

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUCSP

Carolina Costa Campos

**A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA ALIMENTAÇÃO DE
UM NEONATO COM FISSURA LABIOPALATINA: ESTUDO DE
CASO**

São Paulo

2013

A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA ALIMENTAÇÃO DE UM
NEONATO COM FISSURA LABIOPALATINA: ESTUDO DE CASO

Projeto apresentado à Banca Examinadora como exigência parcial, para obtenção do título de bacharel, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Bonini Trenche e co-orientação da Dr^a Vera Quaglia Cerruti.

São Paulo

2013

Banca Examinadora

Data:

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Maria do Carmo e Paulo, por me proporcionarem essa oportunidade, pelo apoio que me deram desde sempre, não só nessa minha jornada, mas sim na minha vida toda. Pelo carinho, amor e dedicação. Por serem as pessoas mais especiais da minha vida. Amo muito vocês!

Ao meu namorado Rodrigo, por ter me apoiado e incentivado a fazer esse trabalho, sempre que eu precisei e não me deixou desistir jamais.

À esposa do meu pai, Flora, que também esteve todo esse tempo me ajudando e apoiando sempre que precisei, durante esses quatro anos.

Às minhas irmãs, Paula e Roberta e meus sobrinhos Eduardo e Rafael, por fazerem parte da minha vida, pelo companheirismo, amizade e carinho. Meus amores!

À minha orientadora Cecília Bonini e co-orientadora Vera Cerruti, pelo apoio, conhecimento, paciência e amizade, pois sem elas não conseguiria fazer esse trabalho sozinha. Sou muito grata à vocês!

À minha parecerista Cláudia Onaga, por ter aceitado fazer parte desse trabalho, me ajudando com seus conhecimentos, para que tudo desse certo no final, pelos conselhos e amizade.

À minha família inteira que estão torcendo sempre por mim, que senti muitas saudades durante essa etapa da minha vida, mas mesmo longe, sempre estiveram do meu lado.

À minha grande amiga Mari, por me salvar dos apuros, me escutar e me apoiar todas as vezes que precisei e principalmente pela amizade.

Às minhas amigas da faculdade, Raiza e Suellen, que vivenciaram essa caminhada comigo, sempre me ajudando e apoiando quando mais precisei, pela paciência, nas brincadeiras, nas alegrias e também nas tristezas, sempre estivemos juntas. Também não poderia esquecer a Thamires e a Perpétua que sempre estavam esclarecendo minhas dúvidas com toda paciência e carinho. À Luana, Giovana, Taynan, Guilherme, Júlia, Jaqueline, Elda, Ana Luiza e Amanda, que jamais serão esquecidos, assim como todas citadas acima,

obrigada por aguentarem minhas pentelhices e minhas conversas (que foram muitas) durante todos esses anos. Vou sentir saudade de vocês!

À todos os meus amigos que me ajudaram e incentivaram durante minha caminhada. Mesmo com a distância, estavam me apoiando e sempre torcendo por mim. Meus lindos!

"Para realizar grandes conquistas,
devemos não apenas agir, mas
também sonhar; não apenas
planejar, mas também acreditar"

Anatole France

RESUMO

A fissura labiopalatina ocorre a partir de uma malformação congênita que se inicia durante o período embrionário. No caso estudado o tipo de fissura apresentada pelo bebê, conforme classificação de Spina foi a bilateral transforame incisivo, considerada uma das mais graves. O objetivo da pesquisa foi analisar a contribuição do atendimento fonoaudiológico, na alimentação e evolução clínica de um recém nascido com fissura labiopalatina, durante a internação numa maternidade pública da cidade de São Paulo. Trata-se de um estudo de caso elaborado, a partir de uma revisão de prontuário e da observação da pesquisadora durante a internação do neonato. O relato do caso permitiu apontar dificuldades encontradas durante o período de internação do recém-nascido e intervenções fonoaudiológicas realizadas. À luz da literatura foi possível analisar aspectos do atendimento fonoaudiológico e sua relação com o trabalho de equipe multidisciplinar. Uma vez que, o trabalho em equipe e o vínculo da mãe com o seu bebê também foi essencial para a evolução nesse caso.

Descritores: 1 Fissura labiopalatina; 2 Neonato; 3 Intervenção fonoaudiológica.

SUMÁRIO

1. Introdução	01
2. Objetivo Geral	03
2.1. Objetivo Específico	03
3. Revisão Bibliográfica	04
3.1. Fissuras Labiopalatinas	04
3.2. Refluxo Gastroesofágico	08
3.3. Vínculo mãe-bebê no bebê com malformação	10
4. Método	12
4.1. Apresentação de Caso Clínico	13
5. Discussão	19
6. Considerações Finais	23
7. Referências Bibliográficas	24

1. INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina se dá a partir de uma malformação congênita que ocorre durante o período embrionário, por falta de junção do palato e lábio (RODRIGUES *et al*, 2005).

A classificação das fissuras labiopalatinas proposta por Spina é a mais utilizada pelos profissionais da área da saúde e utiliza como referência o forame incisivo - junção do palato primário com o secundário. Tal vertente elenca seis tipos de fissura: fissura unilateral pré-forame incisivo completa; fissura bilateral pré-forame incisivo completa; fissura unilateral transforame incisivo; fissura bilateral transforame incisivo; fissura pós-forame incisivo completa e fissura submucosa (úvula bífida) (MARQUES, LOPES E KHOURY, 2005).

Uma malformação como a fissura labiopalatina gera grande impacto psicoemocional familiar, bem como a dificuldade na aceitação de alimentação por via oral e, em alguns casos, o refluxo gastroesofágico acompanha essa patologia

Para o recém-nascido em geral, é necessário que a alimentação seja de uma forma segura e prazerosa, sendo importante iniciar a alimentação por via oral o mais breve possível após o nascimento. (AQUINO e OSÓRIO, 2008).

