

Estado nutricional e prática de aleitamento materno de crianças portadoras de fissuras labiopalatais de Cascavel/Paraná*

Nutritional status and breast feeding among children with cleft lips and palates from Cascavel/Paraná

ABSTRACT

PICCIN, S.; MACHADO, A. D.; BLEIL, R. T. Nutritional status and breast feeding among children with cleft lips and palates from Cascavel/Paraná. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.* = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 34, n. 3, p. 71-83, dez. 2009.

Cleft lips are congenital malformations that occur between the 4th and 9th week of the embryonic period. The incidence in Brazilians is 1 case/650 births. This study aimed to assess the nutritional status and the prevalence of breast-feeding of infants with cleft lips and palates, checking the introduction of supplementary feeding and identifying the main nutritional problems. Medical records of 30 children, both male and female, aged 0-5 years, were used. Data were collected regarding age, gender, length at birth, weight and body height, breast-feeding, introduction of the supplementary feeding, nutritional problems and type of cleft lip. The parameter proposed by WHO (2006) was used to classify the nutritional status. To verify correlation between the variables analyzed, Pearson's intraclass correlation test was used and considered statistically significant when $p < 0.05$. The results were presented as frequencies. Of the whole sample, 53% were male, with prevalences, among children with transforamen cleft, of 47% eutrophic and 53% on exclusive breast-feeding ranging from 6 to 120 days. The relation of exclusive breast feeding and type of cleft with the nutritional status showed no statistical significance. Infant formulas and pasteurized cow's milk were also used in the feeding of children. The time for introduction of solid foods ranged from 4 to 9 months of age. The nutritional problems identified were: anemia, constipation, colic and diarrhea. Despite the congenital abnormalities, breast feeding is possible and important for the nutritional status and the formation of a healthy person, integrated to the society.

Keywords: Breast-feeding. Nutritional status. Cleft lip.

SOLANGE PICCIN¹; AMÉLIA DREYER MACHADO¹; ROZANE TOSO BLEIL²

¹Universidade Paranaense (UNIPAR).

²Faculdade Assis Gurgacz (FAG).

Departamento onde o trabalho foi realizado:

Curso de Nutrição da Universidade Paranaense (UNIPAR), Campus Toledo/PR.

Endereço para correspondência:

Solange Piccin
Linha Madrugada – S/N
C.P. 151
CEP 85950-000
Palotina/PR
E-mail: nutrisolpiccin@yahoo.com.br

*Artigo baseado no Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Nutrição) de PICCIN, S. "Estado nutricional e prática de aleitamento materno de crianças portadoras de anomalias crânio-faciais de Cascavel/Paraná, 2007", Universidade Paranaense, Campus Toledo/PR.

RESUMEN

Las fisuras labiales y/o palatinas, malformaciones congénitas que ocurren entre la 4ª y 9ª semana del período embrionario presentan en Brasil incidencia de 1 caso por cada 650 nacimientos. La finalidad del estudio ha sido conocer el estado nutricional, la prevalencia de la lactancia materna y la introducción de alimentación complementaria en lactantes portadores de esta malformación. Fueron utilizados los prontuarios de 30 niños de ambos sexos entre 0 y 5 años de edad. Los datos levantados, referentes a edad, sexo, peso, estatura al nacer, lactación materna, introducción de alimentación complementaria, problemas nutricionales y tipo de fisura. La recomendación propuesta por la WHO (Organización Mundial de la Salud (2006) fue utilizada como parámetro para clasificación del estado nutricional. Para investigar la correlación entre las variables se utilizó el análisis de correlación intraclase de Pearson considerado estadísticamente significativo cuando $p < 0,05$. Los resultados son presentados en frecuencia. De la muestra, 53% masculina, 47% eutróficos para fisura transforame y 53% con lactancia materna exclusiva, pero la duración de la lactancia materna exclusiva variaba de 6 a 120 días. La relación entre lactancia materna exclusiva, tipo de fisuras y estado nutricional no demostró significancia estadística. Las fórmulas lácteas industrializadas y la leche bovina pasteurizada también fueron utilizadas en la alimentación de los niños. La época de introducción de alimentos sólidos varió entre 4 y 9 meses de edad. Los problemas nutricionales identificados fueron: anemia, estreñimiento, cólica y diarrea. La malformación congénita no es impedimento para la lactancia materna que debe ser practicada visando la formación de individuos saludables e integrados a la sociedad.

Palabras clave: Lactancia materna. Estado nutricional. Labio leporino.

