

Michelle Borba  
Raquel Camila Piagentini Ferreira

Projeto de Ação Comunitária

FISSURA DE LÁBIO E/OU PALATO

DEFEITOS: TEM OS QUE APONTAM E TEM OS QUE CORRIGEM

Joinville

2009

Michelle Borba  
Raquel Camila Piagentini Ferreira

Projeto de Ação Comunitária

## FISSURA DE LÁBIO E/OU PALATO

DEFEITOS: TEM OS QUE APONTAM E TEM OS QUE CORRIGEM

Relatório apresentado à  
Coordenação de Saúde e Serviços  
do Instituto Federal de Santa  
Catarina, como requisito final para  
obtenção do grau de Técnico em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Esp Josiane Steil  
Siewert

Joinville

2009

## DEDICATÓRIA

À Deus, aos nossos familiares,  
professores e amigos do curso  
técnico em Enfermagem.

## **Agradecimentos:**

À Deus, pelo dom da perseverança.  
Aos nossos familiares, pela compreensão e paciência.  
Às crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato, por sua existência especial.  
Ao Centrinho Prefeito Luiz Gomes, pelo dedicado trabalho.  
À fonoaudióloga Vivian N. Cavalheri pelo apoio, incentivo e carinho.  
À nossa orientadora Prof<sup>a</sup>. Josiane Steil Siewert, pelo carinho, pelas orientações e por todo trabalho prestado.  
Aos nossos amigos de turma.  
Ao Instituto Federal de Santa Catarina.  
Aos professores do Curso Técnico em Enfermagem pela oportunidade de aperfeiçoamento.

A todos os que direta ou indiretamente  
contribuíram para a realização  
Deste projeto de ação comunitária.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>06</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>07</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>09</b>
3.1 Objetivo Geral	09
3.2 Objetivos Específicos	09
<b>4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>10</b>
4.1 Conhecendo sobre a Fissura de Lábio e/ou Palato	10
4.2 Tipos de Fissuras	13
4.3 Cuidados com o Bebê Fissurado	17
4.4 Equipe Multidisciplinar	19
4.5 Tratamento Cirúrgico	19
4.6 Complicações das Fissuras	21
4.7 Implicações na convivência da criança	22
4.8 Educação em Saúde	24
<b>5. METODOLOGIA</b>	<b>26</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>29</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>32</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>34</b>

## 1. INTRODUÇÃO

À espera de um “milagre”... É assim que ficamos no momento em que sabemos que estamos grávidas. Esperamos o milagre da vida.

Se for menino ou menina, a cor dos olhos, dos cabelos, a pele, com quem vai se parecer, e esperamos que essa criança seja perfeita.

A expectativa é muito grande, os sonhos, os desejos, a ansiedade é imensa. E o sonho acaba, quando ao fazer o ultrassom, o médico informa que algo errado está acontecendo.

A família, ao receber a notícia de algum tipo de malformação, sofre um impacto muito grande, ocorrendo, assim, mudanças nos relacionamentos, nas definições de papéis, atitudes, crenças e valores.

Quando o diagnóstico é feito durante a gestação, a família procura conhecer e preparar-se para a criança real. No entanto, quando a descoberta ocorre no momento do parto, o choque inicial é grande.

Segundo Elisabeth Kübler Ross, a psiquiatra pioneira no tratamento dos desenganados e na preparação para a morte, autora do livro *“Sobre a Morte e o Morrer”*, o processo de aceitação segue uma determinada ordem, as primeiras reações são de choque e descrença, uma espécie de negação da situação, a família neste momento custa a acreditar na situação que começam a vivenciar. Este sentimento é útil para a família, porque permite que ela se reorganize, para no futuro, aceitar o fato, conseguindo ter uma visão mais realista de toda a situação.

Cada família possui uma maneira de vivenciar a experiência de ter um filho com malformação e todos passam por estágios, de acordo com os valores pessoais e religiosos, as crenças, a cultura, as condições sócio-econômicas, o grau de instrução, a história familiar. Cada família lida com a situação de maneira única.

## 2.JUSTIFICATIVA

As malformações congênitas labiopalatais situam-se entre o 3º e 4º defeito congênito mais freqüente, e segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a incidência de fissuras de lábio e/ou palato é de um em cada 650 nascimentos. Isso significa que, no Brasil, nasce por ano, uma média de 5000 portadores de fissuras (VASCONCELOS et AL, 2002).

Se levarmos em conta o Senso do IBGE de 1991, o Brasil tinha uma população de 146.917.459 habitantes e 226 mil eram portadores de fissura labiopalatais. Naquele ano foram registrados 3.722.888 nascidos vivos, o que nos leva a estimar o nascimento de aproximadamente 5.727 mil portadores de fissura por ano; 477 por mês e 16 por dia no Brasil.

As fissuras do lábio e do lábio e palato são mais freqüentes no sexo masculino, enquanto as fissuras somente de palato ocorrem mais freqüentemente no sexo feminino. A incidência cresce com a presença de familiares fissurados nas seguintes proporções: pais normais = 0,1% de chance de ter filhos fissurados; um dos pais fissurados = 2% de chance de ter um filho fissurado; pais normais e um filho fissurado = 4,5% de chance de ter outro filho fissurado; um dos pais e um filho fissurado = 15% de chance de ter outro filho fissurado ([http://pt.wikipedia.org/wiki/L%C3%A1bio\\_leporino](http://pt.wikipedia.org/wiki/L%C3%A1bio_leporino)/acessado dia 26 de novembro de 2009 às 17:34 horas).

Além de danos físicos que se refletem nos sistemas respiratório, auditivo e digestivo, na dentição e na articulação da fala, as anomalias crânio-facial provocam ainda um forte impacto psicológico reforçado pelo preconceito. Esse quadro se agrava quando as anomalias não são tratadas no primeiro ano de vida do paciente. O tratamento e acompanhamento realizado atualmente minimizam a alta porcentagem de óbitos que ocorrem no primeiro ano de vida, previnem o aparecimento de deformidades na dentição, inibem o crescimento dos ossos maxilares e da face e distúrbios de fala, além da inadaptação psicossocial (ARARUNA, 2000; SPIRI, LEITE, v.33,n.1,p.81-91, 1999).

Por ser uma malformação pouco conhecida e pouco abordada na sociedade, a grande maioria desconhece seu tratamento e por isso pensam ser algo sem solução, não buscando auxílio médico para este fim.

Justamente por esta falta de informação existente na sociedade em relação às fissuras de lábio e/ou palato, escolhemos este tema para levar maior esclarecimento acerca do assunto, além do fato de se ter em nossa cidade, um centro de tratamento desta malformação, o Centrinho Prefeito Luiz Gomes, que é referência no Estado de Santa Catarina.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Divulgar o trabalho realizado no Centrinho Prefeito Luiz Gomes, que é um centro de referência em tratamento de fissuras de lábio e/ou palato no estado de Santa Catarina, através de palestras orientativas e distribuição de manuais sobre as fissuras para os alunos do curso técnico em Enfermagem do Instituto Federal de Santa Catarina.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar a percepção dos estudantes do curso técnico em Enfermagem em relação à fissura de lábio e/ou palato;
- b) Ministras palestras orientativas a respeito da fissura de lábio e/ou palato;
- c) Elaboração de manual orientativo sobre fissura de lábio e/ou palato para a população em geral.

## **4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **4.1 Conhecendo sobre a Fissura de Lábio e/ou Palato**

De acordo com Marques (88p, 2000) existem evidências de casos de fissuras datadas de 2000 anos antes de Cristo (a.C), como nos casos de uma múmia egípcia de 2400 a 1300 a.C, uma estatueta da Grécia antiga do século IV a.C, representando um morador com traços de fissura unilateral e deformação nasal e outros artefatos, como uma escultura da era colombiana de um rei com fissura labial e uma máscara africana. Os significados destes artefatos não são muito claros, acredita-se que tenham sido construídos para admiração e não pra fins de comercialização, pois dependendo da crença dos povos antigos, indivíduos fissurados eram adorados como deuses ou repudiados como seres do mal que carregavam espíritos ruins.

