

PERFIL DAS MÃES COM FILHOS DIAGNOSTICADOS COM FISSURA LABIOPALATAL

PROFILE OF MOTHERS WITH CHILDREN DIAGNOSED WITH CLEFT LIP AND PALATE

Sandra Mara Cavelanha da SILVA¹; Alexandre Meireles BORBA²; Álvaro Henrique BORGES²; Fernanda Zanol MATOS³; Fernanda Silva de ASSIS³; Orlando Aguirre GUEDES²; Cláudia CALDAS¹; Denise Carvalho CAFFER³; Alessandra Nogueira PORTO².

1 - Fonoaudióloga da Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar de Pacientes com Necessidades Especiais, Hospital Geral Universitário – HGU, Cuiabá – MT, Brasil;

2 - Professor (a) Doutor (a) da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá – UNIC, Cuiabá – MT, Brasil;

3 - Professora Mestre da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá – UNIC, Cuiabá – MT, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil das mães com filhos diagnosticados com fissura lábiopalatal e verificar as orientações recebidas acerca desta patologia e sobre o aleitamento materno. Material e método: Foram entrevistadas 50 mães de crianças com fissuras labiopalatinas, de ambos os sexos e sem outras anomalias congênicas associadas. As mães foram entrevistadas utilizando um questionário modificado, aplicado logo após a triagem no Ambulatório de Anomalias Craniofaciais do Hospital Geral Universitário de Cuiabá, Mato Grosso - Brasil. Os dados foram analisados utilizando os testes estatísticos ANOVA (análise de variância) e Tukey para nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados: A maioria das mães pertencia à faixa etária de 20-30 anos, 64% delas não possuíam o ensino médio completo. De todas as mães que realizaram consultas de pré-natal, 74% receberam o diagnóstico da fissura ainda na

gestação, sendo que essas realizaram número maior de consultas de pré-natal em relação àquelas que receberam o diagnóstico no pós-natal. Sobre o aleitamento materno 62% delas receberam orientações no pré-natal, sendo este índice elevado a 70% na maternidade, após o diagnóstico da fissura. Os sentimentos de preocupação e aceitação foram os mais relatados pelas mães. O uso de mamadeira como forma de aleitamento foi observado em 54% dos casos após a alta da maternidade. Conclusão: Foi verificado que as mães eram jovens, com baixo nível escolar e um número expressivo delas recebeu a informação do diagnóstico da fissura durante a gestação e informações sobre o aleitamento materno. Medo e preocupação foram sentimentos comumente relatados.

PALAVRAS-CHAVE: Fissuras labiopalatinas; Malformação; Amamentação.

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas, estão entre as malformações faciais congênicas mais comuns¹, com prevalência mundial de 1-500 em asiáticos, 1-1000 nos europeus e 1-2500 em africanos nascidos vivos¹⁻⁵ e com valores variando entre 0,47 a 1,54-1000 no Brasil^{6,7}. A etiologia das fissuras labiopalatinas é multifatorial, podendo estar relacionada a diversos fatores genéticos e ambientais como: fumo, uso de álcool e drogas, idade materna e paterna, uso de medicamentos, hipertensão arterial, desnutrição materna, exposição à agrotóxicos, entre outros, podendo ocorrer de maneira isolada ou associada à síndromes⁸⁻¹¹.

As fissuras labiopalatinas são classificadas de acordo com as estruturas acometidas, sendo a classificação de Spina *et al.*¹² (1972) a mais aceita. Esta tem como base anatômica o forame incisivo e está distribuída em três grupos: pré-forame incisivo, transforame incisivo e pós-forame incisivo. Fissuras pré-forame incisivo são as fissuras labiais, unilateral (direita ou esquerda) e mediana; as fissuras transforame incisivo podem ser uni ou bilateral, acometendo lábio, arco alveolar, palato duro e palato mole, sendo essa fissura de maior gravidade e a fissura pós-forame incisivo pode situar-se no palato duro, palato mole e úvula.

O diagnóstico das fissuras labiopalatinas pode ser estabelecido durante a gestação através do exame de ultrassonografia, porém a

grande maioria dos nascidos somente é diagnosticada no pós-parto, e a forma como os pais recebem o diagnóstico, seja ele no período pré ou pós-natal tem consequências na adaptação individual e familiar^{13,14}. Neste sentido surge a importância de que os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento desse bebê se preocupem com a forma que o diagnóstico será dado aos pais, para que eles se sintam confortados e orientados sobre os cuidados necessários^{15,16}.

