

# A POSSIBILIDADE DE AMAMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PORTADORES DE FENDA LABIOPALATINA: REVISÃO DA LITERATURA

## THE POSSIBILITY OF BREASTFEEDING OF NEWBORN PATIENTS WITH LABIOPALATINE CLEFT: A LITERATURE REVIEW

Érica Aparecida Nieve Souza<sup>1</sup> e Reginaldo Paim Ferreira dos Santos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Professora e Supervisora do estágio de Saúde da criança e do Adolescente do curso de Enfermagem da Universidade Paulista – Unip.

<sup>2</sup> Graduando do curso de Enfermagem da Universidade Paulista – Unip.

### RESUMO

A fase de formação da face inicia-se na quarta semana e completa-se entre a quinta e a oitava semana, sendo que os processos de formação do palato ocorrem entre a quinta e 20ª semana do desenvolvimento fetal. Através da ultrassonografia, a constatação do diagnóstico de malformação labiopalatal é confirmada. A fissura labiopalatina pode ser causada por fatores genéticos e/ou ambientais. As fissuras são classificadas em grupos, de acordo com cada lesão, podendo ser pré-forame, pós-forame e transforame, existindo, ainda, fissuras raras da face. A nutrição do recém-nascido portador de fenda labiopalatina não é tarefa fácil, dependendo do tipo de fissura. No entanto, com a existência de vários métodos e técnicas, torna-se possível a amamentação/o aleitamento de uma forma adequada. As orientações transmitidas pelo enfermeiro sobre o posicionamento correto e a utilização dos métodos são de primordial importância para que ocorra um maior vínculo dos pais com o bebê, e para que haja sucesso no seu aleitamento e tratamento, buscando manter o recém-nascido em boas condições de saúde.

**Palavras-chave:** fenda labiopalatina, amamentação, aleitamento materno, enfermagem.

### ABSTRACT

The stage of formation of the face begins in the 4th week and is completed around the 5th - 8th week, and the process of formation of the palate takes place around the 5th and 20th week of fetal development. Through the ultrasound, the confirmation of the diagnosis of malformation labiopalatal is revealed. The labiopalatine fissure can be caused by genetic factors and / or environmental. The cracks are classified into groups according to each lesion and may be pre-foramen, post- foramen, trans-foramen and cracks of the rare side. The nutrition of newborn bearer with labiopalatine cleft is not an easy work depending on the type of cleft. However, with the existence of various methods and technique, it becomes possible to breastfeeding / lactation in an appropriate way. The orientation provided by the nurse about the correct positioning and use of the methods are of paramount importance to have a greater bond of parents and baby, to achieve success on feeding and treatment, trying to keep the newborn good health.

**Keywords:** labiopalatine cleft, breastfeeding, lactation, nursing.

## I. INTRODUÇÃO

A fase do desenvolvimento embrionário que corresponde à formação da face inicia-se na quarta semana do desenvolvimento fetal. A harmonia é estabelecida na fase embrionária, a partir do arco braquial e do processo frontonasal. Ocorre uma subdivisão que se constitui em duas fases, sendo que a primeira subdivide-se em dois processos: os processos maxilares (pares) e os mandibulares (pares). A partir dos referidos processos (maxilares, mandibulares e o frontonasal), inicia-se a formação da face no decorrer da quarta semana de desenvolvimento e completa-se entre a quinta e a oitava semana.

A formação do palato deve-se aos palatinos primário ou mediano, originando-se na intermaxila que, por sua vez, forma-se da fusão dos processos nasais medianos. Este processo, que tem forma triangular, situa-se entre a superfície interna dos processos maxilares em desenvolvimento e será responsável pela região do maxilar, que conterà os quatro incisivos superiores. O início do desenvolvimento do processo ocorre no final da quinta semana e corresponde à região anterior ao forame.

Os processos palatinos secundários (ou laterais) têm origem nas faces internas dos processos maxilares e, inicialmente, crescem para baixo, permanecendo pendurados ao lado da língua (até o final da sétima semana), depois se tornam horizontais e fundem-se no final da décima semana na linha média, atrás do forame incisivo, formando o palato secundário. As porções mais posteriores desses processos são as últimas a se fundir e formarão a úvula, o que ocorrerá só no final da 20ª semana (GARCIA & FERNANDEZ, 2001).

As anormalidades congênitas mais comuns no desenvolvimento embrionário, na face, correspondem à fenda labial e à palatina, que podem estar associadas a etiologias diferentes. As fendas labiais provêm da falta de fusão de massas mesenquimais dos processos maxilares e dos processos nasais medianos. Já as fendas palatinas provêm da falta de fusão de massas mesenquimais dos processos palatinos (ALTMANN, 1997).

Existem outros determinantes no desenvolvimento das fendas labiopalatinas, que são a hereditariedade e os fatores ambientais.

Dentre os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, inclui-se a ultrassonografia como um importante método de diagnóstico, sendo a ferramenta primária para avaliação da morfologia fetal e para o rastreamento

de malformações. A possibilidade de reconstrução livre de qualquer plano de secção pode complementar a avaliação da malformação detectada.

