

Claudia Regina Matiole Nunes

**AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM SEQUÊNCIA DE
ROBIN ISOLADA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO
APÓS PALATOPLASTIA PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa do Curso de Pós-Graduação: Mestrado Profissional em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Corrente

**Botucatu – SP
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Nunes, Claudia Regina Matiole.

Avaliação de pacientes com Sequência de Robin Isolada no pós-operatório imediato após palatoplastia primária / Cláudia Regina Matiole Nunes. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientador: José Eduardo Corrente

Assunto CAPES: 40202003

1. Serviços de enfermagem 2. Sequência de Robin 3. Palato - Cirurgia

CDD 617.9522

Palavras-chave: Enfermagem; Palato/cirurgia; Período de recuperação da anestesia; Síndrome de Pierre Robin

Dedicatória

*Ao meu pai, **Elpídio** e minha mãe **Gilda**,
os quais demonstraram que o Amor se
vive, se pratica, diariamente.*

*Ao meu marido, **Kláudio**, companheiro e grande Amor, que me apóia, orienta e que é meu maior cúmplice na Vida, a quem admiro muito por sua luta diária em defesa de um mundo melhor para todos.*

*Aos meus filhos **Dhi** e **Fran**, seres iluminados que me enchem de alegria e Amor.*

Agradecimientos

Ao Prof. Dr. José Eduardo Corrente, meu orientador, por sua enorme dedicação, tempo e paciência ao me conduzir neste projeto e que me apoiou para que esta conquista se realizasse.

A Dra. Maria Irene Bachega, Diretora do Departamento Hospitalar do HRAC-USP, Profissional que demonstra o quanto um sonho pode se tornar realidade e que possibilitou a realização deste projeto. Obrigada pela oportunidade!

Aos professores do curso de Mestrado do Departamento de Enfermagem, os quais me transmitiram ensinamentos essenciais para meu aperfeiçoamento profissional.

A professora Dra Wilza Carla Spiri pelas valiosas sugestões.

Aos meus queridos colegas do Mestrado, pela convivência e amizade.

A Dra. Cassiana Mendes B. Fontes, sempre amiga e colaboradora, capaz de compreender e apoiar sempre.

A equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico e da Central de Material e Esterilização do HRAC - USP, pela compreensão e apoio, em todos os momentos desta jornada.

As enfermeiras do Centro Cirúrgico Janir Biazon, Maria Cristina e Isabel Aurélio pela ajuda, apoio e companheirismo.

As colegas de trabalho, técnicas de enfermagem, Débora Cristina e Márcia Modolo pela ajuda e carinho,

A enfermeira Cleide Carolina pela atenção e apoio.

A Aline Parada, secretária do curso de pós-graduação, pela constante atenção e dedicação ao trabalho.

As funcionárias da biblioteca da Faculdade de Medicina de Botucatu, em especial a Luciana pela eficiência e rapidez com que me ajudou.

A Unidade de Ensino e Pesquisa (UEP) pelo auxílio ao longo desta jornada.

Ao meu marido, Kláudio Cóffani, pela sabedoria e dedicação, que tanto colaborou em todas as etapas deste projeto, minha gratidão e Amor.

Ao meu querido filho Fran pela paciência e compreensão, por agüentar meu estresse e tantos momentos de ausência.

Ao meu querido filho Dhi que, mesmo estando distante, se fez tão presente.

A minha prima Isabel Cristina que considero irmã, pela convivência e ajuda na revisão do texto.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, acreditam e me incentivam a correr atrás dos meus ideais.

Resumo

Dentre as malformações associadas à fissura labiopalatal, a Sequência de Robin (SR) é a que apresenta maior frequência, exigindo maiores cuidados e, dentre as síndromes associadas a SR, a mais freqüente é a Sequência de Robin Isolada (SRI). Caracteriza-se por anomalias como micrognatia, glossoptose e fissura palatina. O tratamento destes pacientes exige que se realize a palatoplastia primária a partir dos 12 meses de vida, de acordo com determinações do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP). Tais pacientes apresentam maior índice de complicações na Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Neste período crítico a enfermagem deve permanecer atenta às complicações, promovendo as intervenções mais rápidas e eficazes possíveis. Este trabalho, prospectivo não exploratório, tem como objetivo avaliar as complicações no pós-operatório imediato em pacientes com SRI após palatoplastia primária e propor um instrumento específico para aplicá-lo na SRA do HRAC-USP, bem como descrever os tipos de complicações mais frequentes e indicar as principais intervenções realizadas pela equipe de enfermagem. Para isto, propôs-se um instrumento, baseado no modelo de Biazon, o qual foi submetido à avaliação de juízes, que atestaram sua objetividade e clareza. Este instrumento contém parâmetros clínicos e sintomas indicativos de complicações e intervenções, relacionados à Respiração, Sangramento, Hipotermia e Dor. Fez-se um estudo piloto com dez pacientes, calculando-se o Valor α de Cronbach para avaliar sua consistência e coerência. Depois o instrumento foi aplicado em mais 25 pacientes. Os resultados obtidos após avaliação evidenciam que a idade média dos pacientes com SRI submetidos a palatoplastia primária é superior à

dos pacientes com fissura de palato não associado a síndromes. As complicações mais frequentes foram à respiração ruidosa e a dessaturação de O₂, sendo que as intervenções foram oferta de O₂, em todos os pacientes; o sangramento ocorreu em mais de cinquenta por cento dos pacientes, sendo que intervenções como a elevação da cabeceira da maca e a instilação de vaso constritor nasal, foram suficientes para cessar o sangramento. As complicações menos comuns foram a hipotermia e a dor. Há muita carência de literatura relativa à assistência de enfermagem em pacientes com SRI atendidos na SRA após palatoplastia. Daí a importância de podermos relatar a pesquisa em nosso serviço, fornecendo aos profissionais de saúde, subsídios que possam melhorar a qualidade da assistência.

Palavras chaves: enfermagem, palato/cirurgia, período de recuperação da anestesia, síndrome de Pierre Robin.

Abstract

Among all malformations associated to cleft lip and palate, the Robin Sequence (RS) is the most frequent, demanding more care than any other associated syndrome. And, among all the syndromes associated to the RS, the most common is the Isolated Robin Sequence (IRS). It is characterized by three abnormalities: Micrognathism, Glossoptosis and cleft palate. The treatment requires to perform a first plastic surgery, identified as primary palatoplasty, only after the age of 12 months, according to a determination of the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP). Such patients have a higher rate of complications at the Post-Anaesthetic Recovery Room (PARR). In this critical period, nursing must keep focus observing the possible complications in order to promote the most effective and immediate interventions. This prospective, non-exploratory research aims to evaluate the complications at the immediate post-operatory of IRS patients after a primary palatoplasty and propose a specific instrument to be applied at the HRAC-USP's PARR, as well as describe the most frequent complications and indicate the main interventions by the nurse staff team. In order to achieve it, it was proposed an instrument, based on Biazon's model, which was submitted to judges evaluation, whom testified its clearness and objectivity. This instrument contains clinical parameters, indicative symptoms of complications and interventions, related to breathing, bleeding, hypothermy and pain. There has been made a pilot study with ten patients, calculating the value of the coefficient of Cronbach's α , measuring the reliability and consistency of this study. Later the same instrument was applied to more 25 patients. The results, obtained after the evaluation, demonstrated that the average age of patients with IRS undergoing primary palatoplasty is higher

than that of patients with cleft palate not associated with syndromes. The most common complications were related to respiratory difficulties and the interventions, to all patients, were the offer of O₂; the bleeding occurred in more than fifty percent of patients, and interventions such as elevating the head of the stretcher and instillation of nasal vessel constrictor, were sufficient to stop the bleeding. The Less common complications were hypothermia and pain. There is a lot of lack of literature on nursing care in patients treated with IRS, attended at the PARR, after palatoplasty. Hence the importance of our possibility to report the research taken in our working place, providing to health care professionals subsidies to improve the assistance quality .

Key Words: Nursing, palate/surgery, anaesthetic recovery period, Pierre Robin Syndrome.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. OBJETIVOS.....	36
2.1 OBJETIVO GERAL.....	37
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
3. MATERIAL E MÉTODO.....	38
3.1. CASUÍSTICA.....	39
3.2. VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO.....	39
3.2.1. Apreciação do instrumento pelos juízes.....	40
3.2.2. O estudo piloto.....	40
3.3. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	41
4. RESULTADOS.....	45
4.1. VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO.....	46
4.1.1. Análise dos juízes.....	46
4.1.2. Validação do instrumento.....	46
4.2. APLICABILIDADE DOS INSTRUMENTOS.....	47
4.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	48
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	58
6. CONCLUSÕES.....	64
7. REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS.....	75

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Estatísticas descritivas para idade e tempo de permanência na sala de recuperação anestésica de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.....	48
Tabela 2.	Avaliação da respiração referente às complicações de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.....	49
Tabela 3.	Avaliação da respiração referente às intervenções de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.....	50
Tabela 4.	Avaliação do sangramento referente às complicações de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.....	51
Tabela 5.	Avaliação do sangramento referente às intervenções em pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.....	52
Tabela 6.	Avaliação da hipotermia referente às complicações de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.....	52
Tabela 7.	Avaliação da hipotermia referente às intervenções em pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.....	53
Tabela 8.	Avaliação da dor referente às complicações de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.....	54
Tabela 9.	Avaliação da dor referente às intervenções de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.....	54
Tabela 10.	Encaminhamento de pacientes com SRI após atendimento na SRI, HRAC-USP, 2009.....	55
Tabela 11.	Estatísticas descritivas referentes aos itens do instrumento de avaliação da SRI, HRAC-USP, 2009.....	56
Tabela 12.	Avaliação do α de Cronbach para os itens do instrumento excluindo item a item.....	57

Lista de Abreviaturas e Siglas

SR –	Sequência de Robin
HRAC -	Hospital de Anomalias Craniofaciais
USP -	Universidade de São Paulo
SRI –	Sequência de Robin Isolada
SUS -	Sistema Único de Saúde
MS -	Ministério da Saúde
PP -	Posição prona
INF -	Intubação nasofaríngea
SatO₂ -	Saturação de O ₂
VO -	Via oral
TFA -	Técnicas Facilitadoras de Alimentação
CNF -	Cânula nasofaríngea
TFFA -	Técnicas fonoaudiológicas facilitadoras de alimentação
SRA -	Sala de recuperação anestésica

1. Introdução

A Sequência de Robin (SR) é descrita na literatura como sendo uma tríade neonatal de anomalias caracterizada por micrognatia, glossoptose e fissura palatina¹. Através de estudos controlados, uma a cada 8.500 crianças nascidas vivas, possui SR². Clinicamente ela se manifesta através de microretrognatia, crises recorrentes de cianose, dificuldade de respiração por obstrução das vias aéreas superiores, e de deglutição, as quais incidem com maior intensidade, frequência e gravidade, na posição supina, e no período neonatal. Pode a criança apresentar desde leve dificuldade respiratória e alimentar, até graves crises de asfixia as quais podem levar ao óbito caso não haja rápida intervenção médica³.

