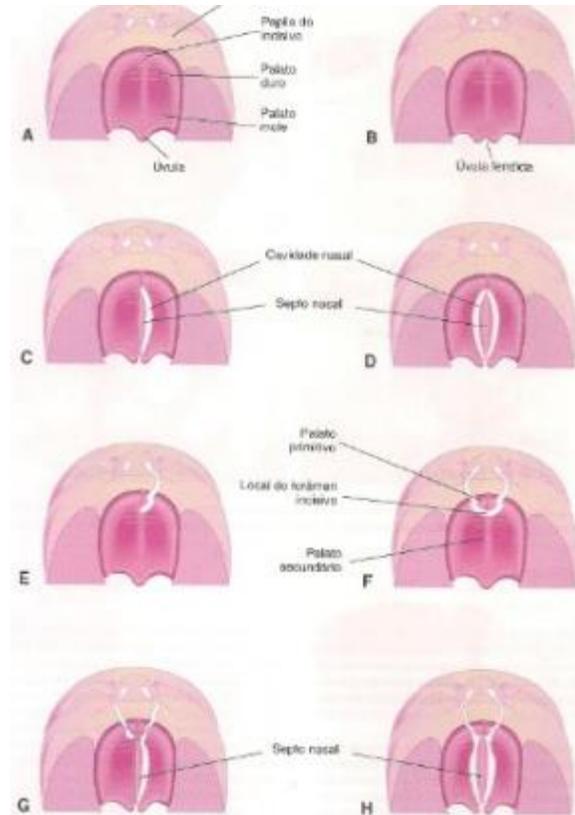
**Figura 7- Base embriológica da fenda labial unilateral**



Fonte: Moore e Persaud (2000, p. 205).

A fissura palatina é ocasionada pela falta de fusão ou da fusão incompleta dos processos laterais do palato. Esse tipo de fissura pode se apresentar de várias formas (FIGURA 7) desde comprometer todo o palato ou somente causar úvula bífida (CARLSON, 1996; MOORE; PERSAUD, 2000; SILVA FILHO; FREITAS, 2007).

**Figura 7.** Vários tipos de fenda labial e palatina



Fonte: Moore e Persaud (2000, p. 203).

As crianças que nascem com fissuras labiopalatais precisam de atendimento especializado logo após o nascimento. O tratamento pode ser cirúrgico e não-cirúrgico, sendo feito de forma multiprofissional, envolvendo o cirurgião-dentista, o médico, o fonoaudiólogo, o psicólogo e o nutricionista. O tratamento das fissuras labiopalatinas é essencial, pois influencia na fala, audição, cognição, estética e afeta o convívio social (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

## 2.2 Etiologia

As fissuras labiopalatais ainda não têm uma etiologia definida, por ser de grande complexidade e multifatorial. Os fatores podem ser divididos em genéticos, ambientais e múltiplos. Os fatores etiológicos ambientais associados com maior frequência são: a idade dos pais (a do pai principalmente), distribuição geográfica e racial, consanguinidade e problemas ocorridos durante a gestação como: deficiências nutricionais, estresse emocional, tabagismo, alcoolismo, hipervitaminose A, radiações, drogas anticonvulsivantes, fatores hormonais, distúrbios endocrinológicos e infecções. Os fatores genéticos estão relacionados ao histórico familiar, vários estudos indicam que 1/3 dos casos de fissura labiopalatal são de origem genética ou existe histórico familiar. A herança genética tem grande significância, mas ainda não se conhece a forma de transmissão de uma geração para outra. A hereditariedade está relacionada com vários genes e, juntamente com alterações ambientais, pode ser determinante para ocorrência dessas malformações. Também estão relacionadas algumas síndromes como a de Van der Woude, a de Treacher Collins, a de Apert, a de Crouzon, a de Patau e a de Edwards. Já os fatores múltiplos são uma combinação dos fatores ambientais e genéticos (ABDO; MACHADO, 2005).

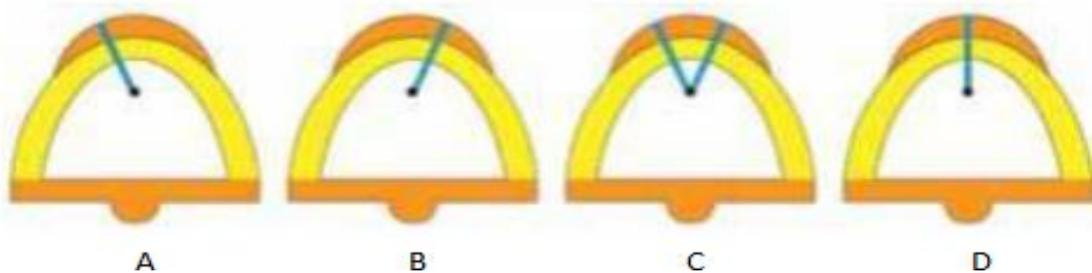
O uso de bebidas alcoólicas pelas gestantes está associado ao aumento do risco de desenvolver as fissuras sindrômicas e não sindrômicas. Da mesma forma, o uso do tabaco pelas mães dobra a chance da ocorrência da fissura quando comparada com as mães que não fazem o uso do tabaco (NEVILLE et al., 2009).

## 2.3 Classificação das fissuras

As fissuras labiopalatais são classificadas por diversos autores. A classificação de Vitor Spina, médico cirurgião plástico, se baseia na morfologia, no forame incisivo. Ela esquematiza os três diferentes grupos de fissuras labiopalatinas e faz diferenciação do envolvimento do palato primário e secundário, é de simples compreensão, pois utiliza o desenvolvimento anatômico como base (SILVA FILHO; FREITAS, 2007).

Grupo I: Fissuras pré-forame incisivo. Estas se limitam aos defeitos de palato primário, envolvem lábio e/ou rebordo alveolar (FIGURA 8). Caracterizam-se por não ultrapassar o limite do forame incisivo. Sua extensão varia de um entalhe no vermelhidão do lábio, denominado de cicatriz congênita, ou até o envolvimento de toda a extensão do palato primário, quando completa alcança o limite do forame incisivo (SPINA et al., 1972; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

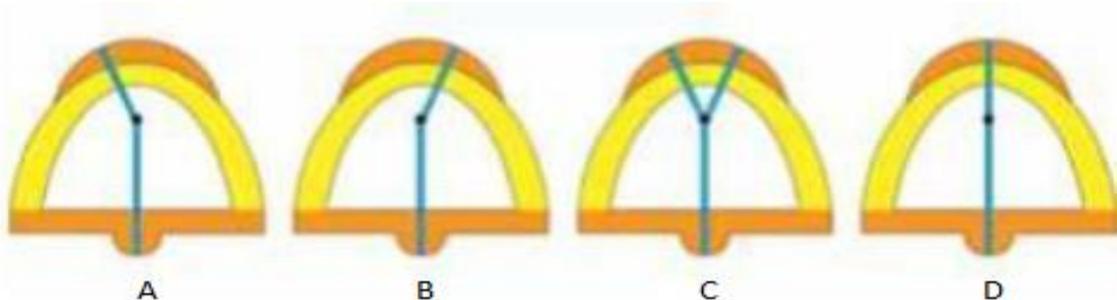
**Figura 8.** Fissuras do palato primário (pré-forame incisivo). A. fissura unilateral esquerda, B. fissura unilateral direita, C. fissura bilateral, D. fissura mediana



Fonte: Trindade e Silva Filho (2007, p. 19).