A ultrassonografia é um método diagnóstico particularmente vantajoso quando a estrutura fetal de interesse se encontra em posição que dificulte a sua avaliação (SABIM *et al.*, s/d). Com isso, ao ser detectada, por meio deste exame, a presença de fenda labiopalatina, é importante que os profissionais tenham ações informativas e educativas, pois elas facilitam a compreensão dos pais em relação ao diagnóstico. Mesmo com as orientações, há possibilidade de rejeição do lactente pelos pais, devido ao fato de a malformação ser altamente visível (BUNDUKI *et al.*, 2001).

A equipe de enfermagem dará suporte às famílias de bebês portadores deste tipo de lesão, incentivando-as a enfrentar o problema, por meio das seguintes ações: explicação dos resultados da correção cirúrgica da malformação; utilização de fotografias para mostrar resultados satisfatórios e estimular o sentimento de esperança em torno da recuperação do paciente; marcação de reuniões com outros pais que passaram por situação semelhante e conseguiram enfrentá-la com sucesso; indicação, através de comportamento, de que a criança é um ser valioso, de forma que deve ser estimulada a aceitação do lactente (WONG, 1996).

Para que ocorra o vínculo entre mãe e filho, os profissionais de saúde devem orientar e estimular a mãe a ofertar o leite materno (SCHMITZ, 2005).

## 2. OBJETIVO

Redigir um protocolo de assistência de enfermagem para o aleitamento de recém-nascidos portadores de fenda labiopalatina para a equipe de enfermagem.

## 3. METODOLOGIA

O estudo foi realizado por intermédio do método de levantamento bibliográfico, segundo o qual a pesquisa bibliográfica tem como objetivo encontrar respostas aos problemas formulados, e o recurso é a consulta dos documentos bibliográficos (CERVO & BERVIAN, 2004).

A busca foi realizada pelos próprios pesquisadores nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (*Scientific Electronic Library*

*On-line*), nos portais eletrônicos do Ministério da Saúde e da Prefeitura do Estado de São Paulo, na biblioteca da Unip (Universidade Paulista), em livros e revistas especializadas, utilizando-se os seguintes termos: a possibilidade de amamentação em recém-nascidos portadores de fenda labiopalatina.

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1. Desenvolvimento da face

A formação da face deve-se fundamentalmente ao desenvolvimento harmônico do primeiro arco branquial e do processo frontonasal.

O primeiro arco subdivide-se em dois processos: os processos maxilares (pares) e os mandibulares (pares). A partir desses cinco processos (dois maxilares, dois mandibulares e o frontonasal), inicia-se a formação da face no decorrer da quarta semana de desenvolvimento (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997).

O processo frontonasal é oriundo da proliferação do mesênquima ventral do prosencéfalo e da consequente flexão dessa parte mais cranial do tubo nervoso (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997; MELLO, 2000).

Esses cinco primórdios delimitam o estomódeo (boca primitiva), que está localizado logo acima do saco vitelino e da eminência cardíaca, e, muito precocemente, fundem-se, obtendo-se o desenvolvimento completo da face, o que ocorre entre a quinta e a oitava semanas (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997; MELLO, 2000).

Como essa fusão é muito precoce ainda na quarta semana, são raras as malformações observadas por fusão imperfeita dos processos mandibulares (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997).

### 4.2. Desenvolvimento do palato

A formação do palato deve-se aos primórdios palatinos primário (mediano) e secundários (laterais). O processo palatino primário ou mediano tem origem na intermaxila que, por sua vez, formou-se da fusão dos processos nasais medianos. O palatino primário, que apresenta forma triangular, está entre as superfícies internas dos processos maxilares em desenvolvimento e será responsável pela região do maxilar que conterà os quatro incisivos superiores. O início do desenvolvimento do processo ocorre no final da quinta semana

e corresponde à região anterior ao forame incisivo (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997).

Os processos palatinos secundários (ou laterais) têm origem nas faces internas dos processos maxilares. Inicialmente, crescem para baixo e permanecem pendurados ao lado da língua (até o final da sétima semana). Depois se tornam horizontais, como duas prateleiras, e crescem em sentido de um para o outro, para se fundir no final da décima semana, na linha média, atrás do forame incisivo, indo formar o palato secundário. As porções mais posteriores desses processos são as últimas a se fundir e formarão a úvula, o que ocorrerá só no final da 20ª semana (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997; MOORE & PERSAUD, 2000).

Os processos palatinos secundários anteriormente se fundem com o palato primário (intermaxila) e, ainda, com o septo nasal, que cresce inferiormente. A fusão dos processos que formarão o palato ocorre em torno da 12ª semana.

A rafe palatina corresponde à linha de fusão dos processos palatinos secundários. Como consequência da fusão final dos processos palatinos, ficam delimitadas, pelo "céu da boca", as cavidades nasais e a oral (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997).

