



## FENDA DE LÁBIO E OU PALATO: RECURSOS PARA ALIMENTAÇÃO ANTES DA CORREÇÃO CIRÚRGICA<sup>1</sup>

### *CLEFT LIP AND (OR) PALATE: FEEDING RESOURCES PRIOR TO CORRECTIVE SURGERY*

Lívia Gobby AMSTALDEN-MENDES<sup>2</sup>

Vera Lúcia GIL-DA-SILVA-LOPES<sup>3</sup>

#### RESUMO

As fendas de lábio e, ou, palato ocupam a segunda posição na lista de defeitos congênitos, afetando cerca de 1 entre 1 mil recém-nascidos. Os impactos médicos, sociais e psicológicos, assim como a significativa morbidade decorrente dessas anomalias, são bastante relevantes. Além de o seguimento clínico necessitar de uma equipe multidisciplinar, o primeiro e urgente desafio a ser abordado é o da alimentação durante o período neonatal. O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura acerca das intercorrências no processo alimentar de crianças portadoras de fendas de lábio e (ou) palato e descrever os recursos disponíveis para minimizar as dificuldades encontradas nesse processo, com o intuito de orientar os profissionais da saúde para que favoreçam o desenvolvimento nutricional e global da criança portadora desse defeito. O artigo foi estruturado em tópicos, nos quais se discutem os aspectos gerais relacionados às fendas de lábio e (ou) palato, bem como os aspectos anatômicos e funcionais que interferem diretamente na alimentação dos portadores, as intercorrências dos distúrbios alimentares e as técnicas de alimentação para cada tipo de fenda. Pode-se verificar que o problema da alimentação da criança portadora de fenda

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir da dissertação de L.G. AMSTALDEN-MENDES intitulada "Fenda de lábio e (ou) palato e fonoaudiologia: aspectos de saúde sob a visão da família". Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2005.

<sup>2</sup> Doutoranda, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Professora Doutora, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Genética Médica. Caixa Postal 6111,13084-971, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: V.L. GIL-DA-SILVA-LOPES. E-mail: <vlopes@fcm.unicamp.br>.

de lábio e (ou) palato é real e urgente, tanto para o afetado quanto para a família. O cuidado inicial, em especial, do recém-nascido, está sob a responsabilidade dos profissionais de saúde. Este artigo contribui para divulgar as orientações a serem fornecidas aos pais e familiares quanto aos primeiros cuidados na alimentação do bebê portador deste defeito congênito.

**Termos de indexação:** aleitamento materno; alimentação artificial; fenda labial; fenda palatina.

## ABSTRACT

*Cleft lip, with or without cleft palate, and isolated cleft palate are the second most common birth defect, affecting around 1 in every 1,000 newborns. The medical, social, and physiological impacts, as well as the significant morbidity caused by these conditions, are all relevant. In addition to the need of a multiprofessional team for a long-term treatment, the first urgent challenge is posed by the neonatal feeding period. The objective of this paper was to review the literature on intercurrent problems in the feeding process of children with cleft lip/palate, in order to describe the resources available for minimizing the difficulties of such process and help the health professionals to improve the general and nutritional development of children with such congenital defects. This article is structured into topics, which discuss the anatomic and functional aspects that directly interfere in the feeding process, as well as other aspects, such as the intercurrent feeding disorders, and the feeding techniques for patients with each type of cleft lip/palate. Feeding a child with any of these congenital defects is a real and urgent problem for both the child and the family. Initial care, which particularly refers to the case of newborns, is the responsibility of health professionals. This article contributes to providing parents and family members with information regarding the primary care required in feeding a newborn with cleft lip/palate.*

**Indexing terms:** breast feeding; bottle feeding; cleft lip; cleft palate.

## INTRODUÇÃO

As anomalias craniofaciais representam uma categoria importante de defeitos congênitos, devido à sua alta morbidade, à elevada frequência na população e à significativa interferência que causam no desenvolvimento global dos indivíduos afetados<sup>1</sup>. Estima-se que aproximadamente 1 em cada 1 mil nascidos-vivos, seja portador de fenda oral<sup>2</sup>, cuja ocorrência se dá durante o desenvolvimento embrionário, entre a 4<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> semana gestacional.

Estudos realizados em hospital terciário brasileiro, não especializado em fendas labiopalatais, revelaram aspectos importantes no atendimento dos indivíduos portadores deste defeito congênito. Na investigação do atendimento neonatal, observou-se que foram fornecidas orientações alimentares, ainda

na maternidade, para 73,08% (19/26) das famílias. Entretanto, isto não garantiu o ganho efetivo de peso para 84,62% (22/26) das crianças, levando ao atraso na programação para correção cirúrgica em 66,7% (12/18)<sup>3</sup>. Além desses dados, resultados preliminares de investigação nutricional em crianças com fenda labial e labiopalatal, atendidas em Ambulatório de Dismorfologia Craniofacial do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), revelaram que, das 11 crianças avaliadas, 6 apresentaram desnutrição crônica e 1 havia sofrido desnutrição progressiva<sup>4</sup>.

