

ESTATURA DE CRIANÇAS COM FENDA PALATINA E FISSURAS LABIAIS ¹

STATURE OF CHILDREN WITH CLEFT PALATE AND CLEFT LIP

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

RESUMO

Objetivo: analisar a estatura de crianças portadoras de fenda palatina e fissura labial. **Método:** estudo transversal com 43 crianças com diagnóstico de fissuras labiais e fendas palatinas, de ambos os gêneros, com idade entre 0 a 2 anos de vida, cadastradas no Centro de Referência Estadual, onde coletou-se dados clínicos e antropométricos através de questionário aplicado às mães ou responsáveis das crianças. Classificou-se o estado nutricional por meio do escore-z para o indicador estatura por idade (E/I), segundo padrão de referência proposto pela OMS (2006). **Resultados:** os dados obtidos mostraram que a maioria (53,5%) apresentou comprometimento na estatura. **Considerações finais:** esta pesquisa foi de grande importância, devido à escassez de dados loco/regionais, o que possibilitará informações para melhorias da elaboração de protocolos e dados epidemiológicos referentes.

DESCRITORES: fissura labial, fenda palatina, estado nutricional

INTRODUÇÃO

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

As fissuras labiopalatinas são malformações que ocorrem entre a 4^a e 9^a semana do período embrionário, devido à falta de fusão dos processos maxilar e médio-nasal. São atribuídas aos fatores genéticos e ambientais, os quais podem atuar isolados ou em associação. Mais da metade dos indivíduos fissurados apresenta familiares portadores da síndrome³.

Segundo Cavalheri⁴ e Dalben *et al*⁵, as crianças portadoras de fenda palatina e fissura labial apresentam dificuldades quanto a ingestão de alimentos, pois existe a impossibilidade anatômica de isolar a cavidade oral, além da falta de apoio e estabilização do bico do peito e da posteriorização da língua.

O grau de inabilidade de sucção está diretamente relacionado ao tipo de fissura e não há consenso sobre a melhor forma ou método de se alimentar o recém nascido. Os problemas mais comuns são sucção inadequada por falta de pressão intraoral; tempo de mamada prolongado e regurgitação⁶.

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

De acordo com Altmann *et al*⁸ e Di Ninno *et al*³, bebês portadores de fissura de lábio e/ou palato podem apresentar um desenvolvimento bem próximo do normal se receberem intervenção adequada desde o nascimento. No entanto, isso nem sempre

¹Trabalho realizado no Hospital Ophir Loyola, Belém, Pará

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

³Nutricionista graduada pela Universidade Federal do Pará UFPA; Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas UFAM e Docente do Curso de Nutrição da Universidade da Amazônia- UNAMA, Belém-Pará

⁴Nutricionista do Hospital Ophir Loyola, Belém-Pará

acontece, pois o desconhecimento de muitos profissionais da área da saúde em relação às fissuras de lábio e/ou palato impossibilita que vários bebês usufruam dos benefícios da intervenção precoce.

Este estudo tem como objetivo analisar a estatura de crianças portadoras de fenda palatina e fissura labial atendidas em um Hospital Referência de Belém-PA.

MÉTODOS

O estudo realizado foi transversal.

A amostra era composta de todas as crianças com diagnóstico de fissuras labiais e fendas palatinas, de ambos os gêneros, com idade entre 0 a 2 anos de vida, cadastradas no Centro de Referência Estadual Ophyr Loyola, fazendo atendimento nutricional no período de 2010 a 2012. Foi realizado o cálculo da amostra, segundo Barbetta⁹, obtendo-se um total de 43 crianças.

Atendendo aos preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido à avaliação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Amazônia. A coleta de dados ocorreu após a avaliação do projeto de pesquisa e autorização do Hospital de Referência.

A pesquisa iniciou através do convite feito às mães ou responsáveis das crianças que estavam à espera de consulta médica no hospital. Após esclarecimentos sobre a

pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aplicado um questionário.

Foram coletados dados da avaliação antropométrica (peso e comprimento) feita no atendimento nutricional pela nutricionista responsável, por meio de balança pediátrica eletrônica da marca Welmy, com pesagem máxima de 15 quilos; e antropômetro horizontal no qual uma fita métrica encontrava-se fixada em uma peça horizontal de madeira, metal ou plástico, que apresentava um dispositivo móvel acoplado em uma das extremidades e um outro dispositivo fixo na outra extremidade.