### 4.3. Ultrassonografia

As grandes armas para o diagnóstico e a prevenção das anomalias genéticas fetais em gestações de baixo risco são os exames realizados durante o pré-natal de rotina, principalmente os de primeiro trimestre. O ultrassom obstétrico realizado neste primeiro trimestre, com avaliação das medidas fetais, é o grande revelador de anomalias congênitas fetais, quer sejam elas genéticas, quer ambientais (FIGUEIREDO, 2003; ZUGAIB & RUOCCO, 2005; SADLER, 2001).

Nas três últimas décadas, a ultrassonografia tem assumido um papel importantíssimo em Obstetrícia, tornando-se instrumento indispensável no estabelecimento de qualquer conduta assistencial (ZUGAIB & RUOCCO, 2005; VAZ, MANISSADJIAN & ZUGAIB, 1993).

Os equipamentos funcionam em tempo real e são capazes de detectar atividade cardíaca, movimentos respiratórios e do tronco e membros do feto, permitindo avaliar suas características tanto estruturais como funcionais. Não há, até o momento, nenhum efeito biológico deletério descrito nas pacientes, ou no seu produto de concepção, pelo uso de ultrassom diagnóstico (FIGUEIREDO, 2003; ZUGAIB & RUOCCO, 2005).

Os benefícios da ultrassonografia de rotina são os seguintes: detecção de malformações fetais; diagnóstico precoce de gestações múltiplas e de anomalias de implantação placentária assintomáticas; e correção da idade gestacional, diminuindo o número de induções por pós-datismo (ZUGAIB & RUOCCO, 2005; VAZ, MANISADJIAN & ZUGAIB, 1993).

#### 4.4. Revelação do diagnóstico

Outrora efetivada apenas no nascimento da criança, atualmente, a revelação do diagnóstico de normalidade ou anormalidade é feita majoritariamente no período antenatal. Neste particular, além das alterações estruturais e cromossômicas no feto, as anormalidades no seu desenvolvimento, vinculadas à sua nutrição, também têm relevância. Portanto, a revelação de quaisquer diagnósticos de anormalidades deve ser efetuada de forma cuidadosa porque um mínimo deslize pode gerar estresse emocional extremado, com consequências danosas à gestante (FIGUEIREDO, 2003; ZUGAIB & RUOCCO, 2005; LAGO & NUNES, 2003; REGO, 2006).

Para que os exames de rastreamento e diagnóstico transcorram de forma irretorquível, recomenda-se orientação precisa, desde o ato do pedido do exame até a revelação dos seus resultados, não se abstendo a equipe do consentimento livre e esclarecido da família, cuja importância é indiscutível. Condições de imperfeições detectadas, mesmo as mínimas, podem representar uma ferida narcísea, um ataque à integridade psíquica do indivíduo ou do casal, além de provocar sentimentos de perda e inadequação (ZUGAIB & RUOCCO, 2005; LAGO & NUNES, 2003; REGO, 2006).

Os sentimentos de pesar ou luto de mães diante da perda da expectativa de gerar filhos perfeitos e saudáveis, situação imaginada e idealizada durante a gestação, a partir do nascimento de uma criança portadora de malformação congênita, podem provocar sérias consequências. A dor e o desespero da mãe em relação à malformação de seu filho, além de afetarem as naturais sensações de orgulho e prazer em relação a ele, poderão influenciar o relacionamento entre ambos, no sentido de fazer com que ela se estranhe em sua tarefa de maternidade, inscrevendo, assim, um dano inicial na relação entre mãe e filho (FIGUEIREDO, 2003; LAGO & NUNES, 2003). É possível que a reação inicial venha a ser de choque emocional, pois o nascimento do filho, que deveria ser um momento de alegria e satisfação, torna-se doloroso, dando lugar a uma situação de aflição e luto, o que pode levar a um conflito emocional, interferindo na relação da mãe com a criança.

Muitas mães se julgam responsáveis pela malformação do filho e lutam contra si mesmas de forma muito negativa, o que pode gerar sentimentos de raiva e ódio. Estas mães podem vivenciar a malformação como um castigo por algo errado que tenha feito ao longo da sua vida, ou durante a gestação. Os momentos que seguem a notícia da existência de malformação podem ser extrema confusão e vivenciados com muita angústia, com muito choro, pessimismo, sensação de desamparo e impotência (LAGO & NUNES, 2003; REGO, 2006).

As reações mais comuns diante da malformação do filho são as seguintes: negação da realidade; lamentações e comiseração com a própria sorte; ambivalência em relação à criança ou rejeição da mesma; projeção da dificuldade como causa da presença de sentimentos de culpa, vergonha, depressão e mútua dependência entre a mãe e a criança (WONG, 1996; FIGUEIREDO, 2003; LAGO & NUNES, 2003). O estabelecimento do apego entre a mãe e seu bebê portador de malformação é influenciado pela doença, ou seja, quanto maior e mais visível a deficiência, maiores são as dificuldades da mãe para se adaptar às condições e às necessidades do filho (WONG, 1996; LAGO & NUNES, 2003).

Ao nascimento, é possível diagnosticar o lábio leporino pela observação. O diagnóstico da fenda palatina às vezes é feito a partir da inspeção da boca, colocando-se o dedo enluvado diretamente no palato do recém-nascido – a fenda do palato duro faz uma abertura contínua entre a cavidade nasal e a boca. A fenda palatina afetará a alimentação da criança, pois, em decorrência da abertura no palato, o recém-nascido não conseguirá fazer uma pressão negativa e criar sucção na cavidade oral (BUNDUKI *et al.*, 2001; FIGUEIREDO, 2003).