O profissional responsável em dar o diagnóstico aos pais deve mostrar confiança e vocabulário que facilite a compreensão dos mesmos. A forma como a família irá vivenciar esse momento depende de fatores como: valores pessoais, experiências anteriores, expectativas em relação ao filho e também como foram informados pela equipe médica da presença da fissura¹⁷.

A primeira orientação a ser dada às mães de filhos com fissuras labiopalatinas é sobre o aleitamento materno, sendo que este deverá ser priorizado antes de ser descartado. O bebê com fissura deve ser levado ao seio materno, pois o contato entre mãe e filho é importante para o equilíbrio emocional, além de melhorar o desenvolvimento das estruturas orais. O aleitamento materno, embora mais trabalhoso, é também recomendado de forma exclusiva até o sexto mês de vida para os bebês portadores de fissuras, por seu valor nutritivo e qualidade antibacteriana¹⁸.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil das mães com filhos diagnosticados com fissura labiopalatal e verificar as orientações recebidas a cerca desta patologia e sobre o aleitamento materno.

MATERIAIS E MÉTODOS

No período de março de 2014 a dezembro de 2015, cinquenta mães de bebês com fissuras labiopalatinas, foram entrevistadas utilizando um questionário modificado de Silva *et al.*¹⁹ (2005), que foi aplicado logo após a triagem no Ambulatório de Anomalias Craniofaciais do Hospital Geral Universitário de Cuiabá - HGU, Mato Grosso - Brasil. Participaram da pesquisa somente mães de crianças com fissuras labiopalatinas de acordo com a classificação de Spina *et al.*¹² (1972), com idade inferior a 12 meses e de ambos os sexos.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando o *software* (SPSS for Windows 19.0 – SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Após a coleta dos dados, as médias foram analisadas utilizando os testes ANOVA (análise de variância) e Tukey para nível de significância de 5% (p < 0,05).

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá (UNIC) sob o número CAAE 50220115.2.0000.5165, com anuência da Comissão de Pesquisa do Hospital Geral Universitário sob o número 020/2015.

Tabela 1- Sexo do bebê, casos anteriores na família, idade materna durante a gestação e nível de escolaridade materna

Variáveis	n	%	P-valor
Sexo do bebê			
Masculino	33	68	
Feminino	17	32	
Casos anteriores na família			
Sim	13	26	<0,001
Não	37	74	
Idade materna			
≤20anos	14	28	0,414
21-25 anos	16	32	
26-30 anos	12	24	
31-35 anos	5	10	
>35 anos	3	6	
Nível de escolaridade materna			
Ensino Médio Incompleto	32	64	0,805
Nível Superior	3	6	

Tabela 2 - Distribuição percentual do tipo de fissura, conforme a classificação de Spina *et al.*¹² (1972)

Tipos de Fissuras	n	%	p-valor
Pré-forame Direita Completa	4	8	0,029
Pré-forame Esquerda Completa	6	12	0,118
Pré-forame Esquerda Incompleta	4	8	0,029
Pré-forame Direita Incompleta	3	6	0,012
Transforame Bilateral	4	8	0,029
Transforame Direita	8	16	0,317
Transforame Esquerda	12	24	Ref
Pós-forame Incompleta	7	14	0,202
Pós-forame Completa	2	4	0,004

*Ref: comparação de cada forma em relação ao mais recorrente que está como referência.

Todos os responsáveis foram orientados sobre a pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Das 50 mães entrevistadas, 33 (68%) tiveram bebês do sexo masculino e 17 (32%) do sexo feminino. A ocorrência de casos anteriores na família foi de 26%. A idade materna durante a gestação com maior porcentagem de crianças com fissuras labiopalatinas foi inferior a 30 anos de idade. Em relação ao nível de escolaridade 64% das mães não possuíam ensino médio completo, sendo que apenas 6% possuíam nível superior (Tabela 1).

A fissura transforame ocorreu com maior incidência no grupo estudado, totalizando 48% dos bebês, sendo este índice composto por 24% de fissura transforame esquerda, 16% transforame direita e 8% transforame bilateral (Tabela 2).

Com relação ao diagnóstico da fissura, 74% das mães souberam da presença da fissura antes do nascimento do bebê, ou seja, durante a realização do exame de ultrassonografia. Em relação à realização do pré-natal, houve maior número de consultas quando ocorreu a descoberta da fissura antes do nascimento do bebê (37,5%) em comparação aos pré-natais de mães que a fissura foi diagnosticada ao nascimento do bebê. Após o parto, na maternidade, houve aumento do número de mães que receberam informações sobre o aleitamento materno em comparação às orientações recebidas antes do nascimento (Tabela 3).