Para melhor definição, o diagnóstico da SR pode ser feito baseado na presença de retrognatia e glossoptose, com ou sem fenda palatal, havendo autores que incluem a presença do palato fendido como malformação associada, lembrando a fenda palatal⁴. Apesar de estar presente em 90% dos casos, a fenda de palato não foi incluída na descrição inicial do estomatologista francês Pierre-Robin⁵.

A primeira descrição da SR foi feita por Saint Hilaire em 1822, porém, somente em 1923 foi que Pierre Robin introduziu o termo glossoptose e descreveu a tendência da queda da língua sobre a hipofaringe, causando a obstrução das vias aéreas¹.

Diversos autores explicam de maneiras distintas a SR:

- alguns afirmam que ela está baseada em alterações estruturais como consequência de um defeito da mandíbula;
 - outros consideram um defeito embrionário da língua como um evento patogênico primário;
-

- e outros, ainda, explicam como sendo decorrente de distúrbios tanto no crescimento da mandíbula quanto no maxilar, determinados geneticamente, podendo resultar em fissura palatina e micrognatia¹.

Alguns autores defenderam teorias sobre posições intrauterinas anômalas, resultando em micrognatia e retroposição da língua, como consequente da clivagem palatina^{6,7,8}. Foi considerada improvável a existência de apenas um único agente etiológico ou patogênico e que, as várias condições em que a tríade aparece sugerem uma heterogeneidade de agentes patológicos e patogênicos⁹.

Em 1976, avançou-se no conceito de que não se tratava de uma síndrome específica, como fora denominada durante vários anos - Síndrome de Pierre Robin - mas sim como um complexo sintomático que pode ocorrer em três situações:

- isolado (não associado a outras malformações);
- como o componente de uma síndrome;
- em associação a outros defeitos do desenvolvimento, os quais, juntos, não constituem uma síndrome específica¹⁰.

Com isto, foi sugerido, então, o nome “Sequência de Robin”, por acreditarem em uma patogênese sequencial⁴.

Além de todas as causas mais prováveis já elencadas para a ocorrência da SR, nos últimos anos cresceram pesquisas relacionadas a genes. Ressalta-se, de qualquer maneira, que esta identificação (da SR) deve ser considerada o primeiro, e não o último passo no processo de diagnóstico. Em aproximadamente 80% dos

casos de recém-nascidos com SR, a tríade de anomalias é parte de condições genéticas subjacentes¹¹.

Nesta linha encontramos a ampla compilação a qual aponta a existência de pesquisas indicando mais de 400 causas, por genes isolados, para fissuras dos lábios ou palato. Ressalta-se que as causas genéticas das fissuras também incluem reorganizações cromossômicas, suscetibilidade genética a exposições teratogênicas e contribuições complexas de genes múltiplos¹².

O Hospital de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP), Campus Bauru, conhecido carinhosamente por Centrinho, é uma instituição pública, mantida com recursos da USP e subsidiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pioneira no atendimento interdisciplinar com uma filosofia humanizada às pessoas com anomalias craniofaciais com ou sem síndromes associadas e deficiência auditiva¹³. Reconhecido como centro de excelência pelo Ministério da Saúde (MS), tem como missão prestar atendimento aos seus pacientes/clientes. Presta serviço de ensino, pesquisa, extensão por meio de cursos de pós-graduação stricto e lato sensu. É credenciado como Hospital de Ensino pelo Ministério da Educação e Saúde do Estado de São Paulo pela Portaria Inter-Ministerial; nº 50 de 03/01/2005 publicada no diário oficial da União em 11/10/2005.

Dentre as malformações associadas à fissura labiopalatal, a SR é a que apresenta maior frequência, exigindo maiores cuidados. Daí a importância de podermos relatar a pesquisa em nosso serviço, fornecendo aos profissionais de saúde subsídios que possam delinear uma abordagem eficaz, orientando-os

quanto aos cuidados referentes ao posicionamento da criança, técnica de alimentação e assistência pré e pós-operatória.

A fenda palatina está presente em 90% dos casos de SR¹⁴. As fissuras labiopalatais são as mais comuns entre as malformações craniofaciais congênitas¹⁵. Existem vários critérios de classificação de fissuras lábio-palatinas, o modelo adotado pelo HRAC-USP é o de Spina¹⁶, modificado por Silva Filho¹⁷.

Esse tipo de classificação respeita a individualidade embriológica da formação do palato primário e secundário separados na vida extrauterina pelo forame incisivo. Esse, portanto, impõe como referência anatômica das classificações ditas embriológicas, por simbolizar o vestígio do que se dividia na vida intra-uterina, o palato primário do secundário. Acrescentando um prefixo (pré, trans e pós) ao forame incisivo, classifica-se o tipo de fissura. Assim, as de palato primário são denominadas fissuras pré-forame incisivo; as de palato primário e secundário fissuras trans-forame incisivo; as de palato secundário, fissuras pós-forame; e finalmente as desvinculadas do forame incisivo são denominadas fissuras raras da face¹⁸.

Quando ocorre fissura de palato posterior no paciente com SR, preconiza-se a realização de palatoplastia em crianças no mínimo com 12 meses de vida³, e se tiver alcançado as condições orgânicas necessárias para ser submetida à anestesia geral com segurança, dentro dos parâmetros laboratoriais mínimos exigidos pelo serviço de Pediatria do HRAC-USP para cirurgias eletivas¹⁹. Esta primeira cirurgia é denominada "Palatoplastia Primária". Como este é um hospital especializado neste tipo de tratamento e acompanhamento desde o nascimento

até a fase adulta, a realização de palatoplastia em pacientes com SR é uma rotina.

A SR não é somente um problema obstrutivo anatômico, mas também um problema de desenvolvimento³, e no HRAC USP a proposta de trabalho é de atuação interdisciplinar. A interdisciplinaridade e a colaboração entre as disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência caracterizam-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real, visando ao atendimento global e unitário do ser humano²⁰.

A equipe interdisciplinar é composta por profissionais de diferentes áreas, que intervêm no processo das etapas terapêuticas e da reabilitação global do paciente com propósito de estabelecer, após as avaliações iniciais e discussão do caso, as etapas terapêuticas e informar a família. O vínculo equipe e família é muito importante para proporcionar orientações gerais sobre as etapas terapêuticas e o processo de reabilitação de forma individualizada²¹.

Como observamos através de estudos realizados com nasofaringoscópio de fibra óptica, a obstrução respiratória na SR nem sempre é causada por glossoptose; outros mecanismos podem estar envolvidos. Esses estudos demonstraram quatro tipos de obstrução: tipo 1, a obstrução resulta do retro posicionamento do dorso da língua, que entra em contato com a parede posterior da faringe, abaixo do palato mole; tipo 2, a obstrução resulta do retro posicionamento do dorso da língua, com compressão do palato mole ou partes dele (quando a fissura está presente) contra a parede posterior da faringe; tipo 3, as paredes laterais da faringe se movem medialmente, obstruindo as vias aéreas, e a língua não entra em contato com a parede posterior da faringe; tipo 4, a

contração da faringe é esfíntérica, e a língua não entra em contato com a parede posterior da faringe^{22,23}.

Após estudos realizados determinou-se, no HRAC-USP, o seguinte protocolo de tratamento aplicado a todos os casos de SR²⁰.

Nasofaringoscopia — realizada nos primeiros dias de hospitalização em todos os casos, para diagnóstico do tipo de obstrução respiratória e qual direcionamento de tratamento deva ser tomado.

No tratamento postural, *posição prona* (PP) - para os casos com os tipos 1 ou 2 de obstrução com leve dificuldade respiratória.

Intubação Nasofaríngea (INF) - para os casos com os tipos 1 ou 2 de obstrução respiratória que apresentam crise de cianose, apneia, palidez, importante esforço respiratório e/ou queda da Saturação de O₂ (SatO₂), medida por oximetria contínua de pulso para valores menores ou iguais a 90%; essa é realizada através de uma cânula passada pela narina até a faringe, permitindo seu fluxo de ar que deve ser percebido durante a expiração, se houver uma saída de líquido por esta cânula, ela deve ser reposicionada pois pode estar muito próxima ao esôfago.

Glossopexia (técnica de Argamaso)²⁴ — para todos os casos com tipo 1 que não melhoram do desconforto respiratório com a INF durante um período máximo de 15 dias, e, para os casos com leve desconforto respiratório, mas com grave retro posicionamento lingual que não conseguem se alimentar por via oral (VO) após a aplicação das Técnicas Facilitadoras de Alimentação (TFA) por um período máximo de 30 dias.

Traqueostomia — para todos os casos com os tipos 3 ou 4 de obstrução respiratória, os casos com o tipo 2 que não melhoram com INF por período máximo de 15 dias, e os casos com o tipo 1 que não melhoram com glossopexia.