No entanto, em alguns casos de fissuras labiopalatinas é possível observar a presença de refluxo gastroesofágico associado.

O refluxo gastroesofágico fisiológico, muitas vezes, é sintomático, pois se apresenta na forma de regurgitação e pode ocorrer em crianças saudáveis menores de dois anos. Esse quadro é denominado atualmente como regurgitação infantil -RI e se diferencia do refluxo gastroesofágico, ligado ao sintoma clínico, considerado como doença do refluxo gastroesofágico-DRGE (VANDENPLAS e HASSAL, 2002).

Neste trabalho, será apresentado o estudo de caso de um recém-nascido que apresenta fissura bilateral transforame incisivo, que é considerada uma das mais graves, por abranger todas as extensões da cavidade oral, ou seja, as estruturas do palato primário e secundário. O refluxo gastroesofágico associado é o fator que implica em dificuldades de alimentação, além de

agravar a questão emocional familiar. Importante ressaltar que o caso relatado foi conduzido a partir de um trabalho em equipe multidisciplinar.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar a contribuição da intervenção fonoaudiológica nos casos de neonatos com fissura labiopalatina.

2.1. OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar a contribuição da intervenção fonoaudiológica na alimentação e na evolução clínica de um neonato que apresenta fissura labiopalatina durante a internação numa maternidade pública da cidade de São Paulo.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. FISSURAS LABIOPALATINAS

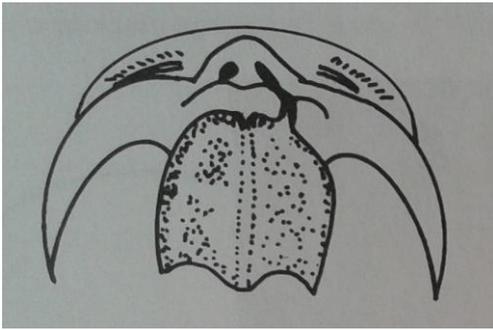
O indivíduo é considerado embrião até a nona semana de gestação. A partir desse período até o dia de seu nascimento, será chamado de feto. Podem-se observar algumas falhas ou desvios no decorrer do desenvolvimento do indivíduo, na formação de cada uma das estruturas, que vão originar o novo ser humano (MARQUES, LOPES e KHOURY, 2005). A partir da não junção ou da junção incompleta dos processos faciais, são originadas as fissuras labiopalatinas, durante o período embrionário (COSTA, TAKESHITA e FARAH, 2013).

O diagnóstico da fissura labiopalatina atualmente, é feito por meio de ultrassom morfológico, na décima oitava semana de gestação precisamente (D'AGOSTINO et al, 2013).

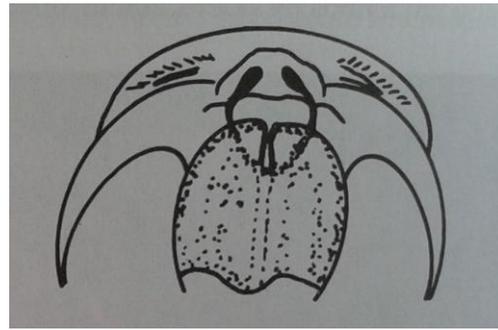
No mundo inteiro, a fissura labiopalatina, é uma das anomalias mais frequentes. Há uma referência de que, um, em cada 650 crianças, nasce com essa malformação. No sexo masculino, são mais frequentes as fissuras labiais e/ou labiopalatinas. Já no sexo feminino, as fissuras de palato são as mais frequentes (ORSI-JUNIOR, 2006)

A fissura labiopalatina, se dá a partir de uma malformação durante o período embrionário (CARREIRÃO *et al*, 1996). Essa malformação é considerada multifatorial, podendo ocorrer a partir de fatores ambientais ou hereditários. Durante o período de gravidez, os fatores ambientais principais que afetam o desenvolvimento do embrião são: uso de bebidas alcoólicas, drogas, todas as questões que atingem a mulher e também o estresse (CAPELOZZA et al, 1988). Mesmo sendo multifatorial, há uma classificação dessas fissuras que podem ser caracterizadas por vários tipos (MARQUES, LOPES e KHOURY, 2005).

Existem diferentes classificações para descrever as fissuras labiopalatinas. Segue as ilustrações abaixo:



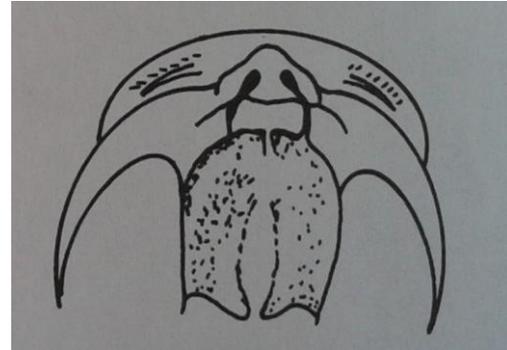
Fissura unilateral pré-forame incisivo completa



Fissura bilateral pré-forame incisivo completa



Fissura unilateral transforame incisivo



Fissura bilateral transforame incisivo



Fissura pós-forame incisivo completa



Fissura submucosa (úvula bífida)

Fonte: Marques, Lopes e Khoury. In: Altmann, 2005.

As musculaturas labiais e palatinas são consideradas antifuncional nas fissuras labiopalatinas. Na fissura do lábio, a musculatura é atrofiada o que dificulta a postura e a função oral, ficando posicionada impropriamente. Já na

fissura do palato, não há proteção das vias aéreas e nem há a função de fechamento velofaríngeo (D'AGOSTINO et al, 2013).

As fissuras labiopalatinas causam alterações de estética da face, de fala, de fonação, de respiração, de nutrição e de posicionamento dentário (FIGUEIREDO et al, 2008).

