



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC

Comunicações em Eventos - HRAC

2013-08

Indicadores da qualidade da assistência de enfermagem no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 46, 2013, Bauru.

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/43679>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Cleide Carolina da Silva Demoro MONDINI; Armando dos Santos TRETTENE;
Isabel Aurélia LISBOA; Carolina Cantatore BERALDO; Lilian Regina Leandro
BERTOLINI; Márcia Toita SHINOMIA; Maria Cristina Avanzzi HERRERA
Serviço de Enfermagem HRAC-USP

O curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas tem por finalidade aprofundar os conhecimentos específicos e as habilidades técnicas no cuidado aos pacientes com fissuras Labiopalatinas e síndromes associadas. A capacitação do enfermeiro para a assistência humanizada e de alta complexidade é indispensável na equipe interdisciplinar.

A assistência de enfermagem do HRAC-USP está inserida em todas as Seções que atendem pacientes com anomalias craniofaciais; Seções de: Internação, Semi-intensiva e Intensiva, Ambulatório, Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização.

O acompanhamento dos pais e/ou cuidadores durante a internação do paciente faz parte do Programa Mãe-participante, instituído nas unidades de pediatria e na Unidade de Cuidados Semi-intensivos, compreendendo a permanência da mãe/cuidador durante a internação cirúrgica e/ou tratamento pediátrico na faixa etária de 0 a 4 anos para capacitação dos cuidadores para a manutenção dos cuidados após a alta hospitalar.

Atualmente a média de internação é de 24 a 48 horas. A preocupação com os pacientes da faixa etária entre 4 e 18 anos estimulou-nos a ampliar a permanência do cuidador. A finalidade é minimizar os efeitos negativos que uma internação hospitalar pode trazer, além de colaborar com a recuperação cirúrgica, além da promoção do autocuidado.

O atendimento sistematizado de enfermagem à gestante que dará à luz a uma criança com fissura labiopalatina e/ou anomalia craniofacial iniciou-se em 2008, em forma de projeto de pesquisa. É inevitável o impacto da família e da gestante mediante o diagnóstico ultrassonográfico de fissura labiopalatina. As principais reações emocionais da gestante e do casal/família que passa por essa situação, levam a reações emocionais como: choro, susto, ou surpresa, angústia, choque, culpa e tristeza. Esses sentimentos aparecem devido à expectativa que os pais tem em relação à idealização do filho esperado e à detecção do filho real. Desencadeia-se na gestante, então, um processo de luto devido à perda concreta da figura do filho idealizado, evidenciando os sentimentos depressivos e de pesar. Alguns diagnósticos de enfermagem nesse contexto, tornam-se a base para o planejamento e posterior implementação das ações de enfermagem. As orientações são realizadas

durante a consulta de enfermagem, visando obter resultados positivos frente à estimulação do vínculo materno-infantil, do incentivo ao aleitamento materno e do preparo para o cuidar do futuro bebê.

Constata-se que as principais reações emocionais das gestantes são: choro; susto ou surpresa; angústia, choque, culpa, e tristeza. Estudos complementam que mães podem reagir com negação da realidade, isolamento, sensação de desamparo e impotência, ambivalência, rejeição, vergonha, raiva, pessimismo, frustração, e até somatização. Os sentimentos apresentados justificam-se pelas expectativas que os pais apresentam em relação ao filho e à adaptação do filho ideal para o real. A imagem mental que a gestante faz do seu bebê durante a gestação sofre alterações radicais, o que desencadeia um processo de luto; pois, embora não tenha ocorrido uma perda concreta, perdeu-se a figura idealizada do filho, o que evidencia os sentimentos depressivos e de pesar.

A capacitação dos pais/cuidador e a aquisição de habilidades para o cuidar é de fundamental importância e relevante para o planejamento da assistência de enfermagem, envolvendo as técnicas de alimentação, higiene e conforto; cuidados pré e pós-operatório; manutenção das necessidades alimentares frente às dificuldades de sucção, deglutição, respiração e outras inerentes à natureza das malformações. A educação para o agente de autocuidado e o planejamento para a alta são aspectos imprescindíveis e vitais para a elaboração do plano das ações do cuidar em enfermagem. O foco da atenção direciona-se à família, o meio onde a criança vive e depende dos seus para manter a demanda terapêutica. O enfermeiro avalia as necessidades de cuidados dos pacientes e identifica no cuidador sua capacidade para o autocuidado e o nível de prontidão para aprender e assim estabelecer prioridades no planejamento das ações.