#### 4.5. Malformações fetais/congênicas

A herança genética fica definida, mas sua expressão também dependerá do meio ambiente relacionado. Não é possível separar genes e ambiente desde a fecundação até a morte do indivíduo (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997).

Da expressão genética, em certo meio ambiente, resultará um espectro enorme de variações individuais, mas que, mesmo assim, não se afastará significativamente de um conceito de indivíduo normal. Se, durante seu desenvolvimento, o indivíduo mostrar desvios dos limites convencionais de normalidade, será considerado anormal (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; MOORE & PERSAUD, 2000).

É considerada malformação congênita uma alteração anômala presente no momento do nascimento. A malformação é consequência de uma falha de um ou mais constituintes do corpo durante o desenvolvimento embrionário (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997; MOORE & PERSAUD, 2000).

Geralmente, relaciona-se o conceito de malformação a anomalias estruturais que podem ser diagnosticadas à simples vista ou, então, por meio de técnicas auxiliares, como a radiologia (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ZUGAIB & RUOCCO, 2005).

A saúde da mãe ainda é fundamental para que seu sangue tenha uma composição química normal e livre de agentes infecciosos. Vários fatores relacionados ao organismo materno podem atuar negativamente no desenvolvimento fetal, tais como anemia, insuficiência cardíaca, intoxicação, uso de drogas e, até mesmo, estado psicológico da mãe. A placenta e as membranas fetais não são impenetráveis, como antes se pensava. Portanto, as malformações congênitas não são causadas somente por fatores hereditários, mas também por fatores ambientais. Nesse contexto, podem ser citados os seguintes elementos desencadeadores: estresse; infecções; fatores alimentares, aspectos maternos; medicamentos; e malformações causadas por radiação (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997; MELLO, 2000).

#### 4.6. Patogenia / fisiopatologia – fendas labiais e palatinas

A fenda labial é a anormalidade congênita mais comum na face. As fendas labiais e palatinas podem estar associadas, porém são etiologicamente diferentes. As fendas labiais provêm da falta de fusão de massas mesenquimais dos processos maxilares e dos processos nasais medianos, originando uma fenda que pode ser uni ou bilateral. Já as fendas palatinas são decorrentes da falta de fusão de massas mesenquimais dos processos palatinos, de maneira a deixar uma fenda de extensão e largura variáveis desde a úvula até o forame incisivo (GARCIA & FERNANDEZ, 2001; ALTMANN, 1997).

A fissura labiopalatina ocorre duas vezes mais em meninos do que em meninas. Por outro lado, a fissura apenas do palato é mais frequente em meninas (ALTMANN, 1997; MELLO, 2000).

## 5. CLASSIFICAÇÃO DAS FISSURAS

As fissuras se classificam em quatro grupos, a seguir explicitados.

**Grupo I** – Fissuras pré-forame incisivo (fissuras labiais): fissuras de lábio com ou sem envolvimento alveolar, podendo ser bilaterais ou unilaterais, completas ou incompletas.

**A – Unilaterais:** várias são as formas possíveis de acometimento da fissura labial unilateral, considerando-se desde as alterações menores sobre o lábio, tais como um simples entalhe sobre o vermelhão, até o acometimento de todo o lábio. Pode haver, ainda, associação da deformidade do lábio com o assoalho da narina, com ou sem alteração do arco alveolar (Figuras 1 e 2).

**B – Bilaterais:** apresentam como característica alterações anatômicas importantes, principalmente quando associadas às fissuras palatinas, onde a de gravidade maior fica por conta da ausência de certos elementos bilaterais, como a ausência do cinturão muscular do lábio, cuja pré-maxila projeta-se muitas vezes sem relação com os segmentos maxilares e alveolares, devido ao crescimento a partir do septo nasal. Além das assimetrias, o pró-lábio é de volume variável, a columela é curta, as asas nasais são alargadas e planas, e os arcos alveolares, sem manter relação com a pré-maxila, podem apresentar colapso. Esse tipo de fissura ainda apresenta a seguinte classificação: completa ou completa de ambos os lados ou incompleta de um lado e completa do outro (Figuras 3 e 4).

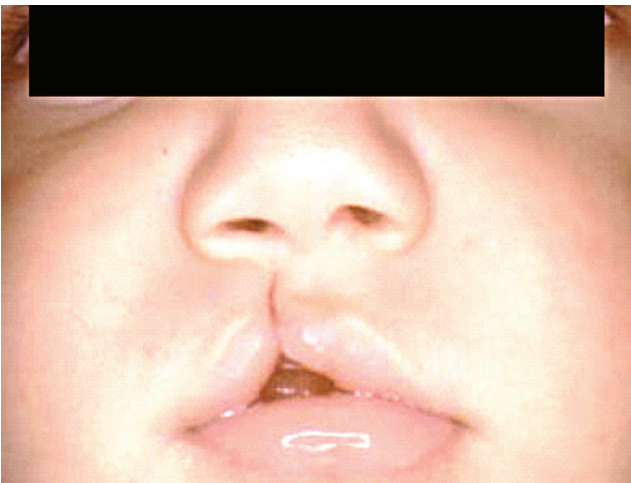
**C – Medianas:** as fissuras ocorrem com uma frequência baixa. Recebem esta denominação pela sua localização no filtro do lábio superior (Figura 5).