A tabela 4 mostra a distribuição de como foi dado o leite para o bebê após alta da maternidade, ou seja, quando o bebê já estava

Tabela 3 - Períodos de diagnóstico da fissura, orientações sobre antes do parto e na maternidade

Variáveis	n	%	P-valor
Soube da fissura antes do nascimento			
Sim	37	74	0,008
Não	13	26	
Recebeu orientação sobre aleitamento materno antes do parto			
Não	19	38	0,046
Sim	31	62	
Recebeu orientação sobre aleitamento materno na maternidade			
Não	15	30	<0,001
Sim	35	70	

Tabela 4 - Formas de aleitamento e motivo por ter cessado a amamentação materna

Variáveis	n	%	P-valor
Forma de aleitamento			
Mamadeira	27	54	Ref
Seio materno	12	24	0,002
Mamadeira e seio materno	10	20	<0,001
Conta goras	1	2	<0,001
Se amamentou o bebê no seio - porque parou			
Não recebeu aleitamento materno	14	28	Ref
O bebê não quis mais	4	8	0,009
O bebê estava perdendo peso	3	6	0,003
O leite secou	12	24	0,822
O bebê não teve força para sugar	13	26	0,648
O leite era fraco	2	4	0,001
Para o bebê ser operado	2	4	0,001

*Ref: comparação de cada forma em relação ao mais recorrente que está como referência.

em casa. Observa-se que o uso exclusivo da mamadeira aparece como a maior forma de aleitamento, correspondendo por 54% dos casos avaliados. Os principais fatores que levaram ao insucesso do aleitamento materno foram a falta de força do bebê para sugar e a secagem do leite, que totalizaram metade dos casos no grupo estudado. Cabe ressaltar que 28% dos bebês da pesquisa não receberam aleitamento materno em nenhum momento.

De acordo com os relatos das mães que receberam informações acerca do aleitamento materno na maternidade, as orientações com maior frequência transmitidas a elas por profissionais da área foram: *“o leite materno era mais saudável que aquele comprado em supermercado”*; *“a orientação de posicionar o bebê sentado na hora da amamentação”*; *“a importância do aleitamento materno até os 6 meses de vida”*; *“o bebê não iria conseguir mamar e ensinou a tirar o leite com a bombinha”*; *“que não poderia utilizar a mamadeira”*, e; *“não poderia dar o peito, que ele ia engasgar”*.

As orientações acima foram transmitidas principalmente pela equipe de enfermagem. Quinze mães, o que correspondeu a 30% dos casos estudados, relataram que não receberam orientações acerca do aleitamento materno na maternidade (Tabela 3).

Após o nascimento do bebê, todas as mães receberam informações pela equipe médica e/ou enfermagem acerca da fissura apresentada pelo bebê. Dentre as informações passadas, destacam-se: *“que o bebê nasceu com um problema na boca”*; *“que o filho nasceu com um problema gravíssimo na boca e precisa operar rápido”*; *“seu filho nasceu com fissura na boca, não é grave, não precisa se preocupar, porque tem cirurgia”*; *“o médico não falou nada, levou para dar ponto na boca dele, quando cheguei em casa o ponto arrebentou”*, e; *“o médico disse que meu filho iria usar sonda, que ele iria ficar fanhoso, terá problema de ouvido, mas tem conserto”*.

DISCUSSÃO

Nesse estudo as fissuras faciais aconteceram principalmente em indivíduos do sexo masculino 68%, estando em consonância com resultados de estudos anteriores^{20,21}.

Estudos demonstram maior incidência de fissuras transforame¹⁹, fato também verificado no presente trabalho. Além de haver maior incidência de fissura transforame no sexo masculino, o sexo feminino foi mais acometido pela fissura pré-forame, concordando com os achados prévios^{20,21}.

Em relação à hereditariedade para a ocorrência da fissura, o estudo demonstrou resultado sem significância para esse fator, que revelou 26%, ou seja, apenas 13 mães relataram ter casos de fissuras na família. No entanto essas interações gênicas são alvos de estudos que têm comprovado essa influência na ocorrência de fissuras labiopalatinas^{22,23}. O resultado encontrado pode ser justificado pela investigação ter ocorrido somente em relação a filhos anteriores, sem ampliar questionamentos de outros membros da família.

