

LINDALVA ALVES DE OLIVEIRA

**PERFIL NUTRICIONAL E SOCIOECONÔMICO DAS CRIANÇAS DE
0-2 ANOS SUBMETIDAS A CIRURGIAS DE FISSURAS LABIOPALATINAS**

JOÃO PESSOA
2006

LINDALVA ALVES DE OLIVEIRA

**PERFIL NUTRICIONAL E SOCIOECONÔMICO DAS CRIANÇAS DE
0-2 ANOS SUBMETIDAS A CIRURGIAS DE FISSURAS LABIOPALATINAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, inserida na linha de pesquisa Epidemiologia e Saúde, do grupo Estudos sobre Saúde e Sociedade, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Área de Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna

JOÃO PESSOA
2006

FICHA CATALOGRÁFICA

O48p Oliveira, Lindalva Alves de.

Perfil Nutricional e socioeconômico das crianças de 0-2 anos submetidas à cirurgia de fissuras labiopalatinas/João Pessoa, 2006.

95f.

Orientador: Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1.Nutrição - Crianças 2. Fissuras Labiopalatinas – Crianças
I.Vianna, Rodrigo Pinheiro Toledo

UFPB / BC

CDU: 612.39-053.2(043)

LINDALVA ALVES DE OLIVEIRA

**PERFIL NUTRICIONAL E SCIOECONÔMICO DAS CRIANÇAS DE 0-2 ANOS
SUBMETIDAS A CIRURGIAS DE FISSURAS LABIOPALATINAS**

Orientador:

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna
Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB

Prof^a Dra. Lenilde Duarte Sá
Departamento de Saúde Pública/UFPB

Prof. Dr. Edival Toscano Varandas
Programa de Pós-Graduação/UnP

Prof^a Dra. Alice Teles de Carvalho
Departamento de Nutrição/UFPB

João Pessoa, 24 de fevereiro de 2006.

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus de infinita bondade, por ter me concedido a graça de atingir o meu objetivo;

À minha mãe, símbolo de amor, carinho e afeto, pelo estímulo e dedicação dirigidos aos meus estudos e à minha vida;

Ao meu filho Tibério, pelo carinho, apoio e compreensão durante a minha ausência em muitas horas valiosas do nosso convívio;

Ao meu pai Francisco (*in memoriam*), que embora não estando mais no meu convívio, com certeza estaria hoje orgulhoso e muito feliz por minha realização acadêmica e profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me fortalece a cada passo de minha vida - Sem ele nada sou;

Às minhas irmãs e irmãos pelo carinho, apoio e afeto dedicados em toda a minha vida;

Ao orientador Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna, pela contribuição oferecida durante a realização deste trabalho, compreendendo a minha busca pelo desconhecido;

Aos professores do Mestrado, pelo respeito, carinho, atenção e ensinamentos transmitidos a todos nós;

Aos professores participantes da banca examinadora, pela disponibilidade e aceitação e por suas valiosas experiências e críticas construtivas, enriquecendo cada vez mais este trabalho;

Às crianças, relacionadas nos prontuários, portadoras de fissuras labiopalatinas, por fazerem parte desta pesquisa;

Aos diretores do Hospital Universitário, por autorizarem e permitirem a realização da pesquisa;

A todos os funcionários do Serviço Arquivo Médico Estatístico (SAME), pelo apoio e contribuição na realização da pesquisa;

À Enfermeira Tânia Maria, coordenadora do Ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pelo carinho, atenção, compreensão e disponibilidade dedicados no percurso de minhas atividades;

À Enfermeira Edileide Raulino de Barros, coordenadora da Divisão de Enfermagem, pelo apoio e estímulo;

A todos os colegas do curso, dos quais sentirei saudades, pela amizade, troca de conhecimentos, lealdade e cumplicidade durante a realização do curso e na continuidade de nossos trabalhos e de minha trajetória de vida;

Aos demais amigos e familiares, pela gentileza com que souberam compreender o sentido da minha luta, dispensando-me muitas vezes do seu convívio, para cumprir com obrigações acadêmicas.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha mãe, que me ensinou os primeiros passos da minha vida com carinho e dedicação;

Ao meu filho Tibério, que é o tesouro da minha vida;

À equipe multidisciplinar do serviço de fissuras labiopalatinas do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pelo apoio e valiosas contribuições para esta pesquisa;

Aos Diretores do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pela compreensão do meu afastamento parcial para conclusão do curso;

À amiga Silene Costa Maia, pelo incentivo e contribuições valiosas nos momentos decisivos;

As amigas Cíntia e Amira pela as horas vivida nesta trajetória.

OLIVEIRA, Lindalva A. PERFIL NUTRICIONAL E SOCIOECONÔMICO DAS CRIANÇAS DE 0-2 ANOS SUBMETIDAS A CIRURGIAS DE FISSURAS LABIOPALATINAS. 95f. Dissertação de Mestrado. UFPB. Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa, 2006.

RESUMO

O objetivo desta investigação é traçar o perfil nutricional e socioeconômico de crianças de 0 a 2 anos, submetidas a cirurgias de fissuras labiopalatinas. As fissuras de lábio e/ou palato são deformidades que afetam todo o complexo facial médio, se não forem corrigidas ou tratadas corretamente. Elas interferem em outras áreas funcionais, tais como: mastigação, audição, fala, conforme a sua extensão. São malformações que ocorrem na vida intra-uterina até a oitava semana de gestação, quando a estrutura óssea da face se completa; ou até a décima segunda semana, quando se forma o palato. Quanto à etiologia, as fissuras possuem causa genética e multifatorial e sua prevalência é de um caso a cada seiscentos e cinquenta nascimentos. O presente estudo foi realizado no serviço de fissuras labiopalatinas, que funciona no Ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba. Foi procedido um levantamento epidemiológico observacional de coorte retrospectivo, através do acompanhamento de uma amostra de 170 prontuários. Foram analisadas as características biológicas, sociais e econômicas relacionadas com a evolução nutricional das crianças e com os tratamentos realizados. Foi usado para a análise dos dados o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão *for windows*. Quase todos os tipos de deformidades apareceram predominantemente em crianças do sexo masculino. As crianças fissuradas apresentaram imunidade relativamente baixa, associada com o desmame precoce, causando prorrogação do tratamento, retardando sua inclusão na sociedade. As morbidades mais frequentes que interferiram no procedimento cirúrgico foram gripe e anemia, resultando em perda de peso. O procedimento cirúrgico de queiloplastia é realizado em maior proporção nas crianças entre 3 e 6 meses; e a palatoplastia, em crianças com mais de 18 meses. Apesar das limitações do presente estudo, podemos concluir que se observam dificuldades no estado nutricional e deficiências na imunidade das crianças, associadas à baixa renda e ao baixo grau de escolaridade de seus familiares. Em virtude destes fatores, deve existir uma assistência de saúde integral, contemplando programas direcionados a este grupo específico, com serviços bem organizados e conduzidos por uma equipe multidisciplinar de profissionais em capacitação permanente.

Palavras-chave: crianças, fissuras labiopalatinas, perfil nutricional e socioeconômico.

OLIVEIRA, Lindalva A. NUTRITIONAL AND SOCIOECONOMICAL PROFILE OF THE CHILDREN OF THE 0-2 YEARS SUBMITTED TO SURGERIES OF FISSURES LABIOPALATINE 95f. Dissertation of Master degree. UFPB. Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa, 2006.

ABSTRACT

The objective of this investigation is to trace a nutritional and socioeconomic profile of children from 0 to 2 years old, who were submitted to surgery of labiopalatine fissures. A Fissure of Lip and Palate is a deformity which affects all medium facial complex, if not corrected or properly treated. It interferes in other functional areas, such as: mastication, hearing, speaking, according to its extension. It is a malformation that occurs in intra-uterine life, until the eighth week of pregnancy, when the bone structure of the face is completed, or until the twelfth week, when the palate is formed. Concerning the etiology, fissures have genetics and multifactorial causes, and the prevalence is one case in six hundred and fifty births. The study was done in the service of labiopalatine fissures, in the ambulatory of Lauro Wanderley Hospital, in the Federal University of Paraíba. It was proceeded an epidemiological observational outline of retrospective cut, with the accompanying of a sample of 170 medical records. Biological, social and economical characteristics were analyzed and related to the nutritional evolution of children and their carried out treatments. The Statistic Package for the Social Sciences (SPSS), version for windows, was used. Children of masculine sex predominated in almost all types of deformity. Fissured children showed a relatively low immunity associated to an early weaning, which caused a delaying of the treatment and, consequently, also a hold back of their social inclusion. The most frequent morbidities that interfered in the treatment were the flu and anemia, which resulted in weight loss. Surgical procedure of queiloplasty is done, in greater proportion, in children aging between 3 and 6 months, and palatoplasty, in children aging more than 18 months. Even admitting the limitations of the present study, we can conclude that it were found difficulties in the nutritional state, as well as deficiencies in children's immunity, associated to the low income and low level of education of the family members. Because of that, it is necessary the existence of integral health assistance, programs directed to this specific group, with well organized services, conduced by a multidisciplinary team of professionals in continual capacity.

Key-words: Children, Labiopalatine Fissures, Nutritional Profile and Socioeconomical profile

OLIVEIRA, Lindalva A. PERFIL NUTRICIONAL Y SOCIOECONÓMICO DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, SOMETIDAS A CIRURGIAS DE FISURAS LABIOPALATINAS. 95f. Tesina de Maestrado. UFPB. Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa, 2006.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es trazar el perfil nutricional y socioeconómico de niños de 0 a 2 años, sometidas a cirurgias de fisuras labiopalatinas. La fisura de lábio y palato es una deformidad que afecta toda la complexión facial média, cuando no corregida o tratada correctamente. Ella interfiere en otras áreas funcionales: mastigación, audición, habla, conforme su extensión, siendo malformaciones que ocurren en la vida intra-uterina hasta la octava semana de gestación la estructura óssea de la haz se completa; o hasta la decima segunda semana cuando se forma el palato. En relación a la etiología, las fisuras poseen causa genética y multifactorial y su predominio es de un caso para cada seiscientos cincuenta nacimientos. El estudio realizado en el servicio de fisuras labiopalatinas que funciona en el Ambulatório Del Hospital Universitário Lauro Wanderley, de la Universidad Federal de Paraíba. Fue procedido un levantamiento epidemiológico observacional de corte retrospectivo, através del acompañamiento de una muestra de 170 prontuarios. Fueron analizadas las características biológicas, sociales y económicas relacionadas con la evolución nutricional de los niños y con tratamientos realizados. Fue usado el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión for Windows. Los niños del sexo masculino predominaron en casi todos los tipos de deformidades. Los niños con fisuras presentaron inmunidad relativamente baja, asociada con el desmame precoce, causando prórroga del tratamiento, retardando su inclusión en la sociedad. Los casos más frecuentes que interferiran en el procedimiento cirúrgico de queiloplastia fueron gripe y anemia, que resulta en la pérdida de peso. El procedimiento cirúrgico de de queiloplastia se realiza en mayor proporción en los niños entre 3 y 6 meses y la palatoplastia en niños con más de 18 meses. A pesar de las limitaciones del presente estudio, podemos concluir que se observan dificultades en el estado nutricional y deficiencias en la inmunidad de los niños asociadas a la renta baja y al bajo grado de escolaridad de sus padres. Debido a eso, debe haber una asistencia de salud integral, contemplando programas direccionados a este grupo específico, con servicios bien organizados y conducidos por un equipo multidisciplinar de profesionales en capacitación permanente.

Palabras-claves: niños, fisuras labiopalatinas, perfil nutricional y socioeconómico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 Etiologia	23
2.2 Incidência	24
2.3 Classificação das fissuras labiopalatinas	25
2.4 Alimentação, crescimento e intervenção cirúrgica fissuras labiopalatinas .	30
2.5 Alimentação da criança com fissura labiopalatina	32
2.6 O aleitamento materno nas crianças com fissuras labiopalatinas	33
2.7 Morbidade da criança com fissura labiopalatina	36
2.7.1 Anemia	38
2.8 Tratamento da criança com fissura labiopalatina	38
2.8.1 Reabilitação Cirúrgica	39
2.8.2 Características clínicas dos portadores de fissuras labiopalatinas ..	41
3 PROPOSIÇÃO	44
4 MATERIAL E MÉTODOS	46
4.1 Desenho do estudo	47
4.2 Local do estudo	47
4.3 População do Estudo – Critérios de inclusão e de exclusão	47
4.4 Amostra	48
4.5 Variáveis estudadas	48
4.6 Instrumento de coleta de dados	49
4.7 Análise dos dados	49
4.8 Aspectos éticos	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78

REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	
APÊNDICE A - FORMULÁRIO	92
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO	94
ANEXO A - TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO COMITÊ DE ÉTICA	95

LISTA DE SIGLAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
DIC	Doença Infecto Contagiosa
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
MS	Ministério da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional Amostragem de Domicílios
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
OMS	Organização Mundial de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição da renda familiar das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	53
TABELA 2	Distribuição da escolaridade dos pais das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	54
TABELA 3	Distribuição, de acordo com a procedência, das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	55
TABELA 4	Distribuição, segundo o sexo das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	55
TABELA 5	Condições de moradia das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	56
TABELA 6	Distribuição do número de pessoas por residência nas famílias das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	56
TABELA 7	Distribuição do número de cômodos no domicílio das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	57
TABELA 8	Casos de hereditariedade entre as crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	57
TABELA 9	Distribuição, segundo as mães que fizeram acompanhamento pré-natal das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	58
TABELA 10	Distribuição do peso de nascimento das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	59
TABELA 11	Distribuição, da imunização recebida pelas crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	60
TABELA 12	Distribuição, segundo as malformações associadas das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	61
TABELA 13	Distribuição, da classificação das fissuras, segundo o sexo das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	62
TABELA 14	Distribuição, de acordo com aleitamento materno das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	63
TABELA 15	Distribuição do tempo de amamentação (em meses) das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	63
TABELA 16	Distribuição, do estado nutricional das crianças, portadoras de Fissuras Labiopalatinas segundo tempo de amamentação	64
TABELA 17	Distribuição, de acordo com a introdução de alimentos complementares em função da idade das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	66
TABELA 18	Distribuição das morbidades, segundo a idade das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	67
TABELA 19	Distribuição do estado nutricional, em número absoluto e porcentagem, em relação à classificação das fissuras em	

	cada consulta, das crianças portadoras de fissuras labiopalatinas	71
TABELA 20	Distribuição, segundo realização da correção cirúrgica de Queiloplastia das crianças portadoras de fissuras labiopalatinas	73
TABELA 21	Distribuição das idades de realização da correção cirúrgica de Queiloplastia das crianças portadoras de fissuras labiopalatinas	73
TABELA 22	Distribuição segundo realização da correção cirúrgica de Palatoplastia das crianças portadoras de fissuras labiopalatinas	75
TABELA 23	Distribuição das idades de realização da correção cirúrgica de Palatoplastia das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	76

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Vista frontal do Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - PB	51
FIGURA 2	Distribuição das crianças acompanhadas no serviço de fissuras lábio palatinas de 0 a 2 anos, segundo o município de procedência (Mapa geográfico do estado da Paraíba HULW, 2004)	52
FIGURA 3	Distribuição percentual do estado nutricional das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	69
FIGURA 4	Média dos escores z e intervalos de confiança de 95% do peso para idade de acordo com as consultas das crianças portadoras de fissuras labiopalatinas assistidas no serviço de fissuras labiopalatinas do HULW, 2004	70
FIGURA 5	Distribuição do estado nutricional, em valores médios escore z e intervalo de confiança de 95% e em relação à classificação das fissuras em cada consulta, das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas	72
FIGURA 6	Distribuição da Média escore z peso para idade das crianças portadoras de fissura labiopalatinas de 0 a 2 anos que foram assistidas antes e depois de realizar o procedimento cirúrgico .	74

*“Sou um rosto na vidraça, onde passa
A multidão que eu desejo acompanhar...
Ouço o canto, no recanto que me abraça,
Sou um rosto na vidraça, ninguém quer me libertar!
Olho a vida colorida e sem ferida
Na vidraça que não passa de olhar.
Passa gente tão bonita e nem me fita
Sou um rosto deformado, ninguém vem me consolar...
Sou um rosto na vidraça estacionado pois meu corpo não consegue caminhar
Os meus membros não se mexem, e ela passa,
Passa a vida na vidraça e eu não posso acompanhar...
[...]*

(GUNTHER, 1995)



Fonte: http://tudomenospolitica.blogspot.com/2004_06_01_tudomenospolitica_archive.

As fissuras labiopalatinas são malformações que ocorrem na vida intra-uterina até a oitava semana de gestação, quando a estrutura óssea da face se completa; ou até a décima segunda semana, quando se forma o palato. Quanto à etiologia, as fissuras possuem causa genética e multifatorial, e sua prevalência é de um caso a cada seiscentos e cinqüenta nascimentos. As crianças portadoras dessas fissuras necessitam de cuidados especiais desde o nascimento, especialmente no que diz respeito à alimentação (PARADISE & MC WILLIAMS, 1974).

Durante o primeiro ano de vida, as crianças com fissuras labiopalatinas apresentam dificuldades para serem alimentadas devido a problemas de sucção inadequada, regurgitação nasal e engasgo. Isto pode acarretar um indesejado aumento dos intervalos entre as refeições, e todo esse processo acaba sendo causa da freqüente deficiência nutricional observada entre as crianças (PERNETA et al, 1981).

Assim, como o crescimento é um fator primordial para realização de correções cirúrgicas, é importante um suporte nutricional após o nascimento, com orientações sobre técnicas de alimentação, principalmente com o incentivo da amamentação. A amamentação supre a criança dos nutrientes essenciais ao crescimento, devendo ser o alimento exclusivo até os seis primeiros meses de vida.

A orientação nutricional deve proporcionar segurança e apoio aos pais, mostrando a importância e os benefícios do leite materno. Outros fatores positivos destacam-se: o desenvolvimento da estrutura facial, o que favorece o crescimento da mandíbula, eliminando seu prognatismo em relação á maxila, natural do recém-nato com fissura. Além do baixo custo, contribui na proteção contra infecção, a diminuição das chances de alergia e a relação afetiva mais intensa entre mãe e filho. Os tipos de fissuras têm influência no aleitamento materno, portanto o preparo psicológico da mãe e a compreensão dos familiares são indispensáveis para se alcançar o sucesso desse tipo de aleitamento.