Para a aferição do peso foi adotado o método de Duarte¹⁰, que descreve que para a pesagem, a criança deverá estar com o mínimo de roupa e descalça, devendo ser mantida o mais imóvel possível, de maneira que o peso fique uniformemente distribuído sobre a balança.

Para determinar o comprimento, utilizou-se o método de Duarte¹⁰ que propõe que com a criança deitada, com as pernas relaxadas, apóia-se a cabeça, e a peça móvel é deslocada até tocar os pés da criança, que deverão estar alinhados, permitindo a leitura do valor do comprimento na fita métrica.

A classificação da estatura foi realizada por meio do escore-z para o indicador estatura por idade (E/I), segundo padrão de referência proposto pela OMS¹¹.

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

RESULTADOS

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

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

Fonte: Pesquisa de campo

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

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

Fonte: Pesquisa de campo

Tabela III – Relação entre o tipo de fissura e a classificação da estatura das crianças pesquisadas no Hospital de Referência Estadual Ophir Loyola, Belém-Pa, 2012.

Estatura para a idade	Tipo de fissura			N° de crianças	%
	F. pré-for. incisivo	F. transfor. incisivo	F. pós-for. incisivo		
Muito baixa estatura p/ idade	2	9	1	12	27,9
Baixa estatura p/ idade	3	4	4	11	25,6
Estatura adequada p/ idade	7	9	4	20	46,5
Total	12	22	9	43	100,0

Fonte: Pesquisa de campo

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

* F. transfor. incisivo: Fissura transforame incisivo

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

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

Dieta atual oferecida	Tipo de fissura			N° de crianças	%
	F. pré-for. incisivo	F. transfor. Incisivo	F. pós-for. incisivo		
Seio materno	-	-	-	-	-
Consistência líquida	1	3	1	5	11,6
Consistência pastosa	6	13	7	26	60,5
Consistência branda	0	3	1	4	9,3
Consistência livre	-	1	-	1	2,3
Seio materno com complemento	5	2	-	7	16,3
Total	12	22	9	43	100

Fonte: Pesquisa de campo

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

* F. transfor. incisivo: Fissura transforame incisivo

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

DISCUSSÃO

O perfil das mães da população estudada caracterizou-se pela maioria encontrar-se na faixa etária de >18 a 25 anos de idade (37,2%) (Tabela I), não coincidindo com a afirmação de

Araruna e Vendruscolo¹², que diz que dentre os fatores ambientais, destacam-se os nutricionais, infecciosos, psíquicos, radiação, uso de drogas e outros agentes químicos e

idade da mãe, sendo que este último fator não foi determinante para o aparecimento de fissuras.

De acordo com Wayne et al¹³, como um grupo, as fendas labiais, labiopalatinas e palatinas, tanto unilaterais e bilaterais, representam umas das mais freqüentes malformações detectáveis ao ultra-som realizado no segundo trimestre de gestação como parte da rotina de pré-natal. E Bianchi; Crombleholme; D'Alton¹⁴ afirmam que em geral, as fendas labiais são mais fáceis de detectar que as fendas palatinas, fato que não coincidiu com os resultados encontrados, onde pôde se verificar grande dificuldade de se identificar a fissura durante o pré-natal no ultra-som. Em 93% dos casos, as mães realizaram o pré-natal durante a gravidez, mas em 86%, o momento em que foi identificada a fissura no bebê ocorreu após o nascimento (Tabela I).

Num estudo feito por Souza-Freitas¹⁵, a maioria dos pacientes pertencia ao nível sócio-econômico baixo (71,4%), demonstrando que a ocorrência de fissura lábio-palatal pode ser que tenha uma relação com o nível sócio-econômico, coincidindo desta forma com esta pesquisa, onde 58,1% possui renda familiar mensal de até 1 salário mínimo e em 48,8% das mães pesquisadas, prevalecia o ensino fundamental incompleto como grau de escolaridade de acordo com o que confirma a Tabela I.

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

No estudo de Piccin et al¹⁶, o qual participaram 30 crianças, com faixa etária entre 0 mês a 4 anos de idade. A maioria das crianças analisadas também era do gênero masculino, sendo 53% do gênero masculino e 47% do gênero feminino.

De acordo com Araruna e Vandrúscolo¹², a hereditariedade é responsável por 25% a 30% dos casos de fissuras de lábio e/ou palato, o que não aconteceu nesta pesquisa, pois 58,1% da amostra não possuem casos de fissura na família (Tabela II), podendo ter etiologia multifatorial, o que segundo esses autores pode ocorrer em cerca de 70% a 80% dos casos.

