



UMA ABORDAGEM SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE NUTRIÇÃO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM FISSURAS LABIOPALATINAS

Ysabele Caroline Oliveira da Silva¹; Gabriela Luciana Santos Bastos Teixeira²;
Juliana Kelle Andrade Lemoine Neves².

¹Discente do curso de graduação em Nutrição do Centro Universitário Estácio Recife

²Docente do Centro Universitário Estácio Recife
CEP 50.720-635 – Recife, PE – Brasil

{ysabelecarolineoliveira@gmail.com, gabriela.teixeira@estacio.br,
lemoineju@gmail.com}

Abstract. Considerate one of the most often orofacial congenital anomaly, cleft lip and palate occurs in 1/650 born in Brazil. They are caused by a fusion failure of the palate during the intrauterine period, affecting the middle facial third. The patient with cleft lip and palate triggers several disturbances resulting from anatomical and functional changes such as psychological, the dental arch, the hearing, phonation and the patient nutritional profile. As the nutritional factor is correlated to the evolution or the patient health condition, there is a need for proper attention to children with cleft lip and palate nutrition. Once the suction is impaired in these patients, the feeding becomes difficult to achieve, essentially breastfeeding, causing little weight gain, so, it can result into anemical condition, pneumatic by bronchoaspiration, repeated infections and malnutrition. So, the purpose of this research is to execute a bibliographic review about the importance of the performance of the nutrition professional on the treatment of children with cleft lip and palate.

Resumo. Considerada uma das mais frequentes anomalias congênitas orofaciais, as fissuras labiopalatinas ocorrem em torno de 1/650 nascidos no Brasil. São ocasionadas devido à falta de fusão do palato durante o período intrauterino, acometendo assim o terço médio facial. O paciente com fissura labiopalatal desencadeia diversos distúrbios consequentes das alterações anatômicas e funcionais como o psicológico, a arcada dentária, a audição, a fonação e o perfil nutricional do paciente. Devido ao fator nutricional estar correlacionado com a evolução ou não do estado de saúde do portador, tendo então, a necessidade da atenção adequada à nutrição das crianças acometidas com fissura labiopalatal. Uma vez que, o processo de sucção encontra-se prejudicado nesses pacientes, a alimentação se torna de difícil realização, em especial o aleitamento materno, gerando em pouco ganho ponderal, podendo resultar em quadros anêmicos, pneumônicos por broncoaspiração, infecções de repetição e desnutrição. Assim, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre a importância da



atuação do profissional da nutrição no tratamento de crianças com fissuras labiopalatinas.

1. Introdução

As fissuras labiopalatinas (FLP) são as anomalias congênitas craniofaciais mais comuns e ocorre pela não junção dos processos faciais embrionários. Sua incidência chega a ser de 1:650 à 1:750 nascidos e suas causas são de 25% a 30% por hereditariedade e de 70% a 80% de origem multifatorial, entre elas estão à deficiência de vitamina A e de ácido fólico. Porém, sua etiologia não se encontra claramente estabelecida.¹

Quanto ao seu tratamento, ele é de longa duração e necessita de uma equipe composta por profissionais especializados, entre eles um profissional da nutrição.^{2, 3} Pois, logo de início o neonato enfrenta dificuldades com o aleitamento materno devido aos fatores fisiológicos e, em alguns casos, por falta de uma orientação adequada a família.^{4,5}

As FLP acarretam limitações e complicações que expõe o paciente a um grande risco de desnutrir, principalmente pela sucção insuficiente, a deglutição excessiva de ar com reflexos nasais e engasgos, ao cansaço e ao gasto energético devido a alimentação demorada, tendo uma baixa ingestão de nutrientes. Sendo o principal fator para o atraso cirúrgico, o baixo ganho ponderal. Reafirmando assim, a importância da atenção ao estado nutricional da criança com fissura labiopalatina.^{6,7}

Deste modo, torna-se de suma importância a orientação precoce aos responsáveis da criança quanto a sua alimentação, no intuito de evitar uma deficiência nutricional, diminuindo os riscos de a mesma contrair doenças, podendo assim ser submetida às cirurgias corretivas.⁵ Sendo assim, mediante ao exposto, o presente trabalho tem como objetivo discutir a importância da atuação do profissional da nutrição no tratamento de crianças com FLP.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão da literatura, com bibliografias do ano de 2008 ao ano de 2018 e estudos clássicos, onde fora realizado o levantamento bibliográfico por meio de livros, teses e artigos das plataformas SciELO, LILACS e PubMed, com palavras-chave: fissuras labiopalatinas; nutrição; aleitamento materno;



métodos de alimentação; tratamento; cleft lip and palate; nutrition; breastfeeding. Os critérios para inclusão foram: estudos clássicos, estudos de grande referência e artigos de revisão.

