**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

ANA PAULA RIBEIRO RAZERA

**Vídeo educativo como estratégia de treinamento para cuidadores
de crianças com fissura labiopalatina em pós-operatório de
queiloplastia e palatoplastia**

**BAURU
2016**

ANA PAULA RIBEIRO RAZERA

**Vídeo educativo como estratégia de treinamento para cuidadores
de crianças com fissura labiopalatina em pós-operatório de
queiloplastia e palatoplastia**

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientadora:

Profa. Dra. Maria de Lourdes Merighi Tabakim

Coorientadora:

Dra. Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini

**BAURU
2016**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

Rua Silvio Marchione, 3-20

Caixa Postal: 1501

17012-900 – Bauru, SP, Brasil

Telefone: (14) 3235-8000

Prof. Dr. Marco Antonio Zago – Reitor da USP

Dra. Maria Aparecida de A. Moreira Machado – Superintendente do HRAC-USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese, desde que citada a fonte.

Ana Paula Ribeiro Razera

Bauru, ____ de _____ de 2016.

Razera, Ana Paula Ribeiro

R219v Vídeo educativo como estratégia de treinamento para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina em pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia. Bauru, 2016.
147p.: il.; 30cm.

Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Merighi Tabaquim
Coorientadora: Dra. Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini

1. Período pós-operatório. 2. Fenda labial. 3. Fissura palatina.
4. Cuidadores. 5. Educação em Enfermagem. 6. Recursos audiovisuais.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Paula Ribeiro Razera

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.
Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição _____

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da Tese junto à SPG: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sérgio e Otília,

Pelo dom da minha vida e por guiarem os meus passos, ensinando-me os verdadeiros valores que agregam à vida. Cada incentivo, apoio, conselho e educação valeram muito a pena para que eu chegasse até aqui. Obrigada por tudo que fizeram e fazem por mim. Obrigada, ainda, por acreditarem e incentivarem os meus sonhos. A vocês, todo o meu amor.

Ao meu esposo, Paulo Sérgio,

Por compartilhar comigo todos os momentos, com muito amor, apoio e companheirismo. Obrigada por sempre manter-se fiel ao meu lado superando cada obstáculo e colaborando para a concretização deste sonho. Agradeço pelas noites mal dormidas, pela mão amiga e pelo aconchego nos momentos de dificuldades. Te amo infinitamente.

À minha filha, Sophie,

Luz e razão do meu viver, que veio para este mundo trazendo amor, paz e união. Agradeço por todo o seu amor e por alegrar os meus dias com a sua pureza, ternura e delicadeza. Também agradeço que, mesmo muito pequenina, sem entender a minha ausência e os porquês dessa vida, soube colaborar comigo para que eu pudesse finalizar esta tese e realizar este sonho. A você, minha bonequinha, todo o meu amor e a minha dedicação.

Este estudo recebeu apoio financeiro da **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP**, por meio do Projeto 2012/18085-0.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Deus,

Pelo seu amor incondicional, por me dar sabedoria e discernimento nos momentos de dúvidas e fraquezas, pelas conquistas realizadas, pois sem Ele não chegaria onde estou. Agradeço por todas as dificuldades encontradas e por sempre me mostrar o caminho certo a seguir.

“Tudo posso Naquele que me fortalece”.

À minha orientadora,

Profa. Dra. Maria de Lourdes Merighi Tabaquim,

Pela exímia profissional e pesquisadora. Que ao longo desses anos, me ajudou a crescer como profissional, pesquisadora e, acima de tudo, como pessoa. Obrigada por me acolher e me conduzir na realização deste sonho. A você, meu eterno agradecimento e admiração.

À minha coorientadora,

Dra. Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini,

Pelo incentivo, confiança, amizade e ajuda inestimável no início e planejamento do vídeo educativo. Agradeço por toda paciência e ensinamentos transmitidos ao longo desses anos.

Obrigada por dividir comigo todo o seu conhecimento.

À FAPESP,

Pelo recurso financeiro concedido nesta etapa da minha formação profissional.

AGRADECIMENTOS

À minha família, de modo especial à minha irmã **Natalia**, pela partilha dos sonhos, e por me permitir acreditar que tudo pode acontecer. E à minha madrinha **Sueli**, pelos ensinamentos e orações, por me ajudar nos momentos mais difíceis.

Ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, na pessoa de sua Superintendente **Profa. Dra. Maria Aparecida de A. Moreira Machado**, pela colaboração na realização deste estudo.

À Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP, na pessoa de sua presidente **Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira**. Obrigada pelo incentivo para o meu crescimento profissional.

Aos **pacientes, cuidadores e familiares**, pela confiança depositada e pela colaboração para que este trabalho se concretizasse.

À Profa. **Dra. Wilza Carla Spiri**, Profa. **Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka** e Profa. **Dra. Dagma Venturini Marques Abramides**, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À **equipe de enfermagem** do HRAC-USP, que atenciosamente me recebeu. Minha eterna gratidão pela compreensão, apoio e carinho.

Aos amigos enfermeiros **Armando, Cleide e Isabel** por acreditarem no meu trabalho e por me ajudarem na construção desta tese.

Ao meu esposo **Paulo**, por colaborar na execução deste trabalho desde as correções gramaticais até o esboço com o material educativo desenvolvido para este estudo.

À amiga e psicóloga **Ana Vera**, pela colaboração na coleta e interpretação dos dados.

À **Flávia Maria Ravagnani Neves Cintra**, pela contribuição no tratamento estatístico dos dados.

À **Denise Aparecida Giacheti Gillio**, pela contribuição nas correções e formatação desta tese.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação do HRAC-USP, nas pessoas da **Zeze** e **Tatiana**, por tantos apelos atendidos a cada entrave burocrático. Muito obrigada pela atenção, paciência e disponibilidade.

Aos meus **colegas e amigos** em geral, nos quais a descrição dos nomes se torna impossível. Obrigada por compartilharem comigo todos os momentos, com apoio e carinho.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para a realização desta pesquisa.

*“Confie a Javé o que você faz, e seus
projetos se realizarão”*

Provérbios 16,3

RESUMO

Razera APR. Vídeo educativo como estratégia de treinamento para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina em pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2016.

Objetivo: verificar o padrão de informação adquirido por cuidadores informais de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia por meio da utilização de um vídeo educativo. Método: estudo clínico randomizado, realizado com 80 cuidadores de crianças com fissura labiopalatina isolada submetidas às cirurgias de queiloplastia e/ou palatoplastia, compondo dois grupos, experimental (G1) e comparativo (G2). A coleta de dados ocorreu durante o período de hospitalização da criança, em três etapas, pré-treinamento, treinamento e pós-treinamento. No pré-treinamento, foi aplicado o questionário de sondagem contendo questões referentes à caracterização da amostra (G1 e G2) e identificação de informações sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia dos participantes. Em seguida, foram administrados os instrumentos: Inventário de sintomas de stress para adultos, Inventário de Beck para depressão, Inventário de Beck para ansiedade, Teste não verbal de inteligência e Escala de Bourden Interview, em ambos os grupos, para a identificação do perfil comportamental dos cuidadores. Na segunda etapa, os cuidadores receberam treinamento com orientações sobre os cuidados necessários com a criança no período pós-operatório. Para o treinamento do G1, foi construído e validado um vídeo educativo sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias de queiloplastia e palatoplastia, apresentado aos cuidadores na forma individual. Para o G2, foram fornecidas orientações pós-operatórias de rotina, realizadas pelos enfermeiros da unidade hospitalar. No pós-treinamento, foi reaplicado o questionário de sondagem sobre as orientações fornecidas, em ambos os grupos, visando à identificação do padrão de informação adquirido sobre os cuidados pós-operatórios e a comparação dos resultados. Na análise estatística, utilizaram-se os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher, Mann-Whitney, Wilcoxon e McNemar. Em todos os

testes adotou-se o nível de significância de 5%. Resultados: em ambos os grupos foram evidenciados ganhos no padrão de informação sobre os cuidados pós-operatórios no pós-treinamento. Porém, o G1 apresentou maior nível de informação sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia com o uso do vídeo educativo, em comparação ao G2. Conclusão: considerando os ganhos pós-treinamento no padrão de informação do grupo experimental, comparado ao grupo comparativo, o vídeo educativo, construído e validado no presente estudo, evidenciou-se como uma ferramenta educativa facilitadora na aquisição sobre o manejo dos cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia.

Palavras-chave: Período pós-operatório. Fenda labial. Fissura palatina. Cuidadores. Educação em Enfermagem. Recursos audiovisuais.

ABSTRACT

Razera APR. Educational video as a training strategy for caregivers of children with cleft lip and palate during postoperative period after lip and palate repair [thesis]. Bauru: Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo; 2016.

Objective: to analyze the information achieved by informal caregivers of children with cleft lip and palate about the postoperative care after lip and palate repair, by the utilization of an educational video. Method: randomized clinical study, conducted on 80 caregivers of children with isolated cleft lip and palate submitted to lip and/or palate repair surgeries, comprising two groups, study (G1) and control (G2). Data were collected during hospitalization of children at three stages, namely pre-training, training and post-training. At pre-training, a screening questionnaire was applied containing questions related to sample characterization (G1 and G2) and identification of information on the postoperative care after lip and palate repair of the participants. Then, the following instruments were applied: Stress Symptoms Inventory for Adults, Beck Depression Inventory, Nonverbal Intelligence Test and Bourden Interview Scale, for both groups, to identify the behavioral profile of caregivers. On the second stage, the caregivers received training with information about the care required by the child during the postoperative period. Individuals in G1 were trained by a constructed and validated educational video about the postoperative care after primary lip and palate repair surgeries, individually exhibited to the caregivers. Individuals in G2 received routine postoperative counseling by the nursing staff from the hospital. At post-training, the screening questionnaire addressing the information provided was again applied to both groups, aiming to identify the pattern of information achieved about the postoperative care and to compare the results. Statistical analysis was performed by the chi-square, Fisher's exact, Mann-Whitney, Wilcoxon and McNemar tests, all at a significance level of 5%. Results: both groups exhibited improved information about the postoperative care at post-training. However, G1 exhibited higher level of information about the postoperative care after lip and palate repair by utilization of the educational video,

compared to G2. Conclusion: considering the post-training achievements in the pattern of information for the study group, compared to the control group, the educational video constructed and validated for the present study presented to be an educational tool that enhanced the knowledge about the management of postoperative care after lip and palate repair.

Keywords: Postoperative period. Cleft lip. Cleft palate. Caregivers. Education, nursing. Audiovisual Aids.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 - Classificação das fissuras labiopalatinas I	29
Figura 2 - Classificação das fissuras labiopalatinas II	30
Figura 3 - Fluxograma do dimensionamento da casuística	55
Figura 4 - Fluxograma dos procedimentos de coleta de dados.....	64
Figura 5 - Tela de abertura do vídeo educativo sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia	70
Figura 6 - Personagem principal em 2D “enfermeira educadora dos cuidados pós-operatórios”	70
Figura 7 - Personagens em 2D “mãe cuidadora” e “criança com fissura labiopalatina”	71

- GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação dos cuidados pós-operatórios dos grupos G1 e G2	84
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das avaliações dos juízes sobre o Índice de Validade de Conteúdo (IVC)	72
Tabela 2 - Caracterização dos cuidadores segundo as variáveis: grau familiar, estado civil, escolaridade e classificação socioeconômica.	73
Tabela 3 - Caracterização das crianças segundo as variáveis: gênero, tipo de fissura e procedimento cirúrgico.	74
Tabela 4 - Distribuição dos cuidadores participantes do G1 e G2.....	75
Tabela 5 - Identificação do perfil comportamental dos cuidadores segundo as variáveis: ansiedade, depressão, estresse (fase e sintomas em que se encontram) e sobrecarga do G1 e G2.	77
Tabela 6 - Identificação do perfil comportamental dos cuidadores segundo a variável: nível intelectual do G1 e G2.....	78
Tabela 7 - Comparação entre os grupos G1 e G2 no pré-treinamento e na diferença de acertos sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias	79
Tabela 8 - Identificação do padrão de informação sobre os cuidados pós-operatórios nos períodos pré e pós-treinamento dos grupos G1 e G2.	80
Tabela 9 - Comparação do padrão de informação sobre cada item relacionado nos períodos pré e pós-treinamento do G1.	81
Tabela 10 - Comparação do padrão de informação sobre cada item relacionado nos períodos pré e pós-treinamento do G2.	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	Inventário de Beck para ansiedade
BDI	Inventário de Beck para depressão
BI	Escala de Bourden Interview
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FL	Fissura de lábio
FLP	Fissura de lábio e palato
FP	Fissura de palato
G1	Grupo experimental
G2	Grupo comparativo
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
ISSL	Inventário de sintomas de stress para adultos
OMS	Organização Mundial da Saúde
POI	Pós-operatório imediato
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1	CARACTERIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS FISSURAS LABIOPALATINAS	27
2.2	CIRURGIAS PRIMÁRIAS: QUEILOPLASTIA E PALATOPLASTIA	30
2.3	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS PRIMÁRIAS	32
2.4	REPERCUSSÃO DA CONDIÇÃO DA FISSURA LABIOPALATINA E SEUS TRATAMENTOS NO CONTEXTO AFETIVO, SOCIAL E FAMILIAR	37
2.5	VÍDEO EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DOS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS	43
3	OBJETIVOS	47
3.1	OBJETIVO GERAL	49
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
4	MATERIAL E MÉTODO	51
4.1	LOCAL DO ESTUDO	53
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	53
4.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	55
4.3.1	Protocolo de Entrevista Estruturada	55
4.3.2	Inventário de sintomas de stress para adultos - ISSL	56
4.3.3	Inventário de Beck para depressão - BDI	57
4.3.4	Inventário de Beck para ansiedade - BAI	57
4.3.5	Teste não verbal de inteligência	57
4.3.6	Escala de Bourden Interview - BI	58
4.3.7	Construção e validação do vídeo educativo sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia	58
4.4	PROCEDIMENTOS	62
4.4.1	Procedimentos éticos	62
4.4.2	Procedimento de coleta de dados	63
4.4.2.1	Estudo piloto	63

4.4.2.2	Coleta de dados	63
4.4.3	Procedimento de análise de dados	66
5	RESULTADOS	67
5.1	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO.....	69
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	72
5.3	IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL COMPORTAMENTAL DOS CUIDADORES	75
5.4	IDENTIFICAÇÃO DO PADRÃO DE INFORMAÇÃO	78
6	DISCUSSÃO	85
7	CONCLUSÕES	99
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICES	115
	ANEXOS	143

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As fissuras de lábio, palato e labiopalatinas são deformidades congênitas caracterizadas pela ausência de continuidade das estruturas nasais e/ou palatinas, que interferem intensamente na vida dos pacientes desde o nascimento, devido às alterações funcionais e estéticas, trazendo também impacto psicológico para o indivíduo acometido, com repercussão na família e demais ambientes sociais (GOMES; MÉLEGA, 1997; WATSON, 2005; SILVA FILHO; FREITAS, 2007; MOSSEY et al., 2009; PARANAÍBA et al., 2011).

O processo de reabilitação de pacientes com fissuras labiopalatinas inicia-se com as cirurgias plásticas primárias denominadas de queiloplastia e palatoplastia, sendo realizadas nos primeiros meses e anos de vida, respectivamente. A queiloplastia consiste na cirurgia reconstrutora da fissura labial, e a palatoplastia na reconstrução da fissura palatina (GONGORJAV et al., 2012).

O impacto da fissura labiopalatina em pais de crianças acometidas pelo insulto costuma ser uma experiência marcante e difícil, e, em situação cirúrgica, os cuidadores vivenciam diferentes níveis de ansiedade, decorrentes da condição ligada ao risco operatório, elevando, até mesmo, os níveis de sintomas psicossomáticos (MANOEL et al., 2013; TABAQUIM; MARQUESINI, 2013). Assim, as mudanças que ocorrem na vida desses cuidadores podem alterar a sua saúde e ter um efeito sobre o processo de reabilitação das crianças com fissura labiopalatina.

No período pós-operatório, os pais são orientados pela equipe de enfermagem sobre os cuidados, de acordo com a cirurgia realizada, incluindo: observação do estado geral; controle de sangramento, edema, hematomas e cicatrização; imobilização da articulação úmero-radial; limpeza da ferida cirúrgica; oferecimento de dieta líquida e bochechos com antissépticos (THOMÉ; BERTONE, 2009; TRETTENE et al., 2014). A conscientização dos pais ou cuidadores sobre a importância desses cuidados no período pós-operatório influencia positivamente no processo reabilitador (AUGSORNWAN et al., 2012; PONGPAGATIP et al., 2012; PRADUBWONG et al., 2015).

O período pós-operatório tem sido apontado como momento propício para que a enfermagem, além de promover os cuidados, proporcione o treinamento dos

cuidadores visando à manutenção dos cuidados após a alta hospitalar. Torna-se indispensável, não somente ensinar, mas supervisionar e verificar o nível de aprendizado, principalmente pelo fato da alta hospitalar acontecer, na maioria dos casos, após 24 horas do procedimento cirúrgico (AUGSORNWAN; PATTANGTANANG; PIKHUNTHOD, 2011; TRETTENE; MONDINI; MARQUES, 2013; TRETTENE et al., 2014).

Para Colenci, Abdala e Braga (2004), a importância de oferecer uma assistência de enfermagem planejada e continuada aos pacientes e seus familiares durante a internação cirúrgica é o que faz a diferença, pois um atendimento prestado em tais moldes pode contribuir para aliviar a tensão dos envolvidos, na medida em que contempla o fornecimento de informações que lhes permitem enfrentar a situação com menos ansiedade, medo e incertezas.

A ansiedade é uma reação normal ao estresse e à ameaça de um dano. Trata-se de uma reação emocional à percepção de um perigo, real ou imaginário. A ansiedade e o medo muitas vezes são usados sinonimamente. No entanto, o medo em geral se refere a uma ameaça específica, e a ansiedade, a uma ameaça inespecífica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; HINKLE; CHEEVER, 2016). Na ansiedade e no estresse, os ajustes fisiológicos extrapolam o âmbito do sistema nervoso autônomo e atingem o sistema endócrino e imunitário (LIPP, 2000). Uma circunstância que pode desencadear ou exponenciar o estresse de uma família, é a vivência do procedimento cirúrgico da criança com fissura labiopalatina. Além disso, esse procedimento torna-se ainda mais pesado quando se observa o desconhecimento que os cuidadores têm a respeito dos cuidados de suas crianças e do tratamento que elas requerem (TABQUIM; MARQUESINI, 2013).

