

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM FISSURA LÁBIO-PALATAL

Paula Katerine Lisbôa¹, Vanessa Pereira Rocha², Regina Pini³

RESUMO

A fissura lábio palatina (FLP) é uma malformação congênita, decorrente da falta de fusão do palato durante o período intra-uterino, sendo incluída entre as anomalias mais comuns. As FLP ocorrem em aproximadamente 1/650 nascimentos no Brasil. Conhecendo a importância das fissuras labiopalatais, o objetivo desse trabalho foi possibilitar aos profissionais de enfermagem os cuidados adequados aos pacientes acometidos. Realizou-se pesquisa de revisão bibliográfica online, bem como livros e periódicos, utilizando-se as palavras chaves fissuras labiais e palatinas. Buscou-se na base de dados LILACS, MEDLINE e Scielo de artigos publicados entre 1977 a 2010. Há uma considerável variação na proporção de casos com FLP associados a anomalias congênitas e síndromes. A partir do diagnóstico a equipe multidisciplinar pode atuar buscando além da correção das malformações e problemas associados, a reintegração desse paciente à sociedade. Conclui-se que a assistência adequada a ser prestada ao paciente fissurado demanda além de treinamento técnico, habilidade e sensibilidade da equipe multidisciplinar, o que a torna capaz de perceber e intervir na dimensão biopsicossocial e espiritual da criança e família.

Palavras-chave: Fissura lábio palatal. Tratamento. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

The cleft palate is a congenital malformation, resulting from lack of fusion of the palate during the intrauterine period, being included among the most common anomalies. The cleft lip and palate occur in approximately 1/650 births in Brazil. Knowing the importance of cleft lip and palate, the objective of this work was to enable professionals nursing care appropriate to the affected patients. We conducted a literature review of research online, as well as books and periodicals, using the words keys cleft lip and palate. We tried to in database LILACS, MEDLINE and SCIELO articles published between 1977 to 2010. There is considerable variation in the proportion of cases with FLP associated congenital anomalies and syndromes. Since the as diagnosis of a multidisciplinary team can act that looking beyond the correction of malformations and associated problems, with the reintegration to society of this patient. Concludes that the appropriate assistance to be delivered to patient demand cracked beyond technical training, skill and sensitivity of the multidisciplinary team, which makes it able to understand and intervene in the biopsychosocial and spiritual dimensions of child and family.

Key words: Cleft lip and palate. Treatment. Nursing care.

¹Graduada em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.

²Graduada em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.

³Docente do curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas identificadas pela presença de fenda na região óssea ou mucosa da abóbada palatina, podendo ser completas e totais (FIGUEIREDO et al., 2004).

Por isso, o primeiro desafio que as crianças têm ao nascer com uma malformação congênita de fissura labiopalatina é de sofrer interferências em seu dia-a-dia (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000), o maior é a dificuldade para alimentar-se, podendo ocasionar desnutrição, anemia, pneumonia aspirativa e infecções de repetição (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Com o propósito de melhorar e fazer com que a criança tenha uma vida normal, o tratamento tem como aspectos propiciar nutrição, estimulação neurossensorial e harmonia com a família, por meio de assistência e orientação aos pais (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

Com o intuito de buscar assistência adequada a ser prestada a criança com essa patologia, a procura de treinamento técnico, sensibilidade e habilidade da equipe multidisciplinar tornam capaz a percepção e intervenção na dimensão biopsicossocial e espiritual da criança e da família (SANTOS; DIAS, 2005).

Para que haja um tratamento eficaz, é necessário que seja efetuado por uma equipe multidisciplinar envolvendo ginecologista obstetra, geneticista, cirurgião plástico, pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e odontólogo (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Portanto, a enfermagem juntamente com essa equipe multidisciplinar, é parte atuante no processo de reabilitação, tendo como objetivo integrar o paciente para assegurar a continuidade do tratamento (SPIRI; LEITE, 1999).