Embriologia, Etiologia, Epidemiologia e Classificação

Na sexta semana de desenvolvimento embrionário, os tecidos maxilares e mandibulares se fundem, formando assim o lábio superior, ou seja, o lábio superior é constituído por um processo nasal medial e por dois segmentos laterais maxilares. A fissura labial, unilateral ou bilateral, pode ocorrer devido à falta de fusão dos processos maxilares com o nasal medial, sendo a ocorrência de uma fissura mediana no lábio superior uma rara condição.^{8,9}

Ainda na sexta semana de desenvolvimento, há a formação do palato primário e secundário, onde o primário corresponde ao processo palatino mediano e forma a parte pré-maxilar e o secundário é o início da formação das partes moles e duras do palato. A falta de fusão entre essas estruturas derivam as fissuras palatinas, considerando que o período mais crítico da palatogênese está entre o final da sexta até o início da nona semana gestacional, completando a fusão somente na décima segunda semana do desenvolvimento embrionário.^{8,10}

Ressalta-se que sua etiologia tem uma faixa de 25% a 30% de origem genética e de 70% a 80% de origem multifatorial, ou seja, está correlacionada ao grupo étnico, região geográfica, história familiar de fissuras, classificação socioeconômica, hábito materno de fumar até o terceiro mês de gestação, baixa de vitamina A e ácido fólico na mãe e faixas etárias maternas e paternas.¹

Os dados epidemiológicos mostram que as FLP são as anomalias crânios faciais com maior frequência no Brasil, acometendo 1:650 nascidos vivos. Sua prevalência é menor na raça negra e maior na raça amarela. Tendo como as mais comuns a completa de lábio e palato unilateral do lado esquerdo no sexo masculino e as fissuras do palato mais presentes no sexo feminino.¹¹ Sendo o Nordeste brasileiro a região que possui a maior prevalência de FLP, numa fração de 9,72/10.000 nascidos vivos. Entretanto, no Brasil ainda há um número reduzido de publicações sobre sua incidência.^{12,13}

Porém, é presente a dificuldade em medir a verdadeira incidência de fissuras orofaciais e de outros defeitos congênitos, devido às complicações em determinar os

casos incidentes que em sua maioria resultam em abortos espontâneos ainda no primeiro trimestre gestacional e devido à dificuldade em definir a população de risco.¹⁴

Devido às variações da morfologia que ocorrem entre as fissuras orofaciais, surgiu à necessidade de classificá-las, também para uma melhor comunicação entre os diversos profissionais envolvidos no tratamento. No intuito de descrever estas fissuras de modo padronizado, diversos sistemas foram propostos.³ Na atualidade, o método de classificação mais utilizado é o de Spina et al.¹⁵ modificado por Silva Filho et al. posteriormente.¹⁶

A classificação de Spina et al.¹⁵ consideram como referência anatômica o forame incisivo, que é o ponto de união entre os palatos primário e secundário, dividindo as fissuras orais em: pré-forame incisivo, as fissuras transforame incisivo, fissuras pós-forame incisivo e fissuras raras da face.¹⁷ A divisão das FLP a partir do forame incisivo segue ilustrada na figura 1.

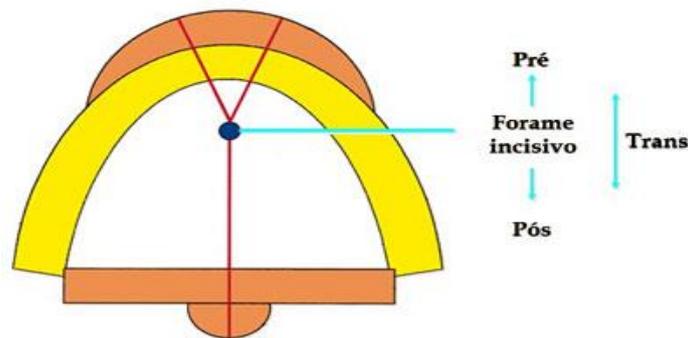


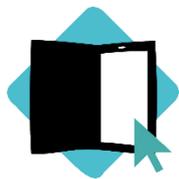
Figura 1 - Esquema representando uma vista oclusal da maxila em formato de desenho, tendo o forame incisivo como referência anatômica e ponto estratégico do sistema de classificação de fissuras labiopalatais proposto por Spina et al.¹⁵

Fonte: <https://fissuraeaudicao.wordpress.com>

As fissuras que não pertencem aos três grupos citados são as fissuras raras da face, segundo a classificação de Spina et al.¹⁵ alterada por Silva Filho et al.¹⁶, são as fissuras oblíquas, naso-ocular, transversa, de lábio inferior, de mandíbula e de nariz.¹⁷

Ressaltando que, as fissuras de lábio e/ou palato também se manifestam com defeitos mais leves como fendas cicatriciais, chamada de cicatriz de Keith, ou como fissuras submucosas.¹⁸

Prevalência no Brasil e a atenção do SUS ao paciente com FLP



No Brasil, os estudos pioneiros sobre a prevalência de FLP foram feitos por Nagem Filho, Moraes et al.¹⁹ após examinar 13.249 escolares obtiveram o resultado de 1,54:1.000 nascidos, o estudo de Souza, Buchalla et al.²⁰, analisaram 12.782 registros de nove maternidades brasileiras nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina, com resultado de 0,42:1.000 nascidos.

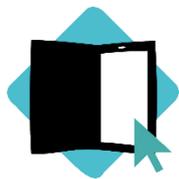
Loffredo, Freitas et al.²¹ analisaram os registros de recém-nascidos com fissuras orofaciais do ano de 1975 ao ano de 1994, por meio dos dados do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, obtendo um resultado de 0,19:1.000 nascidos vivos. Tendo um percentual de 26% para as fissuras palatinas isoladas e 74% para as fissuras de lábio, com ou sem o envolvimento do palato. Constatando um aumento de 2,58 vezes em 20 anos.