A influência do primeiro impacto dos pais frente à criança com fissura labiopalatina costuma ser bastante marcante, profundo e muitas vezes duradouro. Por outro lado, a duração e a intensidade das reações emocionais relacionam-se à postura dos pais frente ao problema. Quanto mais visíveis forem os defeitos físicos da criança, mais imediatas e intensas serão as reações emocionais e as preocupações (MORAES; BUFFA; MOTTI, 2009). As reações iniciais poderão ser minimizadas se, logo após o nascimento, os pais receberem informações específicas e condutas adequadas de manuseio e tratamento, diminuindo possíveis impactos

emocionais decorrentes de danos, ameaças e demais contingências estressoras (TABAQUIM; MARQUESINI, 2013; TRETTENE et al., 2014).

Nesse sentido, quando os pais são e sentem-se bem cuidados, isso ameniza os sentimentos negativos decorrentes do processo de atendimento que o profissional presta quando é competente em comunicação, permitindo a construção de identidades subjetivas, tendo como resultado uma clientela protagonista no processo de qualidade nos serviços de saúde (RAZERA; BRAGA, 2011). Para isso, a função educativa do enfermeiro deve ser enfatizada por meio da promoção de esclarecimentos e de uma comunicação adequada, com a necessidade de atender às demandas de informações dos pais ou responsáveis sobre os procedimentos cirúrgicos para favorecer adaptações às situações clínicas, atenuar ansiedades frente aos procedimentos dolorosos, promover o autocuidado e modificar hábitos de risco ou promover a adesão aos tratamentos de curto e longo prazo (RAZERA et al., 2014). Assim, são necessários programas alternativos de facilitação aos cuidados à criança, dentre os quais, a comunicação visual-auditiva tem se mostrado de fundamental importância na educação em saúde.

Formas interativas de educação em saúde têm sido apontadas como produtivas no processo de ensino-aprendizagem por utilizarem métodos de coordenação eficazes, divulgação dos avanços relacionados à assistência em diferentes especialidades e profissões, englobando recursos de informação e comunicação, incluindo o desenvolvimento de materiais elaborados com a finalidade de subsidiar essa interação (PAIGE et al., 2015). A utilização de materiais educativos por cuidadores, para obtenção de informações pertinentes, estabelece um padrão de aquisições capazes de reverter em ações adaptativas benéficas para a criança com fissura labiopalatina, possibilitando condições favoráveis de prevenção de riscos e complicações durante o período pós-operatório. No entanto, deve-se zelar pela qualidade do material, assim como as ferramentas de avaliação (AUGSORNWAN; PATTANGTANANG; SURAKUNPRAPHA, 2015).

Freitas e Cabral (2008) relatam que o enfermeiro amplia cada vez mais seu papel como educador, não somente na realização de intervenções educativas, mas na construção e avaliação de recursos educativos em saúde. Os materiais educativos exercem importante papel no processo de educar em saúde, pois, além de facilitarem a mediação de conteúdos de aprendizagem, funcionam como recurso

prontamente disponível a paciente e cuidadores. Assim, a experiência clínica possibilita ao enfermeiro desenvolver materiais educativos e de promoção à saúde, dentre eles, a construção de vídeos educativos. Para Chambel e Guimarães (2000), os meios de comunicação audiovisuais podem desempenhar um papel educacional relevante mediante transmissão de informações e apresentação de modelos de comportamento. Um vídeo contém características importantes que o tornam um recurso rico, interessante e complexo na promoção da educação. Quando devidamente construído, o material pode ser ferramenta poderosa para o suporte à compreensão e reflexão. Porém, isso requer estruturação e organização das informações (FONSECA; CRUZ, 2012; PAIGE et al., 2015).

Desta forma, o enfermeiro, como agente transformador, coordenador e educador do cuidado em saúde, pode planejar o atendimento à comunidade, desenvolvendo recursos de comunicação de informações úteis no tratamento das fissuras labiopalatinas de forma objetiva e compreensível, a fim de proporcionar maior sucesso na reabilitação. A necessidade de abordar este conteúdo decorre do fato de ser fundamental para a adesão dos pais e cuidadores de criança com fissura labiopalatina aos cuidados pós-operatórios de cirurgias primárias. Para isso, é necessário entender a dinâmica das relações envolvidas entre o ensino e a aprendizagem, atentando-se para a escolha de procedimentos que possam ser efetivamente identificados e acolhidos na sua aplicabilidade. A informação dos cuidados com a saúde e de manuseio, que representam recursos facilitadores na adaptação das condições atípicas do desenvolvimento, requer olhar cuidadoso para os recursos utilizados, que deverão ser estimulantes sensorialmente por diferentes vias de processamento, incluindo a visual e a auditiva (LOGSDON et al., 2015). Nesse sentido, o recurso visual-auditivo de vídeos educativos representa uma entrada neurossensorial fundamental para a assimilação e acomodação do conhecimento.

Diante do exposto, objetivou-se verificar o padrão de informação adquirido por cuidadores informais de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia por meio da utilização de um vídeo educativo.

Além de recursos extraceptivos (do meio), os intraceptivos (internos) predispõem o cuidador ao engajamento na tarefa de cuidar. Assim, os estados

afetivos motivacionais devem ser considerados na análise da eficácia de procedimentos adotados, ou seja, a existência da via de mão dupla que representa quem ensina de um lado e quem aprende de outro (JOAQUIM; TABAQUIM; VALLE, 2014). A identificação da relação entre os níveis de ansiedade, estresse e sinais depressivos de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina, na adesão às orientações de enfermagem, pode representar indicadores importantes na condução de práticas de treinamento futuras.

Ressalta-se, ainda, que a escassez de estudos com a presente proposição pode indicar um viés pouco explorado na literatura da área. A utilização de materiais educativos por cuidadores, para obtenção de informações pertinentes, estabelece um padrão de aquisições capazes de reverter em ações adaptativas benéficas para a criança com fissura labiopalatina, possibilitando condições favoráveis de prevenção de riscos e complicações durante o período pós-operatório. Desta forma, a concepção sobre os cuidados pós-operatórios, vinculada à estabilidade comportamental do cuidador, possibilita condições favoráveis de prevenção a riscos e complicações durante o período determinado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CARACTERIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS FISSURAS LABIOPALATINAS

De etimologia latina, a palavra “fissura” significa fenda, abertura. Sua manifestação envolve qualquer região da face e do crânio, no tecido mole ou no esqueleto, muito embora sejam usuais no lábio e/ou palato (SILVA FILHO; FREITAS, 2007). As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas caracterizadas pelas deformidades craniofaciais mais comuns, ocorrendo entre 1 e 2 indivíduos brancos para cada 1.000 nascimentos, e são reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um relevante problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). As fissuras labiopalatinas isoladas afetam em média 1/700 nascidos vivos, sendo essa prevalência variável de acordo com a etnia, maior em indivíduos de origem asiática (1/440), seguido por caucasóides (1/650) e negros (1/2000) (DIXON et al., 2011; FREITAS et al., 2012). Dados sobre as anomalias craniofaciais na população brasileira são escassos e dispersos. No Brasil, a incidência tem sido registrada em 1/650 nascidos vivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; WATSON, 2005; MONLLEÓ; GIL DA SILVA LOPES, 2006; MOSSEY et al., 2011; PARANAÍBA et al., 2011; FREITAS et al., 2012). Desta forma, a alta incidência justifica a preocupação no âmbito da saúde pública, não somente com os pacientes, mas com o cuidado no acompanhamento da qualidade de vida de pais e responsáveis pelas crianças afetadas por essa anomalia craniofacial.

A formação da fissura labiopalatina ocorre precocemente na vida intrauterina, nos períodos embrionário, para as fissuras de face e de palato primário, e fetal, até a 12^a semana gestacional, para as fissuras envolvendo o palato secundário. Porém, somente a partir do nascimento as fissuras podem ser diagnosticadas com precisão e tratadas coerentemente (WATSON, 2005; SILVA FILHO; FREITAS, 2007; GARIB et al., 2010).

A literatura aponta que as fissuras de palato isoladas são mais frequentes em embriões do gênero feminino, devido ao fechamento mais lento do palato durante a vida intrauterina. No embrião masculino, o período crítico de fechamento do palato secundário ocorre na 7ª semana intrauterina, enquanto que no embrião feminino esse período coincide com a metade da 8ª semana de vida intrauterina (BARONEZA et al., 2005; FREITAS E SILVA et al., 2008; AQUINO et al., 2011).

A etiologia das fissuras labiopalatinas isoladas é complexa, de causalidade multifatorial, como a predisposição genética (hereditariedade) e os fatores ambientais, entre eles, a ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo, deficiências vitamínicas, drogas anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, doenças virais agudas, radiação ionizante e determinados químicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; MARTELLI JUNIOR et al., 2005; MOSSEY et al., 2009). Dixon et al. (2011) apontam que 60% a 70% das fissuras são fendas isoladas, não associadas a síndromes ou malformações. Os restantes 30% a 40% das fissuras ocorrem como um padrão de malformações múltiplas, e estão classificadas como uma síndrome conhecida relacionada com alterações cromossômicas ou transtorno mendeliano.

A utilização de protocolos de tratamento tem demonstrado resultados benéficos no processo de reabilitação de pacientes com fissura labiopalatina. Uma boa proposta de diagnóstico das fissuras é classificá-las com o intuito de identificar a sua anatomia e priorizar as abordagens terapêuticas dentro de um protocolo de diagnóstico sistematizado (SILVA FILHO; FREITAS, 2007; ALONSO et al., 2010).

Existem várias classificações baseadas nos aspectos clínicos, anatômicos e morfológicos das fissuras labiopalatinas. De acordo com a classificação de Spina, Psillakis e Lapa (1972), o forame incisivo é considerado como ponto de referência principal das classificações embriológicas, por ser o vestígio do limite embrionário entre o palato primário e o palato secundário na vida intrauterina. De acordo com essa classificação, as fissuras podem ser divididas em quatro grandes grupos: fissuras pré-forame incisivo (fissuras de palato primário), fissuras transforame incisivo (fissuras de palato primário e secundário, simultaneamente), fissuras pós-forame incisivo (fissuras de palato secundário) e fissuras raras de face (fissuras desvinculadas do forame incisivo), conforme demonstrado na Figura 1. No entanto, essa classificação não se estende no campo internacional, denotando a ausência de

um sistema universalmente aceito. Nas publicações internacionais, evidencia-se a classificação simplesmente anatômica, referindo-se apenas como fissura de lábio (FL), fissura de lábio e palato (FLP) e fissura de palato (FP), especificando-se, ainda, o lado do comprometimento, conforme a Figura 2 (GALLBACH, 2004).

<p>Grupo I – Fissuras pré-forame incisivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unilateral <ul style="list-style-type: none"> direita <ul style="list-style-type: none"> completa incompleta esquerda <ul style="list-style-type: none"> completa incompleta • Bilateral <ul style="list-style-type: none"> completa incompleta • Mediana <ul style="list-style-type: none"> completa incompleta
<p>Grupo II – Fissuras transforame incisivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unilateral <ul style="list-style-type: none"> direita esquerda • Bilateral • Mediana
<p>Grupo III – Fissuras pós-forame incisivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Completa • Incompleta
<p>Grupo IV – Fissuras raras da face</p>	

Fonte: Silva Filho OG, Freitas JAS. Caracterização morfológica e origem embrionária. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos; 2007. p.21.

Nota: Classificação das fissuras labiopalatinas adotada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, segundo: Spina V, Psillakis JM, Lapa FS. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. Rev Hosp Clin Fac Méd São Paulo. 1972;27(1):5-6. Modificada por: Silva Filho OG, Ferrari Júnior FM, Rocha DL, Souza Freitas JÁ. Classificação das fissuras labiopalatinas: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. Rev Bras Cir. 1992;82:59-65.

Figura 1 – Classificação das fissuras labiopalatinas I.

A= Fissura labial B=Fissura completa de lábio e palato unilateral C= Fissura palatina

Fonte: Garib DG, Silva Filho OG, Janson G, Pinto JHN. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas. Rev Clin Ortod Dental Press. 2010; 9(4):30-6.

Figura 2 – Classificação das fissuras labiopalatinas II.

O processo de reabilitação das fissuras labiopalatinas inicia-se com as cirurgias plásticas primárias, denominadas de queiloplastia (reparação de lábio) e palatoplastia (reparação de palato), realizadas nos primeiros meses e anos de vida, respectivamente. No entanto, o processo reabilitador não se restringe ao reparo anatômico da fissura, pois, dependendo do tipo e extensão, as implicações podem ser diversas na criança, principalmente quando afetam funções como a fala, audição, desenvolvimento da oclusão e crescimento craniofacial, ou quando interferem na adaptação psicossocial e acadêmica. As necessidades constatadas nessa população exigem investimento na reabilitação, com a atuação de equipes interdisciplinares, especialmente em períodos críticos do desenvolvimento infantil (SILVA FILHO; FREITAS, 2007; FREITAS E SILVA et al., 2008; PARANAÍBA et al., 2011).

2.2 CIRURGIAS PRIMÁRIAS: QUEILOPLASTIA E PALATOPLASTIA

A primeira etapa da abordagem cirúrgica terapêutica compreende as cirurgias para reparação da fissura, e há uma grande expectativa dos pais nesta fase. A queiloplastia e a palatoplastia são as primeiras cirurgias plásticas reparadoras executadas durante o longo e complexo tratamento das fissuras labiopalatinas. Para a criança que nasce com a fissura labiopalatina, a cirurgia

reconstrutora é um desafio não só estético, mas, principalmente, funcional (BIAZON; PENICHE, 2008; GONGORJAV et al., 2012).

A queiloplastia consiste na cirurgia reparadora da fissura labial, sendo preconizados na literatura os três meses de vida como idade mínima. Já a palatoplastia, realizada a partir dos 12 meses de idade, reconstrói a anatomia que distingue a cavidade nasal da cavidade oral (BERTIER; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007). Outro estudo aponta que as crianças com fissura transforame incisivo unilateral realizam aos três meses de idade, no mesmo tempo cirúrgico, a queiloplastia em associação com a palatoplastia anterior (FUDALEJ et al., 2009). Há controvérsias quanto à idade para a realização dos procedimentos cirúrgicos primários. Todavia, a intervenção em idade mais precoce também tem sido proposta. Bons resultados, principalmente em relação à qualidade da fala, têm sido evidenciados nos casos cuja correção cirúrgica aconteceu antes dos 12 meses de idade (PALANDI; GUEDES, 2011).

As cirurgias são chamadas de primárias porque são as primeiras cirurgias plásticas reparadoras realizadas ao longo do processo de reabilitação das fissuras labiopalatinas. Em ambas as cirurgias, o estado de saúde da criança deve ser avaliado criteriosamente antes do procedimento cirúrgico, onde a criança deve apresentar condições orgânicas mínimas necessárias para submeter-se à anestesia geral com segurança. A criança deve ter condições clínicas favoráveis, com peso mínimo de 4,5kg e taxa de hemoglobina acima de 9,5g/dl para queiloplastia primária, e superior a 10g/dl para palatoplastia; série branca sem alterações; tempos de protrombina e de tromboplastina parcial ativada, e dosagem do fibrinogênio dentro dos valores de referência. Caso os resultados sejam considerados fora dos padrões exigidos de normalidade, a cirurgia é suspensa para segurança do próprio paciente (BIAZON; PENICHE, 2008; TABAQUIM; MARQUESINI, 2013).

A fala, a voz e audição têm melhor prognóstico para um desenvolvimento adequado com o fechamento precoce do palato, porém, o fechamento tardio do palato, após 4 anos de idade, também pode favorecer o crescimento adequado do esqueleto da face. Quando a cirurgia é feita na fase em que a criança ainda não fala, a criança apresentará uma melhor produção articulatória, bem como quanto ao desenvolvimento da fala e da voz, que tende a não apresentar hipernasalidade importante (RIBEIRO; MOREIRA, 2005). A deformidade labial, pela localização e

possibilidade de sequelas funcionais e estéticas, é motivo de angústia dos pais desde o nascimento da criança. No entanto, o tratamento exige, além da equipe interdisciplinar, a adequação da família, para que as propostas e objetivos sejam concretizados (GOMES; MÉLEGA, 1997).

De acordo com Alonso et al. (2010), a padronização de um protocolo interdisciplinar para o tratamento dos pacientes com fissura labiopalatina mostra-se necessária para promover a uniformização do atendimento prestado, e dessa maneira realizar uma avaliação prospectiva fidedigna, extraindo a longo prazo as melhores experiências adquiridas.

2.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS PRIMÁRIAS

O período pós-operatório estende-se desde o momento em que o paciente deixa a sala de cirurgia até a última visita de acompanhamento da equipe clínica. Esse período pode durar dias, uma semana ou vários meses. Durante o período pós-operatório, os cuidados de enfermagem enfocam o restabelecimento do equilíbrio fisiológico do paciente, o alívio da dor, a prevenção de complicações e o ensino do paciente/cuidador para o autocuidado (HINKLE; CHEEVER, 2016). Os cuidadores poderão se tornar capazes de cooperar e participar do cuidado, se o enfermeiro oferecer informações adequadas sobre os cuidados dispensados no pós-operatório. O ensino do paciente e de seus cuidadores, neste período, poderá ajudar no alívio da ansiedade, abrandando o medo do desconhecido, o que poderá resultar em uma diminuição do tempo de hospitalização e de complicações, como agitação, sangramento e dor no período pós-operatório imediato (BIANCHI; LEITE, 2007).

Sabe-se que cada pessoa apresenta uma reação diferente diante de situações idênticas, o que exige da enfermagem preparo para o bom relacionamento com o paciente e cuidador, proporcionando atitudes competentes e capacidade de sentir as necessidades humanas para satisfazê-las com respeito e dignidade. O

paciente, por sua vez, espera cuidados especiais e solução para os seus problemas, pois a realização de uma cirurgia é um acontecimento importante na vida de uma criança com anomalias e seus familiares, encerra um significado próprio e, por meio dela, busca-se uma forma mais saudável e uma melhor qualidade de vida (RISSO; BRAGA, 2010).

Dessa forma, a assistência de enfermagem perioperatória é prestada de forma organizada pelos enfermeiros, embora, na maioria das vezes, não exista um registro ou uma documentação que norteie as suas etapas e que também garanta a sua continuidade. Assim, a assistência acaba sendo uma atividade profissional individual, o que dificulta sua sistematização. O paciente e a família têm papel essencial na formulação dos objetivos e na implementação da assistência a ser prestada, mas é a instituição de saúde que define a filosofia da assistência e, portanto, define também a maneira como a dimensão do cuidar estará inserida em um contexto com valores e crenças de ordem mais ampla (BIANCHI; LEITE, 2007).

