

Dúvidas de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia

DOUBTS OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH CLEFT LIP AND PALATE ON POSTOPERATIVE CARE AFTER CHEILOPLASTY AND PALATOPLASTY

DUDAS DE CUIDADORES DE NIÑOS CON FISURA LABIOPALATINA ACERCA DE LOS CUIDADOS POSOPERATORIOS DE QUEILOPLASTIA Y PALATOPLASTIA

Armando dos Santos Trettene¹, Ana Paula Ribeiro Razera², Thaís de Oliveira Maximiano³, Aline Godoi Luiz³, Gisele da Silva Dalben⁴, Marcia Ribeiro Gomide⁵

RESUMO

Objetivo: Identificar as principais dúvidas dos cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia. **Método:** Estudo transversal realizado em um hospital de referência, entre os meses de setembro a novembro de 2012. A amostra constou de 50 indivíduos divididos em dois grupos, sendo 25 cuidadores de crianças submetidas à queiloplastia e 25 crianças submetidas à palatoplastia. As dúvidas foram identificadas por meio de entrevista, realizada durante a consulta de Enfermagem pré-operatória, e, posteriormente, foram categorizadas por similaridade. Utilizou-se a análise estatística descritiva para construção dos resultados. **Resultados:** Observou-se que, em relação à queiloplastia, as dúvidas foram sobre alimentação (36%), higienização e cicatrização (24% cada), e dor e infecção (8% cada). Quanto à palatoplastia, as dúvidas se relacionaram à: alimentação (48%), higienização (24%), dor (16%), sangramento (8%) e infecção (4%). **Conclusão:** Evidenciou-se a preocupação dos cuidadores em relação à alimentação e aos cuidados com a ferida pós-operatória.

DESCRIPTORIOS

Fenda labial
Fissura palatina
Período pós-operatório
Cuidadores
Enfermagem pediátrica

ABSTRACT

Objective: To identify the main doubts of caregivers of children with cleft lip and palate on postoperative care after cheiloplasty and palatoplasty. **Method:** Cross-sectional study carried out in a reference hospital, between September and November 2012. The sample was composed of 50 individuals divided in two groups, of which 25 caregivers of children submitted to cheiloplasty, and 25 of children submitted to palatoplasty. The doubts were identified by an interview applied during the pre-operative nursing consultation and were then categorized by similarity. Descriptive statistics was used for analysis of the outcomes. **Results:** Concerning cheiloplasty, the doubts were related to feeding (36%), hygiene and healing (24% each), pain and infection (8% each). With regard to palatoplasty, the doubts were related to feeding (48%), hygiene (24%), pain (16%), bleeding (8%) and infection (4%). **Conclusions:** The study evidenced the concern of caregivers in relation to feeding and care of the postoperative wound.

DESCRIPTORS

Cleft lip
Cleft palate
Postoperative period
Caregivers
Pediatric nursing

RESUMEN

Objetivo: Identificar las principales dudas de los cuidadores de niños con fisura labiopalatina acerca de los cuidados posoperatorios de las cirugías de queiloplastia y palatoplastia. **Método:** Estudio transversal llevado a cabo en un hospital de referencia, entre los meses de septiembre a noviembre de 2012. La muestra constó de 50 individuos divididos en dos grupos, siendo 25 cuidadores de niños sometidos a la queiloplastia y 25 niños sometidos a la palatoplastia. Las dudas fueron identificadas por medio de entrevista, realizada durante la consulta de Enfermería preoperatoria y, posteriormente, fueron categorizadas por similaridad. Se utilizó el análisis estadístico descriptivo para la construcción de los resultados. **Resultados:** Se observó que, con respecto a la queiloplastia, las dudas fueron acerca de la alimentación (36%), higienización y cicatrización (24% cada), y dolor e infección (8% cada). En cuanto a la palatoplastia, las dudas estuvieron relacionadas con: la alimentación (48%), higienización (24%), dolor (16%), sangrado (8%) e infección (4%). **Conclusión:** Se evidenció la preocupación de los cuidadores con respecto a la alimentación y los cuidados con la herida posoperatoria.

