

Alimentação da criança no pós-operatório imediato de palatoplastia: comparação entre as técnicas utilizando copo e colher*

FEEDING CHILDREN IN THE IMMEDIATE PERIOPERATIVE PERIOD AFTER PALATOPLASTY: A COMPARISON BETWEEN TECHNIQUES USING A CUP AND A SPOON

ALIMENTACIÓN DEL NIÑO EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO DE PALATOPLASTÍA: UNA COMPARACIÓN ENTRE LAS TÉCNICAS UTILIZANDO VASO Y CUCHARA

Armando dos Santos Trettene¹, Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini²,
Ilza Lazarini Marques³

RESUMO

Estudo prospectivo realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, com o objetivo de analisar comparativamente a melhor técnica para alimentar a criança no pós-operatório imediato de palatoplastia: utilizando copo ou colher. Foram acompanhados 44 crianças e seus cuidadores durante a alimentação, em 4 horários consecutivos, gerando 176 avaliações, 88 utilizando copo e 88 a colher. Os testes Exato de Fisher e de Mann-Whitney foram usados para análise estatística, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). O escape de alimento pela comissura labial foi menor ($p = 0,024$; 17%), o volume administrado foi maior ($p = 0,029$; 12%) e a tosse foi menos frequente ($p = 0,026$; 13%) com a técnica que utiliza a colher. Conclui-se que a técnica de administração que utiliza colher para a alimentação pós-palatoplastia é melhor que a que utiliza o copo.

DESCRITORES

Fissura palatina
Cirurgia
Métodos de alimentação
Autocuidado

ABSTRACT

This prospective study conducted at the Hospital for the Rehabilitation of Craniofacial Anomalies aimed to compare the best technique—a cup or a spoon—for feeding children immediately after palatoplasty. We assessed 44 children and their caregivers during feeding every 4 hours; this generated 176 evaluations: 88 using a cup and 88 using a spoon. The Fisher exact test and the Mann-Whitney test were used for statistical analysis, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). When the spoon was used, the percentage of patients with food escaping through the labial commissure was lower (17%; $p = 0.024$, the portion administered was higher (12%; $p = 0.029$), and coughing was less frequent (13%; $p = 0.026$) compared with use of a cup. We conclude that using a spoon to administer food after palatoplasty is better than using a cup.

DESCRIPTORS

Cleft palate
Surgery
Feeding methods
Self care

RESUMEN

Estudio prospectivo desarrollado en el Hospital de Rehabilitación de Anomalías Cráneo-faciales, con el objetivo de evaluar comparativamente la mejor técnica para alimentar al niño en el post-operatorio inmediato de palatoplastia, utilizando un vaso y una cuchara. Se realizó el seguimiento a 44 niños y sus cuidadores durante la alimentación, en cuatro horarios consecutivos, lo que generó 176 evaluaciones, 88 utilizando un vaso y 88 una cuchara. Para el análisis estadístico, se utilizaron las pruebas Exacta de Fisher y de Mann-Whitney, con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). El escape de alimento por la comisura labial fue menor ($p = 0,024$; 17%), el volumen administrado fue mayor ($p = 0,029$; 12%) y la tos fue menos frecuente ($p = 0,026$; 13%) con la técnica que utiliza la cuchara. Se concluye que la técnica de alimentación post-palatoplastia con cuchara es mejor que la que utiliza el vaso.

DESCRIPTORES

Fissura del paladar
Cirugía
Métodos de alimentación
Autocuidado

* Artigo extraído da dissertação "Alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia: comparação entre as técnicas utilizando copo e colher", Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2011. ¹ Enfermeiro. Doutor. Chefe das Unidades de Terapia Intensiva e Semi-intensiva, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil. armandotrettene@usp.br ² Enfermeira. Doutora. Diretora Técnica do Serviço de Enfermagem, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil. cmondini@usp.br ³ Pediatra. Doutora. Diretora Técnica dos Serviços Médicos, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil. marquesi@usp.br

INTRODUÇÃO

As deformidades craniofaciais compreendem um grupo amplo e complexo, abrangendo anomalias isoladas ou múltiplas, de etiologia genética ou não, afetando cerca de 5% dos nascidos vivos. As fissuras labiopalatinas são as malformações não sindrômicas de acometimento craniofacial mais comuns⁽¹⁻²⁾.

