



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL DE PEDIATRIA PROFESSOR HERIBERTO FERREIRA BEZERRA
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

**ANTROPOMETRIA E ALIMENTAÇÃO DE
CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS COM
FISSURAS DE LÁBIO E/OU PALATO**

JAYANA NAYARA BELO TORQUATO MAIA

NATAL-RN

2011

JAYANA NAYARA BELO TORQUATO MAIA

**ANTROPOMETRIA E ALIMENTAÇÃO DE
CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS COM
FISSURAS DE LÁBIO E/OU PALATO**

*Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao
Programa de Residência Multiprofissional em
Saúde – área saúde da criança do HOSPED/UFRN,
como pré-requisito para obtenção do grau de
especialista.*

Orientadora: Profª Drª Sandra Maria Nunes Monteiro.

NATAL-RN

MAIA, Jayana Nayara Belo Torquato. MONTEIRO, Sandra Maria Nunes. **Antropometria e alimentação de crianças menores de dois anos com fissuras de lábio e/ou palato.** Artigo de Conclusão de Curso (Pós-graduação - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – área saúde da criança - HOSPED/UFRN.), Natal-RN, 2011.

Antropometria e alimentação de crianças menores de dois anos com fissuras de lábio e/ou palato

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil antropométrico e alimentar nos dois primeiros anos de vida de crianças com fissuras de lábio e/ou palato.

Métodos: Estudo transversal, descritivo realizado de abril à junho de 2011 com 34 crianças (14 meninas e 20 meninos) de 0 a 2 anos de idade com fissuras de lábio e/ou palato assistidas no ambulatório de nutrição de um Hospital Universitário. Os responsáveis pelas crianças preencheram formulários específicos sobre situação sócio demográfica e alimentação das crianças. As informações de peso e altura do dia foram coletadas do prontuário. Utilizou-se os indicadores de peso por idade (P/I), peso por comprimento (P/E) e comprimento por idade (E/I). Para análise utilizou referências da OMS.

Resultados: A fissura transforame incisivo foi mais prevalente. O aleitamento materno foi mais frequente nas crianças portadoras de fissura labial (46,67%). Verificou-se uma fraca correlação ($n=34$, $r=0,355$) entre tipo de fissura e o aleitamento materno. Foram relatadas com a alimentação dificuldade para sugar, refluxo nasal e engasgos. A avaliação antropométrica mostrou que 94,12% das crianças apresentou P/I adequado, 82,35% E/I adequado e 67,65% P/E adequado. No índice P/E 2,94% das crianças apresentou risco de sobrepeso e 8,82% sobrepeso e/ou obesidade. Houve uma fraca correlação negativa entre a estatura/idade e o tipo de fissura ($n=34$, $r= 0,160$).

Conclusões: O aleitamento materno foi comum nos pacientes com fissura labial. A condição de um estado nutricional comprometido não foi evidenciada, no entanto, risco de sobrepeso e obesidade foi uma realidade do estudo.

Descritores: aleitamento materno, antropometria, fissura labial, fissura palatina

MAIA, Jayana Nayara Belo Torquato. MONTEIRO, Sandra Maria Nunes. **Antropometria e alimentação de crianças menores de dois anos com fissuras de lábio e/ou palato.** Artigo de Conclusão de Curso (Pós-graduação - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – área saúde da criança - HOSPED/UFRN.), Natal-RN, 2011.

Anthropometry and nutrition of children under two years with a cleft lip and/or palate

ABSTRACT

Objective: To evaluate feed and anthropometric profile at first two years of life in children who have cleft lip and/ or cleft palate.

Methods: Cross-sectional descriptive study, realized from April to June of 2011 with 34 children (14 girls and 20 boys) among 0 and 2 years old with cleft lip and/ or cleft palate cared in nutrition's outpatient at a University Hospital. Caretakers form specific forms about socio demographic and feeding children. Information about weight and height of the same day were collected from medical records. Indicators of weight for age (W/A), weight for length (W/L), and length for age (L/A) were used. WHO was used as reference for these analysis.