A introdução oportuna de alimentos complementares, a ocorrência de doenças, as características do meio e as relações de suporte familiar estão fortemente relacionados ao crescimento adequado dessas crianças; entretanto, existem poucos trabalhos que tratam do assunto, em especial na região Nordeste.

Em 1991, foi criado o Serviço de Fissuras Labiopalatinas, no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba, envolvendo uma equipe multidisciplinar, constituída por Enfermeira, Médico Cirurgião Plástico, Nutricionista, Fonoaudióloga, Psicóloga, Cirurgião-dentista, Ortodontista, Assistente Social, Pediatra, com o objetivo de assistir os portadores de anomalias congênitas, e proporcionando-lhes assistência. Hoje é referencial no estado da Paraíba.

A estrutura básica do serviço tem o apoio técnico-científico do Hospital de Reabilitações Craniofaciais de Bauru-SP, que é o maior centro de especialização em anomalias craniofaciais da América Latina, assim como a de parceria com a Secretária Estadual de Saúde do estado da Paraíba.

O funcionamento desse serviço ocupa um espaço no ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley - UFPB, destinado à assistência e fonte de pesquisa para acadêmicos da comunidade universitária.

Atualmente, existe um cadastro com 1.235 portadores de fissuras, sendo assistidos dentro das possibilidades oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, que tem uma atenção especializada, de diagnóstico e terapia, até a atenção hospitalar de maior complexidade, com o acompanhamento de toda trajetória da criança.

A assistência ao paciente portador de fissura deve ser instituída logo após o nascimento, controlando, desta forma, os casos de óbitos, desnutrição e orientação quanto à alimentação para evolução do crescimento e desenvolvimento normal da criança.

O HULW dispõe de um serviço de tratamento referencial no estado da Paraíba, através de procedimentos cirúrgicos, em crianças com fissuras de lábio e/ou palato. A padronização para o serviço, é aceita no Hospital de Bauru, as normas são importantes, as crianças apresentem seis quilos e tenham três meses de idade para que possa ser realizada a cirurgia do lábio. Para correção do palato, a partir de um ano de idade, a criança deverá ter, pelo menos, dez quilos. Em ambos os casos, são levados em consideração as condições clínicas das crianças e também exames laboratoriais de rotina, com resultados normais.

Sendo o Hospital Universitário hoje, um centro de referência no estado da Paraíba para o tratamento de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas, e sendo

o crescimento, um requisito para a criança estar apta a realização das correções cirúrgicas, é de extrema importância investigar os fatores relacionados ao crescimento destas crianças, para melhor entender as limitações que ocorrem e oferecer subsídios, tanto para os serviços de saúde como para as famílias, para que as crianças possam sofrer as intervenções desejadas oportunamente.

Diante do exposto levanta-se como objetivo geral desta investigação: traçar o perfil nutricional e socioeconômico de crianças de 0 a 2 anos submetidas a cirurgias de fissuras labiopalatinas.

2 REVISÃO DA LITERATURA



“A face do homem é uma janela para o mundo; ela contém os órgãos de audição, visão e fonação com os quais nos comunicamos com o meio ambiente.”

(PRUZANSKY, 1977)

2.1 Etiologia

As malformações da face e do crânio constituem uma importante categoria dentre os defeitos congênitos que uma criança pode apresentar, por interferirem no processo de alimentação. Estas prejudicam a sucção, causando deficiência no estado nutricional. Precisamente entre a 4^a e a 8^a semana após a fertilização correspondente ao período embrionário, ocorre a diferenciação da face humana e, para que isto ocorra, torna-se necessário uma coordenação de proliferação celular, interação, diferenciação e migração os quais culminam com a formação dos processos faciais e a definição morfológica da face (VICENTE et. al., 1994).

Lofiego (1992) admite que a formação do lábio superior e do palato se prende a um mecanismo embriológico complexo no qual estão envolvidos os três processos ectodérmicos que darão origem à face.

Descrita há muitos séculos na raça humana, as fissuras labiopalatinas são malformações caracterizadas por falhas ou defeitos no desenvolvimento e na maturação dos processos embrionários, entre a sexta e a oitava semana de vida embrionária. Conforme Capelozza Filho e Silva Filho (1992), essas fissuras são congênitas e ocorrem no período fetal, caracterizadas por interrupção, total ou parcial, na continuidade dos tecidos da região palatina, acarretando diversas seqüelas que acompanham o seu portador no decurso de sua vida.

Diversos autores, dentre eles Nguyen & Sullivan (1993), também fazem referência a que as alterações anatômicas e fisiológicas da fissura labiopalatina refletem um alto impacto para o seu portador, tanto na estética como nas habilidades comunicativas. A face do homem é uma janela para o mundo, ela contém os órgãos de audição, visão e fonação, com os quais nos comunicamos com o meio ambiente (PRUZANSKY, 1977). Desta forma, crianças com fissuras, assim como seus pais, são pessoas que compartilham com uma categoria importante de defeitos congênitos, porque interferem devastadoramente no processo evolutivo do crescimento.

As malformações labiais e palatais compreendem uma combinação de fatores hereditários, com 40% dos casos; e ambientais, com 60%. Dentre os fatores ambientais mais freqüentemente citados, capazes de predispor o embrião às malformações do lábio e/ou do palato, temos: má nutrição; deficiência de vitaminas, como ácido fólico; uso de medicamentos, anticonvulsivante, aspirina, corticosteróide; fumo; álcool; exposição aos raios X na fase gestacional; agrotóxicos; idade dos pais e fatores socioeconômicos em geral (ALTMANN, 1994).

De acordo com Fogh-Andersen (1942), o fator etiológico mais importante das malformações de fissuras labiopalatinas é hereditariedade, que é responsável

por 40% das fissuras de lábio, associadas ou não à fissura de palato e, por 20-25% dos casos de fissuras de palato isolados. Entretanto, em virtude da ocorrência de uma malformação geralmente acompanhada de outra, segundo os princípios neonatológicos, os portadores de fissuras labiopalatinas poderão ser portadores de outros tipos de malformações associadas.

Capelozza Filho e Silva Filho (1994) referem que as fissuras labiopalatinas acometem todos os grupos raciais e étnicos, independente de sexo e classe socioeconômica e que as fissuras que aparecem com maior frequência são as que envolvem lábio e palato unilateral do lado esquerdo. Quanto ao sexo, do portador de um modo geral, as fissuras ocorrem com maior frequência no masculino.

No Brasil, o primeiro trabalho assinalado na literatura sobre a frequência das malformações fissuras labiopalatinas foi realizado por Nagem Filho et. al. (1968), numa população na cidade de Bauru, estado de São Paulo, foi encontrada uma prevalência de uma em cada 650 crianças examinadas. No grupo das dismorfias faciais congênitas, as fissuras labiopalatinas são consideradas malformações congênitas de maior frequência - um a cada 650 bebês nascidos no Brasil - causando problemas para a Saúde Pública, por necessitarem de intervenções maiores, por terem um efeito negativo sobre a função e necessitarem de uma correção cirúrgica (ALTMANN, 1994).

2.2 Incidência

A deformidade ocorre, aproximadamente, em um a cada 650 nascimentos. Verifica-se o aumento na incidência de casos no mundo, nas últimas décadas. No Brasil, a estimativa é de 261.229 casos conforme a pesquisa do IBGE (2002). O aumento do pré-natal, a diminuição da mortalidade pós-neonatal, os cuidados pós-operatórios e o progresso de técnicas cirúrgicas, melhorando assim a auto-estima dos portadores, despertando-os para uma interação com a sociedade, permitem que eles cheguem a se casar e transmitam essa malformação a seus descendentes, uma vez que a hereditariedade é responsável por 40% dos casos de fissuras labiopalatinas (SOUZA FREITAS, 1992).

No ponto de vista de Lofiego (1992), as fendas labiais, com ou sem envolvimento do palato, afetam mais o sexo masculino, sendo 1 para 1000 nascidos vivos. As fendas do lado esquerdo - 70% das fendas unilaterais - são mais comuns que as fendas bilaterais do lábio e palato; essas fissuras isoladas afetam mais o sexo feminino.

Aproximadamente 90% dos portadores de fissuras labiopalatinas apresentam esta malformação isolada. O restante vem associado a outras malformações congênitas; são cerca de 280 síndromes associadas (NETO, 1996).

A incidência de casos cresce com a presença de familiares fissurados, nas seguintes proporções:

- Pais não portadores de fissuras: a chance de ter filhos com fissuras é de 0,1%.
- Pais não portadores de fissuras: e que já têm um filho fissurado: a chance é 4,5%.
- Um dos pais portadores de fissuras e um filho fissurado: 15% de chance de ter outro filho com fissura (SOUSA FREITAS, 1973).

2.3 Classificação das fissuras labiopalatinas

Entre as classificações propostas para os tipos de fissuras labiopalatinas, mais usadas no Brasil é a de Spina et. al. (1972), que leva em consideração o forame incisivo, localizado na maxila, próximo ao dente incisivo. Segundo esse autor, as fissuras labiopalatinas são divididas em quatro grupos:

a) Grupo I - Fissura pré-forame incisivo

Encontra-se localizada à frente do forame incisivo, ponto de junção na formação da região. Poderá abranger o lábio e o rebordo alveolar. Poderá, também, variar desde pequenos entalhes na mucosa do vermelhidão e/ou pele do lábio, até o rompimento total do lábio e rebordo alveolar, passando pelo assoalho primário e

atingindo o forame incisivo. A partir do momento em que a fissura atinge o forame incisivo, ela é denominada completa.

De acordo com o lado envolvido, classificam-se em unilateral, bilateral e mediana, conforme discriminação abaixo:

- Fissura Pré-Forame Unilateral completa (envolvimento do lábio e do rebordo alveolar); ou incompleta (envolvimento apenas do lábio);
- Fissura Pré-Forame Bilateral: completa/incompleta;
- Fissura Pré-Forame Mediana: completa/incompleta.

Na concepção dos autores Altmann (1992); Capelozza Filho e Silva Filho (1994); Carreirão et. al. (1996, apud SANTOS, 2000), existe uma configuração assimétrica do nariz, no caso da fissura unilateral, que se deve ao achatamento da cartilagem alar do lado fissurado. Por outro lado, nas fissuras bilaterais, o aspecto morfológico é diferente das unilaterais, sendo que nas formas das completas, os dois lados do lábio e rebordo alveolar são totalmente rompidos até o forame incisivo, separando o seguimento anterior do restante da maxila.

No que diz respeito ao aspecto nasal, em substituição ao achatamento da cartilagem alar - características dos unilaterais - ocorre um abaixamento do ápice nasal, acompanhado da redução marcante da columela. Já nas fissuras completas, estão ausentes as estruturas centrais da face média, englobando o septo nasal, columela, filtro e tubérculo labial, além do osso pré-maxilar. Vale ressaltar que as incompletas variam em extensão a partir de um sulco na linha média do lábio, sugerindo deficiência na coalescência dos processos mediais na vida embrionária.

b) Grupo II - Fissuras transforame incisivo (envolvem o lábio e o palato)

Nesse grupo, percebe-se as fissuras totais, que rompem a maxila em toda a sua extensão, desde o lábio até a úvula. Este constitui o grupo mais grave, acarretando problemas estéticos e funcionais relevantes. Segundo Altmann (1992); Capelozza Filho; Silva Filho (1994), elas espelham com maior contundência as seqüelas referentes ao tratamento inadequado, em especial as deficiências de crescimento da face média.

Essas fissuras podem ser unilaterais e apresentam um aspecto facial muito próximo ao grupo pré-forame completo unilateral. São tais como: lábio bipartido, projeção anterior do seguimento maior, desvio do septo nasal e achatamento da cartilagem alar do lado fissurado.

A fissura bilateral é a forma mais grave e extensiva das malformações labiopalatinas, apresentando uma configuração maxilar distinta da unilateral, uma vez que os dois processos palatinos estão deslocados lateralmente, encontrando-se praticamente simétricos em tamanho e disposição espacial. Esses processos não se unem ao septo nasal, deixando, assim, as duas narinas abertas para a cavidade bucal. O seguimento anterior é totalmente independente dos laterais e fixos na extremidade anterior do septo nasal, correspondendo à pré-maxila e ao lábio. A pré-maxila, que é projetada anteriormente desde a décima semana de vida intra-uterina, apresenta grande variação no seu tamanho, morfologia e posição (MONTANDON, 2001).

As Fissuras transforame incisivo que envolvem o lábio e o palato se subdividem em:

- Fissura Unilateral: direita ou esquerda;
- Fissuras Bilaterais: ambos os lados;
- Fissura Mediana: parcial ou total.

c) Grupo III - Fissura pós-forame incisivo (envolvimento exclusivo do palato)

Este grupo refere-se às fissuras isoladas de palato, localizadas posteriormente ao forame incisivo. Representa uma entidade clínica totalmente distinta dos grupos pré-forame e transforame, por não apresentar os problemas estéticos ao rompimento da estrutura peribuca. O crítico das fissuras pós-forame encontra-se no aspecto funcional do mecanismo velofaríngeo, o qual se apresenta alterado, acarretando distúrbios da fala. Outra tipicidade é a maior influência dos fatores ambientais, com maior participação genética. Esta é a fissura percebida mais associada com outros defeitos congênitos (ALTMANN, 1992; CAPELOZZA FILHO e SILVA FILHO, 1994; CARREIRÃO et. al., 1996).

Outros autores, dentre eles Di Ninno & Genaro (1998), afirmam que existem vários graus de extensão da fissura pós-forame incisivo e que sua gravidade segue uma progressão de envolvimento crescente, da região mais posterior da úvula em direção ao forame incisivo. Nas fissuras completas, o palato apresenta-se aberto até o forame incisivo, sem atingir o rebordo alveolar. Neste grupo, poderão se encontrar a fissura submucosa, que acontece ao palato secundário, podendo ocorrer isolada, associada à fissura de lábio ou a síndromes.

Os autores Calnan (1954); Fará et. al. (1971) e Castro (1992), citados por Santos (2000), apontam que esses componentes podem ser diagnosticados clinicamente, durante o exame intra-oral, pela presença de três características anatômicas, mais conhecidas como a tríade clássica de sinais diagnósticos da fissura submucosa, sendo elas: a úvula bífida, diástase muscular na linha média do palato mole e a chanfradura óssea na linha média da borda posterior do palato duro.

O diagnóstico da fissura submucosa, conforme Di Ninno & Genaro (1998), também poderá diferir no que diz respeito às características anatômicas que levam ao diagnóstico, uma vez que poderá não haver a presença dos três fatores da tríade clássica citada e, mesmo assim, constituir uma fissura submucosa.

As fissuras pós-forame incisivo, que se referem ao envolvimento exclusivo do palato, encontram-se divididas em:

- Fissura Pós-Forame Completa: envolvimento do palato mole e duro até o forame incisivo;
- Fissura Pós-Forame Incompleta: envolvimento apenas do palato mole.

d) Grupo IV - Fissuras raras da face: fissuras oblíquas, transversais, do lábio inferior, do nariz e da boca

Este grupo se refere àquelas que envolvem as estruturas faciais além do lábio e/ou palato. O próprio nome sugere a raridade do seu aparecimento, podendo manifestar-se como: fissura naso-ocular; fissura oblíqua (buco-ocular); fissura horizontal (macrostomia); fissura transversa (buco-auricular) e fissuras da mandíbula, lábio inferior e nariz (SPINA, 1973).

A presença de tais malformações causa uma série de distúrbios estéticos, funcionais e, conseqüentemente, psíquicos no paciente que as apresenta e, por este motivo, é conveniente que se proceda ao tratamento cirúrgico desta anomalia tão logo as estruturas anatômicas envolvidas no defeito apresentem um desenvolvimento suficiente para permitir a correta intervenção cirúrgica.

De acordo com Gomes; Mélega (1997), citado por Santos (2000), devido aos grandes comprometimentos anatômicos, causados pela fissura labiopalatina, torna-se necessário efetuar uma intervenção, o mais precocemente possível, a fim de eliminar ou amenizar as seqüelas para a comunicação do indivíduo afetado. Estes mesmos autores apontam, ainda, que dentre os tratamentos necessários para esta malformação, encontram-se a intervenção cirúrgica e a reabilitação dos problemas da fala decorrentes da fissura labiopalatina.

Vale ressaltar que existem várias técnicas cirúrgicas descritas por diferentes estudiosos, dentre eles Carreirão et. al. (1996), voltadas para a separação da fissura; assim como existem diferentes épocas para a realização da cirurgia. No que diz respeito à fala do indivíduo, existe um consenso de que, quanto mais precocemente se procede a operação, melhores serão os resultados.

As cirurgias para o fechamento do palato mole e palato duro podem ocorrer concomitantemente, variando de acordo com o caso e o cirurgião. Existe uma cronologia proposta, que é o fechamento do palato após o primeiro ano de vida, época em que o crescimento do mesmo é significativo e as estruturas são facilmente identificáveis (CARREIRÃO & PITANGUY, 1989).

A funcionalidade de uma cirurgia de palato traz como objetivos: o desenvolvimento da fala e da audição e o crescimento maxilo-facial normais. Antes dos dois anos de idade, há possibilidade de melhora da fala e da audição com o fechamento precoce do palato. Por outro lado, o fechamento tardio, ou seja, depois dos 4 anos de idade, colabora para o crescimento inadequado da face. Considerando que as crianças ainda estão em processo de aquisição da fala, o fechamento precoce do palato traz resultados de fala e voz visivelmente vantajosos às mesmas.

2.4 Alimentação, crescimento e intervenção cirúrgica fissuras labiopalatinas

Quando nasce um bebê com defeito facial, os pais vivenciam, imediatamente, um choque emocional e adquirem a preocupação de como lidar com o problema da sobrevivência da criança, da alimentação, da aparência; ao mesmo tempo em que vão compartilhar este defeito facial, que requer maior necessidade de ajuda dos mesmos, para que o bebê possa ter seu crescimento satisfatório e atinja as condições clínicas que favorecem a correção cirúrgica.

