

PÁGINA DO ESTUDANTE

**REABILITAÇÃO DE LESÕES LÁBIO-PALATAIS  
— UMA EXPERIÊNCIA DE ENFERMAGEM —**

Analice Gomes Bueno \*  
Maria Irene Bachega \*  
Sandra Thomé \*

ReBEn/08

BUENO, A.G. e Colaboradoras — Reabilitação de lesões Lábio-Palatais — Uma Experiência de Enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 34 : 189-203, 1981.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de uma experiência prática do Serviço de Enfermagem junto ao Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, da Universidade de São Paulo, em Bauru, que tem por finalidade precípua a prestação de serviços: médico, cirúrgico, odontológico, fonoaudiológico, psicológico, social, pedagógico e de enfermagem a portadores de malformações congênitas lábio-palatais (“lábio leporino” e “goela de lobo”), dentro de padrões técnicos e científicos para cada caso, independentemente de qualquer condição social, financeira, sexo, cor, raça, religião e nacionalidade. Trata-se do primeiro hospital da América Latina a oferecer tratamento global e especializado, através da atuação de uma equipe interprofissional, pois a recuperação

total (estética, funcional e psicológica) depende de tratamentos complexos, que deverão ser realizados de forma integrada (figura 1).

Nesta equipe, que se preocupa com a criança desde o nascimento até a idade adulta, visando ao atendimento concomitante de todas as implicações envolvidas nos tipos de lesões lábio-palatais, evidenciamos a importância do Serviço de Enfermagem nos períodos pré, trans e pós-operatório a crianças portadoras de fissura transforame incisivo unilateral completa, na faixa etária de 1 dia a 1 ano de idade.

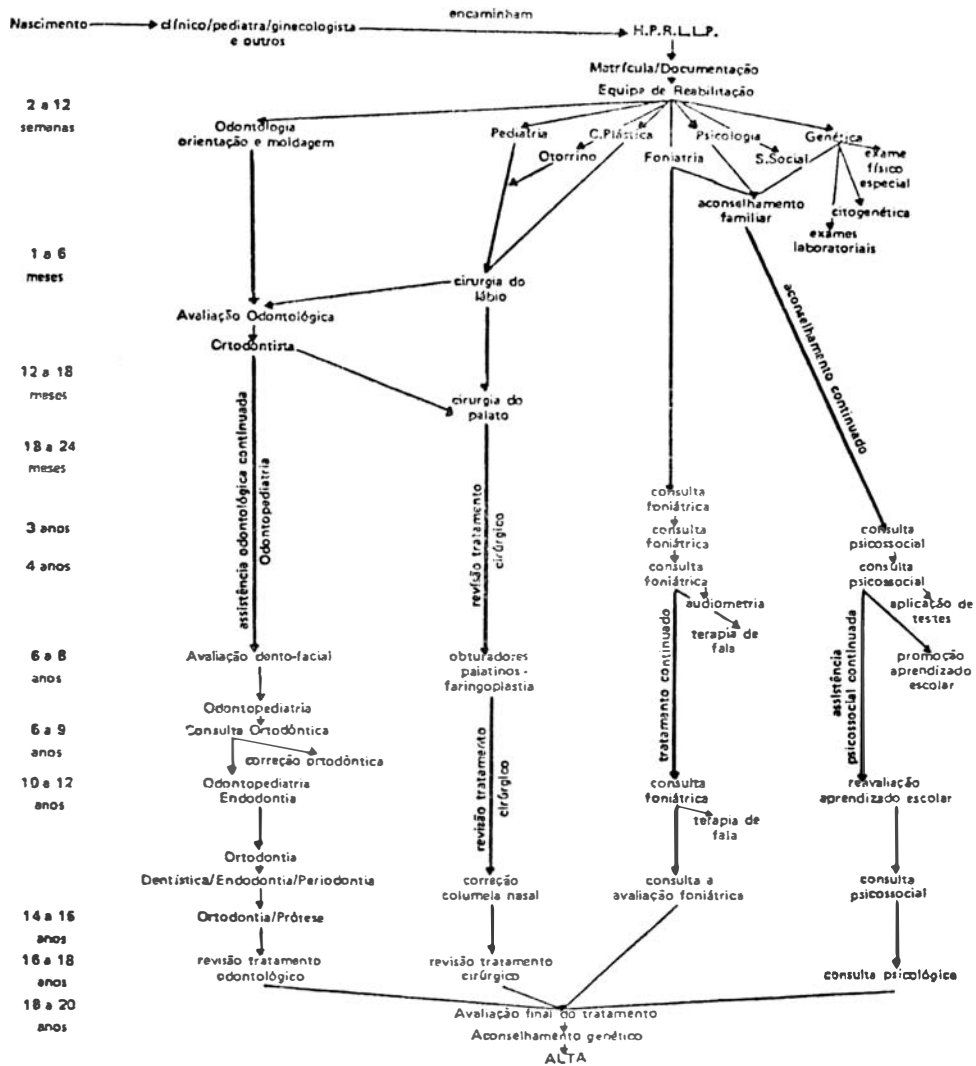
## 2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

### 2.1. O problema

As fissuras congênitas de lábio e palato são, das malformações faciais, as

\* Alunas do curso de Habilitação de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem do Sagrado Coração, de Bauru. Enfermeiras do Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da Universidade de São Paulo, em Bauru.