Os bebês que nascem com fissura labiopalatina, desde o início são tratados em instituições especializadas (VANZ e RIBEIRO, 2005). Isto porque, necessitam de tratamento precoce em fonoaudiologia, orientações da cirurgia plástica, entre outros.

A alimentação deve ser feita a partir de estratégias de tratamento para a estimulação por via oral desde o nascimento, sendo necessária a escolha da abordagem mais adequada à sua capacidade. O aleitamento materno é muito importante para os bebês que possuem fissura, pois o leite materno, além de ter características nutritivas, também auxilia no combate das infecções que são comuns nesses bebês (PARADISE et al, 1994).

Um dos principais problemas encontrados na alimentação do recém-nascido com fissura labiopalatina é a sucção ineficiente e o escape do leite para a cavidade nasal. Essa sucção ineficiente se dá a partir da ausência de pressão intraoral, que acontece devido à alteração anatômica do bebê (SILVA, FÚRIA e DI NINNO, 2005).

Alguns bebês com fissura labiopalatina podem apresentar dificuldades nas funções de sucção/deglutição/respiração, não sendo adequadas para uma mamada efetiva (BRANCO e CARDOSO, 2013).

Assim, o uso da sonda nasogástrica na prática clínica é comum em crianças que possuem a fissura. Prolongar o uso da sonda nasogástrica, pode alterar o desenvolvimento de coordenação de sucção/deglutição/respiração, o que pode também dificultar a alimentação por via oral futuramente. Quanto antes é feita a estimulação da alimentação por via oral, mais rápida será feita a retirada da sonda nasogástrica (DI NINNO et al, 2010).

A cirurgia da fissura labial, tanto unilateral, como bilateral, pode ser realizada a partir de três meses de vida, sendo necessário à criança estar em boas condições de saúde. Já a cirurgia da fissura de palato completo, é recomendada anteriormente aos doze meses, sendo realizada a cirurgia do palato duro primeiramente e posteriormente aos dezoito meses, é feita a

cirurgia de palato posterior, para o alongamento do palato. Nas fissuras pós-formare incisivo, também é realizada a cirurgia aos dezoito meses (GOMES e MÉLEGA, 2005).

Para o tratamento da fissura labiopalatina, é importante o trabalho em equipe. Pois cada profissional complementa o trabalho do outro durante o período pré e pós-cirúrgico (D'AGOSTINO et al, 2013).

Como o caso que é objeto desse estudo apresenta problemas de refluxo gástrico, na sessão seguinte aprofundou-se estudo sobre esse aspecto.

3.2. REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Quando há a passagem de conteúdo gástrico involuntariamente para o esôfago, pode ocorrer que o indivíduo tenha um refluxo gastroesofágico. Os critérios de seleção de amostras são variados. Em alguns estudos, há uma prevalência de refluxo gastroesofágico, em casos que precisam de cuidados médicos. Em recém-nascidos a termo, essa ocorrência varia de uma a cada trezentas crianças, a uma em cada mil crianças (BRASIL, 2002).

O refluxo gastroesofágico, tem como característica, a presença de regurgitações, uma evolução benigna e na maioria das vezes se dá em crianças saudáveis (NORTON e PENNA, 2000).

Na classificação do refluxo gastroesofágico, existe o refluxo fisiológico e o refluxo patológico. O refluxo fisiológico, resulta da imaturidade dos mecanismos de barreira anti-refluxo. Nele, mesmo face a algumas crises de apneia, o refluxo fisiológico, na maioria dos casos, tem evolução satisfatória e não compromete o crescimento da criança. O refluxo fisiológico decorre de imaturidade dos mecanismos de barreira que exercem função anti-refluxo, em alguns casos há crises de apneia, sua evolução na maioria dos casos é satisfatória e não compromete no crescimento da criança. (NORTON e PENNA, 2000).

O refluxo patológico caracteriza-se por dores abdominais, hemorragias digestivas, bronco-espasmo, irritabilidade, déficit do crescimento e pneumonias de repetição ou complicações otorrinolaringológicas, demandando uma escolha adequada do tratamento para cada caso (NORTON e PENNA, 2000).

Existem outras classificações de refluxo gastroesofágicos, por exemplo de refluxo primário ou secundário e o oculto. No refluxo primário, há uma disfunção da junção esofagogástrica, o que o diferencia do refluxo secundário que está associado a condições específicas, dentre elas a úlcera gástrica ou duodenal, infecção urinária, estenose congênita do esôfago, pseudo-obstrução intestinal, estenose hipertrófica do piloro (ligação do estômago com o intestino), alergia alimentar (proteína do leite de vaca), atresia de esôfago, fístula traqueo-esofágico, fibrose cística, alterações de sistema nervoso central, asma, pâncreas anular, doenças genético-metabólicas, parasitoses intestinais e distúrbios da deglutição. O refluxo oculto é caracterizado quando na ausência

de vômitos e regurgitações, há manifestações otorrinolaringológicas ou indicativas de esofagite e também respiratórias (NORTON e PENNA, 2000).

3.3. VÍNCULO MÃE-BEBÊ NO BEBÊ COM MALFORMAÇÃO

Há duas características únicas, que proporcionam o vínculo dos pais com seus filhos, já que este relacionamento deve ser o mais forte de todos os laços humano.

Na gestação, o bebê faz parte da mãe, desenvolve-se dentro dela. Posteriormente ao nascimento, a mãe proporciona cuidados que garantem a sua sobrevivência, sendo estes indivíduos dependentes dela até que se tornem seres independentes (KLAUS e KENNEL, 1993). Tanto para a sobrevivência do bebê como para o seu desenvolvimento, o apego é essencial.

As grandes transformações físicas, psíquicas e sociais, são momentos marcantes para a mulher durante o todo período de gestação e na hora do parto (RIBEIRO, 2002).