Em vista da alta prevalência e da morbidade associada às fendas labiais e labiopalatais, há uma crescente preocupação mundial para a formação de equipes multiprofissionais de atendimento a estes casos<sup>2</sup>. Entretanto, quando as necessidades e os

cuidados primários são plenamente administrados, os resultados contribuem para minimizar as complicações associadas. Neste artigo, foram revistos e normatizados os recursos alimentares possíveis de serem empregados com crianças portadoras de diferentes tipos de fenda de lábio e (ou) palato; estes recursos, podem ser utilizados antes das correções cirúrgicas, com o fim de reduzir as complicações decorrentes do baixo ganho de peso.

### Aspectos gerais das fendas de lábio e/ou palato

O mecanismo específico da formação das fendas, decorre da interrupção no desenvolvimento e/ou falha na fusão das saliências faciais e dos processos palatinos envolvidos. Quanto à etiologia, a maioria dos casos provém de fatores genéticos, dentre os quais se destaca a herança multifatorial, seguida de quadros sindrômicos com etiologias definidas, ou não, e teratogênese<sup>2</sup>.

Quanto à classificação das fendas, a mais difundida e utilizada no Brasil, por ser simples e objetiva, é a classificação de Spina et al.<sup>5</sup>, que distingue os mecanismos independentes de formação das estruturas anteriores e posteriores ao forame incisivo-ponto de referência eleito pelo autor (Quadro 1). À esta classificação, para torná-la mais completa, pode-se acrescentar, no grupo da fenda transforame incisivo, a fenda mediana<sup>6</sup>.

A presença das fendas labiais e/ou palatais acarreta distúrbios estéticos, anatômicos, emocionais,

sociais e alimentares. A alimentação é de alta complexidade, exigindo dos profissionais e familiares envolvidos na assistência direta, conhecimento, entendimento e paciência, para conduzir o processo de forma satisfatória, minimizando a ansiedade para a mãe e para a criança<sup>2,7,8</sup>.

Cada tipo de fenda traz consigo consequências específicas em relação à alimentação. Com base na classificação de Spina et al.<sup>5</sup>, este artigo propõe descrever as dificuldades envolvidas e os recursos alimentares disponíveis, com o propósito de orientar os profissionais da saúde em sua atuação junto ao afetado e sua família, especialmente na fase inicial do tratamento, contribuindo desse modo para o favorável desenvolvimento nutricional e global da criança.

### Dificuldades alimentares

A alimentação deve ser adequada tanto na forma de administração, como no seu valor nutricional, a fim de promover um suporte calórico eficiente para o crescimento e desenvolvimento da criança; em especial, das crianças com anomalias craniofaciais, as quais necessitam alcançar peso e condições de saúde ideais para poderem ser submetidas às cirurgias corretivas<sup>2</sup>.

A atenção dos profissionais de saúde ao problema da alimentação, via de regra, é insuficiente. Além disso, os profissionais nem sempre estão preparados (com conhecimento, práticas e atitudes

**Quadro 1.** Classificação das fendas de lábio e (ou) palato de acordo com Spina<sup>5</sup>.

Classificação das fendas	Estruturas anatômicas afetadas			
	Lábio	Alvéolo	Palato duro	Palato mole
Pré-forame incisivo incompleta*	+	-	-	-
Pré-forame incisivo completa*	+	+	-	-
Pré-forame mediana completa	+	+	-	-
Pré-forame mediana incompleta	+	-	-	-
Pós-forame incisivo completa	-	-	+	+
Pós-forame incisivo incompleta	-	-	-	+
Transforame*	+	+	+	+

\* Unilateral direita ou esquerda ou bilateral.

adequadas) para lidar com as peculiaridades no manejo da criança com fenda<sup>1,2,9</sup>, tais como as dificuldades alimentares, e/ou a insegurança, a angústia e o medo da mãe e dos familiares para manusear o bebê. Entretanto, estudos demonstram que os próprios pais desejam receber informações precocemente, em especial aquelas que se referem à alimentação do seu filho<sup>9</sup>.

Os principais problemas para a alimentação de crianças portadoras de fenda de lábio e/ou palato, são causados pela sucção ineficiente e pela regurgitação do leite para a cavidade nasal. Uma e outra têm conseqüências importantes, conforme se apresenta no esquema de problemas abaixo (Figura 1).

A sucção ineficiente decorre das alterações anatômicas e ocorre, principalmente, devido à ausência de pressão intra-oral negativa, causadas pelas alterações anatômicas da região oral. A falta de pressão negativa dificulta a remoção do leite e o posicionamento e a estabilidade do bico do seio ou da mamadeira<sup>2,7</sup>.

As dificuldades de alimentação presentes em cada caso podem variar, de acordo com as estruturas acometidas e com a extensão da fenda<sup>10</sup>. Desse modo, há orientações específicas para os cuidados relacionados a cada tipo de fenda.

## Fenda pré-forame incisivo

De maneira geral, os indivíduos afetados apresentam menores dificuldades alimentares, quando comparados àqueles com a fenda pós-forame incisivo. Nos casos de fenda pré-forame incisivo, a integridade do palato colabora para a manutenção da pressão negativa intra-oral e permite ao bebê um melhor padrão de sucção<sup>7,8</sup>. Entretanto, as crianças com fenda pré-forame incisivo *incompleta*, podem apresentar dificuldade na compressão do bico (seja da mamadeira ou do seio materno), levando ao escape do alimento por não haver adequado ajuste da boca da criança ao bico<sup>7</sup>. Além dessas intercorrências, em fenda pré-forame completa, ainda é possível que mesmo a projeção da pré-maxila dificulte a estabilização do bico na boca da criança.