Segundo Mccarthy (1990) citado por Marques (88p, 2000) em algumas tribos primitivas, as crianças carregadas com mau espírito, como eram vistos os indivíduos com alguma malformação, eram retirados do convívio dos demais membros e abandonados em lugares inóspitos para morrer.

O primeiro tratamento cirúrgico descrito foi realizado por um físico conhecido como “doutor em lábios”, na China de 390 depois de Cristo (d.C). Desde o século passado há a preocupação com esta malformação, porém a reabilitação iniciou-se a partir de 1960 nos países desenvolvidos, tornando-se prioridade médico-social, já que o problema acomete um número significativo dos diversos grupos raciais. No Brasil a reabilitação integral destes indivíduos iniciou-se a partir de 1967, com os trabalhos realizados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP de Bauru/SP. Esta instituição é centro de referência na América Latina, prestando assistência integral, de nível terciário, conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerado pelo Ministério da Saúde um centro de referência nas áreas de dismorfias crânio-faciais (ARARUNA, 2000; SPIRI; LEITE, v.33, n.1, p.81-91,1999).

Segundo Silva e Bernardes (v.2,n.2,p.41-45 jul/dez, 2002) as fissuras de lábio e palato são deformidades congênitas caracterizadas pela interrupç

continuidade dos tecidos do lábio superior, rebordo alveolar superior e palato, de forma parcial para cada um destes elementos ou, de maneira mais abrangente, quando mais de um ou mesmo todos estes segmentos do terço médio da face se apresentam comprometidos. Podem ainda ser unilaterais, bilaterais, ou medianas. Existem fissuras de lábio inferior envolvendo até mesmo a mandíbula, porém, são bem mais raras que as fissuras de lábio-palato.

Nota-se a existência de aspectos multifatoriais concomitantes, tais como, hereditariedade, carência alimentar, influências psicológicas, doenças infecciosas, idade avançada dos genitores, drogas, radiação ionizante, diabetes materna e fumo. Poucos defeitos têm, para a família o impacto emocional de ver a criança facialmente desfigurada, soma-se isso a deficiência funcional avançada da fala, mastigação e deglutição. Há uma prevalência aumentada de malformações congênitas associadas, bem como deficiência de aprendizagem secundária à deficiência da audição.

De acordo com Vasconcelos ET AL (v.2,n.2,p.41-46 jul/dez,2002), as fissuras de lábio e palato são consideradas o quarto defeito congênito mais comum, sendo seu fator ou fatores responsáveis de difícil determinação. Como já citado anteriormente, a fissura forma-se entre a 4ª e a 7ª semana de gestação e muitas mulheres neste período não tem conhecimento que estão grávidas.

Segundo Vicente ET AL (cap.1, p.3-23,1994), as fissuras podem se apresentar isoladamente, apenas lábio ou palato, ou associando os dois processos, caracterizando as fissuras como lábio-palatal.

A fissura labial é uma abertura no lábio, resultado da falta de fusão dos processos frontonasal e maxilar. A região superior é mais acometida, já as fissuras do lábio inferior são muito raras. Podem variar de tamanho, desde uma pequena fissura no lábio superior ao lado da linha média, até uma fenda completa que se estende até a base do nariz, podem ser unilaterais, bilaterais ou medianas. A fissura labial tem maior incidência em meninos e na raça amarela, depois a branca e por último a negra, as unilaterais acometem em geral o lado esquerdo. A fissura palatal caracteriza-se por uma abertura no palato, decorrentes da falta de fusão das placas palatinas do processo maxilar, seu tamanho varia desde uma pequena fenda, até uma abertura em toda a extensão do palato.

Modolin (cap.2,p.25-30,1994) refere que, a maioria dos portadores de fissuras lábio-palatal associadas, apresentam outras síndromes combinadas. A etiologia ainda não está estabelecida e as principais causas para o aparecimento na espécie humana, até o momento, não tem uma relação causal.

Quanto ao gênero, cerca de 60% das fissuras ocorrem nos meninos, sendo mais freqüentes as fissuras de lábio e palato associadas, já as fissuras palatinas isoladas são mais comuns em meninas (VASCONCELOS ET AL, v.2,n.2,p.41-46 jul/dez,2002).

De acordo com Altmann (1994), a maior incidência de fissura das lâminas palatinas ocorrerem mais tarde, sendo, portanto, mais susceptíveis a ação dos fatores ambientais.

Para a compreensão das fissuras torna-se necessário remarmos o conhecimento da anatomia da boca. O forame incisivo utilizado como referência, é o limite entre o palato primário e secundário e está ilustrado na figura 1.

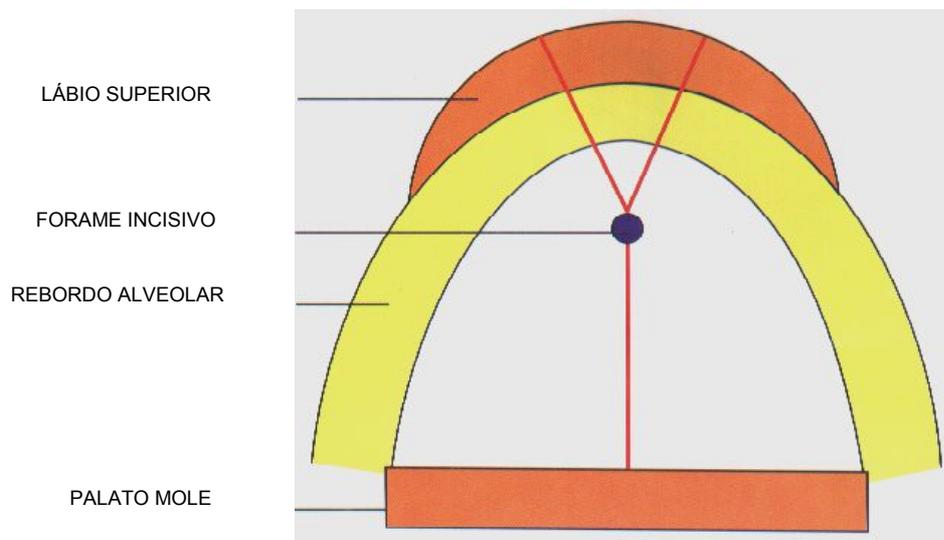


Figura 1-Forame Incisivo

O palato divide-se em anterior ou duro, região que possui os ossos palatinos, e posterior ou mole, região que possui os músculos que compõem o “véu” palatino, maior responsável pela qualidade da fala. Embriologicamente, o palato se fecha da frente para trás. Por este motivo, não existe uma fenda do palato anterior (ou duro) isoladamente, isto é, sem que o palato posterior esteja também fendido. Já o contrário, a existência da fenda do palato posterior isoladamente é comum (MODOLIN; CERQUEIRA, cap.2,p.25-30,1994).

Existem várias classificações para as malformações de lábio e palato. No Brasil a mais utilizada é a classificação de Spina et AL (1972), esta classificação abrange os aspectos morfológico e embriológico da malformação, tendo como referência o forame incisivo, que divide o palato primário (pré-lábio, pré-maxilar e septo cartilaginoso) e palato secundário (palatos duro e mole) (ALTMANN, 1994; ARARUNA, 2000; CAVALHERI, 1999). Passaremos a discorrer brevemente esta classificação, segundo estes autores.

#### 4.2 Tipos de Fissuras

1- Fissuras Pré-forame incisivo (figura nº 2): completas e incompletas, uni ou bilaterais, quando atingem apenas o lábio, com ou sem envolvimento do rebordo alveolar e asa do nariz. São aquelas que atingem o lábio, uni ou bilateralmente, e vão desde o vermelhão dos mesmos, podendo chegar até o forame incisivo. Elas podem comprometer apenas o vermelhão do lábio, portanto não comprometendo a parte cutânea, ou subir em direção ao assoalho do nariz, nos mais variados graus, até chegar ao forame incisivo sendo então classificada como uma Fenda Completa. O comprometimento ósseo (falta de osso na fenda) pode ocorrer, embora de forma mais leve, nas fissuras incompletas, mas é normalmente maior nas fissuras completas.