O crescimento sofre interferência do meio ambiente desde a vida intra-uterina, principalmente em populações de áreas carentes, cujas condições socioeconômicas vão influenciar na nutrição, e, conseqüentemente, no nível de escolaridade e, obviamente, na saúde. As relações emocionais e sociais com a família devem ser boas, com interação recíproca; e uma alimentação adequada é indispensável ao bebê desde as primeiras horas do seu nascimento. As causas psicossociais, como a separação mãe-filho, podem ocasionar atraso do crescimento. Dentre outros fatores ambientais que interferem no crescimento, encontram-se a separação dos pais, a renda familiar, as condições de moradia em situação desfavorável, como: falta de saneamento básico; água sem tratamento; ambiente

sem coleta de lixo. Todos esses fatores podem interferir no crescimento do ser humano (WINNICOTT, 1990).

As crianças que nascem com fissuras de lábio, principalmente as de palato, sofrem interferências em sua capacidade natural de serem alimentadas e apresentam aspectos negativos em sua evolução do crescimento, registrando-se, muitas vezes, caso de desnutrição. Como o processo de sucção é prejudicado, a quantidade dos alimentos ingeridos nem sempre é suficiente para suprir as necessidades do bebê, resultando em pouco ganho de peso. O quadro clínico é agravado pelo escape de ar que provoca vômitos, engasgos e perda de alimentos. Além disto, são comuns as infecções de ouvido e as pneumonias aspirativas (MONTAGNOLLI, et. al., 1990).

O estado nutricional deve ter um acompanhamento através de uma avaliação do peso, que é o principal indicador para medir o crescimento normal da criança. Esse monitoramento é recomendável logo após o nascimento, para prevenir o retardo do crescimento e incentivar o aleitamento materno até os seis meses de vida, orientar a mãe quanto ao desmame e à introdução do complemento alimentar, prevenindo-se problemas na faixa etária seguinte, dos seis a doze meses, em que ocorre maior risco nutricional (UNICEF, 1993).

O peso é mais indicado, por sua facilidade de obtenção e seu valor importante no estado nutricional, mas como é influenciado por outros fatores, apresenta maior variabilidade. Por outro lado, a estatura é mais fiel do que o peso para se detectarem anormalidades; porém é menos prática e menos sensível. As alterações na estatura aparecerão mais tardiamente do que as modificações no peso (MENENSEZ, et. al., 1999). Por isso o peso foi estabelecido pela *World Health Organization* (WHO) como o indicador mais útil no seguimento do lactente durante os primeiros anos de vida, especialmente durante os primeiros doze meses, por ser o primeiro a ser afetado quando a nutrição não é adequada.

Segundo Ricco et. al. (2003), o crescimento se refere ao aspecto quantitativo das proporções do organismo, ou seja, trata-se das mudanças das dimensões corpóreas, como peso, altura, perímetro cefálico etc. Termina em determinada idade, quando esta alcança sua maturidade biológica.

O crescimento sofre influências de fatores intrínsecos - genéticos, metabólicos e malformações - muitas vezes correlacionados, ou seja, podem ser geneticamente determinados; e de fatores extrínsecos, dentre os quais destacam-se: a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Como o crescimento e as dimensões corporais refletem-se, em todas as idades, na saúde e no bem-estar dos indivíduos e população, as medidas antropométricas são usadas como indicadores de saúde. Estudos recentes têm ampliado as aplicações da antropometria para identificar as desigualdades econômicas e sociais e apontar qual a população que deverá receber intervenção: e avaliar as respostas às intervenções sofridas (WHO, 1995). O calendário de consultas proposto pelo Ministério de Saúde preconiza o número de sete consultas no primeiro ano de vida e duas, no segundo ano de vida.

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), demonstra uma gradação nos déficits de Peso/idade - Peso Baixo (valores entre os percentis 0,1 e 3) e Peso Muito Baixo (valores igual ou inferior ao percentil 0,1) - para melhor orientação alimentar. Entre os percentis 3 e 10. AIDPI classifica como risco nutricional; e os percentis entre 97 e 3, como o estado nutricional normal, pois são considerados a linha correta para um crescimento saudável. Esses dados são registrados no cartão de vacinação da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O crescimento é a característica primordial da criança que se desenvolve, se modifica e se afirma como indivíduo. A criança é um ser único, individualizado e por isso tem um ritmo próprio de crescimento, que poderá sofrer alterações em algumas áreas, quando na presença de algum fator limitante, como as fissuras labiopalatinas (SOUSA FREITAS, 1979). Assim é importante conhecer as repercussões desses fatores prejudiciais ao crescimento infantil para justificar a utilização de procedimentos adequados às necessidades da criança (MARCONDES, 1992).

2.5 Alimentação da criança com fissura labiopalatina

Alimentação é um fator que preocupa os pais da criança portadora de fissuras palatinas, pois as lesões reduzem a habilidade de sucção, e o alimento mais importante para a criança após o nascimento é o leite materno (ARARUNA, et. al., 2000).

Após o nascimento, já nos primeiros contatos da criança com o mundo exterior, a alimentação ocupa lugar de destaque, tornando-se o centro das atividades e fonte de prazer. É importante que a mãe ou a pessoa que cuida do bebê, por meio de contato adquira, com o tempo, uma sensibilidade para distinguir o choro que sinaliza a fome de outros tipos de desconforto. Essa aprendizagem será influenciada por condições pessoais da mãe e por condições ambientais que dão contexto à interação. Quando a mãe tem dificuldade de diferenciar as necessidades de seu filho e faz uso inadequado da alimentação, poderá favorecer transtornos alimentares. Se a mãe não tiver condições físicas e emocionais para alimentar seu filho, ou o ambiente não for favorável, o bebê reage com sentimentos e emoções, chegando a desprezar o alimento, levando a uma alimentação insuficiente para suas necessidades fisiológicas, de forma que a insatisfação do bebê acarreta um estado de ansiedade para a mãe (DEL CIAMPO et. al., 2004).

2.6 O aleitamento materno nas crianças com fissuras labiopalatinas

O leite materno é constituído principalmente de água, proteínas, lactose, além da suplementação de vitaminas, A, B6, B12, C e D incluindo os sais minerais cálcio, fósforo e zinco. O primeiro leite – o colostro - apresenta um nível alto de proteína, servindo para estabilizar os níveis de glicose no sangue do bebê pois estes caem muito após o nascimento; é rico em vitaminas e sais minerais e ajuda na digestão. É fundamental para o crescimento oferecer o leite materno exclusivo até os seis meses de vida, e continuar, mesmo com a alimentação normal, até a criança atingir os dois anos de vida (UNICEF, 1993).

É importante colocar que a fissura labiopalatina não exclui a amamentação, que deve ser estimulada pelo valor nutritivo e pela importância para a relação mãe-filho (PINI, et. al., 2001).

São inúmeras as vantagens da amamentação: pois garante, em muitos casos, a sobrevivência das crianças, principalmente daquelas em condições desfavoráveis e/ou que nascem com baixo peso; diminui o número de episódios de diarreia, encurta o período da doença quando já instalada e reduz o risco de desidratação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 1,5 milhões de bebês morrem por ano, tendo como causa principal a diarreia oriunda da falta de amamentação.

O aleitamento materno favorece também no desenvolvimento dos músculos da face. A sucção adequada ajuda na mobilidade da mandíbula e contribui para o desenvolvimento da fala. É importante ainda, na relação do afeto e carinho mãe-filho, que é indispensável na vida do bebê, uma vez que ser humano necessita de aconchego, de carinho, o que contribui para seu crescimento e desenvolvimento enquanto ser vivente.

Muitas mães não realizam o aleitamento materno devido à impossibilidade por causa do horário de serviço ou por questões estéticas; outros, por motivos relacionados à incapacidade de sucção da criança e/ou, principalmente, quando esta apresenta fissura labiopalatina. A mãe, sem orientação médica, tem receios quanto a essa forma de aleitamento. Mas, como observamos, o aleitamento materno é de grande relevância para o lactente, seu crescimento e desenvolvimento dependem

desses cuidados quanto a sua nutrição. Por isso torna-se imprescindível a orientação precoce aos pais quanto à alimentação da criança portadora de fissura labiopalatina. Se os pais não forem bem orientados quanto aos cuidados com a alimentação desses bebês, pode ocorrer a estes uma deficiência nutricional muito rápida conseqüentemente, o risco de contrair as doenças serão maiores, prorrogando a correção cirúrgica.

Segundo Bueno et. al. (1980) e Altmann (1997), as crianças portadoras de fissura só de lábio (pré-forame), a amamentação é tranqüila só depende da disposição da mãe. No entanto as fissuras de palato (pós-forame) ou de lábio e palato (transforame) dificultam bastante o aleitamento no peito, pois o bebê tem dificuldade de sugar o leite, pode sentir fadiga e, conseqüentemente, ingerir leite em quantidade insuficiente, o que pode levar a uma desnutrição. Assim, o tratamento será adiado por falta de condições clínicas favoráveis para se realizar a correção cirúrgica. Bueno et. al. (1980) aponta que nestes casos, a mãe é orientada a fazer a ordenha e oferecer o leite materno na mamadeira. Considera também que a prioridade do bebê com fissuras labiopalatinas está relacionada à manutenção da nutrição e à técnica de alimentação.

Com relação à incapacidade de sucção, Dalben (2000) esclarece que a fissura de palato interfere muito mais no estabelecimento da pressão negativa necessária para o aleitamento materno que a fissura de lábio. Sendo assim, não existem motivos para as crianças com fissura isolada de lábio não serem amamentadas ao seio.

Freitas (1974) orienta quanto às técnicas de aleitamento para facilitar e encorajar as mães para alimentar seu bebê no seio: manter a criança na posição vertical no colo da mãe e mostrar os benefícios do leite como também a atividade muscular coordenada do bebê que é a sucção, importante para os músculos da face, lábios e língua, promovendo o bom desenvolvimento das estruturas ósseas da região média e inferior da face. A mãe deve introduzir o mamilo e a aréola do seio na boca da criança.

Quando o aleitamento materno é realizado, devem ser tomados alguns cuidados em relação ao posicionamento da criança. O bebê deve ficar em posição semi-sentada para evitar riscos de otites recorrentes, uma vez que as tubas auditivas, na criança, encontram-se horizontalizadas e poderão facilitar a entrada de

leite e outros líquidos em seu interior em consequência da comunicação entre a boca e o nariz (DALBEN, 2000).

Peres (1998) apresenta algumas técnicas utilizadas para favorecer a alimentação da criança portadora de fissura, incluindo a higiene da boca e do nariz com cotonete molhado em água fervida antes e depois da alimentação, evitando o acúmulo de resíduos, para que não venha formar crostas e, conseqüentemente uma infecção. Não se deve evitar o lado da fissura, muito pelo contrário, deve-se estimular a musculatura da fissura afetada.

Altmann et. al. (1994) contra-indicam o uso de sonda nasogástrica. Explicam que as seis primeiras horas de vida representam um período importante para adaptação do reflexo de alimentação. Isso significa que, se a criança fissurada for bloqueada, através do uso de sonda, logo após o nascimento, os mecanismos próprios para realizar os movimentos de sucção serão prejudicados.

Pachi (1994) cita outras desvantagens da alimentação por sondas, naso ou orogástricas, Além do comprometimento da habilidade de sucção, já citado pela autora anterior, aponta a interferência, pela interposição da sonda na narina, nos mecanismos normais de respiração no período neonatal, que dependem do reflexo nasoveolar; e a dificuldade para o fechamento adequado da boca, devido à permanência da sonda, fator indutor de regurgitações. O autor considera que o uso de sondas, para a alimentação em crianças com fissuras labiopalatinas, deve ser restrito a casos de extrema necessidade, em que não se obtém sucesso nas tentativas de proceder a alimentação por via oral, como é o caso dos prematuros com insuficiência respiratória. Outra desvantagem da alimentação por sondas seria a limitação dos movimentos de sucção nutritiva, gerando com isso a dificuldade do ganho de peso na criança (ALTMANN, 1994).

Frente a essas considerações, entende-se que o aleitamento materno deve ser tentado antes de ser descartado, pois os benefícios oriundos dessa prática são importantes e incontáveis, incluindo o melhor desenvolvimento das estruturas bucais, aproveitamento da riqueza nutricional do leite materno e o contato íntimo mãe-bebê, transmitindo segurança e estreitamento dos laços de afeto e carinho. É importante colocar que a fissura labiopalatina não exclui a amamentação, que deve ser estimulada pelo valor nutritivo e pela importância para a relação mãe-filho (PINI,

et. al., 2001). Cabe ao serviço de enfermagem preocupar-se com a proteção de cuidados globais aos pacientes - no caso, crianças portadoras de fissuras labiopalatinas – conforme suas necessidades nos períodos pré, trans e pós-operatório, em função do bem-estar destes (WHALEY & WONG, 1999).

2.7 Morbidade da criança com fissura labiopalatina

2.7.1 Anemia

A anemia sendo um fator impeditivo para que a cirurgia seja realizada no tempo hábil, mesmo que o peso esteja adequado para a idade. A anemia ferropriva ocorre como resultado de um desequilíbrio no balanço entre a quantidade de ferro biologicamente disponível e a necessidade dele. De acordo com os dados sobre a taxa de hemoglobina na população mundial, da WHO, a anemia ferropriva está presente em 30 % dos indivíduos do planeta, sendo menos freqüente nos países desenvolvidos (LORENZI, 2003).

A prevalência é maior em países em desenvolvimento do que naqueles altamente industrializados. Os dados da Organização Mundial de Saúde mostram que as populações da África e do sul da Ásia apresentam as maiores prevalências. No Brasil, no município de São Paulo, foi realizado um estudo epidemiológico sobre condições de saúde e nutrição na infância. Como resultados, tiveram crianças de 0 a 60 meses com 35,5 % de anemia, dos quais 14,7% anemia assevera Souza (1999).

Sabe-se que a anemia influencia no crescimento da criança desde a vida intra-uterina, pois o feto acumula ferro em quantidade proporcional ao seu aumento de peso. A criança que nasce de parto a termo, tem cerca de 75 mg de ferro por quilo de peso, dos quais dois terços encontram-se em forma de hemoglobina. As reservas são acumuladas pelo feto para suprir as necessidades dos nutrientes impostas pelo crescimento e pela reposição das perdas através da pele e das fezes, até aproximadamente seis meses.

Entre 4 e 6 meses ocorre o esgotamento das reservas de ferro, e a alimentação passa a ter um papel importante ao atendimento das necessidades

nutricionais (RIVERA, 2000). A dieta inadequada em ferro é um dos fatores que predominam como causa de Anemia Nutricional. A deficiência de ferro durante a gestação, principalmente no último trimestre, aumenta o número de nascimentos prematuros e de baixo peso. Os prematuros, por terem seu crescimento muito rápido, desenvolverão obrigatoriamente anemia se não receberem ferro medicamentos (OLIVEIRA, 2002).

Foi recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o critério para diagnóstico da anemia que propõe, para crianças de seis meses a seis anos, 11g/dl como valor crítico de concentração de Hemoglobina, abaixo desse valor considera-se a criança anêmica. Em virtude de a anemia ser uma doença que atinge cerca de 50% das crianças até 5 anos de idade, 20% dos adolescentes e até 30% das gestantes, o Ministério da Saúde pactuou com o setor produtivo a inclusão de ferro nas farinhas de milho e de trigo, determinando que, a partir de 18 de junho de 2004, os produtos fabricados no Brasil ou importados deveriam estar fortificados.

Outro nutriente que estará presente nas farinhas de milho e de trigo é o ácido fólico, conhecido também como vitamina B9. A iniciativa para integrá-lo no processo de fortificação foi da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). O propósito dessa inclusão é a redução dos males provocados por defeitos do tubo neural, que pode acontecer entre a terceira e a quinta semana de vida intra-uterina. Quando isso ocorre, a estrutura do embrião que dá origem à coluna vertebral é prejudicada e pode gerar doenças, como defeitos ósseos, paralisia dos membros inferiores e problemas na bexiga e outras anomalias, inclusive fissuras orofaciais.

A fortificação já é praticada em outros países, como Chile e Estados Unidos. Estudos mostram uma redução de até 40% nos casos. Essa política de saúde pública para prevenção, do Ministério da Saúde, é fundamental para o controle das doenças que acometem no Brasil pessoas de todos os níveis sociais (PNAN, 2004).

2.8 Tratamento da criança com fissura labiopalatina

O tratamento do portador de fissura labiopalatal envolve uma equipe multidisciplinar para realizar as correções cirúrgicas, e exige um acompanhamento contínuo, desde o nascimento até a fase adulta.

De acordo com Graciano (1996), as associações de pais das crianças fissuradas são entidades que foram criadas pelos pais, organizadas por eles, com o objetivo de traçar metas para o tratamento dos filhos, reivindicar tratamento fora do domicílio quando residem em outra cidade ou estado, distantes do centro de tratamento.

Como a maioria dos portadores de fissuras labiopalatais tem nível socioeconômico - baixo, eles precisam de um suporte financeiro para as despesas com alimentação e transporte - no caso dos pacientes que residem fora da capital. Enfim, eles lutam por melhores condições de vida e ajuda para o tratamento, porque o suporte financeiro dado pelo SUS limita-se ao atendimento ambulatorial e ao tratamento cirúrgico, uma vez que, até então, esse tratamento não foi reconhecido como serviço de alta complexidade pelo Ministério da Saúde.

O portador de fissuras não é considerado um deficiente, mas, na maioria das vezes, é excluído da sociedade pelos motivos estéticos e funcionais que apresentam. Quando este tem outra malformação associada, que é detectada e reconhecida pelo órgão competente, ele terá os benefícios conquistados.

O maior e mais bem equipado centro de tratamento para defeitos da face (Centrinho) fica em Bauru, São Paulo; logo os usuários têm dificuldade para locomoção devido à distância. Mesmo assim, o centro recebe usuários de todo o país, apresenta uma enorme demanda de serviços. Isto acontece porque não existe programa de governo, junto às instituições, para tratamento de saúde, nos quais os pacientes contam apenas com o apoio voluntário de alguns profissionais. O tratamento fora de domicílio é um direito do portador dessas anomalias, mas as dificuldades para a obtenção do mesmo, como vimos, ainda é bastante significativo.

O Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC), foi implantado no estado da Paraíba em 1976. Houve um intervalo das atividades que começaram em 2001. O programa é dedicado à investigação dos defeitos congênitos, suas frequências e fatores de risco, com o objetivo de preveni-los, promovendo as ações de saúde pertinentes. Reconhecido como centro

colaborador da Organização Mundial da Saúde, trata-se de estudo epidemiológico voluntário de base hospitalar, que reúne profissionais dedicados ao estudo das anomalias congênitas, na América Latina, sendo o programa de monitoramento das malformações congênitas mais importante em nosso meio. Portanto, cuidados especiais devem ser indispensáveis aos prematuros e desnutridos – por apresentarem déficit na alimentação – para prevenir uma desnutrição (SALZANO, 2002).

