

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

LETICIA SILVA LEITES

**DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS COM FISSURA
LABIOPALATINA**

PORTO ALEGRE

2021

LETICIA SILVA LEITES

**DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS COM FISSURA
LABIOPALATINA**

Artigo apresentado para a banca de avaliação do Trabalho de Conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, sob a orientação da professora Maria Cristina de Almeida Freitas Cardoso.

PORTO ALEGRE

2021

Catálogo na Publicação

Leites, Leticia Silva

Dificuldades alimentares em crianças com fissura labiopalatina / Leticia Silva Leites. -- 2021.
30 p. : graf., tab. ; 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) --
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Fonoaudiologia, 2021.

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Cristina de Almeida Freitas Cardoso.

1. Fenda labial. 2. Fissura palatina. 3. Comportamento alimentar. 4. Transtornos da alimentação e ingestão de alimentos. 5. Inquéritos sobre dietas. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SUMÁRIO

1- Artigo Científico

1.1 Folha de identificação.....	5
1.2 Resumo	6
1.3 Descritores.....	7
1.4 Introdução.....	8
1.5 Método.....	9
1.6 Resultados	12
1.7 Discussão.....	14
1.8 Conclusão	20
1.9 Referências	22

Folha de Identificação

Dificuldades alimentares em crianças com fissura labiopalatina

Feeding difficulties in children with cleft lip and palate

Leticia Silva Leites¹, Maria Cristina de Almeida Freitas Cardoso²

(1) Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

Trabalho realizado no curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

Endereço para correspondência:

Leticia Silva Leites

Rua Dr. Ramiro D'ávila, 120/103, Azenha, Porto Alegre (RS), Brasil, CEP: 90620-050.

E-mail: leticiasilva@ufcspa.edu.br

RESUMO

Objetivo: Identificar e descrever dificuldades e hábitos alimentares em crianças com fissura labiopalatina. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e quantitativo através de registro recordatório. O banco de dados foi composto por respostas dos responsáveis de 16 crianças com idades entre 2 e 13 anos, participantes do projeto de extensão universitária “Fissuras Labiopalatinas”. Os dados foram obtidos através da aplicação e comparação de um questionário recordatório sobre o processo e histórico alimentar das crianças e da Escala Brasileira de Alimentação Infantil. **Resultados:** A amostra foi composta em sua maioria por crianças do gênero feminino, com média de idade de 6 anos e 4 meses. O tipo de fissura predominante foi de fissura transforame unilateral demonstrando diferença significativa das demais. As maiores dificuldades de deglutição encontradas foram o refluxo nasal, tosse e dificuldades alimentares para sugar, mastigar e engolir. Os alimentos preferidos foram predominantemente do tipo carboidratos, seguido das proteínas. Não foram identificadas correlações entre os dados do questionário e o score bruto da Escala Brasileira de Alimentação Infantil. **Conclusão:** Foram identificados sinais e sintomas compatíveis com transtorno da deglutição, que embora tenham diminuído com a realização de cirurgias de correção e o aumento da idade, ainda se fazem presente em parte da amostra. Além disso, foi possível identificar dificuldades de mastigação. Ficou evidente que as preferências e padrões alimentares de parte das crianças tiveram influência familiar.

Descritores: Fenda labial; Fissura palatina; Comportamento alimentar; Transtornos da alimentação e ingestão de alimentos; Inquéritos sobre dietas

ABSTRACT

Purpose: To identify and to describe eating difficulties and habits in children with cleft lip and palate. **Methods:** Observational, cross-sectional, quantitative study through recall record. The database was composed of responses from the guardians of 16 children aged 2 to 13 years, participants of the university extension project "Cleft Lip and Palate". The data were obtained by applying and comparing a recall questionnaire on the children's eating process and history and the Brazilian Child Feeding Scale. **Results:** The sample was composed mostly by female children, with a mean age of 6 years and 4 months. The predominant cleft type was the unilateral transforamen cleft showing significant difference from the others. The biggest swallowing difficulties found were: nasal reflux, coughing and eating difficulties in sucking, chewing and swallowing. The preferred foods were predominantly carbohydrates, followed by proteins. No correlations were identified between the questionnaire data and the raw score of the Brazilian Infant Feeding Scale. **Conclusion:** Signs and symptoms compatible with swallowing disorders were identified, which, although they have decreased with the performance of corrective surgeries and the increase in age, are still present in part of the sample. Moreover, it was possible to identify chewing difficulties. It was evident that the food preferences and patterns of part of the children had family influence.

Keywords: Cleft lip; Cleft palate; Feeding behavior; Feeding and eating disorders; Diet survey

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas (FLP) são malformações congênitas resultado de inadequações na fusão de estruturas embrionárias durante o período gestacional com etiologia multifatorial⁽¹⁾. A falta de fusão dessas estruturas pode surgir de forma isolada ou associada às síndromes, podendo resultar em fissuras faciais, labiais e/ou palatinas⁽²⁾. Devido às diferenças anátomo-fisiológicas, as crianças com FLP podem apresentar alterações nas funções orofaciais, por partilharem estruturas em comum, com isso, a respiração, a fonação e até mesmo a alimentação podem estar prejudicadas^(1,2,3).