Observou-se que 46,5% da amostra apresentou estatura adequada para a idade; 27,9% muito baixa estatura para a idade e 25,6% baixa estatura para a idade. Desta forma, confirmou-se que a maioria (53,5%), formada pela soma das classificações muito baixa estatura para idade e baixa estatura para a idade, apresentaram comprometimento na estatura (Tabela III).

No estudo de Piccin et al¹⁶, o qual participaram 30 crianças, sendo 53% do gênero masculino e 47% do gênero feminino, com faixa etária entre 0 mês a 4 anos de idade. 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 e 20% com baixa estatura para a idade - E/I. O estudo demonstrou como resultado final que o estado nutricional mais frequente foi a eutrofia seguido de baixo peso.

Num estudo realizado por Manei¹⁷, foram avaliadas 41 crianças de 0 a 5 anos, de ambos os sexos. Obteve-se como resultado que, em relação à estatura para a idade a maioria das crianças estavam adequadas, enquanto 4,88 % (n=2) estavam com estatura muito baixa para a idade. Em relação à adequação do peso para a idade, a maioria dos pacientes estavam eutróficos e 9,76% (n=4) com sobrepeso.

Diferentemente do estudo de Manei¹⁷, nesta pesquisa observou-se correlação entre o tipo de fissura e a classificação da estatura. De acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC/idade), 65,85% (n=27) apresentaram eutrofia; 21,95% (n=9) risco de sobrepeso; 4,88% (n=2) obesidade e 7,32% (n=3) magreza.

Em outro estudo, realizado por Pini e Peres¹⁸, observou-se que em relação à avaliação antropométrica, 70% dos pacientes foram classificados como eutróficos, 20% como desnutridos atuais e 10% como desnutridos crônicos.

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

Garcia¹⁹, afirma que geralmente, os pacientes portadores destas anomalias com

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

No estudo de Campillay et al²⁰, realizou-se a avaliação da alimentação de crianças com fissura de lábio e/ou palato numa amostra composta de 23 crianças de ambos os sexos. A respeito da introdução dos alimentos mais consistentes, o mesmo estudo mostrou, de modo geral, uma introdução precoce de pastosos, entre 3 e 5 meses. Geralmente, recomenda-se que as crianças com fissuras labiopalatinas não recebam alimentos pastosos antes dos cinco meses, e a partir dos seis meses deve-se oferecer uma dieta mista.

Ao se analisar a classificação da estatura (Tabela III) e a relação com a dieta realizada por essas crianças (Tabela IV), encontrou-se na maioria dos casos risco nutricional, pois segundo Palma, Oliveira e Escrivão²¹, a estatura para a idade estima o estado nutricional crônico.

Nacif²² completa que a estatura é um indicador do tamanho corporal e do crescimento linear da criança. Diferentemente do peso, as alterações na estatura ocorrem em períodos mais prolongados, de forma que os déficits refletem agravos nutricionais em longo prazo, o que pode significar o comprometimento do tecido protéico, sendo uma informação importante para o diagnóstico da desnutrição.

As dificuldades de alimentação resultantes da malformação lábio-palatal ou da incapacidade de absorção de nutrientes durante os primeiros meses de vida, bem como de processos infecciosos nas vias aéreas superiores ou no ouvido médio, são fatores que causam déficit de crescimento em crianças com essas malformações²³.

Neste estudo, podemos observar que as crianças pesquisadas apresentaram comprometimento do estado nutricional proporcional ao consumo de dieta não recomendada nos seis primeiros meses de vida, aleitamento materno exclusivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desse trabalho foi possível identificar que houveram consequências na relação estatura para a idade na maioria dos casos, estando estes enquadrados nas classificações de baixa e muito baixa estatura para a idade.

Esse resultado foi alcançado apesar dessas crianças estarem realizando acompanhamento nutricional, sendo assim de grande **importância** a realização do acompanhamento de crianças com fissuras por profissionais devidamente capacitados, que possam auxiliar de forma efetiva na obtenção de um adequado estado nutricional.

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

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

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

SUMMARY

STATURE OF CHILDREN WITH CLEFT PALATE AND CLEFT LIP IN

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

Objective: to analyse the stature of children with cleft palate and cleft lip. **Method:** transverse study with 43 children diagnosed with cleft lip and cleft palate, of both genders, aged 0-2 years, enrolled in the State Reference Center, where data was collected using clinical and anthropometric questionnaire administered to mothers or caretakers. We classified the nutritional status through the z-score for height-for age (H /A), the second reference standard proposed by the WHO (2006). **Results:** the data showed that the majority (53.5%) showed impairment in stature. **Conclusion:** this research was of great importance due to the scarcity of data loco / regional, which will enable information to improve the development of protocols and epidemiological data.

