Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 26/08/2020
Data de Aprovación: 18/09/2020

ARTIGO DE REVISÃO

Os desafios e estratégias para amamentação no recém-nascido com fissura labiopalatina

The challenges and strategies for breastfeeding in newborns with cleft lip and palate

Ana Paula Matzenbacher Ville[1], Leticia Staszczak[1], Larissa Lopes[2], Jaine Miorando Vivan[2]

Descritores:
Aleitamento Materno,
Leite Humano,
Fenda Labial,
Fissura Palatina.

Resumo

Objetivos: Revisar estratégias que facilitam o aleitamento materno (AM) em crianças portadoras de fenda palatina e fissura labial. **Métodos:** Revisão narrativa de literatura realizada através de bases científicas on-line. **Resultados:** As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que dificultam o processo de amamentação, interferindo na sucção e deglutição, o que pode prejudicar o desenvolvimento infantil e o vínculo mãe-bebê. Deve-se incentivar o aleitamento materno, avaliar a capacidade de sucção do bebê, demonstrar aos pais o posicionamento adequado da amamentação, apoiar as mães a estabelecer e manter seu suprimento de leite, considerando o equipamento de alimentação adaptável (mamadeiras e mamilos especializados) e educação sobre os benefícios do leite humano. Mesmo que existam fatores que impossibilitem a amamentação, o fornecimento de leite humano, através de mamadeiras especializadas ou outros dispositivos, deve ser incentivado, visto que há nutrientes que só ele pode oferecer ao recém-nascido. A educação da família é parte importante no sucesso da amamentação e o suporte deve ser iniciado assim que a fissura for diagnosticada, durante os períodos pré-natal e pós-natal. **Conclusão:** O aleitamento materno deve ser incentivado, e quando não é possível, deve-se ofertar leite materno. O reparo cirúrgico precoce (nas primeiras duas semanas de vida) em fendas labiais simples aumentou as taxas de AM e deve ser considerado em serviços nos quais há disponibilidade. Ainda, deve-se criar uma rede de apoio aos pais, com profissionais da saúde, para que forneçam orientações sobre as possibilidades e sucesso da amamentação, além de monitorização do ganho de peso e da hidratação.

Headings:
Breast Feeding,
Milk,
Human,
Cleft Lip,
Cleft Palate.

Abstract

Objectives: Review strategies that facilitate breastfeeding in children with cleft palate and cleft lip. **Methods:** Narrative literature review carried out through online scientific bases. **Results:** Cleft lip and palate are congenital malformations that hinder the breastfeeding process, interfering with sucking and swallowing, which can impair child development and the mother-baby bond. Breastfeeding should be encouraged, the baby's sucking ability should be assessed, the breastfeeding should be properly demonstrated to parents, support for mothers to establish and maintain their milk supply, considering adaptive feeding equipment (specialized bottles and nipples) and education on the benefits of human milk. Even if there are factors that make breastfeeding impossible, the supply of human milk, through specialized bottles or other devices, should be encouraged, since there are nutrients that only it can offer to the newborn. Family education is an important part of successful breastfeeding and support should be started as soon as the cleft is diagnosed, during the prenatal and postnatal periods. **Conclusion:** Breastfeeding should be encouraged, and when it is not possible, breast milk should be offered. Early surgical repair (in the first two weeks of life) in simple cleft lip has increased BF rates and should be considered in services where availability is available. In addition, a support network for parents should be created, with health professionals, to provide guidance on the possibilities and success of breastfeeding, in addition to monitoring weight gain and hydration.

[1] Faculdades Pequeno Príncipe, Medicina - Curitiba - Paraná - Brasil
[2] Universidade do Contestado, Medicina - Mafra - Santa Catarina - Brasil

Autor correspondente:
Ana Paula Matzenbacher Ville.
Faculdades Pequeno Príncipe. Av. Iguaçu, 333, Rebouças, Curitiba, PR, Brasil. CEP: 80230-020. E-mail: felipekalil@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que dificultam o processo de amamentação, interferindo na sucção e deglutição. A fenda labial (FL) e a fenda palatina (FP) são defeitos estruturais orofaciais congênitos que ocorrem quando o lábio ou a boca do bebê não se desenvolve adequadamente. A fenda labial ocorre quando há abertura entre a boca e o nariz, enquanto na fenda palatina ocorre uma abertura no céu da boca entre as cavidades oral e nasal. A ocorrência de fenda labiopalatina está relacionada a fatores genéticos e ambientais, como deficiência materna de ácido fólico e exposição a toxinas (medicamentos, nicotina e álcool)[1].

No Brasil, 1 a cada 650 recém-nascidos (RN) possui fissura labiopalatal, com variabilidade de prevalência afetada por etnia, geografia e status socioeconômico[2]. Estas podem acometer o lábio de forma isolada ou o palato, assim a dificuldade enfrentada durante o AM tem relação com a extensão da fenda oral. O grau de fenda palatina é proporcional à dificuldade com a alimentação. Pacientes com FL isolado muitas vezes podem amamentar com sucesso[3]. Embora ocorram variações, estima-se que, do número total de bebês com FL, 50% tenham fissura combinada de lábio e palato (FLP), 30% tenham fenda palatina isolada e 20% tenham fenda labial isolada. As fendas são geralmente unilaterais, mas podem ser bilaterais. De todos os casos, 30% fazem parte de síndromes identificadas ou distúrbios de anomalias congênitas[4].