Uma importante fonte que acompanha a prevalência de defeitos congênitos no Brasil é a rede de hospitais que trabalham tendo como coadjuvante o *Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC)*²², porém as maternidades brasileiras que trabalham junto ao ECLAMC, não alcançam mais que 4% dos nascimentos do país. Os demais estudos são restritos a pacientes avaliados em hospitais e/ou serviços específicos no Brasil.²³

Coutinho et al.¹³ examinaram o perfil epidemiológico de 1.216 crianças com fissuras de lábio e/ou palato não sindrômica num hospital de referência do Nordeste, entre janeiro de 2002 a dezembro de 2005, onde 48,7% dos casos eram de FLP, 27,6% de fissura palatina (FP) e 23,7% de fissura labial (FL).

A primeira iniciativa do SUS voltada à atenção aos acometidos com anomalias craniofaciais ocorreu no ano de 1993, assumindo os custos dos pacientes com as correções cirúrgicas de FLP e da realização dos implantes dentários ósseo-integrado na tabela do sistema de informações hospitalares (SIH/SUS). Em 1994, através da portaria SAS/MS N.º62, o Ministério da Saúde publicou as normas para a disponibilização de serviços para a realização desses procedimentos no SUS.^{23,24}

A portaria SAS/MS N.º62, regulamenta que os hospitais referentes ao tratamento de anomalias craniofaciais devem possuir os seguintes serviços: otorrinolaringologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, clínica médica, pediatria, fisioterapia,



enfermagem, nutrição, cirurgia bucomaxilofacial e plástica, anestesia, odontologia (odontopediatria, ortodontia, prótese e implantodontia) e atendimento familiar.²⁴

Uma vez que, para que haja sucesso no tratamento reabilitador dos acometidos por FLP, é necessária a intervenção de uma equipe multiprofissional, atuando na reabilitação funcional, estética e social.²⁵

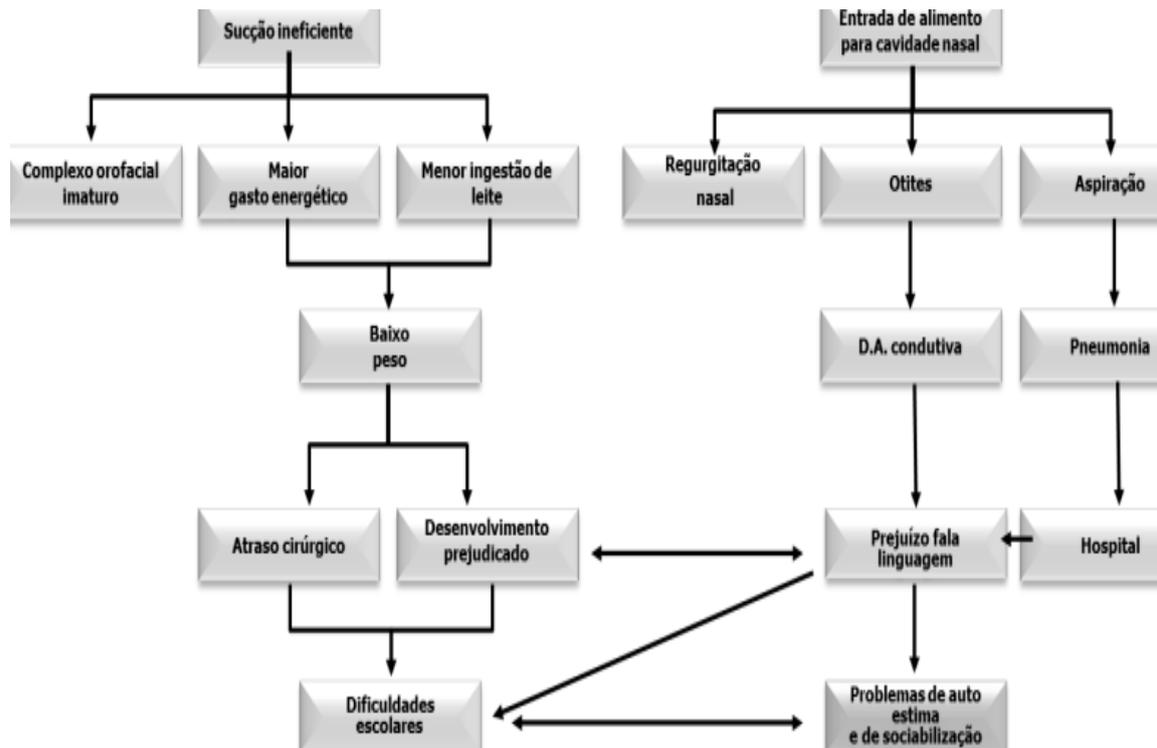
Dificuldades na alimentação, aleitamento materno e a atuação do Nutricionista

As lesões do fissurado labiopalatal acarretam limitações e complicações que o expõe a uma grande probabilidade de desnutrir. Isso ocorre devido à sucção insuficiente, a deglutição excessiva de ar com reflexos nasais e engasgos, broncoaspiração, à fadiga por uma alimentação demorada, tendo como consequência uma ingestão inadequada de nutrientes e o aumento do gasto energético, atrasando assim as cirurgias de correção e o crescimento do paciente, sendo o baixo ganho ponderal o principal fator para o atraso cirúrgico.⁶

Uma vez que, decorrendo das malformações anatômicas e/ou funcionais da tuba auditiva e da região do esfíncter velofaríngeo, as crianças com FLP estão mais suscetíveis a desenvolver otite média. Pois, esta malformação gera uma dificuldade na abertura da tuba durante a deglutição derivada da disfunção do músculo tensor do véu palatino, o qual permanece firme na sua inserção no palato ou apresenta alterações em seu trajeto de inserção. Gerando assim, uma falta de ventilação da orelha média, que pela falha no funcionamento da tuba, há um maior risco de acúmulo de alimento nesta estrutura, assim como de aspiração de secreções da nasofaringe.^{26,27}