Grupo II: Fissuras transforame incisivo. Possui envolvimento total e simultâneo do palato primário e secundário (FIGURA 9), estendendo-se do lábio até a úvula, ultrapassando o rebordo alveolar (SPINA et al., 1992; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

**Figura 9.** Fissuras do palato primário e secundário (transforame). A. fissura unilateral esquerda, B. fissura unilateral direita, C. fissura bilateral, D. fissura mediana

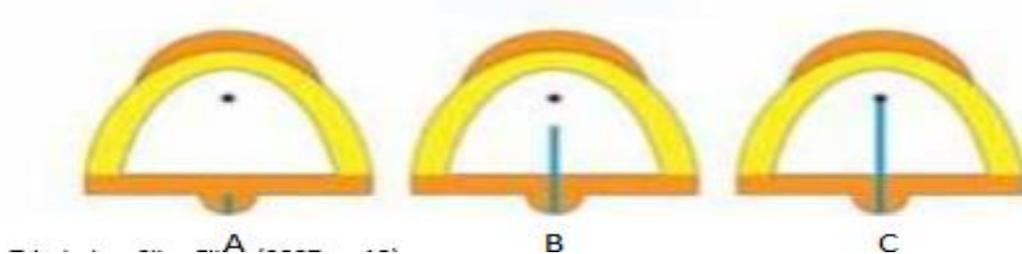


Fonte: Trindade e Silva Filho (2007, p. 19).

Grupo III: Fissuras pós-forame incisivo. São fissuras isoladas de palato, ocorre ausência de fusão entre os palatos secundários, não se fundem na linha média e nem no

septo nasal, enquanto os processos do palato primário se fundem (FIGURA 10). Não ocorre comprometimento dentário e nem estético, existe somente a implicação no mecanismo velofaríngeo e da trompa auditiva. Quando a fissura rasga a úvula são consideradas completas (SPINA et al., 1972; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

**Figura 10.** Fissuras do palato secundário (pós-forame incisivo). A. fissura de úvula, B. fissura incompleta, C. fissura completa



Fonte: Trindade e Silva Filho (2007, p. 19).

Grupo IV: neste grupo encontram-se as fissuras raras de face, que podem ser oblíquas, transversais do nariz e lábio (SPINA et al., 1972; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

## 2.4 Prevalência

As fissuras labiopalatais são muito frequentes, são as malformações craniofaciais mais comuns (NEVILLE et al., 2009; AHMED; BUI; TAIOLI, 2017).

A prevalência mundial é de 1 a cada 700 nascidos vivos. Estudos apontam relação com a descendência, existe uma prevalência maior na população asiática que é de 0,82 - 4,24 para cada 1000 nascidos vivos, na população caucasiana a prevalência é de 0,9 - 2,69 para cada 1000 nascidos e na população africana o número de prevalência é menor, sendo 0,18 - 1,67 para cada 1000 nascidos (AHMED; BUI; TAIOLI, 2017).

A prevalência das fissuras labiopalatais nos brasileiros é de 1 para cada 650 nascidos vivos, sendo as fissuras labiopalatais mais presentes no gênero masculino e as palatinas no gênero feminino. O lado esquerdo é o mais acometido, sendo de proporção 2:1. (ABDO; MACHADO, 2005; SILVA FILHO; FREITAS, 2007).

A prevalência pode alterar conforme a região demográfica que está sendo analisada, o sexo, a etnia, o tipo de fissura e a classe social, sendo a mais baixa aquela com a maior incidência (COUTINHO et al., 2009).

Em São José dos Campos foi realizada uma pesquisa com 196 pacientes e foi constatado que o tipo de fissura com a maior incidência é a pós-forame que prevaleceu em 41,33% dos casos, a transforame incisivo teve prevalência 33,16% dos casos, a pré-forame incisivo foi de 24,99% e as raras foram 1,02% (CERQUEIRA et al., 2005).

O tipo de fissura mais encontrado é a fissura transforame incisivo unilateral. O lado mais acometido pela fissura é o esquerdo (LOPES; MENDES, 2008; CAMPILLAY; DELGADO; BRESCOVICI, 2010).

## **2.5 Pré-natal e diagnóstico por ultrassonografia**

O objetivo do pré-natal é acolher a gestante desde o início ao fim da gravidez, proporcionando o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mãe.

O pré-natal com qualidade e humanizado é indispensável para a saúde materna e do bebê. A atenção à mulher na gestação e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas eventuais que podem ocorrer neste período, como por exemplo as malformações craniofaciais. Os números de consultas pré-natal registrados no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tiveram um aumento significativo, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,1 consultas por parto em 2003. O recomendado pelo SUS é de no mínimo 6 consultas durante o pré-natal (DATA-SUS 2004; SINASC 2010).

O diagnóstico da fissura labiopalatina é bem importante e já pode ser feito durante o pré-natal. A ultrassonografia capta a imagem real do bebê, é de baixo custo e segura para mãe e o bebê. Durante o pré-natal, é utilizado para determinar a idade gestacional, localização exata da placenta, número de fetos, anomalias congênitas e a identificação das fissuras labiopalatais.

Existem muitas malformações congênitas, e o risco de não fazer ultrassonografias durante a gestação é de 90% dos pais não terem conhecimento de que o seu bebê é portador de alguma. O estudo realizado no Centro de Malformações Mario Covas

apontou que somente 20% dos pais tiveram a informação de seu filho ser portador de fissura labiopalatal.

A importância do diagnóstico das fissuras na gestação pode ajudar a se preparar e aceitar a deformidade da criança, e também para receberem as devidas orientações dos profissionais que acompanham (VACCARI-MAZZETTI; KOBOTA; BROCK, 2009).

## **2.6 Aleitamento materno**

A amamentação natural tem sido cada vez mais estimulada e abordada, e requer envolvimento multiprofissional. O cirurgião dentista, como profissional da área da saúde, deve saber orientar as gestantes e as puérperas sobre a importância do aleitamento e a forma correta de realizá-lo, pois a amamentação deficiente tem correlação com hábitos bucais deletérios, sendo o principal fator para o surgimento de maloclusões (ANTUNES et al., 2008).

O aleitamento natural exclusivo é a melhor forma de alimentação nos primeiros meses do bebê. A amamentação não é somente o ato de alimentar, ela gera conforto e segurança, além de calmante. No momento da ordenha, o contato íntimo acentua o vínculo entre a mãe e o bebê (ANTUNES et al., 2008; CASAGRANDE et al., 2008).

O leite materno tem uma grande concentração de proteínas (principalmente na fase colostro), e por isso é encarregado de estabilizar os níveis de glicose no sangue do bebê, é rico em vitaminas B 6, B12, C e D e sais minerais (cálcio e zinco) e ao fim de cada mamada, os lipídeos são liberados, dando a sensação de saciedade (CASAGRANDE et al., 2008).

O colostro do leite materno tem propriedades antimicrobianas que se apresentam através de componentes solúveis (IgA, IgM, IgG, IgD, IgE, lisozimas, lactobacilos e outras substâncias imunorreguladoras) e componentes celulares (linfócitos, neutrófilos, granulócitos, macrófagos e células epiteliais). Diarreia, gripe, paralisia infantil, infecções urinárias e do trato intestinal, otite e pneumonia são as infecções que são evitadas com o aleitamento materno (NOVAK et al, 2001; VIEIRA; SILVA; VIEIRA, 2003). Além disso, o leite materno tem grande quantidade de ferro, proporcionando ao bebê proteção contra a anemia. Os benefícios não se restringem à infância, acredita-se que crianças

amamentadas correm menor risco de infecções parasitárias e, quando adultas, há menos risco de desenvolver doenças cardiovasculares. Ainda, existe redução ou atraso no desenvolvimento de diabetes em indivíduos que são propensos, o leite por possuir ação imunomoduladora faz com que o risco de desenvolver câncer antes dos 15 anos diminua e o risco de disfunção neurológica cai pela metade (MONTEIRO; SZARFRAC; MONDINI, 2005).

