Fabiane Higo

Evolução do estado nutricional de pacientes portadores de fissura de palato com ou sem fissura de lábio

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina Universidade de São Paulo para
Obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Pediatria
Orientador: Dr. Ary Lopes Cardoso

São Paulo
2006

Fabiane Higo

Evolução do estado nutricional de pacientes portadores de fissura de palato com ou sem fissura de lábio

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina Universidade de São Paulo para
Obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Pediatria
Orientador: Dr. Ary Lopes Cardoso

São Paulo
2006

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, pela sempre sabedoria e lição de vida.

À minha mãe, pelo constante apoio e amor.

Aos meus irmãos e cunhado, Eliana, Renata, Alexandre e Adriano pelo incentivo, saber, praticidade e otimismo.

Ao Dr. Ary Lopes Cardoso, meu mestre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar meus passos.

Ao meu orientador, Dr. Ary Lopes Cardoso, obrigado pela orientação e confiança para a realização deste trabalho; este mérito também é seu! Com o senhor, tive o privilégio de estudar, aprender e compartilhar de um grande momento como este. Agradeço novamente pela pessoa especial que é.

Ao Diego pela compreensão e amor, sempre dedicado e disposto.

Aos meus amigos, pelo apoio e auxílios sempre prestados com tanta boa vontade neste importante passo de minha realização profissional.

À bibliotecária Mariza, pelo incentivo e auxílio no material bibliográfico e referências.

Às nutricionistas Suely e Eliane, pelo exemplo de trabalho profissional e pessoal.

Aos funcionários da FUNCRAF – Santo André e Bauru, que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão do projeto.

Aos professores da USP, que tão bem souberam transmitir através de seus ensinamentos, suas experiências e saber.

Aos meus familiares, que sempre demonstraram preocupação e interesse pelo meu trabalho desenvolvido.

Aos pais dos pacientes participantes do estudo, pela disposição e colaboração que deram oportunidade de realizar este trabalho.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de símbolos e siglas	
Lista de tabelas	
Resumo	
Summary	
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	11
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	13
3.1 Identificação e antecedentes.....	16
3.2 Avaliação clínica, nutricional e história alimentar.....	16
3.3 Sócio-econômico-cultural.....	19
3.4 Orientação da nutricionista no seguimento.....	19
3.4.1 Questões relacionadas às dúvidas mais freqüentes.....	22
3.4.1.1 O meu filho pode mamar ao seio se ele tem uma fissura?.....	22
3.4.1.2 Acredito que meu filho não esteja mamando bem! Como posso ter certeza disso?.....	22
3.4.1.3 Apesar de todas as orientações, meu filho não ganha peso adequadamente!.....	23
3.4.1.4 Quais são as restrições que meu filho terá em termos de receber alimentos mais consistentes à medida que vá crescendo?.....	23
4 RESULTADOS.....	25
4.1 Identificação.....	26
4.2 Avaliação antropométrica.....	30
5 DISCUSSÕES E CONCLUSÕES.....	34
6 ANEXOS.....	40
7 REFERÊNCIAS.....	58

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

C – Comprimento

CB – Circunferência de braço

DCT – Dobra cutânea tricipital

E/I – relação Estatura e Idade

Fem. – Feminino

FL – Fissura labial

FP – Fissura palatal

FUNCRAF – Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades
Crânio-Faciais

HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Masc.- Masculino

NCHS - *National Center for Health Statistics*

P – Peso

P/E – relação Peso e Estatura

P/I – relação Peso e Idade

RDA – *Recommended Dietary Allowances* (Necessidades dietéticas
recomendadas)

SUS – Sistema Único de Saúde

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Casuística do estudo – sexo e tipo de fissura.....	15
TABELA 2 – Média de idade na 1ª e última consultas.....	26
TABELA 3 – Identificação do paciente – dados referentes à gestação, às mães, renda familiar e tipo de moradia e localização – na 1ª consulta.....	27
TABELA 4 – Uso do leite materno.....	28
TABELA 5 – Tipo de leite utilizado quando da 1ª consulta.....	29
TABELA 6 – Percentual da ingestão de energia e de macronutrientes de pacientes do GLP, na fase pré e pós-operatória da correção labial.....	30
TABELA 7 – Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos à admissão.....	30
TABELA 8 – Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos do GLP na fase pré e pós-operatória de lábio.....	31
TABELA 9 - Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos do GP na fase pré e pós-operatória de palato.....	32

RESUMO

Higo F. Evolução do estado nutricional de pacientes portadores de fissura de palato com ou sem fissura de lábio. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 63 p.

Introdução: a atuação da Nutricionista na orientação das famílias de crianças fissuradas nem sempre é percebida de maneira adequada, uma vez que o seu papel fica diluído na atuação de toda a equipe interdisciplinar de profissionais que atuam no tratamento da criança. *Objetivo:* descrever a evolução antropométrica de lactentes portadores de fissuras lábiopalatais acompanhados por equipe interdisciplinar em ambulatório especializado destacando o papel da nutricionista nesse contexto. *Métodos:* quarenta e três pacientes portadores de fissura de palato ou de lábio e palato preencheram os critérios para a entrada no estudo. A idade média à admissão foi de 1 mês e 5 dias; 24 eram do sexo masculino e 19 do sexo feminino. Foram obtidos os dados antropométricos (peso, comprimento, circunferência do braço, dobra cutânea tricipital, perímetro cefálico) à admissão. Posteriormente, durante o seguimento esses mesmos dados foram obtidos antes da cirurgia do lábio (em média aos 8 meses) e antes da cirurgia do palato (em média aos 17 meses). Calcularam-se os escores Z de Peso/Idade, Estatura/Idade e Peso/Estatura, assim como aqueles para circunferência do braço e dobra cutânea tricipital. As tabelas do NCHS (1976) foram utilizadas para esses cálculos. Um recordatório de 24hs de um grupo de crianças por ocasião da cirurgia de lábio e o cálculo do valor de energia e macronutrientes utilizando-se o software Virtual Nutri (Philippi et al., 1996) comparando com padrões de referência de DRI/2002 foi elaborado. Toda a orientação das dificuldades e do preparo de alimentos foi realizada pela nutricionista, autora do estudo. *Resultados e conclusões:* à admissão mais de 75% das crianças já não recebiam leite materno. A ingestão calórica e de macronutrientes tanto na fase pré quanto na pós-operatória de lábio era adequada. Notou-se aumento significativo da circunferência do braço e da dobra cutânea tricipital entre a admissão e a fase pré-operatória do lábio. Os valores médios dos escores Z de P/I, E/I e P/E não se modificaram nos períodos do estudo, permanecendo dentro de valores normais. Independentemente de dificuldades sócio-econômicas as diversas famílias superaram as dificuldades impostas nas diversas fases do tratamento, muito provavelmente devido à intervenção constante da equipe interdisciplinar, especialmente da nutricionista que acompanhou todas as dúvidas das famílias envolvidas.

Descritores: lactente, fenda labial, fissura palatina, estado nutricional, nutricionista, equipe de assistência ao paciente.

SUMMARY

Higo F. Progression of nutrition in patients with cleft palate with or without cleft lip. [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2006. 63 p.

Introduction: the nutritionist role in educating families with cleft palate children becomes unnoticed once its role blends with general education from the other professionals of the interdisciplinary team that takes care of the children. *Objectives:* description of anthropometric progression in infants with cleft palate by an interdisciplinary team in a specialized outpatient setting emphasizing the nutritionist role in this context. *Methods:* forty-three patients with cleft palate or palate and lip met the criteria to participate in the study. The average age at the beginning was one month and five days, 24 were male and 19 female. It was taken anthropometric data (weigh, length, arm circumference, triceps fold, cephalic perimeter) upon admission. Later, those same measurements were taken prior to lip surgery (average at 8 months) and before palate surgery (average at 17 months). Z Scores of weight/age, height/age, weight/ height, were calculated, so as arm circumference and triceps fold. The tables of NCHS (1976) were used to calculate them. By recording 24 hours of a group of children with lip surgery and calculations of macronutrients and the amount of energy using Virtual Nutri software (Philippi et al., 1996) comparing with references of DRI/2002 it was elaborated. All education about the difficulties and preparing the food was done by the nutritionist, author of the study. *Results and conclusions:* upon admission more than 75% of the children were not breastfed. The amounts of calories and macronutrients ingested either pre or post lip surgery was appropriate. There was a significant increase of arm circumference and triceps fold between admission and lip pre-operation phase. The average values of Z scores of W/A, H/A and W/H didn't change during the study, maintaining within the norms. Regardless social and economic difficulties all families overcome the obstacles throughout all phases of treatment, most likely due to the constant intervention from the interdisciplinary team, especially from the nutritionist who answered all questions from families involved.

Descriptors: infant, cleft lip, cleft palate, nutritional status, nutritionist, patient care team.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A fissura de lábio (FL) e/ou de palato (FP), também conhecida como fissura labial ou lábio leporino e a fissura de palato como fissura palatal ou goela de lobo, estão entre os defeitos congênitos mais freqüentes das crianças (Bowers et al., 1987). Ela (s) é (são) conseqüente (s) ao não fechamento das estruturas que normalmente formam o lábio e/ou palato entre as semanas 4^a e 12^a da gestação.

As fissuras de lábio e/ou palato ocorrem em 1 a cada 700 nascimentos nos Estados Unidos (Aduss et al. 1987), sendo que a maior incidência de fissuras ocorre nos americanos nativos, seguidos pelos orientais, com intermediária incidência em brancos e menor em negros (Yetter III, 1992).

No Brasil, D'Agostino e Jorge (1991) relatam que segundo indicadores epidemiológicos, 1 criança em cada 650 nascidas é portadora de fissura lábiopalatal. Supõem ainda que existam aproximadamente 18 mil indivíduos com fissura lábiopalatal só na cidade de São Paulo. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1996 relatam que o Brasil possui um total aproximado de 226 mil portadores de fissura de lábio e/ou palato, 5727 novos casos por ano, 477 por mês e 16 por dia.

Spina et al. (1972) classificam essas fissuras com base nos mais variados tipos de apresentações. Adotam como referência o forame incisivo que é o ponto de junção da região lábiopalatal. A figura abaixo mostra de maneira esquemática como é feita a classificação:

Quadro 1 - Tipos de fissuras lábiopalatais – (Spina et al., modificada)

FONTE: “Todas as faces do Centrinho”

Fissura pré-forame incisivo	Unilateral	Incompleta
		Completa
	Bilateral	Incompleta
		Completa
	Mediana	Incompleta
		Completa
Fissura transforame incisivo	Unilateral	
	Bilateral	
	Mediana	
Fissura pós-forame incisivo		Incompleta
		Completa
Fissura rara da face	Fissura desvinculada do palato	

As fissuras pré-forame incisivo podem ocorrer à direita, à esquerda, nos dois lados ou no meio, e podem atingir somente o lábio (incompleta) e a arcada dentária (completa). As fissuras transforame incisivo atingem todo o lábio e todo o palato. As fissuras pós-forame incisivo podem atingir somente o palato mole (incompleta) ou palato duro (completa). As fissuras raras da face podem ser oblíquas, transversais, do lábio inferior ou do nariz.