Desde o diagnóstico da fissura, a alimentação é uma das principais preocupações dos pais. Pois, as complicações para a realização da alimentação destas crianças surgem logo ao nascer. Nesta fase inicial, a prioridade é a nutrição da criança e o acompanhamento de seu ganho de peso, uma vez que a primeira intervenção cirúrgica é feita por volta do 3º mês de nascido do paciente.^{28,6}

Os principais problemas alimentares enfrentados por fissurados de lábio e/ou palato, foram postos em um fluxograma por Amstalden, Lopes.²⁹ Conforme ilustrado abaixo:



Fluxograma 1 - apresentando os principais problemas alimentares das crianças com fissuras de lábio e/ou palato.

Fonte: Amstalden, Lopes.²⁹

Sendo assim, nota-se a importância da triagem nutricional dos pacientes com FLP, uma vez que são observadas consequências que permeiam por longos anos em sua vida.

Sabendo que as crianças com fissura pré-forame incisivas apresentam uma menor dificuldade alimentar, por ter seu palato íntegro fornecendo a sustentação da pressão negativa, apresenta numa boa sucção auxiliando no aleitamento. Entretanto, sua dificuldade maior se encontra na compressão do bico da mamadeira ou do peito, por não conseguirem um ajuste eficaz, derivando em escape de leite, diminuindo sua ingestão. Sendo importante a presença de um profissional capacitado para encontrar a posição e a pega mais eficaz.^{30,31}

Outrora, nas crianças com fissuras pós-forame incisivas, não é possível uma pressão negativa intraoral adequada, sendo comum a regurgitação pela comunicação das cavidades oral e nasal. O déficit de pressão negativa intraoral e o reflexo da deglutição levam aos engasgos, a falta de coordenação da sucção com a respiração e a deglutição, a fadiga, pouca ingestão volumétrica de leite, refluxo nasal de alimentos e ao baixo ganho ponderal.³²



Entretanto, as crianças com fissura transforame incisivo apresentam todas as dificuldades apontadas no Fluxograma 1, pois o lábio, o alvéolo e o palato estão prejudicados. Alguns estudos apontam que bebês com fissura de palato podem apresentar maior dificuldade alimentar. Porém, aleitamento materno deve ser tentado, mas, na maioria das vezes, é preciso algum tipo de complementação.^{33,31}

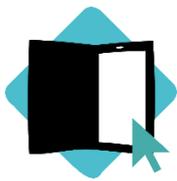
Os objetivos a serem alcançados na alimentação de um neonato com fissura labiopalatal é o mesmo de um não fissurado. Entretanto, pacientes com fissura pós-forame ou transforame podem apresentar muitas dificuldades, por não conseguirem uma pressão intraoral adequada.³⁴ Tendo em vista que a complexidade da fissura determina à maneira que será ofertada a alimentação.^{35,5}

Logo, devido ao rápido crescimento durante o primeiro ano de vida, a infância se torna um dos períodos mais críticos do ciclo da vida, tornando o alimento e a nutrição fatores essenciais ao processo de desenvolvimento da criança. Outrora, alimentar um recém-nato com a malformação de lábio e/ou palato é um processo estressante e difícil, tanto para mãe como para a criança.²⁸

As primeiras informações relacionadas aos cuidados com a alimentação do paciente são passadas através da equipe de enfermagem. Uma vez que, o estado nutricional da criança é um fator considerado de extrema importância na decisão para o procedimento cirúrgico.²⁸

Entende-se assim, que é de suma importância a presença do profissional da nutrição no tratamento de pacientes com FLP. Pois, nos três primeiros meses do recém-nascido, antes de qualquer correção, as quais podem ou não serem iniciadas a partir do 3º mês de vida, o paciente já vem lutando contra as dificuldades fisiológicas para alimentar-se e manter-se num estado nutricional adequado. Tendo o estado nutricional interferindo também, de maneira direta, no processo de recuperação pós-operatória, estando também associado ao processo de cicatrização e prevenção de infecções.³⁶

Na prática, também é bastante comum os lactantes com FLP, não sindrômicos e nascidos a termo, serem submetidos à nutrição enteral (NE), mais especificamente por meio de sondas nasogástricas (SNG). Ao alimentar uma criança com fissura com sonda, prejudicam os mecanismos próprios para realizar os movimentos de sucção, de deglutição e respiração, formando dificuldades relativas à alimentação graves e duradouras, sendo maiores do que aquelas decorrentes da fissura. Podendo ter o