## Fendas pós-forame incisivo

As fendas pós-forame, tanto a completa como a incompleta, são consideradas complexas, pois qualquer fenda palatal permite a comunicação entre as cavidades nasal e oral, impedindo a pressão negativa intra-oral e propiciando a regurgitação nasal.

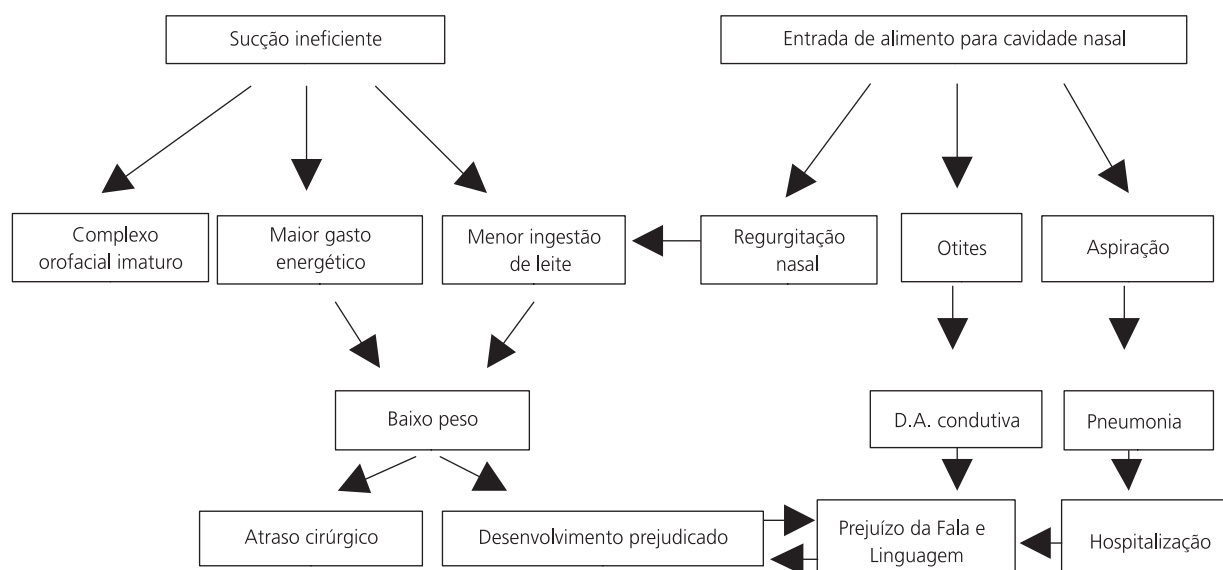


Figura 1. Problemas alimentares de crianças com fenda de lábio e(ou) palato e suas conseqüências.

No primeiro tipo destas fendas, a completa, a falta do palato deixa a língua sem suporte para realizar os movimentos adequados e necessários à sucção<sup>7</sup>.

### **Fenda transforame incisivo**

As crianças afetadas podem apresentar a somatória das dificuldades pontuadas anteriormente, já que o lábio, o alvéolo, o palato duro e o palato mole estão alterados. Por esta razão, há ausência da pressão negativa intra-oral, com instabilidade do bico, inabilidade para compressão do bico, escape de ar e de alimento pela fenda labial e, além da falta de apoio para a língua, há regurgitação nasal devido ao contato entre cavidades nasal e oral<sup>2,7</sup>.

Tendo em vista todas as dificuldades no que tange à alimentação de crianças com este defeito congênito, Reid<sup>11</sup> revisou a literatura com o objetivo de estudar as intervenções na alimentação recomendadas para tais casos. Foram abordados cinco temas principais: os recursos alimentares (mamadeiras, bicos de mamadeira, copos, colheres), as técnicas específicas de alimentação propostas por Richard<sup>12</sup>, o aleitamento natural, o uso da prótese de palato, e o aconselhamento nutricional dado à família, além da combinação destes recursos. Considerando os resultados dessas pesquisas, descreve-se a seguir os métodos de alimentação disponíveis para crianças com fenda de lábio e/ou palato, enfatizando-se os mais favoráveis a cada caso.

## **MÉTODOS DE ALIMENTAÇÃO**

### **Aleitamento natural**

O aleitamento materno é extremamente benéfico para o bebê, tanto pelo seu valor nutritivo, como por contribuir para um adequado desenvolvimento cognitivo<sup>13</sup>. Além disso, o leite materno tem propriedade antibacteriana, prevenindo as infecções, principalmente as infecções de ouvido médio,

comumente encontradas em crianças com fenda labiopalatal ou palatal.

A orientação básica a dar-se para a mãe de um recém-nascido, deve enfatizar o aleitamento materno, aclarando o fato de que a fenda não impede a realização do mesmo. O sucesso desta prática depende da estimulação da criança e da condição da mãe<sup>14</sup>, que deve estar com a saúde favorável e deve ser adequadamente assistida por profissionais da área de saúde<sup>2</sup>. A estimulação adequada da criança quando no seio materno, deve levar em conta suas próprias dificuldades<sup>2</sup> e o grau de complexidade da fenda<sup>2,8,14</sup>. Deve-se ainda considerar a quantidade de leite ingerida, que deverá ser a ideal para promover o favorável crescimento e desenvolvimento da criança<sup>2</sup>.

