

HRJ

v.3 n.14 (2022)

Recebido: 05/11/2021

Aceito: 02/12/2021

Sistematização da assistência de enfermagem aplicada aos pacientes portadores de fissuras labiopalatinas

Sara de França Mendes¹

Raniele Barros de Oliveira²

Liliane Rodrigues Rios³

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes⁴

Amanda Stefany Silva Ramos⁵

Bruno Leonardo Soares Nery⁶

Edna Gonçalves dos Santos⁷

Fabio Tomaz Da Silva Leite⁸

Hysnara Gomes Lima de Lucena⁹

Frederico Bacelar Mourão¹⁰

Jardel Franco e Silva Anchieta¹¹

¹Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

²Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

³Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁴Enfermeira Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁵Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁶Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁷Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁸Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁹Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

¹⁰Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

¹¹Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

RESUMO

Estudo analítico observacional transversal, no qual foram estudadas as práticas de assistência de enfermagem perioperatória especificamente aplicadas aos pacientes com fissuras labiopalatinas, realizadas no hospital de referência para diagnóstico e tratamento deste agravo de saúde do Distrito Federal – Brasil. Foram coletados dados referentes a pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos para a correção destas fissuras no período de junho a outubro de 2017 e realizado um emparelhamento artificial para comparação com pacientes operados no mesmo período do ano do ano anterior. Os dados foram divididos nas fases que constituem o perioperatório para que fossem identificadas as estratégias ideais para realizar a sistematização do cuidado desse grupo de pacientes. Assim, pode-se perceber que ao aplicar o cuidado baseado nas evidências científicas obteve-se como resultado uma taxa de complicações menor, otimização do tratamento e recuperação dos pacientes e a melhoria da utilização de recursos materiais e humanos.

Palavras-chave: Fissura labial; Fissura palatina; Enfermagem perioperatória; Plano de assistência de enfermagem; Enfermagem de centro cirúrgico.

Systematization of nursing care applied to patients with cleft lip and palate

ABSTRACT

Cross-sectional study in which were studied the perioperative nursing care practices specific apply to patients with cleft lips and palate, realized on the reference hospital to diagnosis and treatment of this grievance of health on Federal District – Brazil. It was collected data referring to patients that were submitted to surgical procedures to correct this clefts on the period of June to October of 2017 and it was realized an artificial pairing to compare with patients operated on the same period of the year before. The data were divided on the three phases that constitute the perioperative to identify the ideal strategies to realize the care systematization of this patients group. Therefore, it's possible to note that if apply the care based on the scientific evidences it was obtained as result a lower rate of complications, an optimization of the treatment and recovery of the patients and the improvement of the utilization from the material and human resources.

Keywords : Cleft lip; Cleft palate; Perioperative nursing; Patient Care Planning; Operating Room Nursing.

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas podem ser compreendidas como um grupo de malformações, sendo caracterizadas como as fissuras labiais com ou sem fissura palatina e as fissuras palatinas. Esta deformidade acomete o terço médio da face e acontece devido a uma sequência de alterações durante o desenvolvimento ou a maturação dos processos embrionários que ocorrem durante a sexta e a oitava semanas gestacionais. Neste período, nos fissurados, acontece a falta ou insuficiência de fusão dos processos nasais com os maxilares ou entre os mesmos. Sua etiologia é complexa e multifatorial, pois envolve fatores tanto genéticos como ambientais, além dos teratogênicos, que são relevantes no desenvolvimento embrionário humano¹. No mundo, todos os anos, nasce aproximadamente uma criança com fissura labial e/ou palatina para cada 500-700 nascimentos,

sendo que esta proporção pode variar de acordo com as áreas geográficas e grupos étnicos. Estima-se que 80% das fissuras orofaciais sejam não sindrômicas e de origem multifatorial, o que significa dizer que esta alteração pode ter sido decorrente de alterações genéticas ou ambientais, fato bastante relevante para definir estratégias para a sua prevenção².

Em relação ao Brasil, dados públicos revelam que a taxa de incidência brasileira é de um fissurado para cada 650 nascimentos. Tendo em vista a grande problemática representada pelas lesões labiopalatais, o Ministério da Saúde regulamentou esta área no país através da Portaria nº 62 do ano de 1994, com o objetivo de credenciar hospitais que possuam condições físicas, estruturais de equipamentos e de recursos humanos para prestar atendimentos clínico, cirúrgico e de reabilitação adequados com qualidade aos pacientes acometidos por esta deformidade³.

As fissuras labiopalatinas representam uma grande variedade clínica que envolve múltiplos graus de gravidade de fissuras além da possível associação com síndromes e defeitos congênitos. Tal fato faz com que este agravo de saúde requeira diferentes protocolos de tratamento já que sua reabilitação é longa e no geral requer cuidados clínicos e cirúrgicos específicos⁴.

Se o tratamento oferecido não for adequado, o paciente acometido por esta malformação pode apresentar desordens que irão afetá-lo como indivíduo, mas que também irão atingir sua família e a sociedade. Nesta perspectiva, o enfermeiro como integrante da equipe cirúrgica que atende esta clientela, deve aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) como instrumento para realizar o registro completo descrevendo toda avaliação clínica e assistência de enfermagem prestada durante o período perioperatório, O correto desenvolvimento e aplicação da SAEP reafirma a importância da presença do profissional de enfermagem durante o processo cirúrgico. Além disso, a mesma deve ser documentada no prontuário do paciente seguindo os preceitos teóricos da enfermagem⁵. Portanto, a realização deste estudo é justificada pela alta incidência das fissuras labiopalatinas, o que requer que estudos sejam realizados neste tipo de

agravo de saúde visando o entendimento do seu comportamento nas populações e a determinação de fatores de prevenção. Cabe ainda salientar a alta incidência destes casos no Brasil, país em que os determinantes sociais interferem para que a intervenção cirúrgica não seja realizada no momento adequado, levando ao aumento brusco do número de pacientes que necessitam de intervenção cirúrgica para tratar as fissuras. Assim, existe a necessidade de estudos das equipes multiprofissionais que atuam neste processo de modo que se possam estabelecer novas diretrizes para o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de fissuras, além do estabelecimento de uma sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, com base nas melhores evidências científicas.

O objetivo deste artigo foi conhecer as necessidades da clientela atendida no hospital de referência para o tratamento clínico-cirúrgico de portadores de fissuras labiopalatinas do centro-oeste brasileiro e propor uma sistematização da assistência de enfermagem perioperatória específica para esses pacientes.

METODOLOGIA

O método aplicado neste estudo foi delineamento analítico observacional transversal, no qual foram estudadas as práticas de assistência de enfermagem perioperatória especificamente aplicadas aos pacientes com fissuras labiopalatinas. O campo de estudo foi o hospital de referência para o tratamento deste agravo de saúde localizado em Brasília – Distrito Federal.