Results: The cleft lip and palate was more prevalent. Breastfeeding was more common in children with cleft lip (46,67%). There was a weak correlation ($n=34$, $r=0,355$) between cleft type and breastfeeding. Have been reported about feeding, difficulties to suck, nasal reflux and choking. The anthropometric assessment showed that 94,12% of children had W/A appropriate, and 82,35% L/A appropriate and 67,65% W/L appropriate. In the W/L, 2,94% of children presented risk of overweight and 8,82% of overweight and/ or obesity. There was a weak negative correlation between height/ age and kind of cleft ($n=34$, $r= 0,160$).

Conclusions: Breastfeeding was common in patients with cleft lip. The condition of an impaired nutritional status was not observed, however, risk of overweight and obesity has been a reality of the study.

Keywords: Breastfeeding, anthropometry, cleft lip, cleft palate.

INTRODUÇÃO

As fissuras de lábio e/ou palato são defeitos congênitos graves que afetam aproximadamente 1 em cada 600 recém-nascidos em todo o mundo. Isso significa que, supondo que 15.000 crianças nascem por hora em todo o mundo, uma criança nasce com fissura a cada dois minutos e meio¹.

No Brasil, há uma prevalência de 13,9 em cada 10.000 nascimentos¹. Estudo realizado para estimar as fissuras orais no Brasil identificou uma prevalência de 0,19 por mil nascidos vivos, com tendência ascendente para os quinquênios do período. As regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentaram as maiores taxas e a fissura mais freqüente (74%) foi a lábio palatina².

A falha da fusão do processo fronto-nasal com o processo maxilar entre a 4^a e 8^a semana do desenvolvimento embrionário ocasiona a fenda labial. A falha de penetração do tecido mesodérmico no sulco ectodérmico na linha média do palato posterior a lateral da pré-maxila ocasiona a fissura palatina³. Pode envolver o pré-palato, situado anteriormente ao forame incisivo, o palato duro e/ou o palato mole e normalmente está associada às fissuras labiais⁴.

As fissuras labiopalatais apresentam algumas classificações, sendo a mais utilizada aquela que tem como referência o forame incisivo anterior, estando estas distribuídas em três grupos: pré-forame, transforame e pós-forame. O grupo que engloba a pré-forame incisiva pode ser tanto uni quanto bilateral e de extensão variável (Fissura Labial - FL), o grupo que engloba a pós-forame incisiva é sempre encontrada em uma posição mediana e largura variada (Fissura palatina - FP) e o grupo que engloba a transforame incisiva favorece a comunicação entre as cavidades oral e nasal, sendo as fissuras uni ou bilaterais (Fissura labial e palatina – FLP)⁵.

Esses defeitos congênitos são atribuídos a diversos fatores genéticos (sindrômico) e ambientais (não sindrômico), que podem atuar isolados ou em associação. Dentre os fatores ambientais, destacam-se os nutricionais, infecciosos, psíquicos, radiação, idade da mãe, uso de drogas e outros agentes químicos. A hereditariedade é responsável por 25% a 30% dos casos de fissuras de lábio e/ou palato sendo que 70% a 80% dos casos são considerados como de etiologia multifatorial⁶.

A morbidade das crianças com FLP é maior devido a dificuldade para alimentar-se, podendo ocorrer desnutrição, anemia, pneumonia aspirativa e infecções de repetição³.

As fissuras, principalmente aquelas com acometimento do palato, causam dificuldades alimentares levando, muitas vezes, à desnutrição. Com o processo de sucção prejudicado, a quantidade dos alimentos ingerida nem sempre é suficiente para suprir as necessidades do bebê, resultando em pouco ganho ponderal. Este quadro é agravado pelo escape de alimentos pelo nariz, e pela ingestão excessiva de ar que provocam vômitos e engasgos^{7,8}.

A dificuldade de alimentação é um importante fator causal no déficit ponderal e de crescimento, pois influencia diretamente no estado nutricional da criança, visto que, a presença da fissura pode resultar na interrupção precoce do aleitamento materno ou até mesmo no fato das crianças não serem amamentadas⁹.