Para a criança que nasce com fissura labiopalatina, a cirurgia reconstrutora é um desafio não só estético, mas principalmente funcional⁽³⁻⁴⁾. A palatoplastia representa uma das primeiras cirurgias plásticas reparadoras, executadas durante o longo e complexo tratamento das fissuras labiopalatinas⁽⁵⁾. O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) é referência nacional e internacional no processo de reabilitação de pacientes com fissuras orofaciais e anomalias relacionadas. Preconiza a idade mínima de 12 meses para a realização da palatoplastia.

A alimentação da criança com fissura labiopalatina constitui a principal preocupação de pais e cuidadores, estabelecendo-se no momento do diagnóstico, seja ele no período gestacional ou após o nascimento⁽⁶⁻⁸⁾. Essa preocupação aparenta amenizar-se após o nascimento, porém é resgatada com a realização da palatoplastia, principalmente devido à localização anatômica (cavidade oral), além de a criança já ter estabelecido rotinas e preferências alimentares.

As preocupações relacionadas à alimentação representam um dos principais cuidados de enfermagem no período pós-operatório. De acordo com o protocolo do HRAC-USP, após a palatoplastia, a alimentação da criança deverá ser líquida e fria, ofertada por um período de 30 dias, sendo mamadeiras e bicos proibidos nesse período. O padrão nutricional interfere de forma significativa no processo de recuperação pós-operatória, estando relacionado ao processo de cicatrização e prevenção de infecção⁽⁸⁻⁹⁾.

A idade preconizada para a realização da palatoplastia no HRAC-USP corrobora com o período fisiologicamente propício para a utilização dos utensílios copo e colher. A utilização desses instrumentos para administrar a alimentação à criança é recomendada a partir dos seis meses de idade, período em que as habilidades orais encontram-se fisiologicamente maduras, favorecendo sua utilização^(8,10-11).

Os métodos mais simples, práticos e com baixo custo para administrar a alimentação são o copo ou a colher. Apresentam muitas vantagens, tais como: menor risco de contaminação, promovem uma experiência oral positiva, oferecem conforto em relação a outros métodos e fortalecem o vínculo entre a criança e o cuidador, que participam

da alimentação do seu filho, permitem menor gasto de energia que a alimentação por mamadeira, minimizando a fadiga e a perda de peso, favorecem o aumento da produção de saliva e enzimas digestivas por meio da estimulação dos receptores orais, resultando em digestão mais eficiente, e promovem a movimentação da mandíbula, da língua e dos músculos da face⁽⁸⁾.

Com a realização da palatoplastia, o ensino efetivo e bem-sucedido relacionado à alimentação constitui o maior desafio para os profissionais⁽¹²⁾. As crianças submetidas à palatoplastia devem receber alta hospitalar quando alcançarem adequado padrão de aceitação alimentar, além de seus pais estarem aptos aos cuidados inerentes ao procedimento cirúrgico⁽¹³⁾.

O processo de reabilitação do paciente fissurado deve nortear-se por uma assistência interdisciplinar, visando resultados biopsicossociais e funcionais. O enfermeiro exerce um papel fundamental e essencial em todas as fases do processo de reabilitação, atuando principalmente na formulação de protocolos assistenciais com embasamento e evidência científica.

As preocupações relacionadas à alimentação representam um dos principais cuidados de enfermagem no período pós-operatório.

A comunidade científica, os pais e familiares constantemente preocupam-se com a melhor técnica para alimentar a criança no período pós-operatório de palatoplastia. Há ainda preocupação com a continuidade dos cuidados, a prevenção de complicações e o sucesso terapêutico. Nenhum estudo que aborde os métodos de administração da alimentação à criança pós-palatoplastia, comparando a utilização do copo e colher, foi encontrado nas bases de dados consultadas, evidenciando a relevância desta investigação.