As fissuras podem ser classificadas de acordo com o tipo, levando em consideração as estruturas afetadas, tendo o forame incisivo como base para as classificações.

No Brasil, entre as classificações utilizadas pelos centros de referência para tratamento das FLP tem-se a proposta de Spina⁽⁴⁾ que classifica as fissuras em quatro categorias: fissuras pré-forame incisivo quando a fissura é exclusivamente labial, podendo ser unilateral ou bilateral, completas e incompletas; fissuras pós-forame incisivo que é a fissura isolada de palato, podendo ser completa ou incompleta; fissuras transforame incisivo quando a fissura acomete lábio e palato, podendo ser unilateral ou bilateral⁽⁴⁾.

A alimentação é um dos fatores primordiais durante o desenvolvimento e crescimento infantil, principalmente nas fases iniciais em que uma nutrição adequada propicia resultados positivos na maturação global da criança^(3,5). Alguns distúrbios alimentares são comuns na infância e podem ser classificados como a recusa, aversão, dificuldade ou até mesmo impossibilidade de se alimentar⁽⁶⁾.

As alterações funcionais e morfológicas nas crianças com FLP podem tornar o processo alimentar mais difícil, principalmente nos primeiros meses de vida quando as correções cirúrgicas ainda não foram realizadas e as dificuldades de alimentação podem ficar mais evidentes⁽⁷⁾. Para que a nutrição ocorra de forma adequada e sem prejuízos, por vezes são necessários ajustes no padrão de oferta do alimento, modificando as consistências e/ou fazendo uso de métodos alternativos visto que, em geral, muitas crianças com FLP tem um desmame precoce ou nem chegam a ser amamentadas em seio materno^(7,8).

Durante os períodos de introdução e adaptação de novos alimentos alguns padrões são criados para facilitar esse processo, visto que as crianças com FLP preferem alimentos com consistência amolecida, quer por orientação inadequada às famílias ou, por apresentarem adaptações nas funções orofaciais devido a presença de alterações dentárias e oclusais⁽⁹⁾.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo identificar e descrever hábitos e dificuldades alimentares em crianças com fissura labiopalatina, através de um questionário recordatório realizado com os pais ou responsáveis e da comparação desses dados com a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI)⁽¹⁰⁾.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal e qualiquantitativo, realizado através da aplicação e comparação de resultados de dois instrumentos, um questionário recordatório sobre o processo de alimentação de crianças com FLP e a Escala Brasileira de Alimentação infantil (EBAI)⁽¹⁰⁾. A amostra foi composta por respostas de pais e/ou responsáveis de 16 crianças com idades entre 2 e 13 anos, participantes de um projeto de extensão universitária.

O banco de dados do projeto de extensão conta com 57 participantes, que autorizaram previamente a sua composição, a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP sob o parecer número 1.900.382 (CAAE número 55927116.2.0000.5683). Em 2020/2021, foi realizado um contato prévio com os participantes deste banco de dados para a atualização de dados para contato e 25 deles responderam.

Os critérios de inclusão para o estudo foram responsáveis de crianças com fissura labiopalatina que fossem atendidas pelo projeto de extensão “Fissura Labiopalatina” e que tivessem idades entre 2 e 13 anos. Os critérios de exclusão foram para pais de crianças com diagnóstico neurológico ou genético associado à malformação craniofacial.

Foram aplicados dois instrumentos para coleta de dados, um questionário recordatório acerca da alimentação das crianças elaborado pelas pesquisadoras e a EBAI⁽¹⁰⁾. Posteriormente os resultados do questionário e da EBAI⁽¹⁰⁾ foram comparados.

O recordatório, idealizado pelas autoras, compreende perguntas abertas e fechadas quanto ao histórico alimentar das crianças participantes da pesquisa. As perguntas do questionário contemplam diferentes etapas do desenvolvimento e pesquisam desde os tipos de alimentos consumidos, consistências preferidas, até possíveis dificuldades encontradas durante o processo de alimentação.

Após a realização do questionário recordatório, foi aplicada a EBAI⁽¹⁰⁾ que é composta por 14 itens, com perguntas fechadas respondidas em escala de um a sete, que possibilitam a identificação da gravidade e grau das dificuldades alimentares. Durante a aplicação do questionário recordatório e da EBAI⁽¹⁰⁾ foram

necessárias explicações detalhadas sobre os itens para melhor entendimento dos pais e/ou responsáveis das crianças.

Por fim, foi verificada a preocupação dos pais frente ao processo de alimentação através de uma pergunta aberta.

Os dados de identificação e contato dos pais ou responsáveis pelas crianças configuram um banco de dados do projeto de extensão e foram contatados através de um aplicativo de rede social, o “*WhatsApp*”, explicando o objetivo da pesquisa e o tempo necessário para a entrevista e, verificado o interesse de participação. Quando existia este interesse, um segundo contato era realizado via chamada de voz.

Foram contatados 25 pais ou responsáveis pelas crianças, considerando os itens de inclusão e exclusão e, destes, 16 concordaram em participar desta pesquisa. Com o aceite, confirmado através da concordância do TCLE, foi aplicado o questionário do recordatório e a EBAI⁽¹⁰⁾.

