

Administração alimentar no recém-nascido com fissura labiopalatina

Elaborado pelas fonoaudiólogas: Ana Paula Bautzer, Camila Di Ninno, Daniela Barbosa, Eliana Midori Hanayama, Iracema Rocha, Italita Gomes Weyand, Jeniffer de Cassia Dutka-Souza, Lídia D'Agostino, Nídia Zambrana, Regianne Weitzberg, Rejane Gutierrez, Rosana Prado de Oliveira, Vera Cerruti, Viviane Cristina de Castro Marino, Zelita Guedes

Colaboração dos pediatras: Hilton Coimbra Borgo e Tatiane Selbach

Introdução

A fissura labiopalatina (FLP) é uma condição congênita ocasionada pela ausência completa ou parcial de fusão dos processos nasomaxilares e palatinos durante a gestação. A etiologia é multifatorial, relacionada a uma combinação de fatores genéticos e ambientais. A prevalência mundial média estimada é de 1 caso para 1.000 nascidos vivos sendo que no Brasil é de 1/650 nascidos vivos e refere-se a pacientes com fissura de lábio e/ou palato, sem outras malformações associadas (FLP Isolada)¹. Segundo o Código Internacional de Doenças (CID10), as fissuras pertencem aos grupos Q35, Q36 e Q37 sendo usados os termos fenda palatina, fenda labial e fenda labial com fenda palatina. Enquanto o termo clinicamente proposto é Fissura Labiopalatina (FLP), vários documentos e profissionais da saúde usam fissura palatal, fissura de lábio e/ou palato e também se referem ao “portador” de fissura labiopalatina em vez de pessoa ou paciente com fissura labiopalatina.

A FLP apresenta grande variabilidade clínica, podendo apresentar desde uma pequena cicatriz labial (fissura de Keith) até fissuras complexas, como uma fissura transforame bilateral. Pode-se deparar também, em nossa prática diária, com fissuras submucosas, ocultas e medianas. Esta condição pode ocorrer de forma isolada, estar associada a outras malformações ou ainda fazer parte de um quadro sindrômico. Além da deformidade anatômica, com alterações de arcada dentária, as fissuras podem provocar alterações funcionais na fala e na alimentação e predispor o bebê a infecções de vias

aéreas e de orelha média².

Todos os recém-nascidos (RN) necessitam de atenção e cuidados especiais na hora da amamentação. Os que apresentam FLP também. Nosso maior objetivo é amenizar as dificuldades encontradas pelo RN com FLP e sua mãe, pois ambos estão descobrindo a melhor maneira de alimentar e ser alimentado.

O presente material apresenta orientações sobre a administração alimentar especificamente direcionadas para **RN com FLP isolada**, isto significa que não tenham outras patologias associadas (cardiopatias, neuropatias)

Importante considerar que apesar da fissura ser associada a um código de “doença”, a FLP **não é uma doença**. Os RNs com esta condição, entretanto, apresentam diferenças anatômicas e funcionais que aumentam o risco para alterações na alimentação, no funcionamento da orelha média e na audição, além da fala. As dificuldades dos RNs com FLP isolada podem ser minimizadas, logo após o nascimento, com orientações aos cuidadores e aos profissionais que recebem estes bebês nas maternidades e hospitais. As orientações são de extrema importância e quanto mais precoce, inclusive com a gestante, maior o impacto e melhores os resultados. As mudanças desejadas são encontradas no comportamento dos familiares e profissionais de saúde, durante os cuidados com o RN, quando estes passam a entender os ajustes possíveis para que o RN possa se adaptar à fenda desde as primeiras mamadas.

Alimentação do recém-nascido com FLP Isolada

Independente da alimentação oferecida ao RN, o ato de mamar deve ser compreendido como uma troca de carinhos, aconchego e nutrição. Quando um RN com fissura não puder se alimentar ao seio materno, ele ainda assim merece sentir o corpo da mãe e que esse momento seja tão especial quanto a alimentação ao seio materno.

Para alimentar um RN com FLP de forma segura e adequada é possível realizar adaptações posturais e usar estratégias facilitadoras durante a administração alimentar. É importante que profissionais e familiares

considerem que o próprio RN se adapta às condições anatômicas, de forma reflexa, visando suprir uma necessidade vital de obtenção do alimento. Enquanto as adaptações internas ocorrem por meio da necessidade do RN em ingerir o alimento, as adaptações externas são aquelas em que os profissionais e familiares podem proporcionar para facilitar este processo. Além das adaptações posturais e implementação de estratégias facilitadoras, é possível também adequar a mamadeira (bico e furo) usada para oferecer o leite. As seguintes observações permitem ajustes que podem favorecer o processo alimentar do RN com FLP desde a primeira mamada³:

1) Qual alimento oferecer?