Diante do exposto, questiona-se qual seria a melhor técnica para alimentar a criança no período pós-operatório imediato (POI) de palatoplastia. O objetivo do estudo foi analisar comparativamente a melhor técnica para alimentar a criança no período pós-operatório imediato de palatoplastia, utilizando copo e colher.

MÉTODO

Estudo prospectivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Internação do HRAC-USP, entre os meses de agosto e novembro de 2010.

População

A população do estudo foi constituída por crianças se encontravam em POI de palatoplastia e seus cuidadores. A amostra constou de 44 binômios que foram avaliados por quatro momentos consecutivos, gerando 176 avaliações. Dessas, 88 foram relacionadas às técnicas de administração da alimentação utilizando o copo e 88, a colher.

Para as crianças, os critérios de inclusão foram: ter realizado palatoplastia com ou sem microcirurgia otológica associada, estar no POI de palatoplastia, ausência de complicações no transoperatório, tais como sangramento excessivo e necessidade de revisão cirúrgica, estar acompanhada de mãe, pai, ou cuidador responsável; ter idade completa entre 11 e 18 meses.

Foram excluídas do estudo as crianças que apresentavam comprometimento neuropsicomotor, síndromes genéticas e ou clínica e outras malformações ou co-morbidades que pudessem alterar o estado geral. Para estratificação dos critérios de exclusão foram realizadas consultas aos prontuários nas áreas de descrição pediátrica, neuropediátrica e genética.

As crianças e seus cuidadores foram avaliados durante a oferta da alimentação por quatro momentos distintos e consecutivos, com as técnicas que utilizam o copo e a colher.

Instrumento de coleta de dados

Com o intuito de aperfeiçoar a coleta de dados, optou-se por dividir o instrumento de coleta em três partes distintas (A, B e C). A primeira objetivou caracterizar a criança segundo o gênero, a idade e o tipo de fissura⁽¹⁴⁾. A parte B foi constituída por três itens, visando identificar variáveis impostas ou relacionadas ao procedimento cirúrgico. O preenchimento foi feito por meio de consulta ao prontuário, mais especificamente no campo da descrição cirúrgica, em que se buscou detectar a localização anatômica do procedimento cirúrgico em relação à região palatal e a presença de incisão liberadora, com ou sem tampão. Esses dados foram comparados com outros para a formalização dos resultados finais, avaliando-se sua relação com as variáveis estudadas.

A parte C relacionou-se à técnica de administração da alimentação utilizando copo ou colher e da observação direta do cuidador e da criança, por meio de um protocolo composto por doze itens relacionados à técnica e outras variáveis como: dificuldade de posicionamento do cuidador e da criança, episódios de tosse ou engasgo, escape de alimento pela comissura labial, tempo utilizado na administração da alimentação, volume aceito, segurança por parte do cuidador referida e observada. Além dessas, buscou-se identificar a técnica utilizada para alimentação da criança anteriormente à cirurgia e a presença de lesão de comissura labial uni ou bilateral, entendendo que poderiam interferir no método de administração da alimentação.

O copo utilizado na pesquisa foi do tipo descartável, com capacidade de 50 ml, e a colher, do tipo sobremesa, de metal, com capacidade volumétrica de 7,5 ml em média. A verificação do volume administrado foi feita por meio da mensuração (gradação) do copo em que é disponibilizada a dieta pelo serviço de nutrição, com capacidade de 200 ml, do tipo descartável. Julgou-se mais conveniente esse tipo de mensuração pois, ao ofertar a alimentação utilizando a colher, o cuidador não controla adequadamente o volume,

podendo administrar um volume maior (colher cheia) ou menor (colher preenchida pela metade, por exemplo).

Procedimentos éticos

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, por meio do protocolo nº 177/2010-SVAPEPE-CEP. Os sujeitos da pesquisa formalizaram sua participação por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo aos preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para investigações com seres humanos.