FIGURA 1 — Sequência de tratamento adotado pelo Hospital para reabilitação do fissurado \*



\* SOUZA-FREITAS, 1979.

mais frequentes, constituindo grave problema médico-odonto-psico-fono-social.

Estudos sobre a sua ocorrência têm sido realizados em todas as partes do mundo. Pesquisas são conduzidas visando a contribuir para um melhor conhecimento dos fatores etiológicos e da eventual influência de raça, sexo, idade dos pais, condições sociais de vida, ação de drogas etc. É evidente que esses fatores não determinam o aparecimento das malformações, mas parecem ser causas predisponentes e a elucidação de seu exato papel é, portanto, de grande importância e interesse.

No Brasil, se bem que não é possível ainda saber o número exato de fissurados, estima-se existirem cerca de 180.000 portadores e sabe-se que a ocorrência é da ordem de grandeza 1 para cada 650 nascimentos, sendo a mortalidade no 1.º ano de vida em torno de 35%. Além disso, entre os sobreviventes muitos não são tratados; quando o são, esse tratamento é feito de modo parcial, por profissionais não especializados, cuja atuação isolada, de modo geral, ao invés de resolver agrava ainda mais o problema, impedindo na maioria das vezes uma futura viabilidade de correção completa.

## 2.2. O nascimento

Compreende-se facilmente que o nascimento de uma criança com esse defeito pode constituir um choque para os pais. Nessas situações, costuma sobreviver um sentimento grave de frustração (que mais desejamos na vida que a saúde e a normalidade de nossos filhos?); quando não, aparece o de culpa. Com efeito, é espelhada a noção de que o lábio leporino e a goela de lobo são estigmas de degenerescência, expressão de alguma tara, quando não se pensa, como fazem os menos esclarecidos, em mau-olhado. Surgem então as dúvidas entre os pais, cada qual po-

dendo suspeitar que o outro membro do casal traga em si a tara ou martirizando-se com a idéia de ser, ele mesmo, o elemento anormal, causador do que à primeira vista lhe parece irremediável desgraça. Muitos, por isso, escondem a criança, como se ela fosse uma vergonha, chegando alguns a rejeitá-la como se amaldiçoada por forças superiores.

É claro que não existe culpa, mas o fato acarreta em geral repercussões extremamente danosas à criança. Ela é recebida no lar "sob tensão", além de encontrar dificuldades físicas, como de mastigação, deglutição, respiração e audição.

## 2.3. Família e aceitação

O nível de aceitação da família, em relação ao defeito, varia de acordo com a classe social. Nas classes baixa e média inferior, a aceitação deve-se à existência de padrões culturais projetados em termos de superstições, onde a explicação para a ocorrência do mesmo baseia-se em credences populares, como a de colocação de chave no seio no período de gestação, castigo, ocorrência de chacotas ou fixação por parte da mulher grávida a um fissurado (teoria da marcação) etc.

Associada a esse atraso cultural, observa-se que a aceitação do problema é mais significante e sempre se baseia em valores teológicos, isto é, de acordo com a vontade de Deus (a qual não deve ser contrariada), sem contar com a acomodação dos pais quanto ao problema, devido ao meio ambiente limitado e sem muitas solicitações ou exigências sociais.

Especificamente nas famílias de classe média, observa-se que, embora ligada a crenças populares ou superstições (em menor escala), a explicação da ocorrência do defeito não é só a nível de valores teológicos, mas psicofisiológicos.

Quanto à aceitação do problema, nota-se que nas classes média e média superior as dificuldades são maiores, pois as famílias são mais conscientes quanto aos obstáculos a serem enfrentados por seus filhos em relação à rejeição social, além das indagações e satisfações sociais a que estão sujeitos. Essas situações decorrem de uma vida social mais ampla, com exigências sempre novas e diferentes.

#### 2.4. *A interação no H.P.R.L.L.P.*

Os pacientes, ao virem para o H.P.R.L.L.P. pela primeira vez, a fim de fazerem sua matrícula (às terças-feiras, 7,30 h), juntamente com seus pais ou responsáveis, passam por diversas etapas.