A população amostral foi composta por sujeitos com fissuras labiopalatais atendidos pelo centro cirúrgico do hospital referência. Participaram da amostra, pacientes que apresentaram fissuras labiais e/ou palatinas e que foram submetidos ao tratamento cirúrgico no hospital onde houve a coleta de dados, independente de gênero, raça, ou faixa etária, classificando-se a amostra por conveniência. Foram coletados dados referentes a 50 pacientes que foram avaliados em três momentos correspondentes a cada fase do perioperatório: pré-operatório, intraoperatório e pós-

operatório. Para efeito de comparação, foi criado um grupo controle com dados de pacientes atendidos em 2016, que possuíam as mesmas características sociais e demográficas, formando-se assim um emparelhamento artificial. Os dados dos pacientes de 2016 foram pesquisados e coletados no prontuário eletrônico do paciente do hospital e nos relatórios e listas arquivadas pela especialidade cirúrgica que atende esta demanda.

Como critérios de inclusão, foram admitidos os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico no hospital onde foi realizada a coleta de dados e que precisaram de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades específicas para esta patologia. Os critérios de exclusão abrangem os pacientes que não se enquadrarem nos critérios acima especificados.

Os procedimentos consistiram na análise quantitativa dos questionários aplicados no período perioperatório em comparação com os mesmos aspectos no grupo controle. Para tanto, os pacientes foram avaliados nos três momentos que constituem o perioperatório, a saber: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Foram identificados os cuidados de enfermagem e as características populacionais destes pacientes específicos de cada fase para que sejam identificadas as estratégias ideais para realizar a sistematização do cuidado assistencial desse grupo de pacientes.

O estudo foi submetido para análise e aprovado por comitê de ética em pesquisa científica vinculado ao hospital onde o estudo foi realizado e teve sua coleta de dados iniciada somente após autorização expressa do referido comitê. Os pacientes e seus responsáveis legais foram questionados sobre o interesse em participar desta pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) redigido especialmente em linguagem didática para facilitar o entendimento, por se tratar de grande parte da população de estudo ser representada por crianças em fase de alfabetização⁶.

RESULTADOS

Anualmente, um número aproximado de 150 jovens e adultos se submetem a procedimentos cirúrgicos para tratamento de fissuras labiopalatinas no hospital de referência para diagnóstico e tratamento desta patologia no Distrito Federal. Entretanto, fizeram parte desta pesquisa apenas 50 pacientes do ano de 2017 como parte do grupo experimental. Neste ano, o período de coleta de dados foi de junho a outubro de 2017.

O grupo controle foi composto por 50 pacientes que tiveram seu procedimento cirúrgico realizado no mesmo período da coleta de dados do ano anterior, ou seja, foram atendidos e tiveram seus dados registrados no prontuário eletrônico nos meses de junho a outubro do ano de 2016.

A idade dos pacientes do grupo experimental variou entre aqueles que apresentaram idade inferior a um ano de idade até pacientes com 44 anos completos. De acordo com a classificação da SOBECC segundo a idade, os pacientes foram divididos conforme tabela abaixo.

Tabela1- Quantidade de pacientes atendidos em 2017 segundo a idade

Classificação	Feminino	Masculino	Total
Lactente – até 1 ano	8	5	13
Infante – 1 a 3 anos	3	9	12
Pré-escolar – 3 a 6 anos	5	2	7
Escolar – 6 a 11 anos	1	0	1
Adolescente – 11 a 18 anos	2	4	6
Adulto – Acima de 18 anos	7	4	11
Total	26	24	50

No ano de 2017, prevaleceu o atendimento aos lactentes e no ano anterior a maior parte dos atendimentos no período foi de infantes, conforme citado nas tabelas 1 e 2.

Tabela 2- Quantidade de pacientes atendidos em 2016 segundo a idade

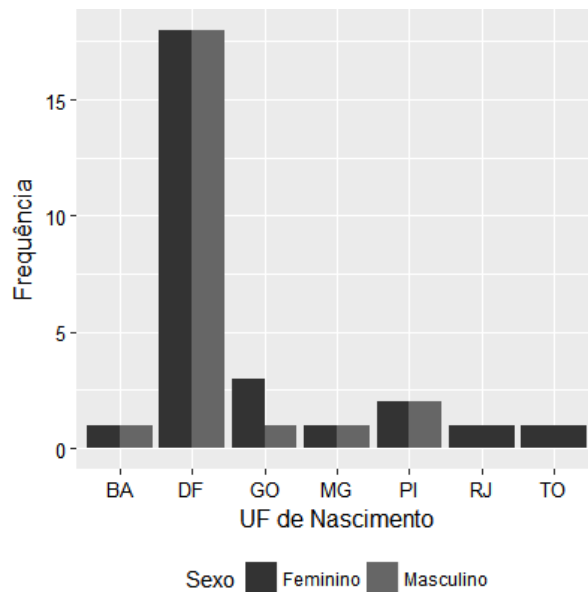
Classificação	Feminino	Masculino	Total
Lactente – até 1 ano	0	0	0
Infante – 1 a 3 anos	10	9	19
Pré-escolar – 3 a 6 anos	6	6	12
Escolar – 6 a 11 anos	1	3	4
Adolescente – 11 a 18 anos	2	3	5
Adulto – Acima de 18 anos	5	5	10
Total	24	26	50

A procedência dos pacientes é variável, sendo a maior parte da população atendida nos anos de 2016 e 2017 sendo oriunda da própria região do Distrito Federal, conforme tabela 3 e gráfico 1.

Tabela 3 - Unidade Federativa de nascimento dos pacientes por sexo de 2017

UF	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
BA	1	3.70%	1	4.35%	2	4.00%
DF	18	66.67%	18	78.26%	36	72.00%
GO	3	11.11%	1	4.35%	4	8.00%
MG	1	3.70%	1	4.35%	2	4.00%
PI	2	7.41%	2	8.70%	4	8.00%
RJ	1	3.70%	0	0.00%	1	2.00%
TO	1	3.70%	0	0.00%	1	2.00%
Total	27	100.00%	23	100.00%	50	100.00%

Gráfico 1 - Unidade Federativa de nascimento dos pacientes por sexo de 2017



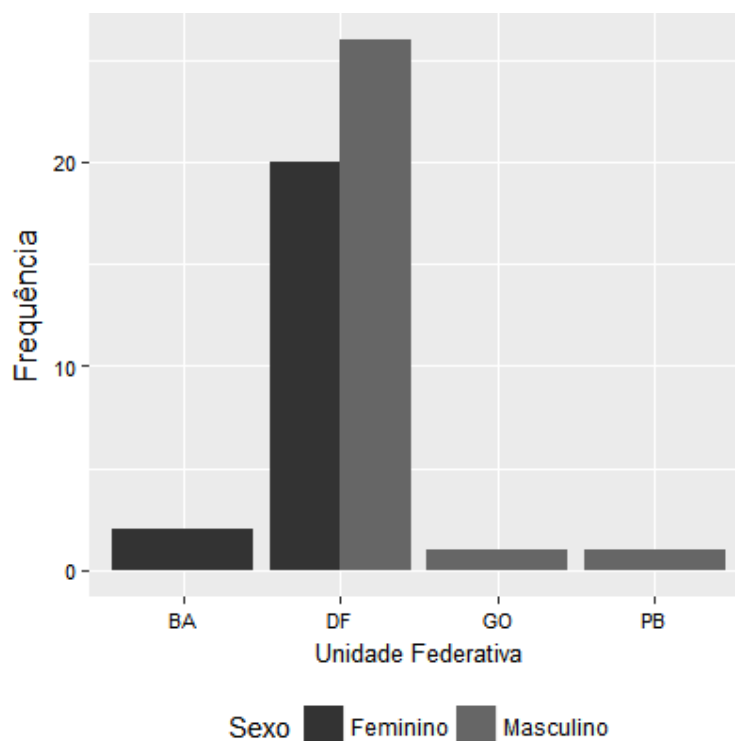
Nota-se, analisando a tabela 3 e o gráfico 1, que em 2017 a maioria dos pacientes nasceu no Distrito Federal, representando 72% do total de pacientes, seguido do Estado de Goiás como a segunda Unidade Federativa com maior número de pacientes do sexo feminino e do Piauí com o maior número de pacientes do sexo masculino.