Coleta de dados

Os cuidadores receberam orientações do pesquisador sobre a técnica de administração da alimentação utilizando o copo e a colher durante a consulta de enfermagem pré-operatória ou, na impossibilidade da abordagem naquele momento, durante o período de transoperatório. A parte A do instrumento de coleta de dados foi aplicada aos participantes nesse momento.

Conforme o protocolo do HRAC-USP, durante o POI, a alimentação é ofertada às crianças em intervalos de três horas, nos horários das 8, 11, 14, 17, 20, 23, 2 e 5 horas. Em todos esses horários os cuidadores recebem orientações e auxílio da equipe de enfermagem, de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Serviço de Enfermagem a respeito das técnicas e cuidados relacionados à alimentação da criança.

Por quatro horários consecutivos, o cuidador intercalou a administração da alimentação com as técnicas utilizando copo e colher, sendo essas técnicas assistidas exclusivamente pelo pesquisador para avaliação, aplicando-se nesse momento a parte C do instrumento de coleta de dados. A avaliação foi realizada em quatro momentos para evitar possíveis intercorrências na avaliação da técnica, como dor, agitação e ansiedade inicial do cuidador. Todas as avaliações foram realizadas exclusivamente pelo mesmo pesquisador, buscando evitar vieses.

Os horários para a realização da avaliação foram definidos após o término do procedimento cirúrgico e liberação do jejum, compreendendo horários do período noturno em sua maioria (20, 23, 2 e 5 horas).

O preenchimento da parte B do instrumento de coleta de dados ocorreu anteriormente à primeira avaliação da técnica de administração da alimentação.

Interpretação dos dados

Para a definição da melhor técnica relacionada à administração da alimentação pós-palatoplastia (utilizando copo ou colher), aplicaram-se os critérios: maior volume aceito no menor tempo, com menor escape do alimento pela comissura labial, menos episódios de tosse ou engasgo, menor dificuldade de posicionamento do cuidador, maior segurança referida e observada.

Para a estruturação do banco de dados foi utilizado o *software* da Microsoft Excel 2003. O teste exato de Fisher foi usado para analisar a significância das diferenças entre as amostras pareadas. Já para a análise não-paramétrica, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Foi aceita como diferença estatisticamente significativa o valor de $p < 0,05$ (5%).

RESULTADOS

Em relação à caracterização das crianças quanto ao gênero, observou-se equidade (50%, $n=22$). A faixa etária predominante foi de 12 e 13 meses completos (56,81%,

$n=25$). Sobre a classificação da fissura, tendo como referência o forame incisivo¹⁴, observou-se predomínio das transforame (59,08%, $n=26$). Em relação ao utensílio utilizado na administração da alimentação à criança no domicílio, predominou a mamadeira (59,09%, $n=26$).

A Tabela 1 reúne a distribuição da frequência das avaliações das técnicas utilizando copo e colher, relacionada às variáveis: posicionamento adequado do cuidador e da criança, episódios de tosse e engasgo durante a oferta da alimentação, escape de alimento pela comissura, segurança referida e observada.

Tabela 1 – Distribuição da frequência das avaliações das técnicas utilizando o copo e a colher, relacionadas às variáveis observadas – Bauri, SP, 2011.

		Sim		Não		Total	p
		N	%	n	%		
Cuidador apresenta dificuldade de posicionar-se conforme preconizado	Copo	28	32	60	68	88	1,000
	Colher	27	31	61	69	88	
	Total	55	31	121	69	176	
Dificuldade em posicionar a criança conforme técnica preconizada	Copo	28	32	60	68	88	1,000
	Colher	28	32	60	68	88	
	Total	56	32	120	68	176	
Episódio de tosse durante a oferta de alimentação	Copo	4	5	84	95	88	0,121
	Colher	0	-	88	100	88	
	Total	4	5	172	95	176	
Episódio de engasgo durante a oferta de alimentação	Copo	5	6	83	94	88	0,211
	Colher	1	1	87	99	88	
	Total	6	3	170	97	176	
Escape de alimento pela comissura	Copo	67	76	21	24	88	0,024*
	Colher	52	59	36	41	88	
	Total	119	68	57	32	176	
Cuidador demonstra segurança	Copo	62	70	26	30	88	0,867
	Colher	64	73	24	27	88	
	Total	126	72	50	28	176	
Cuidador refere segurança	Copo	61	69	27	31	88	1,000
	Colher	60	68	28	32	88	
	Total	121	69	55	31	176	