Antes do fechamento dos defeitos palatais, os bebês com FLP são confrontados com vários obstáculos ao sucesso da alimentação. O processo de alimentação do bebê depende da sincronização suave de dois processos, a saber, sucção e deglutição. Devido à anatomia oral anormal, os lactentes com FLP têm dificuldade em criar gradientes de pressão oral, o que afeta os movimentos musculares do estágio faríngeo e atrasa o desencadeamento dos movimentos da deglutição[5].

Apesar dos avanços em cirurgia craniofacial e plástica, atendimento odontológico e ortodôntico, otorrinolaringologia, audiologia e fonoaudiologia terem melhorado significativamente os resultados e a qualidade de vida, ainda permanece o déficit na função nutritiva dessas crianças, muitas com dificuldades de receber o leite materno[2]. Diversos estudos surpreendem com as altas taxas de aleitamento materno (AM) em RN com FL, identificando que o uso de fórmulas normalmente ocorre por outras situações e não por causa da fissura. Ainda, sugerem que por mais que o RN não consiga realizar a sucção, ele deve ser alimentado com leite materno[6].

MÉTODOS

Revisão de literatura realizada através de pesquisas em bases científicas do PubMed. Foram utilizados os descritores "*cleft lip and palates*" e "*breastfeeding*", ligados pelo booleano *AND*. Após 16 artigos serem encontrados, foram analisados 11 que falavam sobre o tema. Realizou-se uma busca adicional, com os mesmos descritores, na revista Residência Pediátrica, da Sociedade Brasileira de Pediatria, não sendo encontrados novos artigos.

RESULTADOS

De acordo com as recomendações atuais, o aleitamento materno deve ser exclusivo até os 6 meses de idade, e prolongado até os 2 anos ou mais. O leite materno representa o substrato ideal para todos os bebês, incluindo aqueles com fenda palatina, para os quais esse processo pode estar comprometido[2].

Um lábio leporino ou FL varia de um pequeno entalhe no lábio superior a uma extensão no nariz, enquanto uma fenda palatina (FP) varia em gravidade, de uma abertura do palato mole a uma extensão no palato duro[1]. Quando ocorre um FL, o lábio não é contíguo, e quando ocorre uma FP, há comunicação entre as cavidades oral e nasal[4]. Embora um FL tenha uma apresentação visível, um FP pode não ser detectado imediatamente[1]. Por isso, é importante que os profissionais de saúde verifiquem as fendas palatais (abertas e submucosas) na apresentação inicial, com inspeção e palpação do palato, com abaixador de língua e lanterna para visualização de todo o palato[4], preferencialmente já no primeiro exame do RN. As possibilidades de oferta de leite materno são diferentes cada FP e FP, e variam desde posicionamento até cirurgia reparadora (Figura 1).

A presença de fendas do palato impede a separação adequada das cavidades nasais e orais durante a alimentação, o que resulta em dificuldade de sucção. Sabe-se que somente bebês com fendas menores do palato mole ou duro podem criar sucção adequada. No entanto, a maioria deles não consegue, porque a cavidade oral não pode ser adequadamente separada da cavidade nasal durante a alimentação[7]. Também, compromete a sincronização precisa de deglutição e respiração, necessárias para alimentação. Devido a isso, pacientes com fissura palatina apresentam padrões de sucção menos eficientes, com taxas mais baixas de sucesso na amamentação quando comparados à população sem fissura. A dificuldade pode persistir mesmo após o reparo cirúrgico. Apesar disso, evidências sugerem que a amamentação pode começar ou recomeçar imediatamente após o reparo da fenda labiopalatina. Os bebês podem precisar de apoio adicional sobre amamentação após reparação das fendas[4]. A alimentação imediata a palatoplastia (cirurgia corretiva), pode ser feita por meio de copos ou colheres, sendo a última mais recomendada, por haver maior grau de estimulação oral e a promoção da contração muscular e da terminação nervosa quando comparada ao copo. No pós-operatório tardio, já podem ser estimulados o uso de métodos de sucção[8].

Para que haja sucesso na amamentação, é necessário que o bebê faça a sucção do leite, responsável pela fixação ao seio, manutenção de uma posição estável de alimentação e extração de leite[4]. A dificuldade de alimentação está relacionada ao tamanho da fenda, envolvimento anatômico específico e ao espectro de malformações e síndromes concomitantes



Figura 1. Estratégias para aleitamento materno em bebês com fenda labial e fenda palatina.

possíveis dentro da categoria geral de fendas orofaciais[2], além da maturidade do bebê e pressão oral gerada durante alimentação. Por isso, espera-se que bebês mais novos com fendas maiores gerem menos pressão oral, com maiores dificuldades na amamentação[4].

Na avaliação do recém-nascido com fenda labiopalatina, é importante considerar o tamanho e a localização da fenda do bebê, a anatomia da mama, os desejos dos pais e a experiência anterior com a amamentação[4]. As dificuldades são menores em crianças apenas com fenda do lábio (palato íntegro), que podem ser contornadas somente com o posicionamento adequado. Estes geralmente são capazes de gerar sucção e pressão negativa, quando o mamilo é comprimido entre a língua e a maxila[4]. Vale ressaltar que, quando a fenda labiopalatina ocorre como parte de uma síndrome, o potencial de amamentação deve ser avaliado individualmente, levando em consideração características adicionais da síndrome[4].