A incidência de fissuras de lábio e/ou palato se correlaciona a inúmeros fatores. Rival e David (2001) enumeram um sem número de fatores ambientais, o nível sócio-econômico-cultural, uso de drogas, de fumo, de álcool, idade gestacional avançada, uso de medicamentos durante o período da gestação, fatores nutricionais, fatores genéticos. Admite-se que a existência de casos familiares favoreça a maior possibilidade de que essa

família venha a ter outros descendentes acometidos (Pashley e Krause, 1981).

Em 1967 foi fundado na cidade de Bauru, interior de São Paulo um centro de pesquisa especializado na reabilitação de fissuras lábiopalatais: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) – conhecido como “Centrinho”. Trata-se de um hospital público, mantido pela Universidade de São Paulo e pelo Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). Além do tratamento especializado na reabilitação de anomalias craniofaciais, também atende pacientes portadores de deficiências auditivas e visuais, acometidos ou não de síndromes raras.

Em 1985 também em Bauru, surgiu uma entidade sem fins lucrativos - FUNCRAF (Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais) – criada para prestar serviços de assistência social gratuita na área da saúde. Essa fundação em parceria com o HRAC-USP desenvolveu um Programa de Descentralização com o objetivo de diminuir barreiras que dificultavam o acesso ao tratamento dos indivíduos portadores de deformidades faciais no Brasil. Hoje, em algumas cidades brasileiras como Campo Grande (MS), Itararé (SP) e Santo André (SP) já existem Unidades da FUNCRAF atendendo a esses pacientes.

O estudo que realizamos foi efetuado na Unidade de Santo André. Essa Unidade foi fundada em 1997, e desde o seu início colocou em prática a filosofia do trabalho voltado ao paciente fissurado e não apenas às fissuras desses pacientes.

Toda a abordagem do paciente é feita por uma equipe interprofissional que faz a avaliação diagnóstica e traça o plano terapêutico de forma conjunta. A equipe compreende vários profissionais: pediatra, otorrinolaringologista, dentista, fonoaudiólogo, nutricionista, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Esse grupo observa e julga as fases do desenvolvimento bio-psico-social e o contexto familiar em que a criança está inserida e busca fornecer individualmente uma assistência global para cada paciente. Apenas o conhecimento sobre o acometimento fisiológico que cada tipo de fissura pode proporcionar à criança não é suficiente para apoiar uma proposta definitiva de tratamento clínico e cirúrgico a cada uma delas. As orientações dadas visam a não só explicar os aspectos que envolvem a presença da fissura como também amenizar a angústia e ansiedade da família, sinalizando com as possíveis soluções que certamente poderão ser dadas para cada paciente e sua família (Lago e Nunes, 2002). Dentre as principais alterações que são sempre individualizadas estão aquelas relacionadas com a alimentação desses pequenos pacientes (Araruna e Vendruscolo, 2000).

A paciência e a persistência são requisitos indispensáveis que precisam ser apreendidos pelos pais e responsáveis por essas crianças. Muitos autores discorrem sobre este aspecto e alguns estudos mais marcantes devem ser comentados:

Em 1986, Balluff descreve o comprometimento do crescimento e desenvolvimento de crianças fissuradas, atribuindo grande responsabilidade

aos aspectos relacionados com a pouca ou nenhuma participação dos pais no problema, às reações negativas dos mesmos e até à rejeição da criança.

Em 1998 Carlisle, na Inglaterra, relata o trabalho de mais de 50 equipes de atendimento que atuavam no Reino Unido, de maneira independente, no atendimento desses pacientes. Muitas normas e condutas não eram devidamente controladas e diversas atitudes terapêuticas eram baseadas em experiências pessoais que não contribuíam para o melhor atendimento desses pacientes. Isso acontecia principalmente nos aspectos concernentes à maneira de alimentar as crianças.

Araruna e Vendruscolo em 2000, analisam diversos estudos relacionados com as dificuldades da alimentação dos pacientes fissurados e concluem que os aspectos envolvidos nos cuidados da alimentação da criança fissurada sempre abrangem situações complexas envolvendo relações sociais, afetivas, econômicas e culturais, além das dificuldades próprias da anatomia das fissuras. Citam ainda a necessidade de se conhecer outros fatores que implicam na relação afetiva entre mãe – filho, na discriminação social da criança mal formada, na dificuldade de alimentar e cuidar da criança.

Algumas causas relacionadas à fisiologia do movimento da boca, língua, coordenação de mastigação e deglutição são muito discutidas em estudos de Brine et al., (1994), Trenouth e Campbell (1996) e Oliver et al. (1997). Esses autores consideram a ineficiência da pressão intraoral negativa como o fator principal da dificuldade do aleitamento materno. O maior ou menor grau de dificuldade desses lactentes em se adaptar aos

métodos de alimentação, às quantidades e aos horários das refeições, sempre estiveram correlacionados à possibilidade de que houvesse comprometimento do crescimento e desenvolvimento desses pacientes.

Seth e McWilliams (1988) comparam o ganho de peso nos primeiros dois anos de vida de 77 crianças com fissura de palato com crianças normais. Cada criança foi examinada uma vez por mês nos primeiros 6 meses de vida e bimestralmente nos 6 meses seguintes e depois, pelo menos uma vez a cada 3 meses. Houve um ganho de peso maior no grupo de meninos, e essa diferença não foi atribuída a nenhum fator isoladamente. Maior número de intercorrências infecciosas, principalmente de ouvido médio, nas meninas foi o único dado significativo.

Felix-Schollaart et al. (1992), comparando um grupo de crianças com fissura lábiopalatal com um grupo controle sem fissura, mostram que as dificuldades alimentares, as desordens intestinais e as infecções de vias aéreas foram mais freqüentes no grupo com fissuras. Isso, no entanto, não foi suficiente para causar diferenças em ganho de peso e na velocidade de crescimento entre os dois grupos. Tal fato é atribuído à maior atenção que os pacientes fissurados recebem, comparado com as crianças saudáveis, facilitando assim uma correção de rumo sempre que houvesse alguma intercorrência passível de interferir no desenvolvimento da criança.

Richard (1994) avalia a eficácia do método de alimentar crianças fissuradas conhecido como ESSR (enlarge, stimulate, swallow, rest) com métodos tradicionais e observou que as crianças em que esse método foi aplicado, têm maior ganho de peso que aquelas que são submetidas aos

métodos tradicionais. Alguns aspectos desse estudo devem ser lembrados como fatores limitantes de sua credibilidade: não mostra recordatórios que possam ser comparados; não comenta a possível introdução de outros alimentos que não apenas o leite e mingau; o uso de prótese no grupo ESSR pode estar influenciando a melhor ingestão desses pacientes; e a falta de instruções ao grupo que recebe alimentação tradicional.

Lee et al. publicam um estudo, em 1997, feito com 67 famílias que tinham filhos de até 4 anos de idade, portadores de fissura de lábio e/ou palato. Através de um questionário e medidas antropométricas observam que na fase pré-operatória imediata há sempre uma queda no ganho de peso e estatura, motivada pela falta de orientação da maioria dos pais no tocante a melhor maneira de alimentar os seus filhos. Faz-se necessária a presença da nutricionista na equipe multiprofissional que cuidava desses pacientes. Já na fase pós-operatória, houve boa recuperação e logo os dois grupos estavam equilibrados, não se notando mais diferenças significantes entre os pesos médios e estaturas.

Young et al. (2001) através de um questionário dirigido a pais de 38 crianças com fissura de lábio e/ou palato, sem síndromes, concluem que a pouca informação logo após o nascimento da criança e a dificuldade em receber orientação prática de como amamentar ou alimentar na mamadeira, ou até mesmo num pequeno copo, são os maiores problemas encontrados.

De maneira unânime os pais se queixam de que a falta de orientação ajuda a piorar o ânimo já abalado de quem recebe um filho malformado.

Montagnoli et al. (2005) observam o comprometimento de peso e comprimento de crianças com fissura lábiopalatal nos dois primeiros anos de vida. A restrição de crescimento é observada em todas as crianças do estudo, nos dois primeiros anos de vida. Esses autores utilizam o percentil 10 da referência NCHS (*National Center for Health Statistics*) como ponto de corte, para separar as crianças eutróficas das subnutridas. Fica claro que essa escolha permite que se encontrem muitos resultados falso positivos a favor da desnutrição. Se o escore Z fosse utilizado, provavelmente o resultado seria menos contundente. Ainda nesse estudo os autores ressaltam a importância das intervenções cirúrgicas precoces nos pacientes fissurados.

De um modo geral todos os estudos relacionados ao crescimento e ao desenvolvimento das crianças com malformações lábiopalatais chamam a atenção para o grande problema que elas enfrentam pelo fato de não se orientar as suas famílias quanto aos aspectos das dificuldades que irão se defrontar para alimentá-las. Na equipe interprofissional que atende esses pacientes a nutricionista tem papel relevante. A ela compete a avaliação das dificuldades, inerentes aos diferentes tipos de fissuras, principalmente alimentares, determinar as necessidades nutricionais da criança e definir possíveis problemas que poderão surgir com a alimentação. As famílias são

orientadas em todos esses aspectos, até mesmo quanto aos apetrechos a serem utilizados nas mamadas.

A avaliação nutricional, tanto do ponto de vista antropométrico, como do ponto de vista qualidade e quantidade de nutrientes, é feita com frequência. As discussões com o médico e com outros profissionais da equipe, no sentido de sanar as dificuldades e dúvidas quanto a melhor maneira de contribuir para incrementar o crescimento e desenvolvimento da criança, também é papel da nutricionista (Peres,1999). A grande maioria dos estudos realizados com pacientes fissurados deixa de comentar a participação desse profissional no caminho terapêutico desses pacientes, como no estudo de Curtin (1990). A descrição do seu papel e a sua contribuição na orientação de como melhor alimentar essas crianças são apresentadas neste estudo desenvolvido num ambulatório especializado.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Descrever a evolução antropométrica de lactentes portadores de fissuras lábiopalatais acompanhados por equipe interdisciplinar em ambulatório especializado.

Destacar o papel da nutricionista na orientação e seguimento das dificuldades relacionadas com a alimentação dessas crianças.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

O estudo foi realizado no ambulatório da FUNCRAF (Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio Faciais), sub-sede do HRAC-USP (Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais) de Bauru-SP, localizado em Santo André-SP, durante o período de 2003 a 2005.