Técnicas Facilitadoras de Alimentação (TFA) – para todos os casos com os tipos 1 ou 2 de obstrução respiratória tratados com PP ou INF, e para os casos mais complexos após a desobstrução das vias aéreas por tratamento cirúrgico (glossopexia ou traqueostomia).

Dieta Hipercalórica — para todos os casos alimentados por VO, com ou sem complementação do volume prescrito por sonda alimentadora, independentemente do tipo de obstrução respiratória.

Monitorização do crescimento — todos os casos.

Medicação antirrefluxo gastroesofágico — para todos os casos com uso prolongado de sonda nasogástrica (maior que 30 dias).

Gastrostomia alimentadora — indicada para os casos com grave disfagia e uso de sonda nasogástrica por mais de 3 meses sem melhora com as TFA, associada ou não à funduplicatura, dependendo da presença e gravidade do refluxo gastroesofágico.

Nasofaringoscopias seriadas semestrais — a partir dos 12 meses de idade até a possibilidade de realização da palatoplastia.

Palatoplastia — a partir dos 12 meses de idade, dependente de avaliação nasofaringoscópica prévia, sendo realizada somente em casos com bom estado nutricional, sem ou com leve retroposicionamento lingual. Nos casos

traqueostomizados, a palatoplastia deve ser realizada a partir dos 12 meses de idade, antes da descanulização³.

Na SR, o quadro inicial é sempre estressante diretamente proporcional à intensidade da obstrução aérea e, portanto, do desconforto respiratório do recém-nascido⁵. A evolução e o prognóstico dos casos complicados dependem de medidas precoces para aliviar a asfixia, prevenir a desnutrição e, até, evitar o óbito da criança. Muitas vezes o uso de cânula nasofaríngea (CNF), ou mesmo a traqueostomia, se impõe como medida de urgência¹.

A desnutrição em lactentes está demonstrada pelo menor volume médio de leite ingerido por VO pelos bebês com SR em relação ao volume de leite ingerido por bebês normais da mesma faixa etária²⁵. Alguns autores reportaram que 37% dos pacientes com SR utilizaram sondas alimentadoras por períodos de pelo menos 12 semanas²⁶. Estudos realizados em nossa instituição demonstraram que foram desenvolvidas algumas técnicas que favorecem a alimentação oral dos lactentes de SRI, denominadas técnicas fonoaudiológicas facilitadoras de alimentação (TFFA). Com sua aplicação diária, é possível, gradativamente e em curto período de tempo, promover a alimentação oral, bem como a descontinuidade do uso da sonda nasogástrica²⁷.

A intensidade da obstrução das vias aéreas superiores ocorre em diferentes tipos: o tipo 1 de obstrução respiratória que representa a verdadeira ptose lingual como causa da obstrução, é o tipo mais frequentemente encontrado na SR^{14,17,22}. Esse tipo de obstrução ocorre em 80% dos casos. Apesar das manifestações clínicas nesse grupo de pacientes, a PP ou a INF prolongadas podem aliviar o desconforto respiratório. Todos os casos com tipo 3 ou 4 e a

maioria dos casos com tipo 2, apresentam síndromes genéticas associadas à SR. Entre os casos com o tipo 2 de obstrução, 50% necessitaram de traqueostomia para resolver o desconforto respiratório, e entre os casos com os tipos 3 e 4 a traqueostomia foi o único tratamento que possibilitou aliviar o grave desconforto respiratório^{14,28}.

Para analisar com maiores detalhes os casos com obstrução respiratória do tipo 1, estudos no HRAC-USP estabeleceram uma nova classificação nasofaringoscópica que consiste em determinar a gravidade das manifestações:

leve — quando a retro posição lingual está presente, mas na maior parte do tempo o dorso da língua não toca a parede posterior da faringe. Pouca dificuldade respiratória, ausência de retração intercostal ou de fúrcula, sem crises de cianose ou apneia, saturação de O₂ (SatO₂) medida através da oximetria contínua de pulso maior que 90% e pouca dificuldade alimentar (alimentando-se exclusivamente pela VO);

Moderada — quando, na maior parte do tempo, o dorso da língua toca a parede posterior da faringe, porém sem pressioná-la. Presença de esforço respiratório com retração intercostal ou de fúrcula, sem crises de cianose ou apneia, SatO₂ maior que 90% e importante dificuldade alimentar (alimentando-se através de sondas alimentadoras);

Grave — quando o dorso da língua pressiona a parede posterior da faringe²³. Presença de crises de cianose ou apneia, SatO₂ menor ou igual a 90% e importante dificuldade alimentar²⁹.

Uma preocupação comum no tratamento da SR deve ser a manutenção da permeabilidade das vias aéreas. Sem tratamento adequado, a hipóxia crônica

com retenção de CO₂ e o aumento da resistência vascular pulmonar podem levar ao *cor pulmonale*. Além disso, as crises recorrentes de cianose podem levar à hipóxia cerebral^{3,30}.

Por prestarmos assistência de enfermagem durante muitos anos a esses pacientes, presenciamos algumas complicações que demandam uma constante atenção e monitorização.

O serviço de enfermagem do centro cirúrgico do hospital é responsável pelos cuidados dos pacientes desde a sua entrada até a obtenção da alta na sala de recuperação anestésica (SRA), passando pelo acompanhamento do processo intraoperatório.

O principal objetivo na SRA é identificar apropriadamente os problemas atuais do paciente, intervir e prevenir o desenvolvimento de problemas potenciais³¹. Para tanto, é essencial que a assistência de enfermagem em SRA seja segura, racional e individualizada, dando suporte ao paciente durante o retorno ao seu estado fisiológico normal, após a anestesia¹⁹.

O centro cirúrgico do HRAC – USP funciona durante o período diurno, é um Hospital especializado, ocorrendo, em geral cirurgias eletivas. Essa unidade é composta por 6 salas de cirurgia, nas quais, em média, são realizadas 24 cirurgias por dia. Dentro do centro cirúrgico, a etapa pós-operatória imediata ocorre na SRA, ambiente que possui 08 leitos, onde cada um é equipado com cardioscópio, oxímetro de pulso e aparelho de pressão arterial não invasiva, para monitorização básica. O quadro de funcionários da SRA é composto por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e recebe atendimento constante dos médicos anestesiológicos.

Nesse ambiente a enfermeira, juntamente com os técnicos de enfermagem, desempenha papel essencial no acompanhamento da evolução do quadro clínico do paciente, monitorando suas reações, sua evolução e atuando, primariamente, na identificação e atendimento das complicações pós-operatórias, agindo isoladamente ou em conjunto com membros da equipe médica, conforme cada caso demande.

Na avaliação do estado fisiológico dos pacientes no período pós-operatório imediato, utiliza-se a metodologia desenvolvida por Aldrete e Kroulik (1970) que sistematizaram, sob a forma de um índice, esta avaliação que ainda hoje é utilizada. Esses autores pontuaram de 0 a 2 para cada parâmetro clínico avaliado, estabelecendo que a somatória dos pontos obtidos indica a possibilidade de alta da SRA. Um total de 8 a 10 significa que o paciente tem condições clínicas e possibilidade de ser transferido para sua unidade de origem, isto é, ele deve estar acordado, responsivo, eupneico, movimentando os 4 membros e com os sinais vitais estabilizados³².

Índice de Aldrete Kroulik

Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	Capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Dispnéia ou limitação da respiração	1
	Apnéia	0
Circulação	PA com variação de até 20% do nível pré-anestésico	2
	PA com variação de 20% - 49% do nível pré-anestésico	1
	PA com variação acima de 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Lúcido e orientado no tempo-espço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O₂	Capaz de manter Saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter Saturação de O ₂ maior que 90%	1
	Apresenta Saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

Fonte: Rev. Centro de Est. Anest. FMU SP. 2000; 9:7. CEDAR 2000 ano IV jan/mar

As cirurgias de palatoplastia primária no HRAC-USP são rotineiras para crianças com idade média de 12 meses. Edema de palato e de língua secundário à manipulação cirúrgica é comumente observado após este procedimento; em consequência, o desconforto respiratório imediatamente após o ato cirúrgico é uma manifestação clínica comum¹⁹. As consequências pós-operatórias podem ser graves principalmente em pacientes com SR, uma vez que, no atendimento diário do serviço de enfermagem a esses pacientes, identifica-se que eles apresentam maior índice de complicações na SRA, em comparação com os demais pacientes de palatoplastia¹⁹. Pacientes com SR apresentam certo grau de dificuldade de intubação e/ou extubação. A palatoplastia tem um alto índice de hipoxemia, principalmente nesses pacientes^{33,34}.

O período de recuperação anestésica caracteriza-se por alterações fisiológicas decorrentes do trauma anestésico cirúrgico: a incidência de complicações graves no período pós-operatório está associada não só à complexidade da patologia e da anestesia, mas também às características individuais dos pacientes³⁵. Neste período o paciente fica vulnerável a diversas complicações, especialmente às de origem respiratória e circulatória³⁶.

O HRAC-USP é um hospital que realiza cerca de 90 palatoplastias por mês; informações sistematizadas sobre a quantificação dos pacientes com SR e suas complicações são fundamentais para o aperfeiçoamento do planejamento da assistência de enfermagem e de toda a equipe que presta atendimento direto ao paciente. Este trabalho demanda constante aprimoramento e pesquisa, pois crianças com a SR podem apresentar uma variedade de problemas, sendo alguns deles emergentes. Profissionais da saúde devem estar conscientes da elevada

prevalência de síndromes associadas e a possível contribuição de outras características sindrômicas para o problema, visando uma boa assistência ao paciente³⁷.

Diante deste quadro indaga-se: Segundo a literatura especializada, quais as principais complicações que ocorrem na SRA em pacientes com SRI submetidos à palatoplastia primária? E quais os instrumentos presentes na literatura especializada para contribuir com este levantamento?