Os dados levantados foram transferidos para uma planilha *excell* e analisados estatisticamente através do *software Statistical Packages for the Social Sciences 21* (SPSS 21), com a aplicação dos testes: Coeficiente de correlação de *Spearman* para correlacionar o escore da EBAI⁽¹⁰⁾ com variáveis quantitativas; *Mann-Whitney* para comparação do escore da EBAI⁽¹⁰⁾ com as variáveis qualitativas; e o teste *Kruskal-Wallis* para o tipo de fissura. O índice de nível de confiança utilizado foi de 95% ($p>0,05$).

Este estudo foi aprovado pelos CEPs da instituição de saúde onde o projeto de extensão universitária é realizado e da Universidade, coparticipante deste estudo, sob os pareceres números 46613921.7 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 46613921.7.0000.5683) e 4.766.889 (CAAE 46613921.7.3001.5345).

RESULTADOS

A amostra foi composta por dados coletados a partir da resposta dos responsáveis de 16 crianças com média de idade de 6 anos e 4 meses, a maioria do gênero feminino 56,3%. O tipo de fissura predominante foi a fissura labiopalatina transforame incisivo unilateral, com uma proporção de 68,8%, com diferença estatística significativa comparada às demais ($p=0,013$), seguida da fissura pós-forame incisivo em 25% da amostra. As crianças da amostra realizaram em média duas cirurgias cada, o número mínimo foi de uma cirurgia e o máximo de sete cirurgias. A média de idade das intervenções foi de 10,5 meses para a primeira cirurgia e 31,5 meses para a última cirurgia realizada (Tabela 1).

<Inserir Tabela 1>

Ao nascimento, 81,3% dos familiares receberam orientações profissionais de como deveriam alimentar seus filhos em casa. Apenas duas crianças foram amamentadas no seio materno por um período médio de 10,5 dias. Todos os participantes utilizaram mamadeira e o tempo médio de uso foi de 34,3 meses. Das dificuldades encontradas nas primeiras experiências alimentares, as mais relatadas pelos responsáveis foram: escape nasal em 100% dos participantes, seguido das dificuldades para sugar observada em 75% e tosse em 43,8% da amostra (Tabela 2).

<Inserir tabela 2>

A introdução alimentar se deu por volta dos 6,7 meses, em geral através de uma alimentação nas consistências líquidas e pastosas, com uma boa aceitação. Durante esse período foram relatadas dificuldades relacionadas à mastigação (31,3%) e recusa alimentar (37,5%). Os sinais e sintomas de transtorno de deglutição descritos e mais evidentes foram o refluxo nasal (100%) e tosse (31,3%).

Foram apontadas, também, dificuldades na realização das funções orais da mastigação e deglutição, embora sem especificação (Tabela 3).

<Inserir tabela 3>

No período de introdução alimentar, houve uma predominância de oferta de alimentos dos grupos de legumes e verduras (97,8%), carboidratos (87,5%) e frutas (68,8%). No início da oferta da dieta sólida, o predomínio foi de carboidratos e leguminosas (93,8%) (Figura 1).

<Inserir figura 1>

Na alimentação atual, dos pais questionados 15 (93,8%) acreditam que seus filhos comem bem. Das crianças da amostra, dez (62,5%) apresentam algum tipo de recusa alimentar e sete (43,8%) apresentam algum tipo de dificuldade para mastigar e/ou engolir. Em relação às dificuldades relatadas pelos pais durante a alimentação dos filhos, as mais evidentes são o refluxo nasal (43,8%) e o cansaço durante as refeições (31,3%) (Tabela 4).

<Inserir tabela 4>

Na alimentação atual é possível verificar uma preferência por alimentos dos tipos carboidratos (93,8%) e proteínas (75,0%). No café da manhã o predomínio é de laticínios (93,8%) e carboidratos (87,5%). Nas refeições como almoço e jantar, a preferência é de carboidratos (100%) seguido de proteínas e leguminosas (87,5%). Já nos lanches realizados durante o dia, os carboidratos e as frutas se destacam (81,3%).

Em relação aos tipos de alimentos da introdução alimentar até o momento atual percebe-se uma preferência por carboidratos (Figura 2).

<Inserir figura 2>

De acordo com os resultados de escore bruto e escore total da EBAI⁽¹⁰⁾, não foram identificadas dificuldades alimentares nas crianças da amostra, assim como, os dados também não demonstraram preocupações dos pais com relação à alimentação dos filhos. Não foram observadas correlações entre o escore bruto e total da EBAI⁽¹⁰⁾ com as variáveis do questionário recordatório (Tabela 5).

<Inserir tabela 5>

DISCUSSÃO

A alimentação na infância é uma das etapas primordiais para um desenvolvimento global adequado⁽⁵⁾. Identificar e tratar possíveis dificuldades nesse período é de extrema importância para que esse processo não tenha prejuízos, objetivando assim, a intenção e importância desse trabalho^(5,7).