Em primeiro lugar são encaminhados ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) para a abertura dos prontuários; em seguida todos os pacientes e acompanhantes são levados ao anfiteatro para receberem orientação geral sobre as malformações lábio-palatais e o tratamento realizado no hospital, dada pelos profissionais das múltiplas áreas (médico-odonto-psico-fono-social e enfermagem). A partir daí irão passar por todos os setores, inclusive o de documentação, onde serão tiradas fotografias para análise e controle das modificações estéticas.

Após a explicação dos profissionais, o acompanhante é encaminhado ao Setor de Enfermagem, onde a enfermeira dá orientações sobre os cuidados necessários para com a criança fissurada, fornecendo por escrito um dos cuidados principais — a alimentação (sua técnica, qualidade e quantidade).

Por último, é encaminhado ao Serviço Social, onde, após análise de rotina (constante no prontuário), é entregue um cartão com a data de retorno, dada pelo SAME, segundo requisito dos profissionais.

Nessa primeira vez só ficará interna a criança que já se encontrar em condições para a queiloplastia ou aquela

na qual algum dos profissionais achar necessário um tratamento que necessite de constante vigilância. As demais irão com a receita e os medicamentos (se não tiver condições de comprá-los) para o tratamento em casa.

Quando chega o dia do retorno (às segundas, quartas e quintas-feiras, 7,30 h), a criança vem em jejum para ser submetida a exames laboratoriais de rotina (Tc, Ts, série vermelha e tipagem) e outros, se o pediatra achar necessário. Após os resultados dos exames, ela passará pelos profissionais que pediram seu retorno e se todos derem condição cirúrgica ela será então encaminhada inicialmente à Odontopediatria, para a moldagem dos arcos dentários superior e inferior e, em seguida, ao Setor de Enfermagem, para internação, onde a enfermeira fará nova entrevista com o acompanhante (anexo 2), com a finalidade de obter dados para traçar um plano de cuidados de acordo com as necessidades básicas da criança.

A partir do momento da internação a criança passará a receber cuidados integrais, de acordo com o plano de cuidados e orientações da equipe multiprofissional, pelo pessoal de enfermagem, onde todos são devidamente orientados pelas enfermeiras.

Ressalte-se que as condições essenciais necessárias para que a criança seja submetida à queiloplastia são:

- condição clínica muito boa
- idade: 10 semanas
- peso: 6,000 kg
- hemoglobina: 10%.

A criança só será submetida à palatorrafia a partir dos 18 meses de idade.

### 3. A ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DO FISSURADO

#### 3.1. *Período pré-operatório*

Para que a criança atinja o padrão exigido para a cirurgia (queiloplastia),

dependerá em muito da enfermagem que, além de seguir as orientações médicas para o seu tratamento clínico, é a responsável por dois fatores importantíssimos — a nutrição e o brusco desligamento entre a criança e a sua mãe.

### 3.1.1. A nutrição

#### — Técnica de alimentação através da mamadeira

Não difere da técnica normal de administração de mamadeira, exigindo, porém, requisitos essenciais, tais como:

— antes de cada mamada deve ser feita a higiene oro-nasal com cotonetes embebidos em água, devido ao grande acúmulo de secreções nessa região;

— paciência, pois cada mamada leva em torno de 30 a 45 minutos, isto por que, devido à malformação lábio-palatal, o esforço da criança será maior, causando cansaço, dificultando a sucção e tendo que haver, portanto, paradas durante as mamadas;

— orifício do bico da mamadeira de tamanho normal, para que se evite grande fluxo do leite, o que poderá causar asfixia da criança e conseqüente regurgitação. Além disso, o orifício estimula a sucção, muito importante para o desenvolvimento da fala;

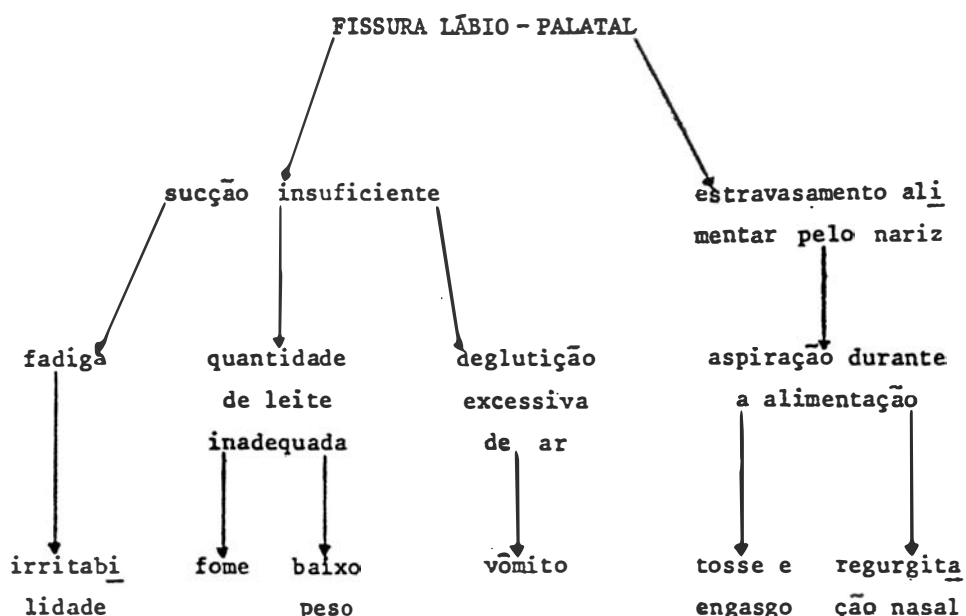
— o bico da mamadeira deverá estar coberto de leite para evitar a ingestão de ar excessiva, observando que a criança com fissura lábio-palatal normalmente apresenta esse problema;