Os critérios adotados para que a criança fosse incluída no estudo foram:

- ser portadora de fissura de palato com ou sem fissura de lábio;
- não possuir anomalias associadas;
- ter o consentimento por escrito dos pais ou responsável legal (Anexo A);
- ter até 3 meses de idade;
- assumir o compromisso de comparecer aos retornos por um período médio de 18 meses.

Os critérios de exclusão foram:

- presença de outras anomalias associadas;
- não concordância com o termo de consentimento;
- idade superior a 3 meses;
- dificuldade de se adequarem a uma regularidade no seguimento.

Foram acompanhadas 43 crianças (Anexo B), divididas em 2 grupos:

GLP - 29 crianças com fissura de lábio e palato;

GP - 14 crianças com fissura somente de palato.

No seguimento, após a correção da fissura do lábio em 29 crianças, o grupo GP passou a ser constituído por 43 crianças (as 14 originais do grupo de apenas fissura de palato e mais 29 do grupo de lábio e palato já operadas do lábio). Dessas 43 crianças, 6 acabaram por não ser operadas e, por isso, não foram consideradas na avaliação do pós-operatório.

Quanto ao sexo os pacientes foram assim divididos (Anexo C):

Feminino - dezenove pacientes (44%), sendo 10 portadoras de fissura de lábio e palato e 9 com fissura de palato.

Masculino - vinte e quatro pacientes (56%), sendo 19 com fissura de lábio e palato e 5 com fissura de palato (Tabela 1).

Tabela 1 – Casuística do estudo – sexo e tipo de fissura

	Feminino 19 (44%)	Masculino 24 (56%)
FP **	9 (47%)	5 (21%)
FL*+ FP	10 (53%)	19 (79%)

*FL = Fissura de lábio

**FP = Fissura de palato

Após serem identificados e matriculados, todos os lactentes passaram por avaliação clínica, fonoaudiológica, odontológica, social e nutricional, para a elaboração de um diagnóstico específico e também para se traçar um plano de tratamento.

Os aspectos abordados em todo o estudo, pela pesquisadora, foram os seguintes:

3.1. Identificação e antecedentes:

Nome, data de nascimento, sexo, raça, medidas antropométricas ao nascimento, idade da criança e da mãe, dados da gestação - tempo, tipo de fissura, doenças, medicamentos, intercorrências (Anexo D).

3.2. Avaliação clínica, nutricional e história alimentar:

Inicia-se com a avaliação do fonoaudiólogo que faz o diagnóstico do tipo de fissura, avalia funções do sistema estomatognático (sucção, mastigação, deglutição e respiração) e avalia a indicação dos exercícios miofuncionais quando necessário. Também posiciona a equipe quanto às características de cada criança no que se refere à aquisição e desenvolvimento da fala e audição.

O dentista faz avaliação e diagnóstico do tipo de fissura e orientações quanto à higiene bucal.

O pediatra é quem faz a avaliação do estado clínico e os outros diagnósticos da criança, além daquele relacionado à fissura.

O assistente social faz uma avaliação sócio-econômica-cultural; verifica como o paciente foi encaminhado e faz orientações quanto ao tipo de tratamento que será realizado na unidade e no HRAC.

A nutricionista efetua as medidas antropométricas e a história alimentar (Anexo D): aleitamento materno e/ou idade do desmame, técnica e composição alimentar, faz orientações quanto às mamadas (aleitamento materno ou artificial), postura e uso de utensílios. As primeiras condutas e as

eventuais mudanças durante o seguimento da criança passam obrigatoriamente por discussão com o médico responsável.

Do ponto de vista antropométrico avaliaram-se: peso (P), comprimento (C), dobra cutânea tricipital (DCT), circunferência do braço (CB) e perímetro cefálico (PC). Todas essas medidas foram obtidas pela nutricionista em todas as consultas realizadas, seguindo as normas do *National Center for Health Statistics* (NCHS - 1976).

- PESO: as crianças foram pesadas sem roupas em balanças tipo “pesa-bebê”, marca Filizola, com capacidade de pesagem até 15 kg e escala de divisões de 100 g.

- COMPRIMENTO: as crianças foram medidas com régua antropométrica de madeira, de 100 cm de extensão e precisão de 1 mm. Trata-se de uma haste de madeira fixa na extremidade zero e um cursor de madeira que desliza sobre a base (com escala métrica), indicando o comprimento. A criança foi colocada deitada em decúbito dorsal, sem sapatos nem adereços para cabelo. A parte superior da cabeça foi encostada na parte fixa e com a ajuda da mãe, fixou-se a cabeça da criança de modo que a linha dos olhos da criança ficasse em perpendicular com a superfície horizontal. Foram firmados os joelhos e em seguida realizada a leitura do comprimento.

- DOBRA CUTÂNEA TRICIPITAL: foi obtida através do compasso de dobras cutâneas Lange com escala até 60 mm e precisão de +/- 1 mm. A medida foi

feita no ponto médio entre o acrômio e o olécrano, na região posterior do braço. Foi tomada a dobra cutânea com o polegar e o dedo indicador da mão esquerda do pesquisador. Aplicou-se o compasso perpendicularmente ao eixo longitudinal da dobra cutânea medida. Após soltar o polegar da mão direita, contam-se 2 segundos e realiza-se a leitura do compasso. Foram realizadas 3 medidas e calculada a média.

- CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO: foi obtida com uma fita métrica flexível, milimetrada, no ponto médio do braço não dominante (esse ponto é a média da distância entre a extremidade da proeminência óssea do acrômio da escápula e a extremidade da proeminência óssea do olécrano da ulna). O braço estava relaxado e estendido ao longo do corpo e a medida foi obtida contornando a fita ao braço, aderida à pele.

- PERÍMETRO CEFÁLICO: foi obtida com uma fita métrica flexível, milimetrada e não extensível, posicionada no ponto mais saliente do occipital, passando pelo arco das sobrancelhas até chegar novamente ao ponto do occipital.

Com esses dados foi possível determinar o escore Z das relações peso/idade, estatura/idade, peso/estatura, da dobra cutânea tricipital e da circunferência do braço. Os escores Z foram calculados baseados nas curvas de crescimento para idade e sexo do NCHS (1976), com auxílio do programa Epi Info 6.0 (Dean et al., 1994), ou através da equação:

Escore Z = $\frac{\text{valor ideal} - \text{valor real}}{\text{desvio-padrão}}$

(Frisancho, 1993).

Com a história alimentar foram avaliadas: qualidade e quantidade dos alimentos, horários e as dificuldades técnicas da alimentação. Realizou-se um Recordatório de 24 horas. Através do programa de computador Virtual-Nutri (Philippi et al., 1996) determinou-se a quantidade de calorias ingeridas, e também aquela de proteínas, carboidratos e gorduras.

3.3. Sócio-econômico-cultural:

Utilizou-se um questionário para avaliar a constituição e algumas características da família (nome, parentesco, idade, escolaridade, profissão, renda), tipo de habitação e localização (zona rural ou urbana, moradia própria ou alugada, construção de tijolos ou madeira), presença de saneamento básico (Anexo D).

3.4. Orientação da nutricionista no seguimento:

O protocolo de correção cirúrgica adotado no HRAC é o de efetuar a correção labial (queiloplastia), em média, após o terceiro mês de vida, e do palato após os 12 meses. Para tal, a criança deve estar em bom estado geral, sem infecções ou quaisquer lesões nas áreas a serem operadas. Alguns exames laboratoriais são exigidos para que o ato cirúrgico seja efetuado: hemograma completo, parasitológico de fezes e urina tipo I.

Desde a primeira consulta o aleitamento materno é incentivado e caso a criança esteja impossibilitada de exercer pressão efetiva de sucção, o leite materno é ordenhado para ser oferecido na colher de sobremesa ou copinho. O manuseio do leite materno quanto à coleta e a sua conservação é explicado: a mãe deve coletar o leite após lavar as mãos e os seios. O manuseio deve ser delicado e a mamadeira deve estar lavada previamente. O armazenamento deve ser feito em geladeira caso seja utilizado nas próximas 24 horas, senão deve ser guardado em congelador. Ao utilizá-lo, aquecê-lo em banho maria. Na impossibilidade de se utilizar o leite materno preconiza-se o uso de leite de vaca modificado. Quando se tratar de fórmula de partida ou seguimento, o seu preparo é explicado. Caso contrário, utiliza-se o leite integral, fluído, especialmente após os 12 meses de idade. A orientação do armazenamento para transporte do leite é ressaltado em todas as consultas. O uso de colher e eventualmente de mamadeira (com bico ortodôntico de látex) muitas vezes é necessário e orientado. Nesses casos os horários e quantidades são discutidos sempre de maneira individualizada.

Àqueles que estão com aleitamento artificial ou misto, o suco é iniciado aos 2 meses e a introdução de alimentos sólidos se inicia aos 3 meses em média, com a papa de frutas, e aos 4 meses com as papas salgadas. A consistência dos alimentos vai sendo aumentada e espera-se que aos 12 meses as crianças já estejam aceitando a alimentação da família (Altmann 1997, Peres 1999). A introdução alimentar é orientada e supervisionada, no sentido de evitar que haja receio de se ofertar alimentos semi ou sólidos às crianças ainda não operadas do palato.

Após as correções cirúrgicas efetuadas, torna-se importante o papel da nutricionista no sentido de evitar que as dificuldades se acentuem e que haja comprometimento do estado nutricional da criança.

Diversas alternativas são discutidas com a família, no sentido de facilitar a ingestão daquilo que é nutricionalmente recomendado. A alimentação oferecida é liquidificada e peneirada, evitando, com isso, que pequenos pedaços possam atrapalhar a ferida cirúrgica. Usa-se dieta fria e isso é feito durante 30 dias, quando então lentamente vai se retornando à alimentação normal. Na cirurgia de palato, não se usam mamadeiras, sendo que toda a alimentação é dada por copo ou colher, em intervalos mais curtos que os costumeiros. Em geral nas cirurgias de lábio, as dificuldades são menores que aquelas observadas na cirurgia de palato, pois muitas crianças já estavam acostumadas com alimentos sólidos e apresentavam dificuldades em aceitar a dieta líquida necessária à recuperação do local cirúrgico e manutenção da saúde.

Após as primeiras consultas, já orientados e certos de como cuidar e alimentar seus filhos, os pais acabam por adquirir a segurança necessária para contribuir para o melhor desenvolvimento dessas crianças. Os retornos, dependendo das dificuldades, foram solicitados a cada 15 ou 30 dias, até à correção do palato. O critério dos intervalos também era discutido com a equipe acompanhante.

As orientações nutricionais foram realizadas com base nas informações das mães. Muitas vezes os “ensinamentos” das avós, vizinhos ou outros

familiares, tiveram que ser discutidos, uma vez que a interferência na melhor conduta poderia atrapalhar o bom seguimento do paciente. Assim, as orientações do protocolo do hospital sempre foram enfatizadas, na tentativa de proporcionar o melhor desenvolvimento da criança e permitir que o procedimento cirúrgico tivesse maior chance de sucesso (Welman e Coughlin, 1991).