Para o bebê realizar a amamentação, um grande trabalho muscular é exercido para ocorrer a sucção, a deglutição e a respiração. Essa estimulação de forma correta proporciona o crescimento adequado da face. Durante a amamentação, o bebê faz um exercício contínuo, que possibilita o desenvolvimento da musculatura e de estruturas importantes como o seio maxilar, o tônus muscular e anula a possibilidade de retrognatismo mandibular. E também inibe alterações do sistema estomatognático, como: interposição da língua, musculatura labial superior hipotônica e inferior hipertônica, prognatismo mandibular, atresia de palato e do arco superior e evita maloclusões como mordida cruzada posterior e mordida aberta anterior.

A amamentação realizada de forma correta possibilita à criança uma respiração adequada, ocorre uma associação entre as estruturas do palato duro e mole que proporciona uma apropriada postura da língua e vedamento dos lábios. A articulação temporomandibular (ATM), também se desenvolve durante a amamentação, pois se houver pouco esforço para extrair o alimento como na amamentação artificial tem como consequência a anulação da excitação da ATM e da musculatura mastigatória (ANTUNES et al., 2008).

A amamentação, para ser eficiente, deve ser realizada de forma correta. A posição ideal é a ortostática, a qual consiste em o bebê ficar de frente para o corpo da mãe posicionado horizontalmente inclinado ou verticalmente, com a região do tórax em contato com o corpo da mãe, proporcionando uma sucção adequada. O leite que entra na cavidade oral é proporcional à força de sucção, reduzindo as chances de se engasgar e a língua não precisa se deslocar para controlar o fluxo enquanto deglute, como na amamentação artificial.

O leite materno é obtido através da ordenha e, para que possa ocorrer esse processo, são necessários quatro movimentos mandibulares: abertura, protrusão,

fechamento e retrusão. Os músculos envolvidos nesse processo são: milo-hióideo, gênio-hióideo, digástrico, temporal, masseter, pterigoideo medial e lateral (CASAGRANDE et al., 2008).

## **2.7 Aleitamento materno em portadores de fissuras labiopalatinas**

Ao receber a notícia de que seu bebê possui uma malformação congênita, muitas vezes já durante o pré-natal, os pais são pegos de surpresa. Diante da notícia e, por não saberem a extensão da fenda, criam uma infinidade de dúvidas e inseguranças, como a sobrevivência do bebê, a alimentação e a extensão da deformação (ARARUNA; VENDRÚSCULO, 2000; SILVIA; FÚRIA; DI NINNO, 2005).

A família passa por um período de luto quando seu bebê nasce com fissura labiopalatal, pois eles perderam o bebê que idealizaram. Os fatores psicológicos, somados à falta de informações e instruções após o nascimento do bebê, aterrorizam ainda mais a família (ALMEIDA, 2002; MARQUES; CARVALHO, 2005).

Não existe um acordo de qual a melhor forma ou método de alimentar um recém-nascido fissurado. O mais recomendado é o leite materno em virtude de todas as suas propriedades antibacterianas, seu valor nutritivo e a sua importância no combate a infecções, principalmente a de ouvido médio, que é a de maior incidência entre os portadores de fissuras. O aleitamento materno em bebês com fissuras labiopalatais deve ser conduzido com cuidado e respeito, devem ser considerados os aspectos psicológicos e emocionais das mães e as limitações do bebê que podem variar conforme o grupo da fissura. (KLEIN; DELANEY, 1994; PARADISE; ELSTER; TAN, 1994).

A amamentação é muito importante para o equilíbrio emocional do bebê. Por isso, deve-se levar ao seio materno logo após o nascimento para o contato mãe-filho. O aleitamento no seio materno (natural) pode ser feito em crianças portadoras de fissuras labiais e/ou palatais. A técnica empregada vai depender da complexidade da fissura.

A alimentação de bebês fissurados pode ser muito difícil, ainda mais se a família não foi orientada. Podem ocorrer sucção insuficiente, vômitos e engasgos se a mãe não souber conduzir a amamentação. O estado nutricional do bebê é importantíssimo para que possam ser realizadas as correções cirúrgicas da anomalia.

O processo de amamentar o bebê com fissuras labiaopalatinas no peito é extremamente desgastante para mãe, é muito difícil tanto para mãe quanto para a criança, corroborando a ansiedade e o medo de o bebê vomitar (CAMPILLAY; DELGADO; BRESCOVICI, 2010).

A alimentação em crianças com fissuras labiopalatais não é diferente. Elas apresentam uma deformidade craniofacial, mas possuem o sistema nervoso central íntegro, o que não implica em nenhum problema para realizar a deglutição e a sucção, com exceção daquelas que apresentam mais alguma anomalia. Por isso, a forma e os métodos para alimentar recém-nascidos fissurados é a mesma de um recém-nascido sem deformidade (ARARUNA; VENDRÚSCULO, 2000; CAMPILLAY; DELGADO; BRESCOVICI, 2010).

Durante o ato de amamentação, é necessário o isolamento da cavidade oral, apoio e estabilidade do bico do peito e posteriorização da língua. Em bebês com fissuras, muitas vezes, isso é impossibilitado em virtude da falta de fusão anatômica, o grau de dificuldade de sucção está relacionado ao tipo de fissura. Bebês que apresentam fissura pré-forame incisivo não encontram dificuldade para realizar a sucção, já os bebês que possuem fissura pós-forame incisivo ou transforame encontram muita dificuldade de realizar a ordenha, pois não conseguem pressão intra-oral adequada (SIDOTI; SHPRINTZEN, 1995; REDFORD-BADWAL; MABRY; FRASSINELLI, 2003).

A fissura de palato interfere muito mais do que a fissura do lábio na sucção, pois o estabelecimento da pressão negativa é mais difícil. Não existe nenhum motivo fisiológico para os bebês com fissuras labiais isoladas não serem amamentados no peito. Porém, nem as fissuras de lábio e completas de lábio e palato impossibilitam a amamentação no peito, pois existem bebês que conseguem realizar a sucção. O aleitamento materno deve ser sempre recomendado, devido aos seus inúmeros benefícios proporcionados à mãe e ao bebê (SILVEIRA; WEISSE, 2008).

Diversas formas de alimentar os bebês com fissuras foram introduzidas para facilitar a alimentação como sonda, mamadeira, copinho, colher, conta-gotas, seringas, que não são aceitos universalmente. Acredita-se que as formas mais próximas da amamentação natural devem ser utilizadas (REDFORD-BADWAL; MABRY;

FRASSINELLI, 2003; ARARUNA; VENSURÚSCULO, 2000; KLEIN; DELANEY,1994; CAVALHERI, 2000; MORRIS; KLEIN, 2000; TRENOUTH; CAMPBELL, 1996).

Os bebês nascidos a termo e sem nenhuma outra anomalia podem ser amamentados normalmente. Durante as primeiras horas de vida, a adaptação do reflexo alimentar é muito importante para o bebê. No entanto, em muitos casos, o bebê que nasce com fissura labiopalatal, é imediatamente sondado. A sonda nasogástrica bloqueia os mecanismos próprios do bebê de realizar os movimentos de deglutição e sucção. Essas crianças não utilizam a sucção para se alimentar, restringindo sua participação no processo de deglutição. Além disso, a interferência da sonda na narina atua como um obstrutor nasal, dificultando o fechamento da boca de forma apropriada, e também a alimentação, que por ela é fornecida, não prioriza o controle da fome, saciedade e a quantidade de volume alimentar fornecido (ARARUNA; VENDRÚSCULO, 2000; CAMPILLAY; DELGADO; BRESCOVICI,2010).