**Grupo II** – Fissuras pós-forame incisivo (fissuras palatais): são fissuras palatinas, em geral medianas, que podem situar-se apenas na úvula, palato, e envolver todo o palato duro, havendo a possibilidade de ser completa ou incompleta (Figura 6).

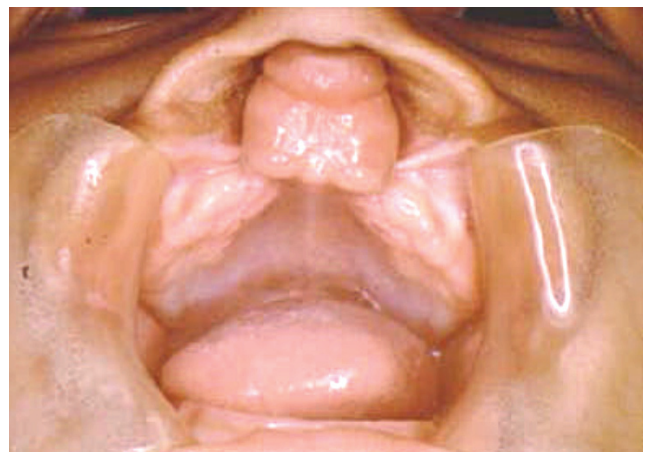
**Grupo III** – Fissuras do tipo transforame incisivo (fissuras labiopalatais): são as de maior gravidade, atingindo o lábio, a arcada alveolar e todo o palato. Elas podem ser unilaterais (direita ou esquerda) ou bilaterais (Figura 7).



**Figura 1:** Completa: direita ou esquerda  
Fonte: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22abd62a347155f7ef8ce82fab.pdf>>.



**Figura 2:** Incompleta: direita  
Fonte: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22abd62a347155f7ef8ce82fab.pdf>>.



**Figura 3:** Completa  
Fonte: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22abd62a347155f7ef8ce82fab.pdf>>.



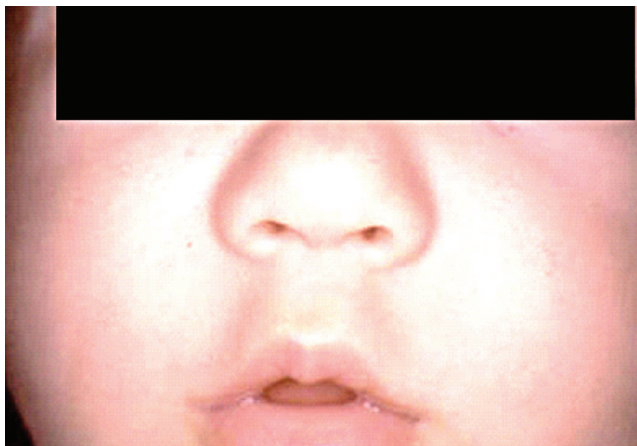
**Figura 4:** Incompleta

Fonte: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22abd62a347155f7ef8ce82fab.pdf>>.



**Figura 5:** Mediana

Fonte: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22abd62a347155f7ef8ce82fab.pdf>>.



**Figura 6:** Completa

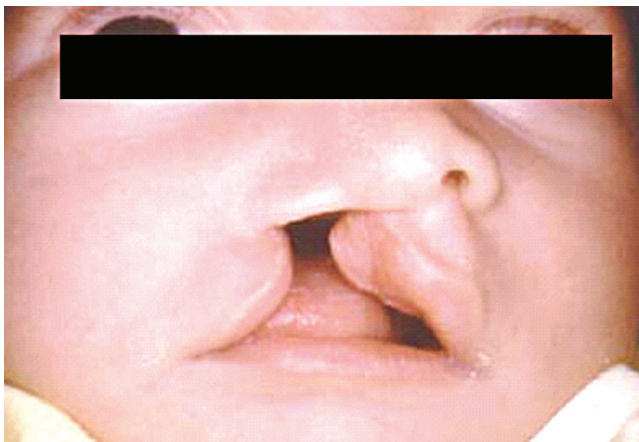
Fonte: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22abd62a347155f7ef8ce82fab.pdf>>.



**Grupo IV** – Fissuras raras da face, que podem estar associadas a outras anomalias faciais (REGO, 2006; BERTONE, THOMÉ & BACHEGA, 1995; SABIM *et al.*, s/d; SILVA & BERNARDES, 2007; SANTOS & DIAS, 2005; ROCHA, 2008; SANTOS, 2000) (Figura 8).