Assim, com este trabalho pretendemos identificar as dificuldades vivenciadas pelos familiares dos pacientes portadores de fissura lábio-palatal, descrever as dificuldades enfrentadas pelas crianças portadoras dessa anomalia e descrever o papel da equipe de Enfermagem na assistência específica aos familiares e ao portador. Isso faremos por meio de um estudo descritivo com levantamento bibliográfico de artigos e livros existente sobre o tema proposto. Foi realizado levantamento de artigos dos últimos 33 anos (1977 a 2010) via online, banco de dados como Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (National Library of Medicine) e Scielo utilizando os unitermos: fenda palatina, lábio leporino, assistência de enfermagem.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O tratamento multidisciplinar é uma das condições indispensáveis para o sucesso na reabilitação dos pacientes com FLP (SILVA et al., 2008), juntamente com o envolvimento da família com os profissionais da saúde, afim de visar o desenvolvimento de estratégias que levem a criança com fissura conviver bem com a doença (SANTOS; DIAS, 2005).

Os portadores de fenda labial palatina, além de alterações estéticas, apresentam distúrbios funcionais, que vão desde a alimentação até a fonação, que se não tratados no tempo certo podem causar também problemas psicológicos (FIGUEIREDO et al., 2004).

Wong (1999) destaca que o tratamento da criança com lábio leporino/fenda palatina envolve os esforços conjuntos de vários especialistas: pediatra, enfermeiras, cirurgião plástico, ortodontista, protético, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo e, algumas vezes psiquiatra.

Porém, a equipe multidisciplinar, estando ou não ligada a um centro de referência no tratamento a esses pacientes, deve imaginar que ao receber pela primeira vez um paciente com fissura lábio palatino, irá se deparar não só com alterações funcionais presentes, e sim com um complexo conjunto de mudanças nos padrões de deglutição, fala, audição, desenvolvimento e crescimento craniofacial, respiração nasal (SILVA et al., 2008).

O choque emocional das malformações congênitas na saúde da criança, na família e na sociedade é complexo, pois estas patologias são crônicas e podem atingir muitos órgãos e sistemas, sendo indispensável que todo o programa de saúde envolva estratégias para prevenir os defeitos congênitos (GUILLER; DUPAS; PETTENGILL, 2007).

A interação entre os profissionais da saúde torna-se indispensável, principalmente da enfermeira, que deve ter como metas: assistir a criança e sua família, estimular o desenvolvimento e incentivar o paciente para que seja forte e tenha maneiras de enfrentar a trajetória que está por vir, de forma saudável e motivadora (SANTOS; DIAS, 2005).

O enfermeiro tem qualificação para ajudar o paciente com fissura lábio palatino a se restabelecer, pois muitas vezes nesses momentos de interação e cuidado, ele consegue descobrir os medos, esperanças, pensamentos e desejos desses pacientes (ANDRADE; ARGERAMI, 2001).

A experiência do enfermeiro na assistência de crianças com malformação congênita, mostra que o cuidar dessa criança é um trabalho que exige um pouco mais do profissional, porém produz grande satisfação pessoal (GUILLER; DUPAS; PETTENGILL, 2007).

É de grande importância que a equipe multidisciplinar que presta cuidados a criança com fissura lábio palatino analise as fases do desenvolvimento bio-psico-social e o contexto familiar que ela faz parte, visando uma assistência humanizada e competente por parte da enfermagem e de toda equipe (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

Os profissionais da saúde, ao se depararem com um recém nascido portador de malformação, devem ter uma conduta de qualidade e específica, de modo que é de extrema importância que os mesmos tenham conhecimento e saibam planejar o tratamento corretamente, esclarecendo dúvidas sobre a patologia e encorajando os pais a buscar uma vida saudável dentro dos limites da criança (SANTOS; DIAS, 2005).

Ao receber o paciente com malformação congênita, é importante determinar a etiologia do caso, a história clínica, histórico familiar, fatores que podem ter influenciado no desenvolvimento do bebê, saúde da mãe e exame físico para detectar se há outras anomalias ligadas (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

No tratamento médico, as principais características a serem visadas são quanto ao fechamento da fenda, prevenção de complicações e propiciar o crescimento e desenvolvimento normal da criança (WONG, 1999). O apoio e a instrução dos profissionais de saúde com a família agindo desde o nascimento é o que determina o sucesso não só do aleitamento materno, mas também da integração futuramente dessa criança com a sociedade (GOUVÊA, 2008).