* Associação significativa ($p < 0,05$)
Teste exato de Fisher

Das variáveis estudadas, o *escape de alimento pela comissura labial* foi menor ($p=0,024$; 17%), quando utilizada a técnica de administração da alimentação com a colher. Em relação à variável *tempo de administração da alimentação*, não houve diferença significativa. Quanto à variável *volume administrado*, ocorreu diferença significativa da técnica que utiliza a colher em relação à que utiliza o copo ($p=0,029$; 12%) (Tabela 2).

Buscou-se associar a aceitação da alimentação com as técnicas utilizando o copo e a colher às variáveis

relacionadas ao procedimento cirúrgico: localização anatômica (palatoplastia anterior, total e posterior), presença ou não de microcirurgia otológica associada, presença de incisão liberadora uni ou bilateral e presença de tampão. Identificou-se diferença estatisticamente significativa na associação da técnica de administração da alimentação utilizando copo e episódios de tosse observados durante a oferta ($p=0,026$; 13%), somente nos pacientes submetidos à palatoplastia total, conforme evidencia a Tabela 3.

Tabela 2 – Distribuição do volume administrado em mililitros na alimentação da criança no pós-operatório imediato de palatoplastia, com as técnicas que utilizam o copo e a colher – Bauru, SP, 2011.

	Média	Dp	Δ%	Mediana	Mínimo	Máximo	P
Copo	144,773	60,420		140,000	50,000	400,000	
Colher	161,705	51,354	12	150,000	80,000	300,000	0,029*

Δ% Aumento percentual médio no volume administrado, com uso da colher

* Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Teste de Mann-Whitney

Tabela 3 – Distribuição das avaliações das técnicas utilizando copo e colher, relacionadas à localização anatômica do procedimento cirúrgico e a variável episódio de tosse durante a oferta da alimentação – Bauru, SP, 2011.

Localização anatômica do procedimento cirúrgico		Episódio de tosse durante a oferta da alimentação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
Palatoplastia anterior	Copo	–	–	12	7	1,000
	Colher	–	–	12	7	
	Total	–	–	24	14	
Palatoplastia posterior	Copo	1	1	29	16	1,000
	Colher	–	–	30	17	
	Total	1	1	59	33	
Palatoplastia total	Copo	6	3	40	23	0,026*
	Colher	–	–	46	26	
	Total	6	3	86	49	

* Associação significativa ($p < 0,05$)

Teste exato de Fisher

DISCUSSÃO

Caracterização das crianças

Evidenciou-se equidade quanto ao gênero de crianças submetidas à palatoplastia, resultado que pode ser explicado pelos critérios de inclusão estabelecidos neste estudo, em que abordadas apenas crianças com fissura trans e pós-forame incisivo. A literatura revela predomínio do sexo feminino nos casos de fissura palatina isolada e do sexo masculino na fissura labiopalatina com ou sem envolvimento do palato⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Tendo em vista que o protocolo do HRAC-USP estabelece que a palatoplastia seja realizada com idade de 12 meses, a faixa etária evidenciou o cumprimento dessa recomendação. A palatoplastia realizada em tempo oportuno contribui em diferentes aspectos para o sucesso no processo reabilitador da criança com fissura labiopalatina^(5,17).

Em relação à classificação da fissura que tem o forame incisivo como referência⁽¹⁴⁾, prevaleceu o grupo das transforame, em conformidade com a literatura⁽¹⁵⁾. No HRAC-USP, nas crianças do grupo de fissuras classificadas como transforame incisivo, as cirurgias primárias são realizadas em dois tempos: queiloplastia aos três meses de idade e palatoplastia aos 12⁽⁵⁾.