Em bebês com fenda do palato, além da dificuldade em sugar o seio, há comunicação entre cavidade oral e nasal, com risco de aspiração. Alguns bebês com fissuras no palato mole pequenas podem gerar pressão negativa adequada, mas outros com fendas no palato mole e/ou duro maiores podem não conseguir. Recém-nascidos a termo e prematuros podem ter maior dificuldade em gerar pressão de sucção do que bebês mais velhos. Em geral, bebês com fenda de lábio ou palato tem dificuldade em criar sucção e pressão negativa, porque a cavidade oral não pode ser adequadamente separada da cavidade oral durante a alimentação[4].

No entanto, recomenda-se o AM para reforçar o vínculo mãe-bebê, com orientação de que o bebê sempre seja deixado em posição inclinada ou sentada para o LM não refluir para o nariz. Em RN com FLP, indica-se ordenha e alimentação via oral por mamadeiras especiais. As fórmulas devem ser utilizadas apenas nos casos em que há contraindicações do AM ou na falta de produção do LM.

Estudo de coorte retrospectivo, conduzido por Burianova et al. (2017)[7], estudou as taxas de amamentação após reparo cirúrgico precoce, realizado nas primeiras duas semanas de vida. Quando comparados recém-nascidos com FL e com FLP, constatou que três (6,2%) das crianças do grupo com FLP foram amamentadas, 31 (64,6%) receberam leite humano por mamadeira e 14 (29,2%) foram alimentadas com fórmula. Já no grupo com FL, as taxas de aleitamento materno foram significativamente maiores, 44 (78,6%) foram amamentadas, três (5,4%) receberam o próprio leite da mãe por mamadeira ou seringa e nove (16,0%) foram alimentadas com fórmula (3). O que chama atenção neste estudo foi a alta taxa de aleitamento nos RN com FL, e mesmo os que não foram amamentados no grupo com FLP, receberam leite materno[7].

Além da transferência insuficiente de leite com comprometimento do ganho de peso e crescimento e desnutrição, as dificuldades na alimentação também podem levar a fadiga durante a amamentação, períodos prolongados de amamentação, regurgitação nasal, dificuldades de aprendizado, distúrbios

da fala, infecções recorrentes do trato respiratório superior, doenças crônicas do ouvido - devido à insuficiência nasal e proteção inadequada das vias aéreas durante a deglutição - e problemas dentários, como cáries dentárias - devido à dificuldade de limpeza dos dentes incisivos superiores, pela anatomia anormal da cavidade orofacial[1,4]. Existem evidências que apoiam a redução da otite média (OM) em bebês com fenda palatina para os quais é oferecido leite materno. O ato de amamentar também pode fortalecer os músculos da fala e favorecer formação facial normal e melhoria da fala[2]. Além disso, as dificuldades enfrentadas durante as tentativas de amamentação podem afetar o apego materno e a decisão da mãe em interromper a amamentação.

No que se refere a otite média e secretora, um estudo retrospectivo e clínico foi realizado por Aniansson et al. (2002)[9] contendo 84 crianças entre 6 e 10 anos com o objetivo de analisar a incidência da OM, a alimentação com leite materno e o uso de *grommets* (tira de anel ou borda inserida em um orifício) em crianças com fenda palatina ou fenda labial, comparados com um grupo controle. Os resultados desse estudo mostraram que, apesar do reparo da fissura e do tratamento precoce e frequente com *grommets*, as crianças com PC/FLP frequentemente contraem MO secretória e aguda. A alta incidência da doença é refletida no grande número de timpanogramas anormais, nas visitas mais frequentes ao hospital por causa da fenda e na redução da duração do aleitamento materno em lactentes com fissura palatina. Das variáveis testadas em relação a OM em um modelo de regressão linear, a redução da duração da alimentação com o leite materno foi a mais importante, mas ainda não explicou completamente. Um mês de alimentação mais curta com leite materno aumenta o risco de OM aguda e secretora. Portanto, este estudo indica que a amamentação alivia a OM em certa medida e o efeito pode ser benéfico para crianças com fenda palatina que são propensas à OM como resultado da disfunção da trompa de Eustáquio[9].

A amamentação é o método preferível de alimentação, mesmo nos bebês com presença de fissuras labiopalatinas. O tecido mamário é flexível, o que permite que seja moldado para acomodar a cavidade oral e ocluir a fenda. O movimento da amamentação promove o desenvolvimento e a coordenação da musculatura orofacial e estimula o desenvolvimento muscular das estruturas craniofaciais necessárias para a fala. Entretanto, a capacidade de sucção do leite pelo bebê está relacionada ao grau da fissura. Algumas estratégias podem auxiliar na amamentação: contato pele a pele da mãe com o bebê, expressão manual do leite, massagens da mama e aplicação de compressas quentes[1]. A amamentação se refere à colocação direta da criança no seio para amamentação, enquanto a alimentação com leite materno refere-se à entrega do leite materno à criança através de mamadeiras especiais, copo, colher ou qualquer outro meio, exceto a mama. O aleitamento materno ou o fornecimento de leite materno deverá ser incentivado, com a correta orientação dos pais sobre os benefícios protetores do leite materno[4]. As possibilidades e estratégias para a oferta de leite materno são amplas (Figura 2).