RESUMO

As fissuras labiopalatais são malformações congênitas que ocorrem entre a 4ª e 9ª semana do período embrionário, sendo a incidência em brasileiros de 1 caso / 650 nascimentos. O objetivo do estudo é de conhecer o estado nutricional e a prevalência do aleitamento materno entre lactentes com fissuras labiopalatais, verificar a introdução da alimentação complementar e identificar seus principais problemas nutricionais. Utilizou-se prontuários de 30 crianças, ambos os gêneros entre 0 e 5 anos de idade. Coletaram-se dados referentes à idade, gênero, comprimento ao nascer, peso, estatura, aleitamento materno, introdução da alimentação complementar, problemas nutricionais e tipo de fissura. Utilizou-se como parâmetro para classificar o estado nutricional, a recomendação proposta pela WHO (2006). Para se verificar a correlação entre as variáveis analisadas utilizou-se o teste de correlação intraclasse de Pearson, considerado-se estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em frequências. Da amostra, 53% eram do sexo masculino, com prevalência de 47% de eutrofia para fissura transforame e 53% em aleitamento materno exclusivo, variando o aleitamento materno exclusivo de 6 a 120 dias. A relação do aleitamento materno exclusivo e tipo de fissuras com o estado nutricional não demonstrou significância estatística. Fórmulas lácteas industrializadas e leite de vaca pasteurizado também foram utilizados na alimentação das crianças. A época de introdução dos alimentos sólidos variou entre 4 e 9 meses de idade. Os problemas nutricionais identificados foram: anemia, constipação, cólicas e diarreia. Apesar da malformação congênita, o aleitamento materno pode ser realizado, sendo importante para o estado nutricional e a formação de um indivíduo saudável e integrado à sociedade.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Estado nutricional. Fenda labial.

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatais são malformações congênitas que ocorrem entre a 4ª e 9ª semana do período embrionário, acomete o terço médio da face com comprometimento da maxila (ABDO; MACHADO, 2005) e ocorre devido à falta de fusão dos processos maxilar e médio nasal (SILVA; FÚRIA; NINNO, 2005).

Crianças nascidas com fissuras labiopalatinas são também vulgarmente conhecidas como “lábio leporino” ou “goela de lobo” (BARONEZA et al., 2005).

Moore e Persaud (2004) relatam que as fendas do lábio superior e do palato são consideradas comuns. Porém, no Brasil, há poucas publicações sobre a incidência ou prevalência de fissuras labiopalatais (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

De acordo com Abdo e Machado (2005), a incidência de fissuras em brasileiros é de 1 caso/650 nascimentos, ocupando o 4º lugar entre as anomalias congênitas mais frequentes. Vasconcelos et al. (2002) citam também que 30% dos óbitos em crianças que apresentam má-formação (dos 1 caso/650 nascimentos), ocorrem no primeiro ano de vida.

Para que se possam estabelecer bases do tratamento de reabilitação de pacientes portadores de fissuras labiopalatais, faz-se necessário o conhecimento dos diversos tipos de fissuras e das respectivas estruturas envolvidas (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 2006).

As estruturas básicas envolvidas são: lábio, processo alveolar, palato duro e palato mole. Estas podem estar envolvidas de forma completa ou incompleta, nas mais variadas combinações, desde mínimos defeitos como vermelhidão do lábio até defeitos maiores (ABDO; MACHADO, 2005). A classificação mais utilizada no Brasil é a formulada por Spina et al. (1972), por ser simples, objetiva e prática, facilitando a comunicação entre profissionais de uma equipe multidisciplinar (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 2006).

A referida classificação compreende quatro categorias, tendo como referência anatômica o forame incisivo que separa o palato primário do palato secundário: fissuras pré-forame incisivo; fissuras transforame incisivo; fissuras pós-forame incisivo e fissuras raras de face.

O diagnóstico pode ser realizado ainda no pré-natal, pela ultrassonografia a a partir da 14ª semana de gestação. O tratamento das fissuras labiopalatais deve ser realizado precocemente, desde o nascimento até a fase adulta, por intervenção cirúrgica e não-cirúrgica, por uma equipe multidisciplinar a fim de eliminar ou amenizar as sequelas (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Em virtude do crescimento constante das crianças é importante avaliar seu progresso periodicamente. O estado nutricional das mesmas pode ser classificado com parâmetros de peso por idade (P/I), peso por estatura (P/E) e estatura por idade (E/I) (PAULILO; RODOLPHO, 2003).

Contudo, uma avaliação completa deve ser feita com anamnese alimentar, história clínica, exames clínicos, dados antropométricos e psicossociais para melhor classificação do estado nutricional (DUARTE; CASTELLANI, 2002).