Utensílios utilizados para administrar a alimentação

A palatoplastia é o procedimento cirúrgico mais invasivo dentre as cirurgias primárias e, associado à dificuldade das crianças em aceitar de maneira satisfatória a alimentação, acarreta em maior perda ponderal^(13,18). Esse aspecto, por si só, justificaria a realização do presente estudo com o objetivo de definir a melhor técnica para administrar a alimentação após a palatoplastia, tendo em vista sua relação direta com a aceitação alimentar. O ato de alimentar a criança no pós-operatório é uma tarefa difícil, não devendo inicialmente ser delegada ao cuidador, que com frequência se encontra abalado emocionalmente⁽¹³⁾.

Constatou-se de forma expressiva a utilização da mamadeira para alimentação da criança anteriormente à cirurgia. Esse resultado é compreensível, tendo em vista que a maioria das crianças com fissura são alimentadas com mamadeira^(8,12,19). Embora a alimentação com a mamadeira seja aceita após a queiloplastia, seu uso após a palatoplastia é contraditório^(18,20). O protocolo cirúrgico do HRAC-USP contraindica sua utilização no pós-operatório.

Assim, a criança habituada ao copo ou à colher anteriormente à cirurgia aceita melhor a alimentação no pós-operatório. Sabe-se que a aceitação alimentar adequada infere diretamente na hidratação e na nutrição da criança e, conseqüentemente, na recuperação pós-operatória. Resulta em menor prejuízo ponderal e menor risco de complicações, além de minimizar o estresse da criança e do cuidador. O ato de descontinuar a utilização da mamadeira anteriormente à cirurgia é defendido na literatura^(3,19,21).

Em contrapartida, um estudo⁽²²⁾ que buscou avaliar o estado nutricional de crianças submetidas à palatoplastia e alimentadas com mamadeira ou colher, concluiu que as que foram alimentadas precocemente com a mamadeira tiveram maior ganho ponderal. Porém, foram abordados apenas pacientes submetidos à palatoplastia posterior.

Estudo⁽²⁰⁾ prospectivo e randomizado com 82 crianças no POI de palatoplastia, visando avaliar o efeito da alimentação por mamadeira e colher, copo ou seringa e relacioná-lo à ocorrência de complicações cirúrgicas (fístula buco-nasal e deiscência cirúrgica), utilização de sedativos, ingestão oral nos seis primeiros dias e ganho relativo de peso no 1º e 2º mês, concluiu que a alimentação por mamadeira não apresentou efeitos adversos⁽²⁰⁾. Ressaltaram, porém, que durante os três primeiros dias, o grupo alimentado por colher, copo e seringa ingeriu maior volume e utilizou

sedativos em menor quantidade. Associaram a presença da dor como fator limitante para que as crianças sugassem vigorosamente a mamadeira. Também relacionaram essa variável à ausência de formação de fístulas buco-nasais e deiscência cirúrgica. Embora o volume aceito da dieta tenha sido significativamente maior no 6º dia após a palatoplastia, os benefícios da utilização de copo, colher e seringa foram evidentes no POI.

Outro estudo⁽¹⁸⁾ realizado com 80 crianças no período pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia, randomizadas para receber alimentação por sonda, seringa, diretamente ao seio ou com mamadeira, concluiu não haver diferenças significativas do ponto de vista nutricional, imunológico e psicológico. No entanto, esse estudo não comparou a oferta da alimentação com a técnica que utiliza o copo e a colher.

O uso de sonda para alimentar a criança é desnecessário e abolido no HRAC-USP, já que os reflexos neurológicos da criança estão presentes, salvo quando apresentam síndromes ou disfagia, ou seja, em casos raros e específicos⁽²¹⁾. A utilização de métodos não convencionais de alimentação, incluindo o uso de sondas, resulta em estresse e irritação tanto para criança quanto para o cuidador⁽¹⁸⁾. Convém salientar que os episódios de vômitos frequentemente observados no POI são ocasionados pela deglutição de sangue e pela própria condição que se segue ao procedimento anestésico-cirúrgico. Trata-se, porém de condição transitória e de curta duração, que não impede que se inicie a alimentação por via oral.

