

AMAMENTAÇÃO DE CRIANÇAS COM FENDA PALATINA E FISSURAS LABIAIS

BREAST FEEDING OF CHILDREN WITH CLEFT PALATE AND CLEFT LIP

Damyles Nunes FERREIRA², Suzane Coelho ALVES², Pilar Maria de Oliveira MORAES³, Daiany do Socorro Mendes PIRES⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a ocorrência de amamentação em crianças portadoras de fenda palatina e fissura labial. **Método:** estudo transversal analítico com 43 crianças com diagnóstico de fissura labial e fenda palatina, de ambos os gêneros, com idade entre 0 a 2 anos de vida, cadastradas no Centro de Referência Estadual, onde coletou-se dados clínicos e de consumo alimentar através de questionário aplicado às mães ou responsáveis das crianças. **Resultados:** os dados obtidos mostraram que 69,8% das crianças pesquisadas, desmamaram antes de completar um mês de vida; 97,7% das crianças analisadas não foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade; 60,5% das crianças alimentaram-se com uma dieta de consistência pastosa. **Considerações finais:** esta pesquisa foi de grande importância, devido à escassez de dados loco/regionais, o que possibilitará informações para melhorias da elaboração de protocolos e dados epidemiológicos referentes.

DESCRITORES: Fissura labial, fenda palatina, consumo alimentar

INTRODUÇÃO

No Brasil, ainda não é possível saber o número exato de fissurados, estima-se existirem cerca de 180.000 portadores, sendo a ocorrência da ordem de um para cada 650 nascimentos, e a mortalidade no primeiro ano de vida em torno de 35%^{1,2}.

As fissuras labiopalatinas são malformações que ocorrem entre a 4ª e 9ª semana do período embrionário, devido à falta de fusão dos processos maxilar e médio-nasal³.

São atribuídas aos fatores genéticos e ambientais, os quais podem atuar isolados ou em associação. Mais da metade dos indivíduos fissurados apresenta familiares portadores da síndrome³.

Segundo Cavalheri⁴ e Dalben et al⁵, as crianças portadoras de fenda palatina e fissura labial apresentam dificuldades quanto a ingestão de alimentos, pois existe a impossibilidade anatômica de isolar a cavidade oral, além da falta de apoio e estabilização do bico do peito e da posteriorização da língua.

O grau de inabilidade de sucção está diretamente relacionado ao tipo de fissura e não há consenso sobre a melhor forma ou método de se alimentar o recém nascido. Os problemas mais comuns são sucção

inadequada por falta de pressão intraoral, tempo de mamada prolongado e regurgitação⁶.

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade é considerado um importante fator de desenvolvimento da criança e da relação materno-infantil, porém, representa um desafio de adaptação da mãe com o filho nos primeiros contatos logo após o nascimento e a ocorrência de uma má formação congênita para a qual, muitas vezes, a mãe não estava preparada para ser abordada como desafio superável na perspectiva da integralidade do cuidado à saúde⁷.

De acordo com Altmann et al⁸ e Di Ninno et al³, bebês portadores de fissura de lábio e/ou palato podem apresentar um desenvolvimento bem próximo do normal se receberem intervenção adequada desde o nascimento. No entanto, isso nem sempre acontece, pois o desconhecimento de muitos profissionais da área da saúde em relação às fissuras de lábio e/ou palato impossibilita que vários bebês usufruam dos benefícios da intervenção precoce.

O presente estudo objetiva avaliar a ocorrência de amamentação em crianças portadoras de fenda palatina e fissura labial,

¹Trabalho realizado no Hospital Ophir Loyola. Belém, Pará, Brasil

²Graduada em Nutrição pela Universidade da Amazônia – UNAMA. Belém, Pará, Brasil

³Orientadora, nutricionista, Docente do Curso de Nutrição da Universidade da Amazônia- UNAMA

⁴Co-orientadora, nutricionista do Hospital Ophir Loyola. Belém, Pará, Brasil

atendidas em um hospital referência de Belém-PA.

MÉTODODO

O estudo realizado foi transversal analítico.