Considerando o número reduzido de trabalhos de enfermagem sobre os cuidados a estes pacientes na SRA, este estudo vem contribuir para responder tais questionamentos, ampliar as oportunidades para os profissionais se subsidiarem em seu constante aprimoramento, contribuindo para a divulgação do conhecimento e melhora da assistência de enfermagem, pois como devidamente nos traz a literatura as repercussões da doença no desenvolvimento físico e/ou psicossocial do paciente, bem como de seu impacto na família, devem ser compreendidos pelo profissional da saúde³⁸.

2. Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as complicações no pós-operatório imediato em pacientes com Sequência de Robin Isolada (SRI) e propor um instrumento específico para aplicá-lo na Sala de Recuperação Anestésica (SRA) após a cirurgia primária de Palatoplastia no HRAC-USP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os pacientes com SRI, submetidos à palatoplastia primária no HRAC-USP, no período compreendido entre julho a setembro de 2008 e novembro de 2008 a julho de 2009.

Adaptar e validar um instrumento de cuidados de enfermagem baseado no modelo de Biazon¹⁹ para os pacientes com SRI, enquanto atendidos na SRA.

Descrever os tipos de complicações mais frequentes no grupo de pacientes com SRI na SRA.

Indicar as principais intervenções realizadas pela equipe de enfermagem no HRAC-USP, no grupo de pacientes com SRI, na SRA, após serem submetidas à palatoplastia primária.

3. Material e Método

Trabalho prospectivo não exploratório que visa analisar as complicações na SRA em pacientes com SRI após palatoplastia primária no HRAC – USP.

3.1 CASUÍSTICA

A população foi composta por pacientes diagnosticados com SRI, de ambos os sexos, avaliada previamente por equipe médica, submetida à avaliação faringoscópica e indicado para cirurgia, de acordo com condições clínicas e laboratoriais de cada um, conforme protocolo de Marques³.

A amostragem foi não probabilística e de conveniência estimada de, no mínimo 20 pacientes, dada à demanda de procura pelo serviço. Foram analisados todos os pacientes que passaram pela cirurgia de palatoplastia primária, cujos responsáveis concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo A), no período compreendido entre julho e setembro de 2008, para os pacientes do estudo piloto, e entre novembro de 2008 e julho de 2009 para os demais pacientes,

3.2 VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

A validação é um procedimento metodológico pelo qual é avaliada a qualidade de um instrumento. Nesse estudo, a validação dos instrumentos propostos foi realizada sob dois aspectos: Validação de Conteúdo e Cálculo do Valor α de Cronbach, para medir a sua consistência e coerência.

A validação de conteúdo é uma avaliação detalhada do instrumento, realizada com o objetivo de verificar se os itens propostos constituem-se em uma amostra representativa do assunto que se deseja medir. Nesse estudo o instrumento foi submetido e analisado quanto à validade de conteúdo, onde foram consultados peritos no assunto para sugestões e possíveis modificações.

O Cálculo do índice de consistência e coerência foi realizado por meio do valor α de Cronbach, baseado em uma coleta de dados inicial que foi considerado estudo piloto.

3.2.1 Apreciação do instrumento pelos juízes

Na validação de conteúdo, o presente estudo foi submetido à apreciação de 5 juízes, enfermeiras e técnicos em enfermagem, com experiência na área. O instrumento foi apresentado a cada um dos avaliadores. Após a elucidação do objetivo do estudo, foi solicitado a todos os juízes que analisassem, quanto a objetividade, clareza e que elaborassem sugestões ou manifestações para o aprimoramento do item discutido³⁹. Não houve mudança sugerida pelos juizes. O instrumento utilizado para a avaliação de conteúdo consta do Anexo B.

3.2.2 O estudo piloto

O estudo piloto faz-se necessário quando um esboço do instrumento está pronto, devendo ser aplicado antes de se iniciar o estudo principal, permitindo que os problemas sejam identificados em um estágio inicial e alterados, se necessário⁴⁰. Ele foi aplicado na sala de recuperação anestésica do HRAC, no

período compreendido entre julho e setembro de 2008, tendo preenchido um total de dez instrumentos de avaliação. Todos os dados observados no estudo piloto foram aproveitados, uma vez que não ocorreram mudanças expressivas no instrumento de coleta.

3.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Os pacientes foram avaliados na SRA do centro cirúrgico do HRAC – USP. Foi utilizado o instrumento proposto para coleta de dados, baseado no modelo criado por Biazon¹⁹ e adaptado para a coleta de dados desta pesquisa, conforme se encontra Anexo C.

Com o propósito de obter informações necessárias ao estudo foi elaborado o formulário anexo, que contém parâmetros clínicos e sintomas indicativos de complicações e intervenções em SRA. Os parâmetros são:

- **Respiração** – O enfermeiro deverá estar atento às alterações da saturação de oxigênio e da expansão da caixa torácica, bem como observar a função respiratória. Deverá avaliar se não há alterações na frequência, ritmo e profundidade da respiração ou outros sinais de desconforto respiratório e de obstrução das vias aéreas, como retração intercostal, batimento de asas nasais, cianose, sudorese e agitação⁴¹.

A causa mais comum de obstrução das vias aéreas no período pós-operatório imediato é a “queda” da língua para trás, obstruindo a faringe em virtude do relaxamento provocado pelos agentes anestésicos⁴².

- **Sangramento** - O sangramento pós-cirúrgico acima do esperado é uma complicação observada frequentemente na SRA, onde a enfermeira tem que instituir medidas para detectar e minimizar futuros sangramentos. As intervenções de enfermagem incluem a manutenção de técnicas assépticas, minimização do trauma no tecido, monitorização da oxigenação e do nível de consciência. Detecção e intervenções precoces ajudam a minimizar a morbidade e mortalidade associadas com sangramento^{42,43}.

- **Hipotermia** - No período pós-operatório alteração da temperatura poderá ocorrer tanto para valores mais altos, como para valores mais baixos que os padrões da normalidade. No entanto, no período pós-operatório imediato é mais comum encontrar pacientes hipotérmicos que hipertérmicos. Estima-se que mais de 60% dos pacientes apresentam hipotermia no período pós-operatório imediato^{44,45}. O centro regulador da temperatura no cérebro é deprimido pelas drogas utilizadas na anestesia geral e as atividades musculares que normalmente ajudam o corpo a gerar calor, são inibidas pelos relaxantes e narcóticos. Essa situação associada à exposição da baixa temperatura na sala de operação, à infusão de soluções de temperaturas baixas, à diminuição do metabolismo e à idade, contribuem para o estado de hipotermia^{46,47}.

A hipotermia produz vaso constrição, diminui a frequência cardíaca, aumenta a pressão sanguínea e, eventualmente, aumenta o trabalho cardíaco⁴⁷.

- **Dor** - A dor é um problema comum no pós-operatório imediato e uma das causas mais frequentes de agitação na SRA⁴⁸. O período pós-operatório, iniciado na admissão do paciente na unidade de recuperação anestésica (pós-operatório imediato) é caracterizado por cuidados de enfermagem relacionados à avaliação dos efeitos dos agentes anestésicos, à monitorização das funções vitais, à prevenção das complicações e à observação e intervenção na queixa de dor. Esta percepção abrange a observação dos sinais que seu corpo apresenta e as alterações fisiológicas que indicam o sofrimento físico. A intervenção cirúrgica caracteriza-se como um procedimento invasivo e, dessa forma traumático, por estimular as fibras nociceptivas, gerando conseqüentemente, a dor aguda na fase pós-operatória, a que se caracteriza como umas das prioridades no cuidado à criança neste momento. Outros aspectos que colaboram para a avaliação da dor são as observações quanto às reações comportamentais e fisiológicas apresentadas pela criança no pós-operatório, incluindo expressão facial, inquietação, por vezes imobilidade, posicionamento protetor, insônia, ansiedade, irritabilidade, sudorese, palidez, taquicardia, taquipneia, hipertensão, entre outros⁴⁹.

A informação dolorosa aumenta a atividade do sistema nervoso autonômico, levando ao aumento da síntese de catecolaminas e hormônios. A liberação intensa e prolongada destas substâncias produz alterações cardiocirculatórias (taquicardia, aumento do volume sistólico, vasoconstrição periférica, aumento do débito cardíaco, do consumo de oxigênio e da pressão arterial), taquipneia, retenção hídrica, aumento do catabolismo com elevação dos níveis de glicose, alterações na coagulação e redução da resposta imune⁵⁰.

Também são utilizadas no processo de avaliação, as respostas comportamentais como: choro, depoimentos, expressões faciais e movimentos corporais⁵¹.

Estudos relatam que, em situações de dor aguda, como as vivenciadas pelos pacientes cirúrgicos, as informações de danos são enviadas para o cérebro, dando início, ao mesmo tempo, à ativação do complexo sistema neuro endócrino. Essa ativação conjunta tem como intenção principal restabelecer a homeostase orgânica^{52,53}.

Os dados foram coletados durante os procedimentos de assistência ao paciente na SRA, mediante anotações no instrumento proposto, realizado pela pesquisadora.

Todas as intervenções e ações necessárias ao paciente são realizadas pela equipe de enfermagem e deliberadas em conjunto com a equipe médica.

4. Resultados

4.1 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Para validação do instrumento pelos juízes, foi elaborado um instrumento de avaliação (Anexo B), contendo apenas as respostas, fechadas, “sim” ou “não”. Não houve observações por parte dos juízes.

4.1.1 análise dos juízes

Para a validação do instrumento utilizado no estudo, ele foi submetido à análise de cinco juízes: sendo três enfermeiras e dois técnicos de enfermagem, todos com experiência em pós-operatório imediato.

4.1.2 Validação do instrumento

A avaliação do instrumento de coleta de dados - da tabela de avaliação pós-anestésica do paciente com SRI submetidos à palatoplastia primária no HRAC-USP - pelos juízes, foi composta por cinco questões relativas aos seguintes aspectos: compreensão, suficiência, pertinência, manuseabilidade e colaboratividade do instrumento⁵⁴.