Dentre os fatores necessários para a boa mamada nesses RN são alternativas, dispositivos acoplados à mama, como sondas, que auxiliam a chegada do leite à cavidade oral. Com adoção precoce de medidas adequadas, é possível alcançar um bom desenvolvimento e ingesta adequada dos nutrientes que só o LM oferece. Caso não seja possível a amamentação exclusiva, torna-se necessário uma equipe multidisciplinar para escolha de outros métodos para alimentação do bebê.



Figura 2. Estratégias para oferta de leite materno em presença de fendas labiopalatinas.

O posicionamento durante a amamentação é importante, sobretudo naqueles com fissuras labiopalatinas. Em alguns casos, somente com o posicionamento adequado já há possibilidade de amamentação. Deve ocorrer suporte da cabeça para alinhamento neutro da cabeça e pescoço, braços para frente, linha média do tronco, quadris flexionados e estabilização de lábio, bochecha e mandíbula para fornecer uma plataforma para movimentos de sucção. Bebês com fissura palatina são alimentados em posição vertical superior a 60° para permitir que a gravidade facilite a transferência de fluidos e diminua a tendência ao refluxo nasofaríngeo. A posição semiereta facilita o arroto, limita a regurgitação de líquidos e evita que o leite entre na trompa de Eustáquio e no espaço do ouvido médio, minimizando as infecções no ouvido[1].

A criança com fenda labial deve ser segurada de forma que a fenda esteja orientada para a parte superior da mama. Assim, uma criança com uma fenda direita pode se alimentar de forma mais eficiente em uma posição cruzada no peito direito, com o corpo da criança posicionado ao lado da mãe, em vez de no colo da mãe, com os ombros da criança acima do corpo, na mama esquerda[4]. Assim, peito da mãe deve ser apoiado em direção ao lado do palato mais favorável ou intacto, com isso impedindo que o mamilo seja empurrado para a fenda[1]. Para fendas labiais bilaterais, uma posição de 'cara na cara' pode ser mais eficaz do que outras posições de amamentação. Para bebês com fenda palatina, o posicionamento semivertical pode reduzir a regurgitação nasal e o fluxo de leite nas trompas de Eustáquio[4]. A criança também pode ser orientada para a parte superior da mama, enquanto a mãe oclui a fenda com o polegar. A mãe também poderá inclinar o peito para baixo, se for o caso de uma criança muito grande[1].

Além do posicionamento do bebê, algumas estratégias podem ser implementadas. Nos bebês com fenda labial, pode-se ocluir a fenda com o polegar ou dedo, e/ou apoiar as bochechas do bebê para diminuir a largura da fenda e aumentar o fechamento ao redor do mamilo. No caso da fenda palatina, pode-se posicionar a mama em direção ao segmento maior do palato (o lado que tem osso mais intacto), e assim facilitar a geração de pressão negativa e a extração do leite, enquanto impede que o mamilo seja empurrado para o local da fenda. Além disso, as mães podem expressar manualmente o leite materno na boca do bebê, compensando a falta de sucção e compressão[4].

Apesar da impossibilidade de amamentação, as mães devem ser orientadas que há possibilidade de fornecer leite humano para seus filhos. Por isso, é necessário aconselhar em relação aos equipamentos de apoio disponíveis para garantir adequado suprimento de leite. Exemplos de equipamentos são os bombeadores de leite, mamadeiras especiais e equipamentos adaptáveis. Os pais devem receber orientações antecipadas sobre técnicas eficazes para a expressão do leite, juntamente com a quantidade de leite necessária e os métodos de armazenamento[4]. Um membro criticamente importante da equipe multidisciplinar de fendas, no que diz respeito ao estabelecimento e manutenção de um regime alimentar eficaz, é o enfermeiro especialista em fendas, os quais oferecem instruções detalhadas de alimentação e apoio aos novos pais de bebês com FP/FL[5]. O aconselhamento precoce é fundamental, pois as mães podem ser incentivadas a iniciar a expressão do leite nas primeiras horas após o nascimento[4]. As mães devem ser aconselhadas e instruídas a usar a bomba de leite, manusear o leite, registrar volumes e estabelecer contato com o bebê durante a após o bombeamento[1].

As mamadeiras especializadas podem ser grandes aliadas das mães com bebês com fissuras labiopalatinas. Se a amamentação não for possível, é uma das opções de escolha, visto que possibilidade a proximidade da mãe com o bebê e também que outro cuidador alimente a criança. Em geral, o sucesso da amamentação, com as mamadeiras especiais, dependerá do grau de fissura e do status das vias aéreas. Bebês com uma pequena fenda no palato mole podem ser capazes de amamentar. Por outro lado, bebês com fenda palatina mais significativa provavelmente terão uma dificuldade considerável. No entanto, outros estudos relataram que o formato ou tamanho da fenda palatina não afeta a amamentação[5].

Além destes, existem equipamentos especializados, como as mamadeiras compressíveis que diminuem a necessidade de sucção pelo bebê e auxiliam na capacidade de sugar e engolir, com oferta de maior quantidade de leite[3]. Garrafas que facilitam o fluxo de leite podem ser necessárias para uso a curto ou longo prazo. Estas podem ter tetinas especialmente projetadas, compactáveis ou usar válvulas unidirecionais para controlar o fluxo de leite[4].