Devido à importância da nutrição na repercussão da criança com fissura de lábio e/ou palato, bem como a escassez de estudo na literatura nessa área, surgiu a oportunidade de realizar uma pesquisa com este grupo de paciente. O Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra (HOSPED) possui um programa, desde 2003, de “Assistência ao Paciente Portador de Fissuras Labiopalatais”, referência no Estado do Rio Grande do Norte, composta por uma equipe multidisciplinar especializada (médicos, cirurgiões, dentistas, nutricionistas, fonoaudiólogas, psicólogos e assistentes sociais).

Dessa forma, o objetivo do estudo é avaliar o perfil antropométrico e alimentar nos dois primeiros anos de vida das crianças com fissuras labial e/ou palatina em crianças assistidas no ambulatório de nutrição do HOSPED.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal de caráter descritivo com crianças cadastradas (n=380) no programa “Assistência ao Paciente Portador de Fissuras Labiopalatais” do Hospital Universitário Pediátrico situado em Natal-RN. Como critério de inclusão as crianças deveriam ter a faixa etária entre 0 a 2 anos de idade (1 ano 11 meses e 29 dias) no momento da pesquisa e serem assistidas no serviço ambulatorial da nutrição. Foram excluídas da pesquisa crianças que não estavam na faixa etária estipulada, aquelas que apresentavam fissura de lábio e/ou palato associada à síndrome genética, alteração neurológica e aquelas crianças as quais os responsáveis não aceitaram participar da pesquisa. Do total de crianças com a faixa etária estipulada, apenas 66 crianças tinham entre 0 a 2 anos de idade. A amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência, com uma amostra final de 34 pacientes.

A pesquisa foi realizada durante o período de abril à junho de 2011 em um único dia da semana destinado ao atendimento multidisciplinar do programa. Os dados sobre o perfil sócio demográfico e a alimentação nos primeiros anos de vida foram coletados através de formulários específicos preenchidos pelo pesquisador após entrevista com o responsável pela criança. Tais formulários contemplavam idade, gênero, tipo de fissura, peso, estatura e condições de moradia, financeira e escolaridade dos responsáveis pela criança. Também foram coletados dados referentes ao aleitamento materno, introdução da alimentação complementar, alimentação atual e dificuldades durante a oferta de alimentos.

As informações antropométricas, peso e estatura, foram coletadas do prontuário da criança e aferida pela equipe de enfermagem. A antropométrica considerou os indicadores peso por idade (P/I), peso por estatura (comprimento) (P/E) e estatura (comprimento) por idade (E/I). A classificação do estado nutricional foi interpretada utilizando score-z segundo padrões de referência da Organização Mundial de Saúde (WHO)¹⁰.

Para análise estatística dos dados, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. A análise descritiva de caracterização da amostra, aleitamento materno e característica da alimentação nos primeiros 2 anos de vida foram apresentados sob a forma de frequência absoluta e relativa, média e erro

padrão da média. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. A comparação entre os grupos de diferentes tipos de fissuras e aleitamento materno foi realizada através do teste ANOVA. Para averiguar a correlação entre as variáveis, aleitamento materno exclusivo, estado nutricional e tipo de fissura labiopalatal, utilizou-se o teste da correlação Linear de Pearson.

O estudo foi submetido à Comissão Científica do Hospital de Pediatria, para obtenção da carta de anuência do hospital, e em seguida, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL/UFRN) CAAE nº6663.0.000.294-10).

RESULTADOS

A tabela 1 indica a situação sócio-demográfica dos responsáveis pelas crianças com fissura de lábio e/ou palato. Verifica-se que 35,29% da amostra possui ensino médio completo, 35,29% apresentam renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos e residem em casa própria (70,59%).

Das 34 crianças entrevistadas, 41,18% (n=14) eram do gênero feminino e 20 (58,82%) do gênero masculino. O tipo de fissura mais prevalente foi a FLP (38,24%), seguida da fissura FP (35,29%) e FL (26,47%). A idade média da amostra foi de $10,74 \pm 6,65$ meses. Dessas crianças, 35,29% (n=12) já haviam realizado até os 2 anos algum tipo de cirurgia referente a fissura, sendo 91,67% a queiloplastia e 16,67% a palatoplastia.