O novo padrão de referência proposto pela Organização Mundial da Saúde – OMS, consiste em avaliar o estado nutricional de crianças entre 0 e 5 anos, destacando que as diferenças no crescimento são influenciadas pela nutrição, pelo meio ambiente, pela herança genética e etnia. O mesmo padrão salienta o aleitamento materno como norma biológica e estabelece que a criança amamentada seja o modelo normativo de crescimento e desenvolvimento infantil.

Ribeiro e Moreira (2005) ressaltam que a anemia por deficiência de ferro é frequente nos portadores de fissuras labiopalatais, porém é de fácil tratamento, a partir de uma dieta balanceada e do uso do suplemento medicamentoso de ferro. Gopinath e Muda (2005) relatam que as crianças com fissuras labiopalatais são mais suscetíveis às infecções.

As dificuldades de alimentação resultantes da malformação labiopalatal, assim como a incapacidade de absorção adequada de nutrientes durante os primeiros meses de vida, os processos infecciosos no ouvido médio, causas ambientais como condições de moradia, falta de saneamento básico, água tratada e aspectos socioeconômicos e culturais podem contribuir para o *déficit* de crescimento em crianças com essas malformações (MONTAGNOLI et al., 2005).

Muitas vezes as mães recebem orientações insuficientes e nem sempre adequadas, após o nascimento de seu filho portador de fissura, o que dificulta os cuidados e a alimentação do bebê (SILVA; FÚRIA; NINNO, 2005).

O aleitamento materno é indicado para todas as crianças, pois é o melhor método para desenvolver a musculatura da face e da boca, fortalecer o vínculo mãe-filho e evitar infecções (RIBEIRO; MOREIRA, 2005). É importante ressaltar que a lesão labiopalatal não exclui o aleitamento materno. No entanto, este é mais satisfatório em crianças com fissuras menos complexas (PINI; PERES, 2001).

O leite materno é o alimento espécie-específico suficiente para atender a todas as necessidades nutricionais do lactente. Mas na impossibilidade deste, a orientação sobre a introdução do leite mais adequado para cada situação deve ser feita aos pais, para que o crescimento não seja afetado (TEIXEIRA NETO, 2003). Com a impossibilidade do aleitamento materno, outro leite deve ser oferecido (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

O fornecimento de energia ao portador de fissura labiopalatal deve ser adequado, pois é de extrema importância que seu estado nutricional não seja comprometido, para não interferir no processo de recuperação pós-cirurgia (REDFORD-BADWAL; MABRY; FRASSINELLI, 2003).

A manutenção e a recuperação da saúde por meio de orientações pertinentes, avaliações do estado nutricional, intervenções e reeducação alimentar fazem parte do papel do nutricionista na assistência ao paciente portador de fissura labiopalatal (PERES, 2006).

Iniciar o tratamento logo após o nascimento e dar continuidade ao longo da vida, envolvendo vários profissionais, dentre eles o nutricionista, é o caminho mais efetivo que se recomenda ao portador de fissura labiopalatal, para garantir o sucesso da reabilitação e fazer com que o indivíduo leve uma vida normal (CERQUEIRA et al., 2005).

Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer o estado nutricional e a prevalência do aleitamento materno de crianças de ambos os gêneros, com até 5 anos de idade, portadores de anomalias labiopalatais, atendidas pelo Serviço de Nutrição, de uma associação de Cascavel/Paraná.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado utilizando por base os prontuários de crianças atendidas pelo Serviço de Nutrição de uma Associação de Portadores de Fissuras Labiopalatais de município da região Oeste Paranaense. Sendo estabelecida a faixa etária de até 5 anos de idade, para posterior avaliação do estado nutricional, segundo o novo padrão proposto pela OMS.

Foi efetuado o esclarecimento do objetivo do trabalho para a direção da associação e com o seu consentimento foi feita a coleta dos dados junto aos prontuários, no período de junho a julho de 2007.

Constaram da amostra os prontuários de todas as crianças entre 0 e 5 anos de idade que realizaram consultas com a nutricionista voluntária, no período entre abril de 2005 e junho de 2007, totalizando 30 crianças.

Para a coleta de dados foram utilizados formulários elaborados especialmente para esta pesquisa com dados referentes à idade, gênero, peso e comprimento ao nascer, peso e estatura no primeiro acompanhamento ao serviço de nutrição. Também foram coletados dados referentes ao aleitamento materno, introdução da alimentação complementar, anotados nos prontuários bem como o tipo de fissura.