3.4.1. Questões relacionadas às dúvidas mais freqüentes

O posicionamento da nutricionista frente às perguntas mais freqüentes foi o seguinte:

3.4.1.1. O meu filho pode mamar ao seio se ele tem uma fissura?

Dependendo da complexidade e tipo de fissura, o recém-nascido sem outras deformações congênitas associadas à fissura e com boa movimentação mandibular, pode ter condições de sugar o seio materno. Ele deve ser colocado ao seio materno e ser monitorado quanto às suas dificuldades e a sua saciedade. Ressalta-se nessa ocasião a importância do contato mãe-filho.

3.4.1.2. Acredito que meu filho não esteja mamando bem! Como posso ter certeza disso?

Muitas vezes existe grande dificuldade em gerar pressão intraoral negativa adequada para uma sucção eficiente. Avalia-se o ganho de peso e o estado clínico da criança e, muitas vezes, utiliza-se a oferta de leite

ordenhado que é oferecido em copinho ou colher. Enquanto isso o trabalho de melhorar a eficiência da sucção vai sendo elaborado na tentativa de que essa criança volte a sugar somente ao seio. No aleitamento artificial, normalmente é orientado o uso de mamadeira com bico ortodôntico e furo para cima e se necessário, oferta do leite na colher. O furo do bico deve estar de acordo com a força de sucção do bebê. Essa orientação é seguida juntamente com retornos freqüentes, inicialmente semanais, quando o peso e o estado clínico da criança são averiguados. A técnica alimentar é ressaltada e novas dúvidas são discutidas, assim como as possíveis soluções. Dentre estas, os engasgos freqüentes são corrigidos com paciência durante a mamada e pequenas pausas durante o procedimento.

3.4.1.3. Apesar de todas as orientações, meu filho não ganha peso adequadamente!

Se isso for constatado, parte-se para uma orientação de oferta de polímeros de glicose – 5 a 8 % e às vezes até de 3 a 5% de triglicerídeos de cadeia média (ou de óleo de milho). Esses nutrientes são acrescentados às mamadeiras e o acompanhamento clínico continua a ser o critério de avaliação do acerto ou não da conduta.

3.4.1.4. Quais são as restrições que meu filho terá em termos de receber alimentos mais consistentes à medida que vá crescendo?

O receio dos pais é contornado com a explicação de que a criança portadora de fissura lábiopalatal sem outras anomalias associadas costuma

ter funções tanto de mastigação como de deglutição normais, e por isso tem condições de receber os mesmos alimentos que uma criança sem fissura.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Todos os pacientes foram acompanhados pela pesquisadora, pessoalmente, em todas as consultas até que atingissem a idade média de 2 anos. Na tabela 2 estão a média e mediana de idade dos pacientes na primeira e última consultas (Anexo E).

Tabela 2 – Média de idade na 1ª e última consultas

	1ª consulta	Última consulta
Média	35 dias = 1m5d	716 dias = 23m26d
Mediana	36 dias = 1m6d	704 dias = 23m14d

As crianças com fissura de lábio e palato foram submetidas a pelo menos 2 correções cirúrgicas enquanto que aquelas com fissura somente do palato sofreram apenas uma intervenção.

4.1. Identificação

Na tabela 3 estão os dados obtidos na identificação dos pacientes, além de outros referentes a características sócio-econômicas das famílias. São os dados relacionados a tempo de gestação, idade das mães por ocasião do nascimento, número de pessoas que moravam em casa, localização e tipo de moradia, além da renda média mensal das famílias (Anexo F).

Tabela 3 – Identificação do paciente – dados referentes à gestação, às mães, renda familiar e tipo de moradia e localização – na 1ª consulta

Idade gestacional média e variação (semanas)		37 (35 a 42)
Idade média da mãe no parto (anos)		25 (15 a 36)
Nº médio de pessoas na casa		3,5 (2 a 7)
Renda média < R\$ 1000,00		28 famílias
Moradia (% de crianças)	Zona urbana	98
	Zona rural	2
	Própria/agregada/alugada	67/14/19
	Tijolos	100
Localização (nº de crianças)	São Paulo	12
	Santo André	5
	São Bernardo do Campo	4
	Mauá	4
	Outros	18

Na tabela 4 estão os resultados do questionamento feito às mães quanto ao uso do leite materno (Anexo G). Apenas duas crianças (5%) não receberam leite materno. Um percentual relativamente alto (93%) iniciou a alimentação com o leite materno, no entanto, apenas cinco dessas crianças completaram os 30 dias de vida ainda com o leite materno ordenhado e apenas uma recebeu leite ordenhado até os 2 meses de idade. Nenhuma delas continuou a receber o leite materno após os 2 meses de idade.

Tabela 4 - Uso do leite materno

Leite materno	n (%)
Nenhum	2 (5%)
Ordenhado exclusivo de 1 dia de vida a 1 mês	40 (93%)
Ordenhado exclusivo de 1 a 2 meses	1 (2%)
Leite materno após 2 meses	0

Na tabela 5 está detalhado o tipo de leite que as crianças recebiam e eventuais produtos complementares, quando chegaram à primeira consulta (Anexo H):

- quatro crianças (9%) estavam sugando o seio materno e vinham perdendo peso. Como estavam com peso abaixo daquilo que seria esperado pelos pesos anteriores, houve necessidade de complementar com leite materno ordenhado ou fórmula de leite de vaca modificado.
- duas outras recebiam leite materno exclusivo, mas ordenhado e oferecido em chuquinha ou mamadeira. Essas crianças vinham mantendo o peso do nascimento.
- sete crianças recebiam leite materno ordenhado e complementação com fórmula de leite de vaca modificado, enquanto
- outras duas eram complementadas com leite de vaca integral.
- quinze crianças (35%) chegaram à primeira consulta utilizando fórmula de leite de vaca modificado e outras 13 (43%) recebiam leite de vaca integral por essa ocasião.

Após a orientação da nutricionista, nove delas mantiveram o uso de leite de vaca integral por absoluta impossibilidade de adquirir o produto

formulado. O uso de engrossantes era utilizado por nove pacientes ao chegarem à primeira consulta (21%) – sendo os mais utilizados: Arrozina, Cremogema, Mucilon. Após orientação muitas delas diminuíram o uso desses produtos.

Tabela 5 – Tipo de leite utilizado quando da 1ª consulta

LEITE	1ª CONSULTA	
	N	OBSERVAÇÕES
LM exclusivo	4 (9%)	Com perda de peso
LM ordenhado exclusivo	2 (5%)	Pouco ganho de peso
LM + LVM	7 (16%)	
LM + LV	2 (5%)	
LVM	15 (35%)	
LV	13 (43%)	4 (31%) mudaram para LVM
Engrossante	9 (21%)	Arrozina, Cremogema, Mucilon

Nota: LM = leite materno; LV = leite de vaca; LVM = leite de vaca modificado

Um Recordatório de 24 horas foi feito por mães de 28 pacientes, nas fases pré e pós-operatória do GLP, quando da época da correção labial.

A idade média das crianças, nessa ocasião, era de 6 meses (variando de 2 a 13 meses) e quando da fase pós-operatória era de 8 meses (variando de 3 a 16 meses). A ingestão calórica na fase pré-operatória era de 168 kcal/kg/dia, com distribuição calórica percentual de proteínas, carboidratos e gorduras, respectivamente de 15%, 50% e 35% (Anexo I). No pós-operatório a média de ingestão calórica foi de 153 kcal/kg/dia, e a distribuição calórica

percentual dos macronutrientes foi de 15% de proteínas, 52% de carboidratos e 33% de gorduras (Anexo J) (tabela 6).

Tabela 6 – Percentual da ingestão de energia e de macronutrientes de pacientes do GLP, na fase pré e pós-operatória da correção labial

		Idade (m)	Calorias kcal/kg/dia	Proteína %	Carboidrato %	Gordura %
Média	pré	6 (2-13)	168	15	50	35
	pós	8 (3-16)	153	15	52	33

4.2. Avaliação antropométrica

Na tabela 7 estão os dados referentes aos escores Z e desvios padrão de P/I, E/I, P/E, CB e DCT dos dois grupos de crianças ao serem consultadas quando da sua admissão (Anexo L):

Tabela 7 – Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos à admissão

Escore Z	GLP n=29		GP n=14	
P/I	-0,48	+/-1,12	-0,57	+/-1,03
E/I	-0,73	+/-1,10	-0,77	+/-1,16
P/E	0,05	+/-0,86	-0,10	+/-0,92
CB	-2,17	+/-1,34	-2,18	+/-1,00
DCT	-0,80	+/-0,83	-0,83	+/-0,55

Na tabela 8 estão os escores Z médios e desvios padrão de P/I, E/I, P/E, CB e DCT das 29 crianças quando foram para a cirurgia de correção de lábio, o que ocorreu em média aos 8 meses de idade, com variação de 3-14 meses. Estão apresentadas as médias das medidas obtidas em torno de 3 semanas anteriores à cirurgia (Anexo M), e as médias obtidas após um período de 3 semanas da cirurgia (Anexo N).

Tabela 8 – Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos do GLP na fase pré e pós-operatória de lábio

Escore Z	GLP n=29			
	3 semanas pré-operatório		3 semanas pós-operatório	
P/I	-0,15	+/- 0,73	-0,20	+/- 0,87
E/I	-0,52	+/- 0,76	-0,46	+/- 0,76
P/E	0,32	+/- 0,95	0,20	+/- 0,98
CB	-0,12	+/- 0,89*	0,08	+/- 0,91*
DCT	0,20	+/- 0,67*	0,13	+/- 0,70*

* diferença significativa em relação à admissão

Nota-se a melhora dos parâmetros que representam os territórios muscular e gorduroso, traduzidos pela circunferência do braço e dobra cutânea tricipital respectivamente, entre os períodos de chegada às consultas e nos períodos pré e pós-operatório.

Na tabela 9 estão os escores Z médios e desvios padrão de P/I, E/I, P/E, CB e DCT das 37 crianças quando foram para a cirurgia de correção de palato, o que ocorreu em média aos 17 meses de idade com variação de 13-27 meses. Estão apresentadas as médias das medidas obtidas em torno de

3 semanas anteriores à cirurgia (Anexo O), e as médias obtidas após um período de 3 semanas da cirurgia (Anexo P).