— lado da fissura: não deve se evitar a fissura e sim dar estímulos na musculatura afetada;

— posição ereta da criança para eructação, devido à grande ingestão de ar;

— após cada mamada, a higiene oro-nasal é feita através de pequena quantidade de água ou chá, para que se evite a permanência de resíduos e partículas de leite nessa região, o que poderá ser um meio de cultura excelente para a proliferação de germes,

FIGURA 2 — Quadro clínico do problema alimentar da criança com fissura lábio-palatal



aumentando, conseqüentemente, o número de infecções;

— colocar a criança, após a mamada, em decúbito lateral, diminuindo, assim, o risco de asfixia, pois, apesar da eructação, há refluxo, pela narina, de parte do leite ingerido.

#### — A papa

A papa é oferecida através de colher, mantendo os mesmos padrões de posição e higienização da criança quando alimentada por mamadeira. É muito importante estimular a preensão labial, para que a criança possa sentir o alimento antes da deglutição; isto irá auxiliar no desenvolvimento da mobilidade e propriocepção.

#### 3.1.2. Cuidados psicológicos

A hospitalização da criança é quase sempre um choque emocional para ela, por ser separada do ambiente familiar, principalmente a mãe e, também, por ingressar em um ambiente desconhecido com muitas pessoas estranhas; porém, os lactentes em geral não são possuídos de medo, no entanto sofrem muito pela falta de afeto. Levando-se em consideração o fato de que neste hospital a média normal de permanência dos pacientes é em torno de 12 dias, cabe totalmente à enfermagem um cuidado muito especial para com elas.

Sabe-se que pode ocorrer nos lactentes hospitalizados um quadro clínico complexo, que é o hospitalismo, caracterizado por: deficiência de ganho de peso, menor tempo de sono, apatia, aspecto infeliz, raramente a criança sorri ou vocaliza, indiferença no apetite, maior freqüência de evacuações, pequenas infecções de vias aéreas superiores com longa duração. Se entrar nesse quadro, fica mais difícil o seu tratamento pré-cirúrgico, demorando mais ainda o seu tempo de internação

para que a criança possa entrar em condição de cirurgia.

Para se evitar tais acontecimentos a enfermeira deve estar ciente desse complexo quadro clínico e saber orientar todo o pessoal de enfermagem quanto aos cuidados psicológicos a essas crianças. Assim sendo, toda criança, ao ser internada neste hospital, é auxiliada por esse pessoal quanto à sua adaptação ao berçário através de muito carinho e atenção; ela é levada, duas vezes ao dia (manhã e tarde), para uma recreação ao ar livre; no próprio berçário o clima é propício (muitos brinquedos; as berçaristas sentam-se com elas sobre um grande forro no chão, para, juntos, brincarem grande parte do dia; ficam parte do tempo sentadas no bebê-conforto); para isso existem duas berçaristas para oito berços. Tudo é feito com auxílio da orientação também das psicólogas e fonoaudiólogas para o bem-estar emocional dessas crianças.

Quando a criança se encontra apta para ser submetida a cirurgia, a data é marcada. No dia anterior, ela recebe a visita do cirurgião e do anestesista para reavaliação. Aí, então, é encaminhada ao setor de fotografia e odontopediatria (moldagem dos arcos dentários) para controle, caso isso não tenha sido possível fazer no dia da internação.

A última mamadeira é oferecida em quantidade normal, 8 horas antes da cirurgia.

No dia da cirurgia, após o banho e verificação dos sinais vitais (TPR), a criança é encaminhada ao Centro Cirúrgico, onde o anestesista faz uma nova avaliação, então submetendo-a ao pré-anestésico.

A base pré-anestésica varia de acordo com a idade e peso da criança, onde são utilizados, por via intramuscular:

- derivados de meperidina,
- derivados de fentotiazina,
- sulfato de atropina,

45 minutos antes da indução anestésica.