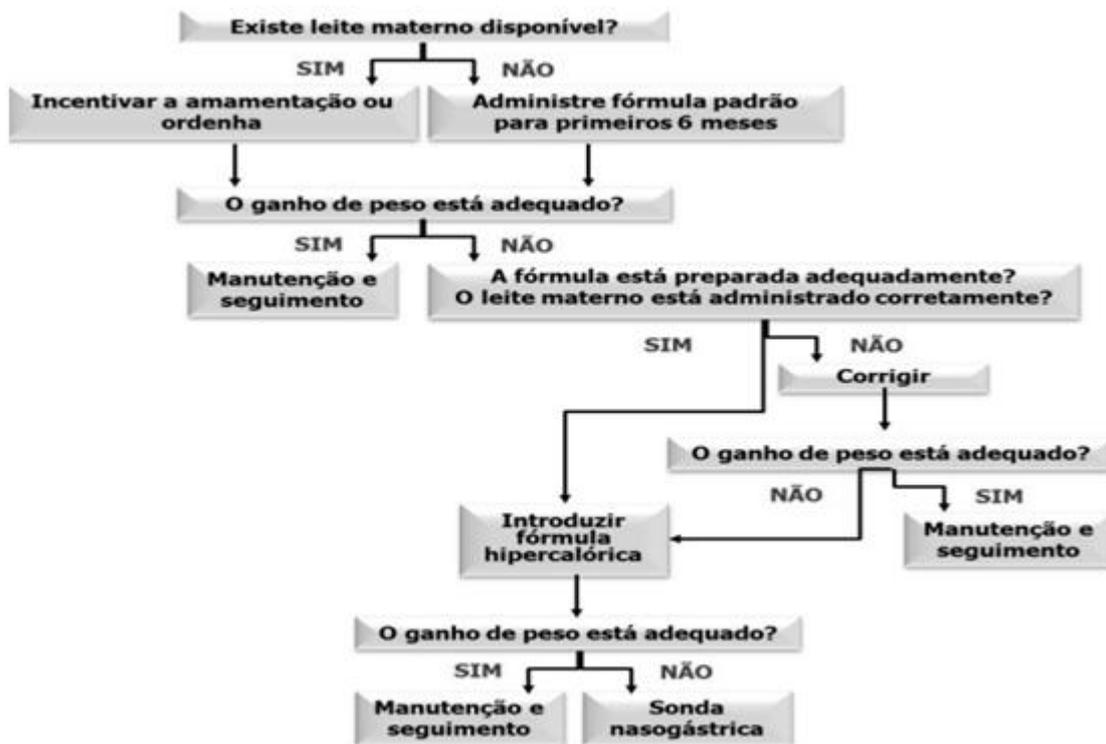
comprometendo da sucção, deglutição e respiração pelo uso prolongado de SNG, também levando a dificuldades futuras na introdução alimentar por via oral.^{28,37}

Logo, para a detecção dos riscos durante a alimentação e para as intervenções nutricionais, foram desenvolvidos dois fluxogramas para auxílio:



Fluxograma – 2: Algoritmo para detecção de riscos durante a alimentação.

Fonte: Nogueira, R. J. N.³⁸





Fluxograma – 3: Algoritmo para condução da investigação e intervenção nutricional nos primeiros 6 meses de vida.

Fonte: Nogueira, R. J. N.³⁸

Em ambas as situações apresentadas nos fluxogramas 2 e 3, é necessário o profissional acompanhar o ganho de peso de maneira próxima e contínua, sempre que se fizer necessário deve-se reavaliar as escolhas efetuadas. Nestes fluxogramas, fica explícita a importância da identificação das dificuldades enfrentadas por um paciente com fissura labiopalatina, visto que quanto mais rápida a recuperação do estado nutricional destes, melhor é a evolução do quadro para correções cirúrgicas e exercícios para melhor desenvolvimento das musculaturas faciais, amenizando as futuras possíveis dificuldades na fala, na aprendizagem e no convívio social.²³

O aleitamento materno é de extrema importância para o neonato, devido ao seu valor nutritivo, imunológico, psíquico e fisiopatológico, como também para contribuir com o desenvolvimento das funções, estruturas orofaciais e promover o vínculo da mãe com o seu filho, o qual se encontra muitas vezes ameaçado pelo defeito da criança.²⁹

As propriedades antibacterianas do leite materno previnem afecções, primordialmente as infecções de ouvido médio, com uma influência positiva sobre os desenvolvimentos visuais, neurocognitivo e digestivo. Também contribuindo com o crescimento da face, devido ao exercício da musculatura facial ao mamar e, conseqüentemente, auxilia a aquisição da linguagem oral as quais são comuns em crianças com fissuras no palato.²⁹

O aleitamento materno, portanto, promove inúmeros benefícios aos pacientes com fissuras labiopalatinas, sendo um deles a prevenção da inflamação da mucosa nasal.³⁹ Logo, com o objetivo de preparar e incentivar, é de grande importância a descoberta da anomalia ainda no pré-natal, no intuito de facilitar o processo de enfrentamento do aleitamento materno.⁴⁰

No mais, os lactantes podem ser alimentados por via oral, diretamente no seio materno e por meio de técnicas facilitadoras, sendo poucas as indicações por sondas, normalmente indicadas para casos sindrômicos. Quando não há a possibilidade de ofertar o aleitamento materno direto ao seio, orienta-se a oferta do leite materno ordenhado e, na impossibilidade deste, fórmulas industrializadas adaptadas para a idade do lactente.⁴¹



No início do tratamento com as intervenções cirúrgicas as recomendações nutricionais para os fissurados labiopalatino seguem os *Dietary Reference Intakes* (DRIs)⁴², onde acrescenta-se nutrientes, para reverter o alto estado catabólico nos períodos de pós-operatórios destes pacientes. As cirurgias de palatoplastias e queiloplastias implicam um pós-operatório de 30 dias, caracterizado por dieta líquida homogênea, fracionada de três em três horas, por via oral.³²

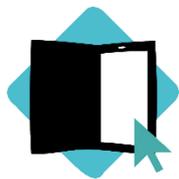
Barros et al.³², afirma que no tratamento dos pós-operatórios das cirurgias buco-maxilares, orienta-se dieta líquida homogênea, complementada com 400 a 600 ml de suplementos hipercalóricos, hiperprotéicos, palatáveis e por via oral, de modo a oferecer de 40-45 kcal/kg/dia e de 1,2 a 1,5g de proteínas por quilograma de peso por dia e micronutrientes, segundo os DRIs. Não esquecendo que é recomendada a retirada de leite e preparações à base de leite, nos primeiros 4-5 dias de pós-operatório para evitar uma excessiva fermentação oral. Ressaltando que o extenso período de dieta líquida homogênea pode derivar uma constipação intestinal, sendo preconizado o uso de fibras dietéticas, inclusive nos suplementos nutricionais.