- a. O leite materno é o melhor alimento para o RN. A amamentação no seio materno, geralmente é possível e deve ser incentivada para RN com fissura de lábio. Mas para alguns RNs com FLP, a amamentação requer cuidados específicos para o ganho pômbero-estatural e díade mãe-bebê. Mesmo quando a amamentação no seio materno não é possível (ou desejada), o leite materno pode ser ordenhado e oferecido ao RN com FLP como uma forma de otimizar seu desenvolvimento e minimizar a ocorrência de problemas com outros tipos de leite. No caso da impossibilidade de se utilizar o leite materno, é importante o acompanhamento do pediatra e/ou equipe de nutrição para identificação do melhor alimento para cada criança, que pode ser uma fórmula láctea adequada à idade.
 - i. O apoio da equipe de saúde é fundamental, com orientações sobre as possibilidades e limitações do aleitamento materno para que o momento da alimentação, natural ou artificial, seja uma experiência gratificante, promovendo vínculo entre a díade, sem frustrações ou culpa caso não se consiga estabelecer ou manter o aleitamento natural por muito tempo. O desejo de amamentar ou não, bem como as dificuldades tanto da mãe como do recém-nascido devem ser respeitados⁴.
 - ii. Antes da mamada um pouco de leite poderá ser ordenhado

até que essa fique macia para favorecer a pega correta na aréola e a extração do leite. Massagens e a própria sucção do RN estimulam a “descida” do leite.

- iii. Quanto à posição, o RN deve permanecer elevado, minimizando o refluxo nasal de alimentos durante a deglutição. A literatura refere diferentes posições para favorecer o aleitamento materno de RN com FLP: convencional, com o bebê semi-sentado, invertida e cavaleiro (ou cavalinho), a escolha de uma delas dependerá do conforto da díade e da promoção de uma alimentação funcional.

Figura 1 – Diferentes posições para o aleitamento: convencional, com o bebê semi-sentado, invertida e cavaleiro (ou cavalinho).



Fonte: Weyand e Barbosa (2017. p.45)

2) Onde e como oferecer o alimento quando a amamentação no seio materno não é possível, não é segura, ou oferece risco nutricional que pode comprometer o tratamento da fissura (com o adiamento da cirurgia, por exemplo)?

O RN com fissura palatina apresenta dificuldade em ser alimentado no seio. A maioria destes RN se adapta rapidamente, no entanto, para alguns é necessário tornar o processo aerodinâmico de sucção em um processo mecânico. É por meio da sucção adaptada que o RN com fissura no palato consegue obter o leite. As formas de sucção adaptada podem variar de RN

para RN e têm relação direta com o comprometimento anatômico. Um fonoaudiólogo pode favorecer a adaptação da sucção de acordo com as necessidades específicas de cada RN.

- a. É importante entender o que acontece com a sucção na presença da fissura no palato, independentemente de sua extensão:
 - i. É a fissura no palato (e não a fissura no lábio) que pode acarretar dificuldade para o RN obter o leite, uma vez que a comunicação entre a boca e o nariz não permite que a sucção ocorra naturalmente, pela dificuldade em gerar a pressão negativa intraoral necessária para sucção. Tendo-se como objetivo facilitar a obtenção do alimento por meio de um processo mecânico (ao invés do processo aerodinâmico que é natural para a maioria dos RN), é possível facilitar a alimentação de alguns RNs com fissura palatina por meio da sucção adaptada, cujas formas variam de acordo com as necessidades específicas de cada bebês. Apesar dos termos serem semelhantes, é importante distinguir **sucção adaptada** (uma necessidade para que o RN com FLP obtenha seu leite) de **deglutição adaptada** (uma alteração tratada pelo fonoaudiólogo).
 - ii. Todos os ajustes durante o processo alimentar têm como objetivo promover uma alimentação segura e adequada minimizando riscos de engasgo, fadiga, redução da quantidade ingerida e, conseqüentemente, visam prevenir os problemas com ganho pômdero-estatural.
- b. Quando não houver condições adequadas para o aleitamento materno ao seio, o leite poderá ser ordenhado e oferecido em uma mini-mamadeira (conhecida também como “chuca” ou “chuquinha”), ou ainda uma mamadeira que tenha um bico macio e com um furo que permita o gotejamento do leite (vide detalhes abaixo).