### 3.2. Período trans-operatório

Na queiloplastia, a anestesia utilizada é a geral com intubação oro-traqueal.

Após a indução que normalmente é feita com barbitúricos, seguida de relaxantes musculares de ação rápida com tomadas de veia do dorso da mão, dobra do cotovelo ou maléolo interno usando-se agulhas tipo Butterfly mantida a conexão com soluto glicosado. Ventila-se o paciente com oxigênio puro sob máscara; em seguida a intubação traqueal é feita usando-se laringoscópio sob visão direta e intubação com sonda lisa. A fixação desta se faz tanto na comissura labial do lado oposto, evitando-se repuxamento ou no médio lábio inferior, com esparadrapo ou adesivo similar. Circuito aberto, sem reinalação, é instalado, o paciente é auxiliado na ventilação até que passe a respirar espontaneamente, passada a curarização. Jackson Rees, KT5, T de Ayres, ou tubo em Y, são os equipamentos utilizados e a manutenção é feita com hidrocarbonados halogenados (Fluotane ou Halotano) em concentrações que variam de 0,5 a 1,5% em mistura com oxigênio 100% ou também com óxido nitroso-oxigênio, com respiração espontânea.

A ausculta de ventilação dos hemitoraces e precórdio é feita, onde o estetoscópio é fixado.

A técnica cirúrgica utilizada na queiloplastia é a "zetaplastia".

A equipe do Centro Cirúrgico é composta por:

- 1 cirurgião plástico,
- 1 anestesista,
- 1 instrumentadora,
- 2 circulantes,
- 1 enfermeira.

### 3.3. Período pós-operatório

Terminada a cirurgia, a extubação é feita após verificação do oro-faringe,

aspiração, remoção de eventuais coágulos ou corpos estranhos do hipo-faringe que ali podem se localizar eventualmente. Há conveniência de se extubar em planos anestésicos não muito superficiais para se evitar espasmos glóticos ou traqueo-brônquicos. Verificada a liberdade das vias aéreas, a boa ventilação, recomenda-se postura de decúbito lateral para eventual drenagem de secreções (salivares-hemorragicas) pela comissura labial do lado oposto operado. Em seguida, é levado o paciente para a sala de recuperação pós-anestésica que se situa no próprio Centro Cirúrgico, onde permanecerá juntamente com uma funcionária da enfermagem para uma constante observação. Os cuidados imediatos serão feitos de acordo com a orientação da enfermeira e dependerá do trans-operatório.

Quando dificuldades respiratórias surgem decorrentes de entubações difíceis e traumatizantes, corticóides são administrados, a oxigenação 100% é ativada e a vigília pós-operatória rigorosa.

A enfermagem participa ativamente, juntamente com os outros membros da equipe cirúrgica, no controle desses pacientes, observando-os constantemente e tomando medidas de urgência, visto que, além do controle de respiração, são necessários controles de sangramento, pulsação, diurese, vômitos, consciência do paciente (agitações, prostrações etc.).

Estando o paciente bem recuperado, ele é liberado pelo anestesista e encaminhado ao berçário, onde os cuidados integrais terão continuidade.

A criança chegará ao berçário com um curativo sobre a incisão cirúrgica, o qual é realizado no Centro Cirúrgico da seguinte maneira: limpeza da ferida operatória com soluto fisiológico e sobre a mesma colocada uma pequena gaze vaselinada a qual é coberta com gaze seca e mantida em posição com uma tira de esparadrapo. Após 24 horas o

curativo é removido e a ferida é mantida descoberta, procedendo-se à desinfecção da área com antissépticos comuns.

Todas as suas reações e reflexos são importantes; como não é possível fazer com que o bebê não leve a mão ao local da cirurgia, restringe-se o movimento de flexão da articulação braço-antebraço (utiliza-se a capa protetora do carretel de esparadrapo).

Os berços são protegidos lateralmente com espumas para evitar batidas nas grades.

A alimentação é reiniciada assim que a criança comece a aceitar, em qualidade e quantidade idênticas às anteriores à cirurgia, porém com técnicas diferentes como se segue.

O leite, que antes era oferecido através de mamadeira, passará, então, a ser oferecido com colher, evitando-se, assim, o esforço da região operada.

A alimentação adequada será de acordo com cada faixa etária, desde que seja líquida ou batida no liquidificador, podendo também ser oferecida frutas amassadas ou raspadas.

A retirada de pontos é feita após 72 a 96 horas, e a criança será encaminhada ao setor de fotografia para o controle da documentação. A partir desse momento, após a avaliação pediátrica e cirúrgica, a criança receberá alta.

Quando seus pais chegam ao hospital para levá-la, é marcado o próximo retorno, e a enfermeira dará orientações para que os cuidados tenham continuidade em casa (anexo 2).