O aleitamento materno foi mais frequente nas crianças com FL (46,67%), seguida das FP e FLP, ambas com o mesmo percentual de 26,67%. Quando comparada a ocorrência de aleitamento materno nos diferentes tipos de fissura observou-se diferença estatisticamente significativa ($F=4,605$ $P=0,040$). Após realização da correlação entre cada tipo de fissura e o aleitamento materno verificou-se uma correlação fraca (n=34, $r=0,355$). Isto nos leva a crer que as FP e FLP são as que, nas crianças estudadas, possuem maior interferência sobre o aleitamento materno. Tal fato

parece não ter agravado o estado nutricional detectado nestas crianças, discutido mais adiante.

Com relação ao alimento oferecido às crianças que não foram amamentadas 92,59% das mesmas consumiram fórmulas infantis para idade.

Do total da amostra, 55,88% não foram amamentados e os 44,12% que tiveram aleitamento materno exclusivo sendo que o período durou de 6 dias a 180 dias. Vale ressaltar que, duas crianças estavam em aleitamento materno exclusivo, não sendo inclusas na análise desse resultado.

Com relação à alimentação complementar observa-se que 02 crianças iniciaram a alimentação entre 0 a 2 meses de vida, enquanto, 06 crianças iniciaram essa prática tardiamente conforme os resultados apresentados na tabela 2. Não foram contempladas nesse resultado 05 crianças, visto que 02 estavam em aleitamento materno exclusivo e 03 crianças utilizavam apenas fórmulas infantis.

As maiores dificuldades relatadas com relação a oferta de alimentos para as crianças foram: 32,84% dificuldade para sugar, 31,34% refluxo nasal, 19,40% engasgo e 4,48% referiram dificuldade para deglutir. Vale ressaltar, que os responsáveis podiam responder um ou mais itens desse questionamento. Das crianças com alimentação complementar 32,35% consomem alimentos na consistência pastosa e 44,12% na consistência livre. Duas crianças permanecem em aleitamento materno exclusivo (5,88%).

Quando interrogado aos entrevistados sobre que profissional de saúde forneceu primeiramente orientações sobre a forma de alimentar as crianças com fissura de lábio e/ou palato, 46,88% citaram o médico, 34,38% o nutricionista, 12,50% a fonoaudióloga e 6,25% informaram receber instrução de outros profissionais.

Avaliando o estado nutricional das crianças com fissura de lábio e/ou palato verificou-se que e 94,12% apresentou peso adequado para idade, 82,35% estatura adequada para idade e 67,65% peso adequado para comprimento. No índice peso/comprimento chamou-se atenção para 2,94% das crianças com risco de sobrepeso e 8,82% apresentando sobrepeso e/ou obesidade conforme pode ser verificada na tabela 3. Houve uma correlação negativa fraca entre a estatura/idade e o tipo de fissura ($n=34$, $r= 0,160$).

DISCUSSÃO

O gênero masculino e tipo de fissura transforame incisivo encontrados nesse estudo estão em consonância com os achados de outros autores^{7,8,11,12}.

Algumas crianças já haviam realizado algum tipo de cirurgia corretiva sendo a queilopastia predominante. A correção cirúrgica das fissuras labiais é realizada entre três e seis meses de vida e a correção do palato entre 12 a 18 meses desde que em boas condições clínicas¹³.

O grau de escolaridade dos responsáveis pelos pacientes em estudo teve como maior proporção a formação do ensino médio completo e isso provavelmente deve-se ao fato do hospital ser referência em atendimento ao pacientes com fissuras de lábio e/ou palato.

Porém, ao avaliar a renda familiar verifica-se que a maior parcela das famílias assistidas pelo programa tem como renda de um a três salários mínimos. No estudo realizado para avaliar a ocorrência de fissuras labiopalatina verificou-se que 73,70% de crianças oriundas de classe socioeconômica desfavorecida foram acometidas¹⁴. Pode-se

inferir que a baixa escolaridade exerce alguma influência no nível sócio-econômico e consequentemente no estado nutricional materno, expondo a gestante a um alto grau de estresse culminando em anomalias craniofaciais visto que a etiologia pode ser originada por fatores ambientais.