A alimentação da criança com fissura labiopalatina pode ser um processo difícil, principalmente quando os pais e/ou responsáveis não recebem as orientações adequadas⁽⁷⁾. A presença das malformações anatômicas pode interferir na capacidade natural de se alimentarem. As dificuldades que poderão surgir são mais evidentes em crianças com fissuras pós-forame incisivo devido à falta de pressão intraoral e pelo comprometimento de estruturas orofaciais, diretamente relacionadas à alimentação^(11,12).

Este estudo recordatório contou com a participação de pais e/ou responsáveis de crianças na sua maioria do gênero feminino, com fissuras labiopalatinas transforame incisivo. Os tipos de FLPs descritos neste estudo foram na sua maioria de fissuras labiopalatinas transforame incisivo unilateral para ambos os gêneros. Embora a literatura apresente uma prevalência de FLPs maior em meninos, este estudo contou com a participação maior de dados de meninas, essa não é uma

característica do banco de dados e sim dos pais que aceitaram responder à pesquisa. A FLP predominante em meninos foi a transforame incisivo unilateral, o que corrobora com os dados encontrados na literatura⁽¹³⁾.

No Brasil, os principais centros de tratamento de anomalias craniofaciais seguem as recomendações da *American Cleft Palate-Craniofacial Association* (ACPA)⁽¹⁴⁾ para determinar os tempos ideais das cirurgias de correção de lábio e/ou palato, levando em consideração os benefícios da realização dessas intervenções, nos períodos sugeridos. De acordo com o indicado, os procedimentos cirúrgicos de reconstrução de lábios devem ocorrer até os 12 meses de vida ou o mais precoce possível, dentro dos padrões considerados seguros⁽¹⁴⁾. Já os procedimentos de fechamento do palato devem acontecer até os 18 meses de vida^(14,15). O grupo avaliado teve uma média de oito meses na realização da cirurgia de correção de lábio, estando, assim, de acordo com o recomendado pela literatura e, em relação aos procedimentos de fechamento de palato a média foi de 17,5 meses, ou seja, conforme o recomendado. É importante ressaltar que duas crianças da amostra, com mais de três anos, ainda não realizaram as intervenções de palato.

O atraso ou não realização das cirurgias de correção pode causar diversos problemas relacionados à qualidade de vida dessas crianças, desempenho escolar, desenvolvimento da fala e relações sociais⁽¹⁵⁾. Um dos fatores prejudicados pode ser a alimentação, tendo em vista que as estruturas envolvidas ativamente nesse processo estão afetadas, podendo, assim, propiciar situações de dificuldades na alimentação e/ou na deglutição⁽¹⁵⁾.

A criança em fase de desenvolvimento necessita de um ambiente favorável, visando um bom desenvolvimento neurológico, emocional e nutritivo. O processo alimentar tem grande importância nesse ciclo, tendo em vista que uma boa nutrição

favorece o período de maturação das crianças^(6,12). De acordo com as recomendações, a amamentação infantil junto às FLPs deve ser estimulada de forma precoce, logo após o nascimento com a orientação de uma equipe multidisciplinar, para que ocorra da melhor forma possível^(3,7).

Em relação aos métodos utilizados na oferta de alimento, eles são basicamente os mesmos das demais crianças, porém algumas estratégias orientadas por profissionais da saúde são utilizadas para favorecer uma sucção eficaz e uma deglutição eficiente, como a posição para a amamentação que, também, ajuda na prevenção do refluxo nasal (favorecido pelo efeito da gravidade) e nos métodos alternativos para a sucção, como o uso de seringas, copos ou mamadeiras especiais, com leite materno ordenhado ou com o uso de fórmulas complementares, quando necessário^(8,10,15).

Em relação à amamentação em seio materno, apenas duas crianças realizaram de forma exclusiva, por um curto período, passando para a mamadeira, como o referido pelos outros participantes da amostra. A não amamentação das crianças com FLP pode estar relacionada tanto com as dificuldades da criança na realização da sucção, quanto com a falta de orientações necessárias⁽³⁾. Por mais que os benefícios do aleitamento materno exclusivo sejam provados, muitas mães não recebem as orientações adequadas para dar continuidade após ida para casa, prejudicando, assim, a continuidade do processo da amamentação. A orientação profissional aos pais e/ou responsáveis sobre a alimentação infantil, logo após o nascimento, é de extrema necessidade, principalmente em casos associados à FLPs em que o ganho de peso e saúde estável são essenciais para a realização das demandas clínicas e cirúrgicas que essas crianças são submetidas nos primeiros

meses de vida, ressaltando a importância de uma equipe multidisciplinar preparada^(7,11,16).

A oferta de leite em seio materno propicia inúmeros benefícios, sejam eles relacionados à maturação adequada de estruturas ósseas e musculares ou aos fatores neurológicos e emocionais ^(6,11).

Os transtornos de deglutição das crianças citados pelos responsáveis legais no período de aleitamento, neste estudo, foram principalmente de escape nasal apresentado por todos os participantes do estudo. Os dados mostram dificuldades para sugar, presente em grande parte da amostra, seguido de tosses, engasgos e vômitos. Essas complicações podem ser justificadas pelas alterações orofaciais dessas crianças que podem ter dificuldades em manter uma sucção eficiente devido à falta de pressão intraoral e a dificuldade de coordenação entre as funções de sucção, deglutição e respiração^(15,17,18).