Após o procedimento cirúrgico, no período pós-operatório imediato (POI), os pais, geralmente, são orientados pela equipe de enfermagem sobre os cuidados dispensados de acordo com a cirurgia realizada neste período. Para um atendimento de enfermagem com qualidade, é preciso que a equipe esteja conscientizada e preparada para fazer a diferença no cuidado, compreendendo o paciente na sua complexidade. Na dinâmica da assistência, o enfermeiro é responsável por orientar e sanar dúvidas pertinentes às intervenções, trazendo uma maior tranquilidade e segurança às pessoas atendidas (RAZERA; BRAGA, 2011).

Um estudo realizado por Trettene et al. (2014) identificou as dúvidas dos cuidadores das crianças com fissura labiopalatina sobre o pós-operatório das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia, as quais se relacionaram a: consistência dos alimentos, utensílios utilizados para a administração da alimentação, alimentos a serem ofertados, técnica de limpeza da ferida operatória, realização da higiene oral, utilização de antissépticos bucais, tempo para remoção dos pontos cirúrgicos, exposição ao sol, imobilização dos membros superiores, sinais e sintomas de dor, analgésicos a serem utilizados e reconhecimento de sangramento atípico. Porém, a dúvida com maior prevalência foi sobre a alimentação (96% para queiloplastia e 100% para palatoplastia).

Após as cirurgias primárias, os cuidadores devem ser orientados que a alimentação deve ser reiniciada após o retorno da criança da sala de cirurgia, sendo introduzida dieta líquida e fria por um período de 30 dias. Nesse contexto, o copo e a colher representam alternativas bastante viáveis, por apresentarem baixo custo, facilidade no manuseio e na higienização. Um estudo desenvolvido por Trettene, Mondini e Marques (2013), comparou a aceitação alimentar de crianças em POI de palatoplastia utilizando copo e colher, e evidenciou que, naquelas alimentadas com colher, o volume aceito foi maior, em menor tempo, com menos episódios de tosse e engasgos associados, e com menor perda do alimento pela comissura labial.

Embora a alimentação após a queiloplastia utilizando a mamadeira seja amplamente aceita, o seu uso após a palatoplastia é contraditório, por ser o procedimento cirúrgico mais invasivo entre as cirurgias primárias. A criança pode não aceitar a alimentação por meio da mamadeira de maneira satisfatória, o que acarreta maior perda ponderal (COHEN; MARSCHALL; SCHAFER, 1992; KIM; LEE; CHAE, 2009). Evitam-se, além da mamadeira, utensílios que necessitam de sucção, como bicos, chupetas e canudos, com a finalidade de não ferir o local cirúrgico (KASTEN et al., 2008).

Outros utensílios são apontados como alternativas para a alimentação da criança em pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia, tais como seringas, sondas e conta-gotas. Estes, porém, estão em desuso, e sua utilização está associada à desinformação. O uso de sondas é contraindicado, pois os reflexos de sucção e deglutição estão preservados. Em contrapartida, outro estudo apontou que crianças alimentadas por sonda nasogástrica utilizaram menos analgésicos no pós-operatório de palatoplastia, inferindo menos dor (KENT; MARTIN, 2009).

Um estudo comparativo (COHEN; MARSCHALL; SCHAFER, 1992) a respeito da alimentação por sonda ou seringa, diretamente ao seio materno ou com mamadeira, no período pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia, não encontrou diferenças significantes do ponto de vista nutricional, imunológico e psicológico. No entanto, outro estudo (DARZI; CHOWDRI; BHAT, 1996) avaliou a alimentação de crianças submetidas à queiloplastia, comparando a alimentação direta ao seio materno e a colher, e concluiu que o peso das crianças alimentadas no seio foi maior.

A adequada aceitação alimentar interfere de forma significativa no processo de recuperação pós-operatória, estando relacionada inclusive ao processo de cicatrização, risco de deiscência e fístulas, estresse, desidratação e prevenção de infecções (SILVA; ROCHA; LAGE, 2009; AUGSORNWAN; PATTANGTANANG; PIKHUNTHOD, 2011). Para isso, os pais devem ser aconselhados sobre a administração dos alimentos, aumentando a densidade calórica, preferindo alimentos ricos em proteínas e vitaminas e voltando aos poucos com a dieta normal, onde a criança poderá voltar a comer os alimentos a que estava acostumada antes da cirurgia, mudando a consistência gradativamente de líquido para pastoso durante os 30 dias do período pós-operatório (MARTIN, 2005; RIBEIRO; MOREIRA, 2005; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2009).

Em ambas as cirurgias, a higiene bucal é o principal fator na prevenção de infecção. Para a queiloplastia, além da escovação dentária e de bochechos com enxaguatórios de base aquosa, é fundamental realizar a limpeza na ferida cirúrgica, antes e após as refeições, e todas as vezes que houver secreção ou restos de alimentos no local cirúrgico, utilizando cotonetes embebidos em soro fisiológico ou água filtrada (RIBEIRO; MOREIRA, 2005; THOMÉ; BERTONE, 2009). Para a palatoplastia, a higienização oral é feita por meio da escovação dentária, com cuidado para não ferir a área operada, e com bochechos com antissépticos bucais após cada refeição e antes de dormir (FRANCO; EYLER, 2003). Para as crianças que não sabem fazer bochecho, são oferecidos água, chá ou suco após cada refeição (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Em relação ao processo de cicatrização pós-operatória, a remoção dos pontos cirúrgicos da queiloplastia deve ser realizada conforme indicação do cirurgião, geralmente em intervalo de 7 a 10 dias, a contar da data da realização da cirurgia. Já na palatoplastia, os pontos cirúrgicos e/ou tampões caem espontaneamente, por volta do 20º ao 30º dia, não sendo necessária a retirada dos mesmos. A exposição direta ao sol deve ser evitada por 6 meses após a cirurgia, por interferir no processo de cicatrização. A utilização de protetores solares está indicada (GOMES; MÉLEGA, 1997; THOMÉ; BERTONE, 2009; TRETTENE et al., 2014).

Quanto à prevenção de infecção, além da necessidade de se intensificarem a higiene oral e a antibioticoterapia profilática no trans e pós-

operatório imediato, o cuidador deve se atentar aos sinais clássicos de infecção, incluindo presença de secreção, odor, deiscência e febre (BIAZON; PENICHE, 2008). O controle de sangramento é outro fator preocupante. As regiões anatômicas para a realização da queiloplastia e palatoplastia são altamente vascularizadas, e o risco de sangramento está sempre presente. Frequentemente, associa-se o sangramento a eventos traumáticos, geralmente ocasionados por brincadeiras com objetos pontiagudos, bater contra as grades do berço ou até mesmo no ombro do cuidador. Em casos extremos, é necessária a revisão de hemostasia (TRETTENE et al., 2014).

É importante proteger as grades e as bordas do berço, ou o espaço em que a criança fica, com espumas, lençol ou cobertor, para que a mesma não machuque a boca. Outro cuidado a ser tomado é com brinquedos ou objetos pontiagudos, os quais devem ser mantidos fora do alcance das crianças, para evitar ferimentos no local cirúrgico (RIBEIRO; MOREIRA, 2005; THOMÉ; BERTONE, 2009).

Às crianças que possuem o hábito de chupar o dedo ou levá-los à boca, recomenda-se a utilização de braceletes para contenção dos membros superiores durante 30 dias, principalmente durante o sono, quando a criança, voluntariamente ou não, leva a mão à boca, podendo ocorrer um evento traumático no local cirúrgico, o qual pode ocasionar uma hemorragia. Diante dessa situação, é de extrema importância orientar os cuidadores a procurarem serviço médico de imediato, em razão das repercussões hemodinâmicas relacionadas ao sangramento (TRETTENE et al., 2014). Esses braceletes devem abranger a articulação do cotovelo, impedindo a realização da flexão para não comprometer a reabilitação pós-operatória ou levar à ruptura dos pontos cirúrgicos. No entanto, torna-se necessário movimentar os braços da criança durante a troca dos braceletes e durante o banho (GOMES; MÉLEGA, 1997; MARTIN, 2005; RIBEIRO; MOREIRA, 2005; SILVA; ROCHA; LAGE, 2009, THOMÉ; BERTONE, 2009).

As crianças submetidas à queiloplastia e à palatoplastia devem receber alta hospitalar quando apresentarem boa aceitação alimentar e quando seus cuidadores estiverem aptos aos cuidados inerentes ao procedimento cirúrgico. Isso porque o sucesso terapêutico está relacionado diretamente a uma assistência de enfermagem eficaz (AUGSORNWAN et al., 2012). O cuidado de enfermagem deve

promover e/ou restabelecer a saúde do indivíduo, com o estabelecimento de assistência e práticas educativas para incentivar o autocuidado (SILVA et al., 2009).

A reabilitação das crianças com fissura labiopalatina deve incluir o cuidado interdisciplinar, visando resultados biopsicossociais e funcionais. Dentro deste contexto, a enfermagem desempenha um papel fundamental e essencial em todas as fases de reabilitação, atuando principalmente como educadora e promotora do cuidado (PONGPAGATIP et al., 2012).

A promoção da capacitação dos cuidadores referente aos cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias pode ser iniciada no período pré-operatório, pois os esclarecimentos relacionados às cirurgias, além da função de ensino, contribuem para minimizar a ansiedade dos cuidadores, que, geralmente, enfrentam elevado nível de estresse físico e psicológico, facilitando, assim, o enfrentamento situacional (BIANCHI; LEITE, 2007; TRETTENE et al., 2014). Dessa forma, o enfermeiro torna-se imprescindível em todas as fases do processo de reabilitação da criança com fissura labiopalatina, atuando na capacitação de pacientes e/ou cuidadores.

2.4 REPERCUSSÃO DA CONDIÇÃO DA FISSURA LABIOPALATINA E SEUS TRATAMENTOS NO CONTEXTO AFETIVO, SOCIAL E FAMILIAR

Todo procedimento anestésico cirúrgico traz uma série de desconfortos em graus variados, tanto para quem vivencia diretamente quanto para quem tem proximidade com o paciente. É possível supor que, em se tratando de crianças, a antecipação deste evento pelos pais e/ou cuidadores desencadeará sentimentos e reações emocionais de medo, incerteza, angústia e preocupação. Dessa forma, a maneira como o cuidador pensa e sente sobre a sua criança mostra-se relevante no cuidado dispensado e no humor consequente da dedicação na tarefa. Assim, uma análise cognitiva poderia ser um preditor na compreensão de comportamentos manifestos e contribuir para minimizar o estresse e a ansiedade decorrentes de um

período tido como vulnerável e ameaçador (TABAQUIM; LAMÔNICA, 2002; TABAQUIM; MARQUESINI, 2013).

No processo de reabilitação das fissuras labiopalatinas, iniciado com as cirurgias de queiloplastia e palatoplastia, evidencia-se grande expectativa e tensão psicológica dos pais (PARANAÍBA et al., 2011; AUGSORNWAN et al., 2012; GONGORJAV et al., 2012). Mesmo naqueles com certo padrão de equilíbrio e estabilidade, os níveis de estresse tornam-se elevados e colocam os provedores, via de regra, em estado de alarme, o que poderá ser minimizado se receberem orientações adequadas (TABAQUIM; MARQUESINI, 2013).

Dentre os sintomas possíveis dos cuidadores, desencadeados ou exacerbados pela condição vivenciada pela criança com fissura labiopalatina no período de reparação cirúrgica, a ansiedade é uma reação emocional frequente, percebida pela consciência e sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a atividade do sistema nervoso autônomo. Estas respostas incluem alteração da frequência cardíaca, do padrão respiratório e da pressão arterial, inquietação, tremores, aumento da sudorese e tensão muscular. Quando os sintomas são circunstanciais, decorrentes de uma experiência aflitiva e transitórios pela antecipação de ameaça futura, não implicam na associação a condições patológicas. No entanto, quando recorrentes e excessivos, podem indicar um transtorno neuropsiquiátrico. Em situações específicas, os sintomas de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva, assim como na ideação cognitiva e conteúdo de pensamentos ou crenças associados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Um aspecto importante para o aumento da ansiedade é o fato de que os cuidadores geralmente comparam a resposta ao tratamento apresentada por suas crianças com a de outras crianças. Essa comparação pode ser fator desencadeante de conformismo ou depressão se o cuidador concluir que a evolução de sua criança não é a mesma apresentada pelas outras crianças com as quais conviveu durante a rotina de tratamento (TABAQUIM, 1998; ZANON; BATISTA, 2012). Esta contingência tem sido frequentemente observada em práticas clínicas, exigindo conhecimento e estratégias para minimizar o impacto decorrente (RAZERA; TRETTENE; TABAQUIM, 2016).

Outro estado psicológico reconhecido, em situações de risco, são as instabilidades de humor acompanhadas de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, que proporcionam sintomas predisponentes, como os depressivos. A depressão é caracterizada por um ou vários distúrbios emocionais, que provocam alteração da afetividade com sintomas psíquicos e somáticos, classificada por diferentes maneiras, dependendo de como se manifesta. Tem como características: tristeza permanente; ansiedade ou sensação de vazio; sentimentos de desesperança; pessimismo; perda de interesse ou prazer nas atividades que anteriormente eram consideradas prazerosas, incluindo a sexual; problemas de sono; perda ou excesso de apetite; diminuição de energia ou fadiga; ideias de morte; irritabilidade, dificuldade para se concentrar; dores crônicas, como de cabeça ou de estômago, que não melhoram com tratamento. Esses sintomas isolados são comuns ao sentimento de tristeza, porém na depressão adquirem um caráter patológico, pois interferem na capacidade do indivíduo de trabalhar, relacionar-se, dormir e desfrutar de atividades consideradas anteriormente agradáveis, incluindo o cuidado filial. Tais alterações, tornando-se crônicas, trazem prejuízos significativos em várias áreas da vida de uma pessoa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Para Zanon e Batista (2012), entre os fatores que contribuem para o estabelecimento da ansiedade e depressão entre os cuidadores, temos a mudança da rotina e a instabilidade à qual são submetidas as pessoas em situação envolvendo procedimentos cirúrgicos. Além disso, o impacto é maior quando se constata o desconhecimento dos cuidadores a respeito dos cuidados de suas crianças no tratamento que elas requerem. A intervenção cirúrgica é um evento imposto pela necessidade, que exige um processo de enfrentamento em resposta à debilidade e vulnerabilidade ao estresse experimentado.

Em 1956, Hans Hugo Bruno Selye (DEL BIANCO FARIA; CARDOSO, 2010) definiu o estresse como uma quebra da homeostase interna do organismo, cuja reação é eliciada por um estressor, ou seja, qualquer evento ou situação do ambiente que exija esforço de adaptação. Desse modo, descreveu três fases das alterações físicas e químicas produzidas pelo estresse: fase de alerta (inicia-se quando o organismo é exposto a um agente estressor, considerada como uma fase positiva, onde o ser humano se energiza através de produção da adrenalina, onde a

sobrevivência é preservada e uma sensação de plenitude é frequentemente alcançada), fase de resistência (inicia-se quando a pessoa automaticamente tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna) e fase de exaustão (surge quando o organismo encontra-se extenuado pela exposição ainda mais prolongada ao agente estressor, onde doenças graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como enfarte, úlceras, depressão, entre outros).

No entanto, Lipp (2005) identificou que existe outra fase do estresse, designada de quase-exaustão (quando os fatores estressantes persistem em frequência ou intensidade, ocorrendo uma quebra na resistência da pessoa), que ocorre entre as fases de resistência e exaustão. Desse modo, propôs um modelo quadrifásico para o estresse que expande o modelo trifásico desenvolvido por Selye em 1956 (DEL BIANCO FARIA; CARDOSO, 2010).

Segundo Lipp (2000), o estresse é definido como um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz. O estresse é um mecanismo normal, e se for bem compreendido e controlado é benéfico para o homem. Porém, o descontrole e a cronicidade fazem com que a pressão constante acabe em prejuízos, tanto intelectuais como físicos. O estímulo que poderia ser benéfico é substituído pela fadiga, podendo levar a pessoa à suscetibilidade, tanto de doenças físicas como mentais (SADIR; BIGNOTO; LIPP, 2010; TABAQUIM; MARQUESINI, 2013).

As mudanças no estilo de vida das pessoas estão deixando-as debilitadas e, com isso, vulneráveis ao estresse, que tem assumido o status de doença. No Brasil, as pessoas estão cada vez mais estressadas, pois a grande maioria não possui conhecimento de como lidar com suas fontes de tensão (LIPP; MALAGRIS; NOVAES, 2007). A autopercepção e o gerenciamento do estresse do cuidador, prévio à condição de fissura labiopalatina da criança, estão diretamente relacionados à sua capacidade de resolução de problemas e ao consequente bem-estar psicológico, não necessariamente ao desgaste físico decorrente do cuidado. Quanto maior a autoestima e o senso de entendimento dos cuidados, melhor o bem-estar psicológico (RAINA et al., 2005).

A relação das situações de estresse enfrentadas pelos cuidadores e os sintomas físicos e psicológicos pode ser mediada pelos processos de enfrentamento, nos quais as percepções de autoeficácia e competências (estratégias de enfrentamento) são capazes de mediar a relação entre o evento estressante e a aflição sofrida pelo cuidador, resultando em melhor saúde e diminuição da sobrecarga (SALIN; KAUNONEN; ASTEDT-KURKI, 2009).

A saúde psicológica e física dos cuidadores pode ser fortemente influenciada pela condição e comportamento da criança, como também pela demanda de cuidados dispensados no tratamento da fissura labiopalatina. Na fase pós-operatória há um aumento da responsabilidade vinculado à recuperação da criança, o que leva a riscos de sobrecarga, cansaço exaustivo, isolamento social e estados maiores de estresse do cuidador (RAINA et al., 2005). Assim, a análise da sobrecarga do cuidador é indispensável nos processos de reabilitação porque resulta em diagnóstico que permite a realização de cuidado fundamental junto ao cuidador de crianças com fissura labiopalatina.

O conceito de sobrecarga pode ser compreendido sob dois aspectos, objetivo e subjetivo (TESSLER; GAMACHE, 1996). A sobrecarga objetiva é determinada a partir da frequência de assistências e supervisões do cuidador no cuidado cotidiano ao paciente e da frequência de alterações na rotina de sua vida, ou seja, refere-se às demandas concretas, como excesso de tarefas, supervisão de comportamentos, dificuldades financeiras e perturbações na sua rotina e vida social. A sobrecarga subjetiva é determinada pelo grau de incômodo sentido pelo familiar ao exercer o papel de cuidador e das suas preocupações com o paciente, e está relacionada ao universo dos sentimentos, preocupações com o presente e futuro do paciente, incômodo em lidar com situações problemáticas, sentimentos de perda, culpa, vergonha, impotência e desamparo (KATE et al., 2013). Dessa forma, o cuidador da criança com fissura labiopalatina pode apresentar alterações em sua vida social, como afastar-se de suas atividades de lazer, devido ao acúmulo de responsabilidades, iniciando um processo de isolamento social.