No ano anterior, em 2016, a quantidade de pacientes atendidos do Distrito Federal foi superior, representando 92% do total de pacientes. No sexo masculino, 7,4% dos pacientes não nasceram no DF. Já no sexo feminino, este valor é de 9,09%. Tabela 4 e gráfico 2.

Tabela 4 - Unidade Federativa de nascimento dos pacientes por sexo de 2016

UF	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
BA	2	9.09%	0	0.00%	2	4.00%
DF	20	90.91%	26	92.86%	46	92.00%
GO	0	0.00%	1	3.57%	1	2.00%
PB	0	0.00%	1	3.57%	1	2.00%
Total	22	100.00%	28	100.00%	50	100.00%

Gráfico 2 - Unidade Federativa de procedência dos pacientes por sexo de 2016

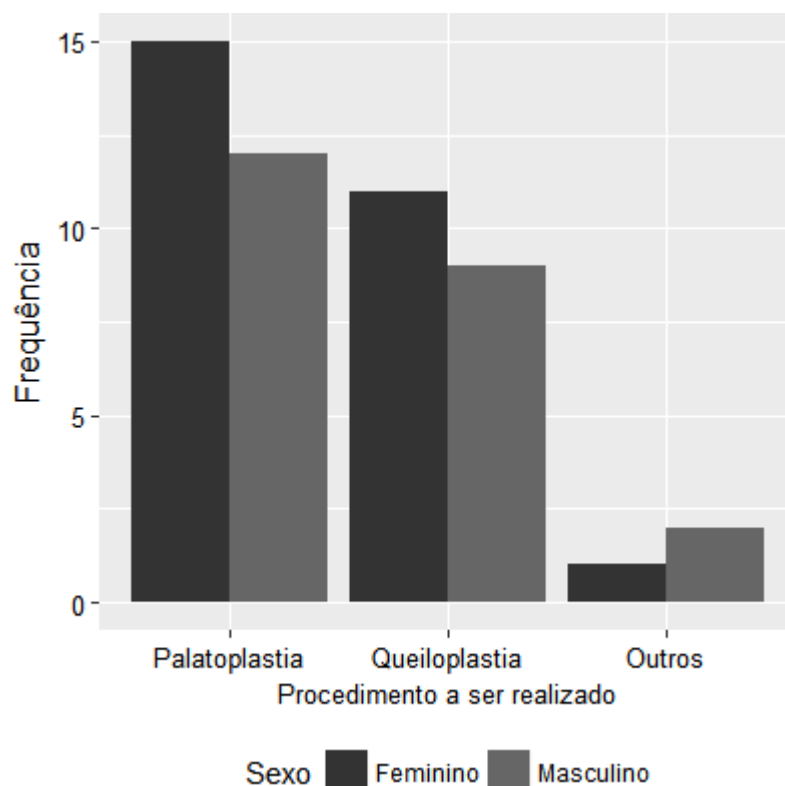


No contexto deste projeto, também se buscou analisar o perfil epidemiológico dos pacientes tratados no período explicitado e outras informações relevantes, como as patologias pregressas, o monitoramento do tempo do abridor de boca no intraoperatório, a avaliação de dor no pós-operatório, a presença de complicações anestésicas e cirúrgicas, entre outras.

Tabela 5 - Procedimento a ser realizado pelos pacientes por sexo

Procedimento	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Palatoplastia	15	55.56%	13	56.52%	28	56.00%
Queiloplastia	11	40.74%	9	39.13%	20	40.00%
Rinoplastia	1	3.70%	0	0.00%	1	2.00%
Fístula Orofacial	0	0.00%	1	4.35%	1	2.00%
Total	27	100.00%	23	100.00%	50	100.00%

Gráfico 3 - Procedimento a ser realizado pelos pacientes por sexo



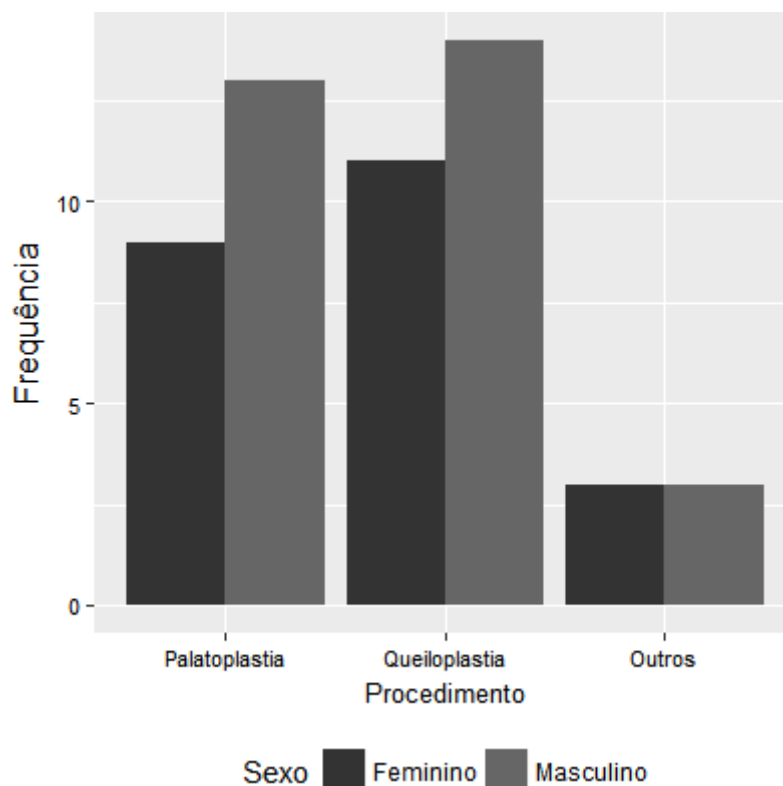
Analisando a tabela 5 e o gráfico 3, percebe-se que os procedimentos a serem realizados pelos pacientes do grupo experimental que foram mais comuns são a Palatoplastia, representando 56% dos procedimentos no geral e a Queiloplastia, representando 40%, respectivamente. Observaram-se também outros dois procedimentos: a rinoplastia e a reparação da fístula orofacial.

Em 2016 foram observados os mesmos procedimentos cirúrgicos a serem realizados como os mais prevalentes, além de poder ser observado um caso de reconstrução nasal.