A reação da sociedade em relação à malformação pode se dar desde proteção até exclusão (KLAUS e KENNEL, 1993). Mas, toda mãe espera durante a sua gestação, um filho sem nenhuma deformidade. Quando há o efeito contrário, há um estresse inicial experienciado pelos pais (AMARAL, 2005).

Alguns pais passam por cinco estágios importantes, que estão relacionados ao bebê malformado. O primeiro estágio é o choque, que é o momento em que os pais recebem a notícia sobre a anomalia de seu filho. O segundo é a negação, o que depende da reação dos pais que tentam evitar a admissão ou amortecer o golpe, de que seu bebê apresenta uma anomalia. O terceiro é a tristeza e ansiedade, reações mais comuns nesses casos. O quarto é o equilíbrio, que se dá a partir do momento em que há um ajuste emocional, a diminuição da angústia e quando os pais têm confiança em sua própria capacidade para tomar conta e cuidar de seu bebê. O quinto estágio é o de reorganização, que se dá a partir da relação positiva que vai sendo construída ao longo do tempo entre os pais e o bebê, e também como estes lidam com as responsabilidades dos cuidados sobre seus filhos. É importante ressaltar que cada pai/mãe, passa por esses estágios por diferentes maneiras (KLAUS e KENNEL, 1993).

É importante dar um suporte aos pais, acolhê-lo, fazer o aconselhamento por meio de uma equipe especializada, para que possam receber as informações necessárias ao cuidado do bebê (AMARAL, 2005).

4. METÓDO

Trata-se de um estudo de caso, realizado a partir de revisão de prontuário e de aspectos observados pela pesquisadora durante a internação do neonato. Isto porque, durante o atendimento do caso, a pesquisadora era estagiária do setor de Fonoaudiologia da Maternidade onde o recém-nascido estava internado, tendo a oportunidade de observar atendimentos fonoaudiológicos, bem como participar das discussões da equipe sobre o caso.

A pesquisa foi realizada no Hospital Municipal e Maternidade –HMM Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva (Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha) localizado na Zona Norte de São Paulo, após autorização da Comissão Científica da instituição.

O hospital é referência para gestação de alto risco, especializado na saúde da mulher e do recém-nascido no âmbito do SUS e credenciado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que promove, protege e apoia o aleitamento materno. Além disso, é um hospital escola com residência em neonatologia, ginecologia e obstetrícia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (nº. Processo 18025413.2.0000.5454).

Os princípios éticos foram tomados pela pesquisadora. Antes do início do estudo, a pesquisadora entrou em contato com a mãe do neonato e explicou o propósito da pesquisa, solicitando que esta assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1).

A revisão de literatura foi realizada a partir dos sites, PubMed, Scielo, Google Acadêmico e Lilacs a partir dos termos: fissura labiopalatina; neonato; intervenção fonoaudiológica.

4.1 APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

O recém-nascido (RN) do caso clínico relatado foi acompanhado por uma equipe multidisciplinar constituída por fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico e enfermeiro no Hospital Municipal e Maternidade-Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha). E permaneceu internado no Cuidados Especiais- CE durante o período de cinquenta e dois dias.

O RN nasceu no dia 31 de agosto de 2012, sendo do sexo feminino, pesou 3.105kg e mediu 49 cm de comprimento. O parto foi normal no início e terminado em fórceps. A mãe tinha 31 anos de idade e tinha sofrido um aborto em sua primeira gestação.

Foi classificado como RN a termo, adequado para sua idade gestacional. Apresentava fissura transforame incisivo completa, micrognatia, teve tocotraumatismo grau I, desconforto respiratório precoce a esclarecer, risco de síndrome de aspiração de mecônio e depressão peri-natal moderada, sendo que obteve no primeiro minuto de vida o Apgar cinco, após cinco minutos obteve seis e no décimo minuto apresentou nove.

Além da fissura transforame incisivo completa – considerada uma das fissuras mais graves, já que a cavidade nasal fica em contato direto com a cavidade oral, expondo o bebê a risco de infecções importantes– o RN apresentava uma pré-maxila avançada, o que dificultava o encaixe do bico de mamadeira.

Logo após o nascimento do bebê, os pais foram orientados e acolhidos pelos profissionais envolvidos com o caso. Receberam orientações em relação à malformação e os tipos de tratamentos para a fissura que o RN apresentava. Foram acolhidos em todos os momentos que apresentaram algum tipo demanda sobre os cuidados do bebê.

O RN e os pais, desde o primeiro dia, estiveram em contato com as fonoaudiólogas, que iniciaram um processo de orientação sobre os cuidados do bebê com fissura: os tipos de cirurgias que eram realizadas para cada caso; a partir de que idade poderiam ser feitas; como poderia ser realizada a alimentação do bebê com fissura. Além disso, fizeram um trabalho de motivação, explicando o tipo da fissura que o RN apresentava, e as

possibilidades de reparação cirúrgica e tratamento, conscientizando-os de que futuramente ele teria uma vida normal e saudável independentemente de apresentar uma fissura labiopalatina.

O nascimento da criança foi um evento de grande impacto para a mãe, devido à malformação de sua filha e também da situação conjugal delicada em que esta se encontrava no momento.

O pai que desde o início esteve sempre presente às visitas no hospital, mostrava-se aparentemente seguro e sem nenhum tipo aparente de dificuldade de aceitação do seu bebê. No entanto, após o terceiro dia de internação do RN, não voltou a visitar a criança até a alta hospitalar.

A oferta da dieta em bico de mamadeira chuca (Lillo) (Figura 1) foi feita desde o início do atendimento fonoaudiológico. O restante da dieta não aceita pelo RN era complementado por sonda orogástrica (SOG).