### **Fenda pré-forame e o aleitamento natural**

Comparadas às crianças com fenda palatal, as crianças com fenda pré-forame apresentam melhores condições para serem alimentadas no seio materno<sup>8,15</sup> além de se alimentarem por um tempo maior<sup>5,16</sup>.

Os bebês com fenda labial, principalmente unilateral<sup>17</sup>, respondem bem ao aleitamento materno<sup>1</sup>, pois a sucção, em muitos casos, não é afetada. Entretanto, podem apresentar alguma dificuldade em abocanhar o bico e a aréola do seio, pois o principal envolvido nesta ação é o lábio superior<sup>17</sup>, mais comumente afetado. A pega de seio adequada favorece a compressão do mamilo pelos lábios do recém-nascido e, com isso, a ejeção láctea do seio da mãe<sup>7</sup>. Para isso, o bebê deve ser ajudado a fazer a pega numa posição em que a mama possa vedar a fenda e impedir o escape de ar e de leite<sup>17</sup>. Quando há uma observação cuidadosa por parte dos profissionais de saúde, com orientações e ajustes individuais, essas crianças dificilmente precisam complementar a alimentação com outros métodos, tais como mamadeiras e copos<sup>2,7,14</sup>.

## Fenda pós-forame e transforame e o aleitamento natural

O aleitamento materno de bebês afetados por este tipo de fenda é uma opção, mas geralmente exigirá suplementação. A amamentação poder ser favorável, considerando-se o tamanho e a localização específica da fenda: será mais efetiva nos casos em que a fenda é estreita e mais posterior do que nos casos em que há fenda mais extensa ou completa de palato ósseo. Isto ocorre, porque em fendas pequenas é possível gerar uma pressão negativa intra-oral parcial, estabilizar o bico e realizar a sucção utilizando-se a porção anterior intacta do palato<sup>2</sup>. Em casos de fendas palatais mais extensas, porém, há maior dificuldade em gerar-se a pressão negativa, pois a língua não comprime o tecido mamário contra o palato, prejudicando a sucção. Nestes casos, é necessária a introdução de métodos complementares para a alimentação<sup>17</sup>.

Nas crianças com fenda labiopalatal, o aleitamento materno é mais difícil, pois além das complicações geradas pela ausência do palato, a fenda labial dificultará o posicionamento correto do bico e aréola na boca da criança, dificultando ainda mais a extração do leite<sup>1, 2</sup>.

Mesmo com a ênfase no aleitamento natural, é necessário o complemento da alimentação por outro recurso, pois, devido às dificuldades apontadas, o tempo de mamada é muito prolongado, causando ao bebê um elevado gasto energético. Isto resulta em um baixo ganho de peso, em aumento do risco de desidratação e em distúrbios do desenvolvimento e crescimento da criança<sup>18</sup>.

Os bebês com fendas mais complexas devem receber cuidados especiais para minimizar, entre outras complicações, os riscos de regurgitação do leite para a cavidade nasal<sup>1,2,17</sup>. Para isto, é necessário garantir-se uma postura favorável do bebê no colo da mãe<sup>17,19</sup>. Pode-se posicionar o bebê semi-ereto, de frente para o corpo da mãe ou, como alternativa, deitar o bebê com a cabeça inclinada para o colo, enquanto a mãe inclina o corpo sobre ele; nesta posição, a ação da gravidade permite que o bico e a

aréola penetrem com mais facilidade dentro da boca do bebê, proporcionando maior vedação da fenda<sup>20</sup>, melhor escoamento do alimento para a orofaringe e o esôfago, reduzindo a fadiga e a energia gasta pelo bebê durante a alimentação. As mães que conseguem facilmente extrair o leite, podem posicionar o bebê no colo, de forma que, por meio da extração manual, o leite seja diretamente ejetado na boca do bebê<sup>7</sup>.

A combinação do aleitamento materno direto e o fornecimento do leite materno ordenhado para completar a quantidade de leite ingerida, assim como somente a ingestão do leite materno ordenhado, são os melhores métodos para alimentar a criança com fenda labiopalatal, mas, para levá-los a cabo, é necessário um amplo suporte de profissionais especializados<sup>2</sup>. Mesmo que o bebê não consiga receber pelo aleitamento natural toda a quantidade de leite que lhe é necessária, o tempo que ele se mantém em contato físico com o seio da mãe tanto contribui para o estabelecimento e desenvolvimento dos reflexos motores que garantirão mais tarde uma alimentação adequada, como influencia o estabelecimento de um relacionamento afetivo positivo entre a mãe e o bebê<sup>17</sup>.

Em cada momento de alimentação, alguns cuidados devem ser observados, tais como o tempo que o bebê pode levar para alimentar-se no seio materno -de forma que não haja demasiado esforço e perda energética excessiva-, bem como o volume de leite oferecido para completar a alimentação e qual o tempo necessário para isto. Se, mesmo assim, o bebê demonstrar perda de peso ou dificuldade em ganhá-lo, é necessário analisar e reavaliar todos os procedimentos<sup>2,17</sup>. É importante ressaltar que as habilidades para se alimentar variam entre as crianças e dependem de algumas variáveis, como o tipo e extensão da fenda, infecções respiratórias e mudança na rotina da criança<sup>18</sup>.