Tabela 9 – Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos do GP na fase pré e pós-operatória de palato

Escore Z	GP n= 37			
	3 semanas pré-operatório		3 semanas pós-operatório	
P/I	-0,13	+/- 0,98	-0,28	+/- 1,02
E/I	-0,35	+/- 1,02	-0,29	+/- 1,04
P/E	0,17	+/- 0,86	-0,09	+/- 0,94
CB	0,45	+/- 0,77*	0,29	+/- 0,80*
DCT	-0,23	+/- 0,55*	-0,47	+/- 0,57*

*diferença significativa em relação à fase pré e pós-operatória de lábio

Testados esses resultados das tabelas 7, 8 e 9 constatamos que houve aumento significativo do escore Z das circunferências do braço na admissão em relação à fase pré-operatória de lábio dos dois parâmetros, mostrando que houve um acréscimo tanto de tecido muscular quanto de tecido gorduroso e notamos que entre a fase pré-operatória de lábio com a fase pré-operatória de palato houve um acréscimo do território muscular e um decréscimo significativo do território gorduroso. Isto muito provavelmente se deveu ao fato de que o número de crianças consideradas no período do pré-operatório de lábio era de 29 crianças e isso foi somado às crianças com fissura de palato integrando um grupo de 37 que foi testado. Provavelmente estas crianças que se somaram a esse grupo eram as que tinham ainda

grande diminuição de tecido gorduroso, o que justifica essa diferença significativa encontrada.

DISCUSSÕES E CONCLUSÕES

5. DISCUSSÕES E CONCLUSÕES

O desenvolvimento antropométrico e nutricional de crianças portadoras de fissura de palato com ou sem fissura de lábio pode ser otimizado desde que o seu seguimento seja efetuado precocemente nas suas vidas.

Neste estudo um grupo de crianças fissuradas foi acompanhado periodicamente por uma equipe interdisciplinar desde os primeiros meses de sua vida. Embora todas trouxessem através de suas famílias uma série de resistências, dificuldades de manejo e muitas vezes desânimo e impaciência diante dos problemas que estas crianças mostravam, houve possibilidade de orientar as famílias no cuidado de seus filhos e evitar assim que evoluíssem com comprometimento do estado nutricional mais grave até à correção labial ou palatal.

Muitos autores descreveram que as crianças fissuradas frequentemente apresentam distúrbios no seu desenvolvimento relacionado tanto ao ganho de peso quanto ao ganho de estatura em virtude das dificuldades relacionadas à ingestão de alimentos. Young et al. (2001) mostram em seus estudos que os pais se queixam da falta de orientação, o que piora o ânimo já abalado da família e dificulta ainda mais os cuidados com o filho fissurado. Avedian e Ruberg (1980) referem que as crianças com fissura apresentam déficit de peso e comprimento, mas com as orientações precoces e assistência apropriada de uma equipe especializada, passam a ter condições de prevenir o comprometimento de ganho de peso e comprimento.

Jones (1988) e Seth e McWilliams (1988) também ressaltam o papel da equipe interdisciplinar no seguimento dessas crianças fissuradas, e principalmente o fato de que esse fosse o mais precoce possível para que os resultados obtidos fossem os melhores.

Um outro fator preocupante era saber se os aspectos sócio-econômico-culturais das famílias das crianças do estudo tinham alguma importância no sentido de interferir no seu desenvolvimento. Pôde-se observar pelos dados que foram obtidos, que tanto a idade gestacional quanto o número médio de pessoas na casa representavam famílias de classe média baixa que tiveram um seguimento gestacional aparentemente adequado. As mães não eram muito jovens e as famílias habitavam predominantemente casas com algum conforto na zona urbana. Os resultados comprovaram que estas famílias, embora de classe média baixa, foram capazes de entender as orientações e seguir aquilo que foi proposto na metodologia do trabalho.

Ao lado de uma equipe interdisciplinar, o objetivo principal foi o de destacar a atuação da nutricionista frente à criança fissurada desde o início da vida.

As dificuldades começaram com o tipo de alimento que os pacientes vinham recebendo ao chegar no ambulatório de atendimento. Constatou-se que um percentual relativamente alto (93%) recebeu o leite materno até 1 mês de idade e nenhuma criança recebeu o leite materno após os 2 meses de idade. Estudos como o de Thomé (1990) e Dalben (2003) revelam que a maioria dessas crianças fissuradas chegam aos serviços especializados já sugando em bicos de borracha pois existe por parte das mães, a alegação

de que elas não possuem mais o leite materno. Isto dificulta o restabelecimento do retorno à amamentação. Também neste estudo comprovou-se a observação feita por esses autores, uma vez que apenas quatro crianças chegaram ao serviço recebendo o leite materno exclusivo e ainda assim com perda de peso significativa. Duas recebiam o leite materno ordenhado exclusivo e com pouco ganho de peso e nove recebiam o leite materno complementado com outro tipo de leite. De todas essas crianças, apenas uma conseguiu receber leite materno ordenhado exclusivo por mais de 1 mês após as orientações que foram dadas.

Após a orientação inicial da equipe interdisciplinar, na fase pré-operatória já se constatava adequação no que se refere ao percentual da ingestão de macronutrientes nos pacientes do GLP. Isso continuou na fase pós-operatória, mostrando que o trabalho de orientação da nutricionista foi bem sucedido. A avaliação antropométrica comprova a recuperação de território muscular e gorduroso, traduzidos pela circunferência do braço e da dobra cutânea tricipital, respectivamente, ocorrida desde o início do seguimento até à fase da cirurgia. Houve diferença significativa da circunferência do braço na admissão e aquela das fases pré e pós-operatória de lábio e palato (no GLP, escore Z de -2,17 +-1,34/ -0,12 +-0,89/ 0,08 +-0,91 respectivamente e no GP, escore Z de -2,18 +-1,00/ 0,45 +-0,77/ 0,29 +-0,80 respectivamente). (tabelas 7, 8 e 9)

É interessante notar que os valores médios dos escores Z de P/I, E/I, P/E, se situavam em valores compatíveis com a eutrofia no início do seguimento, demonstrando que apenas as medidas de CB e DCT foram

importantes para demonstrar a depleção de tecido muscular e gorduroso. Após uma média de 8 meses, na época da cirurgia de lábio, essas crianças já mostravam recuperação desses territórios, que se mantiveram normais após o período de dificuldades pós-operatória.

Os achados de parâmetros antropométricos normais deste estudo concordam com aqueles de Balluff (1986) e Félix-Schollarart et al. (1992). Balluff também ressalta a importância do trabalho conjunto de equipe e pais para permitir um adequado desenvolvimento de crianças com fissura lábiopalatal. Félix-Schollarart et al. citam que o fato de as crianças de seu estudo não apresentar diferenças em ganho de peso e comprimento nos dois grupos estudados (fissura e sem fissura) deve ser atribuído à maior atenção que os pacientes fissurados recebem comparado com as crianças saudáveis, facilitando assim correções freqüentes, quando surgissem intercorrências. Mesmo os pacientes pertencentes a famílias com maiores dificuldades sociais e econômicas conseguiram superar as dificuldades impostas nas diversas fases do tratamento.

O estudo de Montagnoli et al. (2005) conclui que as crianças que nascem com fissuras estão mais propensas a apresentar restrição de crescimento nos dois primeiros anos, embora nesse estudo a definição de subnutrição correspondeu a crianças que estivessem abaixo do percentil 10 de peso para idade, o que certamente deve ter superestimado o número de crianças com restrição de crescimento. Outro fator questionável foi o grande número de pacientes que participaram do estudo, provavelmente não

contemplando apenas aqueles que conseguiram receber todas as orientações da equipe interdisciplinar.

As dificuldades dos pais em relação ao tratamento e cuidados com crianças portadoras de fissura de palato com ou sem fissura de lábio podem ser amenizadas com orientações adequadas e o sucesso terapêutico está na dependência de uma série de fatores, entre os quais se destacam o quadro clínico da criança e os fatores sociais e emocionais da família. A participação da equipe interdisciplinar é fundamental para a harmonia terapêutica da criança fissurada como Ribeiro e Moreira (2005) também concluem em seu trabalho, e neste estudo o destaque recaiu na participação da nutricionista no tocante à orientação e acompanhamento do aspecto nutricional.

ANEXOS

6. ANEXOS

Anexo A - Autorização

Autorização pra fazer parte do estudo da “Evolução do estado nutricional de pacientes portadores de fissura de palato com ou sem fissura de lábio”.

As crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato muitas vezes apresentam problemas diversos no que se refere à alimentação. É comum estas crianças se desnutrirem quando os pais não são bem orientados.

As crianças participantes do estudo, serão avaliadas pelo pediatra e pela nutricionista além de outros profissionais envolvidos na reabilitação. Não há obrigatoriedade de permitir a inclusão de seu filho(a) no estudo. Se for decidido pela não participação, seu filho(a) receberá todo o tratamento necessário pela equipe interdisciplinar de lesões lábio-palatais. Não será utilizado qualquer tipo de bônus para participar do grupo de estudo.

Eu, _____, (pai/mãe), autorizo a inclusão de _____ matriculado na FUNCRAF-Santo André, no estudo para a “Evolução do estado nutricional de pacientes portadores de fissura de palato com ou sem fissura de lábio”, estando ciente dos retornos e que não acarretará em danos físicos, morais, de saúde ou de qualquer outra natureza.

Assinatura: _____ data: ____ / ____ / ____ .

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade/Estado: _____

Tel: () _____

() _____

() _____

Anexo B - Paciente, idade na primeira consulta e tipo de fissura

Criança	Iniciais do nome	Idade (dias)	Tipo de fissura
1	MVFO	41	Pós forame
2	DT	61	Transforame
3	VGM	31	Pós forame
4	AJPA	16	Transforame
5	MMNR	76	Transforame
6	AAS	15	Transforame
7	GOSS	36	Pós forame
8	LANR	50	Transforame
9	KMBS	49	Transforame
10	MOS	53	Transforame
11	MSO	41	Transforame
12	FPT	38	Pós forame
13	DRC	37	Transforame
14	SCA	35	Pós forame
15	JVBF	21	Transforame
16	JPOV	36	Pós forame
17	CATR	21	Transforame
18	AJPC	17	Transforame
19	GVFC	15	Transforame
20	JMLR	5	Transforame
21	LMS	9	Transforame
22	HMPO	17	Transforame
23	GHLS	19	Transforame
24	KVMS	19	Transforame
25	DFD	36	Transforame
26	RNL	17	Transforame
27	LGFG	78	Pós forame
28	JOD	31	Pós forame
29	CVLS	24	Transforame
30	NSS	67	Pós forame
31	ERP	64	Transforame
32	CGVC	39	Transforame
33	GMBO	36	Transforame
34	PVGF	37	Pós forame
35	JSS	28	Pós forame
36	ARC	41	Pós forame
37	EBM	12	Transforame
38	JVGP	38	Transforame
39	MMG	42	Pós forame
40	LBL	44	Transforame
41	MCM	40	Transforame
42	VHBS	30	Transforame
43	MASJG	49	Pós forame