KEY WORDS: cleft lip, cleft palate, nutritional status

REFERÊNCIAS

1. Loffedo, MCL. Fissuras lábio -palatais: estudo caso-controle de fatores de risco. São Paulo, 1990. 129 p. Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1990
2. Thomé, S. Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformações congênita de lábio e/ou de palato. 1990. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1990.
3. Silva, EB; Fúria, CLB; Di Ninno, CQMS. Aleitamento materno em recém nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. Revista CEFAC, São Paulo, v.7, n.1, jan/mar, 2005. Disponível em: <[http://www.cefac.br/revista/Artigo%202%20\(pag%2021%20a%2028\).pdf](http://www.cefac.br/revista/Artigo%202%20(pag%2021%20a%2028).pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2011
4. Cavalheri, VN. Fissura lábio-palatal e aleitamento materno. 1999. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Motricidade Oral – CEFAC, Curitiba, 1999. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/7039db22abd62a347155f7ef8ce82fab>>. Acesso em: 02 nov. 2011.
5. Dalben, GS et al. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. CleftPalateCranifac J. 2003, v. 1. WATSON, A. C. H.; SELL, D. A.; GRUNWELL, P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Santos; 2005
6. Silveira, JLGC; Weise, CM. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sobre aleitamento. Pesquisa Brasileira OdontopedClinIntegr, João Pessoa, v. 8, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/297/215>>. Acesso em: 20 ago. 2011
7. Altmann, EBC. Fissuras Labiopalatinas. 4. ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997.
8. Barbetta, Pedro Alberto. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. Ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2002. 340 p
9. Duarte, ACG. Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
10. BRASIL. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf . Acesso em: 20 mar. 2012.
11. Araruna, RC; Ventrúscolo, DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. Rev.latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, abril 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12424.pdf> .Acessoem: 02 out. 2011
12. Wayne, C et al. Sensitivity and accuracy of routine antenatal ultrasound screening for isolated facial clefts.Br J Radiol.2002; v.75, p. 584-589
13. Bianchi, DW; Crombleholme, TM; D'Alton, ME. Cleft lip and palate. In: MEDINA, M. (ed.). Fetology: diagnosis & management of the fetal patient. New York: McGraw-Hill; 2002
14. Souza-Freitas, JÁ et al. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais.R Dental Press OrtodonOrtop Facial, Maringá, v. 9, n. 5, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141554192004000500009>. . Acesso em: 30 ago. 2011
15. Piccin, S; Machado, AD; Bleil, R T. Estado nutricional e prática de aleitamento materno de crianças portadoras de fissuras labiopalatais de Cascavel/Paraná. Nutrire: ver. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian

- Soc. Food Nutr., São Paulo, v. 34, n. 3, dez. 2009. Disponível em: <<http://sban.org.br/revistas/Vol.34n.3-COMPLETO.pdf#page=79>>. Acesso em: 02 dez.2011
16. Manei, S.M. Avaliação nutricional de pacientes com fissuras palatais e/ou labiopalatais em tratamento em unidade integrada de atendimento ao fissurado e em hospital universitário. 2010.15 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://www.caif.saude.pr.gov.br/arquivos/File/tcc.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2011
 17. Pini, J G; PERES, S. P. B. A. Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: aleitamento e introdução alimentar. Rev. Nutr., Campinas, v. 14; set./dez., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v14n3/7785.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2011.
 18. García, A R. et al. Diagnóstico prenatal de lashendiduras labiopalatinas. Acta Odonto Venez. 2006 Abr; v.44.
 19. Campillay, PL; Delgado, SE; Brescovici, SM. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto Alegre. Revista CEFAC, São Paulo, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/20-09.pdf>> . Acesso em: 20 ago. 2011.
 20. Palma, D; Oliveira, FLC; Escrivão, MAMS. Guia de nutrição clínica na infância e na adolescência. 1 ed. São Paulo: Manole, 2009
 21. Nacif, Marcia. Avaliação antropométrica nos ciclos da vida: uma visão prática. 1.ed. São Paulo: Metha, 2007
 22. Barakati, SF; Alkofide, EA. Growth status of Saudi patients with cleft lip and palate.Saudi Med J. 2002, v.23

Endereço para correspondência

damylesnunes@hotmail.com

suzy_c20@hotmail.com

Recebido em 19.11.2012 – Aprovado em 27.03.2013