Em estudo realizado, quando os bebês foram alimentados com uma combinação de leite materno e fórmula usando uma seringa sem agulha, foram registrados aumentos significativos no ganho de peso, tempos de alimentação mais rápidos e maiores volumes de alimentação. Assim, alimentar com uma seringa é uma alternativa, pontuada como mais fácil e mais prática[5].

Uma grande variedade de tetinas e mamilos especializados estão disponíveis para uso em bebês que apresentam FLCP ou outras dificuldades alimentares. Há uma mamadeira que pode ser espremida com um mamilo ortodôntico NUK, uma enfermaria de fenda palatável Mead Johnson e um mamilo com corte cruzado, que demonstraram suportar efetivamente o crescimento normal em bebês com fissuras. O Haberman Feeder e a tetina tipo P, a seringa descartável (sem agulha), o berço Benifex para fenda labial/palatina, a alimentação com xícaras e a alimentação com colher também podem ser usados como intervenções de alimentação em pacientes com fissuras[5].

Outro dispositivo disponível é obturador de alimentação, o qual cria uma vedação entre as cavidades oral e nasal e controla o fluxo de leite. Compreende uma placa de acrílico inserida na boca sobre o palato duro, fechando essencialmente o defeito palatino. Essa placa de alimentação restaura as funções básicas da mastigação, deglutição e produção da fala até que o lábio leporino e/ou o palato possam ser

corrigidos cirurgicamente. O uso combinado de um obturador palatino e educação em lactação pode reduzir o tempo de alimentação e pode estar associado a um bom crescimento. Existem evidências contraditórias sobre o uso de obturadores. Algumas evidências sugerem que aqueles que não facilitam a alimentação ou o ganho de peso em bebês com FLCP. No entanto, outras fontes promissoras sugerem que elas podem realmente melhorar a eficiência alimentar desses bebês. Uma única intervenção pode não atender a todos os requisitos de alimentação de bebês com FLCP; assim, uma combinação de várias intervenções deve ser usada[5].

Em alguns serviços, os pacientes são submetidos à moldagem nasoalveolar (NAM), aparelho pré-cirúrgico usado para girar os segmentos alveolares da fenda para a posição ortotópica e moldar o nariz antes do reparo do lábio leporino. A presença de NAM impede a amamentação tradicional em quase todos os casos[3].

Em estudo realizado por Alperovich et al. (2017)[3] para avaliação das taxas de consumo de leite materno em 110 pacientes com fissuras orais na América do Norte, tratados no período de 2000 a 2012, demonstrou-se que 67% receberam leite materno por um período de tempo com duração média de 5,3 meses (variação de 0,25 a 18 meses) e, quando utilizado, o AM constituiu a maioria da dieta em 75%. Este estudo incluiu 62 pacientes com fissura labial e palatina unilateral, 26 pacientes com fissura labial e palato bilateral, 16 pacientes com fissura labial unilateral e 6 pacientes com fissura labial bilateral. Ainda, o método mais comum de fornecer o leite materno foi a alimentador Haberman (75% os casos), que permite que o bebê obtenha leite do mamilo sem sucção[3].

Em estudo de revisão retrospectiva por Goyal (2014)[5], comparou-se a frequência de amamentação no peito e por mamadeira (mamadeira, copo, tubo enteral) em lactentes com fenda palatina. Neste, o consumo de leite materno (26 crianças foram amamentadas e 84 receberam leite materno humano administrado com um dispositivo) foi de 29,5%, significativamente abaixo das estatísticas nacionais dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças de 2016 para receber leite materno (81%). Quando foram avaliados os escores z para idade e pesos, os bebês com fenda palatina estavam abaixo dos padrões normativos, o que sugere comprometimento precoce do crescimento em lactentes com fissura palatina. Uma possível etiologia para o crescimento deficiente é a ingestão inadequada de proteínas devido à anormalidade anatômica[2]. Esse estudo também mostrou menores índices de aleitamento materno, se comparado com a pesquisa de Alperovich et al. (2017)[3], anteriormente citada. Isso pode ser explicado pela inclusão de bebês com fissura labial isolada, que tem mais facilidade em receber aleitamento materno ou mamadeiras, os quais são desafios maiores para aqueles com fenda palatina, caracterizados no estudo de Gottschlich et al. (2018)[2]. No estudo em questão, somente 7,2% dos lactentes com fenda palatina foram amamentados. As baixas taxas de amamentação são associadas aos defeitos anatômicos, porém, não se deve atribuir somente às barreiras anatômicas. Outros fatores apontados foram as circunstâncias do nascimento do bebê. Geralmente, os pais descobrem no parto o defeito orofacial, com um início da relação mãe-bebê em circunstâncias estressantes. O choque psicológico em resposta a isso e sentimentos maternos, como ansiedade, medo, culpa e depressão podem prejudicar o vínculo materno-infantil. O fator econômico também deve ser considerado como determinante da alimentação com leite materno, visto que a coleta do leite e alimentação especializada, com dispositivos especiais, bem como processo de administração e limpeza, requerem comprometimento significativo, de tempo e dinheiro. Além disso, a expressão do leite e instruções especializadas de alimentação podem ser de difícil entendimento. Fatores ambientais determinantes encontrados foram os processos do sistema de saúde (como a ausência de programas de distribuição de fórmulas ou suplementos), a experiência do cuidador, o acesso à seguro de saúde e a acessibilidade de informações, serviços e equipamentos. Ainda, a falta de diferenciação entre o tipo de fissura e a gravidade pode explicar a ambiguidade na literatura em relação ao sucesso na amamentação[2]. A conclusão dos estudos clínicos encontrados pode ser resumida na Tabela 1.