A fim de orientar o paciente e sua família, o geneticista realiza o aconselhamento genético sobre os prognósticos médicos da doença, o risco de recorrência, diagnóstico pré-natal, complicações, encaminhamento para grupos de apoio e terapia (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Diagnósticos imprecisos podem levar a aconselhamentos imprecisos, o que poderá ser desastroso (BORGES-OSÓRIO; ROBINSON, 2001).

O fato de inúmeras doenças cromossômicas e gênicas estarem ligadas a fendas faciais serve como sinal de alerta para médicos ultra-sonografistas sendo imprescindível a realização de um detalhado exame morfológico fetal (BUNDUKI et al., 2001). Todavia é necessário que o ultra-sonografista seja experiente e tenha capacidade para observar malformações como a fenda palatina (TRENT, 1997).

Portanto, todos os fetos com diagnóstico de fenda lábio palatina, devem ser encaminhados para centros de referência para uma minuciosa avaliação pré-natal tendo como objetivo dar continuidade ao tratamento mais adequado possível (BUNDUKI et al., 2001).

A alimentação torna-se preocupante a família e ao médico, sendo necessário nessa fase o apoio do fonoaudiólogo (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

O aconselhamento aos pais sobre as melhores técnicas alimentares deve ser passado precocemente, pois as crianças que tem a família orientada alimentam-se com mais facilidade e crescem mais, diminuindo assim a ansiedade dos pais (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000).

Ainda na maternidade, o fonoaudiólogo deve realizar o primeiro contato com a criança e a mãe, a fim de orientar quanto à alimentação e dificuldades que serão encontradas pela família com relação à patologia (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Os fatos envolvidos nos cuidados da alimentação à criança com fissura labiopalatal compreendem as relações sociais, afetivas, econômicas e culturais, e principalmente as dificuldades anatômicas (ARARUNA; VENDRUSCOLO, 2000).

O trabalho de sensibilidade própria da cavidade oral em crianças com fissura labiopalatal deve ser efetuado no primeiro ano de vida, já que o desenvolvimento muscular apropriado é importante para a redução dos distúrbios da fala (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

As crianças com fissura são mais suscetíveis a ter otites médias e secretoras, porque a trompa de Eustáquio sofre um aumento significativo de pressão durante a deglutição, sendo necessária a fiscalização de seu corpo em posição vertical durante as mamadas, contribuindo assim para a redução do problema (CALIL; VARGAS, 2008).

As dificuldades em longo prazo incluem a perda de audição, problemas com a fala, a alimentação e desenvolvimento e alinhamento dos dentes de forma incorreta (SEIDEL et al., 2007).

Pacientes com fissura lábio palatina tem a dentição tanto decídua quanto permanente frequentemente afetadas, estando relacionado à ausência congênita de dentes ou presença de dentes supranumerários. Isso ocorre em 53% das crianças com a malformação (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

HOSPITAIS REFERÊNCIA

Hoje um dos hospitais considerado referência para o tratamento de fenda labial e palatina é o Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio-encefálicas da USP (HRAC-USP) conhecido com “Centrinho”, que conta com uma equipe multidisciplinar altamente qualificada e se diferencia de muitos outros hospitais devido sua filosofia de atendimento humanizado e integral, tudo via SUS (Sistema Único de Saúde). Também é reconhecido como centro de

excelência em todo mundo por atender paciente do Brasil e Exterior. Mais de 56 mil pacientes estão atualmente matriculados para receber atendimento (HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS, 2010).

Atualmente existem outros centros de tratamento a pacientes fissurados, são eles: CAIF (Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal), localizado em Curitiba. Ele foi criado em abril de 1992, é um órgão da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) conveniado com a AFISSUR - Associação de Reabilitação e Promoção Social do Fissurado Labiopalatal, que denominamos CAIF/AFISSUR. Desse modo, a instituição disponibiliza uma completa estrutura de atendimento, com todas as áreas relacionadas ao processo de reabilitação, tanto clínica quanto psicológica e social ao paciente (PARANÁ, 2010).