A literatura tem sido generosa em estudos que analisam os efeitos da sobrecarga do cuidador em diferentes populações (SCAZUFCA, 2002; CARDOSO et al., 2012; GRATAO et al., 2012; STACKFLETH et al., 2012; GUEDES; PEREIRA, 2013; MANOEL et al., 2013; PEREIRA et al., 2013; HANSEN et al., 2014; MACEDO

et al., 2015; MISQUIATTI et al., 2015; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015; SOUZA et al., 2015; VALER et al., 2015), mas é incipiente, nacional e internacionalmente, no que se refere à sobrecarga do cuidador de crianças com fissura labiopalatina, a considerar as habilidades intelectuais no exercício criativo e de compreensão sobre os conceitos relacionados aos procedimentos necessários à recuperação e melhoria da qualidade de vida da criança que é cuidada. Assim, ações que deveriam ser assimiladas e automatizadas, concernentes a orientações e treino profissionais, são, por vezes, negligenciadas pelo cuidador menos atento e com recursos inferiores, envolvendo a compreensão e outras habilidades intelectuais. O cuidador pode apresentar uma condição insatisfatória no desempenho de algumas tarefas decorrentes, não necessariamente de um diagnóstico de deficiência intelectual, mas de privação de estímulos e oportunidades para melhorar a instrução ou escolaridade, e, com isso, comprometem o raciocínio em atividades com exigência cognitiva (RAZERA et al., 2017).

A realização de atividades educativas durante a internação tem sido apresentada como um método eficaz para minimizar o estresse, tanto de pacientes quanto de cuidadores, fortalecendo o vínculo entre a criança e o cuidador e favorecendo o sentimento de autoconfiança (MORAES; BUFFA; MOTTI, 2009). Muitas vezes, a situação de cuidado é inesperada, e os cuidadores podem não estar preparados para a responsabilidade exigida e, como resultado, as percepções de autoeficácia e competência podem não estar presentes. Portanto, é de importância fundamental que os cuidadores estejam preparados, por meio de estratégias educativas, sobre o modo de cuidar. A educação é necessária para a aquisição do conhecimento e habilidades necessárias para a adaptação à situação de prestar cuidado (NOGUEIRA et al., 2012).

Dentro deste contexto, o foco dos cuidados de enfermagem não é apenas sobre a criança, mas também aos cuidadores e familiares. Porém, no Brasil, existem poucos estudos investigando a saúde do cuidador de criança com fissura labiopalatina (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007; TRETTENE; MONDINI; MARQUES, 2013). O processo de reabilitação do paciente com fissura deve nortear-se por uma assistência interdisciplinar, visando resultados biopsicossociais e funcionais. Assim, o enfermeiro exerce um papel fundamental e essencial em várias fases do processo de reabilitação, atuando principalmente como educador na

promoção do autocuidado, informando os cuidadores sobre o processo de tratamento das fissuras labiopalatinas, fortalecendo o autocuidado, bem com, minimizando a condição da sobrecarga. Na assistência para a otimização da funcionalidade reabilitadora, diferentes estratégias são necessárias, visando à motivação e engajamento no processo.

2.5 VÍDEO EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NOS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Na atualidade, o surgimento de tecnologias da informação vem transformando a sociedade, empregando desafios pedagógicos na tarefa de atualizar o modelo de ensino-aprendizagem em diversas áreas, incluindo a área da enfermagem (RODRIGUES; PERES, 2008). O uso da computação e a consequente ampliação dos seus recursos tem causado modificações profundas em praticamente todas as atividades da sociedade moderna (FONSECA et al., 2009). Assim, o uso de recursos de tecnologia da informática apresenta novas formas de ler, escrever, pensar e agir. À medida que o usuário recebe as informações no computador, ele interpreta, se renova e se modifica, desenvolvendo o seu processo de construção e elaboração do conhecimento (MELO; DAMASCENO, 2006).

O avanço dessa tecnologia oferece o potencial para a criação de atividades para o desenvolvimento de competências de enfermagem na prática clínica, incluindo a relevância, estratégias de ensino-aprendizagem e promoção da resolução de diversos problemas (CANT; COOPER, 2014; LIAW et al., 2015). Nesse contexto, a educação em saúde de forma interativa pode ajudar a melhorar a assistência ao paciente por meio de uma coordenação eficaz, da divulgação dos avanços dos cuidados em todas as especialidades e profissões, além de apoiar ações e recursos de informação e comunicação, envolvendo materiais elaborados com a finalidade de subsidiar essa interação (FONSECA; CRUZ, 2012; PAIGE et al., 2015). Dentre os materiais utilizados, destaca-se o vídeo educativo como recurso didático e tecnológico de disseminação de conhecimentos, o qual pode ser usado

como ferramenta para a formação da consciência crítica e de promoção à saúde (FONSECA; CRUZ, 2012; DILLEY et al., 2014; MARINI et al., 2014).

É um recurso que tem sido utilizado com maior frequência nos últimos anos, porém, constata-se esse emprego como atrativo e não, fundamentalmente, como método educativo. Essa ferramenta pode fornecer ao espectador melhor facilidade de aprendizagem, quando a construção privilegia procedimentos rigorosos de ensino, como proporcionar o desenvolvimento do pensamento crítico, a promoção de expressão e da comunicação, o favorecimento de uma visão interdisciplinar, a integração de diferentes capacidades e inteligências, bem como a valorização do trabalho compartilhado (VARGAS; ROCHA; FREIRE, 2007; CASTRO; TAKAHASHI, 2008).

O vídeo educativo representa uma estratégia de comunicação fundamental para o desenvolvimento tecnológico da assistência à saúde, dentre outras, à área de enfermagem, além de ser viável para o processo ensino-aprendizagem de procedimentos que exigem habilidades técnicas em saúde (RAZERA et al., 2014). Trata-se de um método eficaz, de baixo custo, simples e atraente, recomendado para o desenvolvimento cognitivo do paciente e seus cuidadores, bem como para contribuir com experiências positivas, incluindo menor nível de estresse e ansiedade, que são inerentes aos pacientes e seus familiares durante a hospitalização, mais precisamente durante a fase que envolve o procedimento cirúrgico (LIU; XU; ZANG, 2014; BARAZ; ZAREA; DASHTBOZOEI, 2014; HSUEH et al., 2014).

No contexto hospitalar, indivíduos com fissura labiopalatina, desde o seu primeiro ano de vida, vivenciam exposições a procedimentos cirúrgicos corretivos da malformação facial, ocasionando uma demanda de cuidados que requer da família, especialmente do seu cuidador, a dedicação incondicional no tratamento reabilitador do paciente. Faz-se necessário um olhar acolhedor para o familiar comprometido no processo, no sentido de promover estratégias que possibilitem a melhoria da eficiência de suas ações no trato com o paciente. A capacitação dos cuidadores de crianças com fissura labiopalatina, portanto, constitui um desafio para a equipe de enfermagem, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados influi diretamente no processo reabilitador (NUSBAUM et al., 2008; PONGPAGATIP et al., 2012).

Assim, a participação do enfermeiro como integrante da equipe interdisciplinar mostra-se indispensável para identificar e atender às necessidades da criança e preparar os pais ou cuidadores à continuidade do tratamento no domicílio, prevenindo e amenizando problemas decorrentes do procedimento cirúrgico (SCOTT et al., 2014; TRETENE et al., 2014).

Para minimizar tais contingências, são necessários programas alternativos de facilitação aos cuidados à criança, dentre os quais se destaca o emprego da comunicação visual-auditiva, que tem se mostrado de fundamental importância na educação em saúde, com o objetivo de atender aos padrões internacionais de segurança do paciente e alcançar a eficiência nos resultados (RIRATANAPONG et al., 2013). No entanto, deve-se considerar que os resultados estão diretamente relacionados à qualidade dos materiais delineados com propósitos definidos, desenvolvidos por profissionais com experiência na área (AUGSORNWAN; PATTANGTANANG; PIKHUNTHOD, 2011).

Compreende-se que a pesquisa nacional em educação em geral, e especificamente na área da enfermagem, com a utilização de recursos tecnológicos como, no caso, o vídeo educativo, ainda está em ascensão. Para que a utilização de um material educativo seja eficaz, é necessário que o mentor saiba selecionar e organizar o conteúdo necessário, levando em consideração principalmente o objetivo e o perfil/características do público-alvo. Assim, o enfermeiro, a partir de sua experiência clínica e como profissional conhecedor/detentor das novas metodologias, possa ser capaz de desenvolver estratégias baseadas nas novas tecnologias/metodologias, que sejam reconhecidas pela aplicabilidade nos diferentes contextos de ensino, pesquisa e assistência.

Portanto, a construção do vídeo educativo para este estudo teve o propósito de conscientizar e capacitar/treinar os cuidadores de crianças com fissura labiopalatina submetidas às cirurgias de queiloplastia e palatoplastia sobre os cuidados pós-operatórios, a fim de garantir a continuidade dos cuidados com qualidade após a alta hospitalar, minimizando complicações e promovendo o processo reabilitador. A utilização desse recurso audiovisual pode se estender aos profissionais de enfermagem e de áreas afins, incluindo as relacionadas à telenfermagem, realização de aulas presenciais e à distância, treinamentos e

aperfeiçoamentos, referentes aos cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar o padrão de informação de cuidadores informais de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia por meio da utilização de um vídeo educativo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de construção e validação do vídeo educativo sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia;
- Comparar o padrão de informação dos cuidadores sobre os cuidados pós-operatórios, nos períodos pré e pós-treinamento com diferentes recursos, utilizados em cada grupo;
- Identificar e comparar o perfil comportamental dos cuidadores entre os dois grupos.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

Estudo clínico quase experimental, o qual envolve uma proposta de educação em saúde com o uso de um vídeo educativo elaborado para os cuidados das crianças com fissura labiopalatina no período pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na Unidade de Internação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), sendo este um hospital especializado no atendimento de crianças com fissuras labiopalatinas e anomalias craniofaciais. A atuação é interdisciplinar e a equipe é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. A equipe de enfermagem é composta por um enfermeiro coordenador, vinte e três enfermeiros assistenciais e setenta e seis técnicos de enfermagem.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra constou de 80 cuidadores informais que acompanhavam crianças com fissura labiopalatina isolada submetidas às cirurgias primárias de queiloplastia e/ou palatoplastia, compondo dois grupos (G1 e G2), sendo G1 o grupo experimental o qual participou do treinamento sobre os cuidados pós-operatórios

proposto no estudo e aplicado pela pesquisadora com o emprego do recurso audiovisual elaborado e validado para essa pesquisa; e G2 o grupo comparativo, que também recebeu orientações pós-operatórias (recurso oral), porém, realizadas por enfermeiros na rotina da Instituição hospitalar participante.

Como critérios de inclusão foram considerados: ser cuidadora de criança na faixa etária de 3 a 24 meses de idade, com fissura labiopalatina pré-forame (unilateral, bilateral ou mediana, completa ou incompleta), transforame (unilateral, bilateral ou mediana), pós-forame (completa ou incompleta), e estar em pós-operatório imediato de queiloplastia e/ou palatoplastia; ser cuidadora responsável, ativa (diária), representada na figura de mãe, avó ou tia, seguindo os graus de parentesco de primeiro, segundo e terceiro grau, respectivamente, e concordância formal em participar do estudo. Foram excluídas as cuidadoras de crianças com comprometimento neuropsicomotor, síndromes genéticas e outras malformações ou comorbidades, por necessitarem de cuidados especiais; cuidadoras analfabetas, uma vez que os instrumentos requeriam a leitura e a escrita, ou as que apresentavam diagnóstico de deficiência intelectual, sensorial ou psiquiátrica.

Desse modo, no dimensionamento da casuística deste estudo, deparou-se com 112 cuidadoras que não contemplavam os critérios preestabelecidos acima, dentre elas, uma apresentava diagnóstico de deficiência visual, 21 eram cuidadoras de crianças com outras síndromes ou malformações associadas, três eram cuidadoras de crianças que tiveram as cirurgias suspensas por alteração clínica e 87 foram excluídas pelas crianças não contemplarem as cirurgias primárias, ou seja, já passaram por essa experiência anteriormente recebendo as orientações pós-operatórias (Figura 3).

Figura 3 – Fluxograma do dimensionamento da casuística

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.3.1 Protocolo de Entrevista Estruturada

O protocolo construído para este estudo correspondeu à entrevista estruturada que foi aplicada aos cuidadores das crianças com fissura labiopalatina em dois momentos, com o objetivo de caracterizá-los quanto ao padrão de informação específica e obtenção de dados demográficos, considerando as seguintes variáveis: idade, número de filhos, classificação socioeconômica, escolaridade, estado civil, grau familiar, identificação da criança e identificação do procedimento cirúrgico. A identificação sobre o padrão de informação dos cuidadores acerca dos cuidados dispensados no período pós-operatório de cirurgias primárias (Apêndice A) foi estruturada em cinco categorias:

a. Cuidados gerais – relacionados ao posicionamento da criança no colo do cuidador, permissão de sucção dos dedos e/ou chupeta, colocação da mão da criança na boca, cuidados no dormitório, brinquedos e brincadeiras, exposição solar e período que esses cuidados deverão ser dispensados no pós-operatório.

b. Alimentação – relacionada à consistência e temperatura do alimento, utensílios mais indicados e período de oferta desta alimentação no pós-operatório.

c. Higienização e cicatrização cirúrgica – relacionada à retirada ou não dos pontos cirúrgicos, higiene bucal e cirúrgica e frequência diária desta higienização.

d. Intercorrências no local cirúrgico – sangramento, traumatismos, ferimentos, dificuldade respiratória, infecção no local, febre e dor que poderão acontecer no domicílio.

e. Estado comportamental – comportamento do cuidador com a criança no cuidado dispensado e no humor consequente da dedicação na tarefa.

O instrumento foi construído para o presente estudo, sendo testado previamente (estudo piloto), quanto aos procedimentos de aplicação, de vernáculo e propósito. O sistema de correção foi considerado quanto ao percentual de respostas corretas obtidas pelo participante. O critério de aprendizado satisfatório foi arbitrado em 70% por representar um repertório suficiente para o cuidado pós-operatório referido.

4.3.2 Inventário de sintomas de stress para adultos – ISSL

Segundo Lipp (2005), o ISSL visa identificar, de forma objetiva, a sintomatologia de estresse, os tipos psicológico ou somático e a fase em que se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão). Inventário validado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, sendo utilizado em pesquisas e atividades clínicas para o diagnóstico de estresse em adultos. É composto por três quadros com questões referentes aos sintomas observados nas quatro fases do estresse, onde o sujeito irá assinalar quais sintomas tem experienciado nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. A correção e análise são feitas conforme referenciais normativos do instrumento.

4.3.3 Inventário de Beck para depressão – BDI

O BDI (CUNHA, 2001) é um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas de depressão. Cada categoria contém quatro alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada categoria varia de zero a três, sendo zero a ausência dos sintomas depressivos e três a presença dos sintomas mais intensos.

4.3.4 Inventário de Beck para ansiedade – BAI

Proposto por Cunha (2001) para medir os sintomas comuns de ansiedade. Ele consta de 21 sintomas listados, contendo quatro alternativas em cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. A escala classifica a ansiedade em: mínima (de 0 a 10 pontos); leve (de 11 a 19 pontos); moderada (de 20 a 30 pontos); e grave (de 31 a 63 pontos).

4.3.5 Teste não verbal de inteligência

Este teste (BOCCALANDRO, 2003), tem o objetivo de avaliar a capacidade intelectual em níveis de escolaridade do ensino fundamental, médio e superior, envolvendo os seguintes raciocínios: compreensão da relação de identidade e raciocínio por analogia, analogia do tipo numérica com adição e subtração e mudança de posição, analogia espacial com mudança de posição. É composto por 36 itens de conteúdo figurativo-abstrato contidos num caderno, em formato de matriz, sendo a folha de respostas apresentada separadamente. Há seis alternativas de respostas para cada questão, e o escore máximo é de 36 pontos. A correção é feita com crivos de acertos e erros, por meio dos quais se pode obter quantitativamente o total de acertos e qualitativamente os tipos de erros cometidos pelo sujeito, considerando os diversos raciocínios exigidos para responder a cada item do teste. A cotação do teste considera o somatório de acertos, convertendo-se

o resultado numa escala em percentil, e a classificação é obtida pelas tabelas normativas do instrumento.

4.3.6 Escala de Bourden Interview – BI

Desenvolvida para avaliar a sobrecarga de pais ou cuidadores de pacientes com deficiência física, sensorial ou mental, traduzida e validada para a população brasileira (SCAZUFCA, 2002). Contém 22 questões englobando as áreas da saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar, comportamento emocional e relacionamento interpessoal. A pontuação de resposta para cada item varia de 0 a 4, na qual: 0 - nunca; 1 - raramente; 2 - algumas vezes; 3 – frequentemente; 4 - sempre. O último item da escala avalia, de forma global, quanto o familiar se sente sobrecarregado no cuidado com o paciente. Para esse item, as alternativas de resposta são: 0 - nem um pouco; 1 - um pouco; 2 – moderadamente; 3 – muito; 4 - extremamente. O escore final do BI é obtido através da soma total de todas as respostas, podendo variar de 0 a 88. Quanto maior o escore final, maior a sobrecarga do cuidador (ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980).

4.3.7 Construção e validação do vídeo educativo sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia

O presente instrumento descreve as etapas percorridas para a construção e validação de um vídeo educativo como recurso tecnológico direcionado aos cuidadores de crianças com fissura labiopalatina submetidas às cirurgias de queiloplastia e palatoplastia sobre os cuidados pós-operatórios, atendidas em um centro de referência em anomalias craniofaciais.

Como referencial teórico foram utilizadas as etapas preconizadas por Falkembach (2005), incluindo o planejamento, a seleção adequada de imagens, produção de textos de fácil entendimento, elaboração de um roteiro com rigor metodológico, assim como a combinação da criatividade de transformar o desafio da

transmissão da linguagem técnico-científica em mensagem adequada para o público-alvo.

A construção do vídeo educativo seguiu as seguintes fases (FALKEMBACH, 2005):

- **Análise e planejamento:** nesta etapa realizou-se a pesquisa bibliográfica sobre o tema, a definição dos objetivos, conteúdo e público-alvo (escopo), além do planejamento dos recursos necessários para o desenvolvimento e do orçamento disponível, bem como os resultados esperados (FALKEMBACH, 2005).

Para a seleção do conteúdo foi necessário explorar, inicialmente, as informações de diferentes autores nacionais e internacionais e suas condutas práticas, além do auxílio dos enfermeiros da Instituição, envolvidos no processo ensino-aprendizagem da temática, remetendo à troca de experiências e questionamentos sobre a sua realidade.