#### 3.4. O papel da enfermeira na equipe de reabilitação

Levando-se em consideração a faixa etária dos pacientes em estudo (1 dia a 1 ano), o papel da enfermeira na equipe de reabilitação, em resumo, é o seguinte:

- orientação geral aos familiares;
- orientação específica à mãe da criança;

- elaboração do plano de cuidados;
- orientação à equipe de enfermagem sobre os cuidados a serem prestados;

— supervisão direta da execução do plano de cuidados principalmente quanto à: alimentação, higienização, medicação e humanização hospitalar;

— observação constante às crianças para notificação de qualquer alteração física, fisiológica ou de comportamento;

— acompanhamento e atendimento durante as visitas médicas;

— controle do encaminhamento da criança ao laboratório de análises clínicas para exames pré-cirúrgico;

— elaboração da escala cirúrgica (2 crianças fixas e 1 de reserva);

— supervisão no preparo, esterilização e armazenamento do material do Centro Cirúrgico e do posto de enfermagem;

— responsável pela manutenção do material e equipamentos do Centro Cirúrgico;

— responsável pelo controle e estocagem dos entorpecentes e psicotrópicos;

— orientação e supervisão das funcionárias do Centro Cirúrgico;

— orientação e supervisão às funcionárias quanto aos cuidados a serem prestados na sala de recuperação, de acordo com o trans-operatório;

— recepção do paciente operado no berçário;

— elaboração do plano de cuidados pós-cirúrgico;

— supervisão da execução do plano;

— comunicar o SAME sobre a alta da criança;

— orientar a mãe ou responsável que vier buscar a criança quanto aos cuidados que deverão ter continuidade em casa.

Devemos ressaltar que:

- as enfermeiras mantêm constante diálogo com todos os profissionais responsáveis por seus pacientes e,



— este hospital presta seus serviços a fissurados de todas as idades e portanto os cuidados de enfermagem diferem de acordo com a faixa etária.

#### 4. RESULTADOS COMPROBATÓRIOS

Baseados nos critérios, normas e rotinas do serviço de enfermagem expostos, desejamos demonstrar praticamente a sua eficiência e para tanto escolhemos aleatoriamente 50 prontuários de pacientes portadores de fenda transforame incisivo unilateral completa, de ambos os sexos, na faixa etária de 1 dia a 1 ano, regularmente matri-

culados no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, da Universidade de São Paulo, em Bauru.

Foram fixadas como medida de avaliação a idade, o peso, tempo de internação pré e pós-cirúrgico (tabela 1). O peso foi obtido em três épocas pré-fixadas, ou seja, no dia da internação, no dia da cirurgia e no dia da alta. O estado nutricional foi estabelecido através do peso, considerando o cálculo dos limites das desnutrições de 1.º, 2.º e 3.º graus, segundo critério de GOMÉZ. Pesos normais segundo MARQUES e col. (tabela 2).

TABELA 1 — Média e desvio-padrão da idade, peso e tempo de internação.\*

| PARAMETROS<br>ESTATÍSTICOS | Idade<br>(meses) | Peso (kg)           |                   |                | Internação (dias)   |                     |       |
|----------------------------|------------------|---------------------|-------------------|----------------|---------------------|---------------------|-------|
|                            |                  | dia in-<br>ternação | dia ci-<br>rurgia | dia da<br>alta | pré-ope-<br>ratório | pós-ope-<br>ratório | total |
| Média                      | 7                | 7.645               | 8.082             | 8.238          | 4                   | 8                   | 12    |
| Desvio-padrão              | 3                | 1.905               | 1.619             | 1.584          | 3                   | 3                   | 6     |

\* Dos 50 casos estudados 4 não foram considerados para obtenção desses dados por apresentarem grau de desnutrição com baixo potencial de reparação.

TABELA 2 — Número e porcentagem de pacientes segundo o estado nutricional definido através do critério de Gómez \*

| ESTADO NUTRICIONAL      | Sexo      |            |           |             | Total     |             |
|-------------------------|-----------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
|                         | Masculino |            | Feminino  |             | N.º       | %           |
|                         | N.º       | %          | N.º       | %           |           |             |
| normal                  | 25        | 69%        | 8         | 57%         | 33        | 67%         |
| desnutrição de 1.º grau | 7         | 19%        | 6         | 43%         | 13        | 25%         |
| desnutrição de 2.º grau | 3         | 8%         | —         | —           | 3         | 6%          |
| desnutrição de 3.º grau | 1         | 3%         | —         | —           | 1         | 2%          |
| <b>TOTAL</b>            | <b>36</b> | <b>99%</b> | <b>14</b> | <b>100%</b> | <b>50</b> | <b>100%</b> |

\* Desnutrição: — de 1.º grau: deficit de peso superior a 10%  
— de 2.º grau: deficit de peso superior a 25%  
— de 3.º grau: deficit de peso superior a 40%