A introdução alimentar ocorreu por volta dos 6 meses, com alimentação baseada predominantemente em legumes, verduras, carboidratos e frutas. As consistências desses primeiros alimentos ofertados eram líquidas e/ou pastosas. No período de introdução alimentar os sinais de transtornos de deglutição se mantiveram e foram observados e relatados pelos pais e/ou responsáveis. O escape nasal, que se manteve em todas as crianças, desde o nascimento; a tosse, que embora tenha diminuído a sua frequência, ainda se fazia presente; e, a presença de vômitos e engasgos. Durante esse período, foi relatada recusa alimentar e dificuldades de mastigação.

A recusa alimentar ou o transtorno alimentar seletivo são transtornos considerados comuns na infância, muitas crianças rejeitam alguns tipos de alimentos e se recusam a mudar o padrão de alimentação, consumindo normalmente os

mesmos alimentos e muitas vezes em poucas quantidades⁽¹⁹⁾. Dados relacionados à transtornos alimentares em crianças com FLP não foram encontrados na literatura.

A partir da introdução da alimentação sólida, a mesma comida da família, ficou evidente uma predileção por alimentos do tipo carboidratos, seguido das leguminosas e proteínas, padrões de escolhas que se mantiveram até a fase de vida atual, evidenciando um modelo de preferências por refeições mais calóricas, ricas em gorduras, resultado da experiência de hábitos comuns da própria família. Tais dados são compatíveis com os encontrados na literatura^(19,20).

Entre os transtornos de deglutição encontrados nos momentos de alimentação das crianças, desde a introdução de alimentos até a fase atual, a que se mostrou mais evidente foi o escape nasal de alimento ou refluxo nasal, que embora o número tenha diminuído com as correções cirúrgicas e com o aumento da idade (sugerindo melhor coordenação entre as funções orofaciais), ainda se faz presente na alimentação de grande parte dos participantes desta amostra, dados similares aos achados foram citados em outro estudo⁽³⁾.

As dificuldades de mastigação relatadas não foram especificadas no questionário e permanecem na alimentação atual, podendo estar associadas às possíveis alterações funcionais ou de adaptações na realização das funções de mastigação e deglutição por essas crianças. As dificuldades de mastigação relatadas nas crianças com FLP podem estar associadas à falta de alguns elementos dentários, forames na arcada dentária, alterações oclusais (mordida aberta e mordida cruzada), musculares e tempo de mastigação aumentado⁽²¹⁾. Os transtornos miofuncionais orofaciais são citados na literatura como quaisquer alterações nas estruturas e funções relacionadas aos ossos, dentes, à musculatura orofacial e na realização das funções de sucção, mastigação, deglutição e

respiração⁽²²⁾. As dificuldades na realização da mastigação e os transtornos de deglutição relatados sugerem estar associados às alterações miofuncionais.

Os centros de tratamento seguem protocolos distintos quanto às restrições alimentares pós-cirúrgicas. Nas cirurgias de lábio, por exemplo, alguns profissionais orientam a retomada imediata da amamentação em seio materno ou mamadeira, enquanto outros recomendam a descontinuidade da sucção por semanas⁽⁷⁾. As recomendações alimentares após as intervenções cirúrgicas estão relacionadas com as consistências, tipos de alimentos e o padrão da oferta⁽⁷⁾.

Quanto às consistências dos alimentos relacionados como favoritos, o grupo mostrou preferência por alimentos de consistências macias, ou seja, alimentos sólidos umidificados ou pastosos, podendo estar relacionada com as dificuldades mastigatórias relatadas pelo grupo ou por aprendizagem, visto que, após as cirurgias, existe a recomendação de mudanças no padrão de ofertas de alimentos, visto à possibilidade de deiscência da sutura cirúrgica, tanto para a amamentação, quanto para a alimentação em geral⁽⁹⁾.

A análise do banco de dados evidenciou que parte das preferências alimentares das crianças da amostra partiu de adaptações realizadas pelas famílias no período de introdução dos alimentos, algumas dessas adequações foram mantidas e, ainda estão presentes nas refeições atuais, indo ao encontro dos achados na literatura, que mostram a influência familiar nos processos da alimentação infantil⁽²⁰⁾.

A EBAI⁽¹⁰⁾ é uma escala que pode ser aplicada em crianças com idades entre 6 meses e 6 anos e 11 meses de vida, que permite determinar o grau de gravidade e das dificuldades alimentares infantis e, leva em consideração, a preocupação dos pais em relação ao processo nutricional e os momentos de refeição dos filhos. A

escala foi aplicada junto ao questionário recordatório visando à identificação das dificuldades alimentares das crianças da amostra, levando em consideração a gravidade e grau dessas alterações, porém, após coleta e análise dos dados, não se identificaram dificuldades na alimentação das crianças participantes desse estudo, não havendo correlação entre os dados do questionário recordatório e a EBAI⁽¹⁰⁾.