A experiência da equipe de saúde que recebe o bebê também é importante: para a maioria dos hospitais, um bebê com fenda palatina é um evento incomum, o que pode levar a amamentação não ser vista como prioridade, devido a outros aspectos do cuidado com a fenda labiopalatina. Ainda, é necessário o desenvolvimento de um plano de assistência alimentar seguro e eficaz[2]. Mães de crianças com fissura labial e/ou palatina podem ser desencorajadas a fornecer leite humano por prestadores médicos que se sentem desconfortáveis ou não estão familiarizados com os padrões e recomendações sobre alimentação por fissura[10]. Alperovich et al. (2017)[3] demonstraram que pais que receberam orientação tem mais probabilidade de oferecer o leite materno (72%) do que aqueles sem aconselhamento (44%).

As consultas de lactação pré-natal para bebês com anomalias congênitas demonstraram aumentar significativamente o início e a duração do fornecimento de leite humano após o parto. Não se sabe quais fatores influenciam as mães de bebês com fissura orofacial para amamentar ou fornecem leite humano expresso para seus bebês. A maioria das mães que optaram por fornecer leite humano relatou pelo menos um fator desafiador, os mais comuns eram trava fraca, sucção ruim e falta de leite[10].

Em estudo de coorte retrospectivo, quando perguntados especificamente sobre seus desafios em expressar o leite, 42% das mães se queixaram do suprimento de leite. Outros relataram que expressar leite consumia muito tempo ou era doloroso. Apenas duas mães, no entanto, relataram dificuldade em acessar uma bomba de mama. As mães relataram oficialmente a "perda de suprimento de leite" como o motivo mais comum para interromper, mas os muitos fatores fisiológicos e psicossociais potenciais que afetam o suprimento de leite da

Tabela 1. Análise de estudos clínicos randomizados.

	TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	METODOLOGIA	N	RESULTADOS
1	**Breast milk feeding rates in patients with cleft lip and palate at a North American Craniofacial Center**[3]	Michael Alperovich, Jordan D. Frey, Pradip R. Shetye, Barry H. Grayson, Raj M. Vyas.	Avaliar as taxas de aleitamento materno entre pacientes com fissuras orais.	Entrevista com pais de pacientes com fissuras orais, sobre diagnóstico de fissuras, aconselhamento recebido e hábitos alimentares.	110	67% receberam leite materno por um período de tempo com duração média de 5,3 meses. Quando utilizado, o leite materno constituiu a maioria da dieta com percentual médio de 75%. O método mais comum de fornecer leite materno foi o alimentador Haberman a 75%, com outras mamadeiras especiais perfazendo outros 11%. Os pais que receberam aconselhamento (84%) tiveram maior probabilidade de dar leite materno ao bebê.
2	**Breastfeeding after early repair of cleft lip in newborns with cleft lip or cleft lip and palate in a baby-friendly designated hospital**[7]	Iva Burianova, Katarina Kulihova, Veronika Vitkova, Jan Janota	Avaliar a amamentação após o reparo precoce do lábio leporino. Comparar a taxa de aleitamento materno em recém-nascidos com fissura labial à fenda labial e palatina.	Estudo de coorte retrospectivo.	104	Ao comparar os grupos fissura labial e fenda labial e palatina, houve diferenças significativas em apenas dois itens: a taxa de aleitamento materno foi significativamente maior no grupo de fissura labial e a permanência hospitalar foi significativamente menor no grupo de fissura labial. O estudo concluiu que mesmo os bebês com fissura labiopalatina foram alimentados com leite materno por mamadeira ou alimentador Haberman.
3	**A retrospective study identifying breast milk feeding disparities in infants with cleft palatwe**[2]	Michele M. Gottschlich, Theresa Mayes, Laura James, Jane Khoury, Brian Pan, John A. van Aalst.	Determinar a frequência de amamentação no peito e por mamadeira em lactentes com fenda palatina. Comparar com as taxas relatadas pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças; revisar o status de crescimento dos bebês.	Revisão retrospectiva de cinco anos. Os resultados medidos foram o uso de leite materno, relatado pelas mães e documentado nos registros médicos eletrônicos dos pacientes, peso corporal cronológico e peso para os escores z e percentis de comprimento e peso para idade.	360	O consumo de leite materno (26 crianças foram amamentadas e 84 receberam leite materno humano administrado com um dispositivo) foi de 29,5%, significativamente abaixo das estatísticas nacionais dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças de 2016 para receber leite materno (81%).
4	**Otitis media and feeding with breast milk of children with cleft palate**[9]	Gustaf Aniansson, Henry Svensson, Magnus Becker, Leif Ingvarsson	Analisar a incidência de otite média (OM) aguda e secretora, alimentação com leite materno e uso de um ilhó em crianças com fenda palatina ou fenda labial, comparado com os controles.	Estudo retrospectivo e clínico para verificar a associação entre alimentação com leite materno e OM.	84	Houve uma correlação durante os primeiros 18 meses de vida entre a maior duração da alimentação com leite materno e a menor incidência de OM aguda e secretora nos três grupos de estudo. A incidência de otite média não foi afetada pelos cuidados em uma creche, por ter um irmão frequentando uma creche ou pelo histórico médico da família.
5	**A pilot study of mothers' breastfeeding experiences in infants with cleft lip and/or palate**[11]	Alison Kaye, Carol Cattaneo, Helen M. Huff, Vincent S. Staggs.	Investigar experiências de mães de bebês com fissura labiopalatina para determinar escolhas e fatores associados ao fornecimento de leite materno (LM) a seus bebês.	Pesquisa telefônica retrospectiva em uma coorte de mães de bebês com FLP.	50	A maioria (78%) iniciou o uso de LM por uma duração mediana de 4 meses, 32% forneceram LM por 6 meses ou mais e 79% expressaram exclusivamente o fornecimento de LM. A falta de oferta foi o desafio frequente de fornecer LM e levou à cessação em 46% das mães. A fórmula foi usada para suplementar oferta insuficiente ou ganho de peso infantil insuficiente em 90% das mães. 36% das mães relataram incentivo individual para fornecer LM, e 18% relataram que foram desencorajados a fornecer LM para seus bebês.