A mamadeira é muito utilizada, porém pode ser muito prejudicial para o crescimento e desenvolvimento da face quando o bico não tiver uma forma apropriada. O bico deve ser escolhido conforme o comprimento, a flexibilidade, o tamanho do furo e a posição adequada na cavidade oral. Não deve ser muito longo, para que não interfira na direção de crescimento da face e devem ser muito flexíveis para que façam a adaptação na boca da criança, e o furo deve permitir um adequado fluxo de leite. Quando o bico for inadequado, vai inverter a posição dos lábios, o que tem como consequência o enfraquecimento muscular, forçando a língua a se movimentar para frente e não para trás na sucção, ocasionando prejuízo ao desenvolvimento da face e dentário (ARARUNA; VENDRÚSCULO, 2000)

Na introdução da mamadeira, pode haver algumas dificuldades na adaptação. Por isso, somente nesta fase podem ser feitas algumas manobras que facilitem o escoamento do leite para a cavidade oral, o que ajuda a estimular a sucção, como: apertar o frasco da mamadeira; pressionar o bico da mamadeira sobre a língua de forma a provocar o abaixamento da mandíbula; puxar o bico da boca levemente; fazer pressão externa nas bochechas do bebê, assim como embaixo da mandíbula. O bico mais indicado é o ortodôntico por serem curtos e anatômicos. O furo deve ser de tamanho regular, o qual é apropriado para intensificar o movimento de sucção. Quando na boca, o bico deve estar

voltado para cima, simulando a posição do seio materno na cavidade oral, assim o leite não é direcionado para cavidade nasal devido à postura do bebê que é vertical (ARARUNA; VENDRÚSCULO, 2000).

Além disso, ainda existem outros métodos artificiais de alimentação infantil e do bebê, como o conta-gotas e no copinho ou xícara. Eles têm como função proporcionar um método artificial e seguro, que deve ser usado enquanto a criança não conseguir a alimentação pelo seio materno, além de ser um método simples de alimentação, prático e barato. O uso do copinho tem a função também de evitar o uso da mamadeira, além de proporcionar um contato da mãe com o bebê e permite o bebê experimentar pequenas quantidades de leite ordenhados manualmente. Com essa técnica, a quantidade de leite ingerido é selecionada exclusivamente pelo bebê, pois o copinho só fica encostado nos lábios e não é despejado na boca, a respiração fica mais fácil e controlada, e a deglutição ocorre quando o bebê possuir habilidade.

A mãe se sente responsável em alimentar seu bebê e em cuidar, mas, muitas vezes, o processo de amamentação é muito difícil e desgastante, e gera frustração na lactante, tendo como consequência a desestabilização emocional. O papel dos profissionais da saúde é de dar suporte para essa mãe com muito respeito e atenção. A mãe de um bebê com fissura necessita de informações sobre o aleitamento materno e apoio para superar as dificuldades dessa situação (SILVEIRA; WEISSE, 2008).

## **2.8 Moldagem nasoalvolar e nasal**

Uma das alternativas de tratamento para pacientes com fissura labiopalatais é a moldagem nasoalveolar (MNA), é um método ortopédico, que se embasa na plasticidade do recém-nascido às custas do estrogênio materno circulante, que vai diminuindo com o passar das semanas de vida. A MNA deve ser iniciada na primeira semana de vida, e possibilita que os segmentos intra e extraoral das fissuras labiopalatinas sejam reposicionadas. Tem como finalidade reduzir de forma significativa a dimensão da fissura, reconduzindo os fragmentos pré-maxila e reduzindo a assimetria facial (JAEGER et. al, 2015).

Este tratamento ortopédico consiste em utilizar as tensões locais direcionadas em vetores de força, reconduzindo os tecidos desviados em virtude da fissura a sua posição anatômica normal. Sua finalidade é reordenar o sistema esquelético. Há também diversas técnicas que são empregadas como: aparatologia intraoral removível que usavam vetores de força passiva e aparatologia fixa que é feita por cirurgia e utiliza a força ativa.

O aparelho é composto por uma placa acrílica que tem a finalidade de reposicionar os segmentos alveolares, e possui uma extensão para o nariz para corrigir a deformação dessa cartilagem, proporcionando alongamento da columela e elevação da ponta do nariz. Uma tração extraoral é realizada através de uma bandagem elástica, a qual dá firmeza a todo o sistema e fornece uma tensão constante sobre a região alveolar. A fita sobre o lábio ajuda a aproximar os segmentos.

Embora tenha muitos benefícios, a moldagem nasoalveolar, se realizada de forma incorreta, pode causar complicações anatômicas e também pode causar complicações locais como ulcerações, erupção de dente ectópico e desordem dos tecidos moles (JAGER; HERSCOVITZ; NETO, 2009).

A moldagem nasal é uma técnica que objetiva reparar, primariamente, as fissuras e reposicionar as estruturas do nariz. É utilizada nas fissuras labiais unilaterais incompletas, que apresentam um grau de deformidade menor. A técnica consiste em fazer duas angulações com um clipe aberto na extremidade menor, de maneira que encaixe na narina do bebê, na outra extremidade um gancho deve ser confeccionado, para fazer o tracionamento de uma liga elástica que é fixada com fita micropore. Utilizamos a fita teflon na ponta que se encaixa ao nariz para deixar a superfície lisa, evitando que o bebê se machuque. É recomendado utilizar a fita micropore para aproximar os segmentos labiais com a finalidade de facilitar a cirurgia de quieloplastia. Deve ser retirado somente para a higienização. A moldagem nasal é diferente da moldagem nasoalveolar, pois não produz obstrução da narina e pode-se controlar a força de tração. É necessário o engajamento dos pais para que o tratamento tenha resultado satisfatório.

O objetivo dessa moldagem é a correção primária para as deformidades nasais, mobilizando a asa nasal deslocada com sua menor cartilagem lateral do lado da fissura. Possibilita analisar os resultados da quieloplastia e rinoplastia primária, reduzindo o

número de cirurgias realizadas nos pacientes portadores de fissuras (CRUZ; SOUZA; GAIÃO, 2010).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento da pesquisa**

A presente pesquisa constitui-se de um estudo transversal de natureza observacional.

#### **3.2 Seleção de material bibliográfico**

Foram utilizados livros e artigos científicos para o referencial teórico encontrados sobre o tema, preferencialmente os mais atuais. Os livros foram consultados na biblioteca da Universidade de Santa Cruz do Sul. Os artigos foram coletados na base de dados do Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), no Portal de Periódicos Capes/Mec (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>) e na base de dados do Google acadêmico (<https://scholar.google.com.br/>). Os termos utilizados durante a busca foram: fissura labiopalatina; amamentação em fissurados; amamentação; aleitamento materno exclusivo, leite materno; *breastfeeding, cleft lip and palate, breast milk*. Os idiomas utilizados foram português e inglês.

#### **3.3 Local da pesquisa**

O presente estudo foi realizado na Fundação para Reabilitação das Deformidades Craniofaciais (FUNDEF). A instituição está localizada na Av. Benjamin Constant, 881-Lajeado/RS.

O município de Lajeado situa-se no Vale do Taquari, localizado a 117 km da capital Rio-grandense. Faz divisa com os municípios de Arroio do Meio, Marques de Souza, Cruzeiro do Sul, Santa Clara do Sul, Forquetinha e Estrela. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 79.142 pessoas habitam no município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA, 2017).

### **3.4 Descrição da população**

A população estudada restringiu-se às mães de pacientes na faixa etária de 0 a 3 anos em atendimento na FUNDEF. Restringimos a faixa etária em virtude do grande volume de pacientes cadastrados na FUNDEF, que atualmente são 2925, e por ser o período em que as crianças acometidas pelas fissuras estão passando ou recém passaram pelo período de aleitamento. Portanto, as mães conseguem responder com mais detalhes a pesquisa.