O material produzido foi apresentado por meio de narrativa, sobrepondo-se figuras demonstrativas, e obedeceu a uma sequência lógica, onde foram apresentados os cuidados dispensados às crianças com fissuras labiopalatinas no período pós-operatório, incluindo: os procedimentos a serem realizados quanto à limpeza da ferida cirúrgica, recomendações sobre a alimentação e os cuidados necessários durante o período pós-operatório.

Para transmitir adequadamente as mensagens e enfatizar as principais informações necessárias aos cuidadores, o vídeo foi construído com o cuidado de não ser muito extenso, o que poderia torná-lo cansativo. Assim, com cerca de 10 minutos de duração, o vídeo se propôs a manter atenção do público-alvo durante toda a sua exibição (RAZERA et al., 2014).

Com o uso de técnicas de animação e outras ferramentas digitais que substituíram o uso de imagens gravadas de pessoas reais, o vídeo pôde ser produzido e finalizado com menos recursos financeiros, o que viabilizou o projeto e tornou seu desenvolvimento mais acessível.

- **Modelagem:** ocorreu a elaboração e organização do conteúdo e transformação para a linguagem audiovisual (FALKEMBACH, 2005).

Para materializar as ideias e servir como base para o desenvolvimento do projeto, todas as informações foram organizadas em forma de um roteiro, ferramenta indispensável por permitir a prévia avaliação dos especialistas em relação à qualidade do material a ser desenvolvido, para que pudesse atender às expectativas e necessidades dos cuidadores.

Por ser uma explicação subjetiva, construída a partir de ideias, conceitos e visões da pesquisadora, o roteiro foi bastante detalhado para que os profissionais responsáveis pela sua produção soubessem exatamente como executar o material. É no roteiro que constam as descrições de cada um dos elementos de som e imagem que fazem parte do vídeo. No áudio, por exemplo, foram determinadas todas as características da locução, desde o texto que seria transmitido até o estilo dos locutores, o tom de voz e os trechos com locução masculina ou feminina, simulando a fala da enfermeira. A correta variação de trilhas sonoras e efeitos especiais também serviram para dar a devida ênfase ou criar o clima ideal para cada uma das etapas. Na concepção visual do vídeo, determinaram-se todas as imagens que deveriam aparecer na tela em cada momento da locução, assim como os textos e letreiros que seriam utilizados para reforçar as informações principais, facilitando o entendimento e aumentando a lembrança dos ensinamentos transmitidos (RAZERA, et al., 2014).

Através de um *storyboard* (Apêndice B), ferramenta visual desenvolvida com a demonstração quadro-a-quadro de toda a estrutura do vídeo em forma de rascunhos ou esboços, tornou-se possível entender corretamente o roteiro e direcionar a produção do material com todos os seus componentes (FALKEMBACH, 2005).

- **Implementação:** constou do processo de criação e produção do projeto (FALKEMBACH, 2005). Toda a montagem e finalização do material foram executadas a partir dos elementos constantes no roteiro e de acordo com as descrições visuais do *storyboard*. Para isso, utilizaram-se *softwares* específicos para este fim, o *Adobe After Effects* e o *Adobe Premiere*, programas de computação gráfica e edição profissional de vídeos onde foram organizadas as informações de sons e imagens, montando-se assim a estrutura final do vídeo.

- **Avaliação e manutenção:** constaram na fase de testes e correções de conteúdo, imagens, letreiros, locução e erros gramaticais, bem como a validação do

conteúdo e estética (FALKEMBACH, 2005). A validação pode ser realizada por meio dos seguintes métodos: validade do conteúdo, validade relacionada a um critério e validade do constructo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Assim, optou-se por utilizar a validação de conteúdo, que significa verificar se o instrumento utilizado responde às necessidades da pesquisa em estudo (RUBIO et al., 2003).

Para testar o vídeo educativo quanto à validade de conteúdo, optou-se por utilizar a avaliação por juízes ou peritos de distintas áreas (Apêndice C), que incluíram: Enfermagem, Comunicação em Saúde e Comunicação Visual. Foram elencados juízes que possuíam domínio dos pressupostos teóricos e de análise dos constructos de confiabilidade relacionados ao instrumento, que atenderam ao critério de inclusão, ou seja, dez anos ou mais de experiência em suas áreas de atuação, ou título mínimo de especialista.

Os critérios analisados incluíram: familiaridade, plausibilidade e clareza linguística. Diferentes métodos têm sido apresentados visando quantificar o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de avaliação da validade de conteúdo de um instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Neste estudo, optou-se por utilizar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), para avaliar os itens separadamente. O IVC visa medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e seus itens. Nessa análise, cada item foi avaliado e pontuado utilizando-se a escala tipo Likert, com pontuação de um a quatro, de discordância total a concordância total (GRANT; DAVIS, 1997).

O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens, marcados por “3” ou “4” pelos juízes, permitindo a identificação da pontuação geral e a classificação de adequação do produto. Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, a literatura sugere uma concordância mínima de 0,80 (POLIT; BECK, 2006). E para avaliar o material como um todo, utilizou-se o critério de percentual de concordância, que foi obtido ao se dividir o número total de itens considerados como relevantes pelos juízes, pelo número total de itens. Considerou-se um percentual de concordância mínimo de 90% (GRANT; DAVIS, 1997).

Somente ao final deste processo, considerou-se o vídeo disponível como recurso educativo para pais de crianças com fissura labiopalatina em situação pós-operatória, de queiloplastia e palatoplastia.

- **Distribuição:** é a fase de divulgação ou exibição do material (FALKEMBACH, 2005). Após a sua finalização, o vídeo educativo foi gravado em DVD e apresentado à equipe de enfermagem da Instituição participante para que pudessem validar as suas orientações, e posteriormente foi disponibilizado para os pais e cuidadores das crianças com fissura labiopalatina em situação pós-operatória de queiloplastia e palatoplastia. O acesso ao vídeo foi disponibilizado somente para os participantes, retribuindo, em parte, a colaboração prestada no estudo. Enfatiza-se que, para o desenvolvimento deste vídeo educativo, houve a participação de financiamento de agência de fomento (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP), o que possibilitou a aquisição da contratação de empresa especializada em criação, programação e arte final.

4.4 PROCEDIMENTOS

4.4.1 Procedimentos éticos

O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição (Anexo A), conforme ofício CAAE: 09750212.8.0000.5441 e parecer 190.581 de 29/01/2013. Todos os sujeitos formalizaram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), obedecendo aos preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas em seres humanos (BRASIL, 2013). No termo, foram assegurados o anonimato e a privacidade, resguardando-lhes o direito, inclusive, de não aceitarem ou interromperem a participação, se assim o desejarem, sem que isso causasse constrangimento ou perdas em atendimentos na Instituição.

As entrevistas ocorreram em locais definidos previamente, nas dependências da Instituição participante, tendo o cuidado com a privacidade, orientação sobre os objetivos e procedimentos de coleta de dados.

4.4.2 Procedimentos de coleta de dados

4.4.2.1 Estudo Piloto

Com o objetivo de identificar possíveis equívocos no planejamento da pesquisa e atenuar os vieses na execução dos procedimentos previstos, foi realizado um estudo piloto (BOISSEL, 2004) para testar e validar o método de avaliação, além de fornecer subsídios para o cálculo amostral e composição dos grupos. Participaram 20 cuidadores, não incluídos na amostra, para verificar se esse cálculo amostral apresentava-se adequado na especificidade da população do estudo, de anomalias craniofaciais. Baseando-se nesse estudo, constatou-se no G1 uma melhora de 35%, e no G2 uma melhora em torno de 10%, para um poder do teste de 80% e um alfa de 5%, estimando-se 40 cuidadores por grupo. A confecção dos grupos aconteceu a partir do mapa cirúrgico, onde as crianças que se enquadravam nos critérios de inclusão foram numeradas consecutivamente, e, a partir de uma tabela de números aleatórios, ocorreu a randomização dos grupos. O sorteio foi realizado para determinar quais sujeitos fariam parte do grupo experimental. Assim, a amostra constou, ao acaso, de 40 cuidadores do grupo experimental e 40 cuidadores do grupo comparativo.

4.4.2.2 Coleta de dados

Os procedimentos de coleta de dados ocorreram durante o período de hospitalização das crianças na fase perioperatória das cirurgias primárias, e foram identificados em três etapas, conforme ilustrado na Figura 4:

Figura 4 – Fluxograma dos procedimentos de coleta de dados

Etapa 1: Pré-treinamento

As entrevistas ocorreram no período transoperatório, momento em que as crianças estavam sendo submetidas ao procedimento cirúrgico, com um tempo médio de 40 minutos, sendo aplicado um questionário estruturado contendo questões referentes à caracterização da amostra e identificação das informações sobre cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia, nos grupos G1 e G2. Na caracterização dos participantes buscou-se identificar, em relação às crianças: a idade, tipo de fissura e procedimento cirúrgico. Em relação ao cuidador: a idade, número de filhos, classificação socioeconômica, estado civil e grau de familiaridade com a criança. Como método de classificação socioeconômica foi utilizado o protocolo proposto por Graciano, Lehfeld e Neves Filho (1996) e atualmente usado no HRAC-USP, que possibilita pontuações e classificação em categorias como: baixa inferior, baixa superior, média inferior, média superior e alta. Para a obtenção dos dados sobre o procedimento cirúrgico da criança, foi utilizada a coleta documental da consulta ao prontuário médico da Instituição hospitalar, visando identificar o tipo de cirurgia primária adotada (queiloplastia e palatoplastia). Para identificação do padrão de informação dos cuidadores sobre os cuidados pós-

operatórios das cirurgias primárias, foram feitas questões com vista ao conhecimento desses cuidadores sobre a situação pós-operatória da criança.

Em seguida, foram administrados os instrumentos (ISSL, BDI, BAI, Teste não verbal de inteligência e Escala de Bourden Interview), em ambos os grupos, para a identificação do perfil comportamental (preditores de instabilidade emocional, enfrentamento, sobrecarga, flexibilidade intelectual e sinais depressivos). Os instrumentos foram aplicados individualmente, sendo os da área de Psicologia por uma colaboradora, e os demais instrumentos pela pesquisadora deste estudo, de acordo com os procedimentos previstos em cada protocolo.

Etapa 2: Treinamento

No período pós-operatório, no dia da alta hospitalar (24h após o procedimento cirúrgico), os cuidadores do G1 receberam o treinamento baseado no planejamento prévio da pesquisa, que constou da exposição ao vídeo educativo, com informações fundamentais sobre os cuidados gerais, alimentação e higienização para a manutenção da integridade da ferida operatória e cicatrização cirúrgica, necessários à recuperação, e semelhantes às adotadas pela Instituição sem o recurso audiovisual (G2). Porém, adicionalmente, o G1 recebeu orientações sobre o manejo da criança e outros cuidados de proteção na volta à rotina, implicados nos aspectos afetivos da relação mãe-bebê e decorrentes da vivência da situação de vulnerabilidade perante o adoecimento. Durante o procedimento, em tempo aproximado de 10 minutos, não houve interferência da pesquisadora, que se manteve presente em tempo integral, garantindo a possível aprendizagem por meio da ferramenta adotada. O G2 assistiu à exposição oral pelo corpo de enfermagem da unidade hospitalar, com o tempo médio de 10 minutos, onde foram fornecidas as orientações pós-operatórias de rotina e, no momento da alta hospitalar, foi entregue um manual de orientações referente a esses cuidados pós-operatórios.

Etapa 3: Pós-treinamento

Em seguida aos treinamentos de orientação com os recursos audiovisual e oral, foi reaplicado o questionário estruturado sobre as orientações fornecidas, em

ambos os grupos, num tempo médio de 5 minutos, visando a identificação do padrão de informação adquirido sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias.

4.4.3 Procedimento de análise de dados

Os dados foram pontuados de acordo com os critérios normativos de cada instrumento utilizado na pesquisa, e o questionário foi pontuado de acordo com o percentual de acertos obtidos pelos cuidadores. Os resultados foram descritos visando apresentar o desempenho dos cuidadores. Foram elaboradas tabelas descritivas das variáveis observadas, analisadas e comparadas em relação ao grau de desempenho, tendo como referência a classificação proposta pelo instrumento utilizado, utilizando o *software* da Microsoft Excel 2010 para a estruturação do banco de dados, sendo as análises processadas por meio do *software* livre Rv 2.8.0, adotando nível de 5% para que as diferenças fossem consideradas estatisticamente significantes. Tais critérios visaram demonstrar a associação dos desempenhos quantitativos dos resultados dos grupos elegidos no estudo.

Na análise dos dados foi também considerado o estudo estatístico sobre a média e desvio padrão, conforme modelo indicado, para obtenção dos escores brutos e transformados. Dessa forma, para análise da caracterização da amostra e estado comportamental dos cuidadores das variáveis qualitativas utilizou-se o Teste do Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, e para a comparação dessas variáveis entre os grupos G1 e G2 utilizou-se o Teste Mann-Whitney. Para análise da identificação do padrão de informação sobre os cuidados pós-operatórios nos períodos pré e pós-treinamento do G1 e G2 utilizou-se o Teste de Wilcoxon. A comparação entre os grupos no pré-treinamento e na diferença de acertos foi realizada por meio do Teste de Mann-Whitney, e para comparação do padrão de informação sobre cada item relacionado nos períodos pré e pós-treinamento do G1 e G2 aplicou-se o Teste de McNemar. Para todos os testes adotou-se um nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

O estudo piloto foi formado por 20 mães de crianças com fissura labiopalatina que haviam sido submetidas à queiloplastia e palatoplastia. Na avaliação, foram utilizados os instrumentos da etapa de pré-treinamento (Protocolo de Entrevista Estruturada, ISSL, BDI, BAI, Teste não verbal de inteligência e Escala de Bourden Interview), e, quando comparados, não houve significância estatística pelo Teste Exato de Fisher. Desta forma, pode-se entender que não se pode afirmar que o índice de sobrecarga estivesse implicado no nível de inteligência. A limitação da amostra pode também justificar este achado. Porém, as informações observadas foram relevantes para o ajuste de procedimentos em controle de tempo, familiaridade com a aplicação dos instrumentos e parâmetro da qualidade de respostas.

A apresentação dos demais resultados do estudo foi dividida em quatro categorias: construção e validação do vídeo educativo, caracterização dos participantes, identificação do perfil comportamental e identificação do padrão de informação dos cuidadores sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias antes e após treinamento com os recursos audiovisual (G1) e oral (G2).

5.1 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO

O conteúdo do vídeo educativo foi organizado e disponibilizado da seguinte maneira: introdução com apresentação dos personagens e resumo do material a ser apresentado; cuidados gerais relacionados ao posicionamento da criança no colo do cuidador, permissão da sucção dos dedos e/ou chupeta, colocação da mão da criança na boca, cuidados no dormitório, brinquedos e brincadeiras, exposição solar e período que esses cuidados deverão ser dispensados no pós-operatório; alimentação relacionada à consistência e

temperatura do alimento, utensílios mais indicados e período de oferta desta alimentação no pós-operatório; higienização e cicatrização cirúrgica relacionada à retirada ou não dos pontos cirúrgicos, higiene bucal e cirúrgica e frequência diária desta higienização; intercorrências no local cirúrgico como sangramentos, traumatismos, ferimentos, dificuldade respiratória, infecção no local, febre e dor que poderão acontecer no domicílio; estado comportamental do cuidador com a criança no cuidado dispensado e no humor consequente da dedicação na tarefa.

Foram utilizadas ilustrações que pudessem ser simpáticas para os cuidadores, por meio de desenhos e animações relativamente simples, transmitindo as mensagens de maneira leve e positiva, com um clima alegre e bem humorado, como demonstrado nas Figuras 5-7.

Fonte: Razera APR. Queiloplastia e palatoplastia: os cuidados do pós-operatório. Bauru, 2014.

Figura 5 – Tela de abertura do vídeo educativo sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia - Bauru, 2014

Fonte: Razera APR. Queiloplastia e palatoplastia: os cuidados do pós-operatório. Bauru, 2014.

Figura 6 – Personagem principal em 2D “enfermeira educadora dos cuidados pós-operatórios” - Bauru, 2014

Fonte: Razera APR. Queiloplastia e palatoplastia: os cuidados do pós-operatório. Bauru, 2014.

Figura 7 – Personagens em 2D “mãe cuidadora” e “criança com fissura labiopalatina” - Bauru, 2014

Para a validação de conteúdo, participaram seis juízes, com tempo médio de formação de 26,83 anos ($\pm 9,00$) e tempo médio de atuação na área de enfermagem e comunicação de 23,33 anos ($\pm 6,44$). Quanto à qualificação acadêmica, 50% ($n=3$) possuíam Especialização, 17% ($n=1$) possuíam Mestrado, e 33% ($n=2$) possuíam Doutorado; 83% ($n=5$) referiram possuir publicações na área de comunicação, enfermagem e/ou fissuras labiopalatinas. Em relação à experiência profissional, 50% ($n=3$) referiram atuar no ensino (graduação e pós-graduação) e na assistência à saúde, 50% ($n=3$) atuavam na assistência em enfermagem ou na prática em comunicação.

Em relação à avaliação dos itens, os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) referentes à linguagem de fácil entendimento e compreensão, uso adequado dos recursos audiovisuais, transmissão e distribuição adequada do conteúdo, manutenção da atenção da audiência, facilitação da memorização das mensagens, promoção do impacto para estimular atitudes e transmissão dos objetivos propostos, obtiveram aprovação e concordância da maioria dos juízes participantes do estudo (Tabela 1). O percentual de concordância foi de 98%.