Tabela 6 - Procedimento a ser realizado pelos pacientes por sexo de 2016

Procedimento	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Otoplastia	0	0.00%	1	3.33%	1	1.89%
Palatoplastia	9	39.13%	13	43.33%	22	41.51%
Queiloplastia	11	47.83%	14	46.67%	25	47.17%
Reconstrução Nasal	1	4.35%	0	0.00%	1	1.89%
Rinoplastia	2	8.70%	2	6.67%	4	7.55%
Total	23	100.00%	30	100.00%	53	100.00%

Gráfico 4 - Procedimento a ser realizado pelos pacientes por sexo de 2016



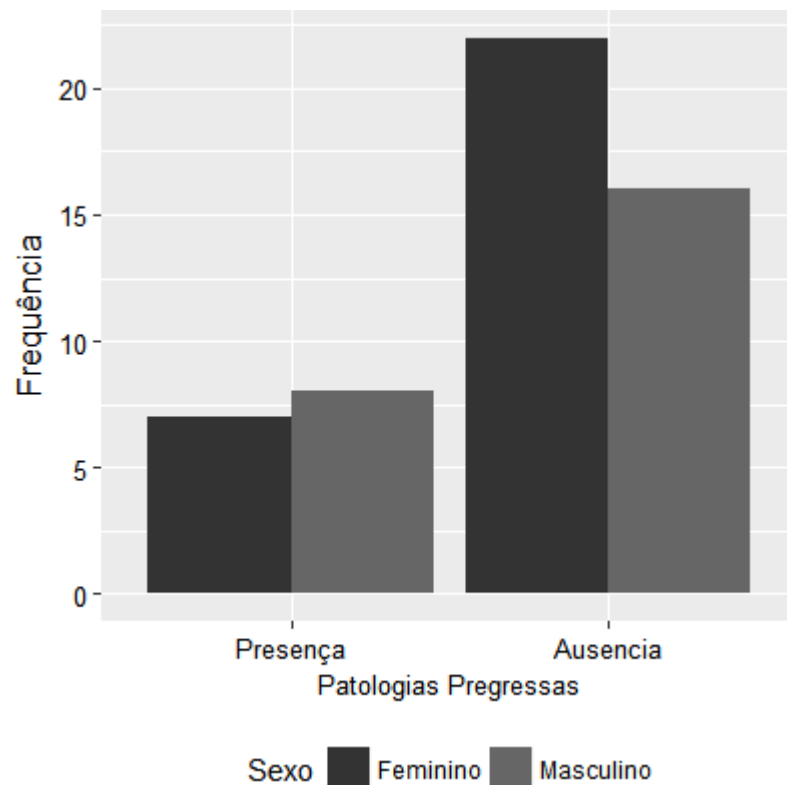
Tratando-se das patologias progressas, no grupo experimental a maior parte dos pacientes, mais especificamente, 74%, não possuíam patologias progressas identificadas. O sopro cardíaco, com duas observações no total, está presente em 3,92% dos pacientes. As demais patologias representam 1,96%. Tabela 7 e gráfico 5.

Tabela 7- Patologias progressas dos pacientes por sexo

Patologia	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Asma	0	0.00%	1	4.35%	1	1.96%
Bronquite	0	0.00%	1	4.35%	1	1.96%
Cardiopatia	1	3.57%	0	0.00%	1	1.96%
Hipospadia	0	0.00%	1	4.35%	1	1.96%
Hipotireoidismo	0	0.00%	1	4.35%	1	1.96%
Intolerância a Lactose	1	3.57%	0	0.00%	1	1.96%
Otológica	0	0.00%	1	4.35%	1	1.96%
Sopro Cardíaco	2	7.14%	0	0.00%	2	3.92%
Tabagismo	0	0.00%	1	4.35%	1	1.96%
Não identificado	22	78.57%	16	69.57%	38	74.51%
Etilismo	0	0.00%	1	4.35%	1	1.96%

Hérnia	1	3.57%	0	0.00%	1	1.96%
Rinite Alérgica	1	3.57%	0	0.00%	1	1.96%
Total	28	100.00%	23	100.00%	51	100.00%

Gráfico 5 - Patologias progressas dos pacientes por sexo de 2017



Comparando-se os dados dos grupos, obtiveram-se dados semelhantes sobre as patologias progressas, onde a maior parte dos pacientes no geral, aproximadamente 72%, não possuem as mesmas. Todavia, em 2016, a patologia diagnosticada que com mais casos presentes nos pacientes foi a bronquite, com 3 observações no total, está presente em 5,88% dos pacientes. As demais patologias representam 1,96%. Tabela 8.

Tabela 8 - Patologias progressas dos pacientes por sexo de 2016

Patologia Progressa	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Asma	0	0.00%	1	3.70%	1	1.96%
Bronquite	1	4.17%	2	7.41%	3	5.88%
Cardiopatia	1	4.17%	0	0.00%	1	1.96%
DPOC	0	0.00%	1	3.70%	1	1.96%
Epilepsia	0	0.00%	1	3.70%	1	1.96%

Hidrocefalia	1	4.17%	0	0.00%	1	1.96%
Sem Patologias Pgressas	17	70.83%	20	74.07%	37	72.55%
Sindrome De Down	0	0.00%	1	3.70%	1	1.96%
Sindrome De Patau	1	4.17%	0	0.00%	1	1.96%
Sindrome De Pierre Roubin	0	0.00%	1	3.70%	1	1.96%
Mielomeningocele	1	4.17%	0	0.00%	1	1.96%
Sindrome De Chiari	1	4.17%	0	0.00%	1	1.96%
Anus Imperfurado	1	4.17%	0	0.00%	1	1.96%
Total	24	100.00%	27	100.00%	51	100.00%

Em relação às cirurgias anteriores, em 2017, no período da coleta de dados, 19 pacientes não fizeram nenhuma cirurgia antes do procedimento, sendo 12 do sexo feminino e 7 do masculino. Dos que realizaram cirurgia anterior, temos a Queiloplastia sendo a mais comum entre os pacientes, em ambos os sexos. A Palatoplastia também aparece com uma maior frequência no sexo feminino e um pouco menos no sexo masculino. Tabela 9.

Tabela 9 - Cirurgias anteriores dos pacientes por sexo de 2017

Cirurgia	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Oftalmológica	0	0.00%	1	3.70%	1	1.61%
Hérnia	0	0.00%	1	3.70%	1	1.61%
Apendicectomia	0	0.00%	1	3.70%	1	1.61%
Otoplastia	0	0.00%	1	3.70%	1	1.61%
Palatoplastia	9	25.71%	3	11.11%	12	19.35%
Queiloplastia	11	31.43%	11	40.74%	22	35.48%
Rinoplastia	2	5.71%	0	0.00%	2	3.23%
Cardíaca	1	2.86%	0	0.00%	1	1.61%
Funduplicatura	0	0.00%	1	3.70%	1	1.61%
Gastrostomia	0	0.00%	1	3.70%	1	1.61%
Sem cirurgias	12	34.29%	7	25.93%	19	30.65%
Total	35	100.00%	27	100.00%	62	100.00%

No grupo controle a queiloplastia continua sendo a cirurgia anterior mais prevalente, embora um número mais expressivo de pacientes não tenha realizado procedimentos cirúrgicos anteriores,

ou seja, 37 pacientes não fizeram nenhuma cirurgia antes do procedimento, sendo 18 do sexo feminino e 19 do masculino. Tabela 10.