Em Londrina um grupo de multiprofissionais atua no tratamento de crianças portadoras de anomalias, inclusive fissuras labiopalatinas desde 1999 no NITAC (Núcleo Infantil de Tratamento de Anomalias Craniofaciais). O protocolo de atendimento ocorre da seguinte maneira:

- 1ª semana ao 3º mês: o paciente passa por uma terapêutica clínica básica, envolvendo a pediatria e a enfermagem, e também direcionada, com o fonoaudiólogo e dentista;
- 3º ao 6º mês: é realizada a cirurgia unilateral do lábio e/ou bilateral em dois tempos e, caso necessário, o otorrinolaringologista fará drenagens dos ouvidos (em casos de infecção);
- 6º ao 15º mês: é dada seqüência a terapia clínica básica, com o pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo e dentista;
- 15º ao 18º mês: a cirurgia do palato é realizada em tempo único;
- 18º mês ao 5º ano: é feito o acompanhamento do paciente junto à terapia básica, inclui médico pediatra, fonoaudiólogo, psicólogo e dentista;
- 5º ano ao 7º ano: é realizada a expansão rápida da maxila, caso necessário, pelo ortodontista;
- 6º ano ao 9º ano: Nessa época geralmente, já ocorreu à maior parte do crescimento da maxila então é realizada a cirurgia de enxerto ósseo alveolar pela equipe de cirurgia;
- 9º ano ao 16º ano: é dado o início da ortodontia corretiva;
- 16º ano ao 20º ano: se necessário o paciente é submetido à cirurgia ortognática (FILHO et al., 2003).

Em meados do ano de 2000, foi criado o Centro de Apoio e Reabilitação dos Portadores de Fissura Lábio Palatal de Londrina e Região- CEFIL, que constitui-se em uma entidade não governamental, sem fins lucrativos, cujo objetivo é assistir o portador de fissuras labiopalatinas, associado ou não a outras síndromes ou deficiências de Londrina e região, proporcionando a reabilitação global através de atendimento clínico especializado, bem como a promoção social. Visando qualidade no atendimento e respeito ao paciente, foi criada uma equipe multidisciplinar composta por profissionais na área de Serviço Social, Nutrição,

Psicologia, Odontologia/ Ortodontia, Cirurgia Plástica, Audiologia/ Fonoaudiologia, Psicopedagogia e Terapia Ocupacional (CEFIL, [200-?]).

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

A cirurgia de reconstrução ao paciente com fissura labiopalatal não é só uma questão estética, mas sim funcional, enquanto outras cirurgias plásticas posteriores podem ser necessárias para correção estética de lesões da face (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

A época ideal para que ocorra a intervenção cirúrgica é seguida de controvérsias já que em algumas literaturas é indicado após o primeiro mês de vida em crianças com lábio leporino e ao 18ºmês em crianças com fissura palatina (SEGRE, 2002). Porém enfatiza-se que para haver êxito em uma correção cirúrgica, deve ser realizada conforme a malformação sendo em caso de fenda labial até 3 meses; fenda palatina até 1 ano e meio; fenda labial com deformação do nariz até 4 anos -partes moles e; 12 anos- partes ósseas (BORGES-OSÓRIO; ROBINSON, 2001).

Contudo, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio-encefálicas da USP (HRAC-USP) recomenda como idade mínima os três meses para a realização da cirurgia de fechamento da abertura do lábio, chamada de queiloplastia, e no mínimo um ano de vida para a palatoplastia, cirurgia de fechamento do palato. Quando a fissura é bilateral, o fechamento do lábio pode ocorrer em uma única etapa ou duas igualmente ao fechamento do palato (BIAZON; PENICHE, 2008).