A amostra era composta de todas as crianças com diagnóstico de fissuras labiais e fendas palatinas, de ambos os gêneros, com idade entre 0 a 2 anos de vida, cadastradas no Centro de Referência Estadual Ophyr Loyola, fazendo atendimento nutricional no período de 2010 a 2012. Foi realizado o cálculo da amostra, segundo Barbeta⁹, obtendo-se um total de 43 crianças.

Atendendo aos preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido à

avaliação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Amazônia. A coleta de dados ocorreu após a avaliação do projeto de pesquisa e autorização do Hospital de Referência.

A pesquisa iniciou através do convite feito às mães ou responsáveis das crianças que estavam a espera de consulta médica no hospital. Após esclarecimentos sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aplicado um questionário com perguntas referentes a questões socioeconômicas das mães, realização de pré-natal durante a gestação, ocorrência de casos de fissuras na família, aleitamento materno, alimentação da criança, entre outras informações.

Os resultados foram analisados e comparados no programa Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS

Tabela I - Perfil das mães das crianças pesquisadas no Hospital de Referência Estadual Ophir Loyola, Belém-Pa, 2012

PERFIL MATERNO	CATEGORIAS	TOTAL	%
Faixa etária	>18 a 25 anos	16	37,2
Grau de escolaridade	Ens. Fund. Incompleto	21	48,8
Realização de pré-natal	Sim	40	93,0
Identificação da fissura	Após o nascimento	37	86,0
Renda familiar mensal	Até 1 salário mínimo	25	58,1

Fonte: Pesquisa de campo

Tabela II - Perfil das crianças pesquisadas no Hospital de Referência Estadual Ophir Loyola, Belém-Pa, 2012

Perfil das crianças	Categorias	Total	%
Gênero	Masculino	25	58,1
Faixa etária	0 a < 6 meses	20	46,5
Tipo de fissura	Fissura transforame incisivo	22	51,2
Casos na família	Não	25	58,1

Fonte: Pesquisa de campo

Tabela III – Relação entre o tipo de fissura e o período de desmame das crianças pesquisadas no Hospital de Referência Estadual Ophir Loyola, Belém-Pa, 2012

Desmame em meses	TIPOS DE FISSURA			Nº decrianças	%
	F. pré-for. Incisivo	F. transfor. incisivo	F. pós-for. incisivo		
< 1 mês	5	16	9	30	69,8
1 a < 3 meses	1	4	-	5	11,6
3 a < 6 meses	-	1	-	1	2,3
6 a < 12 meses	-	-	-	-	-
12 a < 24 meses	-	-	-	-	-
Continua amamentando	5	2	-	7	16,3
Total	11	23	9	43	100

Fonte: Pesquisa de campo

*F. pré-for. incisivo: Fissura pré-forame incisivo

* F. transfor. incisivo: Fissura transforame incisivo

* F. pós-for. incisivo : Fissura pós-forame incisivo

Tabela IV- Relação entre o tipo de fissura e a ocorrência de amamentação exclusiva das crianças pesquisadas no Hospital de Referência Estadual Ophir Loyola, Belém-Pa, 2012

Amamentação exclusiva	Tipos de fissura			Nº decrianças	%
	F. pré-for. Incisivo	F. transfor. incisivo	F. pós-for. incisivo		
Sim	1	-	-	1	2,3
Não	11	22	9	42	97,7
TOTAL	12	22	9	43	100,0

Fonte: Pesquisa de campo

*F. pré-for. incisivo: Fissura pré-forame incisivo

* F. transfor. incisivo: Fissura transforame incisivo

* F. pós-for. incisivo: Fissura pós-forame incisivo

Tabela V – Relação entre o tipo de fissura e o tipo de dieta atual das crianças pesquisadas no Hospital de Referência Estadual Ophir Loyola, Belém-Pa, 2012

Dieta atual oferecida	Tipo de fissura			Nº decrianças	%
	F. pré-for. incisivo	F. transfor. Incisivo	F. pós-for. incisivo		
Seio materno	-	-	-	-	-
Consistência líquida	1	3	1	5	11,6
Consistência pastosa	6	13	7	26	60,5
Consistência branda	0	3	1	4	9,3
Consistência livre	-	1	-	1	2,3
Seio materno com complemento	5	2	-	7	16,3
Total	12	22	9	43	100