Por este estudo utilizar um instrumento recordatório, mesmo que referenciado na literatura para com a identificação detalhada do consumo alimentar, trata-se de uma ferramenta que envolve a memória dos cuidadores, podendo configurar um viés de pesquisa. Sugere-se que levantamentos com registros alimentares sejam utilizados ao longo do crescimento e desenvolvimento infantil das crianças com FLPs de forma a eliminar este viés e, assim, definir os padrões alimentares dessas crianças.

CONCLUSÃO

De acordo com os achados do estudo, foi possível identificar hábitos alimentares e dificuldades comuns nas crianças com FLP. Os componentes da amostra apresentaram sinais de transtornos da deglutição, que embora tenham diminuído com o aumento da idade e as correções cirúrgicas, ainda se fazem presente em parte do grupo. Ficou evidente que parte das preferências e padrões alimentares das crianças sofreram influência familiar. Não foram identificadas correlações significativas entre os dados do questionário e o escore bruto da EBAI.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a disponibilidade dos responsáveis das crianças desta amostra por compartilharem as informações.

REFERÊNCIAS

- 1- Santos MHRC, Lima CAC, Silva TB. Fissuras Labiopalatinas, aspectos etiológicos e tratamento. Rev cient InFOC. 2017;2(2):71-81.
- 2- Costa VCR, Da Silva RC, Oliveira IF, Paz LB, Pogue R, Gazzoni L. Aspectos etiológicos e clínicos das fissuras labiopalatinas. Rev Med Saude Brasília. 2018;7(2):258-68.
- 3- Silvestre CMR, Giraldeleli AC, Estevão LB, Oliveira EGF, Silva CAL, Shimoya-Bittencourt W. Atuação Fonoaudiológica e Fisioterápica nas Fissuras Orofaciais não Síndrômicas. UNICIÊNCIAS. 2020;24(2):205-10.
- 4- Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras labiopalatais: sugestão de modificação. Rev Hosp Clin Faculd Med São Paulo. 1972;27(1):5-6.
- 5- Vieira VCAM; Araújo, CMT, Jamelli SR. Desenvolvimento da fala e alimentação infantil: possíveis implicações. Rev CEFAC. 2016;18(6):1359-69.
- 6- Goday PS, Huh SY, Silverman A, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019;68(1):124-29.
- 7- Duarte GA; Ramos RB; Cardoso MCAF. Métodos de alimentação para crianças com fissura de lábio e/ou palato: uma revisão sistemática. Braz J Otorhinolaryngol. 2016;82(5):602-09.
- 8- Boyce JO, Reilly S, Skeat J, Cahir P. ABM Clinical Protocol #17: Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate-Revised 2019. Breastfeed Med. 2019;14(7):437-44.
- 9- Signor RCF. Abordagem fonoaudiológica nas fissuras orofaciais não síndrômicas: revisão de literatura. Rev Ciênc Med. 2019;28(1):49-67.

- 10- Diniz PB, Fagundes SC, Ramsay M. Adaptação transcultural e validação da montreal children's hospital feeding scale para o português falado no Brasil. Rev paul pediatr. 2021; 39:e2019377.
- 11- Gomez MS, Novaes APT, Silva JP, Guerra LM, Possobon RF. Baby-led weaning, an overview of the new approach to food introduction: integrative literature review. Rev paul pediatr. 2020;38:e2018084.
- 12- Santos ASCM, Queiroz JTS, Souza MSP, Coelho ACR. Dificuldades no aleitamento materno em crianças com fissura de lábio e/ou palato. Rev RECIEN. 2016;6(18):63-70.
- 13- Cymrot M, Sales FCD, Teixeira FAA, Teixeira Junior FAA, Teixeira GSB, Cunha Filho JF, et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissura labiopalatinas atendidas em um Hospital Pediátrico do Nordeste Brasileiro. Rev Bras Cir Plást. 2010;25(4):648-57
- 14- American Cleft Palate-Craniofacial Association [Internet]. Parameters: for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. Chapel Hill: ACPA, 2009. [cited 2021 Oct 10]; Available from: http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Parameters_Rev_2009.pdf
- 15- Sousa GFT, Roncalli AG. Fatores associados ao atraso no tratamento cirúrgico primário de fissuras labiopalatinas no Brasil: uma análise multinível. Cien Saude Colet [online] 2021;26(2):3505-15.
- 16- Macedo MC, Paiva e Silva RB. Vivência de Mães Após o Diagnóstico Pré-Natal de Fissura Labiopalatina. Rev Psicol Saude. 2021; 13(2):51-64.
- 17- Ville APM, Staszczak L, Lopes L, Vivian JM. Os desafios e estratégias para amamentação no recém-nascido com fissura labiopalatina. Resid Pediatr. 2020;0(0).