2.8.1 Reabilitação Cirúrgica

A reabilitação cirúrgica da fissura dependerá de fatores como: a extensão da lesão; a idade em que se iniciou o tratamento; o seguimento e a assistência implementada de uma equipe multidisciplinar constituída de profissionais de enfermagem, nutrição, medicina (pediatria, cirurgia plástica, otorrino, genética), fisioterapia, odontologia (odontopediatria, ortodontia, cirurgia), fonoaudiologia, psicologia e serviço social (WALTHER; HOUSTON, 1999). O objetivo é permitir o bem-estar do paciente na tentativa de minimizar as conseqüências dessas malformações.

As fissuras de lábio podem ser corrigidas pelas cirurgias, a partir de três meses de idade. Com o peso de 6kg e condições clínicas normais, as crianças estão aptas para a correção cirúrgica. Portanto, cuidados especiais devem ser dispensados aos prematuros e desnutridos - pois seu crescimento é mais lento, devido à deficiência dos nutrientes, uma vez que essas crianças têm dificuldade de se alimentar - para prevenir as doenças nos casos de anomalias congênitas, associadas às cardiopatias e outras intercorrências como infecção respiratória, anemia e diarréias. As cirurgias de palato podem ser realizadas a partir de 1 ano de idade e peso acima de 10kg (SOUZA FREITAS, 1973). Com o crescimento, outras cirurgias poderão ser indicadas, dependendo da necessidade. Elas geralmente são voltadas para retoques labiais, faringoplastia (quando o resultado de voz não for satisfatório) e correções nasais. O tratamento de reconstrução orgânica e psíquica para remover as barreiras físicas e sociais, que estão entrvando o crescimento e desenvolvimento do paciente, é lento e intenso. Junto ao tratamento cirúrgico, no

esforço de reintegração, é fundamental a busca pela realização de atividades esportivas, que estimulam a socialização.

A cirurgia é o grande destaque do tratamento das fissuras palatais. Estudos científicos comprovam a eficácia de uma prótese denominada prótese de palato, capaz de suprir a ausência do palato, nos casos da reabilitação da voz. Consiste num aparelho removível, que possui uma extensão fixa em direção à faringe, o bulbo, cuja função é atuar dinâmica e funcionalmente em interação com a musculatura da faringe no controle do fluxo de ar oro-nasal. O HULW não dispõe de recursos para este tratamento; os usuários são encaminhados para o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-HRAC/USP (Centrinho).

O tratamento cirúrgico tem várias etapas e, dependendo do tipo de fissura, chega em torno de 10 a 15 cirurgias até a idade adulta. O adulto também pode procurar o serviço para fazer a correção, mas os resultados – são mais lentos em relação as crianças – no que diz respeito a reabilitação da voz e fatores associados como otites e fístula palatal (ALTMANN, 1994).

2.8.2 Características clínicas dos portadores de fissuras labiopalatinas

A presença de defeito embriológico nos portadores de fissuras labiopalatinas pode trazer conseqüências às diversas áreas do organismo.

O ouvido médio, por exemplo, consiste de um espaço limitado pela membrana timpânica e a aeração do mesmo ocorre quando a tuba auditiva abre-se durante a deglutição, bocejo e o sopro nasal. A presença da fissura labiopalatina pode interferir na habilidade do músculo tensor do véu palatino para uma performance dentro de sua função. Em algumas crianças com fissura palatina é possível que o ouvido médio nunca tenha sido aerado depois do nascimento, retendo líquido amniótico e restos que, eventualmente, incitarão um edema de mucosa e metaplasia. O processo Metaplásico aumenta o número de células escamosas queratinizadas, que, por sua vez, podem ser as precursoras de colesteatoma. O colesteatoma pode estar, lentamente, associando-se com o desenvolvimento insuficiente da aeração mastóide. Os bebês e crianças com fissuras de lábio e palato ou de palato isolado devem receber uma atenção especial

devido à alta incidência de enfermidades do ouvido médio e perdas auditivas associadas (LOFIEGO, 1992).

Muitas vezes a fissura palatina se associa à doença otológica, e é muito provável que o mecanismo seja a disfunção da tuba auditiva. Esta disfunção se deve ao fato de que o músculo tensor do palato não tem inserção na fenda palatina, não tracionando o suficiente a cartilagem da tuba auditiva para abri-la. Não abrindo a tuba, o arejamento do ouvido médio é inadequado e há o acúmulo de líquido no local. Mesmo que a fenda seja reparada com a cirurgia, algumas crianças sofrem de uma hipoacusia persistente, talvez por fibrose cicatricial e disfunção do músculo tensor do palato. As crianças com fissuras palatinas são muito suscetíveis a infecções de ouvido médio (AUGUSTO, et. al. 2001).

As otites ocorrem com frequência nas crianças com fissuras labiopalatinas. Devido ao mau funcionamento da tuba auditiva, elas são suscetíveis a infecções. Por isso acontece a inflamação do ouvido médio (PORTINHO, et. al., 1996).

A anomalia do palato tem maior probabilidade de ser acometida pela otite do ouvido médio, devido ao acúmulo de ar que deixa a membrana timpânica sem arejamento. Necessita, ainda, das orientações sobre a técnica de alimentação para que a criança não fique na posição deitada para sugar na mamadeira, pois pode acontecer de entrar resíduos para a tuba auditiva, o que, conseqüentemente, causará uma otite média. Depois da correção do palato, pode correr o risco de acontecer uma otite média, quando é fechado o músculo tensor do palato.

Na concepção dos autores Walther e Houston (1999), a fonação também fica comprometida devido à perda de audição e escape parcial do fluxo de ar através do nariz, levando a uma dicção anasalada.

O desenvolvimento dentário é outro fator que faz parte das características clínicas, uma vez que morfologia e posição dentárias são alteradas, além de retardo no desenvolvimento dentário, alterando o tempo e erupções e provocando má oclusão (WALTHER; HOUSTON, 1999). Desta forma a ocorrência de anomalias dentárias de diversos tipos é bastante freqüente nas dentições desses pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. Em estudos realizados por Ruiz et. al. (1999) sobre a prevalência de anomalias dentárias no arco superior em crianças portadoras

de fissuras, foi observada alta prevalência de microdontia na área da fissura, dentes em **T**, giroversões, fusões e geminações.

A prevalência de dentes natais e neonatais entre bebês portadores de fissuras, de acordo com Almeida; Gomide (1996), é alta, variando de 2 a 10%, de acordo com o tipo de fissura.

Considerando que uma boa saúde bucal é pré-requisito para a reabilitação das cirurgias, a fim de prevenir infecções, muitos pais terminam por dar mais importância à higiene bucal, o que favorece a um maior controle de cárie dentária.

A fissura labiopalatina é um defeito da face, visível ao nascimento, que pode ser rapidamente diagnosticado. O impacto emocional dos pais de uma criança com incapacidade estética e funcional é traumático. A avaliação da equipe inclui a reação emocional da família, a criança e o defeito. As orientações são relatadas em função dos cuidados com alimentação, que é muito importante para qualquer lactente, principalmente para o portador de fissura labiopalatina que apresenta dificuldade na sua habilidade de sucção, por falta da pressão intra-oral, no caso da fissura palatal.

É de fundamental importância à atuação da equipe multidisciplinar na assistência aos portadores dessas fissuras, também com o objetivo de promover e estimular os pais a oferecer condições satisfatórias possíveis dentro da sua realidade.

3 PROPOSIÇÃO



Investigar o nível socioeconômico dos pais das crianças indicadas a cirurgias de fissuras labiopalatinas, acompanhando o estado nutricional dessas crianças, durante o período de preparação para submeter-se a cirurgia.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional de corte retrospectivo em crianças submetidas a cirurgias de fissuras labiopalatinas, de zero a dois anos, através do acompanhamento de seus prontuários. As crianças estudadas estão cadastradas no serviço de Fissuras Labiopalatinas do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, no período de setembro de 1991 a janeiro de 2004. Assim, constitui um bom método para traçar o perfil nutricional e sócio-econômico, bem como identificar os grupos mais ou menos freqüentes dentre as crianças submetidas às cirurgias.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba, localizado em João Pessoa-PB, que dispõe de um serviço de referência para prestar assistência aos portadores de malformações congênitas de fissuras labiopalatinas. Esse serviço funciona desde 1991 e que atualmente tem 1.235 pacientes cadastrados.

4.3 População do Estudo – Critérios de inclusão e de exclusão

O universo do estudo foram as crianças na faixa etária de 0-2, anos relacionadas nos prontuários do Serviço de Fissuras Labiopalatinas do HULW. O estudo abrangeu as crianças inscritas desde setembro de 1991 até janeiro de 2004, totalizando 299 crianças, provenientes da capital, interior e até mesmo de outros estados.

Foram critérios de inclusão no estudo estar na faixa etária de até 24 meses e dispor de informações em prontuário de, pelo menos, duas consultas. Foram excluídas todas as crianças que apresentaram outros problemas de anomalia congênita além das fissuras labiopalatinas, e as crianças que compareceram a somente uma consulta no serviço.

4.4 Amostra

Do universo de 299 prontuários analisados, foi utilizada uma amostra de 170 crianças que atendiam aos critérios de inclusão neste estudo.

4.5 Variáveis Estudadas

Foram coletadas as seguintes informações dos prontuários das crianças:

- data das consultas;
- data de Nascimento da criança;
- sexo da criança;
- tipo de fissuras;
- renda da família;

- município de procedência;
- local de moradia: urbano ou rural;
- condições de moradia;
- escolaridade dos pais;
- ocorrência de morbidades;
- presença de malformação associada;
- alimentação;
- hereditariedade;
- peso da criança em cada consulta;
- imunização.

4.6 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados dos prontuários das crianças e transcritos no formulário previamente elaborado para a presente pesquisa (Apêndice A). O período da coleta foi de 14 de abril a 05 de junho de 2005, e esta foi realizada no Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME).

4.7 Análise dos Dados

As variáveis foram analisadas relativamente às características biológicas, sociais e econômicas da população em estudo, relacionadas com a evolução do estado nutricional da criança e com o tratamento realizado.

Os casos foram distribuídos no mapa do estado da Paraíba de acordo com sua procedência de origem, com o auxílio do programa TABWIN, versão 3.2, de domínio público, disponível na página do Ministério da Saúde. O banco de dados com as informações antropométricas e clínicas, contendo até seis consultas, foi

organizado em uma planilha eletrônica Excel; e os dados, analisados com o auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Foi feita uma análise exploratória dos dados para verificar possíveis erros e/ou inconsistências da coleta ou digitação dos mesmos. Todas as variáveis foram descritas com a utilização de Ilustrações e Tabelas.

A análise desses dados foi realizada com o propósito de responder ao objetivo geral e às proposições da pesquisa. Devido às características do estudo, os dados foram analisados através de técnicas estatísticas para análise descritiva (frequência, porcentagem, medidas de tendência central e medidas de dispersão), comparação entre os grupos e inferências.

O estado nutricional, em cada consulta, foi avaliado pelo indicador peso para idade, calculado com o auxílio do módulo EPI NUT, do programa EPI INFO, também de domínio público; medido em escores z, em comparação com o padrão de referência do *National Center for Health Statistics* (NCHS).

Os dados de alimentação foram comparados com as recomendações de dietas para crianças menores de dois anos de idade, preconizadas pelo Ministério da Saúde.

4.8 Aspectos Éticos

Foram levadas em consideração as observâncias éticas contidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, contempladas na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, em particular no que se refere ao Termo de Autorização (Apêndice B). Os dados foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (ANEXO A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Figura 1: Vista frontal do Hospital Universitário Lauro Wanderley
João Pessoa - PB**



A seguir, observa-se a descrição e análise dos dados, apresentando-os em tabelas e figuras.

Na Figura 2, observa-se a distribuição das crianças estudadas, segundo o município de procedência. Podemos verificar, na figura, que os municípios com maior número de crianças enviadas para cirurgias de fissuras labiopalatinas no Hospital Lauro Wanderley são João Pessoa, Santa Rita, Guarabira, Campina Grande e Patos.

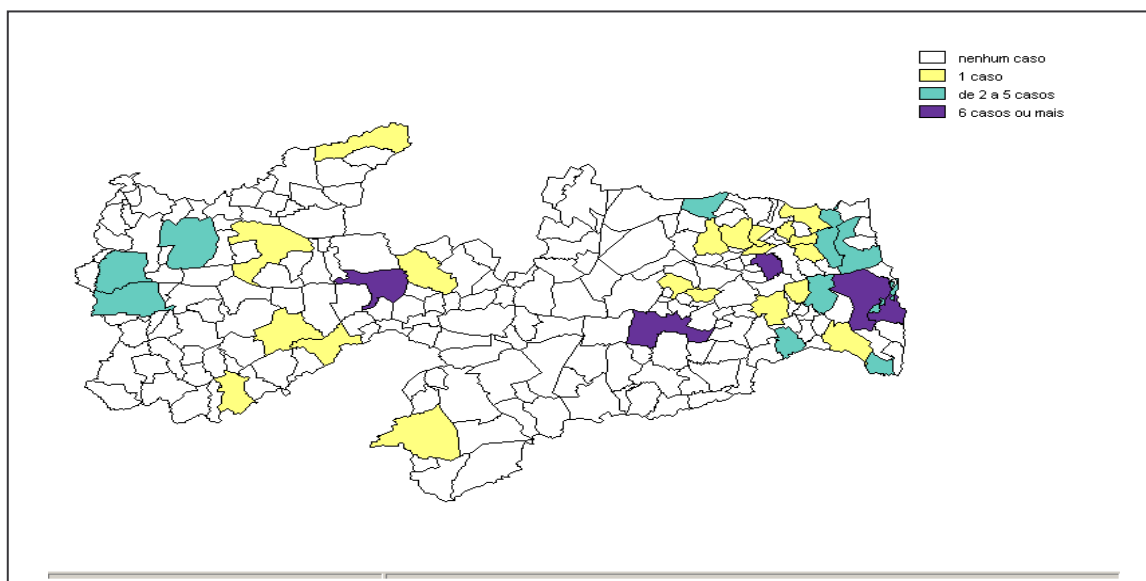


FIGURA 2: Distribuição das crianças acompanhadas no serviço de fissuras lábio palatinas de 0 a 2 anos, segundo o município de procedência (Mapa geográfico do estado da Paraíba HULW, 2004).

Observa-se, na Tabela 1, que a renda familiar das crianças estudadas compreende-se entre 1 a 2 salários mínimos, em sua maioria. Observa-se que 71,2% das crianças têm renda familiar nesse intervalo e que apenas 20% das famílias (34) possuem renda superior a 2 salários mínimos.

Tabela 1: Distribuição da renda familiar das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Renda familiar	Freqüência	%
Sem Renda	10	5,9
Menos de 1 Salário Mínimo	4	2,4
De 1 a 2 Salários Mínimo	121	71,2
Mais de 2 Salários Mínimo	34	20,0
Sem Informação	1	0,5
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Verifica-se, portanto, que a renda familiar das crianças estudadas é baixa, considerando as suas necessidades básicas, como vestuários, educação, lazer, saúde, alimentação, moradia, além dos serviços especiais para o tratamento das malformações congênitas labiopalatinas.

Esses dados corroboram com a autora Mondolin et. al. (1994) que, em uma pesquisa realizada com portadores de fissuras labiopalatinas em São José dos Campos-SP, diz que a baixa renda contribui para a deficiência alimentar e, conseqüentemente, para a desnutrição por falta de recursos para a aquisição de alimentos.

O traço mais marcante da sociedade brasileira no momento atual, continua sendo a desigualdade social. Segundo os dados do IBGE (2000), os 10% mais ricos ganham 18,31 vezes mais que os 40% mais pobres, o 1% mais rico

concentra 13,3% do rendimento total, quase o mesmo percentual dos 50% mais pobres, que ficam com 14,3%. Ainda segundo os dados do IBGE (2000), a Região Nordeste possui quase a metade dos pobres do Brasil; a média ponderada da renda per capita das famílias que vivem de salário mínimo no pão é de R\$ 71,53, a que indica a existência de 46 milhões de pessoas com renda disponível média de R\$ 39,11 ou 9,9 milhões de famílias com renda de R\$ 183,81. As famílias que tinham uma renda com o valor de um salário mínimo em setembro de 1999, data de referência da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), foram consideradas pobres (BELIK, 2003).

Os dados da presente pesquisa concordam com as de Roberto et. al. (1997), quando diz que, quanto menor a renda de uma família, maior a chance das crianças se desnutrirem e carregarem as marcas da desnutrição por toda a vida, inclusive, transmitirem a desnutrição para outras gerações.

Dentro do nível socioeconômico, é considerado neste estudo, a pobreza na sua dimensão particular de insuficiência de renda na medida em que existem famílias vivendo com renda mínima para a satisfação de suas necessidades básicas. A pobreza, evidentemente, não pode ser definida de forma única e universal, entretanto pode-se afirmar que a pobreza refere-se a situações de carência, em que os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida.

Tabela 2: Distribuição da escolaridade dos pais das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Escolaridade dos Pais	Frequência	%
Analfabeto	15	8,8
Alfabetizado	67	39,4
1º Grau	40	23,5
2º Grau	03	1,8
3º Grau	03	1,8
Sem Informação	42	24,7
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Observa-se, na Tabela 2, que 8,8% dos pais das crianças são analfabetos e a maioria possui instrução elementar (39,4%).

Segundo a contagem populacional do IBGE (1996), os analfabetos no estado da Paraíba chegam a 29,6% da população, enquanto os indivíduos com 3 anos completos de estudo, ou menos, totalizam 35,1% da população. Existe semelhança na proporção do número de pessoas com o 1º grau incompleto entre população do estado e o percentual dos pais das crianças deste estudo; entretanto foi encontrada uma situação favorável de menor prevalência de analfabetos entre as famílias estudadas.

Melo (2002), após estudo em 19 maternidades da cidade do Recife, Pernambuco, no qual envolveu 143 primíparas, afirma que a escolaridade materna representa um dos principais fatores de influência na saúde da criança.