Tabela 10 - Cirurgias anteriores dos pacientes por sexo de 2016

Cirurgias anteriores	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
DVP de Média Pressão	1	4.76%	0	0.00%	1	2.17%
Palatoplastia	0	0.00%	1	4.00%	1	2.17%
Queiloplastia	2	9.52%	5	20.00%	7	15.22%
Sem Cirurgias	18	85.71%	19	76.00%	37	80.43%
Total	21	100.00%	25	100.00%	46	100.00%

Avaliando o estado físico dos pacientes que participaram da coleta de dados do ano de 2017 de acordo com a escala da ASA (American Society of Anesthesiologists), nota-se que apenas um paciente teve classificação III e o mesmo era do sexo masculino. Em ambos o sexo, a classificação mais comum foi a I, representando 86% dos pacientes no geral. Já no ano de 2016 apenas metade dos pacientes tiveram esta informação preenchida no prontuário eletrônico. Aqueles que apresentaram este dado também tiveram como maior classificação ASA I. Gráficos 6 e 7.

Gráfico 6 - Classificações ASA dos pacientes por sexo de 2017

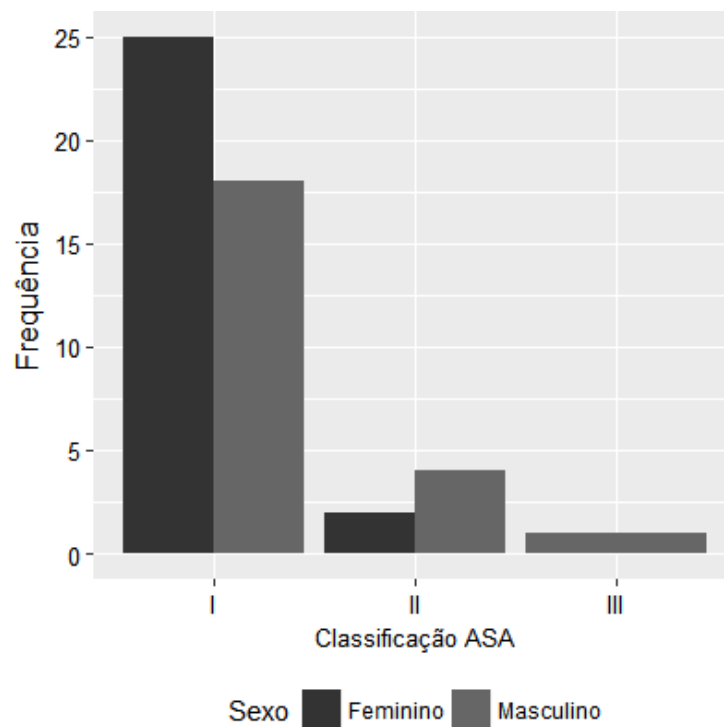
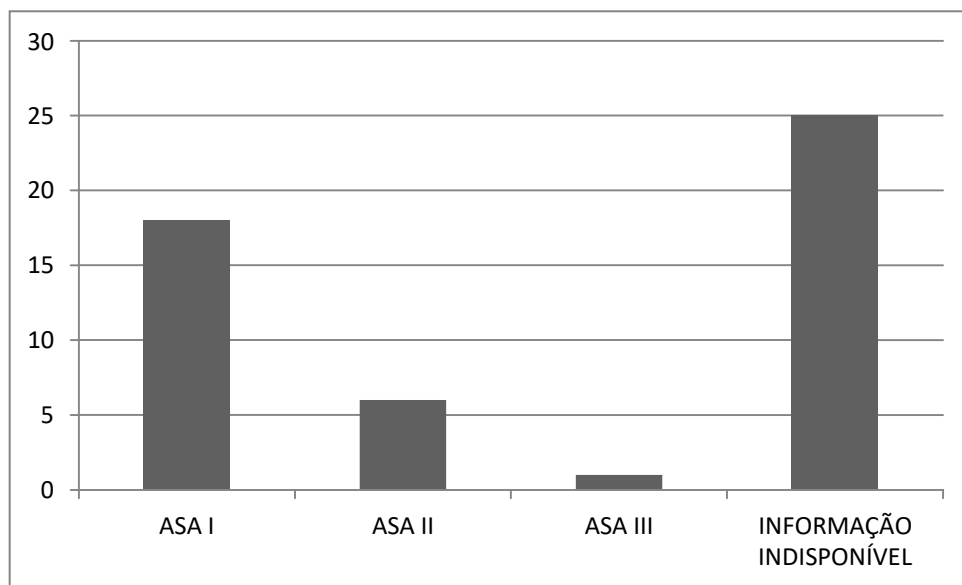


Gráfico 7 - Classificações ASA dos pacientes por sexo de 2016



A estratificação do risco cardíaco está presente em apenas dois níveis, baixo e intermediário, sendo o segundo o mais observado, representando 56% das observações em 2017 e em 2016 representando 54% das observações no geral. Gráficos 8 e 9.