Os cinco juízes manifestaram-se de forma unânime, através de suas respostas no instrumento de validação: o instrumento é de fácil compreensão; não há necessidade de serem acrescentados novos itens e nem descartados; o instrumento é de fácil utilização e colabora muito com a avaliação do paciente.

4.2 APLICABILIDADE DOS INSTRUMENTOS

O estudo piloto foi aplicado pela pesquisadora em 10 pacientes, os pais/responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo A). Esse estudo compõe-se da avaliação das seguintes variáveis: respiração, sangramento, hipotermia e dor, em relação as suas complicações e intervenções mais frequentes na SRA (anexo C). Foi feita uma análise descritiva dos dados coletados de 10 pacientes e, com os dados obtidos da aplicação do instrumento, foi calculado o valor α de Cronbach para análise da consistência e coerência. Analisando todas as variáveis presentes nos dados desses 10 pacientes, obteve-se um valor $\alpha = 0,73$. Esse valor indica que o instrumento apresenta boa consistência e coerência.

Revisando a análise, identificou-se que as seguintes variáveis apresentaram valores constantes - nos quais as respostas "Não" ou "Sim" alcançaram 100% dos casos - de forma que não há variação. Essas variáveis constantes foram: cornagem, edema de palato, O₂ com máscara, hiperextensão de pescoço, compressão do local cirúrgico com soro fisiológico gelado, temperatura abaixo de 36° C, aquecer paciente com cobertor, aquecer paciente com cobertor térmico, colocar foco de luz, oferta de O₂, oferta de O₂ com cateter e se recebeu medicação para dor no intraoperatório. Como essas variáveis não apresentaram variação, elaborou-se um novo cenário onde elas foram retiradas da análise e foi realizada uma nova correlação desses valores. Com isso, um novo valor α de Cronbach para análise da consistência e coerência foi obtido. E nesse novo cenário, o valor α de Cronbach obtido foi de 0,76. Ainda assim, com a retirada das variáveis listadas, o instrumento apresentou índice ainda mais elevado de consistência e coerência.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

O estudo considerou os dados de 35 pacientes, onde 10 pertenciam ao grupo de estudo piloto e 25 pertenciam ao grupo atendido na SRA (no período entre julho e setembro de 2008, para os pacientes do estudo piloto, e entre novembro de 2008 e julho de 2009 para todos os demais pacientes). O instrumento de coleta de dados foi preenchido pela pesquisadora, dentro da SRA do HRAC-USP, somente em pacientes com SRI e submetidos à palatoplastia primária. Este instrumento é composto por questões objetivas, com respostas fechadas, vários aspectos foram considerados e analisados, como: respiração, sangramento, hipotermia e dor.

No universo de 35 pacientes estudados, 37,1% (13) pertenciam ao sexo feminino e 62,9% (22) pertenciam ao sexo masculino.

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas para idade e tempo de permanência na sala de recuperação anestésica de pacientes com SRI.

Tabela 1. Estatísticas descritivas para idade e tempo de permanência na sala de recuperação anestésica de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.

	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Idade em meses	35	21,8	18,0	11,0	63,0	11,1
Diferença entre tempos (entrada e saída)	35	01:05:27	00:55:00	00:20:00	05:25:00	00:52:57

A avaliação da idade em meses dos pacientes com SRI, submetidos à palatoplastia primária no HRAC-USP, identificou que o paciente mais jovem possuía 11 meses; que o paciente mais velho possuía 63 meses de idade e a idade média dos pacientes foi de 21,8 meses.

A média do tempo de permanência dos pacientes na SRA foi de 1:05:27 horas. O tempo máximo de permanência foi de 5:25 horas e o tempo mínimo foi de 20 minutos.

A Tabela 2 apresenta a avaliação da respiração referente às complicações dos pacientes com SRI.

Tabela 2. Avaliação da respiração referente às complicações de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.

Complicação		Frequência	Porcentagem
Respiração ruidosa	Não	12	34,3
	Sim	23	65,7
	Total	35	100,0
Tiragem intercostal	Não	26	74,3
	Sim	09	25,7
	Total	35	100,0
Cornagem	Não	31	88,6
	Sim	04	11,4
	Total	35	100,0
Queda de Língua	Não	25	71,4
	Sim	10	28,6
	Total	35	100,0
Edema de Palato	Não	30	85,7
	Sim	05	14,3
	Total	35	100,0
Dessaturação de O ₂	Não	14	40,0
	Sim	21	60,0
	Total	35	100,0

A avaliação da respiração referente às complicações de pacientes com SRI indicou que 65,7% apresentaram respiração ruidosa; 25,7% apresentaram tiragem intercostal; 11,4% apresentaram cornagem; 28,6% apresentaram queda de língua; 14,3% apresentaram edema de palato e 60% apresentaram dessaturação de O₂.

A Tabela 3 apresenta a avaliação da respiração referente às intervenções de pacientes com SRI.

Tabela 3. Avaliação da respiração referente às intervenções de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.

Intervenção		Frequência	Porcentagem
Oferta de O ₂	Sim	35	100,0
	Não	02	5,7
Oferta de O ₂ com cateter	Sim	33	94,3
	Total	35	100,0
	Não	30	85,7
Oferta de O ₂ com Máscara	Sim	5	14,3
	Total	35	100,0
	Não	24	68,6
Hiperextensão de pescoço	Sim	11	31,4
	Total	35	100,0
	Não	22	62,9
Passagem de Cânula Nasofaríngea	Sim	13	37,1
	Total	35	100,0
	Não	19	54,3
Aspiração de Vias Aéreas Superiores	Sim	16	45,7
	Total	35	100,0
	Não	14	40,0
Decúbito Lateral	Sim	21	60,0
	Total	35	100,0
	Não	14	40,0

A avaliação das intervenções de pacientes com SRI, atendidos na SRA após terem sido submetidos à palatoplastia primária no HRAC-USP, identificou que 100% recebeu oferta de O₂; 94,3% recebeu oferta de O₂ com cateter; 14,3% recebeu oferta de O₂ com máscara; 31,4% posicionados com hiperextensão de pescoço; 37,1% recebeu cânula nasofaríngea; em 45,7% dos pacientes foi realizada aspiração de vias aéreas superiores e 60% foi colocado em decúbito lateral.

A Tabela 4 apresenta a avaliação do sangramento referente às complicações de pacientes com SRI.

Tabela 4. Avaliação do sangramento referente às complicações de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.

Complicação	Frequência	Porcentagem
Sangramento	Não	17 48,6
	Sim	18 51,4
	Total	35 100,0

A avaliação do sangramento documentou que ele ocorreu em 51,4% dos pacientes com SRI, atendidos na SRA após a palatoplastia primária.

A Tabela 5 apresenta a avaliação do sangramento referente às intervenções em pacientes com SRI.

Tabela 5. Avaliação do sangramento referente às intervenções em pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.

Intervenção		Frequência	Porcentagem
Elevação da Cabeceira	Não	11	31,4
	Sim	24	68,6
	Total	35	100,0
Instilar vaso Constritor Nasal	Não	26	74,3
	Sim	09	25,7
	Total	35	100,0
Compressão do local cirúrgico com soro fisiológico gelado	Não	35	100,0

A avaliação das intervenções em pacientes com sangramento demonstrou que foi necessária a elevação da cabeceira da maca em 68,6% dos pacientes e que, a instilação de vaso constritor nasal ocorreu em 25,7% dos casos estudados. Nenhum paciente recebeu compressão do local cirúrgico com o soro fisiológico gelado.

A Tabela 6 apresenta a avaliação da hipotermia referente às complicações de pacientes com SRI.

Tabela 6. Avaliação da hipotermia referente às complicações de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.

Complicação		Frequência	Porcentagem
Temperatura inferior a 36°C	Não	32	91,4
	Sim	03	08,6
	Total	35	100,0

Essa avaliação indica que a hipotermia ocorreu em 8,6% dos pacientes.

A Tabela 7 apresenta a avaliação da hipotermia referente às intervenções de pacientes com SRI.

Tabela 7. Avaliação da hipotermia referente às intervenções em pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.

Intervenção		Frequência	Porcentagem
Aquecer paciente com cobertor	Não	32	91,4
	Sim	03	08,6
	Total	35	100,0
Aquecer paciente com cobertor térmico	Não	35	100,0
Aquecer paciente com foco de luz	Não	35	100,0

A avaliação das intervenções realizadas em pacientes com hipotermia, indica que, do total de pacientes com SRI, atendidos na SRA após serem submetidos à palatoplastia primária, 8,6% recebeu aquecimento por meio do uso de cobertor não havendo a necessidade de aquecimento com cobertor térmico e nem do aquecimento com foco de luz. Vale ressaltar que a SRA não possui sistema de aquecimento central.

A Tabela 8 apresenta a avaliação da dor referente às complicações de pacientes com SRI.

Tabela 8. Avaliação da dor referente às complicações de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.

Complicação		Frequência	Porcentagem
Agitação e Choro	Não	13	37,1
	Sim	22	62,9
	Total	35	100,0
Taquicardia	Não	16	45,7
	Sim	19	54,3
	Total	35	100,0
Recebeu medicação para dor no intraoperatório	Sim	35	100,0

Essa avaliação se fez por meio da análise de sinais externos, perceptíveis, de desconforto do paciente. Assim, verificou-se que 62,9% dos pacientes apresentou reações como agitação e choro e 54,3% apresentou taquicardia. Todos receberam medicação para dor no período intraoperatório, pois é uma rotina no HRAC-USP.

A Tabela 9 apresenta a avaliação da dor referente às intervenções de pacientes com SRI.

Tabela 9. Avaliação da dor referente às intervenções de pacientes com SRI, HRAC-USP, 2009.