O planejamento da assistência de enfermagem individualizada está solidificada nas fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta e na teoria do autocuidado de Orem. Utilizamos uma linguagem padronizada como a classificação internacional de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. A padronização da linguagem é importante instrumento para a assistência, pesquisa e ensino na enfermagem. O seu uso possibilita a organização e o resgate dos dados documentados. Os diagnósticos, enquanto processo de julgamento clínico, são conteúdos essenciais que devem figurar nos sistemas de informação em saúde. A utilização e o processamento eletrônico de dados clínicos têm sido desenvolvidos na proposta da construção de planilhas eletrônicas da SAE na Seção de Semi-Intensiva do HRAC-USP.

A assistência de enfermagem na sala de exame de videoendoscopia da deglutição no HRACUSP tem a finalidade de atender o paciente com fissura labiopalatina matriculados na Instituição com suspeita de distúrbios da deglutição associados a problemas respiratórios e alimentares. O enfermeiro realiza a consulta de enfermagem com a mãe/cuidador responsável do

paciente, antes da realização do exame define quais os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados de enfermagem compreendendo a garantia da passagem segura de líquidos e sólidos da boca ao estômago controle dos fatores de risco para aspiração; controle do estado respiratório para troca de gases e ventilação adequados.

A humanização do atendimento através do preparo da criança que será submetida à cirurgia de correção de fissura labiopalatina inclui a abordagem com o brinquedo terapêutico, que contribuiu para avaliar o comportamento infantil mediante a demonstração dos procedimentos em cenário lúdico. Os resultados ratificam a importância de que o brinquedo terapêutico é recurso de orientação e de educação especial no processo de reabilitação dos pacientes.

Uma das primeiras preocupações da família ao receber a informação da malformação, é a de saber como lidar com a questão da alimentação do bebê. A assistência de enfermagem engloba, dentre outras, as atividades de educação, orientação, apoio e acompanhamento ao indivíduo e família, para a satisfação das suas necessidades básicas, a atuação da equipe de enfermagem nessa tarefa, juntamente com os demais profissionais envolvidos, é de extrema importância nesse processo de reabilitação, desde o momento do diagnóstico da fissura labiopalatina, seja durante a gestação ou após o parto.

Embora as fissuras labiopalatinas contribuam para as limitações dos lactentes com relação à sucção e deglutição, sabe-se da viabilidade do aleitamento materno para crianças com essa malformação, sendo que a capacidade de adaptação dos mesmos para a obtenção do leite diretamente do peito varia de acordo com o tipo e complexidade da fissura. Dessa forma, crianças com fissuras que acometem o lábio e o palato, ou apenas o palato, apresentam-se em desvantagem para mamar diretamente no peito, em relação àquelas com fissura de lábio isolada; porém, tal fato não inviabiliza a amamentação, mesmo que o desmame possa ocorrer mais precocemente.

Para os bebês com fissura, destacam-se três aspectos básicos, tanto da importância do leite materno como da amamentação diretamente ao peito. São eles: proteção contra infecções do ouvido médio e respiratório às quais estão mais expostos; auxílio no estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê, trazendo satisfação, prazer e segurança para o bebê e auxílio no desenvolvimento dos músculos da face que o mecanismo de sucção no peito pode promover. É imprescindível correlacionar à importância do conhecimento teórico/prático sobre o manejo da amamentação, com as especificidades da amamentação para o bebê com fissura, uma vez que o sucesso da amamentação depende, dentre outros fatores, tanto da produção e liberação do leite materno como da sucção eficiente do bebê, mesmo com suas limitações.

As principais dificuldades relatadas pelas mães para a amamentação desses bebês, englobam as relacionadas à mãe, como: problemas com as mamas, cansaço e diminuição do leite e, as relacionadas ao bebê quanto à sucção não eficiente, dificuldade em manter a mama na boca,

engasgos, tempo prolongada para a mamada, dificuldade de adequação da posição para mamar; irritabilidade do bebê e perda de peso. Para sanar as dificuldades, as mães que desejam amamentar criam estratégias próprias para a adaptação entre mãe e bebê. Porém, os próprios relatos maternos mostram que a atuação dos profissionais de saúde envolvidos com a alimentação dessas crianças é relevante uma vez que podem fornecer auxílio e propor ações para que as mulheres sintam-se mais seguras e consigam, com mais rapidez, a adequação necessária entre mãe e bebê para a amamentação.