O bico de mamadeira chuca (Lillo) é utilizado no caso de bebês com fissura por ser feito de látex, um material mais macio, que faz com que o bebê consiga retirar facilmente o leite da mamadeira. No entanto, em alguns casos é necessário auxiliar durante a mamada o bebê, apertando o bulbo do bico da chuca e conseqüentemente gotejando o leite para facilitar na alimentação.



Figura 1: Bico de chuca (Lillo)

A tentativa de amamentação em seio materno não foi realizada, pelo fato da criança não conseguir realizar vedamento de lábios, apresentar um avanço da pré-maxila, conforme mencionado anteriormente, e não apresentar pressão intraoral negativa, devido à ausência de palato, o que dificultava a expressão do leite. Sob orientação a mãe realizava a ordenha do leite materno em todas

as mamadas, pois este é essencial para que o bebê esteja mais resistente a doenças infectocontagiosas, para a sua própria nutrição e para a sua qualidade de vida.

Foi observado durante os primeiros atendimentos que o RN apresentava na maioria das vezes reflexo de busca, sucção fraca, sendo necessário o auxílio da fonoaudióloga gotejando o leite em cavidade oral, através de leve pressão feita no bico de mamadeira chuca como mencionado e apoio de mandíbula, para facilitar a alimentação. O RN era atendido pelas fonoaudiólogas todos os dias da semana, quatro vezes por dia nos horários de mamada exceto aos domingos.

A fonoaudióloga observou que desde o início do atendimento do bebê na hora da mamada, o RN apresentava secreção em orofaringe e tosse e comunicou este fato ao médico.

No quinto dia de vida do RN, foi sugerido pela fonoaudióloga que fosse utilizada SOG somente se necessário, caso este não aceitasse alimentação por via oral. No entanto, no dia seguinte a SOG foi recolocada, pois o RN não aceitou o volume prescrito que a equipe de enfermagem ofertou durante as mamadas do período noturno.

Observou-se que ele passou a ficar muito irritado durante a oferta da dieta por via oral. Foi testada pelas fonoaudiólogas a oferta da dieta em bico de mamadeira ortodôntico (NUK) (Figura 2) com o furo voltado para baixo durante o atendimento fonoaudiológico para observar se o bebê se adaptaria melhor, já que essa irritação poderia ocorrer devido ao contato da dieta com a mucosa nasal. O uso do bico de mamadeira ortodôntico e de silicone, evita que haja um grande fluxo de leite na cavidade oral do bebê, já que o silicone é um material mais duro e o furo desse bico pode ser menor.



Figura 2: Bico de mamadeira NUK

Essa tentativa não deu certo e o bebê continuou a mamar com a chucha e o complemento por SOG, que mostrou ser a maneira mais eficaz para o momento em que o RN se encontrava.

Durante os atendimentos fonoaudiológicos, era colocado sempre em posição elevada para evitar engasgos, a entrada do leite em cavidade nasal e a aspiração do mesmo. Para acalmar o bebê, que, na maioria das vezes, chorava muito, foi feita a tentativa de iniciar a mamada ofertando de 10ml a 15ml por SOG, para que se acalmasse e ficasse mais fácil iniciar o estímulo por via oral.

Em seu oitavo dia de vida foram iniciadas inalações com soro fisiológico diariamente devido à secreção em orofaringe, o que auxiliou na aceitação da alimentação por via oral.

O médico alertado pelas fonoaudiólogas da situação que se repetia nas mamadas a despeito das várias tentativas realizadas para uma alimentação mais segura e tranquila, no décimo sétimo dia de vida do bebê, diagnosticou o refluxo gastroesofágico, confirmando a hipótese que isto deveria estar contribuindo para a dificuldade de aceitação da dieta por via oral. O tratamento médico foi feito com a introdução de fórmula láctea anti-refluxo, domperidona (utilizado para o tratamento de refluxo gastroesofágico, náusea, vômito, queimação e esofagite) e ranitidina (utilizado para o tratamento de úlcera gástrica, refluxo gastroesofágico e esofagite), pois o RN apresentava sinais de dor durante as mamadas, que eram observados pela equipe de fonoaudiólogas e de enfermagem.

Foi iniciado no atendimento fonoaudiológico o uso de um carrinho para bebês. Essa estratégia era utilizada com o objetivo de que o bebê ficasse mais elevado durante os atendimentos fonoaudiológicos, para que não houvesse riscos de engasgos, infecções e também foi feito o posicionamento no berço com a cabeceira elevada, mais um macacão anti-refluxo, para evitar que a criança vomitasse, além de ser uma posição mais confortável e favorável para o quadro de refluxo gastroesofágico que o RN apresentava.

Nesse mesmo dia, foi iniciada a oferta da dieta por via oral pela mãe sob a orientação da fonoaudióloga. A mãe adaptou-se bem a oferta da dieta por via oral e passou a oferecer todas as mamadas, mesmo encontrando algumas

dificuldades como acalmar o bebê e posicioná-lo de forma correta. Ao assumir mais a alimentação de sua filha, pôde ficar mais independente, o que contribuía para uma relação mais positiva entre as duas.

No vigésimo primeiro dia de vida do RN, a avó passou a acompanhar a mãe durante o dia na enfermaria do CE, já que esta demonstrava sinais de cansaço e estresse pela lentidão de resposta de seu bebê para a aceitação da dieta por via oral, provavelmente devido ao refluxo gastroesofágico. A avó materna foi autorizada a entrar na Unidade Neonatal, a partir de uma decisão tomada em conjunto pelas fonoaudiólogas, pela psicóloga e pela assistente social.

A entrada da avó foi muito positiva para o processo durante todo período de internação, o seu apoio e a sua presença foram importantes durante toda evolução do caso. A mãe que mostrava-se frequentemente angustiada precisava desse apoio, o que fez bem tanto a ela, quanto para a criança.