Figura 2-Fissuras Pré-forame incisivo

2 – Fissuras Pós-forame incisivo: completas e incompletas; quando comprometem apenas o palato. São aquelas que atingem o palato (vulgarmente conhecida como o “céu” da boca), e vão desde a úvula (vulgarmente conhecida como a “campainha”), até o forame incisivo. Elas podem acometer apenas a úvula que pode estar apenas sulcada, ou caminhar de trás para frente, nos mais

variados graus (figura 3), até atingir o forame incisivo, e aí tornar-se uma fissura Pós-Forame Completa (figura 4).



Figura 3-Pós-forame incisivo incompletas



Figura 4-Pós-Forame Completa

3 – Fissura transforame incisivo unilaterais ou bilaterais: quando afetam o lábio, o rebordo alveolar e o palato. São aquelas que atingem todo o lábio, passam através do Forame Incisivo e atingem todo o palato dividindo-os em dois. Elas apresentam-se em diferentes graus de amplitude. Quanto mais ampla é a fenda, maior é a falta de osso alveolar. O Vômer, que é o osso onde se “encaixa” o septo nasal e que divide as narinas em duas, pode estar fundido ao palato anterior do lado não fissurado ou totalmente separado do palato anterior, nos casos das fissuras bilaterais (figura 5).



Figura 5-Trans-forame incisivo bilaterais

4 – Fissuras raras da face: Fissuras oblíquas do lábio e nariz, toda a face (figura 6).



Figura 6- Fissuras raras da face

5 – Fissura Sub-Mucosa: Acontece quando a musculatura do véu palatino está fendida, a mucosa do palato pode estar totalmente íntegra (figura 7). Ao exame da cavidade oral, podemos observar uma depressão na linha média do palato posterior, que corresponde ao afastamento da musculatura. Geralmente não apresenta deformidades anatômicas visíveis, a alteração da fala mais comum é a hipernasalidade.



Figura 7- Fissura Sub-Mucosa

As crianças portadoras de fissuras encontram algumas dificuldades para se alimentar como: ingestão insuficiente, sucção deficitária, escape nasal, excessiva deglutição de ar, vômitos abundantes, engasgamento e asfixias. Entretanto, o grau de dificuldade está diretamente relacionado ao tipo de fissura, sendo que alguns bebês podem levar de dois a três meses para se tornarem eficazes na sucção.

A alimentação durante o primeiro ano de vida é fundamental para o crescimento e desenvolvimento sadio do bebê. O aleitamento materno é considerado o mais natural e desejável método de amamentação, pois proporciona diversos benefícios para a mãe e, sobretudo para a criança. A amamentação proporciona à mãe sensação de prazer, solidificando o afeto pela criança iniciado durante o parto e que pode ser afetado pela presença da malformação facial. Além disso, estimula o retorno do tamanho e posicionamento normais do útero, após o parto. Para o bebê, a amamentação fornece alimentação adequada às suas

necessidades nutricionais, auxilia no combate a infecções do ouvido médio e respiratórias. É importante no desenvolvimento psicológico da criança, trazendo satisfação, prazer e segurança. O ato da sucção permite o correto posicionamento da mandíbula para uma oclusão dentária normal e conseqüente mastigação correta, além de um equilíbrio neuromuscular dos tecidos que envolvem o aparelho mastigatório (ALTMANN et AL 1994).

Segundo Cavalheri (1999) o grau de dificuldade dependerá do tamanho da fissura. As fissuras de lábio de modo geral, não geram dificuldades durante o aleitamento, pois a fenda consegue se adaptar ao seio.

No entanto, nas fissuras transforame e pós-forame incisivo, o sucesso do aleitamento natural dependerá da capacidade do bebê criar o vácuo necessário para segurar o mamilo, através do fechamento da fenda com sua própria língua. Essa capacidade está seriamente comprometida nessas crianças, sendo que as principais dificuldades são a excessiva deglutição de ar e o escape nasal de alimento. É importante salientar que, em decorrência desse fato, as crianças se cansam mais facilmente, tornando o tempo de amamentação maior. Nesse caso, a paciência e a perseverança materna são de grande relevância durante a alimentação. A amamentação deve ser em horário livre, podendo ter intervalo de 2 a 4 horas, inclusive de madrugada (CAVALHERI, 1999).

#### **4.3 Cuidados com o bebê fissurado**

Alguns autores como Altmann (1994) e Martins (2002), citam alguns cuidados que devem ser observados para o sucesso e efetivação do aleitamento materno, entre eles:

- Manter a criança na posição mais vertical possível no colo da mãe. Isso porque, a tuba auditiva ainda é bastante horizontalizada, e em crianças com fissura de palato, essa característica anatômica predispõe à criança à penetração de leite na tuba auditiva, dando origem a otites recorrentes.

- Antes e depois de alimentar o bebe portador de fissura, a mãe deve realizar a higiene oro-nasal com cotonetes embebidos em água fervida ou filtrada, devido ao grande acúmulo de secreção. É importante também conscientizar a mãe sobre a importância da higienização bucal do bebê, após cada mamada.

- Após a amamentação, é importante colocar a criança em posição vertical para eructar, e em seguida, no berço, em decúbito lateral, com a finalidade d

prevenir riscos de aspiração, em caso de regurgitamento, ou asfixia, se houver refluxo pelas narinas de parte do leite ingerido.

*O atendimento do fissurado pode seguir a seguinte orientação:*

*Do nascimento ao fim do primeiro mês:*

- Orientar os pais informá-los, devidamente, quanto ao problema atual da criança, as perspectivas futuras e ajudá-los a assumir uma atitude sadia com relação ao problema.

- Supervisionar a saúde geral da criança.
- Planejar a cirurgia a ser executada.

*Do fim do primeiro mês ao fim do primeiro ano:*

- Cirurgia para fechar a fenda do lábio.
- Supervisionar a saúde geral da criança.
- Orientar os pais quanto aos cuidados a ter com a criança.

*Do fim do primeiro ano até o sétimo ano:*

- Supervisionar a saúde geral da criança.
- Orientar a criança, buscando seu desenvolvimento psicossomático.
- Cirurgia para fechar a fenda palatina.
- Prótese reparadora.
- Treinamento da fonação.
- Cuidados ortodônticos.
- Tratamento dos dentes.

*Dos seis anos até a idade adulta:*

- Supervisão geral da saúde.
- Orientação da criança e auxílio aos pais sob o aspecto psicológico.
- Cirurgia, prótese e ortodontia, sempre que o caso demandar.
- Supervisão e tratamento dentário periódico.

- Treinamento da fonação.
- Orientação vocacional, adestramento e desempenho de alguma função.

#### **4.4 Equipe Multidisciplinar**

A reabilitação da criança portadora de fissura de lábio e/ou palato depende da atuação de uma equipe integrada e multiprofissional, tais como:

- Cirurgiões dentistas: especializados em cirurgia, ortodontia, prótese e odontopediatria. Mesmo antes de nascerem os dentes, a atuação do dentista será necessária. Existem alguns procedimentos onde são necessários a confecção de delicados moldes que ajudarão a aproximar os lados da fenda. Além disso, após a cirurgia estes profissionais continuarão atuando, possibilitando melhores resultados.

- Médicos: especializados em cirurgia plástica, pediatria, otorrinolaringologia e psiquiatria.

- Outros: psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista e enfermeiro.

A avaliação fonoaudiológica visa diagnosticar os distúrbios da comunicação oral, relacionando as etiologias orgânicas e/ou funcionais para estabelecimento de condutas terapêuticas adequadas, desta forma deve ser minuciosa e dirigida, de forma a detectar as reais alterações e necessidades.