O objetivo principal da palatoplastia é fechar o palato duro com tecidos moles adjacentes à fissura. Portanto, os procedimentos usados na cirurgia variam de acordo com a largura, extensão, quantidade de tecidos moles e duros disponíveis e extensão do palato. Como resultado satisfatório, busca-se o alongamento do palato ao mesmo tempo a readaptação do diafragma palatino a sua posição anatômica ideal, para que haja equilíbrio e reintegração de carências morfológicas, fisiológicas e funcionais (FIGUEIREDO et al., 2004).

A cirurgia de fechamento do lábio leporino precede a do palato, ocorrendo geralmente com 6 a 12 semanas de idade, porém só é efetuada quando o lactente não apresenta nenhuma infecção oral, respiratória ou sistêmica. Logo, o reparo da fenda palatina é adiado até 12 a 18 meses de idade a fim de que sejam aproveitadas as mudanças do palato que ocorrem com o crescimento normal e antes que a criança desenvolva hábitos defeituosos da fala (WONG, 1999).

Essas cirurgias fazem a correção funcional da lesão, enquanto outras cirurgias podem ser necessárias posteriormente para a correção estética. O fechamento precoce do palato faz com que melhorem a fala, a voz e a audição do paciente, visto que o fechamento tardio pode favorecer o crescimento errado do esqueleto da face (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

A palatoplastia ocorre normalmente em dois tempos cirúrgicos, um para o fechamento do palato duro e outro do palato mole, ou vice e versa. O palato duro é fechado apenas com tecido mole que são incisados ao longo da margem da fissura e dissecados dos processos palatinos até que seja possível sua aproximação à fissura. Não só a mucosa da margem da fissura é utilizada para construir o assoalho nasal, mas também a mucosa palatina. Firmemente os tecidos moles são suturados sobre a fissura e aguardado o processo de cicatrização, que na parte óssea é por segunda intenção (FIGUEIREDO et al., 2004).

A anestesia usada para a correção cirúrgica é a anestesia geral, mas é preciso que o paciente esteja em condições orgânicas boas para que haja segurança, isto é, peso mínimo de 4,500kg, taxa de hemoglobina acima de 9,5g/dl para queiloplastia primária e superior a 10g/dl para palatoplastia; série branca sem alterações; tempos de protrombina e de tromboplastia parcial ativada, e dosagem de fibrinogênio dentro dos valores de referência (BIAZON; PENICHE, 2008).

As técnicas cirúrgicas usadas para fechamento das fissuras palatinas são bastante variadas. Não varia unicamente de um cirurgião para outro, mas também de um paciente para outro, conforme as características de cada fissura e estado geral do paciente, que juntamente ditam a dificuldade do caso (FIGUEIREDO et al., 2004).

Na maioria das vezes é necessário notar quais são as estruturas faciais no paciente atingidas pela doença, pois não há uma classificação universal para os tipos de fissuras. Pode estar incluída junta ou isoladamente a área nasal, a ocular, a alveolar e a palatina, contudo quanto maior for o número de área envolvida maior serão os problemas, complicando o tratamento a ser realizado (FIGUEIREDO et al., 2010).

Portanto, ainda não surgiu um consenso entre profissionais sobre o método ideal de reparo devido à dificuldade de acesso aos novos valores e/ou modalidades de técnicas dado a uma ausência de informações definitivas, que comparem as várias técnicas cirúrgicas já existentes (FIGUEIREDO et al., 2004).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Como a anomalia é rapidamente visível logo que nasce a criança a avaliação consiste em descrever a localização e extensão do defeito fenda palatina é observada através de apalpação e visualização quando a criança está chorando (WONG, 1999).

Toda criança que vai passar por algum procedimento cirúrgico, além de sofrer efeitos colaterais naturais de uma internação, fica exposta ao estresse e medo do ato cirúrgico, por esse motivo o preparo psicológico dessa criança para a realização do procedimento com brinquedos terapêuticos ajudará na melhor assimilação da situação que estará vivendo, diminuindo o medo e o estresse (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

A preparação da criança e de sua família no pré-operatório, é uma etapa muito importante a ser cumprida, isso ajudará no cuidado pós-operatório. Na entrevista realizada na internação deve-se conversar com a família perguntando lhes o que sabem sobre a doença e o procedimento cirúrgico que vai ser realizado, com esses dados devem levar em conta as condições físicas e psicológicas dessa criança frente à hospitalização (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Deste modo os cuidados pré e pós-operatório visam à melhora da criança facilitando a realização da cirurgia e uma boa recuperação futura (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