No vigésimo segundo dia de vida, já se observava que o bebê estava melhor adaptado e aceitava com mais facilidade a dieta por via oral, que era oferecida pela mãe e pela avó que passaram a iniciar todas as mamadas, tornando-se mais independentes na oferta, sendo necessário ser orientadas e auxiliadas apenas algumas vezes pelas fonoaudiólogas.

Ao longo do período de internação do RN, houve uma mudança muito grande na relação da mãe com seu bebê. Pois a mãe, diferentemente do início do contato com a criança, em que mostrava estar em choque devido à malformação, passou a acolhê-la, mantendo-se presente e envolvida na recuperação da mesma.

Com o passar dos dias, o bebê aceitava a alimentação oferecida apenas por via oral. No entanto, o seu peso oscilava diariamente, o que retardou um pouco sua alta hospitalar. Foi necessária uma discussão entre os profissionais da equipe que eram responsáveis pelo caso, para que houvesse a alta hospitalar, pois apesar da oscilação de peso do bebê, a equipe observava que a mãe já estava bem informada e independente nos cuidados de alimentação de sua filha.

Posteriormente à alta hospitalar, a mãe e o RN foram encaminhados para hospital especializado no atendimento de casos de fissura labiopalatina. Além de serem acompanhados em consultas fonoaudiológicas ambulatoriais na

Maternidade, para que fosse observada a evolução do bebê em relação ao seu peso, para a continuidade de orientações em relação à alimentação e para o esclarecimento de dúvidas que a mãe apresentasse. Em um desses retornos ambulatoriais, a mãe e a avó informaram à fonoaudióloga que a questão do refluxo tinha desaparecido.

Para esse caso foi muito importante o trabalho da equipe multidisciplinar, pois todos os profissionais (assistentes sociais, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos) que atuaram em diferentes situações e horários contribuíram para a evolução clínica do bebê. A equipe mostrou-se bastante integrada e coesa na atuação junto ao RN e sua família.

5. DISCUSSÃO

Na narrativa do caso, pôde-se observar que a equipe da Maternidade, que cuidou do RN com fissura labiopalatina e sua família, embora estivesse com o trabalho muito focado na dificuldade de alimentação do bebê, procurou se envolver com todos os aspectos relacionados à formação do vínculo afetivo dele com sua família.

O trabalho fonoaudiológico, objetivou inicialmente o acolhimento e apoio familiar, visando ajudar na tentativa de diminuir suas angústias e ansiedade que advinham dessa situação e do momento pelo qual se deparavam frente ao problema deflagrado pela constatação da fissura palatina. Além de atender as necessidades da criança, é função do fonoaudiólogo esclarecer as dúvidas dos pais e orientá-los sobre a reabilitação da fissura labiopalatina, uma vez que isso na relação mãe-criança-terapeuta, estabelece um vínculo positivo para o processo terapêutico (D'AGOSTINO et al, 2013).

Dependendo do tipo da fissura labiopalatina, há um comprometimento maior ou menor na alimentação. É necessária a atuação fonoaudiológica com o bebê e a mãe, na questão da alimentação, já que esta apresenta-se prejudicada (D'AGOSTINO, ROCHA e CERRUTI, 2011).

Quando o RN necessita exclusivamente da sonda orogástrica para alimentar-se, o trabalho de alimentação é realizado somente pela fonoaudióloga, através de aproximação em seio materno quando há possibilidade de sucesso e da introdução de bico de mamadeira, visando à retirada da sonda orogástrica.

A estratégia de recorrer ao uso da sonda orogástrica, evita situações de estresse do bebê, esforço e do risco de perda de peso (D'AGOSTINO *et al*, 2013).

É essencial utilizar o bico de mamadeira mais adequado para cada bebê com fissura, isso é testado pela equipe de fonoaudiologia, para que o bebê seja alimentado com mais segurança e facilidade.

Pela posição posteriorizada da língua, alguns bebês com fissura labiopalatina, apresentam dificuldades na adaptação do bico ortodôntico. É necessário testar outros bicos para que a criança se adapte, consiga sugar e retirar o leite com mais facilidade. Também é preciso um furo adequado à força

de sucção, auxiliar gotejando o leite na cavidade oral do bebê, o bico mantido cheio de leite, para evitar que o bebê ingira ar, e que seja uma maneira que permita que o bebê alimente-se com ritmo e coordenação de sucção/deglutição/respiração (D'AGOSTINO, 2013).

A orientação dos fonoaudiólogos à equipe de enfermagem, quanto à posição adequada de oferecer a mamadeira, tem o objetivo de evitar a aspiração do leite e consequentes processos de complicação das vias respiratórias.

Em relação à aproximação em seio materno, em alguns casos de fissuras labiopalatinas, a sua efetividade pode não ser alcançada devido a alterações anatômicas, tanto no lábio, quanto no palato, que impedem a presença da pressão intraoral negativa necessária à retirada do leite materno. No caso relatado, além da fissura no palato, o bebê apresentava um acentuado avanço da pré-maxila, um dos fatores que dificultava na mamada. Esse avanço da pré-maxila se dá a partir da pressão que é feita pela língua e a ausência da força do músculo orbicular dos lábios durante o período de gestação (SILVA, 1999).

Outro aspecto que deve ser orientado é a posição durante a mamada, que é essencial para a oferta da dieta por via oral. Precisamente nos casos de fissura, é necessário manter a criança em uma posição elevada (na vertical), mais adequada para evitar que o RN tenha um refluxo nasal e aspiração broncopulmonar (D'AGOSTINO, 2013).

Quando há demanda dos pais, em relação à fissura labiopalatina, dúvidas que são apresentadas por estes, o fonoaudiólogo atua na orientação da alimentação, nutrição no período neonatal e também dá um suporte psicológico para a família (D'AGOSTINO, ROCHA e CERRUTI, 2011).