Intervenção		Frequência	Porcentagem
Necessitou de medicação para dor na SRA	Não	30	85,7
	Sim	5	14,3
	Total	35	100,0

A avaliação das intervenções relacionadas à dor, apontou que, do total de pacientes com SRI atendidos após cirurgia de palatoplastia primária no HRAC-USP, apenas 5% dos pacientes necessitou de medicação para dor.

A Tabela 10 apresenta o encaminhamento de pacientes com SRI, após atendimento na SRA.

Tabela 10. Encaminhamento de pacientes com SRI após atendimento na SRA, HRAC-USP, 2009.

	Encaminhamento	Frequência	Porcentagem
Destino	Unid. de Pós-operatório	31	88,6
	Revisão cirúrgica	01	02,9
	UTI	03	08,6
	Total	35	100,0

A avaliação dos encaminhamentos dos pacientes com SRI submetidos à palatoplastia primária no HRAC – USP, após atendimento na SRA, demonstra que 88,6% foram encaminhados para a unidade de pós-operatório imediato; 2,9% foram encaminhados para revisão cirúrgica e 8,6% foram encaminhados para a UTI.

A Tabela 11 apresenta as estatísticas descritivas referente aos itens do instrumento de avaliação da SRI.

Tabela 11. Estatísticas descritivas referentes aos itens do instrumento de avaliação da SRI, HRAC-USP, 2009.

Item Avaliado	N	Mínimo	Maximo	Média	Desvio Padrão
Respiração Ruidosa	35	0	1	,66	,482
Tiragem intercostal	35	0	1	,26	,443
Cornagem	35	0	1	,11	,323
Queda de língua	35	0	1	,29	,458
Edema de Palato	35	0	1	,14	,355
Dessaturação de O ₂	35	0	1	,60	,497
Oferta de O ₂	35	1	1	1,00	,000
Oferta de O ₂ com cateter	35	0	1	,94	,236
Oferta de O ₂ com mascara	35	0	1	,14	,355
Hiperextensao de pescoço	35	0	1	,31	,471
Passagem de cânula Nasofaríngea	35	0	1	,37	,490
Aspiração de vias aéreas superiores	35	0	1	,46	,505
Decúbito lateral	35	0	1	,60	,497
Sangramento	35	0	1	,51	,507
Elevação da cabeceira	35	0	1	,69	,471
Instilar vaso constritor nasal	35	0	1	,26	,443
Compressão do local cirúrgico com soro fisiológico gelado	35	0	0	,00	,000
Temperatura inferior a 36°C	35	0	1	,09	,284
Aquecer paciente com cobertor	35	0	1	,09	,284
Aquecer paciente com cobertor térmico	35	0	0	,00	,000
Aquecer paciente com foco de luz	35	0	0	,00	,000
Agitação e choro	35	0	1	,63	,490
Taquicardia	35	0	1	,54	,505
Recebeu medicação para dor no intraoperatório	35	1	1	1,00	,000
Necessitou de medicação para dor na SRA	35	0	1	,14	,355

O valor do coeficiente α de Cronbach para os 25 itens descritos na tabela 11 foi de 0,853. Como cinco itens apresentaram todas as respostas iguais, tanto em relação às respostas “sim”, como em relação às respostas “não”, foi calculado o valor do α de Cronbach para uma nova tabela, composta por 20 itens, que foi de 0,862, considerando como uma consistência forte para o instrumento. A Tabela 12 apresenta os valores de α de Cronbach excluindo item a item.

Tabela 12. Avaliação do α de Cronbach para os itens do instrumento excluindo item a item

Nova Tabela	Valor α de Cronbach após exclusão dos itens
Respiração Ruidosa	,851
Tiragem intercostal	,855
Cornagem	,858
Queda de língua	,856
Edema de Palato	,856
Dessaturação de O ₂	,851
Oferta de O ₂ com cateter	,870
Oferta de O ₂ com mascara	,865
Hiperextensao de pescoço	,849
Passagem de cânula naso faringea	,848
Aspiração de vias aéreas superiores	,841
Decúbito lateral	,846
Sangramento	,862
Elevação da cabeceira	,854
Instilar vaso constritor nasal	,862
Temperatura inferior a 36°C	,862
Aquecer paciente com cobertor	,862
Agitação e choro	,847
Taquicardia	,847
Necessitou de medicação para dor na SRA	,866

Concluiu-se que nenhum dos itens retirados melhorou o valor de α de Cronbach, demonstrando que todos os itens são importantes na avaliação.

5. Discussão dos Resultados

A Sequência de Robin, ocupa papel relevante nas ações de saúde do HRAC-USP, pelas suas características peculiares. Dentre as malformações associadas à fissura lábio-palatal, a SR é a que apresenta maior frequência, exigindo maiores cuidados, daí a importância de podermos relatar a pesquisa realizada em nosso serviço, fornecendo aos profissionais de saúde, subsídios para que possam delinear uma abordagem eficaz, orientando os cuidados referentes ao posicionamento da criança, técnica de alimentação, e assistência pré e pós-operatória⁵⁵.

O principal objetivo da SRA é identificar apropriadamente os problemas atuais do paciente, intervir neles e prevenir o desenvolvimento de problemas potenciais^{31,28}. Para tanto, é essencial que a assistência de enfermagem em SRA seja segura, racional e individualizada, dando suporte ao paciente durante o retorno ao seu estado fisiológico normal, após a anestesia¹⁹.

O estudo avaliou apenas pacientes com SRI submetidos à palatoplastia primária, por meio de instrumento de coleta de dados, composto por questões objetivas, com respostas fechadas.

Em relação à avaliação da idade em meses, no HRAC-USP o procedimento de cirurgias determina que estas devem ser realizadas a partir dos 12 meses de idade - se o paciente estiver em boas condições clínicas e laboratoriais - verificou-se que a idade média dos pacientes com SRI operados foi de 21,8 meses. Isto decorre das características da própria patologia - pois no caso desses pacientes, as dificuldades alimentares são frequentes devido, não só a obstrução respiratória alta, como também o retro posicionamento lingual, que dificulta o posicionamento do bico da mamadeira sobre a língua, para sucção

adequada. A fissura de palato agrava a dificuldade alimentar porque determina pressão intra oral insuficiente para adequada sucção. Observa-se cianose, tosse, engasgos, regurgitação, vômito, período prolongado de amamentação superior a 30 minutos, volume ingerido pequeno e maior gasto energético, levando à perda de peso⁵⁶, e da avaliação decorrente da nasofaringoscopia seriada semestral que se inicia aos 12 meses de idade e é realizada até a possibilidade de realização da palatoplastia.

Verifica-se, assim, que os pacientes com SRI alcançam as condições ideais para cirurgia, com idade média bem mais avançada do que o previsto pela instituição.

Predominou uma média do tempo de permanência dos pacientes na SRA de 1:05:27 horas. Isto indica que este tipo de paciente permanece na SRA por um período longo, uma vez que no atendimento diário do serviço de enfermagem a estes pacientes identifica-se que apresentam maior índice de complicações na SRA em comparação aos demais pacientes de palatoplastia, conforme BIAZON¹⁹.

Dentre os caso avaliados, o paciente que permaneceu pelo tempo máximo, de 5:25 horas, teve como principal motivo a ocorrência de complicações respiratórias e o paciente foi encaminhado diretamente para a Unidade de Terapia Intensiva do HRAC.

A avaliação da respiração referente às complicações de pacientes com SRI indicou que pacientes atendidos na SRA apresentaram dificuldade respiratória tais como: respiração ruidosa 65,7%, tiragem intercostal 25,7%, cornagem 11,4%, queda de língua 28,6%, edema de palato 14,3% e 60% dos pacientes apresentaram dessaturação de O₂, confirmando a gravidade desses pacientes no

pós-operatório imediato. Com estes resultados, constatamos que o período de recuperação anestésica caracteriza-se por alterações fisiológicas decorrentes do trauma anestésico cirúrgico, a incidência de complicações graves no período pós-operatório está associada não só à complexidade da patologia e da anestesia, mas também às características individuais dos pacientes³⁵.

Na SRA do HRAC é preconizado que 100% dos pacientes receba oferta de O₂, posto que todos eles são encaminhados para a SRA inconscientes e com cânula de guedel. A maioria recebe imediatamente O₂ por meio de cateter. Aqueles que, após acordarem, e permanecerem com saturação de O₂ abaixo de 95%, passaram a receber O₂ por meio da máscara. Em relação à hiperextensão de pescoço, 31,4% dos casos, obteve melhora significativa da respiração. Destaque-se que 37,1% receberam cânula nasofaríngea. Este é um fator importante a ser considerado, visto que a intubação nasofaríngea (INF) é sugerida como modalidade de tratamento clínico nos casos com grave dificuldade respiratória⁵⁷. Em 45,7% dos pacientes foi realizada aspiração de vias aéreas superiores para retirada de secreção e sangue da cavidade orotraqueal⁵⁸.

Para minimizar a dificuldade respiratória, 60% dos pacientes foram colocados em decúbito lateral, pois conforme a experiência prática da equipe, esta intervenção é bastante eficiente nestes casos.

Foi obtido neste estudo que 51,4 % dos pacientes avaliados apresentou sangramento (Tabela 4), corroborando as pesquisas de Litwack³¹, que afirma que o sangramento pós-cirúrgico é uma complicação observada frequentemente na SRA, onde a enfermeira tem que instituir medidas para detectar e minimizar futuros sangramentos.

Com relação às intervenções referentes à ocorrência de sangramento, a principal intervenção, feita em 68,6% dos pacientes, foi a elevação da cabeceira para diminuir o fluxo sanguíneo no local cirúrgico, enquanto que a instilação de vaso constritor nasal ocorreu em 25,7% dos casos estudados.

Identificou-se que a hipotermia ocorreu em reduzido percentual de 8,6% dos pacientes. Essa situação ocorre devido à exposição da baixa temperatura na sala de operação, à infusão de soluções de temperaturas baixas, à diminuição do metabolismo e à idade^{45,46}. Além das alterações fisiológicas, a hipotermia prejudica acentuadamente o conforto do paciente no período pós-operatório imediato, conforme Vanni et al⁴⁵. Verificou-se que esta complicação é pouco comum entre pacientes do grupo estudado.