Anexo C - Paciente, sexo e tipo de fissura

Criança	Sexo	Iniciais do nome	Tipo de fissura
1	Fem	MVFO	Pós forame
3	Fem	VGM	Pós forame
12	Fem	FPT	Pós forame
14	Fem	SCA	Pós forame
27	Fem	LGFG	Pós forame
28	Fem	JOD	Pós forame
30	Fem	NSS	Pós forame
35	Fem	JSS	Pós forame
43	Fem	MASJG	Pós forame
4	Fem	AJPA	Transforame
10	Fem	MOS	Transforame
19	Fem	GVFC	Transforame
21	Fem	LMS	Transforame
24	Fem	KVMS	Transforame
29	Fem	CVLS	Transforame
33	Fem	GMBO	Transforame
40	Fem	LBL	Transforame
41	Fem	MCM	Transforame
42	Fem	VHBS	Transforame
7	Masc	GOSS	Pós forame
16	Masc	JPOV	Pós forame
34	Masc	PVGF	Pós forame
36	Masc	ARC	Pós forame
39	Masc	MMG	Pós forame
2	Masc	DT	Transforame
5	Masc	MMNR	Transforame
6	Masc	AAS	Transforame
8	Masc	LANR	Transforame
9	Masc	KMBS	Transforame
11	Masc	MSO	Transforame
13	Masc	DRC	Transforame
15	Masc	JVBF	Transforame
17	Masc	CATR	Transforame
18	Masc	AJPC	Transforame
20	Masc	JMLR	Transforame
22	Masc	HMPO	Transforame
23	Masc	GHLS	Transforame
25	Masc	DFD	Transforame
26	Masc	RNL	Transforame
31	Masc	ERP	Transforame
32	Masc	CGVC	Transforame
37	Masc	EBM	Transforame
38	Masc	JVGP	Transforame

Fem. = 19 crianças: 9 - fissura de palato e 10 - fissura de lábio e palato

Masc. = 24 crianças: 5 - fissura de palato e 19 - fissura de lábio e palato

Anexo D - Questionário

Identificação

Nome: _____ RG: _____
 Data de nasc.: _____ Idade: _____ Data da consulta: _____
 Sexo: ()F ()M Raça: ()B ()A ()N ()outras: _____
 Fissura: _____
 Gestação: _____
 -tempo de gestação: _____ -idade da mãe: _____
 -doenças: _____
 -medicamentos: _____
 -intercorrências: _____
 Nascimento: _____
 -peso: _____ -estatura: _____
 -PC: _____ -PT: _____

1ª Consulta - Avaliação Nutricional

- peso: _____ estatura: _____
- perímetro cefálico: _____ torácico: _____
- circunferência braquial: _____ prega cutânea tricipital: _____
- impressão diagnóstica: ()eutrofia () sobrepeso ()desnutrição
- aleitamento materno: ()S ()N ()ordenha
- Obs: _____
- mês do início do desmame: _____

Dados – sócio-econômico-culturais

Membros da família:

Nome	Idade	Est. civil	Escolaridade	Profissão	Salário

Habitação: - zona: ()rural ()urbana ()suburbana

- moradia: ()própria ()alugada ()doada ()outros: _____

- construção: ()tijolos ()madeira ()outros: _____

- saneamento: ()água ()esgoto ()luz

Reabilitação: - cidade/estado: _____

- locomoção: ()carro ()trem ()ônibus ()outros

- distância/tempo: _____

- disponibilidade de retornos: ()S ()N

Avaliação Nutricional

Data					
Peso					
Estatura					
PC					
PT					
CB					
PCT					
Problemas					
Exs laborat.					
Dieta					

Inquérito de 24 horas:

Anexo E - Idade na primeira e última consultas

Criança	Idade - 1ª consulta (dias)	Idade - última consulta (dias)
1	41	836
2	61	850
3	31	767
4	16	771
5	76	684
6	15	733
7	36	716
8	50	841
9	49	907
10	53	737
11	41	739
12	38	623
13	37	744
14	35	704
15	21	630
16	36	735
17	21	725
18	17	731
19	15	698
20	5	759
21	9	715
22	17	690
23	19	670
24	19	700
25	36	674
26	17	674
27	78	666
28	31	704
29	24	810
30	67	695
31	64	821
32	39	667
33	36	652
34	37	696
35	28	669
36	41	627
37	12	706
38	38	735
39	42	642
40	44	633
41	40	632
42	30	690
43	49	730
Média	35 = 1m5d	716 = 23m26d
Mediana	36 = 1m6d	704 = 23m14d

Anexo F - Dados referentes à gestação, às mães, renda familiar tipo de moradia e localização

Criança	Idade gestacional (semanas)	Idade da mãe no parto (anos)	nº de pessoas na casa	Renda média R\$	Moradia		
					localização	zona	tipo
1	42	32	4	3.300	São Paulo	urbana	própria
2	39	26	4	700	Santo André	urbana	própria
3	38	25	6	2.000	São Paulo	urbana	alugada
4	35	22	4	450	São Paulo	urbana	agregada
5	41	30	9	1.500	São Paulo	urbana	própria
6	40	36	4	3.650	Santo André	urbana	própria
7	38	31	4	4.200	Guarulhos	urbana	própria
8	37	23	5	300	Pariquera-açu	urbana	própria
9	37	31	8	400	Guaianazes	urbana	alugada
10	36	31	3	1.400	São Paulo	urbana	alugada
11	40	25	4	400	Suzano	urbana	agregada
12	37	26	4	580	Barueri	urbana	agregada
13	37	27	4	970	Mauá	urbana	própria
14	39	27	4	933	S. Bern. Campo	urbana	própria
15	37	22	6	3.350	São Paulo	urbana	própria
16	41	21	5	2.200	São Paulo	urbana	própria
17	42	34	3	350	Santo André	urbana	alugada
18	37	27	4	905	São Paulo	urbana	alugada
19	37	25	5	700	Santo André	urbana	própria
20	37	31	5	698	Registro	urbana	própria
21	37	22	4	250	Mauá	urbana	agregada
22	37	17	5	270	Cotia	urbana	própria
23	37	16	3	500	Fco Morato	urbana	própria
24	37	23	4	*	Jundiaí	rural	agregada
25	39	20	4	*	Carapicuíba	urbana	própria
26	39	28	3	1.200	S. Bern. Campo	urbana	alugada
27	37	28	3	750	Ubatuba	urbana	própria
28	37	24	3	600	Santo André	urbana	alugada
29	37	17	5	810	Carapicuíba	urbana	própria
30	37	33	5	*	São Paulo	urbana	própria
31	37	31	5	790	S. Bern. Campo	urbana	própria
32	37	21	3	300	Cotia	urbana	própria
33	36	17	6	2.400	São Paulo	urbana	própria
34	37	22	7	350	Socorro	urbana	própria
35	37	30	3	1.200	Mauá	urbana	própria
36	38	33	4	5.000	São Paulo	urbana	própria
37	39	15	6	2.800	Barueri	urbana	própria
38	39	35	6	3.700	S. Caet.do Sul	urbana	própria
39	38	32	3	2.100	S. Bern. Campo	urbana	própria
40	36	26	4	450	Mauá	urbana	própria
41	39	21	4	600	Ribeirão Pires	urbana	agregada
42	37	19	3	*	Taboão da Serra	urbana	alugada
43	35	18	3	664	São Paulo	urbana	própria

* desempregados; sem renda fixa a declarar

Anexo G - Uso do leite materno

Criança	Ordenhado exclusivo (dias)	Nada
1	30	
2	20	
3	20	
4	10	
5	30	
6	20	
7	25	
8	2	
9	10	
10	1	
11	15	
12	7	
13	15	
14	20	
15	2	
16	4	
17	15	
18	10	
19	1	
20	10	
21	8	
22	4	
23	20	
24	19	
25	45	
26	7	
27	30	
28	14	
29		0
30	10	
31	8	
32	15	
33	14	
34	7	
35	12	
36		0
37	10	
38	14	
39	20	
40	30	
41	3	
42	15	
43	7	

Anexo H - Tipo de leite utilizado quando da 1ª consulta

Criança	Leite	1ª avaliação		2ª avaliação
1	LMO+LVM	pouco ganho peso	O	ganho de peso
2	LVM			
3	LVM	perda de peso		ganho de peso
4	LMO+LVM	pouco ganho peso		ganho de peso
5	LVM			
6	LME	perda de peso	R	ganho de peso
7	LVM	perda de peso		ganho de peso
8	LV+Arrozina			
9	LV+Arrozina			
10	LV		I	mudou para LVM
11	LVM	pouco ganho peso		ganho de peso
12	LVM	pouco ganho peso		ganho de peso
13	LV	pouco ganho peso		mudou para LVM/ganho de peso
14	LVM+Cremogema	pouco ganho peso	E	retirou cremogema/ganho de peso
15	LVM	pouco ganho peso		ganho de peso
16	LVM	pouco ganho peso		ganho de peso
17	LMO+LV			mudou para LVM
18	LMO+LVM	pouco ganho peso	N	ganho de peso
19	LVM + LV	pouco ganho peso		ganho de peso
20	LME	perda de peso		ganho de peso
21	LMO	pouco ganho peso		ganho de peso
22	LV	pouco ganho peso	T	ganho de peso
23	LME	perda de peso		ganho de peso
24	LME	perda de peso		ganho de peso
25	LMO	pouco ganho peso		ganho de peso
26	LMO+LVM	perda de peso	A	ganho de peso
27	LV+Mucilon	pouco ganho peso		retirou mucilon/ganho de peso
28	LV	perda de peso		ganho de peso
29	LVM	perda de peso		ganho de peso
30	LV+Mucilon	pouco ganho peso	Ç	retirou mucilon/ganho de peso
31	LV			
32	LV+Cremogema	pouco ganho peso		retirou cremogema/ganho de peso
33	LVM			
34	LVM	pouco ganho peso	Õ	ganho de peso
35	LV+Maisena	pouco ganho peso		retirou maisena/ganho de peso
36	LVM	pouco ganho peso		ganho de peso
37	LMO+LVM	perda de peso		ganho de peso
38	LM+LVM+Cremogema	perda de peso	E	ganho de peso
39	LVM+Cremogema	pouco ganho peso		retirou cremogema/ganho de peso
40	LV	perda de peso		ganho de peso
41	LV	pouco ganho peso		mudou para LVM/ganho de peso
42	LMO+LVM	perda de peso	S	ganho de peso
43	LVM			

Nota: LM=leite materno; LME=leite materno exclusivo; LMO=leite materno ordenhado;
 LV=leite de vaca; LVM=leite de vaca modificado; pouco ganho de peso=ganho<20g/dia

**Anexo H.1 - Tipo de leite utilizado quando da 1ª consulta
resumo**

Alimento	nº de crianças	Observações
LME	4	perda de peso
LMO	2	pouco ganho de peso
LM+LVM	7	
LM+LV	2	
LVM	15	
LV	13	4 mudaram para LVM
Engrossante	9	6 retiraram após orientação