É importante que os familiares dos fissurados saibam que o tratamento não se baseia somente na cirurgia plástica. Mesmo antes de a criança aprender a falar, a fonoaudióloga ajudará orientando a família sobre as formas de alimentar, exercícios e massagens locais.

Conforme Cavalheri (1999) é sempre necessária a realização de fonoterapia, logo após a cirurgia e, em alguns casos, a não realização significa perda de tempo precioso, pois quanto mais precoce o tratamento fonoterápico for instituído, maiores são as chances de sucesso. Nos serviços de reabilitação a conduta geral é sempre a realização da fonoterapia pós-operatória.

#### **4.5 Tratamento Cirúrgico**

As intervenções cirúrgicas devem ser realizadas o mais precoce possível, com o intuito de proporcionar o restabelecimento da anatomia e das alterações funcionais. A forma de intervenção dependerá do grau de comprometimento das estruturas. Como regra geral, a primeira etapa é o fechamento do lábio, a partir dos três meses de vida, proporcionando uma melhora estética imediata e muito animadora, principalmente aos pais. Na existência de fissura de palato, a correção pode ocorrer aos 12 meses, desde que a criança apresente condições clínicas e laboratoriais para a intervenção cirúrgica, visando a diminuição dos riscos relativos ao procedimento (ALTMANN, 1994).

De acordo com Gomes e Meléga (cap.5,p.61-72, 1994) existem condutas alternativas, como por exemplo, a de operar o lábio já nos dois primeiros dias de vida e o palato mole aos três meses de vida junto com o lábio, ou isoladamente, entre outras.

O número de cirurgias dependerá do comprometimento das estruturas orgânicas, tipo e amplitude da fissura. O cirurgião plástico deve dominar a técnica empregada, e ser o mais delicado possível no manuseio dos tecidos, minimizando assim as seqüelas.

A cicatriz não desaparece por completo, pode ser de tão boa qualidade, que pode tornar-se inaparente, a ponto de algumas pessoas não perceberem com facilidade o problema que um dia existiu, mas ela estará presente. As técnicas atuais possibilitam resultados significativos.

Se as primeiras preocupações dos pais e/ou responsáveis estão relacionadas a sobrevivência e manutenção da criança através do fornecimento alimentar adequado, no decorrer dos anos, surgirão as preocupações com os transtornos da fala e da arcada dentária. Apenas as fissuras de palato podem provocar problemas na fala, decorrentes principalmente das acentuadas modificações nas cavidades de ressonância, determinada pela falta de isolamento entre a cavidade oral e nasal. A representação mais comum é a fala “fanhosa”, cientificamente conhecida como “hipernasalidade”. Isto acontece quando não há, durante a fala, o fechamento competente entre a comunicação que existe normalmente entre a boca e o nariz (na região da orofaringe), e o ar da boca escapa pelo nariz, provocando a nasalidade. (ALTMANN, 1994; CAVALHERI, 1999)

Altmann (1994) mostra que a grande chance do paciente em desenvolver a fala normal, está no sucesso da primeira cirurgia. Devido a vários fatores técnicos, a cirurgia secundária tem menor chance de funcionar do que a primária, justificando, assim, a importância da primeira cirurgia se realizada de forma correta.

Segundo Lopes et AL (cap.15,p.213-236, 1994) o acompanhamento ortopédico ortodôntico deve ser iniciado logo após o nascimento, com o objetivo de minimizar as deformações ósseas primitivas ou intrínsecas, este se estende por anos, devido a necessidade de acompanhamento e intervenções durante o período de crescimento crânio-facial.

#### **4.6 Complicações das Fissuras**

Poderá haver problemas na dentição, dependendo do grau de acometimento da fissura. Fissuras que atingem apenas o lábio, não comprometem a dentição, mas aquelas que atingem a arcada dentária causam malformação na dentição em graus variáveis. Fissurados apresentam alterações quanto a forma do arco maxilar, em parte pela presença da fissura. A arcada dentária fica desde o nascimento propenso a deformações, atribuídas ao desequilíbrio na ação das forças musculares, por outro lado a reconstrução de lábio nos primeiros meses e do palato nos primeiros anos, influência negativamente o futuro posicionamento espacial da maxila e estruturas vizinhas (LOPES, cap.15,p.213-236, 1994).

Muitas vezes a presença de uma fissura palatina acarreta em alteração da auto-estima podendo diminuir o auto-cuidado da boca e os dentes acabam ficando negligenciados. É preciso estar atento a estas situações, pois uma boca saudável é muito importante para a resolução destes problemas, pois os dentes sustentarão aparelhos ortodônticos, que no futuro a criança passará usar. O flúor, a higiene oral e as visitas regulares ao dentista são a base de uma boa saúde oral para estes pacientes. Os cuidados são executados as mesma forma que para uma boca normal. Só que a sua importância e o risco às doenças é maior, principalmente devido à posição dos dentes e ao estado psicológico das pessoas (LOPES, cap.15,p.213-236, 1994).

Amaral (1994) refere que o apoio psicológico aos pacientes e sua família possui um significado importante e a intervenção dos profissionais auxilia na construção emocional dos envolvidos, melhorando o nível de aceitação dos fatos. Todo transtorno quando abordado com segurança, habilidade e oportunidade

ajudam a construir estratégias para enfrentamento. Mesmo tendo desenvolvido habilidades para conviver com a situação, a família e a criança carregam consigo o estigma de possuir uma anomalia, traços faciais diferentes do habitual, dificuldades de comunicação, risco para baixa auto-estima e, portanto, o apoio psicológico deve vir de encontro a estas necessidades, proporcionando equilíbrio no núcleo familiar.

#### **4.7 Implicações na convivência da criança**

O nascimento de uma criança com malformação congênita facial pode alterar o cotidiano familiar ocasionando em mudanças de diversas ordens. Uma relação amorosa originando um bebê, muitas vezes o primeiro do casal e o fato deste não se enquadrarem nos padrões de normalidade, leva a questionamentos variáveis por parte dos familiares. Muitas vezes, é difícil a aceitação dos pais frente essa malformação (LOFIEGO, 1992).

A primeira reação da família frente ao nascimento do filho com uma fissura de lábio e/ou palato é de desorientação e esta pode ser justificável pela falta de conhecimento a respeito do assunto. A falta de informação, por um lado pode estar associado ao reduzido número de serviços especializados que cuidam desta deformidade congênita, já que estes serviços se localizam nos grandes centros e por outro lado há uma negação por parte da sociedade quando se trata de uma deficiência física visível, pois não há interesse em conhecer ou mesmo familiarizar-se sobre tais problemas. Inúmeros questionamentos vêm a tona: Como escondê-lo? Como camuflá-lo? Tem tratamento? Até onde vai o resultado possível? São reflexões e perguntas que invadem o ambiente de uma família ainda chocada com a nova realidade. Emergem cenas de preconceito e de gozação que eventualmente seus filhos poderão vir a ser alvo no convívio social, por causa de um defeito tão visível (ALVES; SANTOS, 2003).

O nascimento traz grandes expectativas as pessoas envolvidas. O primeiro atendimento realizado ao recém-nascido é muito importante e delicado, pois pode haver um sentimento de revolta e de rejeição dos pais. Observar como os pais reagem neste primeiro momento é muito importante, pois a forma como percebem a malformação demonstra maiores ou menores potencialidades para enfrentamento da situação. A equipe necessita neste momento trabalhar a aceitação por parte dos pais, assim estarão prevenindo comportamentos de rejeição ou de superproteção da criança.

A forma como os pais percebem a lesão, o nível de aceitação frente a deformidade e como irão lidar com a criança, seja no cuidado ou no processo educativo desta, interfere no desenvolvimento psicossocial, refletindo com frequência nas reações futuras da criança, no seu modo de ver, sentir e pensar a respeito de sua malformação (WONG, p.468-550, 1997)

A forma de perceber a lesão varia, dependendo do meio social em que a família está inserida. O vínculo mãe-filho não está formado e a manutenção das funções vitais e a alimentação dependem quase que exclusivamente dela e se esta mãe está inserida em um meio social com bons potenciais, terá menos dificuldade para formar o vínculo efetivo (ARARUNA, 2000)

Mães que percebem a malformação como um reflexo de suas imperfeições reagem de diversas maneiras, se por um lado podem rejeitar a criança, por outro podem desenvolver sentimentos que estimulam a superproteção (ALVES, 2003).