Tabela 3: Distribuição, de acordo com a procedência, das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Procedência	Frequência	%
Urbana	136	80,0
Rural	34	20,0
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

No que se refere à região de procedência, os pacientes estudados são, na maioria, provenientes da área urbana, ou seja, 80,0% da população do estudo (Tabela 3). No estado da Paraíba, a população distribui-se em 71,1% de residentes da área urbana; e 28,9%, da área rural (IBGE, 2000).

Tabela 4: Distribuição, segundo o sexo das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Sexo	Frequência	%
Feminino	67	39,4
Masculino	103	60,6
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

A amostra final constituiu-se de 103 crianças do sexo masculino (60,6%) e 67 crianças do sexo feminino (39,4%), mostrando o predomínio de crianças do sexo masculino no serviço (Tabela 4). Esses dados concordam com os encontrados pelos autores estudados: Jansen et. al. (1988), em 678 pacientes, observaram 61% das fissuras no sexo masculino e Garcia-Godoy (1980), evidenciou em 439 pacientes, maior número de fissuras no sexo masculino (53,5%) do que no sexo feminino (46,5%).

Ao comparar este estudo com o de Furlaneto e Pretto (2000) - que realizaram um estudo epidemiológico no serviço de Defeito da Face da PUCRS, cuja pesquisa apontou um total de 750 prontuários - observa-se concordância com relação ao predomínio de pacientes do sexo masculino (54,6%).

Tabela 5: Condições de moradia das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Características Sociais	Freqüência	%
Abastecimento de água - Água encanada	131	77,0
Energia elétrica - Luz	137	80,6
Saneamento básico - Fossa	103	60,6
Saneamento básico - esgoto	37	21,8
Destino do lixo - Coletado	102	60,0
Situação da moradia - Casa Cedida	23	13,5
Situação da moradia - Casa Própria	81	47,7

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

As características sociais são informações importantes para descrever as condições de vida e de sobrevivência em que se encontram as famílias das crianças portadoras de fissuras. A Tabela 5 registra a distribuição das principais características dessas crianças investigadas.

Segundo a UNICEF (1998), quase 6 milhões de crianças no mundo vivem em condições consideradas de pobreza absoluta. E segundo Monteiro (1988), as condições de higiene no ambiente dos domicílios exercem grande influência nas ocorrências de doenças.

Logo as influências negativas que as crianças recebem do meio ambiente em que elas vivem tem contribuído para um estado grave de desnutrição e de retardo do crescimento.

Tabela 6: Distribuição do número de pessoas por residência nas famílias das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Nº Pessoas por residência	Freqüência	%
Duas pessoas	02	1,2
Três a quatro pessoas	68	40,0
Cinco pessoas	34	20,0
Seis pessoas ou mais	53	31,2
Sem Informação	13	7,6

Total	170	100,0
--------------	-----	-------

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Tabela 7: Distribuição do número de cômodos no domicílio das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Nº Cômodos por residência	Frequência	%
De 1 a 2 cômodos	04	2,4
De 3 a 4 cômodos	33	19,4
De 5 a 6 cômodos	71	41,7
De 7 a 8 cômodos	29	17,0
De 9 cômodos ou mais	07	4,2
Sem Informação	26	15,3
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Pode-se observar, nas Tabelas 6 e 7, que a maioria das crianças de nosso estudo convive com três ou quatro pessoas em seu domicílio (40%) e que suas residências constituem-se de 5 a 6 cômodos (41,7%).

Tabela 8: Casos de hereditariedade entre as crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Hereditariedade	Frequência	%
Não	122	71,8
Sim	48	28,2
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

No que concerne à hereditariedade das crianças estudadas, observa-se que apenas 28,2% das crianças tinham antecedentes familiares com malformação congênita de fissuras labiopalatinas (Tabela 8). Isso em relação a todos os tipos de fissuras estudados. Neves et. al. (2002) afirmam que, além da hereditariedade, elas também estão associadas a fatores ambientais, infecções e uso de medicamentos durante a gestação. Já os autores, Gorlin, Cohen e Levin (1990); Wyszynski e Beaty (1996), citados por Fulaneto (2003), evidenciam exposições a drogas antiepilépticas, e ao fato de a mãe ser fumante como outras causas das fissuras.

Tabela 9: Distribuição, segundo as mães que fizeram acompanhamento pré-natal das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Pré-Natal	Freqüência	%
Não	40	23,5
Sim	128	75,3
Sem Informação	02	1,2
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

A Tabela 9 mostra que, das mães das crianças estudadas, 75,3% fizeram acompanhamento de pré-natal.

O pré-natal é de grande relevância para a mãe e para o bebê. O acompanhamento previne doenças que possam ocorrer durante o período da gravidez, preservando sempre a saúde de ambos. A assistência no pré-natal proporciona o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do feto. Esse acompanhamento transmite à gestante mais segurança e confiança.

Não foi investigado no presente estudo o número de consultas realizadas pelas mães, entretanto sabe-se que a maior freqüência a este serviço está relacionada com os melhores indicadores de saúde (HALPERN, et. al. 1998). A OMS preconiza que a gestante deve realizar, no período da gravidez, no mínimo 6 consultas pré-natais, para que seja considerado um programa adequado (WHO, 1995).

De acordo com Alencar (1999), a gestante requer estímulo e apoio permanente, assim como preparo adequado para a amamentação. Ele acrescenta que, no pré-natal, todas as gestantes devem ter a oportunidade de discutir sobre os planos para alimentação do seu filho. Assuntos como vantagens e técnicas da amamentação, período correto da amamentação, riscos do desmame e do uso de chupetas e mamadeiras devem ser obrigatoriamente abordados neste período. Cabe ressaltarmos que o pré-natal detecta através do exame de ultra-som a malformação congênita de fissura labiopalatina, que acontece entre a oitava e a décima segunda semana de gestação. Neste momento, o médico responsável pelo exame deve esclarecer sobre a natureza da fissura e fazer um encaminhamento ao serviço

especializado para que sejam feitas as orientações cabíveis a respeito do tratamento e do devido acompanhamento logo após o nascimento. Com isso os pais ficam preparados para receber o filho, sabendo das complicações possíveis que poderão surgir dependendo da complexidade da fissura.

A Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) constatou que 14,3% das mães de crianças menores de cinco anos no Brasil, em 1996, não haviam recebido atendimento pré-natal, sendo que no Nordeste essa ausência foi de 26,1%, resultado próximo do encontrado neste estudo.

Tabela 10: Distribuição do peso de nascimento das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Peso	Freqüência	%
Baixo peso (< 2.500 g)	14	13,6
Normal	89	86,4
Sem informação	67	-
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

A proporção de baixo peso ao nascer é um excelente indicador do estado de saúde de uma população. Segundo a Tabela 10, das crianças portadoras de fissuras labiopalatinas acompanhadas, e com registro de peso ao nascer, 13,6% nasceram com baixo peso.

Este resultado é mais elevado que o apresentado no estado da Paraíba, 6,1%, segundo pesquisa do IBGE (2002). No Brasil, esta taxa vem declinando, mas continua bastante elevada quando comparada a países desenvolvidos, como Espanha, Finlândia, Irlanda e Noruega que apresentam taxas de 4% (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1998).

Tabela 11: Distribuição, da imunização recebida das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Vacinas	Frequência	%
DPT	168	98,8
Sabin	146	85,9
Hepatite	47	27,6
BCG	168	98,8
Sarampo	30	17,6

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

A Tabela 11 apresenta as vacinas recebidas pelas crianças deste estudo. Observa-se, que as vacinas mais comuns entre as crianças estudadas são DPT e BCG, aplicadas em 98,8% das crianças; e as vacinas que foram menos citadas nos prontuários foram as vacinas contra Sarampo e Hepatite, citadas em 17,6% e 27,6%, respectivamente.

A vacina contra Hepatite foi introduzida no calendário do cartão de vacinas no ano de 1991, no estado do Amazonas, para menores de um ano. O Brasil só adquiriu essa vacina no ano de 1998, conforme as recomendações do Ministério da Saúde, e esta só era aplicada nos profissionais de saúde. Como o estudo é retrospectivo desde os anos de 1991, justifica-se a baixa porcentagem da vacina (MINISTÉRIO DA SAÚDE - PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO, 2003).

A imunização constitui uma das ações básicas em saúde mais significativas, pois apresentam um impacto direto sobre os coeficientes de morbidade e mortalidade infantil em todo o mundo. Observa-se, pela tabela, uma porcentagem bem significativa, de imunização, a qual aproxima-se da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Tabela 12: Distribuição, segundo as malformações associadas das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Malformação Associada	Freqüência	%
Não	138	81,2
Sim	29	17,1
Sem Informação	03	1,7
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 12, apenas 17,1% das crianças estudadas apresentavam malformações associadas. Dos 29 casos dessas malformações as anomalias mais citadas nos prontuários foram: Hérnia Umbilical, 6 casos; Cardiopatia, 4 casos; Pé torto e Hidrocele, ambas com 2 casos cada e outras anomalias, que apresentaram um caso cada, como por exemplo: dente Natal, deformidade na região Sacro, microcefalia, pavilhão auricular, estrabismo, entre outras. Atente-se as cardiopatias interferem no crescimento e desenvolvimento da criança, alterando o estado nutricional e contribuindo para uma desnutrição que favorece as morbidades e/ou até a mortalidade.

A Tabela 13 apresenta a distribuição percentual da classificação das fissuras, segundo o sexo das crianças acompanhadas. Os resultados apresentados revelam que as fissuras que mais incidiram no grupo de crianças estudado foram as transforame uni e bilateral, seguidas das pré-forame unilateral.

É predominante nas crianças do sexo masculino na maioria dos tipos de fissuras labiopalatinas, com exceção da pré-forame que se apresentou igualmente, em relação ao sexo, entre as 42 crianças portadora; e a fissura mediana, da qual foi encontrado apenas um caso em uma criança do sexo feminino.

Tabela 13: Distribuição, da classificação das fissuras, segundo o sexo das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Classificação das fissuras	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Pré-Forame Unilateral	21	50,0	21	50,0	42	100,0
Pré-Forame Bilateral	02	66,7	01	33,3	03	100,0
Pós-Forame Incisivo	05	55,6	04	44,4	09	100,0
Pós-Forame Completo	14	87,5	02	12,5	16	100,0
Pré e Pós Forame Unilateral	07	63,7	04	36,3	11	100,0
Pré e pós Forame Bilateral	02	100,0	-	-	02	100,0
Transforame Unilateral	30	57,7	22	42,3	52	100,0
Transforame Bilateral	22	64,8	12	35,2	34	100,0
Fissura Mediana	-	-	01	100,0	01	100,0
Total	103	60,6	67	39,4	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Esses resultados corroboram as de Vasconcelos et. al. (2002) que, em uma pesquisa realizada em Bauru com 206 crianças de 0 a 3 anos, identificaram 143 (69,41%) do sexo masculino acometidas por fissura transforame unilateral.

Um estudo realizado por Loffredo (1990), na Finlândia, em 599 pacientes fissurados, apresentou maior proporção de crianças do sexo masculino, concorde com os resultados de nossa amostra.

Os estudos concordam com Montagnoli & Rocha (1990), os quais consideram, de um modo geral, que as fissuras labiopalatinas são mais freqüentes no sexo masculino - em torno de 60% - havendo diferença pouco significativa de incidência entre os sexos.

As fissuras labiopalatinas afetam diretamente o estado nutricional das crianças, pois estas possuem limitações na sucção do leite materno. Essa deficiência inibe o seu crescimento por falta de nutrientes adequados, contribuindo para a ocorrência de outras patologias decorrentes da desnutrição.

Tabela 14: Distribuição, de acordo com aleitamento materno das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Amamentação	Freqüência	%
Não mamou	77	45,3
Mamou	92	54,1
Sem informação	1	0,6
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Pode-se observar na Tabela 14 que, das 170 crianças portadoras de fissuras labiopalatinas estudadas, apenas 92 (54,1%) receberam o aleitamento materno. Observa-se ainda, na tabela 15, que esse aleitamento, para a maioria das crianças, foi de menos de 3 meses (46,7%). Lisboa (2003), relata que são as crianças portadoras de fissuras pré-forame ou seja, labiais que mamam no seio. No entanto, nossa experiência junto às crianças portadoras de malformações nossa observação as mães, no momento da amamentação demonstraram que bebês com outros tipos de fissuras conseguem sugar no seio da mãe, dependendo da paciência e vontade de amamentar o filho - questão relevante até mesmo em relação à amamentação de crianças normais.

Tabela 15: Distribuição, do tempo de amamentação (em meses) das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Tempo de amamentação (em meses)	Freqüência	%
Menos de 3 meses	43	46,7
De 3 a 6 meses	19	20,7
Mais de 6 meses	24	26,1
Não informaram	6	6,5
Total	92	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Os dados mostram que a permanência do aleitamento materno para os bebês fissurados foi bastante reduzida, mesmo se utilizada alimentação mista; pois a

maioria dessas crianças fez uso de complemento alimentar, como mostra a Tabela 15: para 84,7% com menos de 3 meses foi introduzido mingau na alimentação

A amamentação da criança é muito importante, mas depende da complexidade da fissura e da segurança e tranqüilidade passadas pela mãe para o bebê. Sabe-se que as crianças portadoras de fissuras labiopalatinas possuem limitações na sua habilidade de sucção e, com isso, apresentam dificuldades na alimentação. Devido a este fato, essas crianças apresentam estado nutricional comprometido, o que resulta em déficit de peso para a idade e retardo no crescimento, dificultando a realização do procedimento cirúrgico. O leite materno é o alimento ideal até os seis meses de idade, fato preconizado pelo Ministério da Saúde. As crianças do estudo não atenderam a essa determinação, provavelmente devido à gravidade da anomalia que muitas vezes impede a amamentação.

Tabela 16: Distribuição, do estado nutricional das crianças, portadoras de Fissuras Labiopalatinas segundo tempo de amamentação

Estado Nutricional	Tempo de Amamentação						Total	
	Menos de 3 meses		De 3 a 6 meses		Mais de 6 meses			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Des. Grave	2	4,7	-	0,0	2	8,3	4	4,7
Desnutrido	18	41,9	3	15,8	8	33,3	29	33,7
Normal	21	48,8	13	68,4	14	58,3	48	55,8
Sobrepeso	2	4,7	3	15,8	-	0,0	5	5,8
	43	100	19	100	24	100	86	100

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Na Tabela 16, observa-se o estado nutricional das crianças estudadas, segundo o tempo de amamentação das mesmas, considerando as 86 crianças que, de acordo com a Tabela 15, foram amamentadas e tiveram o tempo de amamentação informado. Podemos verificar uma possível relação existente entre as variáveis “tempo de amamentação” e “estado nutricional”. Observa-se que, dentre as 33 crianças que apresentam estado nutricional desnutrido grave e desnutrido, 20 foram amamentadas por menos de 3 meses (60,6%). Já dentre as 53 crianças com

estado nutricional normal e sobrepeso, 30 (56,6%) foram amamentadas durante 3 meses ou mais. Os resultados obtidos nesta amostra concordam com as autoras Pini e Peres (2001), quando investigaram 60 crianças de 2 a 4 anos no Hospital de Reabilitação de Anomalias craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru.

A Organização Mundial de Saúde recomenda utilizar o leite materno como único nutriente alimentar até os seis meses de vida e como complemento de outros alimentos até os dois anos de idade. Holdsworth (1970) diz que, quando as crianças apresentam dificuldades na amamentação, é indicado o leite materno ordenhado. Nestes casos, orienta-se o uso de bicos ortodônticos que têm uma forma anatômica e permitem uma adaptação melhor para facilitar a sucção da criança. O bico da mamadeira deve possuir um comprimento tal, que não interfira na direção do crescimento da face. Os bicos devem ser flexíveis o suficiente para facilitar a adaptação na boca da criança e o furo deve permitir um adequado fluxo de leite. Assim como qualquer outra criança normal, a criança portadora de fissura labiopalatina possui reflexos de sucção preservados que devem ser exercitados plenamente.

A lactação é, em grande parte, influenciada por fatores psíquicos maternos. Entre os fatores que afetam o volume do leite, são mais freqüentemente relatados as perturbações emocionais, ansiedade, *stress* e dor. Estes fatores inibem o reflexo de ejeção e, conseqüentemente, o fluxo do leite. Quando o bebê pára de sugar e o seio fica cheio, o inibidor faz as células pararem de secretar mais leite; assim, quanto mais o bebê sugar, mais leite será produzido (*World Health Organization* e UNICEF, 1993).

Alimentação suplementar são quaisquer alimentos que não o leite humano oferecido à crianças amamentadas. Esse tipo de alimentação só devem ser oferecido a partir dos seis meses de idade. Não existe vantagem na introdução precoce de outros alimentos; estes podem prejudicar o sistema digestivo e os rins da criança. Devido à alta permeabilidade do trato digestivo, a criança pequena corre o risco de apresentar reações de hipersensibilidade a proteínas estranhas à espécie humana. Por outro lado o leite materno atua também como protetor orgânico e as crianças amamentadas ao seio estão com menor risco de adoecer, pois amamentação transmite fatores de defesa para o bebê através do colostro e do leite. Quando é introduzido alimento inadequado à dieta da criança, esta proteção pode

ser reduzida, e isso faz com que as crianças sejam submetidas a um risco de adquirir doenças como diarreia, anemia e outras patologias que podem retardar o crescimento. Nos países pobres, este risco é ainda maior, pois a contaminação da água e dos alimentos é comum.

De acordo com o MS, as crianças com fissuras labiopalatinas necessitam de um acompanhamento especial devido à lesão que acomete as mesmas desde o nascimento. Dependendo do grau da lesão, é necessário que o profissional oriente a mãe sobre o complemento a ser introduzido, evitando que a criança seja exposta a um risco de desnutrição em decorrência da insuficiência de ingestão do leite materno.