As estratégias utilizadas pelas mães normalmente estão relacionadas à mudança da posição da criança de acordo com o tipo e lateralidade da fissura. Porém, além dessas estratégias, é de suma importância o preparo do enfermeiro para orientações gerais sobre amamentação, incluindo o auxílio técnico e cuidados com as mamas, além de orientações específicas de acordo com as necessidades individuais do lactente e da mãe como: paciência; a mãe segurar a mama com a mão para permitir que o bebê mantenha o mamilo e auréola na boca e executar movimentos de expressão da mama para que o leite flua para a boca do bebê até que ele consiga estabelecer seu próprio mecanismo de sucção; amamentar com mais frequência e/ou fazer pausas durante a amamentação; ordenhar o leite e oferecê-lo ao final da mamada com colher ou copinho para que a criança não permaneça mamando por tempo prolongado, e conseqüentemente, gastando mais energia e sem ingerir quantidade suficiente de leite nessa fase de adaptação; apoiar a região mandibular ou manter o dedo polegar próximo à fissura enquanto segura a mama na boca do bebê para tentar ocluí-la, auxiliando no selamento do lábio.

Um aspecto que não pode ser esquecido é a posição do bebê que deve ser verticalizada para prevenir o escoamento do leite para o conduto auditivo principalmente para aqueles com fissura de palato ou de lábio e palato.

Na impossibilidade do aleitamento materno, recomenda-se a ordenha manual do leite materno, oferecendo-o com colher ou mamadeira com bico ortodôntico. Orienta-se a higiene oronasal, antes e após cada mamada, com cotonete embebido em água filtrada ou fervida; oferecer a mamadeira em posição semi-sentada no colo; não apertar o bico nem a mamadeira e não aumentar o furo do bico devido risco de aspiração; colocar o bico da mamadeira no lado da fissura visando ao estímulo da musculatura facial afetada; orientar os cuidadores que a mamada pode demorar mais do que a de uma criança normal devido ao esforço que dispense para sugar, causando cansaço e, com isso, interrupções frequentes durante as mamadas; após as mamadas, colocar em posição vertical, para eructar e, em seguida, no berço, em decúbito lateral, com a finalidade de prevenir riscos de aspiração, em caso de regurgitamento, ou asfixia, se houver refluxo pelas narinas de parte do leite ingerido.

A assistência de enfermagem pré-operatória é realizada por equipe multiprofissional, para

coletar dados relevantes, com a finalidade de orientar clientes e familiares, quanto ao procedimento anestésico-cirúrgico e de enfermagem, esclarecimento de dúvidas e atenuar a ansiedade. A visita pré-operatória é realizada pelo enfermeiro em grupo e individualmente, com orientações pertinentes ao preparo do cliente para a cirurgia: horários, medicação pré-anestésica, jejum, higiene e preparo do corpo e local a ser operado, monitorização do paciente, fluxo de encaminhamentos do cliente/acompanhante.

Na admissão de paciente para cirurgia é verificado o jejum, a condição clínica, orientação específica, informações no cuidado pós-operatório e a presença do acompanhante no processo de cuidar. O paciente é preparado para a cirurgia e encaminhado ao centro cirúrgico. Os profissionais envolvidos na realização do ato anestésico-cirúrgico devem promover o conforto e a segurança, desde a recepção à alta, por meio de instrumentos que qualificam a assistência, bem como do uso equilibrado das tecnologias leves, leve-dura e dura. Na recuperação anestésica tem-se utilizado o índice de Aldrete e Kroulik.

O enfermeiro avalia os sinais e sintomas referentes aos sistemas cardio-respiratório, neurológico, renal, suporte nutricional, eliminações, integridade da pele/tissular alterada relacionada à incisão cirúrgica, observação e controle dos riscos/sufocação, acesso venoso, promove segurança e conforto ao paciente).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é operacionalizada em impresso de enfermagem, contemplando todas as fases do processo de enfermagem.