De acordo com Araruna (2000), alguns autores observaram que o nível de aceitação varia conforme a classe social ao qual a família está inserida.

Famílias pertencentes as classes menos favorecidas possuem padrões culturais projetados pelas superstições e valores religiosos e desta forma, a aceitação ocorre com mais facilidade. Ao contrário das famílias pertencentes as classes mais favorecidas socialmente que, em geral, são mais conscientes sobre as dificuldades e rejeições que a criança poderá sofrer devido sua condição e desta forma a aceitação é mais difícil.

Alves (2003) descreve cinco estágios que a família vivencia frente a experiência de ter um filho com deformidade, estas podem ser comparados aos estágios encontrados nas famílias das crianças com doenças graves ou fatais, são eles:

- Negação: observa-se em muitos casos que a família fala sobre a situação com indiferença, na tentativa de negar, como mecanismo de defesa.

- Raiva: este sentimento pode ser projetado em todos que se aproximam, surge como uma espécie de revolta ou ressentimento.

- Barganha: procura por explicação de natureza religiosa ou mística, forte apelo a religião.

- Depressão: quando não se pode mais negar a situação. Toda raiva e revolta desaparece, surgindo então o sentimento de perda. Alves (2003) afirma ainda que somente quem consegue superar suas angústias alcança este estágio e os que tiveram tempo e ajuda, atingirão o quinto estágio:

- Aceitação da situação real. Neste momento a família ainda necessita de apoio e compreensão.

Não há uma norma, os estágios possuem duração variável e as famílias podem vivenciar mais de um estágio ao mesmo tempo, até mesmo retornar a estágios anteriores.

#### **4.8 Educação em Saúde**

A ação educativa em saúde é um processo que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos para assumirem ou ajudarem na melhoria das condições de saúde da população.

Os profissionais e a população devem compreender, que a saúde da comunidade depende das ações oferecidas pelos serviços de saúde, como também do esforço da própria população, através de conhecimentos, compreensão, motivação, reflexão e adoção de práticas de saúde.

##### **Importância**

A educação em saúde é uma ação básica, importante quando estiver baseada na reflexão crítica do grupo, porque o princípio dessa educação é o desenvolvimento da consciência crítica das causas, dos problemas e das ações necessárias para a melhoria das condições.

Todos os profissionais de saúde devem exercer a ação educativa em todo momento e em qualquer lugar: no consultório médico, na sala de vacina, no grupo de gestantes, etc.

Para exercer essa função educativa, é necessário que haja uma transmissão de conhecimento, através de um mecanismo de comunicação que facilite a compreensão e estimule a sua prática.

Portanto, a atividade educativa não é um processo estático, pois a simples transmissão da informação não assegura mudanças significativas que levem a uma melhoria da qualidade de vida da população. É necessária uma reflexão

crítica do indivíduo, do grupo e da equipe de saúde, para juntos resolverem os problemas e modificarem essa realidade.

### **Funções educativas dos profissionais de saúde**

Todos os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, dentistas, educador, visitador, auxiliar de Enfermagem) podem e devem desenvolver ações educativas em saúde, em todo e qualquer contato com a população, dentro e fora da unidade de saúde.

A ação educativa em saúde, por ser um dos componentes das ações básicas de saúde, deve ser entendida como uma postura, um compromisso com a realidade de saúde da população da área de abrangência do profissional e como um compromisso de qualidade no atendimento.

## 5 – METODOLOGIA

Esse trabalho está dividido em duas etapas, sendo que a primeira etapa consiste no conhecimento do trabalho realizado no Centrinho Prefeito Luiz Gomes e a sua clientela. O primeiro contato foi feito via telefone para saber o melhor dia de visita para conhecer o local.

No primeiro momento, foram realizadas visitas nos dias de caso novo, previamente agendadas com a fonoaudióloga Vivian N. Cavalheri.

Nos dias de caso novo, são atendidas pessoas que estão procurando atendimento ao fissorado pela primeira vez, é o primeiro contato em busca do tratamento para a criança e/ou adulto com fissura de lábio e/ou palato.

Primeiramente, os pacientes são acolhidos na recepção do Centrinho e encaminhados a uma sala, onde terão orientações com uma assistente social sobre a estrutura física do local, sobre horário de funcionamento, sobre atendimentos que serão realizados naquele dia, enfim, informações básicas e essenciais para quem está ali pela primeira vez e não tem conhecimento das rotinas. São esclarecidos também dúvidas e questionamentos feitos pelos pacientes e acompanhantes.

Após esse momento, os pacientes são encaminhados ao cirurgião plástico e ao pediatra que atendem juntos nesse primeiro contato. É realizado o exame físico do paciente, especialmente da boca e face, a verificação do histórico familiar a respeito da fissura e o levantamento de doenças que o paciente já apresentou e que possa ser devido à fissura.

Realizado o exame físico, é dado um breve diagnóstico do paciente, de como é e se apresenta a fissura daquele caso, em que situação se encontra, qual procedimento será realizado primeiramente, quais as reais necessidades e anseios do paciente.

A próxima etapa é o atendimento com o dentista, que faz a avaliação em relação aos dentes e quais os procedimentos a serem tomados. O passo a seguir é a consulta com a fonoaudióloga, profissional que já está ciente do caso deste paciente, pois geralmente acompanha as consultas anteriores com os outros profissionais. Muito mais que uma consulta, este atendimento com a fonoaudióloga é um momento de conversa, de orientação e também de esclarecimentos. A fonoaudióloga também realiza um exame físico, identifica o grau de

comprometimento da fala e da audição do paciente. O trabalho desta profissional se volta especialmente à questão da alimentação, principalmente quando se trata de bebês. Ela orienta aos pais sobre a importância da amamentação e como é possível em praticamente todos os tipos de fissuras; orienta também quanto ao uso de bicos e mamadeiras.

A fonoaudióloga orienta também quanto às cirurgias, como elas funcionam, em que hospitais são realizadas, com que idade é aconselhável que se faça cada uma delas e esclarece dúvidas que surgem durante a consulta. Neste momento o paciente é encaminhado para exames extras e ali mesmo é marcada a data da próxima consulta no Centrinho.

Cada paciente tem uma pasta única com seus dados e informações pessoais, com as evoluções de Enfermagem de cada profissional que o atende e ali vão sendo arquivados todos os exames, cirurgias e as informações e materiais do paciente que se julgue necessário arquivar.

No segundo momento do trabalho, foi elaborado um manual de orientação sobre as fissuras de lábio e/ ou palato, através de entrevista com a fonoaudióloga Vivian Cavalheri do Centrinho Prefeito Luiz Gomes.

O manual contem a figura usada pelo Centrinho para ilustrar a criança fissurada e também fotos de crianças com fissura e após a cirurgia de reparação. Também havia no manual, sete perguntas e respostas com as principais dúvidas da população sobre as fissuras de lábio e/ou palato (anexo 1). Foi solicitado a fonoaudióloga Vivian N. Cavalheri, o direito para utilização das figuras e fotos em anexo. Foram elaborados em torno de 80 manuais de orientação, que foram distribuídos para os alunos do curso técnico em Enfermagem do Instituto Federal de Santa Catarina durante palestras orientativas.

Neste segundo momento também foram agendadas com a professora Josiane Steil Siewert, enfermeira e orientadora deste projeto de ação comunitária, duas palestras orientativas para os alunos do curso técnico em Enfermagem nos dias 08 e 28 de julho de 2009, nas dependências do Instituto Federal de Santa Catarina, sito à rua Pavão, 1337 – Costa e Silva.