- Fazer a limpeza oro – nasal antes e após cada mamada, embebido em água fervida ou filtrada com cotonete, procedimento indicado para evitar acúmulo de alimento na cavidade oro – nasal evitando proliferações de bactérias (SOUSA; FLORIO; KAWAMOTO, 2001).
- Estimular e orientar a mãe a tentar amamentação ao seio materno (SOUSA; FLORIO; KAWAMOTO, 2001).
- Orientar a mãe a manter a criança em posição semi-sentada para dificultar a bronco-aspiração (SOUSA; FLORIO; KAWAMOTO, 2001).
- Manter o lactente em decúbito dorsal ou lateral, para acostumar nesta posição no pós-cirúrgico (WONG, 1999).
- Administrar dieta própria para a idade da criança, anotar o tipo de dieta a ser administrada (WONG, 1999).
- Ajudar a mãe na amamentação, posicionar e estabilizar o mamilo na cavidade oral de modo que a língua se movimente facilmente e facilite a sucção do leite (WONG, 1999).

- Mudar a técnica de alimentação para adaptar-se a anomalia (WONG, 1999).
- Utilizar outros métodos de alimentação para que possa compensar a dificuldade de sucção do lactente (WONG, 1999).

Amamentação

- Tentar alimentar a criança com bico para ajudar na necessidade de sucção e promover o desenvolvimento dos músculos para a fala (WONG, 1999).
- Posicionar o bico entre a língua e o palato existente para facilitar a compreensão do lactente e colocar o alimento na parte de traz da língua para ajudar na deglutição ajustando o fluxo de acordo com a deglutição do leite evitando a aspiração (WONG, 1999).
- Estimular o arroto (quantidade de ar deglutido) (WONG, 1999).
- Monitoramento do peso para avaliar a quantidade de alimento a ser oferecido a essa criança (WONG, 1999).
- Identificação de cáries dentárias e infecções (RIBEIRO; MOREIRA, 2005);
- Desmame do aleitamento materno e a introdução de alimentos liquefeitos na dieta alimentar devem ser realizados duas semanas antes da cirurgia (RIBEIRO; MOREIRA, 2005);
- Retirada de hábitos de chupar chupeta ou o dedo (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO

- Colocar a criança em decúbito dorsal ou lateral ou ate mesmo no bebê conforto, para evitar traumatismo na incisão cirúrgica (WONG, 1999).
- Manter protetor para o lábio para proteger a sutura (WONG, 1999).
- Usar técnicas de alimentação não traumatizante, para evitar o ferimento no local cirúrgico (WONG, 1999).
- Imobilizar os braços do lactente impedindo que não alcance a mão na ferida cirúrgica (WONG, 1999).
- Em crianças maiores imobiliza-los na cama para evitar que ela role e traumatize a face no lençol (WONG, 1999).
- Não colocar objetos na boca após a correção da fenda como chupeta, colher, sonda de aspiração, abaixador de língua e canudo, podendo assim evitar traumatismo no local da cirurgia (WONG, 1999).
- Tentar evitar choro excessivo para não romper as suturas existentes no local da cirurgia (WONG, 1999).

- Proceder à limpeza suavemente nas incisões cirúrgicas com orientação do cirurgião sempre que for necessário para evitar inflamações ou infecções já que isso interfira na cicatrização do ferimento estética do lactente (WONG, 1999).
- Orientar a mãe para realizar a limpeza antes da alta hospitalar (WONG, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crianças com fissura lábio palatais ao nascerem passam por dificuldades devido à má formação congênita, sendo seu primeiro desafio a aceitação dos pais e o convívio entre a sociedade.

Com a aceitação dos pais fica mais fácil o encorajamento de ajudar a mãe a executar a prática do aleitamento materno já que é essencial para o desenvolvimento do recém – nascido, e tem grande importância devido a proteínas existentes no alimento. Portanto as crianças que são amamentadas sofrem menos internações por conta de otites, pneumonias e infecções de vias aéreas superiores.