Figura 2 – Exemplo de mini-mamadeira ou chuquinha.



Fonte: www.lillo.com.br

- i. O bico pode ser posicionado sobre a língua e direcionado ao encontro da estrutura rígida existente no palato, como o processo palatino ou rebordo alveolar do lado não fissurado (no caso de fissura unilateral). Esta estratégia permite que o recém-nascido retire o leite mesmo quando não consegue a mudança na pressão intraoral necessária para sucção^{5,6}. Desta forma, o bebê com fissura palatina não associada à síndrome, na maioria das vezes, se adapta rapidamente a esse processo mecânico^{7,8,9}.
- ii. Nos casos de FLP bilateral completa é importante atentar para a possibilidade da ocorrência de ulceração do vômer, devido a um maior atrito com o bico da mamadeira.
- iii. Com alguns RNs é necessário realizar mais pausas para eructar, pois o RN com FLP deglute uma quantidade maior de ar levando a uma ingestão reduzida de leite. Uma das formas de diminuir a aerofagia é manter o bico cheio de leite evitando coluna de ar, da mesma forma que nos RNs sem fissura. Após a eructação, oferecer novamente a mamadeira para verificar se o RN ainda está com fome.
- iv. O tempo de mamada não deve exceder 30 minutos, descontando as pausas, evitando assim prejuízos no

ganho p \hat{u} ndero-estatural¹⁰.

3) O que considerar quanto aos tipos de bico e furo?

- a. Não existe um tipo de bico universal para RN com FLP e não é o tipo propriamente dito (ou a marca de bico) que deve ser considerado, e sim a maneira como este facilita ou dificulta o processo de alimentação.
- b. A indicação do tipo de bico e da forma ou tamanho do furo pode variar entre profissionais, de acordo com cada RN, dependendo, particularmente, do envolvimento do palato mole e da amplitude da fissura.

Figura 3 – Alguns exemplos de bicos de mamadeira usados para a alimentação do beb \hat{e} com fissura: (A) ortod \hat{o} ntico n \acute{u} mero de l \acute{a} tex; (B) ortod \hat{o} ntico big para l \acute{u} quidos engrossados; (C) super bico de latex.



(A)

Fonte: <https://bit.ly/2xM6xFs>



(B)

Fonte: <https://bit.ly/2NKz0GI>



(C)

Fonte: <https://bit.ly/2zuMo93>

- c. O leite deve gotejar e não escorrer. Se escorrer o risco de engasgo torna-se maior. Mas, um furo muito pequeno pode dificultar a obtenção do leite.

Figura 4 – Gotejamento de leite.



Fonte: arquivo pessoal.

4) Como mensurar se a forma selecionada para alimentar o bebê está dando certo?

- a. Se o RN estiver sendo alimentado ao seio, a demanda é livre. Aos que estiverem sendo alimentados por mamadeira, deve-se observar se o intervalo entre as mamadas está adequado, ou seja, de pelo menos 2h30 a 3h.
- b. Monitorar o ganho pômdero-estatural.

A presença de FLP isolada, por si só, não justifica a indicação de via alternativa de alimentação (sonda nasoenteral, sonda oro/nasogástrica e

gastrostomia). A sonda é recomendada, em geral, para RNs com histórico de prematuridade, desconforto respiratório, síndromes ou anomalias associadas e outras comorbidades associadas ao risco de disfagia, entre outros. A indicação da via alternativa de alimentação deve ser feita por meio da atuação interdisciplinar, pois se podem apresentar complicações simples como escoriação até perfurações do sistema digestivo, além de causar náusea, distensão abdominal e diarreia.

Na prática clínica duas vivências podem ser evitadas:

O *subtratamento*: Nem sempre os sinais da presença de anomalias associadas à FLP ou presença de síndromes, são identificados ao nascimento. Nestes casos os profissionais atuam como se a FLP fosse isolada. Algumas síndromes apresentam sinais sutis que vão se tornando mais “identificáveis” com o crescimento do bebê. Se este for o caso e se o bebê em questão continuar com dificuldade para mamar, mesmo após implementação de todas as orientações acima, é importante a intervenção da equipe interdisciplinar¹¹.