Estudos afirmam que a idade materna não deve ser considerada como fator de risco para a ocorrência de fissuras labiopalatinas²⁴, não havendo relacionamento entre o surgimento da fissura de lábio e ou palato relacionado com a idade materna^{20,21}. Na presente pesquisa, o fator idade materna não se mostrou estatisticamente significativa para a ocorrência de fissura, o que vem de encontro com os autores supracitados. Entretanto, há estudos que apresentam uma relação entre a idade materna e a incidência de fissuras indicando que mulheres em idade avançada podem gerar filhos com fissuras labiopalatinas²⁵.

Adicionalmente, estudos destacam que mães com baixo nível de escolaridade estão propensas a gerar bebês com fissuras labiopalatinas²⁶. As mães participantes possuíam baixo nível de escolaridade e encontraram dificuldades ao acesso às informações de saúde necessárias para o planejamento ou durante a gestação. É fundamental destacar que estas informações são necessárias para sanar dúvidas e nortear estas mães em possíveis questionamentos acerca da fissura.

Apesar desse estudo mostrar baixo índice de escolaridade entre as mães dos bebês portadores de fissuras labiopalatinas, esse fator não interferiu na realização do pré-natal, uma vez que todas as mães o fizeram. Estudo aponta que 97% das mães de crianças com fissuras realizam consultas de pré-natal²⁷.

A média de consultas realizadas pelas mães foi de 7,2 estando acima do recomendado pelo PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento), que estabelece que o número mínimo de consultas realizadas deva ser igual a 6. Ressalta-se ainda que apenas 9 mães avaliadas realizaram consultas abaixo do número recomendado. Constatou-se também, um aumento no número de consultas de pré-natal, quando houve o diagnóstico da fissura ainda na gravidez, sendo a média equivalente a 9,9 consultas realizadas, sendo este um dado estatisticamente significativo. O aumento do número de consultas está relacionado com a necessidade de confirmação de diagnóstico, necessidade de aceitação da deformidade pela caracterização da gestação como de risco e pelo impacto psicológico e emocional sofrido pelas mães²⁸.

No presente estudo apenas 13 mães receberam diagnóstico da fissura ainda na gestação. Esse diagnóstico se dá por intermédio da realização de exame de ultrassonografia, podendo visualizar o nariz e lábios a partir da 15ª semana de vida intrauterina e a partir da 28ª a 33ª semanas para visualizar lábio/palato. O diagnóstico pré-natal da fissura labiopalatina pode resultar na melhor aceitação e consequente preparação para os cuidados futuros com o bebê, quando possível essas mães devem ser encaminhadas para centros de referência para que uma minuciosa avaliação pré-natal seja realizada²⁸. A dificuldade do diagnóstico da fissura ainda na gestação pode estar relacionada com a falta de acesso das gestantes em realizar o exame de ultrassonografia, pois de acordo com o PHPN, este exame é complementar aos demais realizados durante o pré-natal, podendo ser recomendado como rotina apenas nos locais onde ele esteja disponível.

Após o diagnóstico da fissura, seja ele pré ou pós-natal, as mães vivenciam os mais diferentes sentimentos, passando pela não aceitação, preocupação, choro, susto e aceitação do bebê portador de fissura. As formas como elas vivenciam o diagnóstico é de fundamental importância para a aceitação da patologia^{28,29}.

A forma como o diagnóstico é dado tem impacto direto nos sentimentos da família do bebê portador de fissura¹⁵. Nesse trabalho pode-se constatar através de relatos das mães que alguns profissionais no momento de informar o diagnóstico da fissura demonstraram desconhecer o problema. É importante destacar que o despreparo de alguns profissionais de saúde no momento de informar sobre o diagnóstico da fissura pode desencadear diferentes sentimentos na família, principalmente na mãe que se encontra fragilizada pela situação vivenciada. Existem poucos hospitais referências, que possuem profissionais capacitados

para o atendimento desses pacientes. Na maioria dos casos, os bebês nascem em hospitais menores, de cidades pequenas, onde os profissionais não têm o devido preparo para conduzirem essa situação, dado esse comprovado nesta pesquisa onde apenas 7 bebês nasceram em hospital de referência para o tratamento de fissuras.