Tabela 17: Distribuição, de acordo com a introdução de alimentos complementares em função da idade das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Alimentos complementares	Idade da introdução alimentar (em meses)						Total	
	Menos de 3 meses		De 3 a 6 meses		Mais de 6 meses			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mingau	110	84,7	18	13,8	2	1,5	130	76,5
Papa de fruta	12	12,9	80	86,0	1	1,1	93	54,7
Mucilon	44	66,7	19	28,8	3	4,5	66	38,8
Arrozina	45	86,6	6	11,5	1	1,9	52	30,6
F. mandioca	13	92,9	-	-	1	7,1	14	8,2
Cremsgema	8	57,2	5	35,7	1	7,1	14	8,2
Maisena	9	81,8	2	18,2	-	-	11	6,5
Sopa	-	-	36	83,7	7	16,3	43	25,3

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Observa-se, na Tabela 17, que a introdução de alimentos complementares foi iniciada precocemente. Portanto, é provável que o aleitamento materno tenha sido insuficiente para suprir as necessidades das crianças portadoras de fissura labiopalatina. Os alimentos introduzidos em maior proporção, segundo a amostra selecionada, foram o mingau, introduzido na dieta de 76,5% das crianças; e a papa de frutas, introduzida na alimentação de 54,7% das crianças. Os dados obtidos neste estudo não concordam com as recomendações do Ministério da

Saúde, de que os alimentos sejam oferecidos só a partir de seis meses de idade, em virtude da amamentação exclusiva.

Outro aspecto a ser considerado são crianças que têm deficiência na sucção devido ao escape de ar; não abocanham adequadamente a mama (cerca de dois centímetros de tecido mamário, além do mamilo) (ARDRAN et. al. 1958; WEBWE et. al., 1986; SMITH et. al., 1988); podem apresentar déficit de ganho de peso, apesar de permanecerem por tempo prolongado ao peito.

Esses resultados concordam com Peres (1999) e Woiski (1994). Relata quanto à introdução precoce dos alimentos, que pode causar um desequilíbrio no organismo da criança, no estudo revela que 84,7%, se alimentaram de mingau com menos de três meses de idade.

Em situação excepcional, algumas crianças podem necessitar de alimentos complementares antes dos seis meses de idade por apresentarem ganho de peso inadequado, esses casos afastar as causas que estar comprometendo o ganho de peso ponderal posição e/ou pega inadequada, freqüência insuficiente das mamadas e malformações congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A pesquisadora concorda com a ressalta feita pelo MS: as crianças com fissuras labiopalatinas, têm dificuldade na sucção e é recomendado um acompanhamento para que seja atingido o peso ideal para ser realizada a correção cirúrgica, orienta a mãe quanto o leite materno, dependendo do grau da lesão, a disposição da mãe e um ambiente favorável é necessário que o pediatra introduza um complemento alimentar evitando que a criança seja exposta a um risco de desnutrição, em decorrência da insuficiência de ingestão (GOLDMAN e GOLDBLUM, 1991).

Tabela 18: Distribuição das morbidades, segundo a idade das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Doenças	Idade (em meses)						Total	
	Menos de 3 meses		De 3 a 6 meses		Mais de 6 meses			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gripe	38	35,5	62	57,9	7	6,5	107	100,0
Anemia	2	4,0	35	70,0	13	26,0	50	100,0
Diarréia	4	16,7	12	50,0	8	33,3	24	100,0
Dermatite	11	37,9	13	44,9	5	17,2	29	100,0
Otite	2	9,1	11	50,0	9	40,9	22	100,0
DIC	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 18, a morbidade que mais atingiu as crianças acompanhadas no presente estudo foi a gripe, com 107 casos, ou seja, mais da metade das crianças acompanhadas. Observa-se, ainda, na referida Tabela, que todas as doenças atingem principalmente as crianças na faixa etária de 3 a 6 meses de idade, com exceção da DIC que só apresentou 4 casos, dos quais 2 atingiram crianças com menos de 3 meses.

A partir dos 3 meses de idade, a criança pode ser indicada a fazer cirurgias labiopalatinas, portanto ela necessita de um estado clínico favorável para realizar o procedimento. Observa-se acima que é justamente a partir desta idade que as crianças estudadas são acometidas pelas doenças.

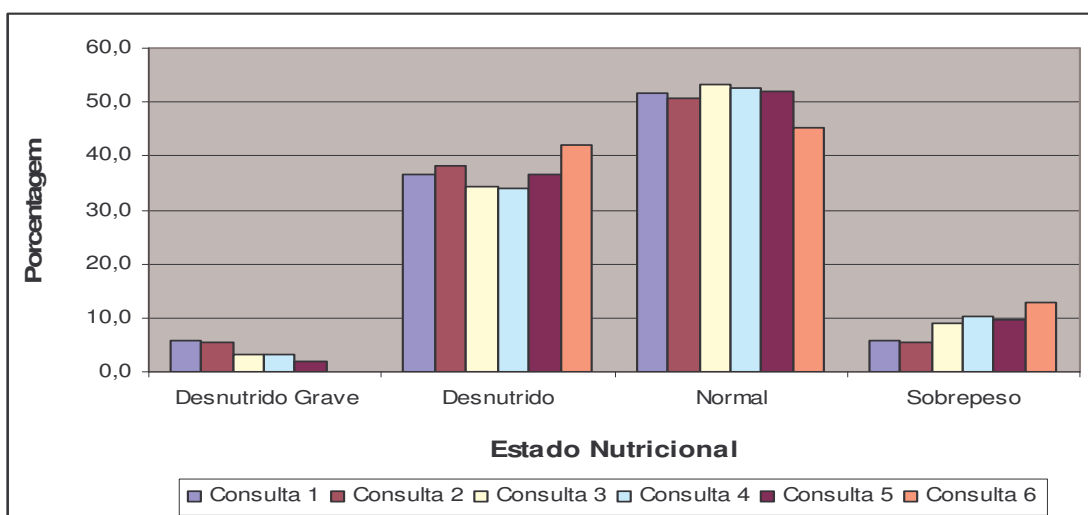
Os nutrientes fortalecem o organismo, contribuindo para o crescimento, mas este é afetado com a indisposição que as crianças apresentam para se alimentar: pelo seu estado mórbido, ocorre a perda de apetite e, conseqüentemente, o retardo no crescimento delas. As crianças portadoras de fissuras labiopalatinas são mais suscetíveis a doenças. A lesão faz com que as crianças respirem pela boca e fiquem expostas a correntes de ar, com risco maior de contrair a gripe.

Entre outras afecções observa-se, ainda na Tabela 18, que 29,4% das crianças tiveram anemia, que é um dos fatores influenciadores no seu crescimento. Como as crianças são vulneráveis a ter anemia, devido ao esgotamento das reservas de ferro provenientes da gestação e da baixa ingestão pela dieta, quando elas não se alimentam de leite materno até os seis meses, como acontece com as crianças portadoras de fissuras labiopalatinas, elas são impedidas de realizar a correção cirúrgica no tempo hábil. O organismo necessita de ferro em maior quantidade nessa fase, em função do crescimento acelerado, especialmente nos dois primeiros anos de vida.

Com relação aos resultados obtidos neste estudo, estes corroboram o trabalho de Costa e Monteiro (2004), quando investigam anemia em crianças de 6 a 59 meses. Uma amostra de 584 crianças apresentou 45,2% das crianças com presença de anemia.

Foi abordado, no início da presente investigação, a relação existente entre renda e desnutrição. Quanto menor a renda de uma família maior a chance de as crianças se desnutrirem. Por isso, as crianças com fissuras requerem um padrão nutricional característico, diante da necessidade de atingir um determinado peso para serem submetidas à correção cirúrgica. Contra a anemia comum a esses pacientes, a solução encontrada é a introdução maciça de sucos de frutas na dieta desses bebês, haja vista que as vitaminas auxilia na fixação do ferro nutricional.

Figura 3: Distribuição percentual do estado nutricional das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

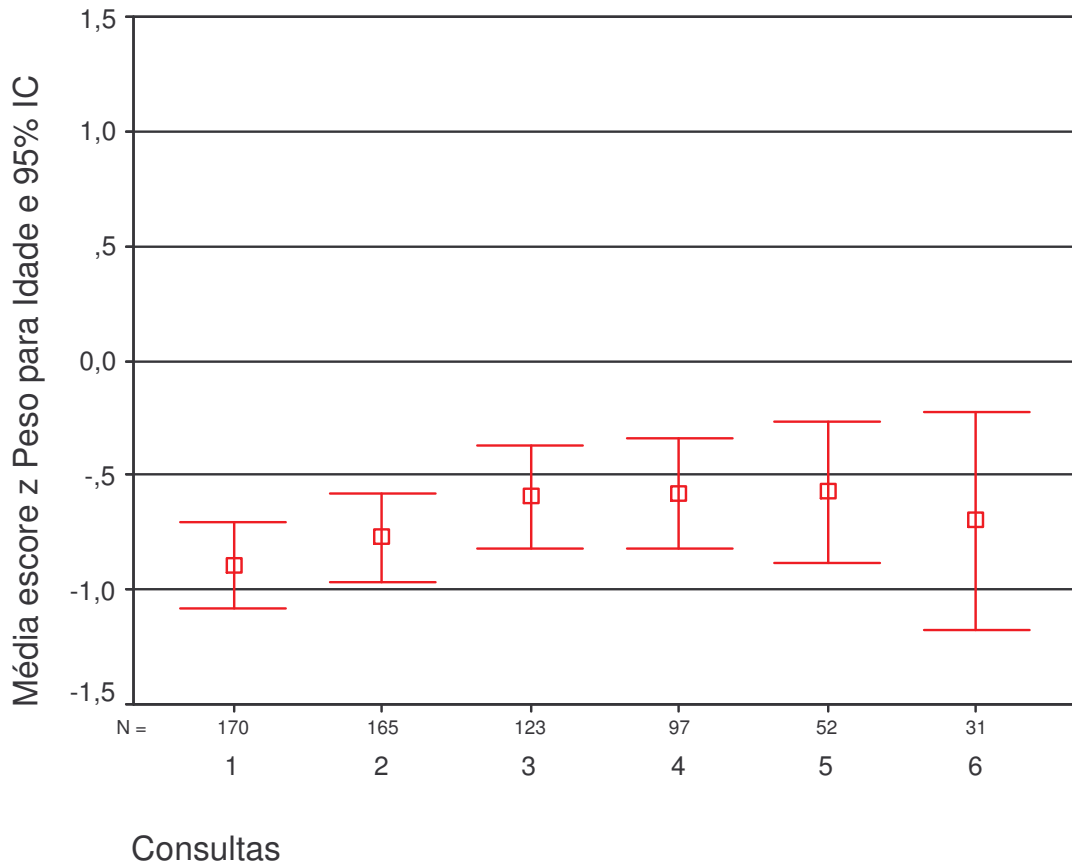


Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

As crianças incluídas no estudo foram acompanhadas durante 6 consultas, até a realização da cirurgia. Durante a consulta a criança é examinada, e a pessoa responsável por ela recebe orientações sobre os cuidados básicos e sobre a alimentação da criança e o responsável é instruído sobre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade da criança. O profissional responsável pela consulta incentiva e mostra a técnica correta para a alimentação. A Figura 3 mostra que, ao longo das consultas, diminui a porcentagem de casos desnutridos graves, sendo esta concomitantemente acompanhada pelo aumento do sobrepeso.

A Figura 4 mostra mais claramente a tendência de melhoria do ganho de peso ao longo das consultas realizadas pelas crianças. Entretanto este crescimento não é uniforme dentre as crianças estudadas, de modo que o tipo de fissura influencia diretamente no estado nutricional.

Figura 4: Média dos escores z e intervalos de confiança de 95% do peso para idade de acordo com as consultas das crianças portadoras de fissuras labiopalatinas assistidas no serviço de fissuras labiopalatinas



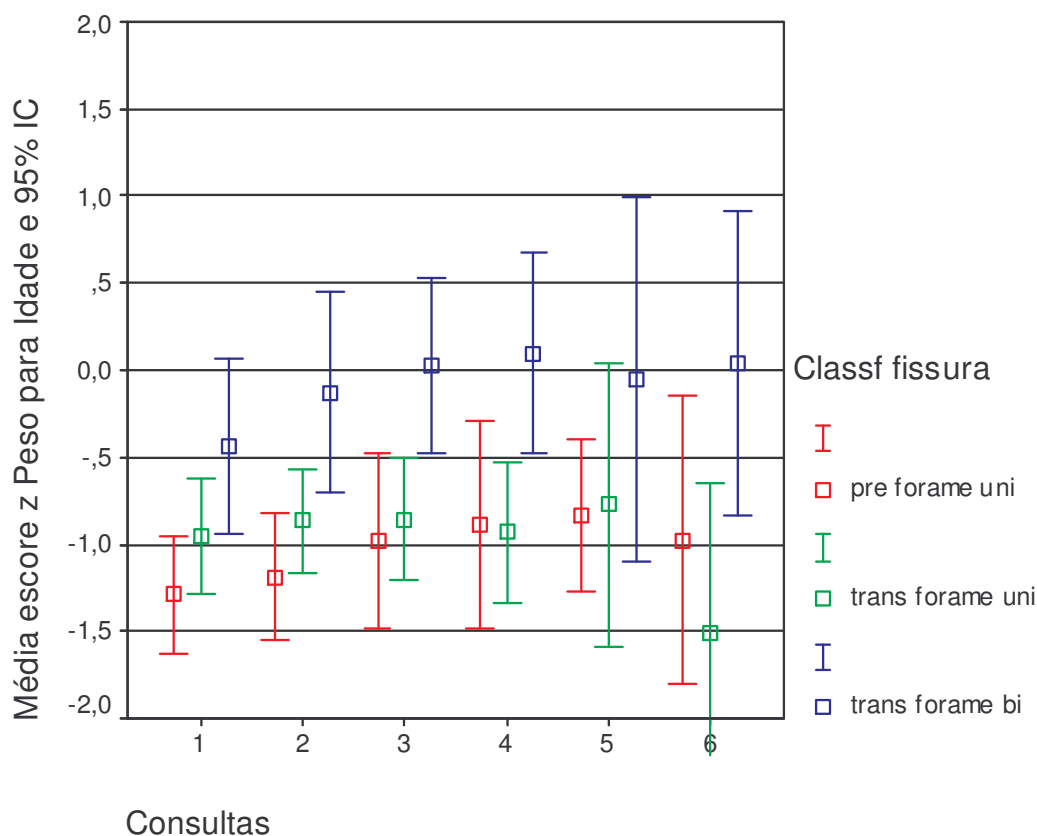
A Tabela 19 mostra as quantidades e freqüências do estado nutricional, dependendo do tipo de fissura. Somente as fissuras mais freqüentes, transforame uni e bilateral e pré-forame unilateral, foram incluídas nesta análise.

Tabela 19: Distribuição do estado nutricional, em número absoluto e porcentagem, em relação à classificação das fissuras em cada consulta, das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Classificação das Fissuras	Desnutrido Grave		Desnutrido		Normais		Sobre peso		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1ª Consulta										
Pré-Forame Unilateral	2	22,2	24	38,7	15	17,0	1	10,0	42	100,0
Transforame Unilateral	4	44,4	19	30,6	26	29,5	3	30,0	52	100,0
Transforame Bilateral	1	11,1	5	8,0	23	26,1	4	40,0	33	100,0
2ª Consulta										
Pré-Forame Unilateral	3	33,3	19	30,6	17	20,5	1	9,1	40	100,0
Transforame Unilateral	2	22,2	22	35,5	26	31,3	1	9,1	51	100,0
Transforame Bilateral	2	22,2	6	9,7	19	23,0	6	51,5	33	100,0
3ª Consulta										
Pré-Forame Unilateral	2	50,0	12	28,6	13	19,7	2	18,2	29	100,0
Transforame Unilateral	1	25,0	18	42,8	19	28,8	-	-	38	100,0
Transforame Bilateral	-	-	5	12,0	16	24,2	7	63,6	28	100,0
4ª Consulta										
Pré-Forame Unilateral	2	66,6	9	27,3	10	19,6	2	20,0	23	100,0
Transforame Unilateral	1	33,3	14	42,4	17	33,3	-	-	32	100,0
Transforame Bilateral	-	-	3	9,1	10	19,6	5	50,0	18	100,0
5ª Consulta										
Pré-Forame Unilateral	-	-	7	36,8	7	26,0	-	-	14	100,0
Transforame Unilateral	1	100,0	5	26,3	6	22,2	2	40,0	28	100,0
Transforame Bilateral	-	-	2	10,5	4	14,8	2	10,0	8	100,0
6ª Consulta										
Pré-Forame Unilateral	-	-	6	46,1	3	21,4	1	25,0	10	100,0
Transforame Unilateral	-	-	3	23,0	2	14,3	-	-	5	100,0
Transforame Bilateral	-	-	-	-	4	28,6	1	25,0	5	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Figura 5: Distribuição do estado nutricional, em valores médios de escore z e intervalo de confiança de 95%, e em relação à classificação das fissuras em cada consulta, das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas



Na Figura 5 pode-se observar uma tendência de melhoria do estado nutricional na medida em que a criança cresce; entretanto esta tendência muda de sentido a partir da quinta consulta. Também se observa que as condições de peso para a idade são melhores entre as crianças com fissuras transforame bilaterais, seguidas das com transforame unilateral e pior entre as com pré-forame unilateral.

A autora Sawaya (2002), relata que não basta só a distribuição de alimentos para combater a desnutrição de forma efetiva, esta pode ajudar somente em situações de emergência, como a fome nos grandes desastres climáticos como a seca, ou em outras situações como a guerra. É importante que haja orientação nas comunidades, para que as famílias recebam informações sobre os cuidados, prevenindo as doenças e, conseqüentemente, promovendo a saúde; o que contribui para o crescimento e desenvolvimento normal da criança.

Tabela 20: Distribuição, segundo realização da correção cirúrgica de Queiloplastia das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Queilo	Freqüência	%
Não	28	16,5
Sim	142	83,5
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Observa-se que dentre as 170 crianças estudadas 142 (83,5%) submeteram-se à cirurgia de queiloplastia, ou seja, de lábio, que é considerada a primeira fase do tratamento (Tabela 20). Observa-se também, na tabela 21, que a cirurgia de queiloplastia foi realizada em maior proporção entre as crianças de 3 a 6 meses.

As crianças do estudo que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos tiveram um período de internação por vinte e quatro ou quarenta e oito horas, que é rotina nas instituições do estado da Paraíba.

Tabela 21: Distribuição das idades de realização da correção cirúrgica de Queiloplastia das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Idade (em meses)	Freqüência	%
Menos de 3 meses	3	2,1
De 3 a 6 meses	82	57,8
Mais de 6 meses	56	39,4
Sem informações	1	0,7
Total	142	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Observa-se que as crianças do estudo, em sua maioria, realizaram a cirurgia de queiloplastia dentro da faixa de 3 a 6 meses, em decorrência das interferências que foram impostas pelo estado clínico e nutricional, impossibilitou a evolução do tratamento no tempo hábil.