Tabela 1 – Distribuição das avaliações dos juízes sobre o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) - Bauru, 2014

Itens de avaliação do vídeo educativo	IVC
1. Linguagem de fácil entendimento e compreensão	1,00
2. Uso adequado dos recursos audiovisuais	1,00
3. Transmissão e distribuição adequada do conteúdo	1,00
4. Manutenção da atenção da audiência	1,00
5. Facilitação da memorização das mensagens	1,00
6. Promoção do impacto para estimular atitudes	1,00
7. Transmissão dos objetivos propostos	0,83

Durante o processo de validação de conteúdo, os juízes puderam sugerir melhorias, que foram apresentadas descritivamente. Vale ressaltar que todas as sugestões foram acatadas. Desse modo, somente ao final desta etapa, após análise minuciosa, considerou-se o vídeo construído como recurso educativo para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina em situação pós-operatória de queiloplastia e palatoplastia.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A amostra do estudo foi composta por 80 participantes, distribuídos em 40 cuidadores no G1 e 40 cuidadores no G2. Houve predomínio das mães (97,5%), idade média de 28,4 anos ($\pm 6,2$), com média de 2 filhos ($\pm 1,1$), união estável (81,3%), sem vínculo empregatício (55%), com ensino médio (46,3%) e classificação socioeconômica baixa superior (78,8%), conforme descrito na Tabela 2. Uma análise mais detalhada sobre a escolaridade dos cuidadores indicou que desses 46,3%, 33,8% possuíam o segundo grau completo e 12,5% possuíam o segundo grau incompleto. E dos 22% dos cuidadores com ensino fundamental, 17,5% caracterizou-se com nível de analfabetismo, no entanto, a amostra também

contemplou formação no nível de terceiro grau, tendo 18,8% cuidadores com nível superior completo (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos cuidadores segundo as variáveis: grau familiar, estado civil, escolaridade e classificação socioeconômica - Bauru, 2014

Variáveis	Características	n	%
Grau familiar	mãe	78	97,5
	avó	2	2,5
Estado civil	união estável	65	81,3
	solteira	13	16,3
	divorciada	2	2,5
Vínculo empregatício	Sim	36	45,0
	Não	44	55,0
Escolaridade	1º comp/incomp	22	27,5
	2º comp/incomp	37	46,3
	3º comp/incomp	21	26,3
Classificação socioeconômica	baixa inferior	6	7,5
	baixa superior	63	78,8
	média inferior	10	12,5
	média	1	1,8

Comp/incomp = completo/incompleto

Em relação às crianças, quanto ao gênero, prevaleceu o feminino (51,3%), com faixa etária média de 10,8 meses ($\pm 8,6$). Quanto ao tipo de fissura, 20% possuíam fissura de lábio, 40% fissura de palato isolada e 40% fissura de lábio e palato, onde 32,5% foram submetidas à queiloplastia, 40% à palatoplastia e 27,5% às cirurgias de queiloplastia e palatoplastia, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização das crianças segundo as variáveis: gênero, tipo de fissura e procedimento cirúrgico - Bauru, 2014

Variáveis	Características	n	%
Gênero	Feminino	41	51,3
	Masculino	39	48,8
Tipo de fissura	FL	16	20,0
	FP	32	40,0
	FLP	32	40,0
Procedimento cirúrgico	Queiloplastia	26	32,5
	Palatoplastia	32	40,0
	Queiloplastia e palatoplastia	22	27,5

FL = fissura de lábio FP = fissura de palato FLP = fissura de lábio e palato

Constatou-se homogeneidade não programada na distribuição dos cuidadores participantes nos grupos G1 e G2, conforme demonstrado na Tabela 4. Essa condição evidenciou que o uso da tabela de números aleatórios foi um procedimento eficaz, considerando que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 4 – Distribuição dos cuidadores participantes do grupo G1 e G2 - Bauru, 2014

Variáveis	G1 (n)	G1 (%)	G2 (n)	G2 (%)	p
Grau familiar					1,000
Mãe	39	97,5	39	97,5	
Avó	1	2,5	1	2,5	
Estado civil					0,383
União estável	32	80,0	33	82,5	
Solteira	8	20,0	5	12,5	
Divorciada	0	0,0	2	5,0	
Vínculo empregatício					0,822
Sim	18	45,0	18	45,0	
Não	22	55,0	22	55,0	
Escolaridade					0,963
1º comp/incomp	11	27,5	11	27,5	
2º comp/incomp	19	47,5	18	45,0	
3º comp/incomp	10	25,0	11	27,5	
Classificação socioeconômica					0,492
Baixa inferior	4	10,0	2	5,0	
Baixa superior	29	72,5	34	85,0	
Média inferior	6	15,0	4	10,0	
Média	1	2,5	0	0,0	

*Associação significativa ($p < 0,005$) – Teste Exato de Fisher e Teste Qui-quadrado.

Comp/incomp = completo/incompleto

5.3 IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL COMPORTAMENTAL DOS CUIDADORES

Para a identificação do perfil comportamental, preditores de instabilidade emocional, enfrentamento, sobrecarga, flexibilidade intelectual e sinais depressivos, utilizou-se o BDI, escala de auto-relato, para medida de intensidade de depressão, onde 50 cuidadores apresentaram nível mínimo de depressão ($10,3 \pm 7,5$). Para identificação da intensidade de sintomas de ansiedade, utilizou-se o BAI, composto

por afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, onde 48 cuidadores apresentaram nível mínimo de ansiedade ($11,6 \pm 9,9$). Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, no que diz respeito ao escore de depressão e ansiedade (Tabela 5). Em ambas as medidas psicológicas, os grupos G1 e G2 apresentaram maior contingente de participantes com percentual menor de sinais indicativos de quadros psicopatológicos. No entanto, não deve ser menosprezado que 37,5% da amostra, em ambos os grupos, evidenciaram sinais preditivos de depressão, e, 35% no G1 e 45% no G2, para sintomatologia da ansiedade (Tabela 5).

No que se refere à manifestação do estresse, 60 cuidadores apresentaram estresse (75,0%), os quais se encontravam na fase de resistência (48,75%) com predominância dos sintomas psicológicos (61,25%). De acordo com esses instrumentos, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, conforme dados demonstrados na Tabela 5.

Na avaliação da sobrecarga dos cuidadores por meio da Escala de BI foi encontrado um escore mínimo de 4 e máximo de 49 ($18,3 \pm 10,3$), que revelou ausência de sobrecarga para a maioria dos participantes (62,5%), conforme descrito na Tabela 5. Avaliando-se as respostas de maior frequência dos cuidadores de cada componente da escala, constatou-se que: 100% apontaram que a criança depende do mesmo cuidador e 69% responderam que, de um modo geral, sentem-se sobrecarregados por cuidar da criança; 61% assinalaram que, por causa do tempo que gastam cuidando da criança, não têm tempo suficiente para cuidar de si mesmos; 52,5% disseram que se sentem estressados entre cuidar da criança e suas outras responsabilidades com a família e trabalho, e 50% indicaram que poderiam cuidar melhor e deveriam estar fazendo mais pela criança.

Tabela 5 – Identificação do perfil comportamental dos cuidadores segundo as variáveis: ansiedade, depressão, estresse (a fase e os sintomas em que se encontram) e sobrecarga, do grupo G1 e G2. Bauru, 2014

Variáveis	G1 (n)	G1 (%)	G2 (n)	G2 (%)	p
Depressão					0,329
Mínimo	25	62,5	25	62,5	
Leve	11	27,5	7	17,5	
Moderado	4	10,0	8	20,0	
Ansiedade					0,314
Mínimo	26	65,0	22	55,0	
Leve	7	17,5	10	25,0	
Moderado	5	12,5	8	20,0	
Grave	2	5,0	0	0,0	
Estresse					0,439
Sim	28	70,0	32	80,0	
Não	12	30,0	8	20,0	
Fase					0,309
Alerta	3	10,7	6	18,8	
Resistência	19	67,9	20	62,5	
Quase-exaustão	1	3,6	4	12,5	
Exaustão	5	17,9	2	6,3	
Sintomas					1,000
Psicológicos	23	82,1	26	81,3	
Físicos	4	14,3	5	15,6	
Psicológicos e físicos	1	3,6	1	3,1	
Sobrecarga					0,608
Ausência	25	62,5	25	62,5	
Moderada	14	35,0	12	30,0	
Moderada a severa	1	2,5	3	7,5	

*Associação significativa ($p < 0,005$) – Teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher

No que concerne à avaliação do desempenho intelectual dos cuidadores, detectou-se que 54 (67,5%) apresentaram escores rebaixados à média esperada para a idade e escolaridade, com classificação tida como indicio de deficiência

intelectual. Estatisticamente, não houve significância nos resultados obtidos entre os grupos (Tabela 6).

Tabela 6 – Identificação do perfil comportamental dos cuidadores segundo a variável: nível intelectual do grupo G1 e G2. Bauru, 2014

Variáveis	G1 (n)	G1 (%)	G2 (n)	G2 (%)	<i>p</i>
Nível intelectual					0,711
Inteligência mediana	2	5,0	1	2,5	
Inteligência inferior à média	10	25,0	13	32,5	
Índice de deficiência intelectual	28	70,0	26	65,0	

*Associação significativa ($p < 0,005$) – Teste Exato de Fisher

5.4 IDENTIFICAÇÃO DO PADRÃO DE INFORMAÇÃO

Para a identificação do padrão de informação dos cuidadores sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias, observou-se no pré-treinamento uma condição de semelhança no padrão de informação inicial dos cuidadores entre os grupos. Porém, no incremento de acertos, o G1 apresentou maior aquisição de conhecimento após a intervenção com o vídeo educativo, quando comparado ao G2. Esses achados estão descritos na Tabela 7 de acordo com a média, porcentagem, desvio padrão e valores de *p* do padrão de informação sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias dos cuidadores no pré-treinamento e na diferença de acertos do pós-treinamento dos grupos G1 e G2.

Tabela 7 – Comparação entre os grupos G1 e G2 no pré-treinamento e na diferença de acertos sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias - Bauru, 2014

VARIÁVEIS	G1		G2		p
	Média n (%)	DP	Média n (%)	DP	
1. Cuidados gerais					
Acertos pré-treinamento	2,5 (36,1)	0,9 (13,3)	2,8 (40,0)	1,3 (18,4)	0,264
Diferença de acertos	3,9 (56,1)	1,0 (15,0)	2,1 (29,3)	1,5 (21,9)	0,001*
2. Alimentação					
Acertos pré-treinamento	3,0 (75,6)	1,0 (25,6)	3,0 (74,4)	1,1 (26,8)	0,879
Diferença de acertos	0,9 (23,1)	1,0 (26,2)	1,0 (23,7)	1,0 (25,3)	0,846
3. Higienização e cicatrização cirúrgica					
Acertos pré-treinamento	1,8 (44,4)	0,9 (23,7)	1,9 (46,3)	0,9 (23,7)	0,802
Diferença de acertos	1,9 (47,5)	1,0 (25,2)	1,4 (35,6)	1,1 (26,5)	0,037*
4. Intercorrências no local cirúrgico e estado comportamental					
Acertos pré-treinamento	0,8 (41,2)	0,4 (22,3)	0,7 (35,0)	0,5 (25,8)	0,236
Diferença de acertos	0,8 (38,8)	0,6 (31,0)	0,3 (16,3)	0,5 (23,7)	0,001*

*Associação significativa ($p < 0,005$) – Teste de Mann-Whitney

Referente ao padrão de informação dos cuidadores sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias antes e após o treinamento, observou-se que ambos os grupos tiveram seus conhecimentos melhorados nas variáveis referentes aos cuidados pós-operatórios no pós-treinamento, seja após as orientações da equipe de enfermagem da Instituição ou da intervenção com o vídeo educativo. Esses dados foram apresentados de acordo com a média, porcentagem e desvio padrão em G1 e G2 antes e após o treinamento, bem como seus respectivos valores de *p-value*, onde se evidenciaram resultados estatisticamente significantes (Tabela 8).

Tabela 8 – Identificação do padrão de informação sobre os cuidados pós-operatórios nos períodos pré e pós-treinamento dos grupos G1 e G2 - Bauru, 2014

VARIÁVEIS	G1			G2		
	Média n (%)	DP	p	Média n (%)	DP	p
1. Cuidados gerais			0,001*			0,001*
Pré- treinamento	2,5 (36,1)	0,9 (13,3)		2,8 (40,0)	1,3 (18,4)	
Pós-treinamento	6,5 (92,1)	0,8 (11,2)		4,9 (69,3)	1,4 (19,6)	
2. Alimentação			0,001*			0,001*
Pré- treinamento	3,0 (75,6)	1,0 (25,6)		3,0 (74,4)	1,1 (26,8)	
Pós-treinamento	4,0 (98,8)	0,2 (5,5)		3,9 (98,1)	0,4 (8,8)	
3. Higienização e cicatrização cirúrgica			0,001*			0,001*
Pré- treinamento	1,8 (44,4)	0,9 (23,7)		1,9 (46,3)	0,9 (23,7)	
Pós-treinamento	3,7 (91,9)	0,6 (14,3)		3,3 (81,9)	0,6 (15,0)	
4. Intercorrências no local cirúrgico e estado comportamental			0,001*			0,001*
Pré- treinamento	0,8 (41,2)	0,4 (22,3)		0,7 (35,0)	0,5 (25,8)	
Pós-treinamento	1,6 (80,0)	0,5 (24,8)		1,0 (51,2)	0,2 (7,9)	

*Associação significativa (p<0,005) – Teste Wilcoxon

Analisando os itens individualmente referentes aos cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias no G1, observou-se que, das cinco variáveis abordadas, quatro apresentaram diferença estatisticamente significativa, onde apenas no item da variável “alimentação”, sobre utensílios mais indicados para a oferta da alimentação da criança após o procedimento cirúrgico, não houve diferença significativa. Notou-se, porém, que 36 cuidadores já conheciam essa informação, e que apenas quatro cuidadores obtiveram incremento desta informação após a intervenção com o vídeo educativo (Tabela 9).

Tabela 9 – Comparação do padrão de informação sobre cada item relacionado nos períodos pré e pós-treinamento do grupo G1 - Bauru, 2014

VARIÁVEIS	Sim/Sim (%)	Sim/Não (%)	Não/Sim (%)	Não/Não (%)	p
1. Cuidados gerais					
- Posicionamento da criança no colo	2 5,0	0 0,0	34 85,0	4 10,0	< 0,001*
- Sucção do dedo/chupeta e mão na boca	27 67,5	0 0,0	9 22,5	4 10,0	0,008*
- Uso dos braceletes	31 77,5	0 0,0	9 22,5	0 0,0	0,008*
- Cuidados no dormitório	1 2,5	0 0,0	38 95,0	1 2,5	< 0,001*
- Briquedos e brincadeiras	4 10,0	0 0,0	29 72,5	7 17,5	< 0,001*
- Exposição solar	7 17,5	0 0,0	27 67,5	6 15,0	< 0,001*
- Tempo dos cuidados	29 72,5	0 0,0	11 27,5	0 0,0	0,003*
2. Alimentação					
- Consistência do alimento	33 82,5	0 0,0	7 17,5	0 0,0	0,023*
- Temperatura do alimento	25 62,5	0 0,0	13 32,5	2 5,0	< 0,001*
- Utensílio indicado	36 90,0	0 0,0	4 10,0	0 0,0	0,134
- Período de oferta da alimentação	27 67,5	0 0,0	13 32,5	0 0,0	0,001*
3. Higienização e cicatrização cirúrgica					
- Pontos cirúrgicos	24 60,0	0 0,0	15 37,5	1 2,5	< 0,001*
- Higienização bucal	32 80,0	0 0,0	8 20,0	0 0,0	0,013*
- Higienização cirúrgica	6 15,0	0 0,0	32 80,0	2 5,0	< 0,001*
- Frequência da higienização	7 17,5	23 57,5	2 5,0	8 20,0	< 0,001*
4. Intercorrências no local cirúrgico	32 80,0	0 0,0	7 17,5	1 2,5	0,023*
5. Estado comportamental do cuidador	1 2,5	0 0,0	24 60,0	15 37,5	< 0,001*

*Associação significativa ($p < 0,005$) – Teste de McNemar

Na análise do padrão de informação dos cuidados pós-operatórios do G2 sobre cada item das variáveis, não se observou diferença significativa em seis itens (Tabela 10). No que concerne aos “cuidados gerais” sobre colocação da mão da criança na boca e sucção dos dedos/chupeta, sete cuidadores responderam corretamente a questão após o treinamento. No entanto, seis cuidadores não souberam responder esse questionamento. Quanto ao uso dos braceletes na articulação do cotovelo para impedir a realização da flexão e para não comprometer a reabilitação pós-operatória ou levar à ruptura dos pontos cirúrgicos, seis

cuidadores obtiveram aumento desta informação após o treinamento com a equipe de enfermagem da Instituição.

Na variável “alimentação”, sobre a consistência do alimento e utensílios mais indicados para a oferta da alimentação para a criança após o procedimento cirúrgico, quatro cuidadores tiveram suas informações atualizadas após o treinamento. No que se refere aos cuidados com a “higienização e cicatrização cirúrgica”, 30 cuidadores responderam adequadamente como deveria ser realizada a higiene bucal da criança, antes do treinamento, e seis cuidadores tiveram aumento desta informação, após o treinamento.

Em relação ao “estado comportamental do cuidador”, não houve diferença significativa nesta variável do pré para o pós-treinamento devido à falta de orientação da equipe de enfermagem quanto a este aspecto, onde 39 cuidadores não souberam responder qual o comportamento que a mãe deveria ter com a criança no período pós-operatório, no pós-treinamento. Os cuidados relacionados a este aspecto destacam-se nas expressões, reações e tom de voz, onde o cuidador deverá transmitir tranquilidade e segurança para a criança, e entender que ele é a referência maior de bem-estar.

Tabela 10 – Comparação do padrão de informação sobre cada item relacionado nos períodos pré e pós-treinamento do grupo G2 - Bauru, 2014

VARIÁVEIS	Sim/Sim (%)		Sim/Não (%)		Não/Sim (%)		Não/Não (%)		p
1. Cuidados gerais									
- Posicionamento da criança no colo	5	12,5	0	0,0	21	52,5	14	35,0	< 0,001*
- Sucção do dedo/chupeta e mão na boca	24	60,0	3	7,5	7	17,5	6	15,0	0,343
- Uso dos braceletes	33	82,5	1	2,5	6	15,0	0	0,0	0,131
- Cuidados no dormitório	3	7,5	0	0,0	15	37,5	22	55,0	< 0,001*
- Briquedos e brincadeiras	2	5,0	0	0,0	17	42,5	21	52,5	< 0,001*
- Exposição solar	10	25,0	0	0,0	12	30,0	18	45,0	0,001*
- Tempo dos cuidados	31	77,5	0	0,0	8	20,0	1	2,5	0,013*
2. Alimentação									
- Consistência do alimento	36	90,0	0	0,0	4	10,0	0	0,0	0,134
- Temperatura do alimento	24	60,0	0	0,0	15	37,5	1	2,5	< 0,001*
- Utensílio indicado	35	87,5	0	0,0	4	10,0	1	2,5	0,134
- Período de oferta da alimentação	24	60,0	0	0,0	15	37,5	1	2,5	0,001
3. Higienização e cicatrização cirúrgica									
- Pontos cirúrgicos	26	65,0	1	2,5	13	32,5	0	0,0	0,003*
- Higienização bucal	30	75,0	4	10,0	6	15,0	0	0,0	0,752
- Higienização cirúrgica	7	17,5	0	0,0	29	72,5	4	10,0	< 0,001*
- Frequência da higienização	5	12,5	1	2,5	15	37,5	19	47,5	0,001*
4. Intercorrências no local cirúrgico	27	67,5	0	0,0	13	32,5	0	0,0	0,001*
5. Estado comportamental do cuidador	1	2,5	0	0,0	0	0,0	39	97,5	-

*Associação significativa ($p < 0,005$) – Teste de McNemar

De acordo com o Gráfico 1, verificou-se que o G1 teve melhor desempenho em relação ao nível de informação obtida sobre os cuidados pós-operatórios de cirurgias primárias de queiloplastia e/ou palatoplastia após a intervenção com o vídeo educativo, comparado ao G2, ou seja, os cuidadores do grupo experimental apresentaram mudanças de conceito e de comportamento no cuidado de crianças com fissura labiopalatina em situação pós-operatória, evidenciando a eficácia da ferramenta do G1 como recurso educativo de treinamento a pais, em contingências hospitalares, tendo em vista que 80% dos itens

investigados apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) quando comparado ao G2.