Avaliando-se as intervenções aplicadas, constata-se que o uso de cobertor ocorreu em 100% dos pacientes com hipotermia no pós-operatório imediato e isto foi suficiente para reverter o quadro de hipotermia, não sendo necessário o aquecimento por meio de cobertor térmico ou foco de luz.

Quanto às reações decorrentes da dor, ao analisar a tabela 8 pode-se constatar que 62,9% dos pacientes apresentaram reações como agitação e choro. Os resultados se justificam pelo fato de Nunes⁴⁸ afirmar que a dor é um problema comum no pós-operatório imediato e uma das causas mais frequentes de agitação na SRA. Outros aspectos que colaboram para a avaliação da dor são as observações quanto às reações comportamentais e fisiológicas apresentadas pela criança no pós-operatório, entre várias, está incluída a taquicardia⁴⁹, que foi identificada em 54,3% dos pacientes avaliados.

Tem-se que 100% dos pacientes receberam medicação analgésica no período intraoperatório. Tal incidência é justificada por Garcia⁵⁹, o qual relata que atualmente, realiza-se a analgesia preventiva, isto é, uma analgesia iniciada antes do estímulo doloroso ser gerado, com o objetivo de prevenir ou diminuir a dor subsequente. Esse tipo de analgesia é realizado na sala cirúrgica, enquanto o paciente ainda está anestesiado. Por conta deste procedimento, temos o resultado da tabela 9 onde pode ser constatado que somente 14,3% dos pacientes, os quais apresentaram reações mais diferenciadas, necessitaram de medicação para dor na SRA.

Segundo Biazon¹⁹, os pacientes com SRI apresentam maior índice de complicações na SRA em comparação aos demais pacientes de palatoplastia, porém, dentro deste grupo, conforme demonstra a Tabela 10, somente 8,6% tiveram necessidade de serem encaminhados a UTI. E mesmo com 51,4 % dos pacientes apresentando sangramento, somente 2,9% necessitaram ser submetidos a revisão cirúrgica.

6. Conclusões

À partir dos resultados finais deste estudo, em relação ao grupo de pacientes com SRI atendidos na SRA do HRAC-USP no período compreendido entre julho e setembro de 2008 e de novembro de 2008 a julho de 2009 e de acordo com a proposta, pode-se concluir que:

Foram identificados 35 pacientes, com SRI, submetidos à palatoplastia primária.

A adaptação de um instrumento, baseado no modelo de Biazon¹⁹, demonstrou sua consistência e importância na avaliação das complicações mais frequentes, bem como identificou quais as intervenções mais comuns no atendimento a estes pacientes.

A idade média dos pacientes com SRI submetidos à palatoplastia primária é maior do que dos pacientes com fissura de palato não associadas a síndromes, posto que a SRI tende a retardar o crescimento, o ganho de peso e as condições necessárias para a cirurgia, em decorrência das dificuldades respiratórias e de alimentação que esta patologia traz.

As complicações mais frequentes foram à respiração ruidosa e a dessaturação de O₂, sendo que as intervenções como oferta de O₂, em todos os pacientes, principalmente via cateter e o posicionamento do paciente em decúbito lateral, melhoraram consideravelmente tais complicações.

Mesmo ocorrendo o sangramento em mais de cinquenta por cento dos pacientes, intervenções como a elevação da cabeceira da maca e a instilação de vaso constritor nasal, foram suficientes para cessar o sangramento, tanto que apenas 2,9% dos mesmos foram encaminhados à revisão cirúrgica, procedimento necessário para conter sangramento persistente.

Não houve número significativo de pacientes com hipotermia, mesmo não estando a SRA sob influência do sistema de aquecimento central. O uso de cobertor foi a intervenção mais eficaz.

No HRAC, todos os pacientes recebem analgesia no intraoperatório, por deliberação da equipe de anestesiologia. Assim, ainda que a maior porcentagem de pacientes tenha apresentado sinais de choro e taquicardia, apenas a 14,3% foi ofertada medicação analgésica, na SRA, após avaliação do anestesista.

A SR é a síndrome que apresenta maior frequência, dentre as malformações associadas à fissura lábio-palatal, exigindo maiores cuidados, dentro do HRAC-USP. O instrumento de cuidados de enfermagem desenvolvido e validado no presente estudo descreve os tipos de complicações mais frequentes e indica as principais intervenções realizadas pela equipe de enfermagem no HRAC-USP, na SRA. Em que pese a incidência de tal patologia – e as conseqüências para portadores que não recebam a devida assistência – há carência de estudos específicos na literatura, daí a importância de se ampliar as pesquisas para se delinear uma assistência cada vez mais eficaz no pós operatório imediato, apta a colaborar com o desenvolvimento da enfermagem e o aprimoramento contínuo da assistência aos pacientes.

7. Referências

1. Marques IL. Crescimento de crianças portadoras de Seqüência de Robin isolada de zero a um ano de idade [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1995.
 2. Williams AJ, Williams MA, Walker CA, Bush PG. The Robin anomalad (Pierre Robin Syndrome) a follow up study. *Arch Dis Child*. 1981; 56(9):663-8.
 3. Marques IL, Sousa TV, Carneiro AF, Peres SPBA, Barbieri MA, Bettiol H. Seqüência de Robin: protocolo único de tratamento. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*. 2005; 81(1):14-22.
 4. Pasyayan HM, Lewis MB. Clinical experience with the Robin sequence. *Cleft Palate J*. 1984; 21(4):270-6.
 5. Ribeiro LF. Seqüência de Robin: o pediatra e a referência da equipe nos cuidados imediatos e mediatos. *Pediatria*. 1999; 21(2):117-22.
 6. Cohen Junior MM. The Robin anomalad: its nonnspecificity and associated syndromes. *J Oral Surg*. 1976; 34:587-93.
 7. Cocke Junior W. Experimental production of micrognathia and glossoptosis associated with cleft palat (Pierre Robin Syndrome). *Plast Reconstr Surg*. 1966; 38:395-403.
 8. Postillo D. The aetiology and surgery of cleft palate with micrognathia. *Ann R Coll Surg Engl*. 1968; 43:61-88.
 9. Cohen Junior MM. Syndromology's message for craniofacial biology. *J Maxillofac Surg*. 1979; 7(2):89-109.
-

10. Cohen Junior MM. The child with multiplebirth defects. New York: Raven Press; 1982.
 11. Prows CA, Bender PL. Beyond Pierre Robin sequence. Neonatal Netw. 1999; 18(5):13-9.
 12. Lidral AC, Murray JC. Genetic approaches to identify disease genes for birth defects with cleft lip/palate as a model. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2004;70(12):893-901.
 13. Universidade de São Paulo. Reportagem especial: anomalias craniofaciais, as faces do tratamento. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo; s.d.
 14. Marques IL, Sousa TV, Carneiro AF, Barbieri MA, Bettiol H, Gutierrez MR. Clinical experience with infants with Robin sequence: a prospective study. Cleft Palate Craniofac. J. 2001; 38(2):171-8.
 15. Capelozza Filho L, Silva Filho OG. Fissura labiopalatais. In: Petrelli E, coordenador. Ortodontia para fonoaudiologia. Curitiba: Iovise; 1992. p.195-239.
 16. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. Rev Hosp Clin Fac Méd São Paulo. 1972; 27:5-6.
 17. Silva Filho OG, Ferrari Junior FM, Rocha DL, Freitas JAS. Classificação das fissuras labiopalatinas: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. Rev Bras Cir. 1992; 82:56-65.
-

18. Silva MLN, Silva Filho OG, Freitas JAS. Abordagem interdisciplinar no tratamento das fissuras labiopalatinas. In: Campos CAH, Costa HOO, editores. Tratado de otorrinolaringologia. São Paulo: Roca; 2003. v.3, p.534-66.
 19. Biazon J, Peniche ACG. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(3):519-25.
 20. Munhoz DEN. Trabalho interdisciplinar: realidade e utopia. Serv Soc. 1996, 51(17):167-71.
 21. Mondini CCSD. Avaliação da capacidade de cuidadores de lactentes com Seqüência de Robin [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2008.
 22. Sher AE. Mechanisms of airway obstruction in Robin Sequence: implications for treatment. Cleft Palate Craniofac J. 1992; 29(3):224-31.
 23. Sher AE, Shprintzen RJ, Thorpy MJ. Endoscopic observations of obstructive sleep apnea in children with anomalous upper airways: predictive and therapeutic value. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1986; 11(2):135-46.
 24. Argamaso RV. Glossopexy for upper airway obstruction in Robin sequence. Cleft Palate Craniofac J. 1992; 29(3):232-8.
 25. Perez SPBA, Arena EP, Moreira FL, Marques IL. Importância da intervenção dietética no estado nutricional de lactentes portadores de Sequência de Robin. Rev Bras Nutr Clin. 2002; 17(1):15-9.
-

26. Cruz MJ, Kerschner JE, Beste DJ, Conley SF. Pierre Robin sequences: secondary respiratory difficulties and intrinsic feeding abnormalities. *Laryngoscope*. 1999; 109:1632-6.
 27. Nassar E. Proposta de técnicas fonoaudiológicas facilitadoras da alimentação do lactente portador de Sequência de Pierre Robin [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002.
 28. Marques IL, Sousa TV, Carneiro AF, Barbieri MA. Large experience with infants with Robin sequence: a prospective Study on 159 cases. In: Lilja J, editor. Transactions 9th International Congress on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomalies; 2001 June 25-29; Goteborg, Sweden. Goteborg; 2001. p.81-7.
 29. Sousa TV, Marques IL, Carneiro AF, Bettiol H, Freitas JA. Nasopharyngoscopy in Robin Sequence: clinical and predictive value. *Cleft Palate Craniofac J*. 2003; 40:618-23.
 30. Freeman MK, Mannerrs JM. Cor pulmonale and the Pierre Robin anomaly: airway management with a nasopharyngeal tube. *Anaesthesia*. 1980; 35(3):282-6.
 31. Litwack K. Postanesthesia recovery. In: Nogelhat JJ, Zoglaniezny SL, coordinators. *Nurse anesthesia*. Philadelphia: Saunders; 1997. p.1221-32.
 32. Aldrete JA, Kroulik D. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth*. 1995; 7(1):89-91.
-