A intervenção da equipe multidisciplinar composta pelo serviço social, psicologia, fonoaudiologia, enfermagem e médico neonatologista através de discussões e uma boa relação entre a equipe, contribuiu para o sucesso na evolução do caso apresentado. No desenvolvimento global do portador de fissura labiopalatina, a reabilitação funcional, social e estética é realizada por uma equipe multidisciplinar (FERNANDES e DEFANI, 2013).

É importante que a equipe aja de uma forma cuidadosa com a família, e principalmente com a mãe do bebê internado, para que possa reduzir a

ansiedade e medo que estes apresentam num primeiro momento. Dar escuta, acolher e oferecer um suporte especial é essencial para a relação positiva e o sucesso na comunicação da família e, em especial, da mãe com a equipe (BRASIL, 2002).

Todo esse trabalho em conjunto e a comunicação constante na equipe, contribuiu para o sucesso na evolução do caso.

Não houve a participação do pai durante o período de recuperação do bebê do caso relatado, este apenas compareceu nos três primeiros dias. Nesses três primeiros dias, tentou participar e cumprir seu papel de pai, pois aparentemente tinha uma postura muito acolhedora com seu bebê que estava internado. Uma vez que, o papel do pai, quando o bebê está internado, é de ter o primeiro contato com o seu filho e com a equipe que irá acompanhar o caso, as primeiras notícias é ele quem recebe, para informar o restante da família. Ele tem um papel especial, tanto no início, quanto ao longo desse período junto à mãe (BRASIL, 2002).

Para a evolução do caso, também é essencial a presença da família ampliada - outros membros da família, além do pai e da mãe. Geralmente, os avós têm um papel muito importante, pois eles dão um apoio maior aos seus filhos, dando continuidade as suas atividades e cuidados do bebê. A mãe da mãe, nesse processo é a que se sente mais solicitada no geral (BRASIL, 2002). No caso apresentado o que se destacou, foi a presença da avó materna, pois foi um dos fatores que incentivou a relação da mãe com sua filha. A partir do momento em que a avó foi inserida no caso, houve uma grande evolução, tanto do bebê quanto da relação da mãe com o mesmo.

No caso de fissura labiopalatina transforame incisivo, como há uma baixa pressão intraoral e a criança não consegue retirar o leite do seio materno, a mãe é orientada a ordenhar o leite, e assim este é oferecido em mamadeira para o bebê (D'AGOSTINO, ROCHA e CERRUTI, 2011). No entanto, mesmo que a mãe não consiga amamentar seu filho em seio materno, é importante orientar a mesma que ordene o leite para que seja oferecido ao seu bebê nas mamadas. Isso mostra para a mãe que ela está cuidando de seu filho e está estabelecendo um vínculo, a partir do momento que precisa investir nesse cuidado, que tem um papel fundamental para que o bebê seja alimentado e sobreviva. É uma maneira de mostrar o quanto ela é necessária para a

evolução do seu bebê e como é capaz de investi-lo do ponto de vista emocional.

A mudança da mãe em relação ao seu bebê foi um dos fatores também, mais importantes que incentivou a alta do RN do caso. Isto porque no início a mãe enxergava somente a fissura. Ao longo dos dias houve uma evolução no seu modo de ver sua filha, ela já a via de outra maneira, significando-a como uma criança, que no seu caso era um bebê com fissura labiopalatina. A partir daí a fissura não parecia ser mais o problema, o que passou a ser mais importante era a saúde e a melhor qualidade de vida do seu bebê.

Importante ressaltar a importância do apoio familiar, que no caso foi o da mãe/avó materna. Apoiada por sua mãe, a mãe do RN pode conscientizar-se de que o bebê era dela, e de que ela poderia cuidar de sua filha. Isto foi um fator fundamental para a evolução do bebê.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostra que para a evolução de um bebê com malformação como a fissura labiopalatina, a intervenção fonoaudiológica e principalmente o trabalho da equipe multidisciplinar são essenciais, visto que no caso estudado este se mostrou bastante efetivo durante todo o tempo de internação do bebê.

O trabalho em equipe multidisciplinar levou a evolução (sobrevivência e desenvolvimento do bebê) e alta do caso. As ações de acolhimento às demandas e orientação à família, bem como as intervenções diretas das fonoaudiólogas no ato da alimentação do bebê, forneceram apoio e possibilitaram autonomia da mãe nos cuidados com o seu bebê. Destaque deve ser feito nesse processo à formação do vínculo mãe-bebê, objeto de atenção permanente da equipe multidisciplinar e dos fonoaudiólogos.

Houve mostras de que esse vínculo se fortaleceu ao longo do período de internação da criança, não só com as intervenções técnicas, mas sobretudo com o acolhimento e orientações à mãe, que se sentindo apoiada pôde fornecer cuidados maternos, que por sua vez resultaram em melhores condições de saúde e de qualidade de vida do seu bebê.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, V.L.A.R. **Aspectos Psicossociais**. In: ALTMAN, E.B.C (org). Fissuras Labiopalatinas. Pró-Fono. Barueri, 2005 .4ªedição. p.501-514.

AQUINO, R.R; OSÓRIO, M.M. **Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno**. Rev Bras Saúde Matern Infant.Recife, 2008. Jan/ mar. (1): p.11-16

BRANCO, L.L; CARDOSO, M.C. 2013. **Alimentação no recém-nascido com fissura labiopalatina**. Universitas: Ciências da Saúde, Brasília, 2013. Jan./jun. v.11, n.1, p.57-70.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso / Secretaria de Políticas de Saúde**. Área de Saúde da Criança. Brasília, 2002.1ª. Edição.

CAPELOZZA, F.L; et al. **Conceitos vigentes na etiologia das fissuras labiopalatinas**. Rev. Bras. Cir. 1988; 78: p.233-40.

CARREIRÃO, S; et al. **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1996.