## Recursos para o aleitamento artificial

O emprego de outros métodos de alimentação pode ser necessário, para que o consumo de leite permita o crescimento e ganho de peso. A

escolha do recurso deve ser baseada na disponibilidade do recurso<sup>2</sup>, na capacidade de adaptação do lactente e na habilidade materna.

### Sonda nasogástrica

As crianças portadoras de fenda de lábio e/ou palato, sem outras anormalidades, podem ser alimentadas por via oral desde as primeiras horas após o nascimento, não sendo necessário, comumente, o uso de sonda nasogástrica<sup>14</sup>.

Do ponto de vista fisiológico, a alimentação por via oral prepara a fase oral da digestão, estimula os reflexos de sucção e o desenvolvimento proprioceptivo de toda a cavidade oral. Desde o mesmo ponto de vista, o uso da sonda nasogástrica é um método de alimentação invasivo e desconfortável para o recém-nascido; pois a introdução da sonda na narina provoca obstrução nasal, dificuldade na vedação labial e prejuízos nos movimentos de sucção e deglutição, além de acarretar a imaturidade do complexo orofacial<sup>1</sup>. O uso desse recurso deverá limitar-se àqueles portadores de fenda de lábio e/ou palato que realmente apresentem dificuldades extremas para alimentar-se por via oral, e que, portanto, não estejam ganhando peso suficiente, ou que possuam algum outro distúrbio associado<sup>1</sup>.

### Mamadeira: aspectos gerais

Um recurso alternativo, comumente utilizado para o aleitamento artificial, a mamadeira apresenta bicos variados<sup>14</sup>, os quais deverão ser selecionados

de acordo com as condições clínicas da criança (Quadro 2).

A escolha do bico adequado deverá ser baseada no comprimento, na flexibilidade, no tamanho do furo e na posição em que se acomoda na cavidade oral<sup>1</sup>. Quanto à posição do orifício do bico na boca do recém-nascido, esse deve estar voltado para cima, ou seja, de encontro ao palato. Entretanto, não há consenso entre os profissionais quanto às vantagens de o orifício estar nesse local: para alguns, isso não modifica o direcionamento do alimento, não diminui o refluxo nasal e não está de acordo com a fisiologia da extração do leite<sup>1,21</sup>. Contudo, os principais fatores considerados responsáveis em impedir o refluxo nasal, são: a postura verticalizada da criança no momento da alimentação<sup>1,2</sup> e o controle do fluxo de leite determinado pelo tamanho do orifício do bico.

Com relação ao tamanho do furo, quando aumentado, permite um fluxo mais rápido de leite e menor gasto energético na mamada. No entanto, Redford et al<sup>22</sup> consideram que um orifício maior favorece a regurgitação e prejudica a coordenação entre as funções orais. Os bicos deverão ser graduados de acordo com a capacidade e eficiência da sucção do paciente em questão.

Há também diferentes modelos de mamadeiras<sup>22</sup>, sendo algumas, maleáveis, o que permite introduzir o leite na cavidade oral da criança<sup>11</sup>, sem que esta necessite fazer esforço para sugar<sup>21</sup> (Quadro 3).

**Quadro 2.** Tipos de bicos de mamadeiras e suas características de mamadeiras.

Tipos de bicos*	Características
Bicos em formato ortodôntico	Formato mais favorável aos movimentos de sucção; o que mais se aproxima ao formato do bico do seio;
Bicos <i>Man Vented</i> (tamanho 1 ou 2)	Bico em formato ortodôntico: sistema que previne colapamento do bico e a deglutição de ar durante a alimentação;
Bico <i>NUK</i> especial para fissura de lábio	Bico de base larga: auxilia na vedação da fenda labial;
Bico <i>NUK</i> especial para fissura de palato	Bico grande e largo: não recomendável para bebês pequenos; mas útil para bebês com dificuldades para adaptar-se a outros tipos de bicos;
Bico comum de base larga	Base ampla, permite vedar a fissura labial.

Adaptada de Clapa<sup>21</sup>. \* Os bicos são confeccionados em látex (mais maleável) e em silicone.

**Quadro 3.** Modelos de mamadeiras e suas características.

Tipos de mamadeiras	Características
Mead Johnson	Muito maleável; Furo em forma de cruz; Pode-se adaptar a ela o bico ortodôntico; Eficaz para uso em alimentação assistida
Chico	Maleável; Bico em formato de colher; Requer menor esforço do bebê
Softplas	Maleável; Bico disponível em formato de colher; Requer menor esforço do bebê
Comum	Mais rígida; Pode-se adaptar a ela qualquer bico

Na fase inicial, quando o bebê ainda está se adaptando à mamadeira, são indicadas manobras que facilitem o escoamento do leite para a cavidade oral: tais como apertar o frasco da mamadeira, apertar levemente o bico nas laterais e fazer pressão externa nas bochechas<sup>1,21</sup>, procedimento que, contribui para o aumento da pressão intra-oral negativa, melhorando a vedação labial. Segundo Bannister<sup>23</sup>, estas são *técnicas de alimentação assistida*.

É importante também orientar a mãe e os familiares quanto a tomarem os seguintes cuidados: manter a criança em postura semi-sentada durante a alimentação; fazer a higiene oral pré e pós-mamada, com hastes flexíveis de algodão ou toalha limpa, embebidas em água fervida -pois resíduos de alimentos na fenda tornam-se um meio propício para o desenvolvimento de infecções; ter paciência para alimentar o bebê, pois o tempo de mamada é prolongado; certificar-se de que o bico da mamadeira já esteja cheio de leite no momento de ser introduzido na boca do bebê, evitando a ingestão excessiva de ar<sup>1,17</sup>.