## 6. DIFICULDADES E COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À FISIOPATOLOGIA

A fissura labiopalatina é uma malformação congênita frequente, que envolve questões de estética e tratamento multidisciplinar longo e doloroso. Poucos defeitos congênitos causam tantos problemas por tanto tempo quanto a fissura labiopalatina, tais como: dificuldade de sugar e engolir; presença de cáries e anomalias dentárias, de infecções do ouvido médio e dificuldades



**Figura 7:** Unilaterais: direita ou esquerda

Fonte: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22abd62a347155f7ef8ce82fab.pdf>>.



**Figura 8:** Fissura rara de face

Fonte: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22abd62a347155f7ef8ce82fab.pdf>>.

de audição, de problemas psicológicos e de problemas fonoarticulatórios. Por esses inúmeros problemas consequentes da fissura, seu portador pertence ao grupo de indivíduos considerados portadores de uma doença crônica, que exige tratamento prolongado, caro e multidisciplinar (LAGO & NUNES, 2003).

## 7. COMO NUTRIR O RECÉM-NASCIDO

Alimentar o recém-nascido não é uma tarefa fácil, mas é essencial. O bebê precisa manter-se em condições adequadas para a cirurgia de correção da malformação. As fendas labiais e palatinas interferem na ingestão de alimentos, e o bebê pode apresentar

incapacidade de fazer a vedação à sucção. Há grande preocupação contra a prevenção de infecções, pois o palato fendido permite que o leite escoe da boca para o nariz, o que frequentemente contribui para o aparecimento de infecção respiratória (FIGUEIREDO, 2003).

A verificação do peso diariamente permite avaliar se o método utilizado para alimentar o bebê está sendo adequado. Ressalta-se que a amamentação é possível. Durante a sucção, o mamilo é mantido na parte posterior da cavidade oral, a fim de que a ação da língua facilite a sucção do leite. Para ajudar o recém-nascido a mamar no peito, recomenda-se que a mãe estimule a ejeção através da ordenha, pois o bebê tem a sucção diminuída, às vezes insuficiente para estimular a ejeção inicial do leite.

Há dispositivos especiais indicados para criança com fenda palatina, como bicos longos, moles com orifícios largos, Nursettes<sup>®</sup> ou os bicos longos e macios de Lamb<sup>®</sup>, que apresentam um excelente resultado quando é necessário alimentar o recém-nascido com mamadeira. O bico longo elimina o esforço da sucção (FIGUEIREDO, 2003; ZUGAIB & RUOCCO, 2005; REGO, 2006).

No caso da fenda palatina, os bicos, às vezes, são necessários. A mãe do recém-nascido nem sempre deseja ou se sente capaz de amamentar o filho. Outros dispositivos também podem ser utilizados, como a seringa Asepto<sup>®</sup> ou o dispositivo Breck<sup>®</sup> ou, ainda, um conta-gotas com ponta de borracha. O dispositivo de borracha deve ser longo para diminuir o risco de regurgitação do leite pelas narinas. A ponta de borracha é colocada embaixo da língua do recém-nascido e o leite, introduzido e direcionado para o canto da boca. A velocidade da introdução do leite relaciona-se com



a capacidade de sua aceitação pelo recém-nascido (FIGUEIREDO, 2003; ZUGAIB & RUOCCO, 2005; REGO, 2006; LANA, 2001).

Alguns lactentes demonstram uma boa aceitação da dieta através da colher, sobretudo se a dieta for espessa. Também pode ser utilizado o copinho (FIGUEIREDO, 2003; ZUGAIB & RUOCCO, 2005).

### 7.1. Outros métodos

Incluem-se, nesse item, seringas; sondas; contagotas.

A dificuldade na alimentação do bebê fissurado surge logo após o nascimento, devido a prejuízos no mecanismo de sucção e deglutição, decorrentes da falta de integridade anatômica – quanto maior a complexidade da fissura, menor é o tempo de amamentação, mesmo com as orientações oferecidas por profissionais da saúde.

Alimentar uma criança recém-nascida com deformação de lábio e/ou palato torna-se um processo estressante e difícil, tanto para mãe como para a criança, contribuindo para isso a angústia, a ansiedade e o medo de manusear o bebê.

O sucesso do aleitamento materno depende do grau de extensão da fissura, da estimulação da mãe e da criança e da adaptação adequada desta ao processo do aleitamento. Já os métodos de alimentação necessários para recém-nascido com fissura de lábio e/ou palato são basicamente os mesmos adotados para outros recém-nascidos normais (THOMÉ, 1990; ARARUNA & VENDRÚSCOLO, 2000; SILVA, FÚRIA & DI NINNO, 2005; MARTINS, 2001; ARANHA *et al.*, 2001; MENDES & LOPES, 2006; CAVALHERI, 1999).

## 8. TRATAMENTO

As cirurgias de reabilitação podem ocorrer logo após o nascimento, dependendo das condições da criança e da lesão apresentada. Todavia, na maioria dos casos, as primeiras cirurgias acontecem aos três meses de idade, quando a fissura é de lábio e, aos 12 meses, quando é de palato. No decorrer do desenvolvimento, outras cirurgias eletivas vão acontecendo, com grandes benefícios funcionais e estéticos, o que gera uma repercussão favorável no aspecto psicológico do próprio paciente e de seus familiares (REGO, 2006; RIBEIRO & MOREIRA, 2005).