Avaliando as práticas de aleitamento materno observou-se que as crianças com fissura labial foram amamentadas com maior frequência em comparação com os outros tipos de fissura corroborando os outros estudos^{5, 9}. No entanto, observa-se que a prevalência de aleitamento materno neste estudo foi satisfatória e corroborou com outros estudos que o aleitamento materno chegou acima de 50% da amostra^{5, 8, 11}. Em contrapartida, outras pesquisas demonstraram o insucesso do aleitamento materno em que apenas 9% da amostra foram amamentadas^{7,9}.

O aleitamento materno é indicado para crianças com fissura de lábio e/ou palato, porém, sua prática é mais satisfatória em crianças com FL^{8,15}. O aleitamento materno é ideal, pois é o melhor método para desenvolver a musculatura da face e da boca, fortalecer o vínculo mãe-filho e evitar infecções³.

As crianças com FL apresentaram maior amplitude de sucção, seguido daqueles com FP e FLP. Diante dos resultados, os autores colocam que as informações citadas fornecem subsídios para elaboração de estratégias alimentares aos pacientes portadores de fissuras orais¹⁶.

A época de introdução de outros alimentos foi divergente do preconizado pela literatura. O início da alimentação complementar foi mais prevalente (44,83%) em crianças na faixa etária entre 5 e 6 meses, seguida de um período de introdução mais precoce.

Sabe-se que a criança amamentada exclusivamente até o 6º mês de vida, a introdução dos alimentos deve ser realizada a partir desse período. Em contrapartida, crianças em alimentação artificial deverá iniciar a alimentação complementar a partir do 4º mês de vida. A alimentação de crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato seguem os mesmos objetivos e necessidades de crianças saudáveis e as orientações nutricionais seguem o guia alimentar recomendado pelo Ministério da Saúde¹⁷. A nutrição destes bebês, além de determinar o desenvolvimento como um todo, proporciona condições para a realização das cirurgias.

Quanto as dificuldades enfrentadas com a alimentação das crianças com fissuras de lábio e/ou palato, observou-se que os achados corroboraram com outros estudos em que a dificuldade para sugar, engasgo e o refluxo nasal foram prevalentes^{7,18}.

Quando a família não é orientada por uma equipe multiprofissional, a alimentação dos pacientes portadores de fissuras torna-se difícil e as dificuldades são comuns. Algumas orientações são importantes para evitar as complicações no processo de alimentação dos lactentes com fendas orais, algumas recomendações devem ser consideradas, tais como: fazer a higiene da cavidade oronasal com cotonete molhado em água fervida (antes e depois da alimentação) para que se evite a permanência de resíduos e partículas de leite na região, e evitar infecções; manter a criança em posição semi-sentada ao oferecer alimentos para evitar aspiração; eructação durante as mamadas; o lado da fissura deve ser estimulado através do contato com o bico do seio ou da mamadeira para exercitar a musculatura afetada; após as mamadas, colocar a criança em decúbito lateral para diminuir o risco de asfixia, pois há risco de refluxo de leite pela narina; e orientar a duração das mamadas entre 30 a 40 minutos⁶.

Diante das características da alimentação dos pacientes portadores de fissura labial e/ou palatina em comparação a outros estudos, conforme citados anteriormente, pode-se inferir que a atuação da equipe multiprofissional no programa favoreceu a prática do aleitamento materno, a introdução da alimentação complementar no período correto e o uso correto de outra alimentação no insucesso do aleitamento materno. No entanto, muitas dessas crianças residem no interior do Estado o que contribui para seu afastamento do Programa e conseqüentemente do tratamento, comprometendo, assim, o estado nutricional conforme encontrado neste estudo e discutido adiante.

As dificuldades de alimentação resultantes da malformação do lábio e/ou palato, bem como de processos infecciosos, são fatores que causam déficit de crescimento em crianças com essas malformações se não forem assistidas antecipadamente por profissionais de saúde⁵.