### **3.5 Amostra da população**

Através de cálculo estatístico (ANEXO B), foi estabelecida a pesquisa uma amostra de 170 mães de pacientes na faixa etária de 0 a 3 anos de idade completos. Devido ao período reduzido para a coleta dos dados, somando ao número de mães de pacientes que se enquadravam no estudo, não foi possível entrevistar o número proposto. Assim, foram avaliadas 114 mães de pacientes. Para alcançar o número total de amostra, a pesquisa ainda está sendo realizada.

### **3.6 Critérios de inclusão**

Foram incluídas mães de todos os pacientes que procuraram a instituição, a partir do dia 15 de julho de 2017 até o dia 30 de setembro de 2017, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

### **3.7 Critérios de exclusão**

Foram excluídos do estudo os pacientes que vieram à FUNDEF acompanhados por outros familiares que não foram as mães, pois a pesquisa era exclusivamente a elas. Também foram excluídas as mães que se recusaram a assinar o TCLE.

### **3.8 Aspectos éticos**

A pesquisa foi realizada mediante a autorização da Coordenação do Curso de Odontologia da UNISC, da diretoria da FUNDEF e do Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC sob o parecer número 2.107.478 (ANEXO A). Cada participante da pesquisa recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B)

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido há esclarecimentos da pesquisa, assim como benefícios, sigilo sobre os dados pessoais e qualquer constrangimento que poderia causar, juntamente da assinatura da entrevistada. Os dados coletados são protegidos e confidenciais, sem a divulgação de qualquer informação que possa vir a comprometer a identidade das mães dos pacientes.

### **3.9 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada por um familiar da pesquisadora, devidamente calibrado, em virtude da pesquisadora estar em aula nos horários de funcionamento da FUNDEF.

O entrevistador foi instruído sobre a importância da pesquisa e do correto preenchimento das entrevistas. A coleta de dados ocorreu do dia 17 de julho de 2017 ao dia 30 de setembro de 2017, no turno da manhã, no qual estão presentes todos os pacientes atendidos na FUNDEF.

A coleta foi realizada sob forma de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A), direcionado às mães dos pacientes em atendimento na FUNDEF. As questões abordaram sobre o aleitamento materno. Os questionários foram realizados diariamente.

### **3.10 Projeto piloto**

O projeto piloto foi realizado na FUNDEF, a partir da aplicação do questionário em 10 mães de pacientes em atendimento, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi testado o entendimento das perguntas contidas no questionário e, como não foram observadas dificuldades no entendimento das mesmas, não houve necessidade de alterações.

### **3.11 Análise e armazenamento dos dados**

Os dados foram analisados mediante tabelas da planilha eletrônica do Microsoft Office Excel e teste estatístico qui-quadrado, os resultados atingidos estão expostos em tabelas e gráficos na seção análise dos dados e discussão dos resultados.

Durante 5 anos, os dados ficarão armazenados. Após esse período, serão incinerados.

#### 4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As fissuras labiopalatais são o segundo tipo de malformações congênitas mais comuns. Elas acometem o terço médio da face, podendo ser simples, quando acometem só o lábio, ou complexas, acometendo lábio e palato.

Independentemente de ser uma malformação, não compromete a vida do recém-nascido, só causa limitações tanto ao bebê quanto à família, principalmente a mãe por ela ser responsável pela amamentação. O estudo foi realizado para verificar os problemas e as dificuldades que essas mães enfrentam para realizar o aleitamento.

Foram submetidas ao questionário (APÊNDICE A), 114 mães de crianças entre 0 e 3 anos de idade, que estão em atendimento na FUNDEF. Do total das entrevistadas, 63 tinham filhos do gênero masculino acometidas pelas fissuras labiopalatais, e 51 do gênero feminino (TABELA 1). O sexo masculino foi o mais predominante. Os resultados estão de acordo com os estudos de Ribeiro e Moreira (2004), Abdo e Machado (2005) e Silva Filho e Freitas (2007) que afirmam uma maior prevalência no gênero masculino.

**Tabela 1.** Portadores de fissuras labiopalatais de 0-3 anos, na FUNDEF

Gênero	n	%
Masculino	63	55,3
Feminino	51	44,7

Um fator etiológico considerado de relevância para a fissura labiopalatal é a idade avançada, principalmente relacionada a idade do pai. A análise mostrou que 21 dos pais de pacientes portadores de deformidades craniofaciais tinham idade superior a 40 anos (TABELA 2). Este valor indica que apenas 18,42% dos pais tinham idade superior a 40 anos, quando do nascimento do bebê, o que não é representativo como apontado por Abdo e Machado (2005).

**Tabela 2.** Média de idade do pai

Idade do Pai	n	%
17-19 anos	5	4,38
20-29 anos	44	38,59

30-39 anos	42	36,84
Mais de 40	21	18,42
Não respondeu	2	1,75

O pré-natal é de suma importância para o acompanhamento da gestação e o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza pelo menos 6 consultas para que o pré-natal seja satisfatório. No presente estudo, todas as mães participantes realizaram o pré-natal, 100% realizaram no mínimo 6 consultas que são preconizadas pelo SUS. Das 114 mães entrevistadas, 109 realizaram 7 ou mais consultas. O resultado de 95,61% é excelente quando comparado aos dados realizados pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (2010) obtidos na região metropolitana de Porto Alegre e proximidades no ano de 2010 que teve 71,90% de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas.

**Tabela 3.** Número de consultas do pré-natal

Número de consultas	n	%
6	5	4,38
7	9	7,89
8	10	8,77
9	43	37,71
10	15	13,15
11	4	3,5
12	5	4,38
13	2	1,75
14	3	2,63
15	10	8,77
18	1	0,87
20	4	3,5
30	2	1,75
40	1	0,87

O diagnóstico da fissura labial pode se dar através de ultrassonografia a partir da 8ª semana de vida IU e a fissura palatina a partir da 12ª semana de vida IU. O estudo constatou que das 114 mães entrevistadas, somente 38 sabiam que seu filho era portador de fissura labiopalatal, mesmo tendo feito várias consultas no pré-natal (TABELA 4). Os

dados são semelhantes ao da pesquisa realizada Vaccari-Mazzeti et. al (2009). Foram entrevistadas 48 gestantes e, destas, 20% tiveram o diagnóstico de fissura labiolapatal durante o pré-natal. Apesar do grande índice de consultas de pré-natal, o diagnóstico da fissura labiopalatal nesta fase ainda apresenta um baixo índice. Não houve questão específica sobre a realização da ecografia nesse trabalho, somente em relação ao diagnóstico realizado e, em virtude disso, não podemos mensurar quantas mães foram submetidas a ecografias no pré-natal, tratando-se de uma limitação desse estudo. A falta do diagnóstico de fissura labiopalatal dificulta o preparo das mães no acolhimento do bebê, no preparo psicológico para a própria amamentação natural, na aceitação da criança com deformidade craniofacial pelos pais, na obtenção de informações sobre a fissura e no atendimento por uma equipe especializada.