Fonte: Pesquisa de campo

* F. pré-for. incisivo: Fissura pré-forame incisivo

* F. transfor. incisivo: Fissura transforame incisivo

* F. pós-for. incisivo: Fissura pós-forame incisivo

DISCUSSÃO

O perfil das mães da população estudada caracterizou-se pela maioria encontrar-se na faixa etária de >18 a 25 anos de idade (37,2%) (Tabela I), não coincidindo com a afirmação de Araruna e Vendrúscolo¹⁰, que diz que dentre os fatores ambientais, destacam-se os nutricionais, infecciosos, psíquicos, radiação, uso de drogas e outros agentes químicos e idade da mãe, sendo que este último fator não foi determinante para o aparecimento de fissuras.

De acordo com Wayne et al¹¹, como um grupo, as fendas labiais, labiopalatinas e palatinas, tanto unilaterais e bilaterais, representam umas das mais freqüentes malformações detectáveis ao ultra-som realizado no segundo trimestre de gestação como parte da rotina de pré-natal. E Bianchi; Crombleholme; D'Alton¹², afirmam que em geral, as fendas labiais são mais fáceis de detectar que as fendas palatinas, fato que não coincidiu com os resultados encontrados, onde pôde se verificar grande dificuldade de se identificar a fissura durante o pré-natal no ultra-som. Em 93% dos casos, as mães realizaram o pré-natal durante a gravidez, mas em 86%, o momento em que foi identificada a fissura no bebê ocorreu após o nascimento (Tabela I).

Num estudo feito por Souza-Freitas¹³, a maioria dos pacientes pertencia ao nível sócio-econômico baixo (71,4%), demonstrando que a ocorrência de fissura lábio-palatal pode ser que tenha uma relação com o nível sócio-econômico, coincidindo desta forma com esta pesquisa, onde 58,1% possui renda familiar mensal de até 1 salário mínimo e em 48,8% das mães pesquisadas, prevalecia o ensino fundamental incompleto como grau de escolaridade de acordo com o que confirma a Tabela I.

A Tabela II demonstra que a maioria das crianças pesquisadas é do gênero masculino (58,1%), encontram-se na faixa etária que compreende de 0 a < 6 meses (46,5%); e possuem como tipo de fissura a transforame incisivo (51,2%).

No estudo de Piccinet al¹⁴, o qual participaram 30 crianças, com faixa etária entre 0 mês a 4 anos de idade. A maioria das crianças analisadas também era do gênero masculino, sendo 53% do gênero masculino e 47% do gênero feminino.

De acordo com Araruna e Vendrúscolo¹⁰, a hereditariedade é responsável por 25% a 30% dos casos de fissuras de lábio e/ou palato, o que não aconteceu nesta pesquisa, pois 58,1% da amostra não possuem casos de fissura na família (Tabela II), podendo ter etiologia multifatorial, o que segundo esses autores pode ocorrer em cerca de 70% a 80% dos casos.

Ao analisar a relação existente entre o tipo de fissura e a idade que as crianças pesquisadas desmamaram, observou-se que 69,8% o fizeram antes de completar um mês de vida, 16,3% continuam sendo amamentados e que o desmame ocorreu em maior freqüência no tipo de fissura transforame incisivo, de acordo com a Tabela III.

A amamentação não está contra indicada, mas em muitos casos pode ser dificultada. A mãe deve ser encorajada a amamentar, e antes da cirurgia corretiva de lábio (entre 3 e 6 meses de idade), deve ser orientada a auxiliar o bebê a fazer a “pega” do seio, apoiando o lábio fissurado com o dedo (exercendo uma leve pressão), garantindo o vedamento labial em torno da aréola mamária¹⁵.

Constatou-se que 97,7% das crianças analisadas não foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade, e que apenas uma criança que apresentava fissura pré-forame incisivo foi amamentada, conforme mostrado na Tabela IV.