As fissuras de lábio podem ser corrigidas aos 3 meses de idade, e a de palato deve aguardar um maior desenvolvimento da criança, até completar 12 meses de idade. Essas correções primárias restringem-se à manipulação de tecidos moles – mucosa, músculos e pele – e, por isso, não visam aos defeitos ósseos.

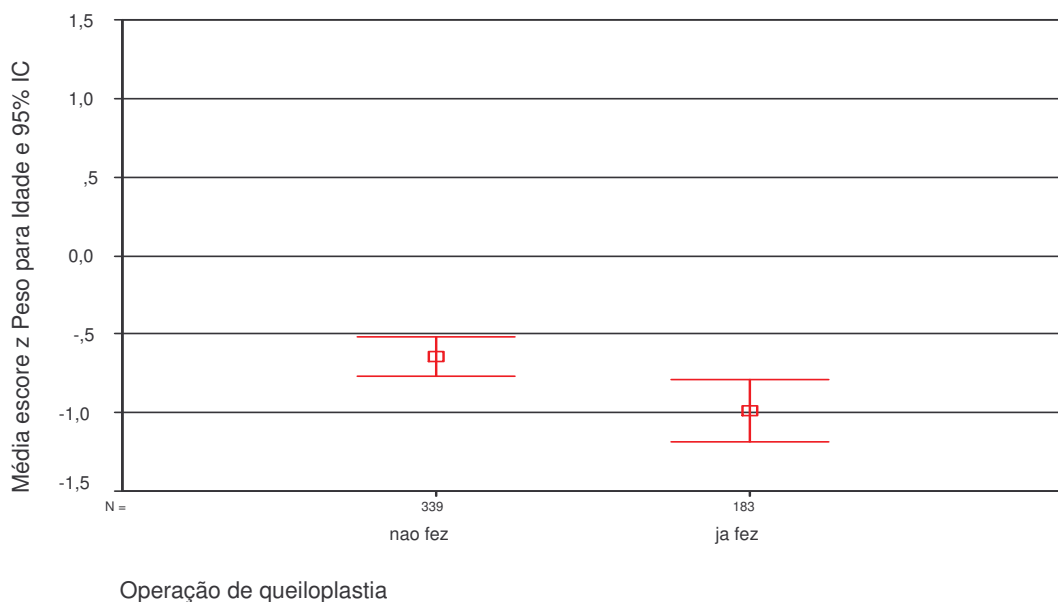
Alguns autores fazem notar que, com o crescimento da criança, outras cirurgias podem ser indicadas, dependendo da necessidade. Essas cirurgias incluem, principalmente, retoques labiais, faringoplastia (quando o resultado da voz não for satisfatório) e correções nasais (ALTAMANN; LIMA, 1997).

Do ponto de vista da odontologia, existe a indicação da cirurgia de enxerto ósseo secundário, quando a fissura acomete o rebordo alveolar. O enxerto

ósseo deve ser feito na fase da dentadura mista, sendo que resultados excelentes são obtidos quando é realizado pouco antes da irrupção do canino permanente, que tende a se posicionar mensalmente, ocupando o espaço do incisivo lateral permanente, geralmente ausente em fissuras que acometem o rebordo alveolar.

Os objetivos do tratamento são permitir o bem-estar da criança na tentativa de minimizar conseqüências irreparáveis.

Figura 6: Demonstração da média escore Z peso para idade das crianças portadoras de fissura labiopalatinas de 0-2 anos de idade que foram assistidas antes e depois de realizar o procedimento cirúrgico



A Figura 6 mostra que, após a cirurgia, as crianças pioraram seu estado nutricional. Esse fato pode ser explicado pelo intervalo maior de alimentação e pelo fato de a incisão cirúrgica ser na boca causando incômodo e dor quando estas vão alimentar-se; isto traumatiza as crianças, causando-lhes medo. Quando elas ainda estão na fase do aleitamento materno, fica ainda mais difícil, pois os alimentos passarão a ser oferecidos de colher ou copinho.

Esses dados concordam com os de Bueno (1980). Em uma pesquisa realizada em Bauru, SP, as crianças chegaram a realizar a cirurgia de queiloplastia entre o sétimo e o décimo mês sendo uma média de sete meses para a cirurgia. Ele ainda considera que as crianças apresentavam um estado de desnutrição

considerável antes e depois da cirurgia, ressaltando que essas crianças ficaram internadas por doze dias entre o pré-operatório e o pós-operatório para que fosse recuperado, mas os mesmos apresentaram dificuldade para ganhar peso.

Um pós-operatório acompanhado da equipe na internação hospitalar é importante - com os cuidados com alimentação adequada, assistência de enfermagem e outros profissionais, dependendo da necessidade da criança – pois a incisão cirúrgica contribui para seu desconforto quanto à alimentação, que deve ser oferecida em copinho ou colher, e isso a deixa com dificuldade para o ganho de peso suficiente.

Tabela 22: Distribuição segundo realização da correção cirúrgica de Palatoplastia das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Palato	Frequência	%
Não	84	49,4
Sim	86	50,6
Total	170	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

Os dados expressos na Tabela 22 indicam que 50,6% das crianças de 0 a 2 anos realizaram a correção cirúrgica de palatoplastia, enquanto 49,4% não realizaram. Percebe-se que existe uma diferença pequena entre os grupos.

Bordon et. al. (2002) referem que, quando a cirurgia é realizada com planejamento e critérios efetivos, os resultados de fala apresentados, mesmo após a reparação cirúrgica tardia do palato duro, podem ser semelhantes aos encontrados após a reparação precoce. No entanto, é importante relatar a compreensão elaborada por Rohrich et. al. (1996); quando afirma que, nos casos em que a reparação cirúrgica do palato duro é realizada tardiamente, a correção da fala não é possível, permanecendo os padrões articulatórios compensatórios.

Apesar das discordâncias encontradas na literatura quanto a melhor época para o fechamento do palato, sabemos da importância dessa estrutura para a produção da fala, no que se refere ao desenvolvimento da pressão aérea intra-oral, do direcionamento do fluxo aéreo para a cavidade bucal e do equilíbrio de ressonância oro-nasal (MATTOS, 1990; VICENTE & BUCHALA, 1991; TRINDADE & TRINDADE JÚNIOR, 1996; ALTMAN et. al., 1997) Desta forma,

quando a cirurgia é realizada na época em que a fala está sendo adquirida, ou seja, na época correta, facilita o desenvolvimento da mesma (SANTOS, 2000).

No caso das crianças que não tiveram o privilégio de serem operadas nos primeiros anos de vida, a reabilitação da fala estará mais comprometida, devido ao maior tempo de convivência com condições anatômicas desfavoráveis, tornando internalizados os padrões alterados de fala, de acordo com a concepção de Bzoch (1979); Vicente & Buchala (1991) e Rohrich (1996).

Tabela 23: Distribuição das idades de realização da correção cirúrgica de Palatoplastia das crianças portadoras de Fissuras Labiopalatinas

Idade (em meses)	Frequência	%
Menos de 12 meses	5	5,8
De 12 a 18 meses	38	44,2
Mais de 18 meses	43	50,0
Total	86	100,0

Fonte: Levantamentos obtidos no HULW, 2004.

De acordo com o prontuário médico dos pacientes estudados, 86 crianças, das 170 observadas, ou seja, 50,6%, foram submetidas à cirurgia de palato (Tabela 23). Essa cirurgia corresponde à segunda fase do tratamento de fissuras, dependendo do seu tipo, e é recomendada a sua realização após os 12 meses de vida da criança. Observa-se, na Tabela 23, que, dentre as 86 crianças que se submeteram à cirurgia de palatoplastia, 38 tinham entre 12 e 18 meses de idade (44,2%); e a maioria, ou 43 crianças (50%), tinha mais de 18 meses de idade. Cabe ressaltar que, segundo os prontuários verificados, 5 crianças (5,8%) realizaram a cirurgia de palatoplastia com menos de 12 meses de idade.

Na presente investigação, percebe-se que 50% das crianças submetidas à cirurgia tinham mais de 18 meses. A esse respeito, os resultados corroboram com Santos (2000), quando esclarece que, quanto maior o tempo em que o indivíduo permanecer com a fissura aberta, maiores serão as alterações em sua fala, considerando que os padrões de fala anormais já estarão instalados de acordo com as condições anatômicas presentes. O objetivo da correção cirúrgica é, além do fator estético, a prevenção ou minimização desses problemas.

Esta mesma autora Santos (2000) aponta que no caso das crianças, isto não acontece pelo fato de as mesmas se encontrarem em fase de aquisição de linguagem, conseqüentemente, terão maiores chances de eliminar os padrões compensatórios da fala, a partir da reconstrução anatômica das estruturas.

Outro fator que influencia fortemente na fala desses indivíduos é a gravidade da fissura. Quanto maior o número de estruturas acometidas, maior será o comprometimento da fala. Portanto, as fissuras que envolvem o palato comprometem mais a fala devido ao acometimento da válvula velofaríngea, que é responsável pelo desenvolvimento da pressão aérea intra-oral, do direcionamento do fluxo aéreo para a cavidade bucal e do equilíbrio oro-nasal da ressonância (SANTOS, 2000).

A presente pesquisa segue as afirmações dos autores Nguyen & Sullivan (1993) que, em seus estudos, fizeram referência que as alterações anatômicas e fisiológicas da fissura labiopalatina refletem um alto impacto para o seu portador, tanto na estética como nas habilidades comunicativas através da fala.

Entende-se que a comunicação é um processo essencial na interação social. É através dela que pode-se expressar e compreender idéias, interagindo, assim, na sociedade. Sendo assim, a presença de qualquer alteração na comunicação poderá afetar, diretamente, o processo de interação social. Nesse sentido, a fissura labiopalatina, por ser uma malformação que acomete diretamente a estética e a fala dos indivíduos que são detentores desta situação, representa um grande fator causador dos problemas de comunicação, afetando, conseqüentemente, a interação social desses indivíduos conforme relatam Vicente & Buchala (1991).

Mesmo considerando que o objetivo desse estudo é traçar o perfil nutricional e socioeconômico das crianças submetidas à cirurgia de lábio e palato, entende-se que pesquisas nesta área devam ser realizadas com o objetivo de proporcionar aos indivíduos com fissura labiopalatina condições funcionais e estéticas para uma melhor interação social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que as fissuras de Lábio e Palato ou Palato causa dificuldade para as crianças serem alimentadas, retardando assim a correção cirúrgica, trazendo prejuízos para um resultado satisfatório.

Quanto ao estado nutricional, as crianças apresentam-se com desnutrição grave, desnutrido, eutróficos e sobrepeso, durante o acompanhamento das consultas - utilizando-se como indicador antropométrico o percentil peso/idade. Essa situação de desnutrição está associada à lesão que limita a habilidade de a criança se alimentar, associada à renda familiar baixa, ao desmame precoce e à introdução alimentar inadequada, o que também aumenta o risco de contrair doenças, fazendo com que essas crianças sejam prejudicadas na evolução do tratamento pela prorrogação do tempo preconizado para a correção cirúrgica.

Observa-se que a desnutrição ocorre também depois do procedimento cirúrgico, o que se atribui ao tempo de maior intervalo entre as refeições; e à incisão cirúrgica, que causa desconforto na hora de receber os alimentos; à dor e à irritação que atormentam as crianças, contribuindo para uma perda de peso considerável. Daí a necessidade de acompanhamentos mais intensificados a esse grupo tão específico, que necessita de um atendimento com qualidade e dedicação, por ser um grupo considerado vulnerável. Para que este seja atendido na sua totalidade, é necessário que haja uma mudança no modelo de desenvolvimento da sociedade, garantindo uma erradicação da desnutrição e uma melhora na qualidade de vida da população brasileira de um modo geral.

Os fatores que interferem no crescimento e desenvolvimento das crianças portadoras de fissuras labiopalatinas, de 0 a 2 anos, são as condições socioeconômicas que os pais enfrentam. Diante de problemas relacionados à saúde do filho, o fator psicológico dos pais é afetado, refletindo na mãe que fica incapaz de oferecer o seio ao filho, o que causa uma perda para o bebê com relação ao leite materno. Acrescentem-se as condições de moradia precárias, o saneamento básico inadequado, as residências com um pequeno número de cômodos para o número de pessoas, o sistema de água potável e coleta de lixo inexistentes. Esses fatores adversos interferem diretamente na saúde da população.

Na amostra da população estudada, observa-se a baixa renda familiar, e as condições precárias para a sobrevivência. O custo com alimentação artificial é alto, e o leite materno não é suficiente para alimentar o bebê que tem sua limitação e necessita de nutrientes para seu crescimento e desenvolvimento. O nível de escolaridade também é baixo, dificultando o entendimento e compreensão das condições adequadas para alimentar a criança. Além de tudo são indispensáveis o amor, o carinho e um ambiente tranquilo.

O estudo realizado sugere-se que as crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sejam investigadas com outras pesquisas, para explicitar outros fatores não considerados no presente trabalho e que possam ter influência no aprimoramento da assistência das crianças portadoras de fissuras labiopalatinas.

Para alcançar uma assistência de saúde integral, é necessário que as decisões políticas contemplem programas direcionados para este grupo específico, reforçando o nível de atenção básica à saúde, de modo que o processo de alocação

de recursos de saúde seja baseado nas necessidades da população. Os serviços organizados devem ser divulgados para que a população tenha o devido conhecimento da anomalia e possa receber assistência nos locais de atendimento. São indispensáveis profissionais capacitados e com conhecimento no assunto para prestar esclarecimentos, passando as orientações com segurança aos usuários, dentro das devidas condutas.

É evidente a necessidade do fortalecimento da assistência básica, no tocante à unidade de saúde da família, que é um serviço disponível para a população.

REFERÊNCIAS

ALTMANN, E. B. C.; KHOURY, R. B. F.; In: **Fissuras Lábio Palatinas**. São Paulo: Pró Fono, 1992. p. 313-347.

ALTMANN, E. B. C. **Fissuras labiopalatinas**. 3. ed., São Paulo: Genética Craniofacial, 1994. p. 39.

_____. **Fissuras Lábio Palatinas**. 4. ed. Carapicuíba (SP): Pró-Fono, 1997.

ALENCAR, S. M. A sociedade brasileira de pediatria e o aleitamento materno. In: **Anais 56º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria**, 1999.

ALMEIDA, C. M.; GOMIDE, M. R. Prevalence of natal/neonatal teeth in clef lip and palate infants. **Clef Palate Craniofac J**, v. 33, n.4, p.297-299, July 1996.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: Um híbrido natureza cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120p.

AMADO, F. M. **Avaliação dos parâmetros de halitose bucal e nasal em pacientes com e sem fissura de lábio e/ ou palato**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. Bauru: 2003. 84p.

ARARUNA, R. C.; VENDRÚSCOLO, D. M. S. **Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico**. Rev. latino-americana de enfermagem. Ribeirão Preto, v. 8, n.2, abril 2000.

ARDRAN, G. M.; KEMP. F. H.; LIND, J. A. **Cineradiographic study of breastfeeding**. BrJ Radiol, v. 31, p. 156-162,1958.

AUGUSTO, A. G. L. B, et. al. Consenso sobre otites médias. **Rev. Brasileira de otorrinolarigologia**, n. 2, mai/juh. 2001.

BELIK, Walther. **Segurança Alimentar: a contribuição das Universidades**. São Paulo: Instituto Ethos, 2003.

BORDON, A. K. C. B.; SILVA, H. A. Estudo da fissura labiopalatal. Aspectos Clínicos desta Malformação e suas Repercussões. Considerações relativas à Terapêutica. **Revista JBP**, Curitiba, v.5,n.27,p.432-436,set./out.2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa-Conep. **Resolução 196/96** que envolve pesquisa com seres humanos. Brasília (DF), 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília (DF): 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança, **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília (DF): 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Imunização 30 anos**. Brasília (DF): 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica de Saúde da Criança. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília (DF): 2004.

BRASIL. AIDPI. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Curso de capacitação**: Introdução. Módulo 1, Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. Ver. Brasília (DF): 2002.

BUENO, A. G, et. al., Reabilitação de lesões labio-palatais: Uma Experiência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 33, p. 240-250. Brasília (DF), 1980.

BZOCH, K. R. Rationale, method and techniques of cleft palate speech therapy. In: BZOCH, K. R. (ed.) **Communicative disorders related to cleft lip and palate**. Boston: Little Brown, 1979.

CALNAN, apud. DI NINNO, C. Q. M. S. & GENARO, K. F. Fissura de Palato Submucosa. **Revista de Atualização Científica Pró Fono**, 10(2), p. 28-33, 1998.

CAPELOZZA, FILHO. L.; ALVARES, A. L. G.; ROSSATO, C.; VALE, D. M. V.; JANSON G. R. P.; BERTRAMI, L. E. R. Conceitos vigentes na etiologia das fissuras labiopalatinas. **Revista Brasileira de Cirurgia** vol. 78, nº 4, Julho-Agosto 1988.

CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O. G.; Fissuras Lábio-palatais, In: PETRELLI. (Coord.), **Ortodontia para Fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise, 1992. p. 195-239.

_____. Fissuras lábio-palatais. In: Petrelli, E. coord. **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise, 1994. 317 p.

CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINI, S. A. **Tratamento das Fissuras Lábio Palatinas**. 2. ed. Revinter, 1996. Cap. 25, p. 219-21.

CARVALHO, G. D. Amamentação uma avaliação abrangente II. **Revista secretaria de Saúde**, vol. 4, n. 28, p. 8-10, 1997.

DALBEN, G. S. **Estudo do padrão de aleitamento e utilização de açúcar na dieta de bebês portadores de fissuras lábio-palatais**. Monografia (Especialização em Odontopediatria) Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo. Bauru, 2000. 59p.

DEL CIAMPO, LUIZ. et. al. Aleitamento materno. **Passagens e Transferência Mãe-Filho**. São Paulo: Atheneu, 2004.

DI NINNO, C. Q. M. S. & GENARO, K. F.; Submucous Cleft Palate: Influence of age, at Time of Palatoplasty, on Speech Resonance, **The Brazilian Journal of Dysmorphology and Speech-Hearing Disorders**, 2(1), july, 1998.