DESCRIPTORES

Labio leporino
Fisura del paladar
Periodo postoperatorio
Cuidadores
Enfermería pediátrica

¹ Doutorando em Ciências da Reabilitação, Programa de Pós-Graduação, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil. ² Doutoranda em Ciências da Reabilitação, Programa de Pós-Graduação, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil. ³ Enfermeira, Residente Multiprofissional em Saúde, Síndromes e Anomalias Craniofaciais, Programa de Pós-Graduação, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil. ⁴ Doutora em Patologia Bucal, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil. ⁵ Doutora em Odontologia Pediátrica, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A queiloplastia e a palatoplastia são as primeiras cirurgias plásticas reparadoras executadas durante o longo e complexo tratamento das fissuras labiopalatinas. Para a criança que nasce com a fissura labiopalatina, a cirurgia reconstrutora é um desafio não só estético, mas, principalmente, funcional. A queiloplastia consiste na cirurgia reconstrutora da fissura labial, e a palatoplastia na reconstrução da fissura palatina⁽¹⁾.

As crianças submetidas à queiloplastia e à palatoplastia devem receber alta hospitalar quando seus cuidados estiverem aptos aos cuidados inerentes à cirurgia. Isso porque o sucesso terapêutico está relacionado diretamente a uma assistência de Enfermagem eficaz⁽²⁾. O processo de ensino-aprendizagem deve ocorrer de forma sistemática, uma vez que a alta hospitalar acontece em aproximadamente 24 horas após o procedimento cirúrgico⁽³⁾.

Além das implicações inerentes ao procedimento cirúrgico, o pós-operatório constitui o momento propício para que a Enfermagem promova a capacitação do cuidador a respeito dos cuidados relacionados à cirurgia, visando à manutenção dos mesmos após a alta hospitalar, incluindo a prevenção de sangramento, o controle da dor, a alimentação e hidratação, a restrição física e os cuidados com a ferida operatória.

O enfermeiro é responsável por orientar e dirimir dúvidas pertinentes aos cuidados, proporcionando maior tranquilidade e segurança, propondo uma assistência holística e humanizada, e envolvendo não somente o paciente, mas sua família⁽³⁻⁴⁾.

A promoção da capacitação dos cuidadores referente aos cuidados pós-operatórios deve ser iniciada no período pré-operatório, pois os esclarecimentos relacionados às cirurgias, além da função de ensino, contribuem para minimizar a ansiedade dos cuidadores, que, geralmente, enfrentam elevado nível de estresse físico e psicológico, facilitando, assim, o enfrentamento situacional⁽³⁾. Dessa forma, o enfermeiro torna-se imprescindível em todas as fases do processo de reabilitação da criança com fissura labiopalatina, atuando na capacitação de pacientes e/ou cuidadores.

É essencial promover um diagnóstico situacional sobre as dúvidas dos cuidadores acerca dos cuidados que compreendem o pós-operatório, pois, assim, é possível planejar e implementar ações educativas, visando minimizar complicações, favorecer o processo de reabilitação e minimizar custos ao sistema de saúde.

Questiona-se, portanto: quais as principais dúvidas dos cuidadores de crianças com fissura labiopalatina em relação aos cuidados pós-operatórios das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia? A escassez de publicações relacionadas a essa temática evidencia a relevância deste estudo.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar as principais dúvidas dos cuidadores de crianças com

fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado em um hospital de referência, entre os meses de setembro a novembro de 2012. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital, por meio do ofício 109.093, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e formalizaram sua participação com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A população foi composta por cuidadores, que acompanhavam crianças com fissuras labiopalatinas submetidas à queiloplastia e à palatoplastia. A amostragem foi do tipo intencional e constou de 50 cuidadores selecionados consecutivamente, sendo 25 cuidadores de crianças submetidas à queiloplastia e 25 crianças submetidas à palatoplastia, independentemente de idade, sexo e nível socioeconômico. A amostra correspondeu ao número de cuidadores informais no período estipulado para a coleta de dados. Foram excluídos os cuidadores de crianças com comprometimento neuropsicomotor, síndromes genéticas e outras malformações ou comorbidades, por necessitarem de outros cuidados especiais.