A avaliação do estado nutricional foi feita por meio dos indicadores peso por idade (P/I), peso por estatura (P/E) e estatura por idade (E/I), com os dados do primeiro atendimento nutricional. O padrão de referência adotado foi o proposto pela World Health Organization (WHO, 2006). (Quadros 1 e 2).

Ponto de corte	< P3	≥ P3 e < P15	≥ P15 e < P85	≥ P85 e < P97	≥ P97
Estado nutricional	desnutrição	risco nutricional	eutrofia	risco sobrepeso	sobrepeso

Fonte: WHO, 2006.

Quadro 1 – Classificação do estado nutricional de acordo com o peso por idade (P/I) e peso por estatura (P/E) por idade

Ponto de corte	< P3	≥ P3 e < P15	≥ P15 e < P97	≥ P97
Estado nutricional	baixa estatura	risco para baixa estatura	eutrofia	alta estatura

Fonte: WHO, 2006.

Quadro 2 – Classificação do estado nutricional de acordo com a estatura por idade (E/I)

Os resultados foram apresentados por meio de frequências e medianas. Para se averiguar a correlação entre as variáveis aleitamento materno exclusivo e estado nutricional segundo P/I e tipo de fissura labiopalatal e estado nutricional segundo P/I, utilizou-se o teste de correlação de Pearson. Para o tratamento estatístico utilizou-se o Software Graph Pad Instat Versão 3.00 (San Diego, CA, USA), sendo as diferenças consideradas estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do estudo 30 crianças, sendo 53% do gênero masculino e 47% do gênero feminino, sendo que a faixa etária pesquisada variou entre 0 mês a 4 anos de idade.

Na avaliação do estado nutricional realizada no primeiro atendimento nutricional, observou-se para ambos os gêneros, em relação ao P/I uma prevalência de 20% para desnutrição e para P/E 20% apresentaram-se em risco nutricional (Figura 1) e 20% com baixa estatura para idade - E/I (Figura 2).

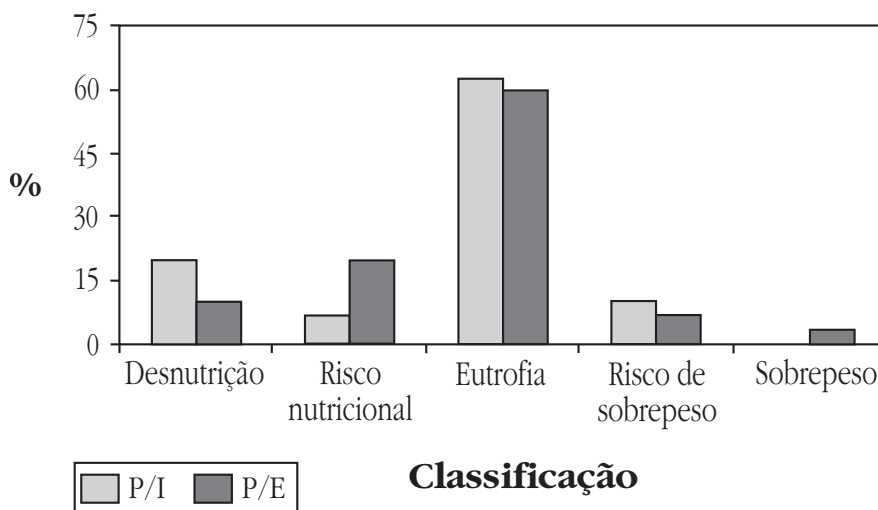


Figura 1 – Estado nutricional no primeiro atendimento das crianças com base nos indicadores P/I e P/E, Cascavel/PR, 2007