Dependendo do tipo e da extensão da fissura, do crescimento e do desenvolvimento, observa-se uma grande limitação para o tratamento ortodôntico (FIGUEIREDO, 2003; REGO, 2006).

### 8.1. O papel do enfermeiro

O enfermeiro é direcionado a atender para as necessidades básicas do paciente, principalmente aquelas que este não consegue preencher. Isto evita ou alivia o sofrimento e a sensação de desamparo. A partir do momento em que for comprovada a necessidade da intervenção da enfermagem para a execução de um plano de ações, estas podem ser automáticas ou intencionais.

Sendo assim, é atribuição do enfermeiro, num processo de educação permanente, treinar a equipe, visando a contribuir para a melhoria da qualidade de assistência à orientação de mães no processo de amamentação de crianças portadoras de fissura labial (SANTOS & DIAS, 2005; GOMIDE & SILVA FILHO, 2006; JATCZAK, SANTOS & BEIRA, s/d).

## 9. CONCLUSÃO

Diante da grande quantidade de métodos para aleitamento de recém-nascidos portadores de fenda labiopalatina, para que ocorra a utilização eficaz destes métodos, visando à melhoria da saúde do recém-nascido, faz-se necessário que o enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar, oriente os pais e familiares sobre a importância da nutrição, por fórmula ou aleitamento materno. A divulgação dos benefícios gerados pelo aleitamento materno, que deve ser exclusiva nos primeiros anos de vida, gera maior vínculo entre a mãe e o bebê, além do aumento do ganho ponderal e da imunidade, devido aos nutrientes presentes no leite materno. O movimento de sucção, além de desenvolver a musculatura dos órgãos fonoarticulatórios, estimula a recuperação do seu tratamento cirúrgico.

Por fim, conclui-se que a possibilidade de amamentação de recém-nascidos portadores de fenda labiopalatina é possível. No entanto, dependendo do tipo de fenda, ocorre uma maior dificuldade neste processo. A orientação e a estimulação à amamentação, passadas pelo enfermeiro aos pais, têm primordial importância, para que não ocorram aspiração nem infecções respiratórias e auditivas no recém-nascido.

## REFERÊNCIAS

- ALTMANN, Elisa Bento de C. (Org.). *Fissuras palatinas*. 4. ed. São Paulo: Pró-fono, 1997. 555p.
- ARANHA, Andreza Maria F.; DUQUE, Cristiane; CARRARA, Cleide F. de C.; COSTA, Beatriz & GOMIDE, Márcia R. Amamentação em bebês portadores de fissuras congênitas labiopalatais. *Odontologia Infantil*, 2001. Disponível em: <<http://www.odontologiainfantil.8m.com/publicacoesa25.htm>>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.
- ARARUNA, Raimunda da C. & VENDRÚSCOLO, Dulce Maria S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 99-105, Ribeirão Preto, abril, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12424.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.
- BERTONE, Ana Márcia C.; THOMÉ, Sandra & BACHEGA, Maria Irene. Assistência primária em saúde: atuação do enfermeiro frente às necessidades do portador de malformação congênita de lábio e/ou palato. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 48, n. 3, p. 204-211, Brasília, julho/setembro, 1995.
- BUNDUKI, Victor; RUANO, Rodrigo; SAPIENZA, Andréia D.; HANAOKA, Beatriz Y. & ZUGAIB, Marcelo. Diagnóstico pré-natal de fenda labial e palatina: experiência de 40 casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, v. 23, n. 9, p. 561-566, Rio de Janeiro, outubro, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0100-72032001000900003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0100-72032001000900003)>. Acesso em: 08 de setembro de 2007.
- CAVALHERI, Vivian N. 1999. 58f. *Fissura labiopalatal e aleitamento materno*. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Curitiba: Cefac. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22a-bd62a347155f7ef8ce82fab.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.
- CERVO, Amado Luiz & BERVIAN, Pedro Alcino. *Metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2004. 164p.
- FIGUEIREDO, Nébia Maria A. de. *Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido*. 4. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2003. 544p.
- GARCIA, Sonia Maria L. de & FERNANDEZ, Casemiro G. *Embriologia*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 416p.
- GOMIDE, Márcia R. & SILVA FILHO, Omar G. (Coords.). *Anais do 39º Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatais*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, 2006. p. 9, 18 e 23. Disponível em: <[http://www.centrinho.usp.br/pub\\_online/anais\\_39\\_anomalias.pdf](http://www.centrinho.usp.br/pub_online/anais_39_anomalias.pdf)>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.
- JATCZAK, A. C.; SANTOS, L. O. & BEIRA, M. C. A. O papel do enfermeiro na orientação de mães que amamentam seus recém-nascidos com fissura labial. Disponível em: <[http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista\\_enfermagem/oitavo\\_a\\_manha/artigo21.pdf](http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/oitavo_a_manha/artigo21.pdf)>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.
- LAGO, Cristiane P. & NUNES, Maria Lúcia T. Mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatais: luto ou pesar crônico? *Revista Barbarói*, n. 19, p. 65-73, Santa Cruz do Sul, julho/dezembro, 2003.
- LANA, Adolfo Paulo B. *O livro de estímulo à amamentação – uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação*. São Paulo: Atheneu, 2001. 423p.
- MARTINS, Juliana. 2001. 53f. Orientações aos pais de portadores de fissura labiopalatal: um olhar clínico. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Itajaí: Cefac. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/6f20781ef10734cb0af1d58aae6d84eb.pdf>>. Acesso em 20 de setembro de 2008.
- MELLO, Romário de A. *Embriologia humana*. São Paulo: Atheneu, 2000. 346p.
- MENDES, Livia G.A. & LOPES, Vera Lúcia G. S. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. *Revista de Ciências Médicas*, v. 15, n. 5, p. 437-448, Campinas, setembro/outubro, 2006. Disponível em: <<http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v15n5a08.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.
- MOORE, Keith L. & PERSAUD, T.V.N. *Embriologia clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 360p.