A dificuldade na amamentação é geralmente proporcional à gravidade da malformação¹⁵, o que coincidiu com este estudo, no qual a única criança que foi amamentada exclusivamente ao seio até os seis meses de idade possuía o tipo de fissura mais simples (Tabela IV). E no caso de fissuras lábio-palatinas completas, muitas vezes o esforço durante a mamada pode prejudicar o aporte nutricional e o ganho de peso. Nestes casos, a mãe deve ser estimulada a fazer a ordenha manual e oferecer o leite para o bebê na colher, copinho ou mamadeira, o que for mais eficiente e fácil.

O estudo de Piccinet al¹⁴ mostrou que apesar da malformação congênita, é frequente a ocorrência do aleitamento materno exclusivo nas crianças, o que não coincidiu com este estudo, no qual pôde-se perceber a baixa incidência de aleitamento materno exclusivo e

a grande frequência de desmame ocorrido antes da criança completar um mês de vida (Tabela IV).

Segundo a Tabela V, a qual apresenta a relação entre o tipo de fissura e o tipo de dieta atual das crianças pesquisadas, nenhuma criança estava sendo alimentada por meio do seio materno exclusivamente, apenas aleitamento materno com complemento (16,3%), onde tal prática ocorria mais freqüentemente no tipo de fissura pré-forame incisivo.

Garcia¹⁶ afirma que geralmente, os pacientes portadores destas anomalias com idade maior de seis meses, preferem alimentos mais pastosos e umidificados para facilitar a deglutição e reduzir o esforço na mastigação. Neste estudo, identificou-se que 60,5% das crianças alimentam-se com uma dieta de consistência pastosa (Tabela V).

No estudo de Campillayet al¹⁷ realizou-se a avaliação da alimentação de crianças com fissura de lábio e/ou palato numa amostra composta de 23 crianças de ambos os sexos. Sobre as formas de alimentação atual verificadas foram: 13,0% dos casos alimentavam-se no seio materno, 60,9% na mamadeira, 26,1% com papas de fruta, 13,0% com papas de legumes, 26,15% com alimentos em pedaços e 56,5% com alimentos sólidos.

Quanto à consistência, Campillayet al¹⁷ (2009) verificou que 13,0% dos casos liquidificavam os alimentos, 30,4% amassavam e 52,2% consumiam os alimentos não processados. A respeito da introdução dos alimentos mais consistentes, o mesmo estudo mostrou, de modo geral, uma introdução precoce de pastosos, entre 3 e 5 meses, o que coincidiu com esta pesquisa, apesar da

recomendação ser não receberem alimentos pastosos antes dos cinco meses, e a partir dos seis meses uma dieta mista.

As dificuldades de alimentação resultantes da malformação lábio-palatal ou da incapacidade de absorção de nutrientes durante os primeiros meses de vida, bem como de processos infecciosos nas vias aéreas superiores ou no ouvido médio, são fatores que causam déficit de crescimento em crianças com essas malformações¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo sinaliza a necessidade de verificar os fatores limitantes seja do sujeito, materno, da rede social e da equipe de cuidadores para a obtenção de melhores resultados.

Neste estudo, podemos observar que as crianças pesquisadas apresentaram consumo de dieta não recomendada nos seis primeiros meses de vida, sendo recomendado o aleitamento materno exclusivo.

Portanto, a capacitação de profissionais, mães e rede social no manejo dessas crianças, pode favorecer em melhores resultados, como o apoio ao aleitamento materno.

A parceria entre o Centro de Referência Estadual em Fissuras e o Centro de Referência Estadual em Banco de Leite Humano talvez seja uma estratégia a se pensar na contínua capacitação dos profissionais no apoio ao aleitamento materno exclusivo em situações especiais.