- 18- Freitas JS, Cardoso MCAF. Sintomas de disfagia em crianças com fissura labial e/ou palatina pré e pós-correção cirúrgica. *CoDAS* [online]. 2018;30(1).
- 19- Muller PW, Salazar V, Donelli TMS. Dificuldades Alimentares na Primeira Infância: Uma Revisão Sistemática. *Estud pesqui psicol.* 2017;17(2):635-52.
- 20- Pastrana LT, Oliveira VMMD, Silva MCD. Aspectos influenciadores n o hábito alimentar infantil [internet]. UniCEUB; 2021. [cited 2021 Out 10]; [about 19 screens] Available from:
<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/15392/1/21805142%20%2021803986%20%20%2051700826.pdf>
- 21- Totta T. Análise do padrão mastigatório em indivíduos com fissura labiopalatina [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais; 2016.
- 22- Fernandes GA, Berretin-Felix G, Genaro KF. Avaliação miofuncional orofacial n a fissura labiopalatina: revisão integrativa da literatura. *Revista CEFAC* [online]. 2019;21(1)

Tabela 1. Características gerais da amostra

Características Gerais	n=16	%
Gênero feminino	9	56,3%
Gênero masculino	7	43,8%
FL pré forame incisivo	0	0,0%
FLP transforame unilateral	11	68,8%
FLP transforame bilateral	1	6,3%
FP pós forame incisivo	4	25,0%
Cirurgias, média e DP	2,5	1,5%

Legenda: FL = fissura labial; FLP = fissura labiopalatina; FP = fissura palatina; n = número absoluto; % = número relativo; DP = desvio padrão

Tabela 2. Dados de alimentação inicial das crianças com FLP

Amamentação e alimentação inicial	n=16	%
Orientação alimentar ao nascimento	13	81,3%
Foi amamentado	2	12,5%
Utilizou mamadeira	16	100,0%
Dificuldades parasugar	12	75,0%
Dificuldades para engolir	4	25,0%
Engasgos	6	37,5%
Tosse	7	43,8%
Sufocamento	4	25,0%
Escape nasal	16	100%
Refluxo Gastroesofágico	3	18,8%
Vômitos	6	37,5%

Legenda: FLP = fissura labiopalatina; n = número absoluto; % = número relativo

Tabela 3. Histórico alimentar e introdução alimentar

Introdução alimentar, consistências e dificuldades	n=16	%
Líquido	16	100,0%
Pastoso	15	93,8%
Sólido umidificado	0	0,0%
Sólido	0	0,0%
Líquido espessado	1	6,3%
Dificuldade de aceitação alimentar na IA	1	6,3%
Recusa alimentar na IA	6	37,5%
Dificuldade mastigação na IA	5	31,3%
Engasgos na IA	2	12,5%
Tosse na IA	5	31,3%
Sufocamento na IA	1	6,3%
Refluxo nasal na IA	16	100,0%
Refluxo gastroesofágico na IA	1	6,3%
Vômitos na IA	2	12,5%
Dificuldades de mastigação na AS	5	31,3%
Engasgos na AS	2	12,5%
Tosse na AS	4	25,0%
Sufocamento na AS	0	0,0%
Refluxo nasal na AS	14	87,5%
Refluxo gastroesofágico na AS	0	0,0%
Vômitos na AS	1	6,3%

Legenda: n = número absoluto; % = número relativo; IA = introdução alimentar; AS = alimentação sólida