**Tabela 4.** Diagnóstico da fissura labiopalatal no pré-natal

Diagnóstico	n	%
Sim	38	33,33
Não	76	66,67

Neste estudo, verificou-se que o tipo de fissura mais encontrado é a transforame incisivo unilateral em 35 pacientes (TABELA 5), assim como na pesquisa de Mendes e Lopes (2006) e Campillay, Delgado e Brescovici (2010). O tipo de fissura é um fator importante quando se trata de amamentação. Segundo Silveira e Weiss (2008), os pacientes com fissuras palatinas possuem um grau maior de dificuldade na sucção e deglutição em virtude de não ter a pressão negativa. A pressão negativa se dá pela vedação do lábio do bebê ao mamilo, com formação de vácuo facilitando a sucção e deglutição. No presente estudo, foram analisados os tipos de fissuras e a dificuldade das mães em realizar a amamentação. As mães com bebês portadores de fissuras pré-forame tiveram menos dificuldades, quando comparadas às mães de bebês portadores de fissuras mais complexas, transforame e pós-forame, que tiveram um maior índice de dificuldade. O tipo de fissura que o paciente apresentou interfere no processo de amamentação e é estatisticamente significativa (Teste qui-quadrado,  $p < 0,05$ ).

A dificuldade maior se justifica na fissura transforame e pós-forame por serem mais complexas. Elas comprometem mais estruturas anatômicas, dificultando a pressão

negativa de acordo com Sidoti e Shprintzen (1995) e Redford-Badwal, Mabri e Frassineli (2003).

**Tabela 5-** Prevalência dos tipos de fissuras e dificuldade de realizar a amamentação

Variáveis	n	%
<b>Pré-forame completa</b>	09	7,89
Teve dificuldade	07	77,77
Não teve dificuldade	02	22,23
<b>Pré-forame incompleta</b>	18	15,78
Teve dificuldade	06	33,33
Não teve dificuldade	12	66,67
<b>Pré-forame bilateral completa</b>	03	2,63
Teve dificuldade	02	66,66
Não teve dificuldade	01	33,34
<b>Pré-forame bilateral incompleta</b>	03	2,63
Teve dificuldade	01	33,33
Não teve dificuldade	02	66,66
<b>Pré-forame mediana incompleta</b>	01	0,877
Teve dificuldade	0	0
Não teve dificuldade	01	100
<b>Transforame unilateral</b>	35	30,70
Teve dificuldade	21	60
Não teve dificuldade	14	40
<b>Transforame bilateral</b>	19	16,66
Teve dificuldade	15	78,94
Não teve dificuldade	04	21,06
<b>Pós-forame completa</b>	12	10,52
Teve dificuldade	08	66,66
Não teve dificuldade	04	33,34
<b>Pós-forame incompleta</b>	13	11,40
Teve dificuldade	10	76,92
Não teve dificuldade	003	23,08
<b>Rara de face</b>	01	0,877
Teve dificuldade	0	0
Não teve dificuldade	01	100

Segundo Antunes et. al (2008), o aleitamento no seio materno é a melhor forma de alimentar os bebês, pois estimula as funções primárias que são a sucção, deglutição e respiração. No entanto, de acordo Araruna e Vendrúsculo (2000) o aleitamento no seio materno em crianças com malformações de lábio e/ou palato pode ser um processo difícil e estressante, tanto para a mãe quanto para o bebê, causando medo, angústia e ansiedade. Esses dados acordam com os resultados obtidos nessa pesquisa, uma vez que das 114 mães entrevistadas menos de 40% amamentaram seu bebê no peito (TABELA 6). Mas quando comparado com o estudo de Campillay, Delgado e Brescovici (2010) que obteve 8,75% de bebês amamentados no seio materno de forma exclusiva, os resultados desta pesquisa foram mais satisfatórios. É muito importante a estimulação da mãe e do bebê para sua adaptação ao processo do aleitamento, combinado com a complexidade da fissura garantem o sucesso do aleitamento (ARARUNA; VENDRÚSCULO, 2000).

**Tabela 6-** Amamentação no seio materno

Amamentaram no seio	n	%
Sim	42	36,85
Não	72	63,15

Conforme Campillay, Delgado e Brescovici (2010), a alimentação de um bebê portador de fissura labiopalatina, é muito difícil na maioria dos casos, e torna-se mais penosa quando a família não tem orientações dos profissionais habilitados. A pesquisa constatou que das 114 mães entrevistadas, 78 tiveram algum tipo de dificuldade (TABELA 7). No entanto, não se confirma a falta de orientação como agravante, pois das 114 mães entrevistadas, 76 foram orientadas pela equipe multidisciplinar (TABELA 8). Os resultados sugerem que não existe uma relação entre a falta de informação e a não amamentação dos bebês com fissuras labiopalatinas, o Teste qui-quadrado apresentou ( $p=0,488$ ), ou seja, não apresentaram significância.

As mães de bebês com fissuras labiopalatais têm como dificuldades durante a amamentação a sucção inadequada por falta de pressão intra-oral, o tempo longo de mamada, engasgos e vômitos. Independente das limitações, em virtude das deformidades anatômicas, o bebê com fissuras labiopalatais, que não apresenta

nenhuma outra anomalia congênita associada, tem boa movimentação mandibular e são capazes de fazer a sucção, mesmo com uma menor pressão intra-oral podendo ser amamentados no seio materno normalmente. É necessária a estimulação da mãe e do bebê para sua adaptação ao processo de amamentação, combinado com a extensão da fissura pode garantir o sucesso da amamentação (ARARUNA; VENDRÚSCULO, 2000).

**Tabela 7-** Dificuldade de realizar o aleitamento materno

Tiveram dificuldade	n	%
Sim	78	68,42
Não	36	31,58

**Tabela 8-** Orientação sobre a amamentação da equipe multidisciplinar

Tiveram orientação	n	%
Sim	76	66,66
Não	38	33,33

De acordo com Monteiro, Szarfrac e Mondini (2000), o leite materno é um alimento completo, possuindo todos os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento, também possui diversas propriedades antibacterianas que diminuem a possibilidade de diarreia grave, alergias, infecções e a otite que acomete muitos bebês com fissuras labiopalatais. Além disso, a OMS (2001) recomenda o uso do leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida para todos os bebês, incluindo os fissurados. Após, deve-se introduzir alimentos complementares e manter o leite materno até por volta dos 2 anos. Em virtude disso, buscamos avaliar se o leite materno foi utilizado conforme as recomendações da OMS. O leite materno foi utilizado de forma exclusiva por 74 das 114 mães entrevistadas (TABELA 9), porém somente 10 bebês foram alimentados pelo leite materno após os 6 meses de vida (TABELA 10). O estudo analisou que, apesar dos níveis altos de amamentação exclusiva (64,91%), a adesão ao aleitamento materno teve uma curta duração. No primeiro mês, 50% das mães utilizaram o leite materno de forma exclusiva, porém no sexto mês de vida, esse valor se tornou apenas 4%.

**Tabela 9-** Uso do leite materno de forma exclusiva

Leite materno de forma exclusiva	n	%
Sim	74	64,91
Não	40	35,09

**Tabela 10-** Tempo do uso do leite materno de forma exclusiva

Tempo	n	%
Até 1 mês	37	50
2 meses	8	10,81
3 meses	10	13,51
4 meses	4	5,4
5 meses	5	6,75
6 meses	3	4,05
7 meses	2	2,7
9 meses	1	1,35
11 meses	1	1,35
1 ano ou mais	3	4,05

O aleitamento no seio materno é de suma importância, porém muitas vezes não é possível realiza-lo por diversas razões. Em virtude disso, os métodos artificiais de amamentação são utilizados para a realização deste processo. No presente estudo, foram avaliados os métodos artificiais de alimentação infantil. Das 72 mães que não amamentaram logo após o nascimento 38, fizeram o uso de mamadeira, 27 tiveram o bebê sondado, 6 utilizaram o método do copinho e 1 o conta-gotas (TABELA 11). Os resultados se assemelham ao estudo de Campillay, Delgado e Brescovici (2010) que obteve o resultado de 75% para o uso da mamadeira, 15% para o uso do copinho, 10% para o uso da colher. É possível observar a falta de informação dessas mães, uma vez que o método do copinho é considerado o mais indicado pela comunidade científica. Segundo Araruna e Vendrusculo (2000), esse método permite que o bebê controle a própria ingestão de leite. Como consequência, adquire habilidade de deglutição e a respiração ocorre com mais tranquilidade. Já o uso da mamadeira de forma incorreta, como o bico inadequado, pode causar prejuízos ao desenvolvimento normal da face. Os métodos alternativos de alimentação devem ser utilizados somente na fase inicial,

quando o bebê precisa adquirir peso sem perda calórica, sempre deve ser estimulada a alimentação pelo seio materno.