Onde: LM=leite materno; LME=leite materno exclusivo;
LMO=leite materno ordenhado; LV=leite de vaca; LVM=leite
de vaca modificado

**Anexo I - Consumo de energia e macronutrientes
pré operatório de lábio - 28 crianças**

Criança	kcal/kg/dia	Proteína %	CHO %	Gordura %	Idade
1	55,22	8,90	57,93	33,16	5m29
4	145,91	19,96	38,61	41,42	7m7
5	174,14	15,57	52,90	31,53	9m8
6	163,49	17,43	46,84	35,72	8m6
8	102,30	16,10	52,69	31,20	13m1
9	144,66	16,15	58,54	25,31	8m5
10	187,59	14,36	47,05	38,59	7m9
11	207,29	18,46	47,87	33,67	8m9
13	239,03	8,96	51,06	39,99	7m28
15	254,39	8,90	46,73	44,37	3m
17	202,15	12,93	60,46	26,61	6m28
19	156,48	16,66	43,50	39,84	6m29
20	142,53	16,48	60,83	22,69	12m23
21	176,30	10,17	70,85	18,98	10m5
22	130,29	17,44	44,00	38,56	6m17
23	181,42	15,73	50,20	34,07	5m12
24	149,83	11,40	47,17	41,43	6m6
25	132,00	19,37	38,80	41,83	6m15
26	122,48	8,90	46,19	44,91	2m4
29	229,99	15,47	47,08	37,46	5m27
31	123,54	20,13	35,63	44,24	4m11
32	237,55	13,61	44,01	42,38	5m7
33	144,43	10,77	49,65	39,58	5m5
37	77,67	15,28	56,99	27,73	2m16
38	168,28	15,54	52,26	32,21	8m
40	205,82	15,00	46,08	38,92	3m23
41	200,52	11,63	69,14	19,23	8m
42	250,33	15,93	36,54	47,53	6m23
Média	168,06	15	50	35	6m

**Anexo J - Consumo de energia e macronutrientes
pós operatório de lábio - 28 crianças**

Criança	kcal/kg/dia	Proteínas %	CHO %	Gorduras %	Idade
1	128,54	13,51	48,09	38,40	7m7
4	96,22	24,35	35,49	40,16	8m17
5	216,66	14,43	57,62	27,95	11m25
6	176,14	17,26	49,9	32,84	9m4
8	110,29	16,59	53,61	29,80	14m9
9	176,86	15,07	50,43	34,50	9m27
10	121,06	16,72	45,48	37,80	9m18
11	215,62	18,24	45,60	36,15	9m4
13	75,89	9,74	61,61	28,65	8m21
15	74,92	15,87	47,92	36,41	4m4
17	168,02	14,99	55,48	29,53	7m22
19	217,82	19,52	37,04	43,45	8m20
20	131,83	12,44	58,48	29,08	16m8
21	134,01	13,97	61,36	24,67	10m22
22	95,90	16,04	58,29	25,67	8m1
23	173,21	12,89	62,83	24,29	7m21
24	140,12	16,83	47,85	35,32	7m22
25	138,39	14,48	57,56	27,96	8m13
26	127,49	8,87	47,74	43,39	3m17
29	220,69	16,15	53,19	30,67	7m16
31	126,77	21,77	29,62	48,60	4m25
32	226,00	8,47	71,80	19,73	6m27
33	142,04	16,24	45,05	38,71	5m26
37	131,55	14,33	53,52	32,15	3m20
38	176,55	18,71	41,09	40,20	9m3
40	201,23	16,86	47,59	35,55	5m13
41	163,07	13,23	63,75	23,02	9m9
42	182,96	12,01	59,11	28,89	9m19
Média	153,21	15	52	33	8m11

Anexo L - Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos à admissão

GLP - 29 crianças

Criança	E / I	P / I	P / E	CB	DCT
2	-0,05	-0,24	-0,18	-1,00	0
4	-0,68	-1,37	-1,77	-3,00	-1,33
5	0,15	0,22	0,18	-0,28	0,25
6	-0,06	-0,60	-0,78	-2,43	-1,67
8	0,68	1,96	1,54	1,23	1,50
9	-0,11	0,32	0,57	-0,28	0
10	-0,57	-0,30	0,15	-1,89	-0,33
11	-1,21	-0,57	0,56	-2,07	-0,67
13	-2,36	-2,19	-0,95	-2,43	-1,00
15	-1,03	-0,31	0,39	-2,43	-1,33
17	0,69	1,23	1,48	-2,43	-1,00
18	-0,53	0,06	0,34	-2,07	-1,00
19	-1,32	-0,34	*	-3,00	-0,67
20	-0,74	-0,99	-0,73	-2,43	-1,33
21	-0,10	-0,23	-0,60	-3,00	-0,67
22	-0,10	-0,24	-0,34	-3,14	-1,33
23	-1,09	-2,19	*	-3,86	-2,00
24	-1,32	-1,90	*	-5,22	-2,00
25	-2,35	-1,14	0,80	-1,71	0
26	-0,10	-0,45	-0,58	-2,43	-1,00
29	2,14	1,68	-0,58	-1,89	-1,00
31	-0,47	0,22	0,86	-0,28	0,50
32	-2,64	-1,20	*	-1,71	-0,67
33	-0,76	-0,05	0,61	-0,78	0,50
37	-0,87	-0,71	-0,20	-2,78	-1,33
38	-1,16	-1,88	-1,38	-3,14	-1,67
40	-1,09	-0,31	0,60	-2,44	-1,00
41	-0,60	0,52	1,12	-1,33	-1,00
42	-3,48	-2,93	*	-4,67	-2,00
Média	-0,73	-0,48	0,05	-2,17	-0,80
DP	1,10	1,12	0,86	1,34	0,83

* não foi possível obter esses dados pelo programa utilizado

(continua)

(Continuação)

**Anexo L - Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros
antropométricos à admissão**

GP - 14 crianças

Criança	E / I	P / I	P / E	CB	DCT
1	1,33	0,96	-0,28	-0,78	-1,33
3	-0,25	-1,65	-1,94	-3,55	-1
7	-1,34	-1,75	-1,03	-2,43	-1,67
12	-0,79	-0,9	-0,48	-3	-1
14	-2,83	-1,72	*	-3,55	-1,33
16	-1,54	-0,38	1,11	-1,36	0
27	-0,53	-0,84	-0,51	-1,89	0
28	-0,69	-1,01	-0,75	-3	-0,33
30	-0,61	-0,08	0,5	-0,78	-0,33
34	-1,15	-0,28	0,86	-1,71	-0,67
35	1,39	1,18	-0,3	-2,44	-0,67
36	-1,61	-0,66	0,82	-2,07	-0,67
39	-2,03	-1,79	-0,47	-3,14	-1,67
43	-0,08	0,98	1,11	-0,78	-1
Média	-0,77	-0,57	-0,10	-2,18	-0,83
DP	1,16	1,03	0,92	1,00	0,55

* não foi possível obter esses dados pelo programa utilizado

Anexo M – Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos do GLP na fase pré-operatória de lábio

Criança	E / I	P / I	P / E	CB	DCT
2	0,19	-0,09	-0,45	-0,13	1,25
4	-0,63	-0,14	0,48	0,25	0,33
5	-0,54	0,07	0,55	0,81	0,75
6	-0,02	-0,27	-0,35	-0,47	0,25
8	-0,46	1,63	2,40	1,75	1,50
9	-0,39	0,71	1,17	1,75	1,75
10	-0,27	0,06	0,35	0,25	0,67
11	-0,79	-0,61	-0,05	-0,47	0,50
13	-0,72	-1,40	-1,18	-1,13	0
15	-1,93	-1,06	0,61	-0,64	0
17	0,26	0,42	0,15	-0,47	0,25
18	0,31	-0,33	-0,54	0,50	0
19	-1,29	-0,27	1,02	-0,08	1,00
20	0,61	0,56	0,37	1,44	0,75
21	-0,31	-1,45	-1,42	-0,50	-0,50
22	-0,04	-0,24	-0,39	-1,80	0
23	-1,17	-0,11	0,99	-0,80	0
24	-1,15	-0,62	0,43	-0,50	0
25	-1,89	-0,28	1,52	-0,13	0,50
26	-0,08	-0,83	-0,98	-1,71	-0,33
29	0,92	0,31	-0,61	-1,33	-1,00
31	-0,36	-0,13	0,13	0,08	0,25
32	-2,62	-1,03	1,38	-0,13	0
33	-0,84	1,25	2,39	0,56	0,67
37	-0,62	-0,10	0,61	-0,64	-0,67
38	-0,18	1,00	1,32	0,81	0
40	-0,45	-0,21	0,18	-0,22	-0,33
41	-0,39	-0,87	-0,64	-0,50	-1,00
42	-0,69	-0,51	0,08	-0,08	-0,50
Média	-0,52	-0,15	0,32	-0,12	0,20
DP	0,76	0,73	0,95	0,89	0,67

Anexo N – Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos do GLP na fase pós-operatória de lábio

Criança	E / I	P / I	P / E	CB	DCT
2	-0,60	-0,58	-0,24	-0,13	1,25
4	-0,48	-0,26	0,20	0,25	0,33
5	-0,07	-0,36	-0,29	1,12	0
6	-0,15	-0,92	-1,01	-0,13	-0,50
8	-0,16	1,51	2,03	2,37	1,50
9	-0,39	0,71	1,17	1,75	1,75
10	-0,62	-0,51	0,04	0,25	0,33
11	-0,90	-1,04	-0,47	-0,8	0,25
13	-0,48	-1,91	-2,02	-1,47	-1,00
15	-1,79	-1,10	0,35	-0,28	-0,33
17	0,25	-0,06	-0,40	-0,47	0,25
18	0,80	0,37	0,05	0,19	0
19	-1,60	-1,12	0,29	-0,50	0,67
20	0,16	0,68	0,80	1,44	0,50
21	-0,02	-1,77	-2,04	-1,33	-1,50
22	-0,37	-0,64	-0,51	-1,47	0
23	-0,68	0,25	0,87	-0,13	0,25
24	-0,71	0,04	0,80	0,25	0
25	-1,94	-0,28	1,48	0,19	0,50
26	-0,22	-0,55	-0,55	-0,28	0,25
29	0,63	0,31	-0,21	-0,08	-0,50
31	-0,48	0,07	0,51	0,46	0,50
32	-2,72	-1,00	1,50	-0,13	0,25
33	0,54	1,78	1,53	0,56	0,67
37	-0,06	0,70	0,85	1,23	0
38	-0,52	0,84	1,47	0,81	0
40	-0,51	-0,03	0,43	-0,92	-0,50
41	-0,57	-0,66	-0,20	-0,50	-1,00
42	-0,26	-0,51	-0,30	0,25	0
Média	-0,46	-0,20	0,20	0,08	0,13
DP	0,76	0,87	0,98	0,91	0,70