Gráfico 8- Estratificação do risco cardíaco dos pacientes por sexo de 2017

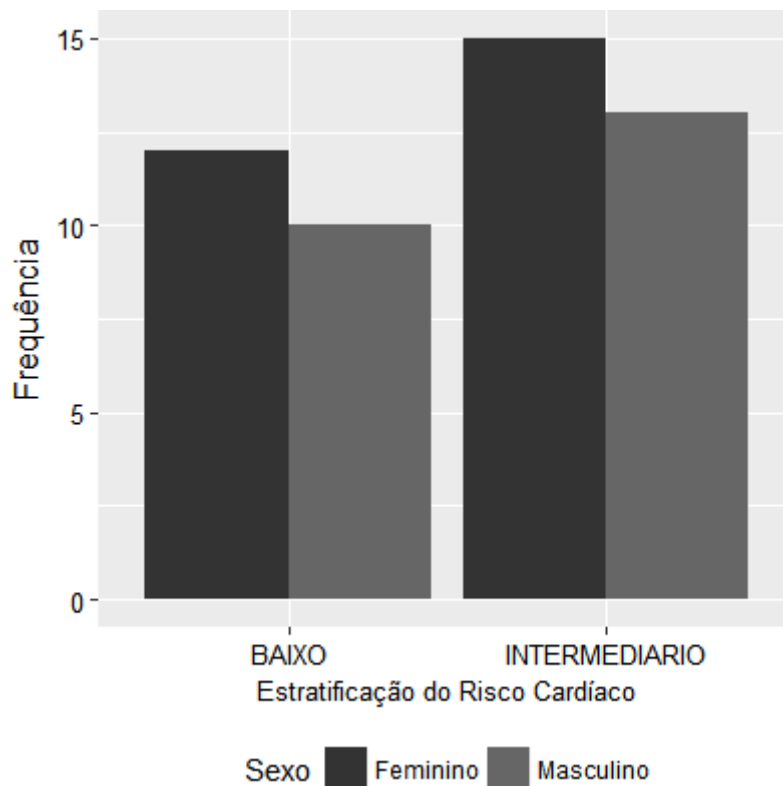
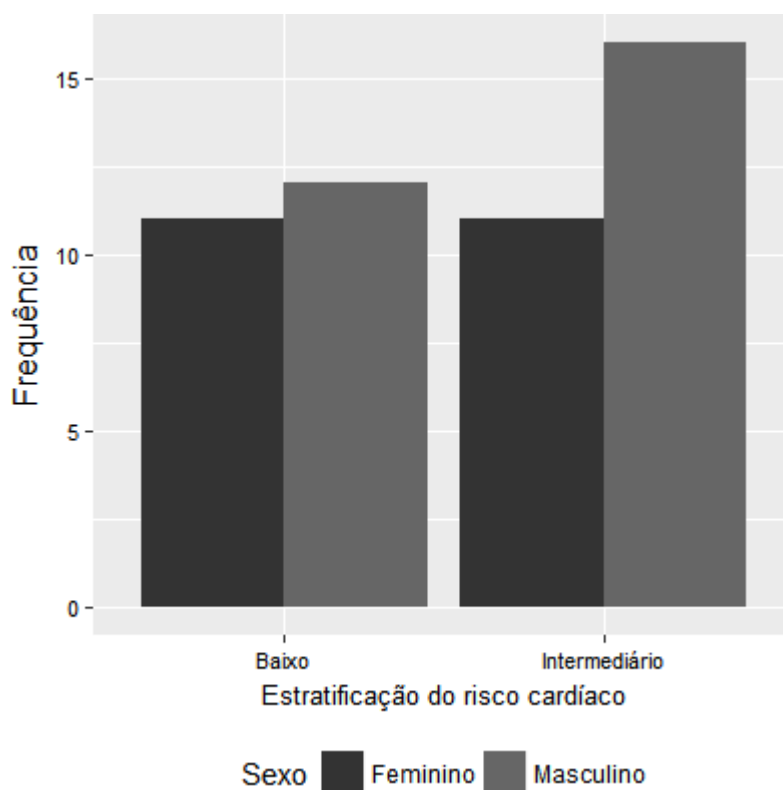


Gráfico 9 - Estratificação do risco cardíaco dos pacientes por sexo de 2016

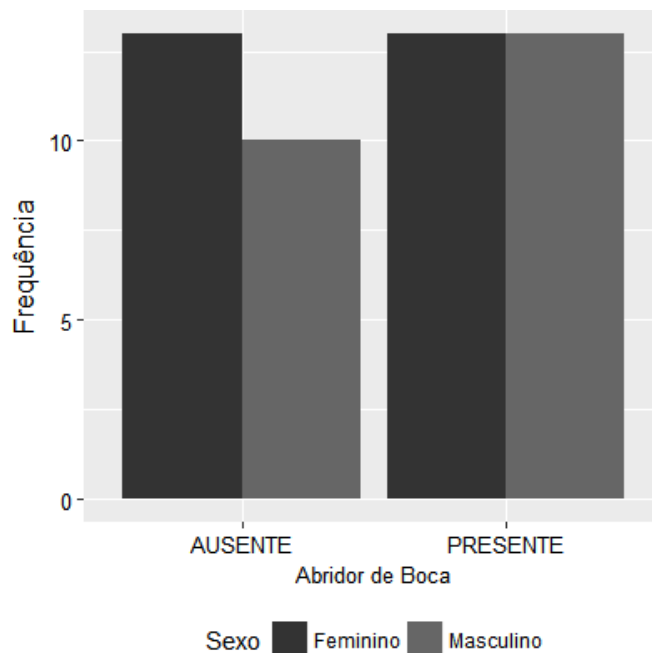


No ano de 2017 foram coletados dados referentes ao uso do abridor de boca durante o processo cirúrgico (gráfico 10). Dos 50 pacientes que participaram da pesquisa neste período, 26 pacientes tiveram que utilizar o abridor de boca. Ou seja, pelo menos metade dos pacientes precisam utilizar este instrumento no ato operatório. Também foram anotados dados referidos ao monitoramento do tempo utilizado do abridor de boca e sobre a inspeção da pele após o uso do mesmo.

Nos pacientes que o instrumento foi utilizado, a equipe monitorou criteriosamente o tempo utilizando cronômetro e permitindo seu uso somente por 20 minutos, fazendo uma pausa cada vez que este tempo era atingido para evitar complicações decorrentes de seu uso. Na realização da inspeção no final do procedimento cirúrgico todos os pacientes apresentaram pele íntegra.

Em relação ao ponto da língua, esta prática também é utilizada pela equipe para melhor manejo das possíveis complicações pós-operatórias e foi realizado em mais da metade dos pacientes. Estes dados não foram encontrados no prontuário eletrônico do paciente e, portanto, não foi possível realizar comparação entre os pacientes atendidos em 2016.

Gráfico 10 - Presença de abridor de boca nos pacientes por sexo de 2017



Em 2017, para avaliar os pacientes após o procedimento cirúrgico, foram monitoradas suas condições na sala de recuperação pós-anestésica. Dos participantes da pesquisa, 35 pacientes se encaixaram no critério de aplicação de avaliação do índice de Steward no período pós-operatório, tendo os parâmetros de vias aéreas, consciência e movimentação avaliados e registrados durante sua recuperação anestésica.

Os demais pacientes, no mesmo ano, enquanto se encontravam na recuperação pós-anestésica foram submetidos à avaliação pelo índice de Aldrete e Kroulik. Este índice é indicado para pacientes adultos e monitora a atividade muscular, respiração, circulação, consciência e saturação de oxigênio.

Na pesquisa de prontuário dos pacientes não foram encontradas anotações que se referiram ao uso específico do índice de Steward para crianças em recuperação pós-anestésica submetidas a procedimento cirúrgico no ano anterior. O monitoramento da recuperação dos pacientes é realizado fora do prontuário eletrônico seguindo parâmetros parecidos com os preconizados com o índice de Aldrete e Kroulik. Somente foram encontrados registros da aplicação do índice de Aldrete Kroulik no prontuário de 5 pacientes.

Para avaliar a dor pós-operatória foram aplicadas três escaladas diferentes segundo a idade dos pacientes conforme indicação da SOBECC, sendo elas a Escala de dor *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) para os lactentes, a Escala de dor *Modified Objective Pain Score* (MOPS) para escolares e pré-escolares de 2 a 11 anos e a escala numérica para os demais pacientes. Esta mensuração foi realizada somente nos pacientes operados em 2017 e obteve os seguintes resultados no momento da chegada à recuperação pós-anestésica. Tabela 11.

Tabela 11 - Avaliação de dor dos pacientes por sexo de 2017

Dor	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Sem dor	11	47.83%	7	31.82%	18	40.00%
Leve	2	8.70%	5	22.73%	7	15.56%
Moderada	9	39.13%	8	36.36%	17	37.78%
Intensa	1	4.35%	2	9.09%	3	6.67%
Total	23	100.00%	22	100.00%	45	100.00%

As intercorrências registradas no pós-operatório imediato nos pacientes operados em 2017 foram semelhantes às encontradas nos pacientes operados anteriormente. No geral, a maior parte dos pacientes, aproximadamente 53,06%, não apresentaram intercorrências. Dentre elas, a mais comum é a agitação e ocorre com mais frequência no sexo masculino. Em 2016, a maior parte dos pacientes, 74%, não apresentaram intercorrências. Em relação às intercorrências presentes, tem-se que a agitação ainda foi a mais comum entre os pacientes do sexo masculino. Tabelas 12 e 13.