**Tabela 11-** Utilização de métodos artificiais de alimentação

Métodos artificiais	n	%
Sonda	27	37,5
Mamadeira	38	52,77
Copinho	6	8,35
Conta-gotas	1	1,38
Colher	0	0

Atualmente existem técnicas ortopédicas que ajudam no tratamento dos bebês com fissuras labiopalatais de maior complexidade, possibilitando uma melhora estética e facilitando a alimentação destas crianças. A técnica de modelagem nasoalveolar é um método alternativo que segundo Jaeger, et al. (2009) e Jaeger, Herzcovitz e Neto (2015) tem a finalidade de reduzir a fissura, reconduzir os fragmentos pré-maxila e reduzir a assimetria facial, é um tratamento pré-cirúrgico que possibilita a diminuição de enxertos alveolares e pode melhorar a forma do nariz. A moldagem nasal é uma outra alternativa em pacientes com fissuras pré-forame unilaterais incompletas, e tem a mesma finalidade aproximar as estruturas labiais e levantar a ponta do nariz, conforme Cruz, Souza e Gaião, 2010. O presente estudo apresentou um número pequeno de pacientes que utilizaram a moldagem nasoalveolar, das 114 crianças portadoras de fissuras somente 12,29% realizam este tratamento (TABELA 12). No estudo, a moldagem nasal foi utilizada em um percentual de 7,89% das 114 crianças (TABELA 12). Este tipo de tratamento é indicado para fissura pré-forame unilateral incompleta que estava presente em 18 pacientes (23,7%) (TABELA 5), representando 50% de pacientes portadores deste tipo de fissura.

**Tabela 12-** Utilização do tratamento de moldagem nasoalveolar

Variáveis	n	%
<b>Moldagem Nasoalveolar</b>		
Sim	14	12,29
Não	100	87,71

**Moldagem Nasal**

Sim	9	7,89
Não	105	92,11

## 5 CONCLUSÃO

O aleitamento no seio materno sempre deve ser preconizado, independentemente de o bebê ser ou não fissurado, com exceção de razões específicas que podem comprometer a saúde da mãe e do bebê. O tipo de fissura não impossibilita o aleitamento materno exclusivo, somente aumenta o grau de dificuldade de ser realizado.

A fissura transforame incisivo apresentou uma maior prevalência, é de maior complexidade, pois compromete lábio e palato. Em virtude disso, houve uma maior dificuldade de realizar a amamentação, mas não a impossibilitou, o que comprova que a extensão e largura da fissura não são fatores impeditivos.

O leite materno é muito importante, é um alimento completo e deve ser utilizado o maior tempo possível. A proporção de tempo que ele é utilizado em bebês com fissura labialatal ainda é muito pequena e deve ser estimulada.

Este estudo demonstrou que as mães de bebês fissurados recebem informações, mas ainda possuem muita dificuldade para realizar a amamentação. É necessário capacitar melhor os profissionais da equipe multidisciplinar e que tenha um protocolo de aleitamento para os fissurados, ao qual todos tenham acesso.

## REFERÊNCIAS

ABDO, R. C. C.; MACHADO, M. A. A. M. *Odontopediatria nas fissuras labiopalatais*. São Paulo: Santos, 2005.

AHMED, M. K.; BUI, A. H.; TAIOLI, E. Epidemiology of Cleft Lip and Palate. *World's largest Science, Technology & Medicine Open Access book publisher The Visible Light Activity*, 2017.

ALMEIDA, H. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.162-80, 2002.

ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Revista e ciência em saúde coletiva*, v. 13, n.1, p. 103-109, 2008.

ARARUNA, R. C.; VENDRÚSCULO, D. M. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-am Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 99-105, 2000.

CAMPILLAY, P. L.; DELGADO, E. S.; BRESCOVICI, S. M. Evaluation of feeding in children with cleft lip and/or palate assisted in a hospital of Porto Alegre. *Revista CEFAC*, v. 12, n.2, 2010

CARLSON, B. M. *Embriologia Humana e Biologia do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, pg. 256-273.

CASAGRANDE, L. et al. Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento estomatognático. *Revista da faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, v. 49, n. 2, p. 11-17, 2008.

CAVALHERI, V. Fissura labiopalatal e aleitamento materno. *Revista CEFAC*, v.2, n. 1, p. 53-65, 2000.

CERQUEIRA, M. N. et al. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 161-166, 2005.

COUTINHO, A. L. F. et al. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, v. 9, n. 2, p. 149-156, 2009.

CYMROT, M. et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 25, n. 4, p. 648-651, 2010.

CRUZ, M. A.; SOUZA, M. M.; GAIÃO, L. Moldagem nasal em paciente portador de fissura labiopalatina unilateral direita. *Revista Brasileira de Ciência da Saúde*, v.14, n.3, p. 95-100, 2010.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/658-dados-do-datasus-mostram-que-numero-de-mortes-na-gravidez-e-preocupante>.

JAEGER, O. R. M. et al. Experiência com a moldagem nasoalveolar precoce em um recém-nascido portador de fissura lábio-alveolar. *Revista da AMRIGS*, v. 4, n. 53, p. 405-409, 2009.

JAEGER, O.R. M.; HERSCOVITZ, A; NETO, A. N. Experiência de hospital especializado no tratamento precoce do fissurado através de moldagem nasoalveolar. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v.44, n.1, 2015.

KLEIN, M. D.; DELANEY T. A. Cleft lip and palate: bottle feeding and your baby. In: Klein MD, Delaney TA. Feeding e nutrition for the child with special needs: handouts for parents. *Therapy Skill Builders*, v.2, n. 8, p.99-105, 1994.

MARQUES, R. E.; CARVALHO G. M. A. S. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiopalatinas. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*, v. 18, n. 1, p. 31-40, 2005.

MENDES L.G. A, LOPES V. L. G. S. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. *Rev Ciênc Méd.* v.15 n. 5, p.437-438, 2006.

MONTAGNOLI L.C. et al. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade. Um estudo transversal. *Jornal de Pediatria*, v. 81, n. 6, p.461-465, 2005.

MONTEIRO, C. A.; SZARFRAC S. C.; MONDINI L. Tendência secular de anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista Pública*, v. 1, n. 34, p. 15-20, 2005.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. *Embriologia clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. p. 1-11.

MORRIS, S. E., KLEIN, M. D. *Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development*. 2ª ed. San Antonio: Therapy Skill Builders; 2000. p. 649-658.

NANCI, A. *Ten Cate Histologia Oral*, 8. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 33-54.

NEVILLE, B. W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009 p. 53-98.

NOVAK, F. et al. Colostro Humano: fonte natural de probióticos? *J. Pediatr*, v. 4, n. 77, p. 265-270, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Aleitamento materno. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>> 05 de maio de 2017.

PARADISE, J. L.; ELSTER, B. A.; TAN, L. Evidence in infants with cleft palate that breast milk protects against otitis media. *Pediatrics*, v. 1, n. 94, p. 853-860, 1994.

REDFORD-BADWAL, D.; MABRY, K.; FRASSINELLI, J. Impacto f cleft lip and or palate on nutritional health and oral-motor development. *Dental Clin Norton Am.*, v. 47, n. 2, p. 315-317, 2003.