Gráfico 1 – Comparação dos cuidados pós-operatórios dos grupos G1 e G2 - Bauru, 2014

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A realização da queiloplastia e palatoplastia implica na necessidade de cuidados específicos, além de representar um momento de estresse elevado, tanto para a criança submetida à cirurgia, como para seus cuidadores (AUGSORNWAN et al., 2012). Nesse momento, é muito importante a participação ativa do enfermeiro para atender e identificar as necessidades das crianças e preparar os pais ou responsáveis para a continuidade do tratamento no domicílio, prevenindo e amenizando problemas decorrentes do procedimento cirúrgico (RAZERA et al., 2016).

Nesse contexto, a construção do vídeo educativo sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia proposto neste estudo teve o objetivo de conscientizar e treinar os cuidadores de crianças com fissura labiopalatina submetidas a essas cirurgias, a fim de garantir a continuidade dos cuidados com qualidade após a alta hospitalar, minimizando complicações e promovendo o processo reabilitador.

O conteúdo deste vídeo educativo foi desenvolvido por meio de recursos digitais de animação, utilizando desenhos, animações e ilustrações figurativas, com estética simples e até mesmo minimalista, passando uma mensagem positiva para conquistar a simpatia e atenção dos cuidadores. A informação visual e estética tem o objetivo de facilitar a aprendizagem e efetivar a comunicação não verbal incluindo sinais emocionais para motivação dos espectadores (FONSECA et al., 2009).

Desse modo, todas as telas possuem a mesma estrutura organizacional, com distribuição de cores claras em tons pastel, de forma a deixar o visual mais leve e aconchegante, transmitindo tranquilidade e segurança nos cuidados dispensados à criança com fissura labiopalatina. Evitou-se a utilização excessiva de cores fortes e vibrantes para aumentar a visibilidade das outras cores e tornar o texto mais legível, diminuindo o cansaço visual (RAZERA et al., 2014).

Para a trilha sonora, escolheram-se músicas tranquilas para facilitar a comunicação dos personagens com o espectador, tornando o cuidado mais humanizado. A música, ao se constituir como expressão artística e cultural importante e universal, produz trilhas sonoras que embalam o cotidiano da vida

social, afetiva e profissional das pessoas, além de favorecer a manutenção da saúde mental, a prevenção do estresse e o alívio do cansaço físico (BERGOLD; ALVIN; CABRAL, 2006). A música traz a redução da dor, do estresse e da ansiedade, a promoção de conforto, relaxamento muscular e dignidade às pessoas hospitalizadas (LEÃO et al., 2011).

Os itens avaliados no vídeo pelos juízes, referentes à linguagem de fácil entendimento e compreensão, uso adequado dos recursos audiovisuais, como imagens, letreiros, locução, trilhas e efeitos sonoros, transmissão e distribuição adequada do conteúdo, manutenção da atenção da audiência, facilitação da memorização das mensagens, e promoção do impacto para estimular atitudes, obtiveram aprovação e concordância compatível ao estabelecido na literatura (RUBIO et al., 2003), o que caracterizou a validação da ferramenta.

Participaram do processo de avaliação do vídeo educativo seis juízes, que contemplavam plenamente as recomendações apontadas na literatura como critérios de seleção, incluindo experiência profissional na área e possuir especialização *Latu* ou *Stricto Senso* (GRANT; DAVIS, 1997). Esses dados reforçam a confiabilidade do processo de avaliação. Um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que pretende mensurar (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Neste estudo, verificou-se que o grupo que utilizou o vídeo educativo como proposta de ensino apresentou melhor aquisição de conhecimento em relação às informações obtidas sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias de queiloplastia e palatoplastia, em comparação ao grupo comparativo, apontando a eficácia do mesmo para essa finalidade. A aprendizagem baseada em recursos audiovisuais é apontada como importante ferramenta de ensino na enfermagem, por contribuir na qualidade da assistência, com ênfase para o treinamento de pacientes e cuidadores, além de constar de veículo de divulgação dos avanços nos cuidados (RAZERA et al., 2014; LIAW et al., 2015; PAIGE et al., 2015).

Com base nos dados de caracterização dos cuidadores, observou-se predomínio das mães, corroborando as outras investigações (TRETTENE; MONDINI; MARQUES, 2013; TRETTENE et al., 2014; TRETTENE et al., 2015). A presença da mãe durante a internação tem sido associada ao menor estresse da criança. Soma-se a isso o fato da mãe, principal cuidadora, receber treinamento

sobre os cuidados, garantindo a continuidade dos mesmos após a alta hospitalar (TABAQUIM; MARQUESINI, 2013; TRETTENE et al., 2014). A mãe, além da construção histórica do seu papel na sociedade familiar, é movida por sentimentos de culpa por gerar um filho com malformação facial, e, desta forma, com vistas à minimização, assume a responsabilidade reparadora em aprender a cuidar da sua criança da melhor maneira possível (TRETTENE; MONDINI; MARQUES, 2013).

Observou-se, em relação à idade dos cuidadores, que a média foi de 28 anos, portanto, jovens. Resultados similares foram evidenciados em outros estudos (TRETTENE et al., 2014; LIAW et al., 2015; PAIGE et al., 2015). No contexto do aprendizado necessário aos cuidados pós-operatórios, jovens apresentam maior disponibilidade para aprender. Evidencia-se a utilização do vídeo educativo como estratégia de ensino, por se tratar de método bastante atrativo a esse público (LIAW et al., 2015; LOGSDON et al., 2015).

No que diz respeito ao número de filhos, a maioria referiu possuir dois. Crianças com fissura labiopalatina, particularmente em pós-operatório, necessitam de atenção dos cuidadores constantemente, exigindo assistência integral. Nesse contexto, infere-se que, quanto maior o número de filhos, maior será a dificuldade dos pais e cuidadores em dedicar-se exclusivamente ao filho em pós-operatório, podendo desencadear sobrecarga e estresse (TRETTENE et al., 2014; LIAW et al., 2015).

Quanto ao estado civil, observou-se predomínio da união estável. É consenso que crianças com fissura labiopalatina cujas famílias são estruturadas apresentam melhores resultados em relação ao processo reabilitador, considerando que os cuidados e responsabilidades são divididos entre os pais (TRETTENE et al., 2014; PAIGE et al., 2015). Vale ressaltar a importância da participação da família, onde a presença do pai aponta não como reflexo ou substituição da relação do apego do filho com a mãe, mas como de fundamental importância para o desenvolvimento da criança (BANDEIRA et al., 2014).

Observou-se que a maioria dos cuidadores não possuía vínculo empregatício. Esse resultado pode estar relacionado à necessidade de disponibilidade integral para acompanhar o filho durante o processo reabilitador, considerando que as fissuras labiopalatinas podem acarretar problemas de diversas ordens (PARANAÍBA et al., 2011). Mães com vínculo empregatício podem ter menor

disponibilidade de tempo no cuidado da criança, porém, não necessariamente implica na sobrecarga sob o aspecto da demanda psicológica e funcional. Fatores de maior gravidade, como a dependência da criança, exigem a disponibilidade, embora não representem implicitamente o desgaste emocional do cuidador (TABAQUIM; MOURA-RIBEIRO; CIASCA, 2015).

Em relação à escolaridade dos cuidadores, observou-se predomínio do ensino médio. A escolaridade está relacionada à capacidade de aprendizado, necessária para a aquisição das habilidades referentes aos cuidados pós-operatórios e ao acesso às informações, assim como a qualidade das mesmas (TRETTENE et al., 2014).

Ao serem questionadas sobre a classificação socioeconômica, observou-se predomínio da classe baixa, corroborando a literatura de estudos com essa população (TRETTENE; MONDINI; MARQUES, 2013; TRETTENE et al., 2014; TRETTENE et al., 2015). Infere-se a esse resultado duas possibilidades. A primeira refere-se ao fato das fissuras labiopalatinas serem prevalentes em classes sociais menos favorecidas, possivelmente por deficiência de suplementação vitamínica, vinculada a nutrição desfavorável. A segunda hipótese refere-se ao fato da Instituição em que foi realizada a presente investigação ser mantida com recursos exclusivos do Sistema Único de Saúde, e, portanto, atender prevalentemente pacientes de classe social baixa.

No que concerne ao gênero das crianças, verificou-se o predomínio do feminino. Sobre a classificação da fissura, observou-se equidade entre as labiopalatinas e de palato. A literatura aponta prevalência das fissuras labiais e labiopalatinas no gênero masculino, enquanto as palatinas são prevalentes no gênero feminino (PARANAÍBA et al., 2011).

A média de idade das crianças foi de 10 meses. A idade ideal para a realização da queiloplastia e da palatoplastia não é consenso; no entanto, bons resultados, principalmente em relação à qualidade da fala, têm sido evidenciados nos casos cuja correção cirúrgica aconteceu antes dos 12 meses de idade (PALANDI; GUEDES, 2011). De acordo com o protocolo da Instituição participante, a queiloplastia é realizada aos 3 meses de idade, enquanto a palatoplastia, ocorre entre 10 e 12 meses. Nas crianças com fissura labiopalatina unilateral, tem sido realizada concomitantemente a queiloplastia e a palatoplastia a partir dos 3 meses

de vida (TRETTENE; MONDINI; MARQUES, 2013). A estratificação de protocolos tem sido apontada como importante indicador de qualidade referente ao processo reabilitador de pacientes com fissuras labiopalatinas, fato esse evidenciado no presente estudo, relacionado à realização das cirurgias, demonstrando conformidade a essa recomendação (FREITAS et al., 2012).

Ao considerar o perfil comportamental dos cuidadores, preditores de instabilidade emocional, enfrentamento, sobrecarga, flexibilidade intelectual e sinais depressivos, não foram observadas diferenças significantes entre os dois grupos. Estes dados sugerem que esses sintomas podem ser mais avassaladores em pessoas com maior vulnerabilidade diante de agentes agressores ou situações consideradas ameaçadoras, em virtude de experiências vividas anteriormente e características de personalidade, dentre outros fatores (RAZERA; TRETTENE; TABAQUIM, 2016).

Em condição vertiginosamente oposta, pode-se considerar que, famílias de crianças com fatores de risco para alterações no desenvolvimento, vivenciam situações atípicas que podem fortalecer a capacidade de enfrentamento e resolução de problemas de ordem prática e afetiva, caracterizando o *coping* (JOAQUIM; TABAQUIM; VALLE, 2014). Desta forma, é compreensível que os cuidadores de crianças com fissura labiopalatina em situação cirúrgica utilizem-se do *coping*, dos esforços intrínsecos para lidar, no cotidiano, com situações desgastantes, crônicas e agudas, e, portanto, passíveis de desenvolverem estratégias compensatórias, na tentativa de se adaptarem a uma demanda estressante específica, no caso, focado no problema, direcionando sua ação relacionada aos cuidados e obtenção de resultados positivos reabilitadores pós-cirúrgicos (RAZERA; TRETTENE; TABAQUIM, 2016).

Os dados obtidos através do ISSL apontaram que grande parte da amostra manifestou sintomas de estresse, os quais se encontravam na fase de resistência, corroborando com estudos em outras populações de risco (FARIA; CARDOSO, 2010; MARTINS; LOPES; FARINA, 2014). Esse fenômeno indica que o estresse está em processo de agravamento e, se não forem tomadas as devidas precauções, provavelmente, em breve estarão em fase mais avançada de estresse (LIPP, 2005).

Para Selye (1983), a fase de resistência indica que o indivíduo está na fase de alerta há algum tempo e, por isso, há o declínio da disposição, tendência ao cansaço, redução do organismo contra infecções e falhas de memória. Nesta fase, o organismo tenta restabelecer o equilíbrio interno por meio de uma ação reparadora, gastando energia para essa adaptação. A adaptabilidade do corpo é finita. Desse modo, considera-se que os cuidadores tiveram um desgaste importante durante a atenção dada para a criança submetida às cirurgias reparadoras de queiloplastia e palatoplastia, tornando-se evidente a necessidade de cuidados também para si (RAZERA; TRETENE; TABAQUIM, 2016).

Troíjo (2001) afirma que procedimentos médico-cirúrgicos podem funcionar como desestabilizadores capazes de provocar, em grande parte das pessoas, tensão psicológica, mesmo naquelas com certo padrão de equilíbrio e controle emocional. Quando na situação familiar os pais vivenciam as condições de risco operatório cirúrgico de um filho, os níveis de estresse tornam-se elevados e colocam os provedores em estado de alarme.

O momento da cirurgia agudiza nos pais os medos, a ansiedade e, muitas vezes, os confronta com uma situação em que eles não têm experiência anterior (CARNIER et al., 2015). Em outros estudos, os autores observaram que a presença significativa de estresse em cuidadores de crianças hospitalizadas para a realização de cirurgia eletiva estava relacionada a não ter experiência prévia com cirurgia (CARNIER; RODRIGUES; PADOVANI, 2012).

A sintomatologia apresentada pelos participantes com manifestações de estresse teve predominância psicológica, indicando que os cuidadores poderiam estar experimentando sentimentos como irritabilidade excessiva, cansaço excessivo, angústia e ansiedade, hipersensibilidade emotiva ou, ainda, perseverando os pensamentos e discursos, até mesmo relacionados às circunstâncias das cirurgias. Entretanto, ressalta-se que esta sintomatologia pode influenciar negativamente tanto a qualidade de vida dos cuidadores, quanto a capacidade de oferecer acolhimento e responder às demandas da criança no processo de reabilitação, podendo prejudicar a capacidade de enfrentamento à situação (FARIA; CARDOSO, 2010).

A ambiência anestésica cirúrgica é uma condição que possibilita sentimentos e reações emocionais de medos, incertezas e preocupações nos cuidadores, principalmente em se tratando de crianças em período de grande

vulnerabilidade. O pós-operatório, em que o cuidador é orientado e treinado para a manutenção dos cuidados após a alta hospitalar, compreende um momento de considerável estresse, tanto para o paciente quanto seu cuidador, e identificar o nível desse impacto possibilita o planejamento e a implementação de intervenções que minimizam tais desconfortos (RAZERA; TRETTE; TABAQUIM, 2016).

De acordo com Postalli, Munuera e Aiello (2011), entre os fatores de risco que comprometem a saúde e o desenvolvimento da criança pequena, estão o nível de estresse moderado a severo, a baixa escolaridade e deficiência intelectual dos pais. Na avaliação do desempenho intelectual dos cuidadores, detectou-se que a maioria apresentou escores rebaixados, com classificação tida como indício de deficiência intelectual. E na avaliação da sobrecarga por meio da Escala BI, observou-se que os cuidadores não tiveram indicativos de sobrecarga; no entanto, uma parte desses cuidadores obtiveram escores iguais ou superiores a 21, representando um nível de sobrecarga moderada e moderada a severa, porém, não havendo significância estatística na comparação entre os grupos.

O estudo identificou que os cuidadores gastavam muito tempo cuidando da criança e não possuíam tempo para cuidar de si mesmo. O cuidador da criança com fissura labiopalatina vivencia consequências limitantes em sua vida pessoal, com impacto importante na sua rotina diária, pelo tempo envolvido com a reabilitação da sua criança, com os problemas de saúde que cursam paralelos à condição de saúde do filho, e a necessidade de mudanças em sua vida e dos demais familiares, na busca pela adaptação e ajustamento às recorrentes necessidades primárias do filho, como paciente (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

O estresse vinculado às responsabilidades inerentes ao cuidado da criança, que depende inteiramente do cuidador, também foi evidenciado no presente estudo. Os cuidadores indicaram que se sentiam estressados por cuidar da criança e assumir outras responsabilidades junto à família e no trabalho. Ainda, um percentual dos cuidadores se manifestou como inseguros e devedores com a criança, referindo-se como sobrecarregados.

Embora um contingente da amostra tenha evidenciado estados rebaixados de sinais preditivos de ansiedade e depressão, outro percentual demonstrou perfis categorizados como leve e moderado, permitindo destacar que

estas condições psicológicas representam um viés importante também no cuidado ao cuidador de crianças com desenvolvimento atípico.

Estes sentimentos evidenciados, misto de impotência e exaustão, são indicadores de risco à própria saúde mental, dificultando, assim, a qualidade dos cuidados prestados ao filho. Desta forma, constata-se cada vez mais a pertinência da maior participação da família para que o cuidado à criança com fissura labiopalatina seja compartilhado, evitando possíveis efeitos danosos à qualidade de vida dos cuidadores (BANDEIRA et al., 2014). Identificar os fatores envolvidos na sobrecarga dos cuidadores pode auxiliar no planejamento de atenção, intervenção e na elaboração de estratégias de orientação e assistência ao cuidador da criança com fissura labiopalatina (MISQUIATTI et al., 2015).

Neste estudo, os resultados demonstraram a presença da sobrecarga objetiva, com demandas concretas (TESSLER; GAMACHE, 1996; KATE et al., 2013) na vida dos cuidadores, a partir da alta frequência assistencial no cotidiano da criança, das constantes alterações na rotina da sua vida social, decorrentes do excesso de tarefas, e dos sentimentos de anulação pessoal. Também ficaram evidenciados aspectos da sobrecarga subjetiva, manifestados pelo desconforto de sensações de incompletude e impotência no exercício do papel de cuidador, sugerindo até mesmo sentimentos de desamparo.

Uma questão que pode também ocasionar a sobrecarga nos cuidadores é a importância do tratamento das fissuras labiopalatinas em centros especializados com uma equipe multidisciplinar, gerando certo desgaste a esses cuidadores ao terem que se ausentar por diversas vezes de seus lares, deixando os outros filhos na dependência de terceiros, como parentes, amigos e vizinhos, comprometendo frequentemente a rotina e o bem-estar doméstico (DI NINNO et al., 2010).

É consenso que as cirurgias reparadoras das fissuras labiopalatinas sejam realizadas em centros multidisciplinares. Um estudo realizado por Scott et al. (2014), com o objetivo de avaliar instituições que prestam assistência para pacientes com fissura de lábio e palato, concluiu que, na última década, houve uma centralização dos serviços. Entretanto, o mesmo estudo enfatiza que, nacionalmente, evidencia-se uma tendência à descentralização e a necessidade de maior propagação a respeito dos cuidados pós-operatórios entre os profissionais de saúde, pois, ao receberem alta hospitalar, os pacientes e familiares voltam às suas

origens, muitas vezes sem respaldo em suas comunidades, enfrentando dificuldades relacionadas às intercorrências pós-operatórias.