Tabela 12 - Intercorrências dos pacientes por sexo de 2017

Intercorrência	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Agitação	5	20.83%	13	52.00%	18	36.73%
Reintubação	1	4.17%	0	0.00%	1	2.04%
Sangramento	1	4.17%	3	12.00%	4	8.16%
Sem Intercorrências	17	70.83%	9	36.00%	26	53.06%
Total	24	100.00%	25	100.00%	49	100.00%

Tabela 13- Intercorrências dos pacientes por sexo de 2016

Intercorrências	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Agitação	0	0.00%	6	23.08%	6	13.04%
Dificuldade de extubação	0	0.00%	1	3.85%	1	2.17%
Tosse	0	0.00%	1	3.85%	1	2.17%
Vômito	1	5.00%	0	0.00%	1	2.17%
Sem Intercorrências	19	95.00%	18	69.23%	37	80.43%
Total	20	100.00%	26	100.00%	46	100.00%

No pós-operatório mediato, dos 50 pacientes estudados em 2017, apenas dois apresentaram complicações cirúrgicas, sendo 1 de cada sexo e apresentando como complicação edema em palato. Apesar de 4 prontuários estarem com a informação ausente, em 2016 não houveram relatos de complicações cirúrgicas. Tratando-se das complicações anestésicas, no geral a maior parte dos pacientes não apresentou complicações pós-anestésicas, apenas cinco pacientes apresentaram complicações em 2017. Semelhante ao ano anterior, em 2016, apenas dois pacientes apresentaram complicações sendo descritas no prontuário como dificuldade respiratória. Tabela 14.

Tabela 14 - Complicações pós-anestésicas dos pacientes por sexo

Complicação	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Cefaleia	1	3.70%	0	0.00%	1	2.00%
Náuseas	0	0.00%	1	4.35%	1	2.00%
Sonolência	2	7.41%	0	0.00%	2	4.00%
Tosse	0	0.00%	1	4.35%	1	2.00%
Sem Complicações	24	88.89%	21	91.30%	45	90.00%
Total	27	100.00%	23	100.00%	50	100.00%

Sobre a alimentação, os pacientes do grupo experimental em sua maioria aceitaram bem a dieta. Apenas três pacientes do sexo feminino, 11,54%, e dois do sexo masculino, 8,70%, tiveram má aceitação. No grupo controle, os dados se assemelham e demonstram que a maior parte dos pacientes aceitou bem a alimentação. Apenas um paciente do sexo feminino, 7,69%, e dois do sexo masculino, 12,5%, tiveram má aceitação da dieta. Gráficos 11 e 12.

Gráfico 11 - Aceitação da alimentação dos pacientes por sexo de 2017

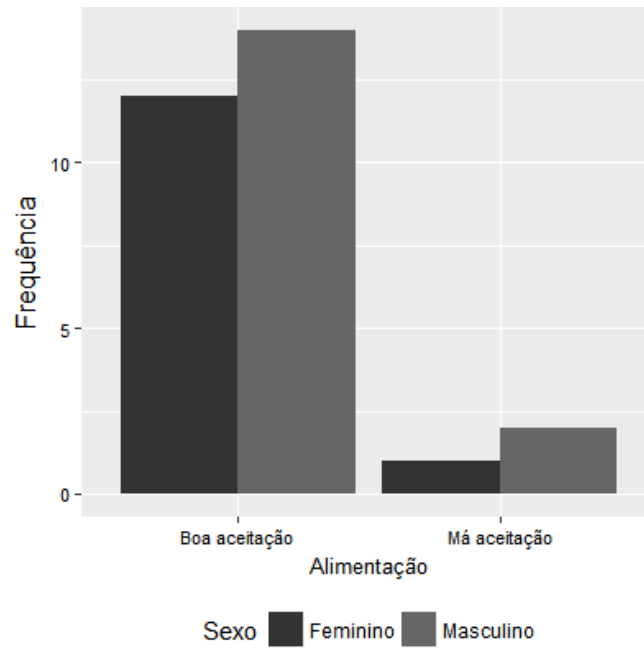
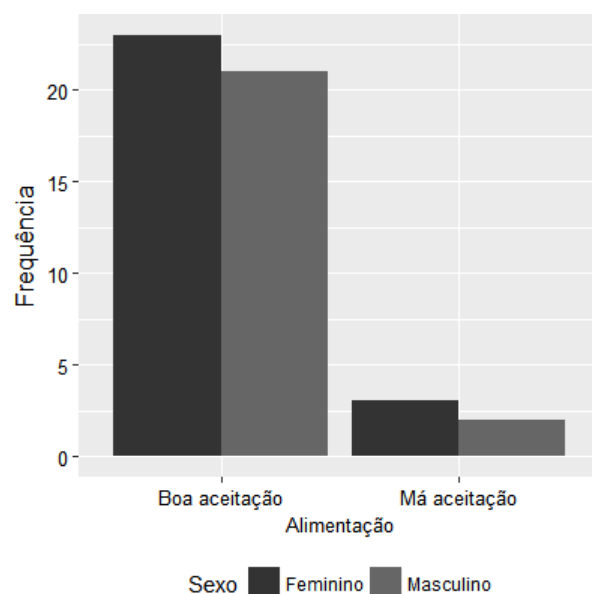


Gráfico 12 - Aceitação da alimentação dos pacientes por sexo de 2016



DISCUSSÃO

A distribuição de indivíduos portadores de fissuras labiopalatinas difere por sexo, pois tem mostrado uma prevalência maior em pessoas do sexo feminino. Dentre estes, a faixa etária dos pacientes que se submetem a procedimentos cirúrgicos para tratamento da malformação corresponde em sua maioria a crianças na fase lactente e infante. Ainda, sabe-se que a maior demanda é de pacientes da própria região, devendo-se oferecer a terapêutica adequada o quanto antes eles procurem a instituição^{8,9}.

A queiloplastia e a palatoplastia já havia sido relatada na literatura como as cirurgias mais frequentemente realizadas nas crianças, sendo esta primeira ainda mais comum que a segunda. A pequena diferença encontrada pode ocorrer devido a grande amplitude de idade da população atendida neste hospital de referência. Cabe ressaltar que existem diversas técnicas cirúrgicas para o tratamento das fissuras labiopalatinas e que os pacientes passarão provavelmente por vários tipos de procedimentos ao longo de suas vidas, sendo que coleta de dados realizada neste estudo mostra apenas um procedimento pontual ao qual um indivíduo está sendo submetido. Grandes centros de

tratamento de fissuras já adotaram protocolos que indicam a realização de queiloplastia primária idealmente dos 3 aos 6 meses de idade e a palatoplastia primária entre 12 e 18 meses¹⁰.