### Fenda pré-forame e alimentação por mamadeira

O tipo de fenda pode determinar qual o bico artificial e a mamadeira a serem utilizados. Para o portador de fenda labial que, por algum problema, não pode ser amamentado no seio materno, pre-

coniza-se o uso de bico de base larga, o qual auxilia a vedar a fenda e impedir o escape de ar durante a sucção. Para isto, constatou-se maior efetividade na utilização do bico ortodôntico da NUK, o qual gera maior pressão negativa e proporciona melhores movimentos fisiológicos da língua e dos lábios do que o da mesma marca confeccionado especificamente para a fenda<sup>10</sup>.

### Fenda pós-forame e transforame e o uso da mamadeira

Nos casos de fenda palatal, recomenda-se o bico de látex, mais flexível que o de silicone, e com um furo maior, já que, freqüentemente, esta associação permite ao bebê movimentar a língua, extraindo assim uma maior quantidade de leite<sup>7</sup>.

Um estudo revela que, tanto a utilização do bico ortodôntico da NUK, quanto a daquele confeccionado propriamente para crianças com fenda labiopalatal ou palatal, não promovem a pressão negativa intra-oral, mesmo utilizando-se as placas que vedam a fenda palatal<sup>10</sup>. Outro estudo, no qual foi avaliada a pressão negativa intra-oral, utilizando-se o bico padrão comparado ao bico confeccionado para crianças com fenda, concluiu que nenhum destes bicos contribuiu para gerar a pressão negativa intra-oral<sup>24</sup>.

O bico especial parece promover maior eficiência na alimentação, quanto à extração do leite<sup>24</sup>. Isto ocorre, possivelmente, devido ao seu formato, que é mais longo e amplo, o que facilita a sua compressão e permite a retirada de maior quantidade do leite.

Para as crianças com fenda labiopalatal, a mamadeira de bico ortodôntico contendo válvula possibilita melhor sucção. A válvula deste bico impede a saída de leite quando a criança não está sugando e permite que a quantidade de leite extraída seja adequada aos movimentos de deglutição, minimizando os riscos de regurgitação. Neste caso, o orifício do bico deve estar na parte póstero-inferior, ou seja, em contato com a língua, diminuindo a regurgitação do leite para a cavidade nasal<sup>24</sup>.



Estudos realizados por Clarren et al.<sup>7</sup>; Choi et al.<sup>19</sup>; Shaw et al.<sup>25</sup> e Brine et al.<sup>26</sup> determinaram a aplicabilidade e funcionalidade de muitos recursos alimentares disponíveis para crianças com fenda de lábio e/ou palato. O Quadro 4 apresenta os recursos mais adequados a cada tipo de fenda.

### Técnica de alimentação

Richard<sup>12</sup> avaliou o sucesso do método alimentar *Enlargement, Stimulation, Swallowing, Rest method* (ESSR), o qual consiste em: aumento do furo do bico, estimulação da sucção, espera para a deglutição e descanso -com monitoramento da duração da alimentação. Todas as crianças participantes do estudo usaram o obturador de palato. Observou-se um favorável ganho de peso nas crianças alimentadas por este método -resultado que foi considerado essencialmente positivo por Reid<sup>11</sup>. Portanto, considera-se a técnica ESSR como a melhor prática para o momento.

### Obturadores de palato

O uso de placas (obturadores) no palato, com a finalidade de auxiliar na alimentação, tem sido

muito discutido. Na alimentação com mamadeira, esta placa tem a função de vedar a fenda palatal, permitindo que o bebê pressione o bico contra a superfície da placa, gere pressão intra-oral negativa e consiga extrair o leite de uma forma mais efetiva e em maior quantidade. O seu uso impede a regurgitação do leite para a cavidade nasal<sup>22,27</sup> e melhora o ganho de peso<sup>20</sup>.

A placa HOTZ-TYPE, usada no tratamento precoce de neonato com fenda palatal, foi modificada, para permitir sua utilização pelo bebê durante o aleitamento natural. Os resultados demonstraram um melhor padrão de sucção no seio materno e maior ingestão de leite, embora em quantidade ainda insuficiente. No entanto, apesar de ser necessário o complemento alimentar, mães e bebês vivenciaram o aleitamento natural<sup>19</sup>.

A combinação entre o uso da placa e o seguimento das orientações fornecidas às mães, propicia uma redução no tempo da alimentação, um aumento do volume de leite ingerido e está associada a um bom desenvolvimento da criança. Mães que desejavam o aleitamento materno e usaram o obturador como suporte, proporcionaram ao bebê, além da nutrição específica oriunda do leite materno, um aumento da ingestão desse alimento e o decréscimo da fadiga da criança<sup>28</sup>.