A coleta de dados ocorreu durante a consulta de Enfermagem pré-operatória. Durante essa consulta, o enfermeiro abordou os aspectos relacionados ao preparo do paciente para o procedimento cirúrgico, incluindo a conferência de jejum, estado geral do paciente, intercorrências nas últimas 24 horas, patologias pregressas, medicamentos em uso, necessidade de avaliação médica, expectativas sobre o procedimento cirúrgico e as principais dúvidas relacionadas ao período pós-operatório.

Para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista estruturada. As dúvidas foram descritas em impresso elaborado pelos pesquisadores e, posteriormente, categorizadas segundo a similaridade. A coleta de dados foi realizada exclusivamente pelos pesquisadores, a fim de evitar vieses. Os participantes foram caracterizados segundo o grau familiar, idade, escolaridade, estado civil e classificação socioeconômica. A análise de possíveis correlações entre as dúvidas e as variáveis encontradas não foram consideradas neste estudo, pelo fato, por exemplo, das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia serem primárias, ou seja, os cuidadores não possuíam experiência prévia.

Para a estratificação dos resultados, os dados foram analisados por meio da estatística descritiva (frequência relativa e absoluta).

RESULTADOS

A idade média dos entrevistados foi de 23 anos ($\pm 1,8$), 43% ($n=23$) deles afirmaram ter concluído o Ensino Médio e houve predomínio da classe socioeconômica baixa

(62%, n=31). Quanto ao estado civil, predominou a união consensual estável (68%, n=34). Em relação ao grau familiar dos cuidadores, 90% (n=45) eram as mães.

As dúvidas dos cuidadores sobre o pós-operatório das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia relacionaram-se aos seguintes itens: consistência dos alimentos, utensílios utilizados para a administração da alimentação, alimentos a serem ofertados, técnica de limpeza da ferida operatória, realização da higiene oral, utilização de antissépticos bucais, tempo para remoção dos pontos cirúrgicos, exposição ao sol, imobilização dos membros superiores, sinais e sintomas de dor, analgésicos a serem utilizados e reconhecimento de sangramento atípico.

As dúvidas foram categorizadas segundo sua similaridade (Tabela 1). Observa-se que, em ambas as cirurgias, queiloplastia e palatoplastia, prevaleceram as dúvidas sobre a alimentação (96 e 100%, respectivamente).

Tabela 1 - Distribuição das dúvidas dos cuidadores sobre os cuidados pós-operatórios nas cirurgias de queiloplastia e palatoplastia - Bauru, SP, 2012

Variáveis	Queiloplastia	Palatoplastia
Alimentação	96%	100%
Higienização	88%	92%
Cicatrização	88%	-
Infecção	72%	52%
Sangramento	-	76%
Dor	60%	84%

DISCUSSÃO

A capacitação dos cuidadores de crianças com fissura labiopalatina constitui um desafio para a equipe de Enfermagem, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados influi diretamente no processo reabilitador⁽⁵⁻⁶⁾. Assim, tem sido enfatizada a necessidade de se desenvolver programas de cuidados de Enfermagem sistematizados, com o objetivo de atender aos padrões internacionais de segurança do paciente e alcançar a eficiência nos resultados⁽⁷⁾.

O enfermeiro deve identificar as lacunas de conhecimento e propor intervenções que minimizem ou sanem as dúvidas e receios dos cuidadores. A realização da queiloplastia e/ou da palatoplastia implica a necessidade de cuidados específicos, além de representar um momento de estresse elevado, tanto para a criança submetida à cirurgia, como para seus cuidadores⁽²⁾.