Mas para obtermos sucesso no tratamento das crianças fissuradas é necessária uma equipe de profissionais multidisciplinares que façam com que o tratamento aconteça de forma sincronizada permitindo que o tratamento chegue até o final.

O apoio aos pais nessa fase de tratamento se torna primordial para uma boa recuperação após a cirurgia que será realizada assim que a criança alcançar o aporte nutricional necessário para a realização do procedimento.

Cabe a equipe de enfermagem o esclarecimento de dúvidas aos pais durante a permanência da criança hospitalizada, proporcionando os cuidados necessários à criança após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

AMSTALDEN-MENDES, L. G.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 5, set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v15n5a08.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2010.

ANDRADE, D.; ARGERAMI, E. L. S. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6,

nov. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7824.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2010.

ARARUNA, R. C.; VENDRÚSCOLO, D. M. S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato- um estudo bibliográfico. **Revista Latino-America de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12424.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

BIAZON, J.; PENICHE, A. C. G. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a14.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

BORGES-OSÓRIO, M. R.; ROBINSON, W. M. **Genética humana**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BUNDUKI, V.; RUANO, R.; SAPIENZA, A. D.; HANAOKA, B. Y.; ZUGAIB, M. Diagnóstico pré natal de fenda labial e palatina: experiência de 40 casos. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, out. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n9/11278.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2010.

CALIL, V. M. L. T.; VARGAS, N. S. O. Contra-indicações ao aleitamento materno. In: ISSLER, Hugo. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 527-528.

CARLSON, B. M. **Embriologia humana e biologia do desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. **Aleitamento materno: manual prático**. Londrina: PML, 2004.

CENTRO DE APOIO E REABILITAÇÃO DOS PORTADORES DE FISSURA LÁBIO PALATAL DE LONDRINA E REGIÃO – CEFIL. **Histórico**. Londrina: [s.n.], [200-?].

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. **Enfermagem pediátrica**. Goiânia: AB, 2002.

CUNHA, E. C. M.; FONTANA, R.; FONTANA, T.; SILVA, W. R.; MOREIRA, Q. V. P.; GARCIAS, G. L.; ROTH, M. G. M. Antropometria e fatores de risco em recém-nascidos com fendas faciais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/05.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

DEODATO, V. **Amamentação - o melhor início para a vida**. São Paulo: Santos, 2005.

FARAJ, J. O. R. A.; ANDRÉ, M. Alterações dimensionais transversas do arco dentário com fissura labiopalatina, no estágio de dentadura decídua. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 12, n. 5, set./out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dpress/v12n5/a13v12n5.pdf>>. Acesso em: fev. 2010.

FIGUEIREDO, I. M. B.; BEZERRA, A. L.; MARQUES, A. C. L.; ROCHA, I. M.; MONTEIRO, N. R. Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 3, jul. 2004. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40817309.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2010.

FIGUEIREDO, M. C.; PINTO, N. F.; FABRICIO, F. K.; BOAZ, C. M. S.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Pacientes com fissura labiopalatina- acompanhamento de casos clínicos. **ConScientiae Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, maio. 2010. Disponível em: <<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/view/2256/1736>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

FILHO, R. R. F.; PINTO, J. R.; MARTINS, L. P.; STABLE, G. A. V.; BORGES, H. O. I. Tratamento de pacientes portadores de fissuras lábio-palatais. **Revista da Associação Odontológica do Norte do Paraná**, Londrina, v. 17, set./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.aonp.org.br/fso/revista17/rev1726.htm>>. Acesso em: 5 ago. 2010.

GARDNER, E.; GRAY, D. J.; RAHILLY, R. O. **Anatomia - estudo regional do corpo humano**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOUVÊA, L. C. Aspectos clínicos. In: ISSLER, Hugo. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 378-379.

GULLER, C. A.; DUPAS, G.; PETTENGILL, M. A. M. Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a04v20n1.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2009.