**Quadro 4.** Métodos alimentares indicados para cada tipo de fenda.

Tipo de fenda	Técnica de alimentação	Fonte
Fenda pré-forame incisivo	Aleitamento natural exclusivo	Clarren et al. <sup>7</sup>
	Mamadeira com bico de base larga	Choi et al. <sup>19</sup>
	Bico ortodôntico Nuk	Choi et al. <sup>9</sup>
	Mamadeira maleável + bico orto Nuk - requer menos intervenção após instruções iniciais	Shaw et al. <sup>25</sup>
	Sem necessidade de recursos para auxiliar a alimentação	Clarren et al. <sup>7</sup>
Fenda pós-forame incisivo e transforame	Dificuldade de aleitamento natural exclusivo	Clarren et al. <sup>7</sup>
	Necessidade de outros recursos	Clarren et al. <sup>7</sup>
	Tipo de bicos varia de acordo com grau e extensão da lesão	Brine et al. <sup>26</sup>
	Mamadeira Mead Johnson	Brine et al. <sup>26</sup>
	Mamadeira rígida + furo em cruz	Clarren et al. <sup>7</sup>
	Bico comum e ortodôntico	Shaw et al. <sup>25</sup>
	Bico flexível com furo aumentado	Shaw et al. <sup>5</sup>
	Mamadeira maleável + bico orto Nuk	Brine et al. <sup>26</sup>
	Bico especial da Nuk	Shaw et al. <sup>25</sup>
Mamadeira contendo válvula		
Orientação alimentar e aporte nutricional		

Em muitos casos, o fechamento velofaríngeo, importante no processo alimentar, está comprometido e a placa não atinge essa região<sup>10</sup>. Apesar da placa proporcionar um suporte para facilitar a compressão do bico<sup>27</sup>, ela ocupa grande porção do espaço intra-oral. Por este motivo, estaria contra-indicada em casos de crianças com retrognatia -as quais têm a língua posicionada mais posteriormente- pelo risco de oclusão da passagem aérea<sup>29</sup>.

Ressalta-se que, apesar de muitos estudos reportarem o uso de placa, os efeitos de sua utilização não estão sendo avaliados com o rigor científico necessário.

## O uso do copo

Atualmente, no caso de crianças com fendas de lábio e/ou palato, a alimentação por copo não tem sido cientificamente avaliada<sup>11</sup>. Este método é usualmente utilizado em recém-nascido pré-termo e com baixo peso ao nascimento<sup>29</sup>. Segundo alguns pesquisadores, o uso do copo pode ser um recurso recomendado para as mães que desejam amamentar seus filhos no seio mas precisam de um método adicional de alimentação até a correção cirúrgica<sup>29</sup>, ou mesmo nos casos em que a mãe não quer ou não pode amamentar a criança. Lange et al.<sup>29</sup> relataram experiência positiva do uso do copo para criança com fenda labiopalatal unilateral.

O uso de copo, trata-se de um método simples, prático e com baixo custo para alimentação. Apresenta muitas vantagens, tais como: promover uma experiência oral positiva, com conforto e fortalecimento do vínculo entre o bebê e os pais, pois estes participam da alimentação do filho; permitir um menor gasto de energia em comparação ao gasto resultante da alimentação por mamadeira, minimizando a fadiga do bebê e o risco de perda de peso; favorecer o aumento da produção de saliva e enzimas digestivas, já que estimula receptores orais, resultando em uma digestão mais eficiente; e também, promover os movimentos da mandíbula, da língua e dos músculos da face<sup>29</sup>.

Entretanto, há contra-indicações para o uso do copo nos casos de fendas. Dentre elas, destacam-

-se os casos de recém-nascidos com riscos para aspirações, como nos casos de reflexos de engasgos diminuídos, letargia geral e déficit neurológico. Estudos ainda precisam ser realizados para detalhar o uso do copo, suas vantagens e desvantagens, com recém-nascidos portadores de anomalias craniofaciais. A alimentação por copo é um método alternativo e uma opção disponível tanto para os pais quanto para os profissionais de saúde, que desejem soluções não convencionais para solucionar os problemas de alimentação<sup>29</sup>.

## Importância da assistência profissional e acompanhamento nutricional de crianças com fenda de lábio e/ou palato

Estudos realizados por Shaw et al.<sup>25</sup>; Brine et al.<sup>26</sup>; Turner et al.<sup>28</sup> e Richard<sup>30</sup> propõem o acompanhamento nutricional. Para que qualquer método de alimentação selecionado garanta o aporte nutricional, permita a tranquilidade na administração do alimento e favoreça o crescimento e desenvolvimento da criança, é necessário o acompanhamento periódico de um profissional especializado. De acordo com Reid<sup>11</sup>, a assistência e a orientação alimentar conduzidas por profissionais especializados, contribuem para uma alimentação efetiva, maximizando os efeitos dos métodos selecionados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adequada nutrição nos primeiros anos de vida é essencial para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Os recém-nascidos com anomalia crânio-facial, em especial os portadores de fenda de lábio e/ou palato, necessitam de um grande e favorável aporte nutricional, não somente para o seu crescimento, mas, principalmente, para estarem aptos a serem submetidos às cirurgias corretivas no prazo correto.

O problema da alimentação da criança portadora de fenda de lábio e/ou palato é real e urgente, tanto para o portador quanto para a família. O cuidado inicial, que se refere especialmente ao recém-nascido, está sob responsabilidade dos profissionais

de saúde, os quais, para conduzirem o processo de forma satisfatória, devem ter conhecimento das dificuldades alimentares inerentes a cada caso e dos recursos disponíveis para serem utilizados.