SUMMARY

BREAST FEEDING OF CHILDREN WITH CLEFT PALATE AND CLEFT LIP

Damyles Nunes FERREIRA; Suzane Coelho ALVES; Pilar Maria de Oliveira MORAES e Daiany do Socorro Mendes PIRES

Objective: To analyze the occurrence of breastfeeding in children with cleft palate and cleft lip. **Method:** Analytical cross-sectional study with 43 children diagnosed with cleft lip and cleft palate, of both genders, aged 0-2 years, enrolled in the State Reference Center, which was collected clinical data and food consumption through a questionnaire applied to mothers or caretakers. **Results:** Data showed that 69.8% of surveyed children weaned before completing a month of life, 97.7% of the children

studied were not exclusively breastfed until six months old, 60.5% of children fed on a diet of pasty consistency. **Conclusion:** This research was of great importance due to the scarcity of data loco / regional, which will enable information to improve the development of protocols and epidemiological data.

KEY WORDS: cleft lip, cleft palate, food consumption.

REFERÊNCIAS

1. Loffedo, MC L. Fissuras lábio -palatais: estudo caso-controle de fatores de risco. São Paulo, 1990. 129 p. Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1990
2. Thomé, S. Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformações congênita de lábio e/ou de palato. 1990. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1990
3. Silva, EB; Fúria, CLB; Di Ninno, CQMS. Aleitamento materno em recém nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. Revista CEFAC, São Paulo, v.7, n.1, jan/mar, 2005. Disponível em: <[http://www.cefac.br/revista/Artigo%202%20\(pag%2021%20a%2028\).pdf](http://www.cefac.br/revista/Artigo%202%20(pag%2021%20a%2028).pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2011
4. Cavalheri, V N. Fissura lábio-palatal e aleitamento materno. 1999. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Motricidade Oral – CEFAC, Curitiba, 1999. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22abd62a347155f7ef8ce82fab>>. Acesso em: 02 nov. 2011.
5. Dalben, GS. et al. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *CleftPalateCranifac J.* 2003, v. 1
6. Watson, ACH; Sell, DA; Grunwell, P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Santos; 2005
7. Silveira, JLGC; Weise, CM. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sobre aleitamento. *Pesquisa Brasileira OdontopedClinIntegr*, João Pessoa, v. 8, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/297/215>>. Acesso em: 20 ago. 2011
8. Altmann, EBC. Fissuras Labiopalatinas. 4. ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997
9. Barbetta, Pedro Alberto. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. Ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2002. 340 p
10. Araruna, RC; Vendruscolo, DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. *Rev.latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, abril 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12424.pdf> . Acesso em: 02 out. 2011
11. Wayne, C et al. Sensitivity and accuracy of routine antenatal ultrasound screening for isolated facial clefts. *Br J Radiol.* 2002; v.75, p. 584-589
12. Bianchi, DW; Crombleholme, TM; D'alton, ME. Cleft lip and palate. In: MEDINA, M. (ed.). *Fetology: diagnosis & management of the fetal patient.* New York: McGraw-Hill; 2002
13. Souza-Freitas, JA et al. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. *R Dental Press OrtodonOrtop Facial*, Maringá, v. 9, n. 5, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141554192004000500009>. . Acesso em: 30 ago. 2011
14. Piccin, S; Machado, AD; Bleil, RT. Estado nutricional e prática de aleitamento materno de crianças portadoras de fissuras labiopalatais de Cascavel/Paraná. *Nutrire: ver. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, v. 34, n. 3, dez. 2009. Disponível em: <<http://sban.org.br/revistas/Vol.34n.3-COMPLETO.pdf#page=79>>. Acesso em: 02 dez. 2011
15. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de assistência à saúde da criança, 2011. Disponível em: <<http://portalvr.com/saude/cuidados/Protocolo%20de%20Assistencia%20a%20Saude%20da%20Crianca%20Volta%20Redonda.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

16. García, AR et al. Diagnóstico prenatal de lashendiduraslabiopalatinas. Acta Odonto Venez. 2006 Abr; v.44
17. Campillay, PL; Delgado, SE; Brescovici, SM. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto Alegre. Revista CEFAC, São Paulo, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/20-09.pdf>> . Acesso em: 20 ago. 2011
18. Barakati, SF; Alkofide, EA. Growth status of Saudi patients with cleft lip and palate.Saudi Med J. 2002, v.23

Endereços para correspondência

damylesnunes@hotmail.com

suzy_c20@hotmail.com

Recebido em 19.11.2012 – Aprovado em 06.03.2013