Legenda. Artigos científicos escolhidos de acordo com a metodologia (estudos clínicos).

mãe fazem deste um assunto mais complexo. Fatores de idade gestacional, permanência na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e até sexo podem impactar potencialmente as taxas de fornecimento de leite humano na população de fissuras. Mães de bebês prematuros e/ou bebês com estado de saúde alterado enfrentarão desafios mais significativos para construir e manter um suprimento adequado de leite. A cultura institucional da amamentação e a experiência do profissional podem impactar positivamente as taxas de início do fornecimento de leite humano. As mães que receberam aconselhamento pré-natal para o diagnóstico de fissura no feto parecem iniciar a amamentação a taxas mais altas que a média e continuam fornecendo leite humano por períodos mais longos[10].

Como apontado por alguns autores, ressalta-se que muito dos estudos publicados sobre leite materno na população com fissuras trata-se de como são alimentadas, e não com o que são alimentadas. Por isso, é importante diferenciar entre "amamentação" e "aleitamento materno" (ou seja, entrega de leite materno ao bebê por outros meios)[4]. Também se nota, em relação a artigos mais antigos, que o período de tempo de uso do leite materno e proporção da dieta total são crescentes.

As dificuldades alimentares e déficits nutricionais devem ser identificados e tratados precocemente, de modo a garantir nutrição adequada e minimizar possíveis complicações. O ganho de peso de 15 a 30g por dia, após a perda de peso inicial do RN, deve ser acompanhado[1]. Se apenas a alimentação com leite materno for inadequada, a alimentação suplementar deverá ser implementada ou aumentada[4]. As dificuldades alimentares tendem a diminuir com o tempo, à medida que a criança com FLP desenvolve a musculatura[1].

A prestação imediata de suporte clínico foi associada a impactos positivos no uso de leite materno em bebês com fendas labiais e palatinas. Em estudo, o contato hospitalar dentro de 2 semanas após o nascimento foi associado a uma maior frequência de ingestão de leite materno. As melhores evidências na literatura indicam que a educação oportuna é uma intervenção fundamental para aumentar a probabilidade de bebês com fenda palatina receberem leite materno[2].

Ainda em relação às deficiências nutricionais, o estudo realizado por Dalben et al. (2003)[11] aplicou um questionário durante 6 meses aos cuidadores de bebês com fissura labial e/ou palatina. A amostra foi dividida em duas faixas etárias: 7 a 12 meses e 13 a 18 meses. O estudo demonstrou que, no momento da entrevista inicial, apenas 3% dos bebês eram amamentados e 81% das crianças nunca foram amamentadas. Quando os cuidadores foram questionados sobre o motivo da interrupção da amamentação, verificou-se que a maioria foi devido à incapacidade do bebê em mamar. Foi observado também que a fenda palatina apresentava um maior problema na amamentação em relação à fenda labial. A maioria dos bebês com fissura labiopalatina (80,5%) utilizou a mamadeira logo na primeira semana de vida e já no momento da entrevista 90,5% ainda usavam a mamadeira. Em relação ao açúcar, mais da metade dos bebês teve contato primário durante o primeiro mês de vida. Esse contato com o açúcar ocorreu, principalmente, através do leite (75,6%). Há outros diversos tipos de alimentos que foram utilizados na mamadeira, o suco foi o mais popular (83,5%) e a porcentagem de bebês que receberam refrigerantes através da mamadeira foi muito alta (50%). Os cuidadores foram questionados se sabiam que o mel poderia causar cáries, 21% disseram que não sabiam se o mel era cariogênico. Também foi avaliado o número médio de contatos diários com açúcar através da mamadeira. No grupo de 7 a 12 meses de idade, o número médio de contato diário com açúcar foi de 3,95 com leite, 0,64 com chá e 1,25 com suco. Assim, houve 5,92 contatos médios diários com açúcar por dia. Nas crianças de 13 a 18 meses, o número médio de contatos diários com açúcar encontrado foi de 3,28 através do leite, 0,67 através do chá e 1,23 com suco. O número total médio de contatos diários foi de 5,19. Com tudo, não houve diferença estatisticamente significativa. Portanto, o padrão nutricional de bebês com fissura labiopalatina mostrou-se muito prejudicial ao bom desenvolvimento da cavidade oral devido à ausência de aleitamento materno, alta ingestão de açúcar e alta ingestão de suco de frutas[11].