O acompanhante/cuidador permanece com o paciente no pós-operatório, o que favorece a integralidade da assistência, o aprendizado efetivo para o auto-cuidado, proporciona o inter-relacionamento da equipe de enfermagem e família.

A assistência de enfermagem referente aos cuidados com o lactente com Sequência de Robin isolada é baseada nos construtos teóricos de Orem e nas necessidades humanas básicas de Wanda Horta. A assistência visa à melhora da respiração e alimentação e os cuidados abrangem quatro categorias: intubação nasofaríngea (INF), posicionamento, alimentação por sonda nasogástrica (SNG), e manutenção das técnicas facilitadoras da alimentação (TFA).

Quanto às intervenções relacionadas à INF, evidencia-se o preparo, inserção, fixação, verificação do posicionamento e higienização da cânula quanto ao tratamento postural, evidencia-se a permanência em decúbito ventral ou lateral, com cabeceira elevada de 35 a 45°. Em relação à SNG, compreendem o posicionamento da sonda e do lactente, verificação do resíduo gástrico, controle do gotejamento e manutenção da permeabilidade da sonda. Já as intervenções relacionadas às TFA constam de monitorização por oximetria de pulso, posicionamento do cuidador e da criança, massagem para anteriorização da língua, estimulação não nutritiva, tamanho do furo do bico, densidade da dieta, respiração ruidosa durante a oferta, presença de tosse, engasgo e cianose.

A gastrostomia/funduplicatura é uma modalidade de tratamento indicada em casos mais graves de disfagia acompanhada de refluxo gastroesofágico e a traqueostomia em caso de obstrução grau II, quando não há melhora do padrão respiratório com a INF e graus III e IV de obstrução. Todos os cuidados realizados são repassados para os cuidadores, a fim de prepará-los para autocuidado durante o período de internação, treinando-o e capacitando-o para a continuidade dos cuidados em seu domicílio, favorecendo a qualidade de vida desses lactentes com SRI.

A distração osteogênica consta de uma modalidade alternativa, para o tratamento de deformidades craniofaciais, incluindo a microsomia hemifacial e micrognatia. Pode ser empregada em diferentes estágios do crescimento e desenvolvimento craniofacial.

Os distúrbios respiratórios relacionados à retrusão do terço médio da face, e à falta de proteção do globo ocular, têm sido utilizados como indicações absolutas para a intervenção, associada à remodelagem craniana. Os vetores da tração óssea, pontos decisivos no planejamento da cirurgia, têm relação direta com os distratores utilizados.

A ativação do aparelho se inicia após cinco dias da instalação, na frequência de 1 mm ao dia. Esse padrão de distração tem sido preconizado, pois uma ativação mais lenta (menos que 0,5mm ao dia) pode levar a uma ossificação prematura e fusão dos segmentos ósseos. Por outro lado, uma ativação mais rápida (mais que 1,5 mm por dia) pode provocar a formação de um tecido fibroso no lugar do tecido ósseo.

A distração osteogênica da maxila proporciona o alongamento ósseo estável em pacientes tratados de fissura labiopalatina, com deficiências pósterio – anteriores da maxila, melhorando a classe oclusal e o perfil facial.

O planejamento dos cuidados de enfermagem é baseado nos referenciais da NANDA-Internacional e as intervenções na NIC. Os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem mais frequentes são respectivamente: dor aguda - administração de analgésicos e controle da dor; risco de volume de líquidos deficiente - controle hídrico, redução de sangramento; risco de infecção-cuidados com lesões e controle de infecção: trans-operatória; risco de aspiração- aspiração de vias aéreas e controle de vômito; integridade tissular prejudicada - supervisão da pele e posicionamento; integridade da pele prejudicada - prevenção de úlcera de pressão e cuidados com tração e mobilização

REFERÊNCIAS

ALONSO, N et al. Tratamento cirúrgico das craniofacioestenoses sindrômicas: avanço facial com distrator externo. Vetores finais e resultados em 8 anos de seguimento. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2009; 12(4):163-8.