Tratando-se da avaliação pré-operatória, a mesma deve ser composta por coleta de história clínica, realizando-se uma anamnese com o próprio paciente e sua família para chegar a achados determinantes na estimativa do risco cirúrgico. Nesta perspectiva, em relação aos pacientes fissurados ganha destaque algoritmos de avaliação perioperatória que avaliem a doença de base, o risco do procedimento, a disponibilidade de suporte técnico e clínico, além da investigação de antecedentes anestésicos e cirúrgicos que possam prever alguma complicação potencialmente evitável¹¹.

Sobre o intraoperatório, alguns cuidados observados no grupo experimental foram adotados visando prevenir complicações pós-operatórias. O abridor de boca é utilizado nas cirurgias de palatoplastia após a anti-sepsia e colocação dos campos cirúrgicos. Deve-se haver um cuidado em relação ao seu posicionamento para evitar a extubação acidental do paciente, um pedaço de borracha precisa ser colocado entre o abaixador de língua e os dentes e o seu tempo de uso monitorado para evitar lesões e edema na região. Ainda, associado ao seu uso, é indicado realizar o ponto da língua para facilitar sua tração em caso de intercorrências que necessitem do rápido acesso as vias aéreas; o tamponamento da orofaringe e a infiltração do palato por etapas são necessários para evitar sangramento excessivo e para que o cirurgião possa aproveitar a expansão mecânica provocada pelo anestésico para facilitar o deslocamento dos retalhos¹².

No atendimento pós-operatório imediato é importante avaliar os sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular dos pacientes que passaram pelos efeitos de agentes anestésicos. A escala de Aldrete e Kroulik permite esta avaliação por meio de parâmetros de fácil verificação clínica, porém deve-se ter o cuidado de treinar a equipe para saber diferenciar o efeito da recuperação anestésica das reações normalmente apresentadas por patologias

pregressas destes pacientes. Ainda é preciso manter a equipe constantemente treinada e reforçar a importância de aplicar o índice de Steward em pacientes menores de 12 anos conforme indicado pela literatura, visto que crianças exigem equipe mais treinada e avaliação mais segura com pouca manipulação¹³.

Por fim, no pós-operatório mediato ganhou destaque, nos dados analisados, as avaliações referentes às complicações anestésicas e cirúrgicas, a presença de dor e a aceitação da dieta. Os dados encontrados neste estudo revelaram um índice de complicações menor do que aqueles relatados na literatura, ou seja, nesta proposta de sistematização da assistência de enfermagem apenas 4% dos pacientes apresentaram complicações. Outros estudos chegaram a descrever um índice de 14% de complicações em cirurgias de queiloplastia e 17% de palatoplastia. A maioria dos pacientes apresentou dor leve e boa aceitação da dieta no primeiro dia após o procedimento cirúrgico¹⁴.

CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem para um grupo específico de pacientes devem ser planejados conforme suas necessidades para que assim, conhecendo seu perfil, a implantação da sistematização da assistência de enfermagem possa gerar resultados que proporcionem a otimização do tratamento e recuperação dos pacientes, a melhoria na utilização de recursos materiais e humanos e, sobretudo, uma menor ocorrência de complicações pós-operatórias de ordem anestésicas ou cirúrgicas.

Ainda, é possível perceber que a equipe de enfermagem precisa se adaptar ao uso de algoritmos descritos por evidência científica que melhoram a qualidade da assistência perioperatória e a sistemática de trabalho. Também é preciso manter técnicos e enfermeiros atentos a sua participação na equipe multiprofissional e no registro das atividades de enfermagem, pois algumas comparações no estudo não puderam ser realizadas por falta de informações encontradas no

prontuário eletrônico do paciente, meio adotado pela instituição para realização de anotações e evoluções de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Rebouças PD, Moreira MM, Chagas MLB, Filho JFC. Prevalência de fissuras labiopalatinas em um hospital de referência do nordeste do Brasil. *Rev Bras Odontol* [periódico na Internet]. 2014 Jan-Jun [acessado 2021 Jun 08];71(1):39-41. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722014000100008
2. World Health Organization (WHO). Human Genomics in Global Health. *International Collaborative Research on Craniofacial Anomalies*. Service Delivery and Safety (SDS). Health Systems and Innovation (HIS) [Internet]. Geneva, Switzerland; 2017 [cited 2017 Mai 18]. Available from: <http://www.who.int/genomics/anomalies/en/>
3. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Fissura Labiopalatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Internet]. [acessado 2017 Mai 22]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/898-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/13-media-e-alta-complexidade/12667-cgmac-teste-botao-6>
4. Sousa GFT, Roncalli AG. Orofacial clefts in Brazil and surgical rehabilitation under the Brazilian National Health System. *Braz Oral Res* [serial on the Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 07];31(0): [about 9p.]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0023>
5. Lemos CS, Suriano MLF. Desenvolvimento de um Instrumento: Metodologia de ensino para aprimoramento da prática perioperatória. *Rev Sobecc* [periódico na Internet]. 2013 Out-Dez [acessado 2017 Dez 13];18(4):57-69. Disponível em:

http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2014/pdfs/revisao-de-leitura/Ano18_n4_out_dezet2013-8.pdf

6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. 2013 Jun 13 [acessado 2021 Jun 1]. (Seção 1):59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

7. Carvalho PHP, Machado RA, Reis SRA, Martelli DRB, Dias VO, Júnior HM. Parental age is related to the occurrence of cleft lip and palate in Brazilian populations. *Braz J Oral Sci* [serial on the Internet]. 2016 Apr Jun [cited 2018 Jan 23];15(2):167-170. doi: <http://dx.doi.org/10.20396/bjos.v15i2.8648758>

8. Dixon, MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: synthesizing genetic and environmental Influences. *Nat Rev Genet* [serial on the Internet]. 2011 Mar [cited 2018 Jan 23]; 12(3):167–178. doi: [10.1038/nrg2933](https://doi.org/10.1038/nrg2933)

9 Souza J, Raskin S. Estudo clínico e epidemiológico de fissuras orofaciais. *J Pediatría* [periódico na Internet]. 2013 [acessado 2018 Jan 23];89(2):137–144. doi: [10.1016/j.jpdp.2012.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2012.10.007)

10 Valente, AMSL, Espinosa MM, Silva NA, Luccia GCP. Características dos pacientes submetidos a cirurgias corretivas primárias de fissuras labiopalatinas. *Revista HCPA* [periódico na Internet]. 2013 [acessado 2018 Jan 24];33(1):32-39. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/37553/25668>

11 Sociedade Brasileira de Cardiologia. 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. [Internet]. 2017 Set [acessado 2018 Fev 06];109(3):(Supl 1). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n3s1/pt_0066-782X-abc-109-03-s1-0001.pdf

12 Franco D, Eyler A D. Cirurgia de Fissurados: Detalhes que Facilitam. *Rev Bras Cir Plást* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2018 Fev 06];18(1):55-69. Disponível em <http://www.rbc.org.br/details/352/cirurgia-de-fissurados--detalhes-que-facilitam>.

13 Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas *SOBECC* – 6ªed. Rev. Atual; São Paulo: Manole, 2013.

14 Biazon J, Peniche ACG. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2018 Fev 06];42(3):19-25. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033295015.pdf>