Dentre as orientações sobre a fissura labiopalatina a que se faz mais necessária nos primeiros dias de vida do bebê é sobre a forma de alimentação do bebê, de acordo com os relatos descritos pelas mães nesta pesquisa, e também confirmadas por estudos, a orientação passada pelos profissionais de saúde pode levar ao fracasso no aleitamento materno exclusivo^{7,16,19}.

No que tange ao tipo de fissura, bebês que apresentaram fissuras transforame, ou seja, fissuras mais complexas, receberam um tempo menor de aleitamento materno exclusivo, do que aquelas com fissuras pré-forame. O principal motivo relatado pelas mães, pela não efetivação do aleitamento materno exclusivo, foi que o bebê não teve força para sugar, fato este também descrito por diversos autores^{7,19,30}. O fato do desmame precoce pode ter ocorrido devido principalmente à complexidade da fissura apresentada pelo bebê e também pela falta de orientação sobre aleitamento materno no pós-parto imediato.

CONCLUSÃO

Foi verificado no presente trabalho que as mães avaliadas eram jovens, com baixo nível escolar e um número expressivo delas recebeu a informação do diagnóstico da fissura durante a gestação e orientação sobre o aleitamento materno. Medo e preocupação foram sentimentos comumente relatados.

REFERÊNCIAS

- Diewert VM. A morphometric analysis of craniofacial growth and changes in spatial relations during secondary palatal development in human embryos and fetuses. *Am J Anat*. 1983; 167(4): 495-522.
- Christensen K, Mitchell LE. Familial recurrence-pattern analysis of nonsyndromic isolated cleft palate-a Danish Registry study. *Am J Hum Genet*. 1996; 58(1): 182-190.
- Mossey P, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. 2009; 374(9703): 1773-1785.
- Beaty TH, Murray JC, Marazita ML, Munger RG, Ruczinski I, Hetmanski JB, *et al*. A genome-wide association study of cleft lip with and without cleft palate identifies risk variants near MAFB and ABCA4. *Nat Genet*. 2010; 42(6): 525-529.
- Wehby GL, Cassell CH. The impact of orofacial clefts on quality of life and healthcare use and costs. *Oral Diseases*. 2010; 16(1): 3-10.
- Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odontol São Paulo*. 1968; 6(2): 111-128.
- Di Ninno CQMS, Gonçalves, KC, Braga, MS, Miranda, ICP. Prevalência de fissura de palato submucosa associada à fissura labial. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2011; 16(3): 304-309.
- Shi M, Wehby GL, Murray JC. Review on genetic variants and maternal smoking in the etiology of oral clefts and other birth defects. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2008; 84(1): 16-29.
- Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet*. 2011; 12(3): 167-178.
- Bellizzi S, Ali MM, Abalos E, Betran AP, Kapila J, Pileggi-Castro C, *et al*. Are hypertensive disorders in pregnancy associated with congenital malformations in offspring? Evidence from the WHO Multicountry cross sectional survey on maternal and newborn health. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16(1): 198.
- De Roo LA, Wilcox AJ, Lie RT, Romitti PA, Pedersen DA, Munger RG, *et al*. Maternal alcohol binge-drinking in the first trimester and the risk of orofacial clefts in offspring: a large population-based pooling study. *Eur J Epidemiol*. 2016; 31(10): 1021-1034.
- Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classification of cleft lip and cleft palate. Suggested changes. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. 1972; 27(1): 5-6.
- Carvalho APB, Tavano LA. Avaliação dos pais diante do nascimento e tratamento dos filhos portadores de fissura labiopalatal, no hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais da Universidade de São Paulo-Bauru. *Pediatria Moderna*. 2000; 36(12): 842-847.
- Franco D, Franco T, Ian M, Peixoto-Filho F, Rezende-Filho J. The importance of pre-natal diagnosis of facial congenital malformations. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013; 66(8): 236-237.
- Zeytinoglu S, Davey, MP, Crerand, C, Fisher, K, Akyil, Y. Experiences of couples caring for a child born with cleft lip and/or palate: Impact of the timing of diagnosis. *J Marital Fam Ther*. 2016; 43(1): 82-89.
- Burca ND, Gephart SM, Miller C, Cote C. Promoting breast milk nutrition in infants with cleft lip and/or palate. *Adv Neonatal Care*. 2016; 16(5): 337-344.
- Zeytinoglu S, Davey MP, Crerand C, Fisher K. Fathers of children born with cleft lip and palate: Impact of the timing of diagnosis. *Fam Syst Health*. 2016; 34(2): 150-158.
- Miller, CK. "Feeding issues and interventions in infants and children with clefts and craniofacial syndromes." *Seminars in speech and language*. Thieme Medical Publishers. 2011; 32(2): 115-126.
- Silva EB, Fúria CLB, Di Ninno CQMS. Aleitamento Materno em Recém-Nascidos Portadores de Fissura Labiopalatina: Dificuldades e Métodos Utilizados. *Revista CEFAC*. 2005; 7(1): 21-28.
- Elahi MM, Jackson IT, Elahi O, Khan AH, Mubarak F, Tariq GB, Mita A. Epidemiology of cleft lip and cleft palate in Pakistan. *Plast. Reconstr. Surg*. 2004; 13(6): 1548-1555.
- Freita JA, Dalben GdaS, Santamaria M Jr, Freitas PZ. Current data the characterization of oral clefts in Brazil. *Braz Oral Res*. 2004; 18(2): 128-133.
- Zuccherro TM, Cooper ME, Maher BS, Daack-Hirsch S, Nepomuceno B, Ribeiro L *et al*. Interferon regulatory factor 6 (IRF6) gene variants and the risk of isolated cleft lip or palate. *N Engl J Med*. 2004; 351(8): 769-780.
- Pengelly RJ, Arias L, Martinez J, Upstill-Goddard R, Seaby EG, Gibson J, *et al*. Deleterious coding variants in multi-case families with non-syndromic cleft lip and/or papate phenotypes. *Sci Rep*. 2016; 26(6): 457.
- Vieira AR, Orioli IM, Murray JC. Maternal age and oral clefts: a reappraisal. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radil Endod*. 2002; 94(5): 530-535.
- Herkrath APCQ, Herkrath FJ, Rebelo MAB, Vettore MV. Parental age as a risk factor for non-syndromic oral clefts: a meta-analysis. *J Dent*. 2012; 40(1): 3-14.
- Cunha ECM, Fontana R, Fontana T, Silva WR, Moreira QVP, Garcias, GL *et al*. Anthropometry and risk factors in newborns with facial clefts. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2004; 7(4): 417-422.