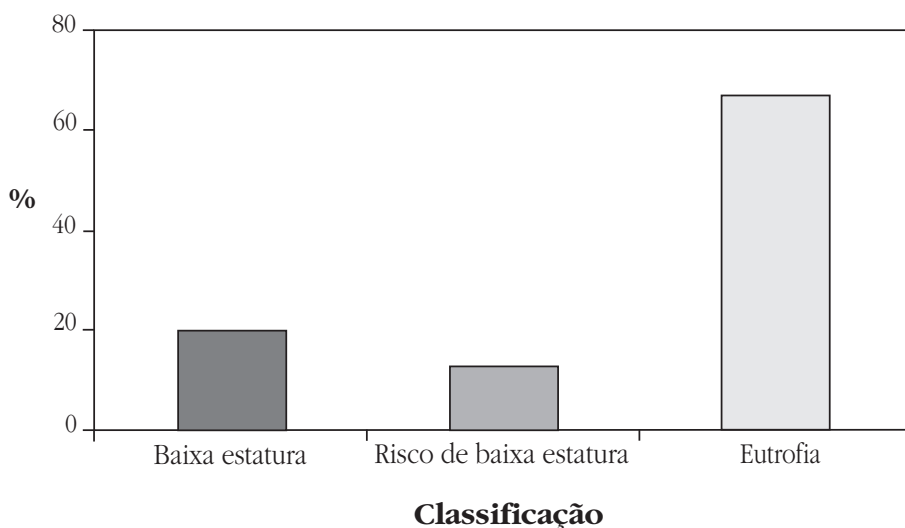


Figura 2 – Estado nutricional no primeiro atendimento das crianças com base no indicador E/I, Cascavel/PR, 2007

Verificou-se que segundo a classificação de Spina et al. (1972), prevaleceu a fissura transforame (47%), seguida da fissura pós-forame (33%) e pré-forame (20%), não sendo encontrado nenhum caso para fissuras raras de face (Figura 3). No gênero feminino, houve maior prevalência de fissura transforame (57%), seguida de fissura pós-forame (29%) e pré-forame (14%). Nos meninos, as fissuras transforame e pós-forame atingiram o mesmo percentual (37,5%), e a fissura pré-forame em 25% dos casos.

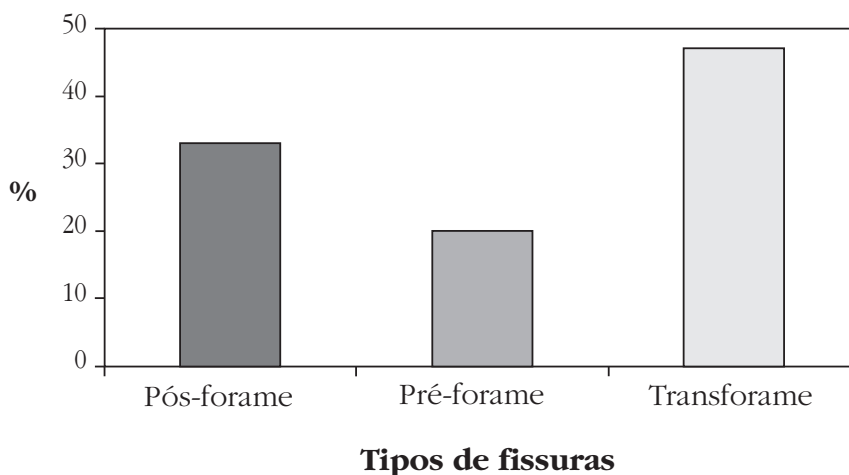


Figura 3 – Prevalência de fissuras labiopalatais, Cascavel/PR, 2007

Observou-se que 53% das crianças receberam amamentação exclusiva, sendo que o período variou de 6 (seis) a 120 (cento e vinte) (Tabela 1). Os tipos de leite utilizados pelas crianças foram fórmulas lácteas industrializadas (50%) e leite de vaca pasteurizado (23%) (Tabela 2). Duas crianças (6,75%) estavam sendo amamentadas exclusivamente ao seio, no período da pesquisa, não sendo relacionadas nesta tabela. A época de introdução dos alimentos sólidos variou de quatro e nove meses de idade.

Tabela 1 – Período de amamentação exclusiva em crianças portadoras de fissuras labiopalatais, Cascavel/PR, 2007

DIAS DE AMAMENTAÇÃO	%
Até 15 dias	31,25
16 a 30 dias	43,75
31 a 60 dias	6,25
61 a 90 dias	12,5
91 a 120 dias	6,25

Tabela 2 – Alimentos substitutos ao aleitamento materno exclusivo oferecidos às crianças com fissuras labiopalatais, Cascavel/PR, 2007

TIPO DE LEITE	CRIANÇAS	
	N	%
Fórmula infantil	15	50
Leite de vaca	7	23
Fórmula infantil + leite de vaca	2	6,75
Nestogeno	2	6,75
Banco de leite + fórmula infantil	2	6,75
Total	28	93,25

Os primeiros alimentos a serem oferecidos às crianças faziam parte do grupo dos cereais, pães, tubérculos e raízes (batata, macarrão, pão, arroz, polenta), das frutas e hortaliças (banana, maçã, mamão, tomate, alface, beterraba, cenoura), das leguminosas (feijão, caldo de feijão), das carnes (carne bovina), leite e derivados (iogurte) e dos açúcares e doces (balas e biscoitos recheados).