Os aspectos envolvidos nos cuidados da alimentação destes pacientes abrangem situações complexas, que envolvem, tanto as condições anatômicas, como as relações afetivas e sociais. Embora existam vários métodos para alimentar uma criança com fenda de lábio e /ou palato, o mais importante é que a escolha de um deles seja baseada nas necessidades da criança. É preciso escolher o método ao qual ela se adapte, aquele que melhor possa mantê-la o mais próximo da mãe e que, principalmente, ofereça condições para o aporte nutricional adequado.

#### A G R A D E C I M E N T O

Este trabalho recebeu apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (processo nº 438/2002).

#### R E F E R Ê N C I A S

1. Altmann EBC. Tratamento precoce. In: Altmann EBC, editor. *Fissuras labiopalatinas*. 4a.ed. Carapicuíba: Pró Fono. 1997; p.291-323.
2. Wyszynski DF. *Cleft lip & Palate: from origin to treatment*. New York: Oxford University Press; 2002.
3. Amstalden-Mendes LG; Gil-da-Silva-Lopes VL, Magna LA. Neonatal care of infants with cleft lip and/or palate: feeding orientation and evolution of weight gain in non-specialized Brazilian Hospital. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007; 44(3):329-34.
4. Moreno YMF, Nogueira RJN, Sakata MT, Gil-da-Silva-Lopes VL. Estado nutricional de crianças com fissura de lábio e (ou) palato em seguimento clínico em um hospital não especializado: resultados preliminares. Apresentados no 17º Congresso Brasileiro de Genética Clínica, Curitiba: 2005. [Pôster].
5. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestões de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo.* 1972; 27(1):5-6.
6. Silva Filho OG, Ferrari Júnior FM, Rocha DL, Freitas JAS. Classificações das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestões de modificação. *Rev Bras Cir.* 1992; 82(2):59-65.
7. Clarren SK, Anderson B, Wolf LS. Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Cleft Palate J.* 1987; 24(3):244-9.
8. Silva Dalben G, Costa B, Gomide, MR, Teixeira das Neves LT. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2003; 40(1):84-7.
9. Young JL, O'Riordan M, Goldstein JA, Robin NH. What information do parents of newborns with cleft- lip, or palate, or both, want to know? *Cleft Palate Craniofac J.* 2001; 38(1):55-8.
10. Choi BH, Kleinheinz J, Joos U, Komposch G. Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1991; 20(3):167-9.
11. Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2004; 41(3):268-78.
12. Richard ME. Feeding the newborn with cleft lip and/or palate: the enlargement, stimulate, swallow, rest (ESSR) method. *J Pediatr Nursing.* 1991; 6(5): 317-21.
13. Aniansson G, Svensson H, Becker M, Ingvarsson L. Otitis media and feeding with breast milk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2002; 36(1):9-15.
14. Thomé S. Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de São Paulo; 1990.
15. Almeida MLG, Passerotti ALAC. Amamentação materna em fissurados: estudo retrospectivo. *Pediatr Mod.* 1986; 21(2):85-90.
16. Silva EB, Fúria CLB, Di Ninno CQMS. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Rev Cefac.* 2005; 7(1):21-8.
17. Almeida H. Situações especiais no lactante. In: Carvalho MR, Tamez RN. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.162-80.
18. Wide Smiles. Breast feeding the cleft-affected newborn: making is safe. *Wide smiles Cleft links* 1996 [cited 2003 Oct 6]. Available from: <http://www.widesmiles.org/cleftlinks/WS-004.html>
19. Kogo M, Okada G, Ishii S, Shikata M, Iida S, Matsuya T. Breast feeding for cleft lip and palate patient, using the Hotz-type plate. *Cleft Palate Craniofac J.* 1997; 34(4):351-3.

20. Lang S. Aleitamento do lactente: cuidados especiais. São Paulo: Santos Editora; 1997.
21. Cleft lip and palate association (Clapa). Feeding babies with a cleft palate or cleft lip and palate [cited 2004 May]. Available from: [www.clapa.com/feeding\\_babiespal.html](http://www.clapa.com/feeding_babiespal.html)
22. Redford-Badwal DA, Mabry K, Frassinelli JD. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. *Dent Clin North Am.* 2003; 47(2):305-17.
23. Bannister P. Conduta na alimentação inicial. In Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatal. São Paulo: Santos Editora; 2005. p.137- 47.
24. Mizuno K, Ueda A, Kani K, Kawamura H. Feeding behavior of infant with cleft lip and palate. *Acta Paediatr.* 2002; 92(11):1227-32.
25. Shaw WC, Bannister RP, Roberts CT. Assisted feeding is more reliable for infants with clefts: A randomized trial. *Cleft Palate Craniofac J.* 1999; 36:262-8.
26. Brine EA, Rickard KA, Brady MS, Liechty EA, Manatunga A, Sadove M, et al. Effectiveness of two feeding methods in improving energy intake and growth of infants with cleft palate: a randomized study. *J Am Diet Assoc.* 1994; 94:732-8.
27. Osuji OO. Preparation of feeding obturators for infants with cleft lip and palate. *J Clin Pediatr Dent.* 1995; 19(3):211-4.
28. Turner L, Jacobsen C, Humenczuk M, Singhal VK, Moore D, Bell H. The effects of lactation education and a prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2001; 38(5):519-24.
29. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child.* 1994; 71(4):365-9.
30. Richard M. Weight comparisons of infants with complete cleft lip and palate. *Pediatr Nurs.* 1994; 20(2):191-6.

Recebido em: 15/9/2005

Aprovado em: 9/1/2006