As palestras foram divididas da seguinte maneira: cinco minutos para a recepção dos alunos, cinco minutos para que fosse respondido o questionário sobre fissuras de lábio e/ou palato para verificar o conhecimento dos alunos sobre o tema abordado (anexo 2). Ao término da resposta do questionário iniciava-se a

palestra sobre as fissuras de lábio e/ou palato apresentada pelas alunas Michelle Borba e Raquel Camila Piagentini Ferreira, em forma de slides que duravam em média 20 minutos, com textos e imagens e os seguintes tópicos: o que são fissuras, incidência entre as raças e os sexos, etiologia, classificação das fissuras, cirurgias, implicações, alimentação, aleitamento materno, sonda nasogástrica, missão e atendimentos do Centrinho Prefeito Luiz Gomes.

Após cada palestra iniciava-se um momento para esclarecimentos de dúvidas e questionamentos dos alunos e entrega do manual de orientação sobre as fissuras, encerrando-se assim a palestra.

Na palestra do dia oito de julho de 2009, contou-se com a presença da fonoaudióloga Vivian N. Cavalheri, do Centrinho Prefeito Luiz Gomes que também falou sobre o tema abordado e o funcionamento do Centrinho.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos objetivos do trabalho era avaliar o conhecimento dos alunos do curso técnico de enfermagem sobre as fissuras. Para isto foi aplicado um questionário, que foi respondido por 54 pessoas. O questionário é composto por 5 questões objetivas. Na primeira pergunta foi questionado o que é fissura de lábio e/ou palato e 51,86% das pessoas responderam que era uma malformação congênita. A segunda pergunta que era quais as causas para o aparecimento das fissuras de lábio e/ou palato 90,74% responderam que eram fatores genéticos e ambientais; a terceira pergunta questionava —se as fissuras podem causar problemas futuros para as crianças, e 98,14% responderam que os problemas eram doenças de ouvido, na fala e dentição; a quarta questão perguntava como alimentar uma criança com fissura de lábio e/ou palato, 14,81% responderam que com aleitamento materno e mamadeiras com bicos especiais; e na quinta questão era sobre o conhecimento das pessoas quanto ao local de tratamento para a criança com fissura de lábio e/ou palato, e 66,67% responderam que era no Centrinho Prefeito Luiz Gomes.

Na primeira, segunda e terceira pergunta, tivemos um índice de acerto grande com 51,86%, 90,74% e 98,14% respectivamente. Já na quarta pergunta que se trata sobre alimentação, o índice de acerto foi pequeno, apenas 14,81%.

Segundo ALTMANN (1994); as crianças portadoras de fissuras encontram algumas dificuldades para se alimentar como: ingestão insuficiente, sucção deficitária, escape nasal, excessiva deglutição de ar, vômitos abundantes, engasgamento e asfixias. Entretanto, o grau de dificuldade está diretamente relacionado ao tipo de fissura, sendo que alguns bebês podem levar de dois a três meses para se tornarem eficazes na sucção. O leite materno é o alimento mais completo e equilibrado que existe para o bebê, pois atende a todas as necessidades de nutrientes e sais minerais da criança até os seis meses de vida. Além disso é rico em substâncias que tornam o bebê mais resistente a infecções por vírus e bactérias. O ato da sucção permite o correto posicionamento da mandíbula para uma oclusão dentária normal e conseqüente mastigação correta, além de um equilíbrio neuromuscular dos tecidos que envolvem o aparelho mastigatório.

Amamentar cria um vínculo fortíssimo entre mãe e filho, o que favorece o desenvolvimento de crianças mais tranquilas, com maior auto-estima e mais ajustadas socialmente.

E segundo Cavalheri (1999 ) “o grau de dificuldade dependerá do tamanho da fissura. As fissuras de lábio de modo geral, não geram dificuldades durante o aleitamento, pois a fenda consegue se adaptar ao seio”.

Na quinta pergunta 66,67% indicaria o local correto,mas 24,07% responderam que não saberiam para onde encaminhar a criança.

Devido as dificuldades encontradas pelas pessoas em responderem sobre a alimentação adequada destas crianças e o local para o tratamento, percebe-se a importância de trabalhos que divulguem estes aspectos, pois mesmo estudantes da área da saúde apresentam dúvidas básicas a respeito do assunto. Como também foi percebido no dia-a-dia do Centrinho, as pessoas tem dificuldade de acesso pois nem sempre os profissionais da saúde responsáveis por seus cuidados tinham conhecimento do trabalho. Isto pode ser confirmado pelo número de pessoas que chegam ao centrinho já adultas, conforme relatos dos profissionais do centrinho.

Todas as respostas podem ser conferidas no anexo 3 onde estão apresentados os gráficos.

Percebeu-se então a importância da divulgação nas escolas,e com os profissionais da área da saúde, para que essas pessoas saibam aonde encaminhar corretamente essas crianças,e orientem seus pais e familiares a maneira mais correta de alimentação para essa criança.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTMANN, Elisa B.C.et AL.Fissuras lábio palatinas.Pró-fono departamento editorial,São Paulo,1994.

ALVES, Angelina M. A. Quando um bebê que chega não é o sonhado. In: Ensinando a cuidar da mulher,do homem e do recém-nascido. São Paulo:Difusão,2003.

ALVES, Angelina M; SANTOS, Inês M. M. dos. Cuidados para o recém nascido com malformação congênita. In: Ensinando a cuidar da mulher,do homem e do recém-nascido. São Paulo: Difusão,2003.

AMARAL,Vera L.A.R. do. Aspectos psicossociais. In: ALTMANN, Elisa B. C.et AL.Fissuras lábio palatinas.Pró-fono departamento editorial, São Paulo,1994.

ARARUNA, Raimunda da Costa. Cotidiano familiar e escolar de crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato. Ribeirão Preto,2000. Dissertação(Mestrado) –Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CAVALHERI, Vivian N. Aleitamento materno em bebês portadores de fissuras lábio-palatais. Curitiba, 1999. Monografia.

GOMES, Paulo Roberto de Mello; MÉLEGA, José Marcos. Tratamento Cirúrgico. In: ALTMANN, Elisa B.C. Fissuras lábio palatinas. 3. ed. Carapicuíba: Pró-fono departamento editorial, São Paulo, 1994. Cap. 5, p. 61-72.

KAWAMOTO, Emilia E; SANTOS, Maria C. H. dos; MATTOS, Thalita M. de. Educação em saúde. Enfermagem Comunitária, 2007.

LOFIEGO, Jacqueline L. Fissura lábio- palatino: avaliação diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1992.

LOPES, Lucy D. et al. Tratamento ortopédico-ortodôntico. In: ALTMANN, Elisa B. C. Fissuras lábio palatinas.3. Ed. Carapicuíba:Pró-fono departamento editorial, São Paulo, 1994. Cap. 15, p. 213-236.

MARQUES, Dalva. Estudo genético-clínico de pacientes com fissura labiopalatinas do Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de lesões lábio-palatais de Joinville- SC. Curitiba, 2000.88p.Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná.

MARTINS, Juliana.Orientações aos pais de portadores de fissura lábio palatal um olhar clínico. Itajaí, 2002.Monografia –CEFAC.

MODOLIN, Miguel L.A.; CERQUEIRA, Eneida M.M. Etiopatogenia. In:

ALTMANN, Elisa B. C. Fissuras lábio palatinas. 3. Ed. Carapicuíba: Pró-fono departamento editorial, São Paulo, 1994. Cap. 2, p. 25-30.

SPIRI, Wilza C.;LEITE,Maria M. J. Convivendo com o portador de fissura lábio-palatal: o vivencial do enfermeiro. Enfermeiro.Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v.33, n.1, p. 81-91, 1999.

VASCONCELOS, B. C. et AL. Incidências de malformações congênita labiopalatais.Ver. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial. V.2, p.41-46 jul/dez, 2002.