_____ Fissura de Palato Submucosa. **Revista de Atualização Científica Pró Fono**, 10(2), p. 28-33, 1998.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente**: Base científica para uma alimentação adequada. Viçosa (MG): Jard, 1997.

FALZONI. **Fissuras labiopalatinas**. *Pediatria Moderna*, v. XXX, n. 7, p. 1095-1102, dez/1994.

FOGH-ANDERSEN. **Inheritance of harelip and cleft palate**. Thesis. Copenhagen: Nyt Nordisk Forlag, 1942.

FORTE, F. D.; SOARES, et. al. Aleitamento Materno e Hábitos de Sucção Não-Nutritiva. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde UFPB**. v.4.n.1/3, Dezembro 2000.

FREITAS, J. A. S. **Centro e pesquisas e reabilitação de lesões labiopalatais**. Faculdade de Odontologia de Bauru da USP. 1974.

FURLANETO, E. C.; PRETTO, S. M. **Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos no Serviço de Defeitos de Face da PUCRS**. Porto Alegre: Odonto Ciência, 2000. v. 15, n. 29, p. 39-56, jan./abril.

FURLANETO, E. Chaves et. al. Anomalias Associadas às Fissuras Labiopalatinas em uma amostra de pacientes em tratamento no serviço de defeitos da face da pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**,v.18.n. 39, jan/mar. 2003.

GARCIA-GODOY, F. **Cleft lip and cleft palate in Santo Domingo**. Community Dent. Oral Epidemiol. V. 8, n.2, p. 89, Apr. 1980.

GOLDMAN, A. S.; GOLDBLUM, R. M. **Human milk**: immunologic-nutricional relationships. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, p. 236-245, 1991.

GOMES, P. R. M. & MÉLEGA, J. M.; Tratamento Cirúrgico. In: ALTMANN, E. B. C. **Fissuras Lábio Palatinas**. 4. ed. Carapicuíba (SP): Pró-Fono, cap. 5, p. 61-72, 1997.

GRACIANO, M. I. G. **Construindo espaços**: a história das Associações de pais e portadores de lesões lábio-palatais e a contribuição do serviço Social. São Paulo, 1996, 328p. Tese Doutorado em Serviço Social-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1996.

HOLDSWORTH, W. G. **Cleft lip and palate**. New York, Grune & Stratton, 1970. 100p.

HALPERN, R.; BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G.; TOMASI, E. atenção pré-natal em Pelotas(RS), 1993. **Cad. Saúde Pública**, 1998.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**: Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Parte 1 e 2. Rio de Janeiro, p.1-520, 2000.

_____. **Censo Demográfico 2002**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 10 de set. 2005.

JANSEN, B. L. et. al. **Cleft lip palate in Demark**. 76-81: epidemiology variability, and early somatic development. *Cleft palate*, v. 25, n.3. p. 258-265, July 1988.

LIMA, R. A.; MACHADO, L. P.; DAGOSTINO, L. Fissuras Labiopalatinas e Insuficiência Velofaríngea. In FILHO, O. L. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997.

LISBOA, A. I. **Amamentar bebê com fissura**, Centrinho/USP. Disponível em <http://www.centrinho.usp.br/Acesso em junho de 2003>.

LOFFREDO, L. C. MONTEIRO. **Fissuras Lábio-palatais**: Estudo caso-controle de Fatores de Risco. Tese de Doutorado, 1990.

LOFIEGO, J. L. **Fissura lábio-palatina**: avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. Rio de Janeiro: Rev, 1992.

LORENZI, F. Therezinha, et. al. **Manual de Hematologia Propedêutica e Clínica**. 3. ed. 2003.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria Básica**. 8. ed. Vol. I. São Paulo, 1992.

MATTOS, C. M. de A. **Etiologia e classificação das fissuras lábio-palatinas**. Monografia. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo. Bauru, 1990.

MELO, M. C. A. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.2, n. 2, p.137-142, maio/agosto 2002.

MENENDEZ, G.; ELIAS, M. C.; ITO, M. T. Padrões de ingestão alimentares x crescimento. **Pediatria Moderna**. São Paulo, v. 35, N.10, p. 810-812, out. 1999.

MONDOLIN, M. L. A. & CERQUEIRA, E. M. M. Etiopatogenia. In: ALTMANN, E.B.C. coord. **Fissuras labiopalatinas**. São Paulo: Pró-fono, 1994. 551 p.

MONTAGNOLLI, L. C.; ROCHA, C. M. G. **Manual de orientação sobre fissuras orofaciais**. Universidade de São Paulo. Bauru, 1990.

MONTANDON, E. M.; DUARTE, R. C.; FURTADO, P. G. C. Prevalência de doenças bucais em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. **Jornal Brasileiro de Odontopdiatria Odontol Bebê**. Curitiba, v. 17, p. 68-73, jan/fev. 2001.

MONTEIRO, C. A. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo**. Hucite-Edusp, 1988. 165p.

MONTEIRO, C. A.; ROSA, T. A. C.; BENICIO, Maria d'a Helena. **Evolução da desnutrição, pobreza e do acesso a serviços públicos em dezesseis estados**. São Paulo: Editora Hucitec Nupens/USP, 1995.

MOURA, F. R.; DIOGENES, A. M.; VARELA, M. V. Famílias migrantes vivendo na periferia de uma grande metrópole: análise reflexiva sobre o papel do enfermeiro. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 21, n.1 Ciudad de la Havana ene.adr. 2005.

NAGEM FILHO, H.; MORAES, N.; DA ROCHA, R. G. F. **Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatinas na população escolar de Bauru**. Fac Odont Univ São Paulo, v.6, n2,p.111-128, abr./jun. 1968.

NETO, J. G. B. Genética das fissuras labiopalatinas. In: CARREIRÃO, S., ZANINI, S. A. **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rev, 1996. Cap. 5. p. 31-4.

NEVES, A. C. C.; MONTEIRO, A. M.; N G, H. G. **Prevalência das fissuras labiopalatinas na Associação de fissurados Labiopalatinos de São José dos Campos/S.P.** V.8 n2 Setembro, 2002.

NGUYEN, P. N; SULLIVAN, P. K.; **Issues and Controversies in the Management of Cleft Palate**. Clinics in Plastic Surgery, 20(4), p. 671- 82, oct., 1993.

OLIVEIRA, M. I. Jornal de pediatria. **Anemia em crianças e adolescentes**. v.78; n.4 julho/agosto 2002

PACHI, P. R. Aspectos Pediátricos. In: ALTMANN, E. B. C. coord. **Fissuras Labiopalatinas**. São Paulo: Pró-fono, 1994. 551p.

PERES, S. P. B. A. **Primeiros Cuidados com a criança Portadora de Fissura**. Alimentação e Higiene. Bauru: HPRLLP, 1998.

PERNETE, C. et. al. **Alimentação do lactente sadio**. São Paulo: Sarvier, 1981.

_____. **Alimentando uma criança portadora de lesão lábio-palatal: primeiro ano de vida**. São Paulo: Nutri Vitae, 1999. v.2, n.2,

PINI, Genovez Juliana.; PERES, ALMEIDA, Barros Pioto Suely de. **Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: Aleitamento e introdução Alimentar**. v.14, n.3, setembro/dezembro, 2001.

PNAN. Política Nacional de Alimentação e Nutrição/ Ministério da Saúde. **Secretária de atenção à saúde**. Departamento de atenção básica. 2. ed. Revista - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PORTINHO, F. et. al., Tratamento das Fissuras Labiopalatinas. **Alterações otológicas nos pacientes com fissura palatinas**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. Cap. 4, p. 25.

PREVALÊNCIA da amamentação em crianças menores de dois anos vacinados nos centros de saúde. **Revista nutrição**, v.17 nº 1. Campinas, jan/março, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 10 de fev. 2005.

PRUZANSKY, S. Time: The fourth dimension in syndrome analysis applied to craniofacial malformations. **Birth Defects Original Article Series**, 13:3-22,1977.

RICCO, R. G.; LUIZ, A. D. C.; CARLOS, A. N. A. Puericultura: **Princípios prática: Atenção integrada à saúde da criança**. São Paulo: Atheneu, 2003.

RIVERA, M. A.; COSTA. M. J. C. **A nova nutrição**: Editora Universitária, s/ed. João Pessoa, 2000.

ROBERTO, M. S.; ELSA R. J. GIUGLIANI. **Investigação de grupos mais vulneráveis à desnutrição infantil pela medição do nível de pobreza**, *Jornal de Pediatria*, v.73, nº 2, Março/Abril 1997.

ROHRICH, R. J.; ROWSELL, A. R.; JOHNS, D. F.; DRURY, M. A.; WATSON, D. J.; **Timing of Hard Palatal Closure**: a Critical Long-Term Analysis, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 98(2), p. 236-46, Aug., 1996.

RUIZ, M. A. S. et. al. Anomalias dentarias em la dentadura decídua em pacientes portadores de fissura completa unilateral de lábio y paladar. **Rev. Fac Odontol Uni Chile**. V.17, n.12, p. 35-41, jul/dic. 1999.

SALZANO, F. M. **SAÚDE PÚBLICA no primeiro e terceiro mundo**: desafios e perspectivas. *Ciência Saúde Coletiva* 2002. p.7-16.

SANTOS, G. G. **Padrões da fala de indivíduos com fissuras labiopalatina**: Análise pré e pós-operatória. Dissertação de Mestrado-Universidade de Tuiuti do Paraná - Mestrado em Distúrbios da Comunicação, 2000.

SAWAYA A. L.; SOLYMOS,G. M. B. **Vencendo a Desnutrição na família e na comunidade**. São Paulo: Salus Paulista, 2002.

SIEGEL, S. **Estatística Não-Paramétrica**: para as ciências do comportamento. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1956.

SMITH, W. L.; ENRENGERG, A.; NORWAK, A. **Imaging evaluation of the human nipple during breastfeeding**. *Am J Dis Child*, v. 142, p. 76-78, 1988.

SOUZA, E. J. P. S. Pobreza Desnutrição e Mortalidade Infantil. **Condicionantes socioeconômico Fortaleza**: Fundo das Nações Unidas para a infância /Instituto de planejamento do Ceará, 1992.

SOUZA FREITAS, J. A. de. **Centro de pesquisa e reabilitação de lesões labiopalatais**. Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, 1973.

_____. **Hospital de Pesquisa e Reabilitação de lesão Lábio-Palatais**. Bauru, 1979.

SOUZA, Sonia Buongermino de. Anemia no primeiro ano de vida em relação ao aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.1, p. 15-20, fev.1997.

SPINA, V.; PSILLAKIS, J. M.; FERRERA, M. C. Classificação das fissuras Labiopalatinas: Sugestão de modificação. **Revista Hosp. Clin. Fac. Méd.** São Paulo, 1972. v.27, n.1, p.5-6.

SPINA, V. **A Proposed Modification for the Classification of Cleft Lip and Cleft Palate**. Cleft Palate Journal, v.10, p. 251-2, 1973.

SZARFARC, SOHIA. C.; SOUZA, SONIA B.; SOUZA, JOSÉ M. P. **Anemia no primeiro ano de vida em relação ao aleitamento materno**. Ver. Saúde Pública, v.31, n.1, Fev. 1997.

THOMÉ, S. **Estudo da prática de aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato**. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1990. 245p.

TRINDADE, I. E. K., TRINDADE JUNIOR, A. S. Avaliação funcional da inadequação velofaríngea. In: Carreirão S. Lessa S, \anini AS, editor. **Tratamento das Fissuras Labiopalatinas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter: 1996. p. 223-35.

UNICEF - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Aconselhamento em amamentação**, 1993.

_____. **Situação mundial da infância.** Brasília (DF): 1998.

VASCONCELOS, B. C. E.; SILVA, E. D. O.; PORTO, G. G.; PIMENTA, F. C.; MELO, P. H. N. B. Incidências de malformações congênitas labiopalatinas. **Rev. cir. traumat. Buço maxilo-facial**, v.2, p. 41-46, jul/Dez-2002.

VICENTE, M. C. Z.; BUCHALA, R. G. **Atualização da terminologia de distúrbios articulatorios encontrados em falantes portadores de fissura de lábio e palato.** Dist. Comum. v. 4, n.2, p. 147-152, out. 1991.

VICENTE, M. F. M. R. et. al. **Fissuras Labiopalatinas.** In: ALTMANN.C.B.E. 1994.

WALTHER; HOUSTON. **Manual de ortodontia.** 5. ed. São Paulo: Livraria Santos, 1999.

WEBWE, F.; WOOLRIDGE, M. W.; BAUM, J. D. **An ultrasonographic study of the organization of sucking and swallowing by newborn infants.** Dev Med Child Neurol. V. 28, p. 19-24, 1986.

WHALEY & WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica:** Elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999. p. 742.

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

WOISKI, J. R. **Nutrição e dietética em pediatria.** 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1994.

APÊNDICE A

FORMULÁRIO

- a) Nome: _____ cad: _____ Pront: _____
 b) Local de Nascimento: _____ Fone: _____
 c) Data de Nascimento: _____ Idade: _____ sexo: 1- M 2- F
 d) Peso ao nascer: _____ Est. _____
 1 - >2.500 Kg 2 - <2.500 Kg 3 - >3.000 Kg
 Data 1 : _____ Peso 1 _____ Estatura1: _____ Idade: _____
 Data 1 : _____ Peso 1 _____ Estatura1: _____ Idade: _____
 Data 1 : _____ Peso 1 _____ Estatura1: _____ Idade: _____
 Data 1 : _____ Peso 1 _____ Estatura1: _____ Idade: _____
 Data 1 : _____ Peso 1 _____ Estatura1: _____ Idade: _____
 Data 1 : _____ Peso 1 _____ Estatura1: _____ Idade: _____

<p>e) Vacinas:</p> <p>1 - BCG</p> <p>2 - DPT</p> <p>3 - HP</p> <p>4 - Sabin</p> <p>5 - Sarampo</p>	<p>f) Procedência:</p> <p>1 - Urbano</p> <p>2 - Rural</p>
<p>g) Antecedentes familiares</p> <p>1 - Pai</p> <p>2 - Mãe</p> <p>3 - Tios</p> <p>4 - Primos</p> <p>5 - Nega</p>	<p>h) Alimentação: Idade:</p> <p>1 - Mingau-----</p> <p>2 - Maisena-----</p> <p>3 - Arrozina-----</p> <p>4 - F. Láctea-----</p> <p>5 - F. Mandioca-----</p> <p>6 - Mucilon-----</p> <p>7 - Papa de Fruta-----</p>
<p>i) Leite Materno:</p>	

- 1 - Sim. Quanto tempo? _____
 2 - Não.

- 8 - Cremogema-----
 9 - Outros-----

l) Nível socioeconômico

- 1 - > 1 S.M.
 2 - < 1 S.M
 3 - = 1 S.M
 4 - > 2 S.M
 5 - Outros

j) nº de pessoas na residência:

- 1 - 2 Pessoas
 2 - 3 a 4 pessoas
 3 - 5 Pessoas
 4 - > 6 Pessoas

<p>m) Classificação das fissuras</p> <p>1 - Pré-forame Unilateral 2 - Pré-forame Bilateral 3 - Fissura pós-forame incompleta 4 - Fissura pós-forame completa 5 - Fissura pré e pós-forame Unilateral 6 - Fissura pré e pós-forame Bilateral 7 - Fissura Transforame Unilateral 8 - Fissura Transforame Bilateral 9 - Fissura Mediana 10 - Fissura rara da face 11 - Outros</p>	<p>q) Condições de moradia</p> <p>1 - Água encanada 2 - Luz 3 - Fossa 4 - Lixo coletado 5 - Casa Própria 6 - Saneada 7 - Casa Cedida 8 - Outros</p>
<p>n) Cirurgia realizada</p> <p>1 - Queiloplastia 2 - Palatoplastia</p> <p>Idade:</p> <p>1 - > ou = 3 meses 2 - > ou = 6 meses 3 - < 1 ano 4 - acima de 1 ano</p>	<p>s) Pré-Natal</p> <p>1- Sim 2- Não</p> <p>T) Uso de Medicação:</p> <p>1- Sim 2- Não Qual? _____</p> <p>U) Nº de Cômodos:</p>
<p>o) Malformação Associada:</p> <p>1 - Sim 2 - Não Qual? _____</p>	<p>1- <4 2- =5 3- >6</p>

<p>r) Morbidade:</p> <p>1 - Otite 2 - Gripe 3 - Anemia 4 - DIC 5 - Cardiopatia 6 - Diarréia 7 - Dermatite</p>	
<p>p) Escolaridade dos pais</p> <p>1 - Analfabeto 2 - Alfabetizado 3 - 1º Grau 4 - 2º Grau 5 - 3º Grau</p>	

APÊNDICE B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

*Eu, Lindalva Alves de Oliveira, aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem, mestrado, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado, **PERFIL NUTRICIONAL E SÓCIO-ECONOMICO DAS CRIANÇAS DE 0-2 ANOS SUBMETIDAS A CIRURGIAS DE FISSURAS LABIOPALATINAS.***

O objetivo desta pesquisa é investigar o crescimento das crianças de 0-2 anos, portadoras de fissuras Labiopalatinas. Os dados serão coletados dos prontuários, no SAME do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Esta investigação terá grande relevância para a instituição e beneficiará o serviço. Após o término do trabalho, todos os resultados serão informados ao serviço e poderão ser publicados em revistas ou quaisquer outros meios científicos de divulgação, mas sempre preservando o anonimato das informações, conforme a Resolução 196/96, que envolve a pesquisa com seres humanos.

Diante do exposto, solicito a autorização, do Sr. Coordenador do SAME, para que seja realizada a referida investigação.

Ressalta-se que os dados obtidos não poderão ser usados para outros fins que não os previstos nesta pesquisa.

João Pessoa, 02 de Dezembro de 2004.

Nome da Pesquisadora, 3216-7109

Coordenador do SAME, HULW

ANEXO A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Número do Processo: 005/05

Título do Projeto: Perfil nutricional e socioeconômico das crianças de 0 a 2 anos submetidas a cirurgias de Fissuras Labiopalatinas.

Pesquisador (a) Responsável: Lindalva Alves de Oliveira

Curso de Origem: Enfermagem

Relator(a): Maria Eliane de Araújo Moreira.

PARECER

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada em 29/03/05, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa acima especificado.