DISCUSSÃO

A prevalência do gênero masculino encontrado no estudo ratifica os achados de Baroneza et al. (2005), Cerqueira et al. (2005), Pini e Peres (2001) e Vasconcelos et al. (2002).

Os resultados da classificação dos tipos de fissuras considerando gênero, segundo os estudos de Montagnoli et al. (2005) foram diferentes dos encontrados na presente pesquisa, pois para o sexo feminino houve a prevalência da fissura pós-forame, seguida de pré-forame e transforame. Em relação aos meninos, os referidos autores encontraram maior prevalência de fissura transforame, seguida de pré-forame e pós-forame. Também os estudos de Cerqueira et al. (2005) revelaram maior predomínio da fissura pré-forame e pós-forame para o sexo feminino e fissura transforame para o sexo masculino.

Poucos estudos foram realizados para comparar o estado nutricional de grupos semelhantes ao do presente estudo, com a mesma metodologia. Destaca-se o trabalho de Montagnoli et al. (2005) que compararam o crescimento de crianças com diferentes tipos de fissuras labiopalatais, seguindo o padrão de referência do NCHS. Observaram que o peso e a estatura em ambos os sexos nos primeiros dois anos de vida, foram comprometidos quando estabelecido como ponto de corte o percentil 10, sendo o comprometimento menor nas crianças com fissura pré-forame.

Barakati e Alkofide (2002 apud MONTAGNOLI et al., 2005), não observaram diferenças no crescimento entre grupos de crianças portadoras de fissuras e crianças sem fissuras.

Quando nasce uma criança com fissura labiopalatal, a maior preocupação da família e do médico é quanto à sua alimentação, sendo que em todos os casos o aleitamento materno é indicado (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

A dificuldade de sucção e a quantidade de alimentos ingeridos nem sempre é suficiente para suprir as necessidades do bebê com fissura, resultando assim em pouco ganho ponderal. Esses fatores podem ser os principais causadores do *déficit* de crescimento nestas crianças, embora as mesmas possuam condições e potenciais de crescimento normais. Outro fator que pode agravar o estado nutricional é o escape de alimentos pelo nariz e a ingestão excessiva de ar, o que ocasiona vômitos, engasgos e perdas de alimentos (PINI; PERES, 2001).

Os resultados encontrados reforçam que a lesão labiopalatal não exclui o aleitamento materno (PINI; PERES, 2001), desde que a criança consiga sugar e a mãe sinta vontade de amamentar. Muitas vezes, a alimentação da criança com fissura labiopalatal é dificultada devido à má-formação, sobretudo quando a família não é orientada adequadamente (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Se o recém-nascido não apresentar outras deformações congênicas associadas à fissura e boa movimentação mandibular, apesar da pouca pressão intraoral, o mesmo tem condições de sugar o seio materno (THOMÉ, 1990 apud ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

As crianças que foram alimentadas com leite materno exclusivo por menor tempo (seis dias) eram portadoras de fissura pós-forame e as que foram amamentadas por mais tempo (cento e vinte dias) apresentavam fissura pré-forame. A frequência de amamentação exclusiva pode ser considerada baixa, uma vez que a recomendação é de até seis meses de aleitamento materno exclusivo (VITOLLO, 2003).

Sabe-se que o sucesso do aleitamento materno depende do grau de complexidade da fissura e da estimulação da mãe. A criança portadora de fissura pré-forame apresenta menor dificuldade alimentar, já as crianças com fissura pós-forame e transforame podem apresentar maiores dificuldades por não conseguirem pressão intraoral adequada (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; SILVA; FÚRIA; NINNO, 2005).

Pini e Peres (2001) encontraram um maior número de pacientes em aleitamento materno portadores de fissura transforame, porém foram amamentados por poucos dias. Por outro lado, as crianças que foram amamentadas por maiores períodos de tempo, eram portadoras de fissura pré-forame.

Já Montagnoli et al. (2005) detectaram que a maior frequência de aleitamento materno é nas crianças com fissuras lábias do tipo pré-forame, o que contrariou os valores obtidos no presente estudo, onde a prevalência foi maior para as crianças com fissura transforame. Porém, destaca-se que o maior tempo verificado de amamentação exclusiva nas crianças com fissuras lábias é com o tipo de fissura pré-forame.

Estes dados sugerem que o tipo de fissura pode influenciar no tempo da amamentação exclusiva, pois quanto mais complexa a fissura (transforame e pós-forame), mais precoce costuma ser o desmame.