Anexo O - Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos do GP na fase pré-operatória de palato

Criança	E / I	P / I	P / E	CB	DCT
1	0,98	1,12	0,83	0,62	0
2	-0,50	-0,64	-0,44	-0,70	-1,00
3	0,01	0,17	0,31	0,25	0,66
4	0,09	0,33	0,46	0,87	-0,50
5	-0,51	-0,13	0,25	1,00	-0,67
6	0,51	-0,64	-1,05	-0,47	-1,50
7	-0,17	0,65	0,98	1,12	0
8	0,57	1,16	1,12	1,77	0,33
10	0,05	0,12	0,21	1,19	0,33
11	-0,76	-0,23	0,31	0,81	0,25
12	-0,14	-0,82	-0,79	-0,08	-1,00
13	-0,86	-1,84	-1,75	-0,80	-1,00
14	-0,79	-0,69	-0,36	0,31	-0,67
15	-1,54	-1,05	-0,17	0,50	0
16	-2,02	-0,58	0,73	0,61	-0,33
17	-0,15	-0,46	-0,39	0,50	-0,50
18	0,80	1,58	1,46	-0,20	-0,33
19	-1,93	-1,57	-0,71	-0,83	-0,67
21	-0,50	-1,61	-1,79	-1,25	-1,33
22	0,32	0,05	-0,09	-0,80	0
23	-0,48	0,26	0,69	0,23	-0,67
24	-0,65	-0,82	-0,53	0,56	0
25	-1,91	-0,95	0,24	0,81	-0,50
26	-0,82	-1,19	-0,77	-0,13	0
27	0,31	0,82	0,89	0,62	0
28	0,49	-0,19	-0,46	0,25	0,33
30	0,34	1,29	1,51	1,19	0,33
32	-3,60	-1,85	0,84	0,81	0,25
33	0,60	1,30	1,33	1,19	0
34	-1,24	-0,36	0,59	0,50	0,25
35	1,85	1,74	0,99	2,12	0,67
36	-0,48	0,26	0,74	0,81	0,50
38	0,31	1,47	1,69	1,77	0
39	-1,33	-1,32	-0,51	-0,13	0
40	0,54	-0,12	-0,43	0,25	0
41	0,35	-0,05	-0,24	0,31	-1,00
43	-0,72	0,06	0,63	0,94	-0,67
Média	-0,35	-0,13	0,17	0,45	-0,23
DP	1,02	0,98	0,86	0,77	0,55

Anexo P - Escores Z médios e desvios padrão dos parâmetros antropométricos do GP na fase pós-operatória de palato

Criança	E / I	P / I	P / E	CB	DCT
1	1,34	0,83	0,25	0,62	-0,67
2	0,43	-0,12	-0,31	0,23	-0,67
3	-0,30	-0,26	-0,07	0,25	0
4	0,02	0,45	0,64	1,19	-0,50
5	-0,36	-0,53	-0,38	0,23	-1,33
6	0,13	-0,96	-1,25	-0,80	-1,50
7	0,13	-0,96	-1,25	-0,80	-1,50
8	0,33	1,21	1,33	1,77	0,33
10	0	0,04	0,11	0,62	0
11	-0,53	-0,53	-0,25	0,23	-0,33
12	-0,31	-0,21	-0,02	0,31	-0,67
13	-0,76	-2,11	-2,19	-0,80	-1,50
14	-0,78	-0,97	-0,75	0	-1,00
15	-1,54	-1,39	-0,69	-0,20	-0,67
16	-2,31	-0,78	0,69	0,61	-0,33
17	-0,04	-0,44	-0,45	0,19	-0,50
18	1,67	1,08	0,46	0,23	-0,33
19	-1,93	-1,68	-0,90	-0,83	-0,67
21	-0,32	-1,95	-2,31	-1,67	-1,67
22	0,49	0,43	0,29	-0,13	0
23	-0,75	0,35	0,99	0,61	-0,33
24	-0,51	-0,92	-0,79	0,25	-0,50
25	-1,90	-1,18	-0,10	0,23	-0,67
26	-0,55	-1,29	-1,16	-0,47	-1,00
27	-0,24	0,56	0,96	0,94	0
28	0,71	-0,07	-0,47	0,25	0
30	0,05	1,03	1,39	1,50	0,33
32	-3,06	-2,08	-0,10	0,50	0
33	0,36	1,14	1,30	0,87	0
34	-1,57	-0,31	0,84	0,81	0,25
35	1,85	1,74	0,99	2,12	0,67
36	-0,19	0,10	0,34	0,19	0
38	0,72	1,24	1,13	1,77	0
39	-1,40	-1,86	-1,21	-0,80	-0,50
40	0,37	-0,38	-0,67	-0,08	-0,50
41	0,46	-0,21	-0,53	0	-1,00
43	-0,49	0,54	0,87	0,94	-0,67
Média	-0,29	-0,28	-0,09	0,29	-0,47
DP	1,04	1,02	0,94	0,80	0,57

REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

Aduss H, Richmann LC, Sidoti E, Uhrich KS, Weatherly-White RCA. *The genetics of cleft lip and palate: information for families*. Pittsburgh, PA: The Cleft Palate Foundation; 1987.

Altmann EBC, Vaz, CAN, Paula MBSF, Khoury RBF. Tratamento precoce. In: Altmann EBC. *Fissuras labiopalatinas*. Carapicuíba: Pró Fono; 1997. p.291-324.

Araruna RC, Vendruscolo DMC. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2000;8:99-105.

Avedian LV, Ruberg RL. Impaired weight gain in cleft palate infants. *Cleft Palate J*. 1980;17:24-6.

Balluff MA. Nutritional needs of an infant or child with a cleft lip or palate. *Ear Nose Throat J*. 1986;65:311-5.

Bowers EJ, Mayro RF, Whitaker LA, Pasquariello PS, Larossa D, Randall P. General body growth in children with cleft of the lip, palate and craniofacial structure. *Scand J Plast Reconstr Surg*. 1987;21:7-14.

Brine EA, Richard KA, Brady MS, Liechty EA, Manatunga A, Sadove M, Bull MJ. Effectiveness of two feeding methods in improving energy intake and growth of infants with cleft palate: a randomized study. *J Am Diet Assoc*. 1994;94:732-8.

Carlisle D. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times*. 1998;94:59-60.

Centers for Disease Control and Prevention, NCHS National Center for Health Statistics. *2000 CDC Growth Charts: United States. Clinical growth charts*. Available from: <http://www.cdc.gov/growthcharts> (cited 2006 March).

Curtin G. The infant with cleft lip or palate: more than a surgical problem. *J Perinatal Neonatal Nurs*. 1990;3:80-9.

D'agostino L, Jorge D. A criança portadora de fissura lábio-palatal. *Pediatr Mod*. 1991;26:480-2.

Dalben GS, Costa B, Gomide MR, Neves LT. Breast feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofacial J*. 2003;40:84-7.

Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Burton AH, Brendel KA, Smith DC, et al. *Epi Info, version 6. A word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Atlanta; Center for Disease Control and Prevention; 1994.

Felix-Schollaart B, Hoeksma JB, Andersen BP. Growth Comparison between children with cleft lip and/or palate and controls. *Cleft Palate Craniofacial J*. 1992;29:475-80.

Food and Nutrition Information Center. Dietary reference intakes: recommended intakes for individuals; 2002. Available from: <http://www.nal.usda.gov/fnic/etext/000105.html> (cited 2006 March).

Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. *The University of Michigan Press*; 1993. p.31-42.

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - Universidade de São Paulo. *Todas as faces do Centrinho*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - Universidade de São Paulo; 1997. (CD-ROM)

Jones WB, Orth FDS. Weight gain and feeding in the neonate with cleft: a three-center study. *Cleft Palate J*. 1988;25:379-84.

Lago CP, Nunes MLT. Reações, sentimentos, atitudes de mães de portadores de fissura lábio-palatais e causas atribuídas à malformação. *Rev Odonto Ciência*. 2002;17:223-30.

Lee J, Nunn J, Wright C. Height and weight achievement in cleft lip and palate. *Arch Dis Child*. 1997;76:70-2.

Montagnoli LC, Barbieri MA, Bettiol H, Marques IL, Souza, L. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade. Um estudo transversal. *J Pediatr*. 2005;81:461-5.

National Center for Health Statistics. United Nations. Department of Technical Co. Operation for development and statistical office – assessing the nutritional status for young children in household surveys – how to weight and measure children. Preliminar version, New York; 1986. 55. Growth Charts; Rockville MD, 1976; Dhew publication no (HRA), 76-1120. Monthly Vital Statistics Report, series 25; n.3;suppl.

Oliver RG, Jones G. Neonatal feeding of infants born with cleft lip and/or palate: parental perceptions of their experience in south Wales. *Cleft Palate-Craniofacial J*. 1997;34:526-32.

Pashley NR, Krause CJ. Cleft lip, cleft palate, and other fusion disorders. *Otolaryngol Clin North Am*. 1981;14:125-43.

Peres SPBA. Alimentando uma criança portadora de lesão lábio-palatal/primeiro ano de vida. *Rev Nutrivitae Ed Unimarco*.1999;2:45-54.

Philippi ST, Szarfarc SC, Latterza AR. *Virtual nutri versão 1.8 for windows-1996: sistema de análise nutricional*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1996. (Software).

Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *RBPS*. 2005;18:31-40.

Richard ME. Weight comparisons of infants with complete cleft lip and palate. *Pediatr Nurs*.1994;20:191-6.

Rival J M, David A. The genetics of lábio-palatal clefts. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2001;102:171-81.

Seth AK, McWilliams BJ. Weight gain in children with cleft palate from birth to two years. *Cleft Palate J*. 1988;25:146-50.

Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestão de modificação. *Rev Hosp Clín Fac Med São Paulo*.1972;27:5-6.

Styer GW, Freeh K. Feeding infants with cleft lip and/or palate. *Jogn Nursing*. 1981;10:329-32.

Thomé S. *Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformações congênita de lábio e/ou palato*. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;1990.

Trenouth MJ, Campbell AN. Questionnaire evaluation of feeding methods for cleft lip and palate neonates. *Intern J Paediat Dent*. 1996;6:241-4.

Yetter III J F. Cleft lip and cleft palate. *Am Fam Physician*. 1992;46:1211-21.

Young JL, O'Riordan M, Goldstein JA, Robin NH. What information do parents of newborns with cleft lip, palate or both want to know? *Cleft Palate Craniofac J*. 2001;38:55-8.

Wellman CO, Coughlin SM. Preoperative and postoperative nutritional management of the infant with cleft palate. *J Pediatr Nurs*. 1991;6:154-8.