A dúvida que prevaleceu em relação aos cuidados pós-operatórios da queiloplastia e palatoplastia relacionou-se à alimentação, incluindo os alimentos a serem ofertados, sua consistência e o método de administração. A preocupação com a alimentação da criança com fissura labiopalatina está presente desde o nascimento, devido ao comprometimento da cavidade oral⁽⁸⁻⁹⁾.

A adequada aceitação alimentar interfere de forma significativa no processo de recuperação pós-operatória, estando relacionada inclusive ao processo de cicatrização e prevenção de infecções⁽¹⁰⁾.

A alimentação deve ser administrada assim que a criança apresentar-se desperta do processo anestésico-cirúrgico, quando deve haver a certificação sobre a ausência de complicações pós-operatórias. Nesse momento, a alimentação deve ser líquida e fria; deve também ser preparada com alimentos em conformidade com a idade da criança; incluir frutas batidas com leite, água ou suco, vitaminas e sopas; e ser oferecida no copo ou colher⁽³⁾.

Embora a alimentação após a queiloplastia utilizando a mamadeira seja amplamente aceita, seu uso após a palatoplastia é contraditório, por ser o procedimento cirúrgico mais invasivo entre as cirurgias primárias. A criança pode não aceitar a alimentação por meio da mamadeira de maneira satisfatória, o que acarreta maior perda ponderal⁽¹¹⁻¹²⁾.

Evitam-se, além da mamadeira, utensílios que necessitam de sucção, como bicos, chupetas e canudos, com a finalidade de não ferir o local cirúrgico. Nesse contexto, o copo e a colher representam alternativas bastante viáveis, por apresentarem baixo custo, facilidade no manuseio e na higienização. Um estudo⁽³⁾ comparou a aceitação alimentar de crianças em pós-operatório imediato de palatoplastia utilizando copo e colher, e evidenciou que, naquelas alimentadas com colher, o volume aceito foi maior, em menor tempo, com menos episódios de tosse e engasgos associados, e com menor perda do alimento pela comissura labial.

Estudo realizado com o objetivo de identificar as práticas alimentares entre crianças com fissura de lábio e palato em diferentes faixas etárias concluiu que a alimentação por colher foi o método de alimentação mais comumente encontrado⁽¹³⁾.

Outros utensílios são apontados como alternativas para a alimentação da criança em pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia, tais como seringas, sondas e conta-gotas. Estes, porém, estão em desuso, e sua utilização está associada à desinformação. O uso de sondas é contraindicado, pois os reflexos de sucção e deglutição estão preservados. Em contrapartida, outro estudo⁽¹⁴⁾ apontou que crianças alimentadas por sonda nasogástrica utilizaram menos analgésicos no pós-operatório de palatoplastia, inferindo menos dor.

Estudo comparativo a respeito da alimentação por sonda ou seringa, diretamente ao seio materno ou com mamadeira, no período pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia, não encontrou diferenças significantes, do ponto de vista nutricional, imunológico e psicológico⁽¹¹⁾. No entanto, outro estudo avaliou a alimentação de crianças submetidas à queiloplastia, comparando a alimentação direta ao seio materno e a colher, e concluiu que o peso das crianças alimentadas no seio foi maior⁽¹⁵⁾.

Embora a seringa seja apontada como método de alimentação de crianças com fissura labiopalatina, seus benefícios têm sido referidos como alternativa na alimentação apenas de recém-nascidos⁽¹⁶⁾. A utilização da seringa é contraindicada no pós-operatório devido ao risco de trauma à ferida pós-operatória e pela dificuldade de manipulação pelo cuidador⁽³⁾.

Estudo realizado com o objetivo de avaliar o estado nutricional e complicações da ferida operatória no pós-operatório de queiloplastia, em crianças alimentadas por mamadeira e colher, concluiu que, em ambos os grupos, os resultados foram positivos e similares, sugerindo a utilização da mamadeira para alimentar a criança no pós-operatório de queiloplastia⁽¹⁷⁾. Diante de inúmeras alternativas de utensílios para alimentar as crianças pós-queiloplastia e palatoplastia, é importante salientar que utensílios diferentes dos utilizados habitualmente, além de desnecessários, contribuem para aumentar o estresse da criança e do cuidador⁽³⁾.