RIBEIRO, E. M.; MOREIRA, A. S. C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, v. 18, n. 1, p. 31-40, 2005.

SISTEMA DE NASCIDOS SINASC. Pré-natal. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f06.def>> 12 de setembro 2017.

SIDOTI, E. J.; SHPRINTZEN, R. J. Pediatric care and feeding of the newborn with a cleft. In: Shprintzen RJ, Bardach J, organizators. *Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach*. St. Louis: Mosby; 1995. p. 63-74.

SILVA FILHO, O. G.; FREITAS, J. A. S. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos, 2007. p. 17-46.

SILVEIRA, J. L. C.; WEISSE C. M. Representações Sociais das Mães de Crianças Portadoras de Fissuras Labiopalatinas sobre Aleitamento. *Revista Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 8, n. 2, p. 215-221, 2008.

SILVIA, E. B.; FÚRIA, C. L.B.; DI NINNO, C. Q. M. Breast feeding in cleft lip and palate neonates: study of difficulties and methods. *Revista CEFAC*, v. 7, n. 1, p. 21-28, 2005.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Revista Brasileira de Cirurgia*, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.

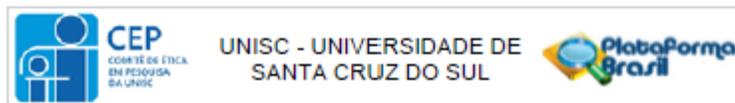
TRENOOUTH, M. J.; CAMPBELL, A. N. Questionnaire evaluation of feeding methods for cleft lip and palate neonates. *J Pediatr Dent*, v. 1, n. 6, pag.241-244, 1996.

TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos, 2007. p. 73-83.

VACCARI-MAZZETTI, M. P.; KOBATA, C. T.; BROCK, R. S. Diagnóstico ultrassonográfico pré-natal da fissura lábio-palatal. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 38, n. 1, 2009.

VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.; VIEIRA, T. O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. *J Pediatr*, v. 5, n. 79, p. 449-454, 2003.

## ANEXO A. CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Aleitamento materno em pacientes portadores de fissuras labioalveolares

**Pesquisador:** JULIANA KRAETHER

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 70111717.1.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.170.478

#### Aprovação do Projeto:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

#### Objetivo da Pesquisa:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

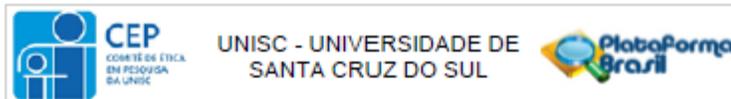
#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

#### Recomendações:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco B, sala 603  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-000  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.170.478

apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_926050.pdf	04/07/2017 22:59:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.docx	04/07/2017 22:58:49	MAIARA HAUSMANN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.docx	04/07/2017 22:57:11	MAIARA HAUSMANN	Aceito
Orçamento	orcamentocep.docx	17/06/2017 00:19:37	MAIARA HAUSMANN	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	17/06/2017 00:13:49	MAIARA HAUSMANN	Aceito
Folha de Rosto	Doc1.docx	28/05/2017 11:16:28	MAIARA HAUSMANN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.jpg	22/05/2017 10:07:31	MAIARA HAUSMANN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	tundef.jpg	22/05/2017 10:06:20	MAIARA HAUSMANN	Aceito

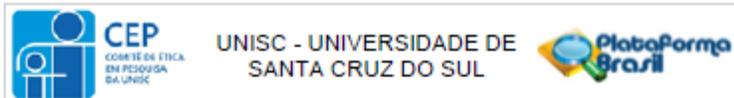
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Independência, nº 2203 - Bloco B, sala 803  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-000  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7980 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.170.470

SANTA CRUZ DO SUL, 12 de Julho de 2017

---

Assinado por:  
Renato Nunes  
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 6, sala 603  
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

## **ANEXO B. CÁLCULO DE AMOSTRA**

### **CÁLCULO AMOSTRAL**

À

Maiara Hausmann

A pesquisa vinculada ao TCC do curso de Odontologia da UNISC que será aplicada às mães de pacientes portadores de fissuras labiopalatinas, na Fundef de Lajeado-RS, tem como população 303 mães, em 2016. A idade destes pacientes compreende de 0 a 3 anos.

O calculo amostral foi realizado com base nesta população de 303 por meio do SPSS v21. Sendo assim, a unidade amostral é de 170 mães de pacientes, considerando-se um erro amostral de 0,05 e nível de confiança de 95%.

Lajeado, 18 de Maio de 2017

Prof. Dr. Alexandre André Feil

## APÊNDICE A. QUESTIONÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) feminino ( ) masculino

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Hospital de Nascimento: \_\_\_\_\_

Idade materna: \_\_\_\_\_ Idade paterna: \_\_\_\_\_

1- Tipo de fissura:

( ) fissura pré-forame incisivo unilateral

( ) direita ( ) esquerda ( ) completa ( ) incompleta

( ) fissura pré-forame incisivo bilateral

( ) completa ( ) incompleta

( ) fissura pré-forame incisivo mediana

( ) completa ( ) incompleta

( ) fissura transforame incisivo unilateral

( ) direita ( ) esquerda

( ) fissura transforame bilateral

( ) fissura transforame mediana

( ) fissura pós-forame incisivo

( ) completa ( ) incompleta

( ) fissura rara de face

2-Fez pré- natal? ( ) sim ( ) não

Quantas consultas? \_\_\_\_\_

3- Já tinha conhecimento da fissura antes do nascimento? ( ) sim ( ) não

4- Você sabe a importância do leite materno e da amamentação para seu bebê? ( ) sim  
( ) não

5- Você amamentou no peito logo após o nascimento de seu bebê? ( ) sim ( ) não

6- Se não, qual foi o método utilizado? ( ) por sonda

( ) no copinho

( ) na colher

mamadeira

no conta-gotas

7- Qual a melhor posição de amamentar no peito seu bebê?  sentada

em pé

deitada

não existe melhor forma

8- Você teve orientações de como amamentar no peito seu bebê?  sim  não

9- Você teve dificuldade em realizar a amamentação no peito de seu bebê?

sim  não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

10- Você só usou exclusivamente o leite materno para alimentar seu bebê?

sim  não

11- Até que idade o leite materno foi utilizado? \_\_\_\_\_

12- Se o aleitamento materno não foi realizado de forma exclusiva, qual o complemento  
que \_\_\_\_\_ foi \_\_\_\_\_ utilizado?

13- Seu bebê utiliza/utilizou plaquinha de palato para facilitar a amamentação?

sim  não

14- Usou a técnica da fitinha no lábio (transforame) para facilitar a amamentação?  sim  
 não

## APÊNDICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### ALEITAMENTO MATERNO EM PACINETES PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATINAS

- I - Esse projeto de pesquisa é muito importante para averiguar se a abordagem dos profissionais sobre o tema está correta e se está sendo realizada.
- II - Serão feitas perguntas sobre o aleitamento materno e não serão divulgados dados pessoais.
- III - A pesquisa beneficiará em amenizar as dúvidas e anseios das mães de portadores de fissuras labiopalatinas, pois a partir dos dados coletados poderemos averiguar se as orientações passadas pelos profissionais de saúde sobre o aleitamento materno são suficientes.
- IV - A pesquisa será patrocinada pela pesquisadora.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Juliana Kraether e pode ser contatada pelo telefone 051 3717 1115. A pesquisadora acadêmica desse projeto é a aluna Maiara Hausmann que pode ser contatada pelo telefone 051 3717 1115.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

Nome e assinatura do Voluntário

---

Maiara Hausmann - Acadêmica Pesquisadora