O uso da seringa para alimentar a criança é contraindicado no HRAC-USP, tendo em vista a dificuldade de manipulação, a possibilidade de provocar trauma na incisão cirúrgica e o aumento de custos. A utilização de utensílios como seringas, sondas e conta-gotas para alimentar a criança com fissura está em desuso e sua permanência está associada a desinformação⁽¹⁹⁾.

Já aleitamento materno deve ser sempre estimulado, porém a maioria dos cirurgiões contraindica essa prática no POI de palatoplastia. A utilização da mamadeira e a alimentação direta ao seio são contraindicadas no protocolo do HRAC-USP, salvo se houver alguma orientação específica do cirurgião. Essa recomendação visa evitar possíveis traumas na incisão cirúrgica vinculados à sucção, podendo também interferir no processo de cicatrização. O copo e a colher representam alternativas para administrar a alimentação, o que reforça sua importância durante o POI de palatoplastia. Além disso, são métodos simples, práticos, de baixo custo e com menor risco de contaminação.

A retirada da mamadeira em tempo oportuno visa minimizar problemas dentários, fonoarticulatórios e musculares⁽¹⁹⁾. No que diz respeito aos problemas dentários, é necessário enfatizar a importância da saúde bucal para o adequado processo de reabilitação dos pacientes com fissura labiopalatina, pois se trata de pré-requisito para a

realização das cirurgias reparadoras. A descontinuidade da utilização da mamadeira após a cirurgia está vinculada à saúde bucal das crianças, pois a palatoplastia representa apenas o início do processo reabilitador.

Respostas das crianças relacionadas às técnicas de alimentação utilizando copo e colher

Evidenciou-se o escape de alimento pela comissura labial menos frequente e o volume aceito em maior quantidade com a técnica que utiliza a colher. Esses achados estão associados à dificuldade em controlar o volume administrado com a técnica que utiliza o copo pois, embora nas duas técnicas o cuidador *despeje* o volume na cavidade oral, ao utilizar a colher, o volume é fracionado em pequenas quantidades (aproximadamente 7,5 ml), facilitando a propulsão do alimento e diminuindo as perdas.

Quanto à associação da aceitação da alimentação com as técnicas do copo ou da colher com as variáveis relacionadas ao procedimento cirúrgico, identificou-se que os episódios de tosse foram menos frequentes durante a oferta da alimentação utilizando a colher nas crianças submetidas à palatoplastia total, procedimento cirúrgico com maior manipulação, e conseqüentemente, mais doloroso. A dor limita a aceitação alimentar, pois a criança, embora com fome, reluta em deglutir a dieta de maneira eficaz, o que resulta em acúmulo do alimento na orofaringe, predispondo o reflexo de tosse.

O choro, comum nesse tipo de cirurgia, também pode estar relacionado, visto que dificulta a coordenação entre a deglutição e a respiração, podendo favorecer o reflexo da tosse. O procedimento de entubação orotraqueal também contribui para potencializar a dor, assim como a ocorrência de laringite pós-extubação, em que a criança habitualmente tosse. A criança submetida à entubação orotraqueal apresenta dificuldade de deglutição. Outro aspecto que pode explicar a prevalência da tosse nesse grupo está relacionado ao fluxo, que é maior com a utilização do copo, o que aumenta a possibilidade de engasgo e tosse, que interferem negativamente na propulsão do alimento.

Entre os benefícios da administração da alimentação utilizando a colher encontram-se a maior estimulação oral em relação ao copo, além de favorecer a contração muscular e estimular as terminações nervosas^(8,19).

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu concluir que, com a técnica que utiliza a colher, o escape de alimento pela comissura labial foi menos frequente, o volume aceito foi maior e as crianças submetidas à palatoplastia total apresentaram episódios de tosse menos frequentes durante a oferta da alimentação. Tais resultados revelam que, no POI de palatoplastia, a técnica de administração da alimentação que utiliza a colher é melhor que a que utiliza o copo.