Reafirmando que os pacientes devem estar passando por avaliações, rotineiramente, referentes ao seu estado nutricional, tanto em nível ambulatorial quanto em regime de internação.²³

3. Resultados e discussão

Foram analisados artigos, livros e teses a fim de achar conteúdos sobre a área da nutrição em meio ao tratamento de fissurados labiopalatinos e a importância da atuação deste profissional. Notou-se a dificuldade de encontrar a abordagem sobre a importância do profissional durante o tratamento de FLP. Uma vez que, estudos clássicos, como o Altmann et al³³, relatam da importância da nutrição, porém não traz como cuidado competente ao profissional da nutrição.

O fator nutricional é de grande preocupação desde a descoberta da FLP. Segundo Graciano et al.⁴³, as reações dos familiares ao descobrirem o nascimento de um fissurado labiopalatino na família, fazem parte de um ciclo previamente esperado, que apresentam reações como choque emocional, seguido por um sentimento de negação, de culpa, de tristeza e raiva e em seguida um período de reorganização e adaptação.



Onde o impacto causado na mãe, em sua maioria, faz surgir uma crise emocional por contrariar suas expectativas de ter uma criança saudável e pela frustração da possibilidade de não conseguir realizar a amamentação por sentimentos de insegurança e medo.³⁰

O estado nutricional da criança é um fator considerado de extrema importância, pois se observa que mesmo apresentando integridade no sistema nervoso, é apresentada uma dificuldade mecânica para alimentar uma criança com FLP, interferindo diretamente no estado nutricional destas e gerando grandes preocupações aos familiares. Logo, deve-se ressaltar a importância do profissional da nutrição em acompanhar a qualidade alimentar e o ganho ponderal da criança, na intenção de evitar os possíveis atrasos no crescimento e desenvolvimento da mesma.^{44,31}

Tendo a ciência da nutrição apresentado uma função relevante na participação da equipe para acompanhamento no tratamento de fissurados labiopalatinos, no intuito de auxiliar na alimentação, no cuidado com o paciente com FLP e no processo de educação alimentar e nutricional para os responsáveis pelo paciente, visando aprimorar o estado nutricional da criança e por consequentes o desenvolvimento adequado desta.^{45,46}

As correções cirúrgicas também são dependentes do estado nutricional do fissurado, em ressalva do ganho de peso estável, do desenvolvimento físico, da ausência de demais alterações no estado de saúde e da capacidade de receber com segurança os anestésicos. Tendo o tratamento dietoterápico como um dos principais cuidados e o inicial com o paciente. Onde, o estado nutricional da criança é um fator considerado de extrema importância na decisão para o procedimento cirúrgico, uma vez que quando realizado de maneira muito postergada interfere de forma negativa na fala, na aprendizagem e no convívio social.^{44,47}

Genaro et al.⁴⁸ relatam que os distúrbios da fala podem acontecer de diversas formas, podendo ser uma leve distorção fonêmica, como também o desenvolvimento da hipernasalidade e de mecanismos compensatórios que tornam a fala ininteligível, sendo um dos aspectos mais estigmatizantes nos casos de FLP.

Porém, a literatura traz poucas vezes o cuidado com a alimentação de um fissurado labiopalatino, como competência do nutricionista. Sabendo que, tais cuidados nutricionais ficam na responsabilidade da equipe de enfermagem, com os cuidados básicos, as técnicas para a alimentação, pouco é abordado à funcionalidade do



profissional da nutrição como responsável pela conduta nutricional do paciente e orientação alimentar, negligenciando a importância dessa prestação de serviço para a evolução do caso.²⁸

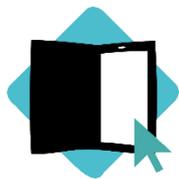
Estudos de referências quanto à atenção a pessoa com FLP, como *World Health Organization* (WHO)⁴⁹, a Portaria SAS/MS nº 62²⁴ e a *American Cleft Palate Craniofacial Association* (ACPA)⁵⁰, foram usados de base para o modelo de avaliação proposto por Almeida et al.⁵¹, o qual desenvolveu um modelo lógico da atenção à pessoa com FLP.⁴ Neste modelo, não consta a presença do profissional da nutrição, onde fica claro na seguinte afirmação, constada na parte de “organização e atenção”:

“A implantação de equipe multidisciplinar de especialistas com formação e experiência na área de FLP, com coordenador, contemplando as especialidades de cirurgia, fonoaudiologia, enfermagem, odontologia, pediatria, otorrinolaringologia, psicologia e serviço social.”