Outra dúvida relatada pelos cuidadores relacionou-se à higienização da ferida operatória. Em ambas as cirurgias, a higiene bucal é o principal fator na prevenção de infecção. Para a queiloplastia, além da escovação dentária e de bochechos com enxaguatórios de base aquosa, é fundamental realizar a limpeza na ferida cirúrgica, antes e após as refeições, e todas as vezes que houver secreção ou restos de alimentos no local cirúrgico, utilizando cotonetes embebidos em soro fisiológico ou água filtrada⁽¹⁸⁾. Para a palatoplastia, a higienização oral é feita por meio da escovação dentária, com cuidado para não ferir a área operada, e com bochechos com antissépticos bucais após cada refeição e antes de dormir⁽¹⁹⁾. Para as crianças que não sabem fazer bochecho, são oferecidos água, chá ou suco após cada refeição⁽¹⁸⁾.

Em relação ao processo de cicatrização pós-operatória, a remoção dos pontos cirúrgicos da queiloplastia deve ser realizada conforme indicação do cirurgião, geralmente em intervalo de 7 a 10 dias, a contar da data da realização da cirurgia. Já na palatoplastia, os pontos cirúrgicos e/ou tampões caem espontaneamente, por volta do 20º ao 30º dia, não sendo necessária a retirada dos mesmos. A exposição direta ao sol deve ser evitada por seis meses após a cirurgia, por interferir no processo de cicatrização. A utilização de protetores solares está indicada.

Quanto à prevenção de infecção, além da necessidade de se intensificarem a higiene oral e a antibioticoterapia profilática no trans e pós-operatório imediato, o cuidador deve se atentar aos sinais clássicos de infecção, incluindo presença de secreção, odor, deiscência e febre⁽¹⁾.

Outro questionamento referiu-se ao controle da dor pós-operatória. A dor é uma das complicações mais frequentes no pós-operatório imediato de queiloplastia e palatoplastia, devendo-se atentar aos sinais e sintomas sugestivos, incluindo expressão facial (careta), postura (guarda) e focalização (choro ou gemido)⁽¹⁾. A queiloplastia

normalmente ocorre antes dos 12 meses de idade, faixa etária em que a resposta verbal é prejudicada. Analgésicos devem ser administrados nas primeiras 24 horas após a cirurgia e, após esse período, conforme a necessidade. Uma atenção especial deve ser dada aos analgésicos que induzam à depressão respiratória.

O controle de sangramento foi outro fator preocupante referido pelos cuidadores. As regiões anatômicas para a realização da queiloplastia e palatoplastia são altamente vascularizadas, e o risco de sangramento está sempre presente. Frequentemente, associa-se o sangramento a eventos traumáticos, geralmente ocasionados por brincadeiras com objetos pontiagudos, bater contra as grades do berço ou até mesmo no ombro do cuidador. Em casos extremos, é necessária a revisão de hemostasia.

A utilização de braceletes para contenção dos membros superiores é recomendada, principalmente durante o sono, quando a criança, voluntariamente ou não, leva a mão à boca, podendo ocorrer um evento traumático no local cirúrgico e ocasionar uma hemorragia. Diante dessa situação, é de extrema importância orientar os cuidadores a procurarem serviço médico de imediato, em razão das repercussões hemodinâmicas relacionadas ao sangramento.

Dessa forma, fica evidente a importância da orientação de Enfermagem, bem como o desenvolvimento de estratégias para essa finalidade, a fim de promover o cuidado e prevenir e/ou minimizar intercorrências relacionadas ao pós-operatório. A utilização de novas ferramentas, incluindo, por exemplo, vídeos educativos e outros materiais didáticos, como cartilhas e panfletos, têm sido proposta, para auxiliar na promoção da capacitação dos cuidadores. No entanto, os resultados estão diretamente relacionados à qualidade dos materiais, devendo ser desenvolvidos por profissionais com elevada experiência⁽²⁰⁾.