- BERTOLI FMP, GIL LM, IZQUIERDO PNP. Distração osteogênica: uma revisão da literatura. *Perspect. Oral Sci.* v.2 n1. Abr, 2010.
- BIANCUCUZZO M. Clinical focus on clefts. Yes! Infants with clefts can breastfeed. *AWHONN Lifelines*, Philadelphia, v.2, n.4, p.45-49, Aug. 1998.
- BIAZON J; PENICHE ACG. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v.42, n.3, p.519-525, set. 2008.
- CARVALHO QCM. et al. Malformação congênita: significado da experiência para os pais. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v.5, n.3, p.389-397, set./dez. 2006.
- CIANCIARULLO T; CARVALHO R; BIANCHI ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. In: BIANCHI ERF; LEITE RCBO. *Modelos de assistência de enfermagem perioperatória*. Barueri: Manole, 2007. p.38-60.
- COX BG. *Looking forward: a guide for parents of the child with cleft lip and palate*. Gainsville: Mead Johnson, 1991. 37p.
- DALBEN GS et al. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Pittsburgh, v.40, n.1, p.84-87, Jan. 2003.
- DOCHTERMAN JM; BULECHEK GM. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 4a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988p.
- FONTES CMB. *Fissuras lábio-palatais: diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório*. São Paulo. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- FONTES, CMB. *Perfis de diagnósticos de enfermagem antes e após a implementação da classificação da NANDA-I*. 2006. 112 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- FONTES CMB; MONDINI CCSD. Assistência de enfermagem na videoendoscopia da deglutição: risco de aspiração e de deglutição prejudicada. In: Simpósio Internacional processo de enfermagem: verdades e desafios, 3., 2009, Bauru. *Anais...* Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2009. v.1 p.43.
- FONTES CMB et al. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. *Rev. Bras. Educ. Espec.*, Piracicaba, v.16, n.3, Jan-abr. 2010.
- GAIDZINKI et al. Impacto da Classificação de Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica do enfermeiro. In: *Diagnóstico de Enfermagem na Prática Clínica*. Artmed. São Paulo. 368 p.
- HORTA WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: ed. Pedagógica e universitária; 1979.
- LAGO CP. *Manifestações psicológicas em mães de crianças portadoras de fissuras labio-palatal*. 2001. 167f. Tese (Doutorado), Porto Alegre, 2001.
- LAGO CP; NUNES MLT. Mães de crianças portadoras de fissuras lábio-palatais: luto ou pesar crônico. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, n.19, p.65-73, jul./dez. 2003.
- MAIA LGM et al. Utilização da distração osteogênica mediana sagital para tratamento da atresia mandibular. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial* v.12 n.3 p. 63-74 Maringá maio/jun. 2007.
- MARQUES IL; MARTINELLI AJA. Alimentação das crianças portadoras de fissuras congênitas labiopalatais nos dois primeiros anos de vida. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v.68, n.3/4, p.87-92, mar./abr. 1992.
- MARQUES IL; THOMÉ S; PERES SP. Aspectos pediátricos. In: TRINDADE IEK; SILVA FILHO OG. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p.51-71.
- MERHY EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.
- MONDINI CCSD. *Os agentes de autocuidado e a utilização de orientações disponíveis no cenário do processo cuidativo da criança portadora de fissura lábio-palatal*. São Paulo. 134p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

- MONDINI CCSD. *Avaliação da capacidade de cuidadores de lactentes com seqüência de Robin*. 2008. 154p. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2008.
- MONDINI CCSD; FONTES CMB. Programa "mãe participante". *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.52, n.1, p.100-104, jan./mar. 1999.
- MONDINI CCSD et al. Nasopharyngeal intubation in Robin sequence: technique and management. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Pittsburgh, v.46, n.3, p.258-261, May 2009.
- MOORHEAD S; JOHNSON M; MASS M. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 872p.
- NASSAR E et al. Feeding-facilitating techniques for the nursing infant with Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Pittsburgh, v.43, n.1, p. 55-60, Jan. 2006.
- NETTINA SM. *Prática de enfermagem*. 7a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 1694p.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed; 2010. 456p.
- OREM DE. *Nursing concepts of practice*. 5. ed. St Louis: Mosby, 1995. 94p.
- THOMÉ S. *Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato*. 1990. 245p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.
- THOMÉ S. *Processo de amamentar para mães de crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato segundo a perspectiva do interacionismo simbólico*. 2003. 172p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- TURNER L et al. The effects of lactation education and a prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Pittsburgh, v.38, n.5, p.519-524, Sept. 2001.