Ainda neste modelo, Almeida et al.⁵¹ reafirmam a responsabilidade da orientação nutricional, mesmo que básica ou não (não especificado), para equipe de enfermagem “avaliação inicial; orientação sobre nutrição; orientações pré e pós-operatórias; aconselhamento familiar inicial e continuado; informação para profissionais da comunidade.”

Notando assim, que nesta teoria pode-se entender que os cuidados nutricionais ficam restritos apenas as orientações nutricionais, básicas, passadas pela equipe de enfermagem, não citando nas demais partes do modelo lógico o nutricionista e a sua importância no acompanhamento do caso junto à equipe e junto à família do paciente com FLP.⁵¹

Sabendo que os objetivos a serem alcançados na alimentação de um neonato com fissura labiopalatal é o mesmo de um não fissurado e que os pacientes com fissura pós-forame ou transforame podem apresentar muitas dificuldades, por não conseguirem uma pressão intraoral adequada, derivando em consequências no seu estado nutricional.³⁴ Onde, nos três primeiros meses do recém-nascido, antes de qualquer correção, as quais podem ou não serem iniciadas a partir do 3º mês de vida, o paciente já vem lutando contra as dificuldades fisiológicas para alimentar-se e manter-se num estado nutricional adequado.³⁶



Tendo o estado nutricional interferindo também, de maneira direta, no processo de preparação pré-operatório, de recuperação pós-operatória, estando também associado ao processo de cicatrização e prevenção de infecções, necessitando de um acompanhamento detalhado de um profissional capacitado da área da nutrição.^{32, 20}

4. Conclusão

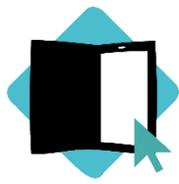
Conclui-se assim, com os resultados do estudo, que há uma necessidade de trazer para a literatura e para a prática a importância da atuação do profissional da nutrição, na equipe multidisciplinar de tratamento de FLP, naquilo que lhe compete.

Sendo também, algo a se debater entre a classe de profissionais e de formandos da área, com discussões e mais interação do nutricionista com o tema. Como exposto no trabalho, há a necessidade de um nutricionista frente às dificuldades nutricionais que os pacientes com FLP enfrentam.

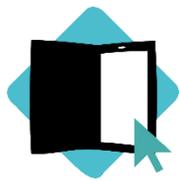
Visto de forma clara, que o profissional tem grande participação no tratamento, tanto rotineiramente, como no pré-operatório e no pós-operatório. Uma vez que, desde 1994 é regulamentada a sua presença na equipe,²⁴ pois os cuidados com a nutrição é competência do nutricionista. Afirmado assim, a relevância do acompanhamento do estado nutricional do paciente ser feito por um profissional regulamentado da área da nutrição.

5. Referências

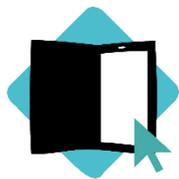
1. Duarte GA, Ramos RB, Cardoso MC. Feeding methods for children with cleft lip and/or palate: a systematic review. *Brazilian Journal Otorhinolaryngology*, 2016; 82(5): 602-09.
2. Rocha CMG, et al. Aleitamento materno e fissura labiopalatal: revisão e atualização. *Revista Médica de Minas Gerais*. Minas Gerais, 2008; 18(1): 77-82.
3. Souza GFT. Fissuras labiopalatinas no Brasil: Prevalência e fatores associados ao retardo do tratamento cirúrgico primário no Sistema Único de Saúde. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017.
4. 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. *Revista CEFAC*. Porto Alegre, 2010; 12(2): 257-66.
5. Toledo JLN, et al. Conhecimento de enfermeiros sobre amamentação de recém-nascidos com fissura labiopalatina. *Bandeirantes*. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2015; 16(1): 21-8.



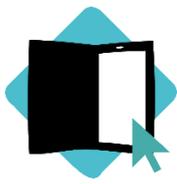
6. Amstalden LGM et al. Estudo multicêntrico da época do diagnóstico de fendas orais. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, 2011; 87(3): 225-30.
7. Silveira JLGC, Weise C. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sobre aleitamento. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria Clínica Integrada*. João Pessoa, 2008; 8(2): 215-21.
8. Moore KL, Persaud TVN. *Embriologia clínica*. 8º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 181-196; 2008.
9. Fernandes R. Importância da equipe multidisciplinar no tratamento e preservação de fissuras labiopalatinas. *Revista Saúde e Pesquisa*. Maringá, 2013; 6(1); 109-16.
10. Freitas MCA, et al. Das Flores aos espinhos: ocorrência das fissuras orofaciais no serviço público da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2015; (39):225-33.
11. Aquino S, Paranaíba L, Martelli. Estudo de pacientes com fissuras lábio-palatina palatinas com pais consanguíneos. *Brazilian Journal of otorhinolaryngology*. 2011; 77(1): 19-23.
12. Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Fortaleza, 2005; 18(1): 31-40.
13. Coutinho ALF, et al. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um centro de referência do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, 2009; 9(2): 149-55.
14. Watkins SE, Meyer RE, Strauss RP, Aylsworth AS. Classification, epidemiology and genetics of orofacial clefts. *Clinics in Plastic Surgery*. 2014; 41(2): 149-63.
15. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*. São Paulo, 1972; 27(1): 5-6.
16. Silva Filho OG, Ferrari FMJ, Rocha DL, Freitas JAS. Classificações das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestões de modificação. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. 1992; 82(2): 59-65.
17. Nunes LMN. *Prevalência de fissuras labiopalatais e sua notificação no sistema de informação*. São Paulo: Unicamp; 2005.
18. Alvarez CW. *Fissura pré-forame incisivo uni/bilateral e fissura pós-forame incisivo associadas: estudo genético-clínico*. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
19. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas labiopalatais na população escolar de Bauru. *Revista da Faculdade de Odontologia da USP*. 1968; 6(2): 111-28.
20. Souza JMP Buchalla CM, Laurenti R. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. III - Anomalias congênitas em nascidos vivos. *Revista de Saúde Pública*. 1987; 21(1): 5-12.



21. Lofredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. *Revista de Saúde Pública*. 2001; 35(6): 571-75.
22. ECLAMC. Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformações Congênicas. *Boletim Informativo*, período 1982-1999; 2001.
23. Monlléo IL. Atenção a pessoas com anomalias craniofaciais no Brasil: avaliação e propostas para o sistema único de saúde. Campinas:Unicamp; 2008.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 62 SAS/MS, de 19 de abril de 1994, dispõe normas para o cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação de portadores de fissuras lábio-palatal para o SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1994.
25. Carvalho LCF, Tavano O. Agenesias dentais em fissurados do Centro Pró-Sorriso – Universidade José do Rosário Vellano. *RGO*. Porto Alegre. 2008; 56(1): 39-45.
26. Ravi BK, Padmasani LN, Hemamalini AJ, Murthy J. Weight gain pattern of infants with orofacial cleft on three types of feeding techniques. *Indian Journal of Pediatrics*. 2015; 82(7): 581-85.
27. Silva DP, Dornelles S, Paniagua LM, Costa SS, Collares MVM. Aspectos Patofisiológicos do Esfíncter Velofaríngeo nas Fissuras Palatinas. *International Archives of Otorhinolaryngology*. 2008; 12(3): 426-35.
28. Araruna RC, Vendrúsculo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2000; 8(2): 99-105.
29. Amstalden LGM, LOPES VLGS. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. *Revista de Ciências Médicas*. Campinas. 2006; 15(5): 437-48.
30. Thomé S. Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1990.
31. Goyal M, Chopra R, Bansal K, Marwaha M. Role of obturators and other feeding interventions in patients with cleft lip and palate: a review. *European Archives Paediatric Dentistry*. 2014; 15(1): 1-9.
32. Barros SP, Cerri R, Borgo HC, Marques IL. Departamento de Suporte Nutricional: Nutrição para Crianças com Fissuras Labiopalatinas. *Revista Paulista de Pediatria*. 2008; (47): 2-7.
33. Altmann EBC. Fissuras Labiopalatinas. São Paulo, Pró-Fono Departamento Editorial; 1997.
34. Oliveira RMR. Uma abordagem sobre as dificuldades enfrentadas por mães na amamentação de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*. 2013; 4(2): 1-6.



35. Di Ninno CQMS, et al. Aleitamento materno exclusivo em bebês com fissura de lábio e/ou palato. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. São Paulo. 2011; 16(4):417-21.
36. Silva EB, Rocha CMG, Lage RR. O bebê com fissura labiopalatina: intervenção interdisciplinar. São Paulo: Roca; 2009.
37. Pini JG, Peres SPBA. Alimentação do lactente portador de lesão labiopalatal: aleitamento e introdução alimentar. *Revista de Nutrição*. 2001; 14(3): 95-99.
38. Nogueira RJN. Fatores preponderantes para a nutrição de indivíduos com fenda orofacial típica e propostas para seu manejo. São Paulo: Unicamp; 2011.
39. Alonso N, et al. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91 pacientes consecutivos. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. 2009; 24(2): 176-81.
40. Luiz AG. Alimentação do lactente com fissura labiopalatina no primeiro ano de vida. Botucatu: Faculdade de Medicina Botucatu; 2017.
41. Monlléo IL, Mendes LGMA, Lopes VLGS. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2006; 22(5): 913-22.
42. NRC (National Academic Press). - Dietary Reference intakes (DRIs): applications in dietary assessment. Washington DC. National Academies Press; 2001.
43. Graciano MI, Tavano LD, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IE, Silva Filho OG. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Ed. Santos; 2007.
44. Bessel A, Hooper L, Shaw W, Reilly S, Reid J, Glenny AM. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; (2):1-5.
45. Anielle RS, Agner ECA, Mezzomo TR. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças menores de 2 anos com fissura labial e palatal. *Revista de Nutrição Clínica e Dietética Hospitalar*. 2017; 37(4):172-76.
46. Gupta R, Singhal P, Singhal A. Fabricating feeding plate in CLP infants with two different material: a series of case report. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2012; 30(4):352-55.
47. Palandi BB, Guedez ZCF. Aspectos da fala de indivíduos com fissura palatina e labial, corrigida em diferentes idades. *Revista CEFAC*. 2011; 13(1): 8-16.
48. Genaro KF, Fukushima AP, Suguimoto MLFCP. Avaliação e tratamento dos distúrbios da fala. In: Trindade IEK, Silva Filho, OG (coord.). Fissuras Labiopalatinas: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Ed. Santos; 2007.
49. WHO (World Health Organization). Global strategies to reduce the health: care burden of craniofacial anomalies. Geneva: WHO, 2002.



50. ACPA (American Cleft Palate-Craniofacial Association). Parameters: for evaluation and treatment of patients whit cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. Chapel Hill: ACPA, 2009.

51. Almeida AMFL, et al. Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. Saúde Debate. 2017; 41(especial): 156-66.