É consenso que as cirurgias corretivas das fissuras labiopalatinas sejam realizadas em centros multidisciplinares. Estudo realizado com o objetivo de avaliar instituições que prestam assistência para pacientes com fissura de lábio e palato, quanto à conformidade das recomendações de um órgão competente, concluiu que, na última década, houve uma centralização dos serviços, porém não foi possível avaliar a eficácia em relação a melhores resultados⁽²¹⁾. Entretanto, nacionalmente, evidencia-se uma tendência à descentralização. Nesse contexto, enfatiza-se a necessidade de maior propagação a respeito dos cuidados pós-operatórios entre os profissionais de saúde, pois, ao receberem alta hospitalar, os pacientes e familiares voltam às suas origens, muitas vezes sem respaldo em suas comunidades, por desconhecimento, enfrentando dificuldades relacionadas às intercorrências pós-operatórias.

Estudo realizado com o objetivo de definir estratégias relacionadas à capacitação de cuidadores sobre os cuidados pós-operatórios nas cirurgias de queiloplastia e palatoplastia concluiu que a visita domiciliar foi eficaz

para essa finalidade, recomendando sua utilização. Concluíram, ainda, que as famílias se sentiram respaldadas e satisfeitas, além de referirem maior segurança para realizar os cuidados pós-operatórios⁽²²⁾.

É conveniente pontuar que a coleta de dados durante a consulta pré-operatória pode ser considerada um fator limitante neste estudo, uma vez que o elevado nível de estresse, comum aos cuidadores nesse período, pôde, de alguma forma, ter influenciado os resultados.

Alguns serviços estão disponíveis em nossa instituição, como, por exemplo, o esclarecimento de dúvidas sobre intercorrências pós-operatórias, via telefone. O conhecimento limitado entre os profissionais de saúde acerca dos cuidados concernentes aos pacientes com fissura labiopalatina é uma realidade e um grande desafio⁽²³⁻²⁴⁾.