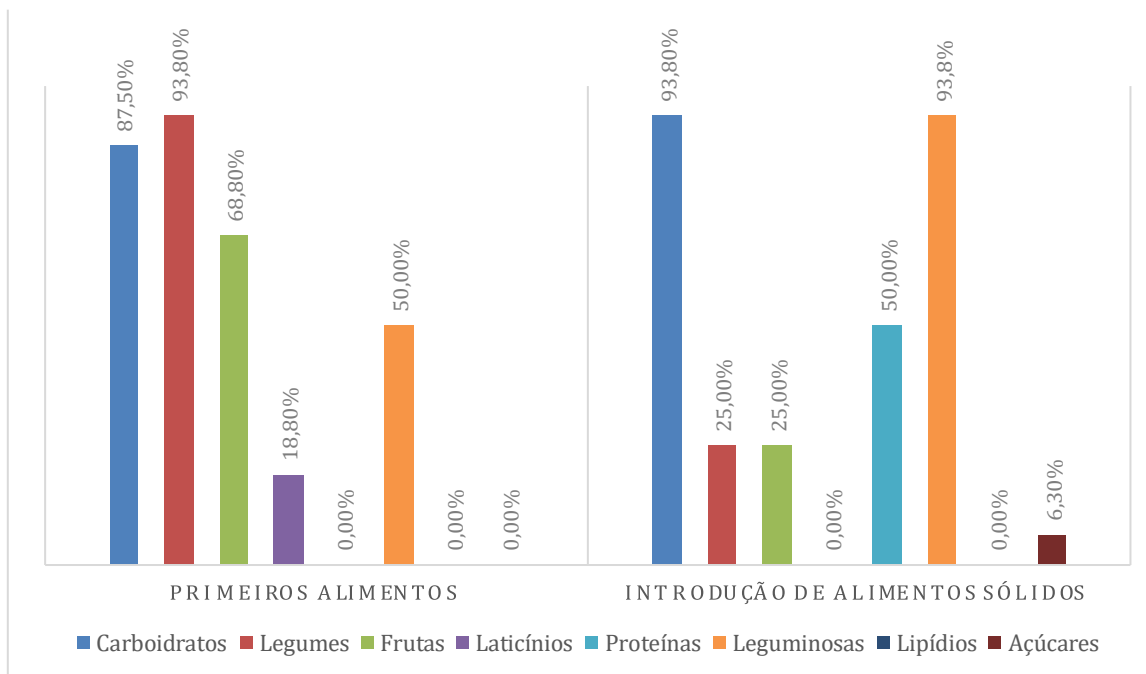


Figura 1: Alimentos utilizados na introdução alimentar

Tabela 4. Dados sobre a alimentação atual

Alimentação atual	n=16	%
Percepção sobre boaalimentação dos filhos	15	93,8%
Recusa Alimentar	10	62,5%
Escape Nasal	7	43,8%
Engasgos	1	6,3%
Tosse	3	18,8%
Sufocamento	0	0,0%
Refluxo Gastroesofágico	0	0,0%
Vômitos	0	0,0%
Sente dor para engolir	0	0,0%
Dificuldades paramastigar e/ou engolir	7	43,8%
Cansa durante a alimentação	5	31,3%

Legenda: n = número absoluto; % = número relativo

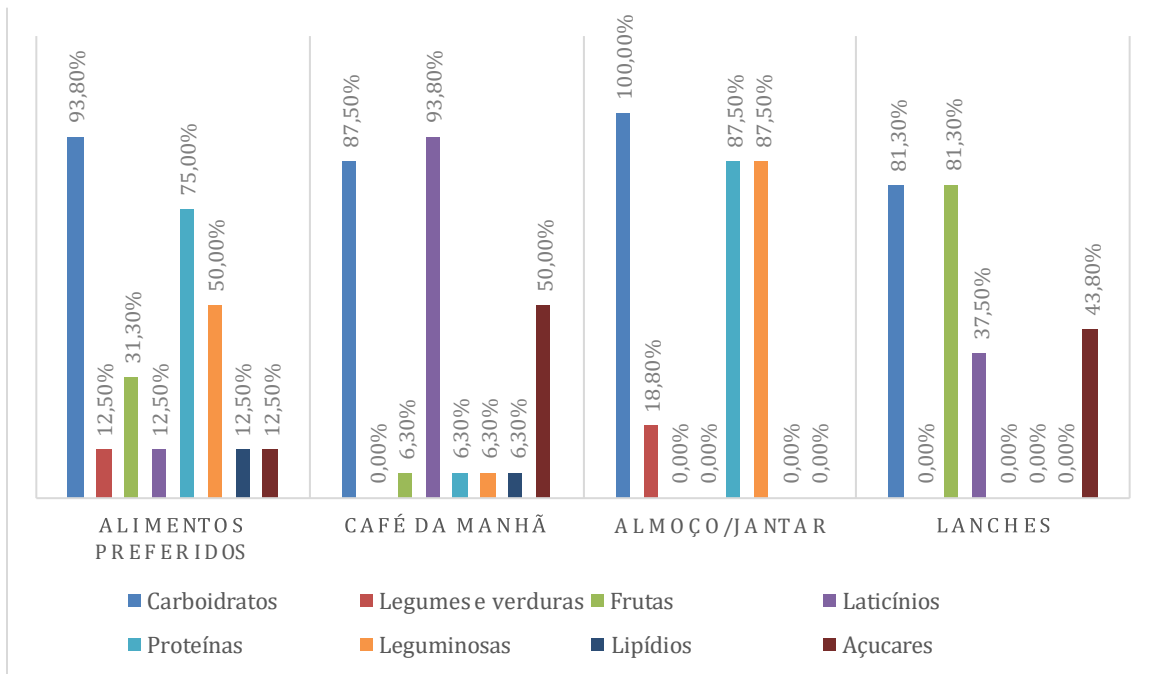


Figura 2. Preferências alimentares na alimentação atual

Tabela 5. Dados de alimentação, escala EBAI

EBAI	MÉDIA	DP
1. O que você acha dos momentos de refeição coma sua criança?	1,31	0,70
2. O quão preocupado você está com a alimentação da sua criança?	3,75	3,00
3. Quanto de apetite (fome) sua criança tem?	1,75	2,05
4. Quando a sua criança começa a se recusar a comer durante as refeições?	2,00	1,83
5. Quanto tempo (em minutos) dura a refeição da sua criança?	2,00	0,82
6. Como a sua criança se comporta durante a refeição?	2,50	2,22
7. A sua criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento?	1,94	1,81
8. A sua criança fica com a comida parada na boca sem engolir?	2,56	2,42
9. Você precisa ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, TV) durante a refeição para que ela coma?	2,56	2,50
10. Você precisa forçar sua criança a comer ou beber?	1,94	2,11
11. Como é a habilidade de mastigação (ou sucção da sua criança)?	2,75	2,35
12. O que você acha do crescimento da sua criança?	1,81	2,04
13. Como a alimentação da sua criança influencia a sua relação com ela?	1,25	0,77
14. Como a alimentação da sua criança influencia as suas relações com familiares?	1,88	1,93
Escore bruto	30,0	16,2

Legenda: EBAI = Escala Brasileira de Alimentação Infantil; DP = desvio padrão