Informações para a mãe sobre o aleitamento materno, podem melhorar a duração da amamentação e aumentar a ingestão de volume, promovendo um crescimento adequado às crianças portadoras de fissuras labiopalatais durante os dois primeiros anos de vida (TURNER et al., 2001 apud MONTAGNOLI et al., 2005).

Todavia, na relação entre aleitamento materno exclusivo e o estado nutricional segundo P/I não houve significância estatística ($p = 0,01444$ e $p = 0,5115$). A relação entre os tipos de fissuras e o estado nutricional segundo P/I, também não foi estatisticamente significativa ($p < 0,5115$). Estes resultados podem estar sendo influenciados pelo fato da amostra estudada ser pequena (30).

Na impossibilidade do aleitamento materno, a orientação sobre a introdução do leite mais adequado a cada situação deve ser realizada por nutricionistas. Pini e Peres (2001) relatam que a fórmula láctea industrializada específica para menores de seis meses é o melhor substituto do leite materno. Euclides (1997) destaca que o leite de vaca não deveria ser oferecido no primeiro ano de vida, pois se relaciona com o maior conteúdo de minerais, propiciando uma formação de maior carga de solutos e o risco de alergias alimentares ao bebê.

Porém, muitas vezes pode-se justificar o uso inadequado do leite, devido ao nível socioeconômico baixo dos pais, o que pode impedir a compra do leite mais adequado e que este seja oferecido à criança na diluição correta (PINI; PERES, 2001).

A forma de introdução da alimentação complementar em crianças com fissura de lábio e/ou palato é basicamente a mesma adotada para os demais recém-nascidos (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

Observou-se que a introdução desses alimentos foi realizada precocemente e em dois casos tardiamente (aos oito e nove meses).

Estes problemas decorrem principalmente da malformação labiopalatal que dificulta a alimentação adequada da criança, em que na impossibilidade do aleitamento materno, existe a dificuldade de manusear o bebê e alimentá-lo de maneira correta (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000). Sabe-se que a presença de fissura já predispõe a uma maior aerofagia, sendo assim necessário que se façam mais pausas e que o ato de estimular a eructação deve ser mantido, o que evita a maior incidência de “cólicas do recém-nascido” (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Pini e Peres (2001) relatam a importância da diluição correta das fórmulas industrializadas além de serem preparadas higienicamente para prevenção de diarreias que podem levar à desnutrição.

Outro fator importante a destacar é o envolvimento dos procedimentos corretivos das fissuras labiopalatais. Para a realização de cirurgias corretivas desta anomalia, as crianças devem apresentar um estado nutricional adequado e não apresentarem problemas como anemia e infecções, pois tais fatores influenciam negativamente na recuperação pós-cirurgia (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; FIGUEIREDO et al., 2004).

A anemia por deficiência de ferro é frequente nos portadores de fissuras labiopalatais, porém se a hemoglobina apresentar níveis abaixo de 10g/dL, as cirurgias não podem ser realizadas, retardando o tratamento. Assim, além de uma dieta adequada e balanceada orientada pelo nutricionista, o uso do sulfato é recomendado e prescrito pelo pediatra (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Os pais são fundamentais no tratamento de seus filhos com fissuras, devendo receber informações corretas, sendo que, se a cirurgia corretiva for realizada ainda nos dois primeiros anos de vida, contribui muito para que a criança tenha a formação adequada do seu “eu” (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

CONCLUSÕES

Este estudo revelou que a prevalência de fissuras é maior entre os meninos; já com relação ao tipo de fissura há o predomínio, em ambos os sexos, da fissura transforame. O estado nutricional mais frequente foi a eutrofia seguido de baixo peso.

Apesar da malformação congênita, observou-se que o aleitamento materno exclusivo ocorre com frequência nas crianças, sendo maior nas crianças com fissura pré-forame.

A introdução da alimentação complementar foi realizada principalmente com fórmulas lácteas e leite de vaca pasteurizado, e a introdução de alimentos sólidos foi realizada precocemente.

Tanto o nutricionista como os demais profissionais da equipe multidisciplinar, devem estar aptos a reconhecer e a tratar de forma adequada os portadores de fissuras labiopalatais, a fim de providenciar suporte para a família, para alcançar o fim comum que é um indivíduo saudável e integrado à sociedade.

Existem poucas publicações sobre os aspectos nutricionais relacionados aos portadores de fissuras labiopalatais. Assim, salienta-se a importância e a necessidade de mais estudos direcionados a essa população específica.