CONCLUSÃO

O AM deve ser incentivado, com orientações sobre as possibilidades e sucesso da amamentação e monitorização frequente de ganho de peso e hidratação. Na alimentação em bebês com fissura labial e/ou fenda palatina, deve-se avaliar a capacidade de sucção do bebê, demonstrar o posicionamento adequado da amamentação, apoiar as mães a estabelecer e manter seu suprimento de leite, considerando o equipamento de alimentação adaptável (mamadeiras e mamilos especializados) e educação sobre os benefícios do leite humano[2]. A avaliação dos bebês com FLP deve ser feita já nas primeiras horas de vida de forma individualizada, com determinação da capacidade de sucção para decisão de adaptações alimentares[1].

Mesmo que existam fatores que impossibilitem a amamentação, o fornecimento de leite humano, através de mamadeiras ou outros dispositivos, deve ser incentivado, visto que há nutrientes que só ele pode oferecer ao RN. Dispositivos especiais de alimentação podem ser úteis para a prática da amamentação ou a entrega de leite materno a bebês com fissuras orofaciais[2]. As intervenções alimentares devem reduzir o estresse vivenciado pelo bebê e pela família, promover crescimento e desenvolvimento e facilitar um padrão alimentar normal[5].

Os serviços de saúde devem aprimorar seus serviços de apoio e para pais de bebês com FP[2]. A educação da família é parte importante do sucesso da amamentação e o suporte e orientações devem iniciar assim que a fissura for diagnosticada, durante os períodos pré-natal e pós-natal. Preparar os pais antes do parto parece traduzir-se em melhores resultados de amamentação para esses bebês[10]. O aconselhamento

consistente e especializado deve ser fornecido por profissionais de saúde com experiência clínica na alimentação de bebês com fenda labiopalatina. Questão importante a ser abordada é a falta de evidências nas quais basear as recomendações clínicas. Assim, sugere-se que mais estudos acerca do tema sejam feitos, de modo a gerar evidências de alto nível[4].

REFERÊNCIAS

1. Burca ND, Gephart SM, Miller C, Cote C. Promoting breast milk nutrition in infants with cleft lip and/or palate. Adv Neonatal Care [Internet]. 2016 Out; [citado 2020 Jul 08]; 16(5):337-44. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27611021/
2. Gottschlich MM, Mayes T, Allgeier C, James L, Khoury J, Pan B, et al. A retrospective study identifying breast milk feeding disparities in infants with cleft palate. J Acad Nutr Diet [Internet]. 2018 Nov; [citado 2020 Jul 08]; 118(11):2154-61. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30007797/
3. Alperovich M, Frey JD, Shetye PR, Grayson BH, Vyas RM. Breast milk feeding rates in patients with cleft lip and palate at a North American Craniofacial Center. Cleft Palate Craniofac J [Internet]. 2017 Mai; [citado 2020 Jul 08]; 54(3):334-7. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27043654/
4. Boyce JO, Reilly S, Skeat J, Cahir P; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #17: guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate-revised 2019. Breastfeed Med [Internet]. 2019 Set; [citado 2020 Jul 08]; 14(7):437-44. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31408356/
5. Goyal M, Chopra R, Bansal K, Marwaha M. Role of obturators and other feeding interventions in patients with cleft lip and palate: a review. Eur Arch Paediatr Dent [Internet]. 2014 Fev; [citado 2020 Jul 08]; 15(1):1-9. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24425528/
6. McGuire E. Cleft lip and palates and breastfeeding. Breastfeed Rev [Internet]. 2017 Mar; [citado 2020 Jul 08]; 25(1):17-23. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29211381/
7. Burianova I, Kulihova K, Vitkova V, Janota J. Breastfeeding after early repair of cleft lip in newborns with cleft lip or cleft lip and palate in a baby-friendly designated hospital. J Hum Lact [Internet]. 2017 Ago; [citado 2020 Jul 08]; 33(3):504-8. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28604150/
8. Duarte GA, Ramos RB, Cardoso MCAF. Feeding methods for children with cleft lip and/or palate: a systematic review. Braz J Otorhinolaryngol [Internet]. 2016 Set/Out; [citado 2020 Jul 08]; 82(5):602-9. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26997574/
9. 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 [Internet]. 2002; [citado 2020 Jul 08]; 36(1):9-15. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11925834/
10. Kaye A, Cattaneo C, Huff HM, Staggs VS. A pilot study of mothers' breastfeeding experiences in infants with cleft lip and/or palate. Adv Neonatal Care [Internet]. 2019 Abr; [citado 2020 Jul 08]; 19(2):127-37. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30325751/
11. Dalben GS, Costa B, Gomide MR, Neves LTT. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J [Internet]. 2003 Jan; [citado 2020 Jul 08]; 40(1):84-7. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12498610/