VASCONCELOS, Belmiro C. E.; SILVA, Emanuel D. O.; PORTO, Gabriela G.; PIMENTEL, Fernando C. Revista Cirúrgica Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.v.2,n.2, p. 41-45 jul/dez, 2002.

VICENTE,Rosana M. F. M.; LOPES, Lucy D.; Khory, Regina B. F. Embriologia. In: ALTMANN, Elisa B. C. et AL. Fissuras lábio palatinas. 3. ed. Carapicuíba: Pró-fono departamento editorial,São Paulo, 1994. Cap. 1, p. 3-23.

WONG, Donna L. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.468-550.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### **Manual orientativo sobre fissura de lábio e/ou palato entregue aos alunos do curso Técnico em Enfermagem.**

#### **1-O que é fissura lábio-palatina?**

Trata-se de uma abertura na região do lábio e/ou palato, ocasionada pelo não fechamento destas estruturas.

As fissuras podem ser unilaterais ou bilaterais e variam desde formas mais leves, como cicatriz labial, até formas mais complexas como as fissuras completas de lábio e palato.

#### **2-Quais as causas para o aparecimento da fissura em crianças?**

Muitos cientistas têm pesquisado sobre os fatores que podem provocar a fissura e a conclusão é de que a causa é multifatorial, ou seja, se deve à combinação de fatores ambientais. Os mais comuns são o estresse, uso de álcool, medicações, cigarros, drogas, realização de raio x na região abdominal.

#### **3-Como amamentar/alimentar uma criança com fissura?**

No caso de fissura só de lábio, a amamentação é tranqüila, só depende da disposição e dedicação da mãe. Nos casos de fissura de lábio e palato a mãe é orientada a fazer ordenha e dar o leite materno na mamadeira, pois o bebê tem dificuldade de sugar o leite, pode sentir fadiga e ingerir leite em quantidade insuficiente.

#### **4-As fissuras causam problemas para a criança?**

A criança pode ter doenças de ouvido, infecções crônicas, má nutrição, problemas dentais e dificuldade na fala. Além disso, os efeitos emocionais podem trazer dificuldades e constrangimentos para a criança.

#### **5-Qual o tratamento para as fissuras?**

O tratamento tem início logo após o nascimento da criança. A cirurgia de fechamento de lábio é geralmente aos 3 meses de vida da criança e o fechamento do palato com 1 ano. O tratamento se estende até a fase adulta, envolvendo as cirurgias e acompanhamento com vários profissionais como: dentistas, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros.

#### **6-Onde procurar tratamento?**

O Centrinho Prefeito Luiz Gomes é referência estadual no atendimento aos portadores de fissura lábio-palatina.

O serviço é gratuito, mantido pela Secretaria Municipal de Saúde, através do SUS, atendendo todo o estado.

#### **7-Quem encaminha para o Centrinho?**

A demanda é livre (qualquer pessoa ou criança fissurada que chegar ao Centrinho será atendido). Porém, em Joinville o primeiro contato é feito ainda na maternidade, uma equipe de profissionais (fonoaudiólogos, assistente social, psicólogos e dentistas) são chamados na maternidade para dar assistência e orientação aos pais e as crianças, somente após essa visita a criança receberá alta e a partir daí é encaminhada ao Centrinho para o tratamento.

## Anexo 2

### **Questionário sobre fissura de lábio e/ou palato aplicado aos alunos do curso Técnico em Enfermagem.**

1- O que é fissura de lábio e/ou palato?

- ( ) é um defeito genético
- ( ) é uma lesão causada por trauma
- ( ) é uma malformação
- ( ) nunca ouvi falar

2- Quais são as causas para o aparecimento das fissuras de lábio e/ou palato?

- ( ) fatores genéticos e ambientais
- ( ) nascimento prematuro
- ( ) pais com HIV +
- ( ) parto cesárea

3- As fissuras podem causar problemas futuros para as crianças?

- ( ) doenças de ouvido, na fala e dentição
- ( ) paralisia infantil
- ( ) morte súbita
- ( ) diabetes mellitus

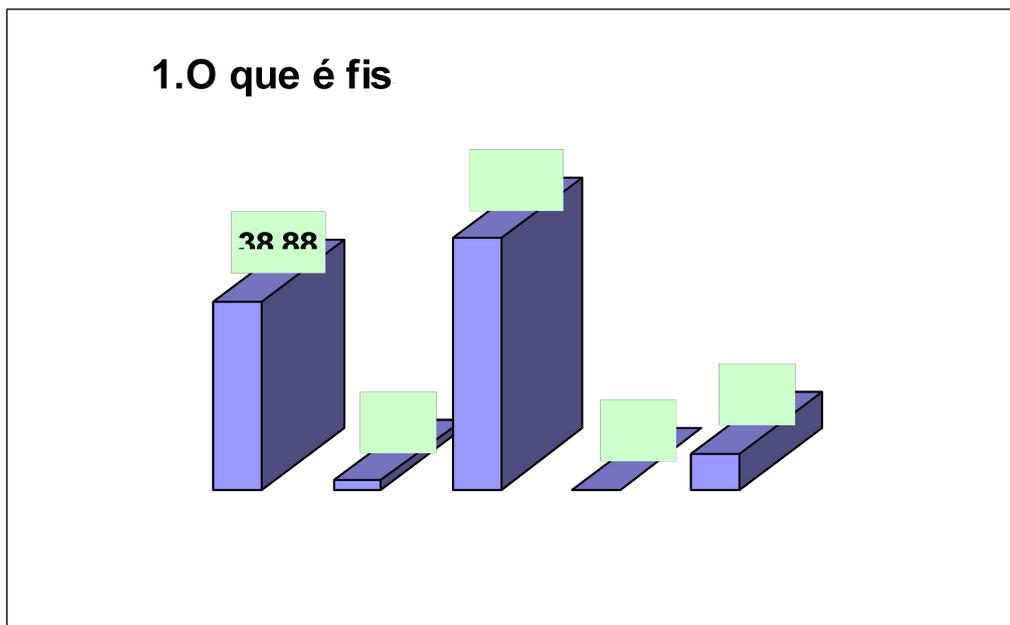
4- Como alimentar uma criança com fissura de lábio e/ou palato?

- ( ) com aleitamento materno
- ( ) mamadeiras com bicos especiais
- ( ) com mamadeiras comuns
- ( ) impossível amamentar

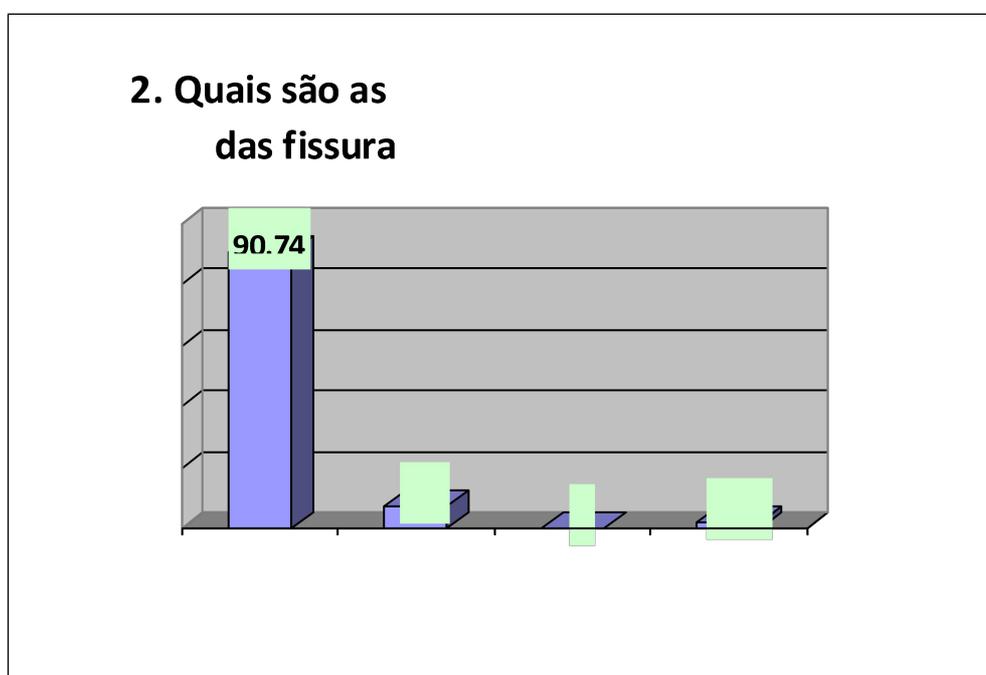
5- Você sabe onde procurar assistência para a criança com fissura de lábio e/ou palato?