REFERÊNCIAS

1. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(6):571-5.
2. Paranaíba LMR, Almeida H, Barros LM, Martelli DRB, Orsi Junior JD, Martelli Junior H. Técnicas cirúrgicas correntes para fissura lábio-palatina em Minas Gerais, Brasil. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75(6):839-43.
3. Watson ACH. Embriologia, etiologia e incidência. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P, coordenadores. *Tratamento de fissura labial e fenda palatina.* São Paulo: Santos; 2005. p. 3-15.
4. Biazon J, Peniche ACG. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(3):519-25.
5. Bertier CE, Trindade IEK, Silva Filho OG. Cirurgias primárias de lábio e palato. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar.* São Paulo: Santos; 2007. p.73-85.
6. Araruna RC, Vandrúscolo DMS. Alimentation of children with lip-palate malformation: a bibliographic study. *Rev Latino Am Enferm.* 2000;8(2):99-105.
7. Marques IL, Thomé S, Peres SPBA. Aspectos pediátricos. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar.* São Paulo: Santos; 2007. p. 51-71.
8. Silva EB, Rocha CMG, Lage RR. O bebê com fissura labiopalatina: intervenção interdisciplinar. In: Jesus MSV, Di Ninno CQMS, coordenadores. *Fissura labiopalatina: fundamentos para a prática fonoaudiológica.* São Paulo: Roca; 2009. p.10-28.
9. Gomes PRM, Mélega JM. Tratamento cirúrgico. In: Altmann E, coordenador. *Fissuras lábiopalatinas.* 4ª ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p. 61-72.
10. Telles MS, Macedo CS. Relação entre desenvolvimento motor corporal e aquisição de habilidades orais. *Pró-Fono Rev Atual Cient.* 2008;20(2):117-22.
11. Ruedell AM, Haeffner LSB, Silveira LM, Keske-Soares M, Weinmann ARM. Avaliação de habilidades orais de crianças nascidas pré-termo. *Rev CEFAC.* 2010;10(1):126-33.
12. Bannister P. Conduta na alimentação inicial. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P, coordenadores. *Tratamento de fissura labial e fenda palatina.* São Paulo: Santos; 2005. p.137-45.
13. Martin V. Atendimento de enfermagem pré e pós-operatório. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P, coordenadores. *Tratamento de fissura labial e fenda palatina.* São Paulo: Santos; 2005. p.184-90.
14. Silva Filho OG, Ferrari Júnior FM, Rocha DL, Souza Freitas JA. Classificação das fissuras labiopalatinas: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Rev Bras Cir.* 1992;82(2):59-65.
15. Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H, Carneiro JLV, Oliveira JC. Epidemiologic data of cleft lip and palate bearers from a specialized institution of Londrina, Parana State. *Acta Sci Health.* 2005;27(1):31-5.
16. Cymrot M, Sales FCD, Teixeira FAA, Teixeira Junior FAA, Teixeira GSB, Cunha Filho JF, et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissura labiopalatinas atendidas em um Hospital Pediátrico do Nordeste Brasileiro. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(4):648-57.
17. Palandi BBN, Guedes ZCF. Aspecto da fala de indivíduos com fissura palatina e labial, corrigida em diferentes idades. *Rev CEFAC.* 2011;13(1):8-16.
18. Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg.* 1992;3(1):30-2.
19. Altmann EBC, Vaz ACN, Paula MBSF, Khoury RBF. Tratamento precoce. In: Altmann E, coordenador. *Fissuras lábiopalatinas.* 4ª ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p. 291-324.
20. Kim EK, Lee TJ, Chae SW. Effect of unrestricted bottle-feeding on early postoperative course after cleft palate repair. *J Craniofac Surg.* 2009;20 Suppl 2:1886-8.
21. Amstalden-Mendes LG, Magna LA, Gil-da-Silva-Lopes VL. Neonatal care of infants with cleft lip and/or palate: feeding orientation and evolution of weight gain in a specialized Brazilian hospital. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007;44(3):329-34.
22. Longo KBL, Peres SPBA, Assunção AGA. Evolução do estado nutricional de crianças submetidas à palatoplastia posterior, alimentadas através de mamadeira ou colher. *Rev Bras Nutr Clin.* 2005;20(4):240-5.