33. Eriksson M, Henriksson TG. Risky factors in children having palatoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2001; 35:279-83.
 34. Henriksson TG, Skoog VT. Identification of children at high anaesthetic risk at the time of primary palatoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2001; 35:177-82.
 35. Nocite JR. Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais. *Rev Brás Anesthesiol*. 1987; 37:161 -7.
 36. Possari JF. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica (RPA). São Paulo: Iátria; 2003.
 37. Olasoji HO, Ambe PJ, Adesina OA. Pierre Robin syndrome: an update. *Niger Postgrad Med J*. 2007; 14(2):140-5.
 38. Bachega MI. Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2002.
 39. Palhares VC. Avaliação e capacitação da equipe de enfermagem para o atendimento da parada cardiorrespiratória em uma unidade de terapia intensiva de um pronto socorro [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2008.
 40. Polit DF, Hungler BD. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
-

41. Practice guidelines for post anesthetic care [special article]. A report by the American Society of Anesthesiologists task force on postanesthetic care. *Anesthesiology*. 2002; 96(3):742-52.
 42. Feeley TW, Macario A. The postanesthesia care unit. In: Miller RD. *Anesthesia*. 5a ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. p.2302-21.
 43. Meeker MH, Rothrock JC. *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
 44. Drain CB. *The post anesthesia care unit: a critical care approach to post anesthesia nursing*. Philadelphia: Saunders; 1994.
 45. Vanni SMA, Bras JRC. Hipotermia perioperatória: novos conceitos. *Rev Bras Anesthesiol*. 1999; 49(5):360-7.
 46. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
 47. Kickkas P, Poulopolou M, Papahatzi A, Souleles P. Effects of hypothermia and hivering on standard PACU monitoring of patients. *AANA J*. 2005; 73(1): 47-53.
 48. Nunes DI. Dor pós-operatória. In: Auler Junior JOC, Miyoshi E, Leitão FBP, Bello CN. *Manual teórico de anestesiologia para o aluno de graduação*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.147-60.
 49. Persegona KR, Zagonel IPS. Relação intersubjetiva do enfermeiro e criança com dor. *Rev Enferm Esc Anna Nery*. 2008; 12(3):430-6.
-

50. Pimenta CAM, Santos EMM, Chaves LD, Martins LM, Gutierrez BAO. Controle da dor no pós-operatório. *Rev Esc Enf USP*. 2001; 35(2):180-3.
 51. Chaves LD. Dor pós-operatória: aspectos clínicos e assistência de enfermagem. In: Chaves LD, Leão ER. *Dor - 5o sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. Curitiba: Maio; 2004. p.151-68.
 52. Carvalho MMMJ, organizador. *Dor: estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus; 1999.
 53. Drummond JP. *Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000.
 54. Vieira S. *Como elaborar questionários*. São Paulo: Atlas; 2009.
 55. Bachega MI, Leandro LR, Spiri WC, Freitas JAS. Anomalia Pierre Robin: cuidados. *Rev Bras Enferm*. 1985; 38(3):306-18.
 56. Elliott MA, Studen-Pavlovich DA, Ranalli DN. Prevalence of selected pediatric conditions in children with Pierre Robin sequence. *Pediatr Dent*. 1995; 17(2):106-11.
 57. Sher AE. Mechanisms of airway obstruction in Robin sequence: implications for treatment. *Cleft Palate Craniofac J*. 1992; 29(3):224-31.
 58. Farias GM, Freitas MCS, Rocha KMM, Costa IKF. Pacientes sob Ventilação Mecânica: cuidados prestados durante a aspiração endotraqueal. *InterScience Place*. 2009; 2(9):1-18.
 59. Garcia JBS, Issy AM, Sakata RK. Analgesia preventiva. *Rev Bras Anesthesiol*. 2001; 51(5):448-63.
-

Anexos

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____ portador da cédula de identidade _____, responsável pelo paciente _____, após leitura minuciosa desse documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: "Avaliar pacientes com Sequência de Robin na recuperação anestésica após Palatoplastia Primária", realizada por: Claudia Regina Matiole Nunes nº do Conselho: COREN 51045 SP, sob orientação do Dr. José Eduardo Corrente, que tem como objetivo: Avaliar as complicações pós-operatórias que ocorrem em pacientes com Sequência de Robin, na sala de recuperação anestésica depois de submetidos a cirurgia; identificar o número de pacientes portadores de Sequência de Robin, depois da cirurgia de palatoplastia no HRAC no período da pesquisa, indicar as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem nos cuidados prestados ao pacientes portadores de Sequência de Robin na sala de recuperação anestésica.

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação à sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421".

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional previsto no artigo 35 do Código de Ética da Enfermagem.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa ou responsável

Assinatura do Pesquisador

A SER PREENCHIDO, SE O SUJEITO DA PESQUISA NÃO FOR O PACIENTE.

Nome do Pesquisador Resp: Cláudia Regina Matiole Nunes - End: Rua Silvio Marchione Nº 3-20 Bauru/SP CEP: 17.012.900 Telefone:(014) 3235-8000. E- mail:spp@centrinho.usp.br

ANEXO B - VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

Validação do Instrumento de Coleta de dados da tabela de avaliação Pós-anestésica do paciente com SR, submetido à Palatoplastia Primária no HRAC – USP.

Enf. Cláudia Regina Matiole Nunes

O instrumento é de fácil compreensão?

() Sim () Não

Obs:

Existem itens que poderiam ser acrescentados?

() Sim () Não

Quais?

Existem itens que poderiam ser descartados?

() Sim () Não

Quais?

O instrumento é de fácil utilização?

() Sim () Não. Por que?

O instrumento colabora com a avaliação do paciente?

() Sim () Não. Por que?

Declarante:

Bauru, ____/____/ 2009

ANEXO C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PÓS ANESTÉSICA DO PACIENTE COM SEQUENCIA DE ROBIN ISOLADA (SRI), SUBMETIDO À PALATOPLASTIA PRIMÁRIA NO HRAC-USP.

Avaliação	Complicação	Intervenção
Respiração	<u>Dificuldade</u>	Monitorização com oxímetro
	<u>respiratória</u> () Sim () Não	de pulso () Sim () Não
	Respiração ruidosa () Sim () Não	Oferta de O ₂
	Tiragem intercostal () Sim () Não	- com Cateter () Sim () Não
	Cornagem () Sim () Não	- com Máscara facial () Sim () Não
	Queda de língua () Sim () Não	Hiperextensão de pescoço () Sim () Não
	Edema de Palato	Passagem de Cânula NF () Sim () Não
	<u>Desaturação de O₂</u> () Sim () Não (saturação de O ₂ < 90%)	Aspiração VAS () Sim () Não Decúbito Lateral (esq/dir) () Sim () Não
Sangramento (no local da cirurgia)	() Sim () Não	Elevação da cabeceira do leito () Sim () Não Instilar vasoconstritor nasal () Sim () Não Compressão do local cirúrgico () Sim () Não com soro fisiológico gelado
Hipotermia	Temperatura inferior a 36 °C () Sim () Não	Aquecer paciente com cobertor () Sim () Não Aquecer paciente com cobertor térmico () Sim () Não Colocar foco de luz () Sim () Não
Dor	Agitação e choro () Sim () Não Taquicardia () Sim () Não Recebeu medicação para dor no intraoperatório? () Sim () Não	Necessitou de medicação para dor na SRA? () Sim () Não

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Ofício nº 406/2008-SVAPEPE-CEP

Bauru, 18 de dezembro de 2008.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado **“Avaliar pacientes com sequência de Robin na recuperação anestésica após palatoplastia primária”**, de autoria de **CLÁUDIA REGINA MATIOLE NUNES** desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **26 de novembro de 2008**, o parecer do relator **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sa. a gentileza de comunicar o parecer ao(a) pesquisador(a) e anexar o presente ofício ao projeto pois o mesmo será necessário para futura publicação do trabalho.

O(A) pesquisador(a) fica responsável pela entrega na SVAPEPE – Apoio ao Projeto de Pesquisa dos relatórios semestrais, bem como, comunicar ao CEP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente,

PROFA. DRA. ÍZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a)
Cláudia Regina Matiole Nunes
Enfermagem– HRAC/USP

Rua Silvío Marchione, 3-20 Bauru SP Brasil
Caixa Postal 1501 CEP 17.012-900
Tel. 55 14 3235 8421
E-mail: cep@centrinho.usp.br



HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão
Seção de Apoio à Pesquisa

Ofício nº 216/2009-SVAPEPE-CEP

Bauru, 06 de outubro de 2009.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa intitulado "**Avaliar pacientes com sequência de Robin na recuperação anestésica após palatoplastia primária**", de autoria de V.Sa., foi aprovado pelo CEP em 26 de novembro de 2008. Na reunião realizada em **29 de setembro de 2009**, a solicitação de alteração no título para: "**Avaliação de pacientes com sequência de Robin isolada no pós operatório imediato após palatoplastia primária**", foi aprovada.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará um parecer final que poderá ser utilizado para publicação.

Atenciosamente,

PROFA. DRA. IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a)
CLAUDIA REGINA MATIOLE NUNES
A/C
Dr. José Eduardo Corrente
Docente – UNESP/BOTUCATU

Rua Silvio Marchione, 3-20 Bauru SP Brasil
Caixa Postal 1501 CEP 17.012-900
Tel. 55 14 3235 8421

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)