Poucos foram os estudos realizados para avaliar o estado nutricional através da antropometria de criança com fissura lábio e/ou palato. Nessa perspectiva destaca-se uma pesquisa realizada com crianças de 0 a 4 anos que utilizou para avaliação do estado nutricional os mesmos indicadores e classificado pelo estudo. Teve como resultado para ambos os gêneros em relação ao P/I uma prevalência de 20% para desnutrição, P/E 20% apresentaram-se em risco nutricional e 20% foram classificados com baixa E/I¹¹. Com relação ao comprometimento do comprimento para idade esse estudo se assemelha a pesquisa.

Outro estudo realizado comparou o crescimento de crianças com diferentes tipos de fissuras labiopalatais, seguindo o padrão de referência do NCHS e a conclusão foi

que o peso e a estatura em ambos os sexos nos primeiros dois anos de vida, foram comprometidos quando estabelecido como ponto de corte o percentil 10, sendo o comprometimento menor nas crianças com FL⁵.

Embora os estudos citados mostrem um comprometimento na antropometria dessas crianças houve divergência quanto ao índice P/E visto que este estudo mostrou uma quantidade significativa de crianças com risco de sobrepeso, sobrepeso e/ou obesidade.

Os hábitos alimentares das crianças fissuradas são considerados de maior risco, isso ocorre devido a interrupção precoce do aleitamento materno, a introdução de mamadeiras e conseqüentemente a adição de massas e açúcares ao alimento, tornando-o mais calóricos.

No estudo realizado com cuidadores de lactentes entre 7 e 18 meses com fissura de lábio e/ou palato demonstrou justamente os hábitos alimentares errôneos, visto que a maioria desses bebês com fissura de lábio e/ou palato (80,5%) utilizaram a mamadeira na primeira semana de vida e mais da metade dos bebês tiveram seu contato primário com o açúcar durante o primeiro mês de vida. Este contato ocorreu principalmente através do leite. Outro dado interessante foi que 50% dos bebês já haviam consumido refrigerantes⁹.

Em conclusão, observou-se que o sucesso do aleitamento materno foi comum em que pacientes com fissura labial corroborando com a literatura pesquisada. Como sugestão para investigação científicas futuras seria interessante correlacionar cada tipo de fenda oral com a evolução da alimentação.

A condição de um estado nutricional comprometido não foi evidenciada, no entanto, o risco de sobrepeso e obesidade foi uma realidade do estudo, o que provavelmente tenha sido devido à introdução precoce de mamadeiras e outros alimentos. Dessa forma, uma intervenção nutricional precoce aos portadores de fissuras de lábio e/ou palato é de extrema importância, pois evita o surgimento de alguma condição patológica que, por sua vez, possam impedir o sucesso do tratamento da criança.

Estudos deveriam ser realizados na nutrição com relação ao consumo alimentar desses pacientes, visto que na literatura os achados são escassos.

Conclui-se que a reabilitação do paciente fissurado necessita de uma atenção multiprofissional integrada, contínua e especializada, a fim de providenciar suporte para

a família e criança com o intuito de formar indivíduos saudáveis e integrados na sociedade.

AGRADECIMENTOS

Dedicamos esse estudo aos pacientes do Programa Assistência ao Paciente Portador de Fissuras Labiopalatais pela confiança depositada na equipe multidisciplinar. Agradecemos também ao Hospital de Pediatria e a equipe multidisciplinar do ambulatório pela iniciativa de desenvolver um programa importante para reintegração do indivíduo a sociedade.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Human Genetics Programme. Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies: report of WHO meetings on international collaborative research on craniofacial anomalies, Geneva, Switzerland, 5-8 November 2000; Park City, Utah, U.S.A., 24-26 May 2001; Geneva, World Health Organization; 2002.
2. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev Saúde Pública*, 2001 Julho; 35 (6): 571-575.
3. Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *RBPS*, 2005 Dez; 18 (1): 31-40.
4. Tannure PN; Moliterno LFM. Fissura palatina: apresentação de um caso clínico. *Rev Odontol UNESP*, 2007; 36(4): 341-345.
5. Montagnoli LC, Barbieri MA, Bettioli 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 Julho; 81(6): 461-465.
6. Araruna RC, Vandrúsculo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico. *Rev.latino-am.enfermagem*, 2000 Abril; 8 (2): 99-105.
7. Campillay PL, Delgado SH, Brescovici SM. Avaliação da alimentação em crianças com fissuras de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto alegre. *Rev. CEFAC*, 2010 Abril; 12(2): 257-266.