REFERÊNCIAS/REFERENCES

- ABDO, R. C. C.; MACHADO, M. A. A. M. *Odontopediatria nas fissuras labiopalatais*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2005. 113 p.
- ARARUNA, R. C.; VENDRÚSCOLO, D. M. S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico. *Rev. latino-am. enferm., Ribeirão Preto*, v. 8, n. 2, p. 99-105, 2000.
- BARONEZA, J. E.; FARIA, M. J. S. S.; KUASNE, H.; CARNEIRO, J. L. V.; OLIVEIRA, J. C. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci. Health Sci., Maringá*, v. 27, n. 1, p. 31-35, 2005.
- CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O. G. Malformações congênitas labiopalatais: etiologia, classificação das fissuras labiopalatais e crescimento craniofacial. In: CURSO DE ANOMALIAS CONGÊNITAS LABIOPALATINAS, 2006, São Paulo. *Anais...* 39º Módulo. São Paulo: Bauru, 2006. p. 10-12.
- CERQUEIRA, M. N.; TEIXEIRA, S. C.; NARESSI, S. C. M.; FERREIRA, A. P. P. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos – SP. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 8, n. 2, p. 161-166, 2005.
- CUNHA, E. C. M.; FONTANA, R.; FONTANA, T.; SILVA, W. R.; MOREIRA, Q. V. P.; GARCAS, G. L.; ROTH, M. G. M. Anthropometry and risk factors in newborns with facial clefts. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 7, n. 4, p. 417-422, 2004.
- DUARTE, A. C.; CASTELLANI, F. R. *Semiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2002. 115 p.
- EUCLYDES, M. P. *Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada*. Viçosa: Jard, 1997. 461 p.
- FIGUEIREDO, I. M. B.; BEZERRA, A. L.; MARQUES, A. C. L.; ROCHA, I. M.; MONTEIRO, N. R. Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. *Rev. Bras. Promoção da Saúde*, v. 17, n. 3, p. 154-160, 2004.
- GLENNY, A. M.; HOOPER, L.; SHAW, B. C.; REILLY, S.; KASEM, S.; REID, J. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database Syst. Rev.* (3): CD003315, 2004.

- GOPINATH, V. K.; MUDA, W. A. Assessment of growth and feeding practices in children with cleft lip and palate. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health*, v. 36, n. 1, p. 254-258, 2005.
- MONTAGNOLI, L. C.; BARBIERI, M. A.; BETTIOL, H.; MARQUES, I. L.; SOUZA, L. Growth impairment of children with different types of lip and palate clefts in the first 2 years of live: a cross-sectional study. *J. Pediatr.*, v. 81, n. 6, p. 461-465, 2005.
- MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. *Embriologia clínica*. 7º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 566 p.
- PAULILO, M. A. S.; RODOLPHO, I. P. F. A desnutrição infantil e seu significado social. *Serviço Social Rev.*, v. 5, n. 2, p. 1-7, 2003.
- PERES, S. P. B. A. Contribuição da nutrição na melhoria da qualidade de vida do paciente. In: CURSO DE ANOMALIAS CONGÊNITAS LABIOPALATINAS, 2006, São Paulo. *Anais...* 39º Módulo, São Paulo: Bauru, 2006. p. 24.
- PINI, J. G.; PERES, S. P. B. A. Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: aleitamento e introdução alimentar. *Rev. Nutr.*, v. 4, n. 3, p. 195-199, 2001.
- REDFORD-BADWAL, D. A.; MABRY, K.; FRASSINELLI, J. D. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. *Dent. Clin. North Am.*, v. 47, n. 2, p. 305-317, 2003.
- RIBEIRO, E. M.; MOREIRA, A. S. C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Rev. Bras. Prom. Saúde*, v. 18, n. 1, p. 31-40, 2005.
- SILVA, E. B.; FÚRIA, C. L. B.; NINNO, C. Q. M. S. Aleitamento materno em recém nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Rev. CEFAC*, v. 7, n. 1, p. 21-28, 2005.
- TEIXEIRA NETO, F. Nutrição clínica. In: LEAO, E. *Nutrição em pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 267-278.
- VASCONCELOS, B. C. E.; SILVA, E. D. O.; PORTO, G. G.; PIMENTEL, F. C.; MELO, P. H. N. B. Incidências de malformações congênitas labiopalatais. *Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial*, v. 2, n. 2, p. 41-46, 2002.
- VITTOLO, M. R. *Nutrição da gestação à adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann e Autores Editores, 2003. 322 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development*. Geneve, Switzerland: Department of Nutrition for Health and Development, France. 2006, p. 336. Printed.

Recebido para publicação em 16/12/08.

Aprovado em 06/11/09.