REFERÊNCIAS

1. Biazon J, Peniche ACG. Retrospective study of postoperative complications in primary lip and palate surgery. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):511-7.
2. Augsornwan D, Pikhunthod K, Pongpagatip S, Surakunprapha P. Nursing outcome in patients with cleft lip and palate who underwent operation: follow-up cases. *J Med Assoc Thai*. 2012;95 Suppl 11:5116-20.
3. Trettene AS, Mondini CCDS, Marques IL. Feeding children in the immediate perioperative period after palatoplasty: a comparison between techniques using a cup and a spoon. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(6):1298-1304.
4. Pradubwong S, Pongpagatip S, Volrathongchai K, Chowchuen B. The development of the nursing care system for patients with cleft lip-palate and craniofacial deformities at Tawanchai Cleft Center, Srinagarind Hospital, KhonKaen, Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2012;95 Suppl 11:555-61.
5. Nusbaum R, Grubs R, Losee JE, Weidman C, Ford MD, Marazita ML. A qualitative description of receiving a diagnosis of clefting in the prenatal or postnatal period. *J Genet Couns*. 2008;17(4):336-50.
6. Pongpagatip S, Pradubwong S, Jenwitheesuk K, Chowchuen B. Knowledge and satisfaction of caregivers of patients with cleft lip-palate at the Tawanchai Cleft Center. *Plast Surg Nurs*. 2012;32(4):165-70.
7. Riratanapong S, Sroihi W, Kotepat K, Volrathongchai K. Nursing care system development for patients with cleft lip-palate and craniofacial deformities in operating room Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2013;96(4):44-8.
8. Gil-da-Silva-Lopes VL, Xavier AC, Klein-Antunes D, Ferreira AC, Tonocchi R, Fett-Conte AC, et al. Feeding infants with cleft lip and/or palate in Brazil: suggestions to improve health policy and research. *Cleft Palate Craniofac J*. 2013;50(5):577-90.
9. Smedegarrd L, Marxen D, Moes J, Glassou EN, Sciensan C. Hospitalization, breast-milk feeding, and growth in infants with cleft palate and cleft lip and palate born in Denmark. *Cleft Palate Craniofac J*. 2008;45(6):628-32.
10. Silva EB, Rocha CMG, Lage RR. O bebê com fissura labiopalatina: intervenção interdisciplinar. In: Jesus MSV, Di Ninno CQMS, coordenadores. *Fissura labiopalatina: fundamentos para a prática fonoaudiológica*. São Paulo: Roca; 2009. p. 10-28.
11. Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg*. 1992;3(1):30-2.
12. Kim EK, Lee TJ, Chae SW. Effect of unrestricted bottle-feeding on early postoperative course after cleft palate repair. *J Craniofac Surg*. 2009;20(2):1886-8.
13. Goyal A, Jena AK, Kaur M. Nature of feeding practices among children with cleft lip and palate. *J Indian Soc PedodPrev Dent*. 2012;30(1):47-50.
14. Kent R, Martin V. Nasogastric feeding for infants who have undergone palatoplasty for a cleft palate. *Paediatr Nurs*. 2009;21(10):24-9.
15. Darzi MA, Chowdri NA, Bhat AN. Breast feeding or spoon feeding after cleft lip repair: a prospective. *Br J Plast Surg*. 1996;49(1):24-6.
16. Ize-Iyamu IN, Saheeb BD. Feeding intervention in cleft lip and palate babies: a practical approach to feeding efficiency and weight gain. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011;40(9):916-9.
17. Assunção AG, Pinto MA, Peres SP, Tristão MT. Immediate postoperative evaluation of the surgical wound and nutritional evolution after cheiloplasty. *Cleft Palate Craniofac J*. 2005;42(4):434-8.

CONCLUSÃO

Acreditamos que o presente estudo contribuiu ao identificar as principais dúvidas dos cuidadores sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia, tornando possíveis o planejamento e a implementação de uma assistência de Enfermagem voltada às necessidades da clientela. As dúvidas que prevaleceram se relacionaram à alimentação e aos cuidados com a ferida operatória. Fica, portanto, evidente a importância da atuação do enfermeiro como promotor do cuidado, bem como da utilização do pré e pós-operatório para capacitar os cuidadores para a manutenção dos cuidados após a alta hospitalar. Somam-se a isso, ainda, a necessidade de elaborar materiais educativos eficazes e de desenvolver estratégias de monitoramento pós-operatório.

-
18. Ribeiro EM, Moreira ASC. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2005;18(1):31-40.
 19. Franco D, Eyler AD. Cirurgia de fissurados: detalhes que facilitam. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2003;18(1):55-69.
 20. Augsornwan D, Pattangtanang P, Pikhunthod K. Nursing care system development for patients with cleft lip-palate and craniofacial deformities in Srinagarind Hospital: pre-post operation. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(6):114-7.
 21. Scott JK, Leary SD, Ness AR, Sandy JR, Persson M, Kilpatrick N, et al. Centralization of services for children born with orofacial clefts in the United Kingdom: a cross-sectional survey. *Cleft Palate Craniofac J*. 2014;51(5):e102-9.
 22. Augsornwan D, Pradubwong S, Prathumwiwattana P, Sucontaman D, Surakunprapha P. Home visit patients and family with cleft lip and palate. *J Med Assoc Thai*. 2011;94 Suppl 6:S109-13.
 23. Vanz AP, Ribeiro NR. Listening to the mothers of individuals with oral fissures. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):596-602.
 24. Britton KF, McDonald SH, Welbury RR. An investigation into infant feeding in children born with a cleft lip and/or palate in the West of Scotland. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2011;12(5):250-5.