## 5. CONCLUSÕES

O estudo de 50 pacientes portadores de fenda transforame incisivo unilateral completa, na faixa etária de 1 dia a 1 ano, permitiu-nos as seguintes conclusões:

1. A queiloplastia foi realizada entre 4 e 10 meses com média de 7 meses;

2. O ganho de peso entre o dia da internação e o dia do ato cirúrgico foi de, em média, 450 gramas, e deste dia ao dia da alta, foi de 160 gramas, atestando a perfeita adaptação hospitalar da cri-

ança, fato demonstrativo também da eficiência do serviço de enfermagem;

3. O tempo de internação pré-operatório foi em média 4 dias e pós-operatório 8 dias, perfazendo um total de 12 dias;

4. O estudo do estado nutricional revelou que de cada 10 crianças que internam 7 apresentam o peso normal, 2 com desnutrição de 1.º grau e 1 com desnutrição de 2.º ou 3.º grau;

5. Dos 50 casos, apenas 5 apresentaram grandes dificuldades para recuperação.

## BIBLIOGRAFIA

1. ABDO, R. C. C. — *Estudo antropométrico, dentário e ósseo de brasileiros brancos, portadores de fenda transforame incisivo*. Bauru, 1979 (Tese — Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo).
2. BLAKE, F. G. — *Enfermagem pediátrica*. 8.ª ed., México, Interamericana, 1973.
3. BROSCO, H. B. — *Avaliação estética, psicológica, fonoaudiológica, pedagógica e social de portadores de fenda transforame incisivo unilateral*. Bauru, 1978 (Tese — Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo).
4. GESTEIRA, R. M. — *A nova puericultura*. 2.ª ed., São Paulo, BYK, 1975.
5. KASSIS, W. — *Correção do lábio leporino unilateral pela plástica em Z*. Contribuição tática. Bauru, 1972 (Tese — Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo).
6. MARCONDES, E. — *Pediatria doutrina e ação*. São Paulo, Sarvier, 1973.
7. MARCONDES, E. coord. — *Desnutrição*. São Paulo, Sarvier, 1976.
8. OLIVEIRA, V. de A. R. — *Aspectos bio-psico-sociais das malformações lábio-palatais*. Bauru, Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da Universidade de São Paulo, 1978. (Trabalho apresentado no I Congresso Brasileiro do Serviço Social da Saúde).
9. PRESSLAND, B. M. — Cleft lip and palate: nursing care. *Nursing Time*, 69: 1406-7, 1973.
10. RAMOS NETTO, M. de O. et al. — Um estudo sobre aleitamento materno. *Rev. Esc. Enf. USP*, 12: 77-100, 1978.
11. SEGOVIA, M. L. — *Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología: la deglucion atípica*. Buenos Aires, Panamericana, 1977.
12. SOUZA-FREITAS, J. A. de — *Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais*. Bauru, 1974.
13. SOUZA-FREITAS, J. A. de — *Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais*, Bauru, 1977.
14. SOUZA-FREITAS, J. A. de — *Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais*. Bauru, 1978.
15. SOUZA-FREITAS, J. A. de — *Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais*. Bauru, 1979.

## ANEXO I

### FORMULÁRIO PARA ADMISSÃO DA CRIANÇA

NOME: ..... IDADE: .....

#### SONO

1. Quantas horas dorme?

À noite  Durante o dia   
Sono calmo  Sono agitado

2. Acorda durante a noite?

Sim  Não

Motivo .....  
Atitude dos pais .....

3. Dorme com facilidade em seguida?

Sim  Não

4. É sonâmbulo?

Sim  Não

5. Criança dorme em:

Berço  Carrinho  Cama  Berço improvisado

6. Dorme no escuro?

Sim  Não

7. Com meia luz?

Sim  Não

8. Costuma cair?

Sim  Não

9. Posição que a criança dorme: ... ..

OBS.: .....  
.....  
.....

#### ALIMENTAÇÃO

1. Tipo de alimentação:

Leite artificial  Leite Natural

Descrever .....  
.....

Mamadeira  Copo  Colher

Aleitamento materno:

Sim  Não

Época do desmame .....

Por quê? .....

Preparo da mamadeira .....

Sopa:

Sim  Não

Frutas:

Sim  Não

Que tipo de frutas? .....

Alimentação sólida?

Sim  Não

2. Horário da alimentação: .....

3. Água  Chá  Suco

Quantidade .....

Horário .....

Tipo de água .....

4. Alimentação atual .....

5. Apetite:

Bom  Regular  Mau

6. Come sozinha?

Sim  Não

7. Come forçada?

Sim  Não

8. Vomita?

Sim  Não

OBS.: .....