8. Pini, JG; Peres, SPBA. Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: aleitamento e introdução alimentar. Campinas: Rev. Nutr., 2001 Set./Dez; 14(3): 195-199.
9. Dalben SG, Costa B, Gomide MR, Neves LT. Breast-feeding and Sugar Intakes in Babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*, 2003 Jan; 40 (1): 84-87.
10. World Health Organization. *WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development*. Geneve, Switzerland: Department of Nutrition for Health and Development, France. 2006, p. 336.
11. Piccin S, Machado, AD, Bleil RT. Estado nutricional e prática de aleitamento materno de crianças portadoras de fissuras labiopalatais de Cascavel/Paraná. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.*, 2009 Dez.; 34(3): 71-83.
12. Silva EB, Fúria CLB, Di Ninno CQM. Breast feeding in cleft lip and palate neonates: study of difficulties and methods. *Rev CEFAC*, 2005; 7 (1): 13-20.
13. Dornelles CTL, Colares MVM. Fissuras labiopalatinas: a alimentação e nutrição. In: Dal Bosco SM. *Terapia nutricional em pediatria*. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 209-221.
14. Cerqueira MN, Teixeira SC, Naressi SCM, Ferreira APP. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. *Rev. Bras. Epidemiol*, 2005 Maio; 8(2):161-166.
15. Redford-Badwal DA, Mabry K, Frassinelli JD. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. *Dent Clin N Am*, 2003 Apr; 47(2): 305-317.

16. Reid J, Reilly S, Kilpatrick N. Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J*, 2007 May; 44 (3): 312-320.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

18. Garcez LW, Giugliani ERJ. Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2005; 42 (6): 687-93.

TABELAS

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica dos responsáveis pelas crianças com fissura de lábio e/ou palato em Natal, RN, no período de abril a junho de 2011 (n=34).

Variável	n	%
Escolaridade		
Sem escolaridade	01	2,94
Ensino fundamental incompleto	06	17,65
Ensino fundamental completo	03	8,82
Ensino médio incompleto	09	26,47
Ensino médio completo	12	35,29
Ensino superior incompleto	01	2,94
Ensino superior completo	02	5,88
Renda		
Sem renda fixa	01	2,94
Até 1 salário mínimo	12	35,29
1 a 3 salários mínimos	12	35,29
4 ou mais salários mínimos	09	26,47
Tipo de moradia		
Cedida	01	2,94
Alugada	09	26,47
Própria	24	70,59

Tabela 2: Início da alimentação complementar em pacientes com fissura de lábio e/ou palato, em Natal/RN, no período de abril a junho de 2011 (n=29).

Variável	n	%
Meses		
0m - 2m	2	6,90
3m - 4m	8	27,59
5m - 6m	13	44,83
>6m	6	20,69

Tabela 3: Antropometria de crianças com fissura de lábio e/ou palato segundo padrões de referência da *World Health Organization* (WHO, 2006), em Natal, RN, no período de abril a junho de 2011 (n = 34).

Variável	n	%
Peso/idade		
Muito Baixo peso para idade	01	2,94
Baixo peso para idade	0	0,00
Adequado	32	94,12
Peso elevado para idade	01	2,94
Estatuta/Idade		
Muita baixa estatura para idade	02	5,88
Baixa estatura para idade	04	11,76
Estatura adequada para idade	28	82,35
Peso/ Comprimento		
Magreza acentuada	00	0,00
Magreza	02	5,88
Eutrofia	23	67,65
Risco de sobrepeso	06	17,65
Sobrepeso	01	2,94
Obesidade	02	5,88