27. Santana TM, Silva MDP, Brandão SR, Gomes AOC, Pereira, RMRP, Rodrigues, M. Nascidos vivos com fissura de lábio e/ou palato: as contribuições da fonoaudiologia para o Sinasc. Rev. CEFAC. 2015; 17(2): 485-491.
28. Mazzetti MPV, Kobata CT, Brock RS. Diagnóstico Ultrassonográfico Pré Natal da Fissura Lábio-Palatal. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2009; 38(1): 130-132.
29. Boztepe H, Ay A, Kerimoğlu Yıldız G, Cınar S. Does the visibility of a congenital anomaly affect maternal-infant attachment levels? J Spec Pediatr Nurs. 2016; 21(4): 200-211.
30. Reilly S, Reid J, Skeat J, Cahir P, Mei C, Bunik M. ABM clinical protocol #18: guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate, revised. Breastfeeding Medicine. 2013; 8(4): 349-53.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the profile of mothers with children with cleft lip and palate and to verify the guidelines received about this pathology and about breastfeeding. **Material and method:** Fifty mothers of children with cleft lip and palate of both sexes and without other associated congenital anomalies. Mothers were interviewed using a modified questionnaire, which was applied soon after screening at the Craniofacial Anomalies Outpatient Clinic of the General University Hospital of Cuiabá, Mato Grosso - Brazil. The data were analyzed using the ANOVA and Tukey tests for significance level of 5% ($p < 0.05$). **Results:** The results showed a higher prevalence of mothers with mean age of 20-30 years-old, and 64% of them did not have completed high school. Of all the mothers who underwent prenatal consultations, 74% of the

fissure were diagnosed during pregnancy, and they performed a larger number of prenatal consultations in comparison to those who received the diagnosis in the postnatal period. Regarding breastfeeding, 62% of them received prenatal guidance, which was 70% in the maternity ward, after diagnosis of the fissure. The feelings of concern and acceptance were the most reported by the mothers. The use of bottle feeding as a form of breastfeeding was observed in 54% of cases after discharge from maternity. **Conclusion:** It was verified that the mothers were young, with low school level and a significant number of them received the information of the diagnosis of fissure during pregnancy and about breastfeeding. Fear and worry were commonly reported feelings.

KEYWORDS: Cleft lip and palate; Malformation; Breastfeeding.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Alessandra Nogueira Porto
Avenida Beria Rio, 3100. Cuiabá-Mato Grosso.
aleporto@terra.com.br