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS - HRAC/USP. **Centrinho**. Disponível em: <<http://www.centrinho.usp.br>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

LANG, S. **Aleitamento do lactente - cuidados especiais**. São Paulo: Santos, 1999.

LEITE, I. C. G.; PAUMGARTTEN, F. J. R.; KOIFMAN, S. Fendas orofaciais no recém-nascido e o uso de medicamentos e condições de saúde materna: estudo caso-controle na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Maternal Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n1/a05v05n1.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

MONTAGNOLI, L. C.; BARBIERI, M. A.; BETTIOL, H.; MARQUES, I. L.; SOUZA, L. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade: um estudo transversal. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n6/v81n6a09.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2010.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

OPERAÇÃO SORRISO BRASIL. **Perguntas frequentes**. Disponível em: <<http://www.operationsmile.org.br/novo/index.php/sobre-nos/quem-somos/perguntas-frequentes>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

OTTO, P. G.; OTTO, P. A.; FROTA-PESSOA, O. **Genética humana e clínica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2004.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde. **Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal**. Disponível em: <<http://www.caif.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

PEREIRA, M. B. R.; RAMOS, B. D. Otite média aguda e secretora. **Jornal da Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 74, supl. 1, 1998. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/98-74-S21/port.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2010.

PINI, J. G.; PERES, S. P. B. A. Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: aleitamento e introdução alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 14, n. 3, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v14n3/7785.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

PRYOR, K. W. **A arte de amamentar**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1981.

RIBEIRO, E. M.; MOREIRA, A. S. C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 18, n. 1, 2005. Disponível em: <http://200.253.187.1/joomla/joomla/joomla/images/pdfs/pdfs_notitia/432.pdf>. Acesso em: 5 maio 2010.

SADLER, T. W. **Fundamentos de Langman's: embriologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SANTOS, R. S.; DIAS, I. M. V. Refletindo sobre a malformação congênita. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 5, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a17v58n5.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2010.

SEGRE, C. A. M. **Perinatologia- Fundamentos e prática**. São Paulo: Sarvier, 2002.

SEIDEL, H. M.; BALL, J. W.; DAINS, J. E.; BENEDICT, G. W. **Mosby - guia de exame físico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SILVA, D. P.; DORNELLES, S.; PANIAGUA, L. M.; COSTA, S. S.; COLLARES, M. V. M. Aspectos patofisiológicos do esfíncter velofaríngeo nas fissuras palatinas. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/551.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2010.

SILVA, E. B.; FÚRIA, C. L. B.; DI NINNO, C. Q. M. S. Aleitamento materno em recém nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <[http://www.cefac.br/revista/Artigo%202%20\(pag%2021%20a%2028\).pdf](http://www.cefac.br/revista/Artigo%202%20(pag%2021%20a%2028).pdf)>. Acesso em: 4 jun. 2010.

SILVEIRA, J. L. G. C.; WEISE, C. M. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sobre aleitamento. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 8, n. 2, maio./ago, 2008. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/297/215>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

SOUSA, A. L. T.; FLORIO, A.; KAWAMOTO, E. E. **O neonato, a criança e o adolescente**. São Paulo: EPU, 2001.

SPIRI, W. C.; LEITE, M. M. J. Convivendo com o portador de fissura lábio-palatal: o vivencial da enfermeira. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 33, n. 1, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n1/v33n1a08.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

STEVENS, A.; LOWE, J. **Patologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002.

TAEUSCH, H. W.; AVERY, M. E. **Avery's - doenças do recém-nascido**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

TRENT, R. J. **Manual de diagnóstico pré-natal**. São Paulo: Santos, 1997.

VACCARI-MAZZETTI, M. P.; KOBATA, C. T.; BROCK, R. S. Diagnóstico ultrassonográfico pré-natal da fissura lábio-palatal. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 38, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/674.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

VALDÉS, V.; SANCHES, A. P.; LABBOK, M. **Manejo clínico da lactação - assistência à nutriz e ao lactente**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VANGHAN, V. C.; MCKAY, R. J. **Pediatria de Nelson**. 10. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977. v. 2.

WONG, D. L. **Whaley&Wong enfermagem prática - elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.