O *sobretreatamento*: Nestes casos o bebê tem apenas uma FLP isolada, a qual pode ser ampla e completa, dando a impressão (particularmente para familiares) que o bebê não conseguirá obter o alimento via oral. A via alternativa de alimentação é usada antes mesmo das adaptações externas que são necessárias para que o bebê realize a sucção adaptada e consiga receber a dieta por via oral. Em caso de dúvidas, observar o item 4b.

O desconhecimento sobre a patologia leva aos profissionais de saúde o uso de sondas desnecessárias por não entenderem a fisiopatologia da fissura.

Obviamente, em ambas as situações (*subtratamento ou sobretreatamento*) o objetivo da equipe é proporcionar uma alimentação adequada, segura, saudável e suficiente, desde as primeiras horas de vida.

A intenção deste material é disponibilizar orientações, iniciais ou complementares, para profissionais da saúde que atuam ou irão atuar no gerenciamento do RN com FLP. Espera-se que o material apresentado também favoreça uma reflexão dos profissionais da saúde, contribuindo para a implementação da conduta mais apropriada para cada bebê. Sabe-se que a promoção da amamentação ocorre quando o profissional de saúde demonstra que sua função é para auxiliar, abrindo um canal de comunicação positivo e bastante propício para o aconselhamento e a ajuda prática⁴.

REFERÊNCIAS

1. BRITO, L.A.; CRUZ L.A.; BUENO, D.F.; BERTOLA, D.; AGUENA, M.; BUENO, M.R.P. Fatores genéticos têm maior contribuição na etiologia das fissuras lábio-palatinas no interior do Ceará (Região Metropolitana do Cariri), Brasil. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* v.12,n. 4, p.151-4, 2009.
2. GORLIN, R.J.; COHEN, J.M.M.; HENNEKAM, R.C.M. Syndromes of the head and neck. 4.ed. New York: Oxford University Press Inc.; 2001.
3. WEYAND, I.C.G.; BARBOSA, D.A.; Como o meu bebê vai mamar? In: BARBOSA, D.A.; PANNUNZIO, L. As Fissuradas – guia de orientações sobre fissura labiopalatina. Ribeirão Preto: Book Toy, 2017.p.47-57.
4. BUENO, L.G.S.; TERUYA, K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr* (Rio J).v.80, n.5 ,p.S126- S130, 2004.
5. PEGORARO-KROOK, M.I. et al. Intervenção fonoaudiológica na fissura palatina. In: FERNANDES, F.D.M.; MENDES, B.C.A.; NAVAS, A.L.P.P. (org.). Tratado de Fonoaudiologia, 2ª ed. São Paulo: Roca, 2009. p.504-512.
6. SIDOTI, E.J., SHPRINTZEN, R.J. Pediatric care and feeding of the newborn with a cleft. In: SHPRINTZEN, R.J.; BARDACH, J. Cleft Palate speech management: a multidisciplinary approach. St. Louis: Mosby, 1995. p.63-74.
7. MILLER, C.K. Feeding issues and interventions in infants and children with clefts and craniofacial syndromes. *Semin Speech Lang.*v.32,n.2,p.115-26, 2004.
8. OLIVEIRA, R.P. Disfagia orofaríngea em bebês com anomalias craniofaciais e síndromes genéticas. In: MAXIMINO, L.P.; JOCOB-CORTELETTI, L.C.B.; BUENO, M.R.S.; CORRÊA, C.C.; BERRETIN-FELIX, G. (org.). Intervenção em Fonoaudiologia: comunicação sem limites.1ª ed. São José dos Campos: Pulso.v.9,p.107-26. 2013.

9. PRADO-OLIVEIRA, R. Disfagia Orofaríngea em bebês com anomalias craniofaciais e síndromes genéticas. In: 48º Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas HRAC-USP, 2015, Bauru. Anais 48º Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 2015.

10. BARROS, S.P., BORGIO, H.C., MARQUES, I.L.. Nutrição para crianças com fissura labiopalatina. Recomendações – Atualização de condutas em pediatria. Sociedade de Pediatria de São Paulo 47. 2009.

11. D'AGOSTINO, L.; ROCHA, I.S.A.R.; CERRUTI, V.Q. A Fonoaudiologia nos pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. In: MÉLEGA, J.C.; VITERBO, F.; MENDES, F.H. (org.) Cirurgia Plástica – Os Princípios e a Atualidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.343-5.