- ( ) não sei
- ( ) em qualquer hospital da cidade
- ( ) no Centrinho Prefeito Luiz Gomes( ) em postos de saúde

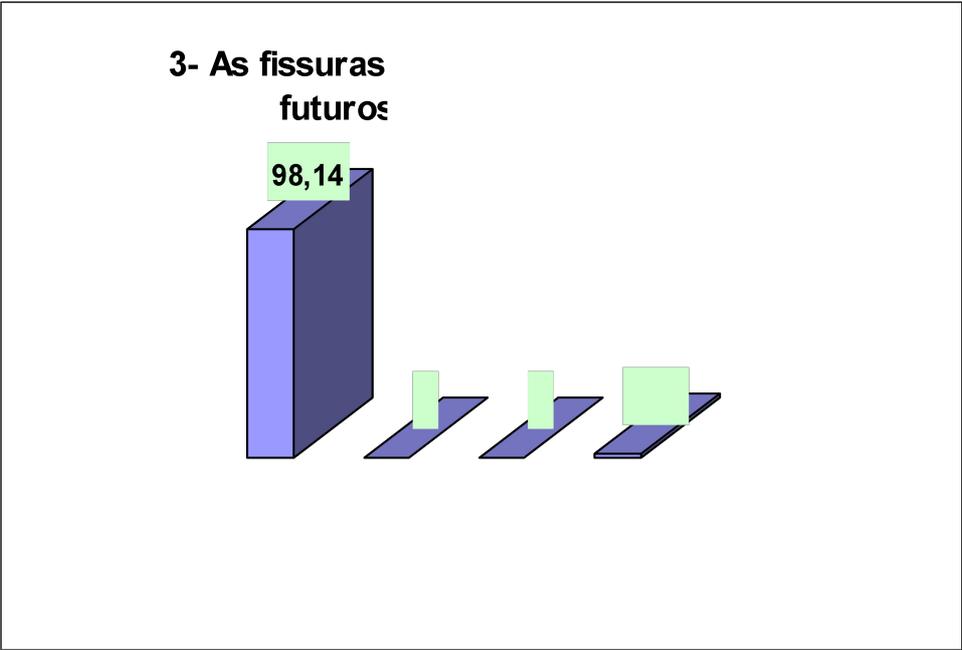
## Anexo 3



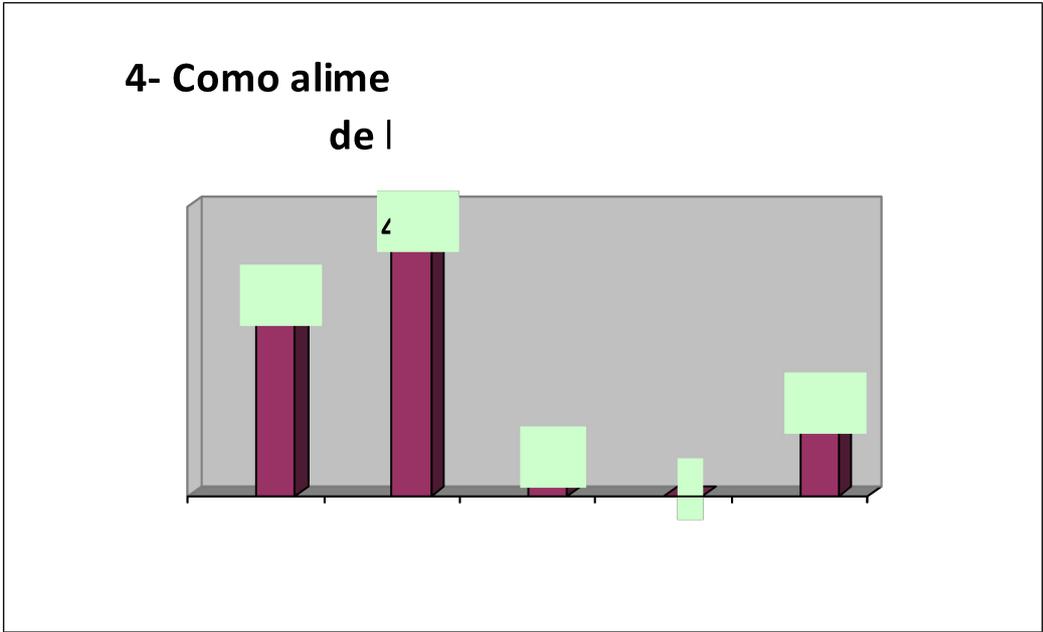
- A – É um defeito genético;
- B – É uma lesão causada por trauma;
- C – É uma malformação;
- D – Nunca ouvi falar;
- E – É um defeito genético e uma malformação.



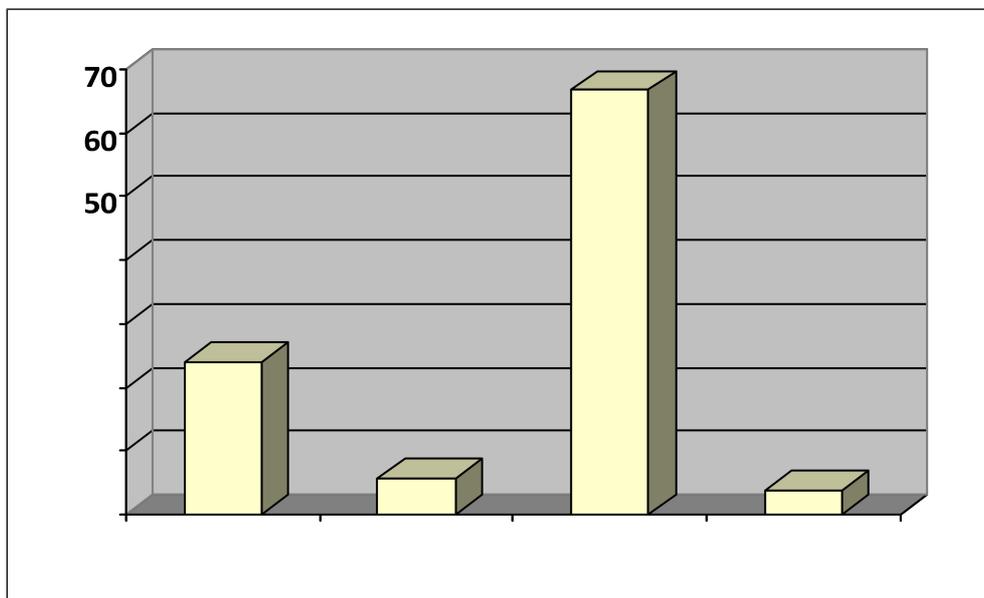
- A – Fatores genéticos e ambientais;
- B – Nascimento prematuro;
- C – Pais com HIV positivo;
- D – Parto cesárea.



- A – Doenças de ouvido, na fala e dentição;
- B – Paralisia infantil;
- C – Morte súbita;
- D – Diabetes mellitus.



- A – Com aleitamento materno;
- B – Mamadeiras com bicos especiais;
- C – Com mamadeiras comuns;
- D – Impossível amamentar;
- E - Com aleitamento materno e Mamadeiras com bicos especiais.



- A – Não sei;
- B – Em qualquer hospital da cidade;
- C – No Centrinho Prefeito Luiz Gomes;
- D – Em postos de saúde.

Anexo 4

Fotos de Resultados pós-cirúrgicos