#### HABITOS DE HIGIENE

1. De que forma toma banho?

Chuveiro  Bacia  Banheira

2. Toma banho sozinha?

Sim  Não

3. Quem dá? .....
4. Material usado no banho .....
5. Lava a cabeça? .....  
Sim  Não
6. Quantas vezes por semana? .....
7. Banho de sol?  
Sim  Não   
Horário: .....
8. Escova os dentes?  
Sim  Não
9. Lava as mãos?  
Sim  Não

**HABITOS DE ELIMINAÇÃO**

1. Número de micções por dia ....., cor ....., quantidade .....  
....., cheiro .....
- Outras informações .....
2. Como expressa o hábito de micção? .....
3. Número de evacuações por dia ....., cor ....., quantidade .....  
....., cheiro .....
4. Como expressa o hábito de defecar? .....
5. Onde faz as eliminações? .....
6. Urina na cama?  
Sim  Não
7. Esquema de vacinação
- |          |   |   |   |                                  |
|----------|---|---|---|----------------------------------|
| B.C.G.   | Sim <input type="checkbox"/>                  | Não <input type="checkbox"/>                  |   |                                  |
| Triplíce | 1. <sup>a</sup> Dose <input type="checkbox"/> | 2. <sup>a</sup> dose <input type="checkbox"/> | 3. <sup>a</sup> dose <input type="checkbox"/> | Reforço <input type="checkbox"/> |
| Sabin    | 1. <sup>a</sup> Dose <input type="checkbox"/> | 2. <sup>a</sup> dose <input type="checkbox"/> | 3. <sup>a</sup> dose <input type="checkbox"/> | Reforço <input type="checkbox"/> |
| Sarampo  | Sim <input type="checkbox"/>                  | Não <input type="checkbox"/>                  |   |                                  |
| Variola  | Sim <input type="checkbox"/>                  | Não <input type="checkbox"/>                  |   |                                  |
| Tétano   | Sim <input type="checkbox"/>                  | Não <input type="checkbox"/>                  |   |                                  |

Outras: .....

Sintomas atuais .....

Quais as doenças próprias da infância que já teve?  
.....

Outras observações: .....

Último peso da criança: .....

Médico que assiste a criança desde o seu nascimento .....

**ORIENTAÇÃO DADA AOS PAIS**

.....  
.....  
.....

Bauru, ...../...../.....

**ANEXO 2**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM DISPENSADOS A PACIENTES  
NO PÓS-OPERATÓRIO DE:**

.....

NOME .....  
IDADE ..... PESO ..... ALTURA .....

1. A alimentação deverá ser líquida durante ..... dias, portanto: mameadeiras, chupetas e bicos são proibidos durante esse período.
2. Para a alimentação da criança, deve-se usar a colher. Colocar a papa ou o leite em um copo e oferecer aos poucos à criança, observando sempre para não ferir a cirurgia.
3. Neste período a criança poderá comer de tudo, ou melhor, alimentação própria para a idade, desde que seja batida no liquidificador ou amassada com o garfo e passada na peneira.
4. Nunca oferecer para a criança, neste período pós-operatório, alimentos duros ou secos para comer ou chupar, como exemplo: bolacha, pão, pirulito, chicletes, etc.
5. Qualquer tipo de fruta poderá ser oferecida à criança, desde que seja amassada ou raspada.

6. Se a criança chupa o dedo, e, se houver insistência por parte da mesma, imobilizar os seus bracinhos durante quinze dias, com canudos improvisados.
7. Um cuidado muito especial deve ser dado para que a criança não bata a boca no chão, não caia da rede. Evitar que a criança bata a boca nas grades do berço, e para que isto não aconteça proteja as grades com espuma ou lençol, pois a criança costuma ficar em pé e morder a grade do berço. Proteja o chão com tapetes ou panos.
8. Cuidado com brinquedos ou objetos pontiagudos, pois podem ferir ou abrir a cirurgia.
9. Todos estes cuidados deverão ser dispensados durante ..... dias e quanto à alimentação, recomeçar com alimentos bem cozidos e oferecer aos poucos.
10. No próximo retorno, não se esqueça de trazer a carteira de vacinação completa. Vacine seu filho enquanto é tempo.
11. Qualquer anormalidade que a criança apresentar durante o pós-operatório telefone ou venha até nosso hospital.

#### ORIENTAÇÕES GERAIS

##### 1. HORARIO DAS REFEIÇÕES

..... Horas .....

..... Horas .....

..... Horas .....

..... Horas .....

..... Horas .....

..... Horas .....

..... Horas .....

..... Horas .....

##### 2. PREPARO DA MAMADEIRA (MEDIDAS) :

ADICIONAR ..... gramas de leite .....

..... gramas de água fervida, filtrada.

..... ou água de arroz

..... colheres medida de .....

..... colheres de chá de .....

##### 3. MEDIÇÃO .....

Data .... / .... / .....

Enfermeira