## REFERÊNCIAS

- REGO, José D. *Aleitamento materno*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 486p.
- RIBEIRO, Erlane M. & MOREIRA, Anna Sylvia C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 18, n. 1, p. 31-40, Fortaleza, 2005. Disponível em: <[http://200.253.187.1/joomla/joomla/joomla/images/pdfs/pdfs\\_notitia/432.pdf](http://200.253.187.1/joomla/joomla/joomla/images/pdfs/pdfs_notitia/432.pdf)>. Acesso em: 17 de junho de 2008.
- ROCHA, Christiane Marize G. 2008. 90f. *Resultados da intervenção interdisciplinar precoce em crianças com fissura labiopalatal atendidas no Centro de Tratamento de Fissuras*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/cpg/ped/teses\\_dissert/2008\\_mestrado\\_Christiane\\_MarizeGarciaRocha.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/cpg/ped/teses_dissert/2008_mestrado_Christiane_MarizeGarciaRocha.pdf)>. Acesso em: 30 de setembro de 2008.
- SABIM, I. C.; PRADO, M. A.; FERREIRA, L. M. & NAKAMURA, E. K. Sistematização da assistência de enfermagem nos cuidados pós-operatórios em pacientes com fissura labial. Disponível em: <[http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista\\_enfermagem/oitavo\\_a\\_manha/artigo26.pdf](http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/oitavo_a_manha/artigo26.pdf)>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.
- SADLER, Thomas W. *Langman: embriologia médica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 354p.
- SANTOS, Giselle G. dos. 2000. 103f. *Padrões de fala de indivíduos com fissura labiopalatina: análise pré e pós-cirúrgica*. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba: UTP. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/209210/GGasparino>>. Acesso em: 29 de setembro de 2008.
- SANTOS, Rosângela da S. & DIAS, Ieda Maria V. Refletindo sobre a malformação congênita. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 5, p. 592-596, Brasília, setembro/outubro, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=S0034-71672005000500017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0034-71672005000500017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.
- SCHMITZ, Edilza M. *A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo: Atheneu, 2005. 478p.
- SILVA, Etienne B. da; FÚRIA, Cristina L. B. & DI NINNO, Camila Q. de M. S. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Revista Cefac*, v. 7, n. 1, p. 21-28, São Paulo, janeiro/março, 2005. Disponível em: <[http://www.fonodonto.com/\\_img/artigos/img/20090511193311.pdf](http://www.fonodonto.com/_img/artigos/img/20090511193311.pdf)>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.
- SILVA, Natália R. da & BERNARDES, Vanessa Cristina da S. Fendas lábio palatinas. *Acervo Cispre*, Petrópolis, maio, 2007. Disponível em: <[http://www.cispre.com.br/acervo\\_detalhes.asp?Id=87](http://www.cispre.com.br/acervo_detalhes.asp?Id=87)>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.
- THOMÉ, Sandra. 1990. 244f. *Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou de palato*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP. Resumo disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=TESESSP&lang=p&format=detailed.pft&indexSearch=ID&exprSearch=150473>>. Acesso em: 10 de setembro de 2008.
- VAZ, Flávio Adolfo C.; MANISSADJIAN, Antranik & ZUGAIB, Marcelo. *Assistência à gestante de alto risco e ao recém-nascido nas primeiras horas*. São Paulo: Atheneu, 1993. 484p.
- WONG, Donna L. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 1.130p.
- ZUGAIB, Marcelo & RUOCCO, Rosa. *Pré-natal: clínica obstétrica da Faculdade de Medicina da USP*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 396p.

**Endereço para correspondência:**

Érica Aparecida Nieve Souza - Rua José Góes nº 114 - Estoril - São Bernardo do Campo - SP - CEP 09831-150  
Tel.: (11) 4101-9185/(11) 7546-2008.

Reginaldo Paim Ferreira dos Santos - Rua Dezoito de Outubro nº 26 - Jd. Maria Estela - São Paulo - SP - CEP 04180-030  
Tel. (11) 2947-1293 - e-mail: paimsp@hotmail.com