COSTA, R.R; TAKESHITA, W.M; FARAH G.J. **Levantamento epidemiológico de fissuras labiopalatinas no município de Maringá e região**. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. vol.67, n.1, São Paulo, 2013.

D'AGOSTINO, L; ROCHA, I.S.A; CERRUTI, V.Q. **Fonoaudiologia nos pacientes portadores de fissuras labiopalatinas**. In: MÉLEGA, J.M., VITERBO F. e MENDES, F.H. Cirurgia Plástica- os princípios e a atualidade, Guanabara/Kogan, 2011, p. 343-345.

D'AGOSTINO, L; BAUTZER, A.P.D; MACHADO, L.P; LIMA, R.A. **Fissuras labiopalatinas e insuficiência velofaríngea**. In: LOPES-FILHO, O (ed.); CAMPIOTTO, A.R; LEVY, C.C.A.C; REDONDO, M.C; ANELLI, W. NOVO TRATADO DE FONOAUDIOLOGIA. Barueri, 2013. 3ª edição. p.505-509.

DI NINNO, C.Q.M.S; et al. **A prevalência do uso de sonda nasogástrica em bebês portadores de fissura de lábio e/ou palato**. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(4):p.578-83

FERNANDES, R; DEFANI, M.A. **Importância da equipe multidisciplinar no tratamento e preservação de fissuras labiopalatinas**. *Revista Saúde e Pesquisa, jan./abr.,2013. v. 6, n. 1, p. 109-116.*

FIGUEIREDO, M.C, PINTO, N.F, FAUSTINO-SILVA, D.D e OLIVEIRA, M. **Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e má oclusão – relato de caso clínico**. RFO, setembro/dezembro 2008. v.13, n.3, p. 73-77.

GOMES, P.R.M; MÉLEGA, J.M. **Tratamento cirúrgico**. In: ALTMAN, E.B.C (org) Fissuras Labiopalatinas. Pró-Fono. Barueri, 2005 .4ªedição. p.61-62.

IRVIN, N.A; KENNEL, J.H; KLAUS, M.H. **Atendimento aos pais de um bebê com malformação congênita.** In: KLAUS, M.H; KENNEL, J.H (org.). Pais/bebês a formação do apego. Editora Artes Médicas Sul LTDA. Porto Alegre, 1993. p. 245-275.

KLAUS, M.H; KENNEL, J.H. **A família durante a gravidez.** In: KLAUS, M.H; KENNEL, J.H. Pais/bebês a formação do apego. Editora Artes Médicas Sul LTDA. Porto Alegre, 1993. p.21-41.

MARQUES, R.M.F; LOPES, L.D; KHOURY, R.B.F. **Embriologia.** In: ALTMAN, E.B.C (org). Fissura Labiopalatinas. Pró-Fono. Barueri, 2005 .4ªedição. 03-23.

ORSI-JUNIOR, J.M. **Anomalias craniofaciais: as faces do tratamento.** Informativo do Centro Pró - Sorriso. Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS. Alfenas, 2006.

RIBEIRO, C.S. **Depressão pós-parto e relação mãe-filho.** Sociedade paulista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, 2002.

RODRIGUES, M.R; et al. **Fissura completa bilateral: características morfológicas.** Revista de Odontologia da UNESP, 2005; 34(2):67-72

PARADISE, J.L; ELSTER, B.A, TAN, L. **Evidence in infants with cleft palate that breast milk protects against otitis media.** Pediatrics. 1994;94(6 Pt 1):853-60.

SILVA E.B; FÚRIA C.L.B; DI NINNO C.Q.M.S. **Aleitamento materno em recém nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados.** Rev CEFAC, São Paulo, v.7, n.1, 21-8, jan-mar, 2005.

SILVA, R.S.S. **Fissuras Labiopalatinas.** CEFAC - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Motricidade Oral. Rio de Janeiro, 1999.

VANDENPLAS, Y; HASSAL, E. **Mechanisms of gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease.** J Pediatr Gastroenterol Nutr. Rio de Janeiro. 35:119-36. 2002.

VANZ, A.P; RIBEIRO, N.R.R. **Escutando as mães de portadores de fissura orais.** Rev Enferm USP, 2011; 45(3):596-602.

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este trabalho tem como objetivo investigar a contribuição da intervenção fonoaudiológica na alimentação e na evolução clínica do seu bebê, que apresenta fissura labiopalatina, durante a internação na Maternidade.

Será realizado um levantamento de dados do prontuário relativos ao atendimento e acompanhamento realizados durante a internação hospitalar.

Este trabalho não tem nenhum benefício direto no atendimento do seu bebê, mas auxiliará no aprimoramento do atendimento de casos com características semelhantes.

Declaro ter sido informada e devidamente esclarecida sobre os objetivos e intenções do estudo, bem como sobre seus procedimentos, sendo que a qualquer momento posso esclarecer dúvidas ou interromper minha participação entrando em contato com a pesquisadora Carolina Campos através do telefone 99478-1978. Deste modo, concordo em participar do mesmo, reconhecendo que este trabalho não oferece riscos ou danos à minha saúde nem a de meu bebê.

Estou ciente de que os dados colhidos serão somente utilizados para esta pesquisa científica e possível publicação, porém minha identificação e a de meu bebê serão mantidas em sigilo absoluto.

Eu, _____, estou ciente e concordo em participar da pesquisa “A intervenção fonoaudiológica na alimentação de um neonato que apresenta fissura labiopalatina: estudo de caso”, realizada pela aluna Carolina Campos, sob orientação da Profa. Dra. Maria Cecília Bonini Trenche e co-orientação da Profa. Dra. Vera Quaglia Cerruti.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Mãe

Rg:

Carolina Campos
Aluna pesquisadora

Profa. Dra. Maria Cecília B. Trenche
Orientadora responsável