Nesse contexto, em relação aos cuidados de enfermagem referentes ao pós-operatório das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia, evidenciou-se que ambos os grupos apresentaram similaridade entre os acertos no pré-treinamento, e, após o treinamento, evidenciou-se maior aquisição de conhecimento, denotando que, apesar dos cuidadores estarem vivenciando um período de estresse, conseguiram reter informações importantes para o cuidado (VANZ; RIBEIRO, 2011). Porém, no grupo que recebeu a intervenção por meio do vídeo educativo, observou-se que o aprendizado foi significativamente maior, evidenciando sua importância como instrumento de treinamento (RAZERA et al., 2016).

O primeiro item do vídeo educativo referiu-se aos cuidados gerais, que incluíram o posicionamento da criança no colo do cuidador, permissão da sucção dos dedos e/ou chupeta, colocação da mão da criança na boca, cuidados no dormitório, brinquedos e brincadeiras, exposição solar e período que esses cuidados devem ser dispensados no pós-operatório (RAZERA et al., 2016). Esses cuidados se relacionam à manutenção da integridade da ferida operatória e prevenção de complicações, em especial o sangramento (TRETTENE et al., 2014).

O lábio e o palato são áreas extremamente irrigadas, e traumas nessas regiões, que já se encontram sensibilizados pelo ato cirúrgico, podem gerar sangramentos. A exposição solar deve ser evitada, em especial nos horários onde a radiação é maior, por interferirem qualitativamente na cicatrização cirúrgica, principalmente nas cirurgias de lábio. Soma-se, ainda, o fato do calor promover vasodilatação, podendo ocasionar sangramento. O período estipulado para esses cuidados é de 30 dias (THOMÉ; BERTONE, 2009; TRETTENE et al., 2014).

Observou-se, no item alimentação, que, em ambos os grupos, os cuidadores possuíam previamente conhecimento satisfatório. Associa-se esse resultado, ao fato da alimentação representar a principal preocupação dos pais e cuidadores de crianças com fissura labiopalatina, desde o momento do diagnóstico, estendendo-se ao pós-operatório, devido ao acometimento da cavidade oral (BRITTON; MCDONALD; WELBURY, 2011; PRADUBWONG et al., 2012; TRETTENE; MONDINI; MARQUES, 2013; GIL DA SILVA LOPES et al., 2013; TRETTENE et al., 2014; LINDBERG; BERGLUND, 2014; MARTIN; GREATREX-

WHITE, 2014). Essa preocupação desperta nos pais a necessidade de buscar informação sobre esse cuidado, o que justificaria o conhecimento adequado previamente estabelecido (RAZERA et al., 2016). A alimentação deve ser líquida e fria e ofertada por copo ou colher, uma vez que utensílios de sucção, como mamadeiras e canudos, são proibidos. Esses cuidados também visam à manutenção da integridade da ferida operatória e promoção do processo cicatricial (THOMÉ; BERTONE, 2009; TRETENE; MONDINI; MARQUES, 2013; TRETENE et al., 2014).

Quanto à higienização da ferida operatória, na cirurgia de queiloplastia deve ser realizada com auxílio de cotonetes embebidos em soro fisiológico ou água filtrada, enquanto na palatoplastia, ao término da oferta de alimentos, deve ser ofertada água visando a limpar a ferida operatória. Em ambas as cirurgias, a higiene oral deve ser realizada metodicamente. Essas intervenções estão diretamente relacionadas à prevenção de infecções. Os pontos cirúrgicos na queiloplastia devem ser retirados após sete e dez dias, enquanto os utilizados na palatoplastia caem por si só, quando não absorvíveis (THOMÉ; BERTONE, 2009; TRETENE et al., 2014).

Em casos de intercorrências cirúrgicas, como sangramentos, traumatismos, ferimentos, dificuldade respiratória, infecção no local, febre e dor, as crianças devem ser encaminhadas de imediato para avaliação médica no local onde se encontrarem. Posteriormente, após a criança estar estabilizada, o fato deverá ser informado à Instituição para procedimentos cabíveis (THOMÉ; BERTONE, 2009; RIRATANAPONG et al., 2013; TRETENE et al., 2014).

Nos procedimentos de orientação ao cuidador sobre a variável “estado comportamental do cuidador”, tão importante quanto a atenção sobre as práticas do contexto e de manuseio, é a qualidade da interação afetiva e emocional canalizada nas ações aplicadas. O G1 recebeu orientações sobre as expressões faciais e corporais, reações e tom de voz, cuja mensagem deveria transmitir tranquilidade e segurança, e compreender ser o cuidador a referência maior de bem-estar da criança no mundo. Ações de nervosismo, medo ou indiferença poderiam remeter a um mundo ameaçador e à inquietação maior da criança. Com esses cuidados, o organismo tende a reagir com plasticidade mais eficiente e possibilita uma recuperação mais rápida. Desta forma, a intervenção com o vídeo educativo foi efetivo para a melhoria desta modalidade (RAZERA et al., 2016).

A efetividade da intervenção educativa foi evidenciada por aumento da média de acertos, com diferença estatística significativa, evidenciando a consistência do instrumento empregado para medir a comparação dos resultados (RAZERA et al., 2016). Esses achados corroboram outros estudos que avaliaram efetividade de programas educativos, por ser uma tecnologia favorável para o processo ensino-aprendizagem, contribuindo na compreensão e entendimento dos cuidados, uma vez que induz a motivação, a curiosidade, e estimula a participação do cuidador nos cuidados (MENDOZA; PENICHE, 2012; SOUSA et al., 2015).

Este estudo apresentou evidências na eficácia de construção de um vídeo educativo sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia, sendo esta uma ideia ousada no emprego da tecnologia, incorporada a intervenções profissionais de saúde, para o entendimento do público leigo. Desta forma, espera-se que o ensino desse conteúdo proporcione aos cuidadores de crianças com fissura labiopalatina melhor nível de informação, desenvolvimento de habilidades e competências, além de atitudes assertivas frente aos cuidados dispensados a essas crianças, em fase de recuperação (RAZERA et al., 2016). O emprego de estratégias facilitadoras, implementando recursos audiovisuais, no atendimento primário de saúde ao paciente e seu cuidador por equipes de enfermagem, pode fazer toda a diferença no sentido da humanização do tratamento cirúrgico (RIRATANAPONG et al., 2013).

Porém, as limitações deste estudo referem-se ao fato de ser realizado com cuidadores de crianças com fissura labiopalatina de uma única Instituição, o que não permite generalizar os resultados, além da possibilidade de viés de aferição em relação à utilização da entrevista como instrumento de coleta de dados, considerando estar sujeita à memória. Contudo, é preciso enfatizar que os resultados oferecem contribuições interessantes para a compreensão de como esses cuidadores interpretaram a mensagem sobre os cuidados pós-operatórios, empregadas por meio da utilização do vídeo educativo. Além do treinamento dos cuidadores, os achados poderão se estender aos profissionais de enfermagem e áreas afins, incluindo as relacionadas à telenfermagem, realização de aulas por videoconferência, treinamentos e aperfeiçoamentos referentes aos cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo permitiram as seguintes conclusões:

- O vídeo educativo construído e validado foi qualificado como facilitador das informações necessárias, e mostrou-se eficiente na sua constituição e aplicabilidade para a preparação de pais e cuidadores de crianças que vivenciam condições pós-operatórias específicas.
- Neste estudo, verificou-se que o G1 apresentou melhor desempenho em relação ao nível de informação obtida sobre os cuidados pós-operatórios de cirurgias primárias de queiloplastia e palatoplastia após o treinamento, em comparação ao G2, ou seja, os cuidadores apresentaram mudanças na aquisição de informações sobre o cuidado de crianças com fissura labiopalatina em situação pós-operatória de cirurgias primárias após o treinamento com o vídeo educativo, evidenciando a sua eficácia como recurso educativo de treinamento a cuidadores informais, em contingências hospitalares.
- Embora um contingente da amostra tenha evidenciado estados rebaixados de sinais preditivos de ansiedade e depressão, outro percentual (média de 38,8%) demonstrou perfis categorizados como leve e moderado, permitindo destacar que estas condições psicológicas representam um viés importante também no cuidado ao cuidador de crianças com desenvolvimento atípico.
- O aumento do nível de informação sobre as orientações comportamentais, proporcionadas pela ferramenta criada no estudo, quanto à interação comunicativa, afetiva e social com a criança em situação de recuperação operatória, evidenciou a necessidade de procedimentos instrucionais sistematizados na área da enfermagem, como também, a sinalização de que muitos aspectos são aprendidos e não instintivos da maternidade ou paternidade, conhecimento este fundamental para a recuperação biopsicossocial da criança.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Alexandre MCA, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
- Alonso N, Tanikawa DY, Lima Junior JE, Ferreira MC. Avaliação comparativa e evolutiva de protocolos de atendimentos dos pacientes fissurados. *Rev Bras Cir Plast*. 2010;25(3):434-8.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Aquino SN, Paranaíba LMR, Martelli DRB, Swerts MSO, Barros LM, Bonan PRF, et al. Estudo de pacientes com fissuras labiopalatinas com pais consanguíneos. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011;77(1):19-23.
- Augsornwan D, Pattangtanang P, Pikhunthod K. Nursing care system development for patients with cleft lip-palate and craniofacial deformities in Srinagarind Hospital: pre-post operation. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(6):s114-7.
- Augsornwan D, Pattangtanang P, Surakunprapha P. Development of information system for patients with cleft lip and palate undergoing operation. *J Med Assoc Thai*. 2015;98(Suppl 7):151-7.
- Augsornwan D, Pikhunthod K, Pongpagatip S, Surakunprapha P. Nursing outcome in patients with cleft lip and palate who underwent operation: follow-up cases. *J Med Assoc Thai*. 2012;95(Suppl 11):116-20.
- Bandeira M, Tostes JGA, Santos DCS, Lima DC, Oliveira MS. Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. *Psico-USF*. 2014;19(3):399-409.
- Baraz S, Zarea K, Dashtbozorgi B. A comparing the effect of two educational programs on the quality of life of hemodialysis patients in Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(8):e19368.
- Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H, Carneiro JLV, Oliveira JC. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci Health Sci*. 2005;27(1):31-5.
- Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5):751-7.
- Bergold LB, Alvim NAT, Cabral IE. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(2):262-9.
- Bertier CE, Trindade IEK, Silva Filho OGS. Cirurgias primárias de lábio e palato. In: Trindade IEK, Silva Filho OGS, coordenação.. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p.73-86.

- Bianchi ERF, Leite RCBO. Modelos de assistência de enfermagem perioperatória. In: Carvalho R, Bianchi ERF. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri: Manole; 2007. p. 38-60.
- Biazon J, Peniche ACG. Retrospective study of postoperative complications in primary lip and palate surgery. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):519-25.
- Boccalandro ER. G36 - teste não-verbal de inteligência: manual. 5a.ed. São Paulo: Vetor; 2003.
- Boissel JP. Planning of clinical trials. *J Intern Med*. 2004;255(4): 427-38.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília (2013 jun 13); Sec 1:59.
- Britton KF, McDonald SH, Welbury RR. An investigation into infant feeding in children born with a cleft lip and/or palate in the West of Scotland. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2011;12(5):250-5.
- Cant RP, Cooper SJ. Simulation in the internet age: the place of web-based simulation in nursing education: an integrative review. *Nurse Educ Today*. 2014;34(12):1435-42.
- Cardoso L, Vieira MV, Ricci MAM, Mazza RS. The current perspectives regarding the burden on mental health caregivers. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):513-7.
- Carnier LE, Rodrigues OMPR, Padovani FHP. Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estud Psicol (Campinas)*. 2012;29(3):315-25.
- Carnier LE, Padovani FHP, Perosa GB, Rodrigues OMPR. Estratégias de enfrentamento em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. *Estud Psicol (Campinas)*. 2015;32(2):319-30.
- Castro LC, Takahashi RT. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):305-11.
- Chambel T, Guimarães N. Aprender com vídeo em hipermídia [texto na internet]. Lisboa: Departamento de Informática; 2000. [acesso em 2014 08 24]. Disponível em: http://www.di.fc.ul.pt/~tc/papers/coopmedia_paper_tc.pdf.
- Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg*. 1992;3(1):30-2.
- Colenci R, Abdala KM, Braga EM. A família na sala de espera do centro cirúrgico. *Rev SOBECC*. 2004;9(1):13-20.
- Cunha JA. Escalas Beck: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- Darzi MA, Chowdri NA, Bhat AN. Breast feeding or spoon feeding after cleft lip repair: a prospective. *Br J Plast Surg*. 1996;49(1):24-6.

- Del Bianco Faria AM, Cardoso CL. Psychosocial aspects of caregivers of children with cancer: stress and coping. *Estud Psicol (Campinas)*. 2010;27(1):13-20.
- Dilley LB, Gray SM, Zecevic A, Gaspard G, Symes B, Feldman F, et al. An educational video to promote multifactorial approaches for fall and injury prevention in long-term care facilities. *BMC Med Educ*. 2014;20(14):102.
- Di Ninno CQMS, Vieira FCF, Lemos AMM, Silva LF, Rocha CMG, Norton RC, et al. A prevalência do uso de sonda nasogástrica em bebês portadores de fissura de lábio e/ou palato. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):578-83.
- Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet*. 2011;12(3):167-78.
- Falkembach GAM. Concepção e desenvolvimento de material educativo digital. *Novas Tecnologias na Educação [periódico na internet]*. 2005 [acesso em 2012 maio 10]; 3(1):1-15. Disponível em: seer.ufrgs.br/renote/article/download/13742/7970.
- Faria AMDB, Cardoso CL. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. *Estud Psicol. (Campinas)*. 2010;27(1):13-20.
- Fonseca LMM, Góes FSN, Ferecini GM, Leite AM, Mello DF, Scochi CGS. Inovação tecnológica no ensino da semiótica e semiologia em enfermagem neonatal: do desenvolvimento à utilização de um software educacional. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(3):549-58.
- Fonseca PM, Cruz I. O ensino na enfermagem: relato de experiência sobre a construção de uma videoaula. *Bol NEPAE-NESEN*. 2012;10(2):581-93.
- Franco D, Eyler AD. Cirurgia de fissurados: detalhes que facilitam. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2003;18(1):55-69.
- Freitas AAS, Cabral IE. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. *Esc Anna Nery*. 2008;12(1):84-9.
- Freitas JAS, Neves LT, Almeida ALPF, Garib DG, Trindade-Suedan IK, Yaedú RYF, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC-USP) – Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci*. 2012;20(1):9-15.
- Freitas e Silva DS, Mauro LDL, Oliveira LB, Ardenghi TM, Bonecher M. Estudo descritivo de fissuras labiopalatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. *RGO*. 2008;56(4):387-91.
- Fudalej P, Hortis-Dzierbicka M, Dudkiewicz Z, Semb G. Dental arch relationship in children with complete unilateral cleft lip and palate following Warsaw (one-stage repair) and Oslo protocols. *Cleft Palate Craniofac J*. 2009;46(6):648-53.
- Gallbach JL. Paciente com fissura labiopalatina: potencial de resolutividade do atendimento na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

[dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

Garib DG, Silva Filho OG, Janson G, Pinto JHN. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas. *Rev Clin Ortod Dental Press*. 2010;9(4):30-6.

Gil da Silva Lopes VL, Xavier AC, Klein-Antunes D, Ferreira AC, Tonocchi R, Fett-Conte AC, et al. Feeding infants with cleft lip and/or palate in Brazil: suggestions to improve health policy and research. *Cleft Palate Craniofac J*. 2013;50(5):577-90.

Gomes PRM, Mélega JM. Tratamento cirúrgico. In: Altmann E. Fissuras labiopalatinas. 4a.ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p.61-72.

Gongorjav NA, Luvsandorj D, Nyanrag P, Garidhuu A, Sarah EG. Cleft palate repair in Mongolia: modified palatoplasty vs. conventional technique. *Ann Maxillofac Surg*. 2012;2(2):131-5.

Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves Filho A. Critérios da avaliação para classificação socioeconômica: elementos de atualização – parte II. *Serv Soc Realid*. 1996;5(2):171-201.

Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health* 1997;20(3):269-74.

Gratao ACM, Talmelli LFS, Haas VJ, Marques S, Kusumota L, Rodrigues RAP. Assessment of caregiver burden with elderly having cognitive deficit. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):908-13.

Guedes AC, Pereira MG. Burden, coping, physical symptoms and psychological morbidity in caregivers of functionally dependent family members. *Rev Latinoam Enferm*. 2013;21(4):935-40.

Hansen NF, Vedana KGG, Miasso AI, Donato ECSG, Zanetti ACG. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Eletronica Enferm*. 2014;16(1):220-7.

Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

Hsueh FC, Wang HC, Sun CA, Tseng CC, Han TC, Hsiao SM, et al. The effect of different patient education methods on quality of bowel cleanliness in outpatients receiving colonoscopy examination. *Appl Nurs Res*. 2014;27(2):e1-5.

Joaquim RM, Tabakim MLM, Valle TGM Estratégias de enfrentamento e níveis de ansiedade de mulheres em tratamento psicológico. *Arch Health Invest*. 2014;3(3):39-57.

Kasten EF, Schmidt SP, Zickler CF, Berner E, Damian LAK, Chistian GM, et al. Team care of the patient with cleft lip and palate. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2008;38(5):138-58.

- Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian Psychiatr*. 2013;6(5):380-8.
- Kent R, Martin V. Nasogastric feeding for infants who have undergone palatoplasty for a cleft palate. *Paediatr Nurs*. 2009;21(10):24-9.
- Kim EK, Lee TJ, Chae SW. Effect of unrestricted bottle-feeding on early postoperative course after cleft palate repair. *J Craniofac Surg*. 2009;20(2):1886-8.
- Leão ER, Puggina AC, Gatti MFZ, Almeida AP, Silva MJP. Música e enfermagem: um recurso integrativo. In: Salles LF, Silva MJP, organizadores. *Enfermagem e as práticas complementares em saúde*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p.155-74.
- Liaw SY, Wong LF, Chan SW, Ho JT, Mordiffi SZ, Ang SB, et al. Designing and evaluating an interactive multimedia Web-based simulation for developing nurses' competencies in acute nursing care: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2015;17(1):e5.
- Lindberg N, Berglund AL. Mothers' experiences of feeding babies born with cleft lip and palate. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(1):66-73.
- Lipp MEN. *O stress está dentro de você*. 2a. ed. São Paulo: Contexto; 2000.
- Lipp MEN. *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. 3a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
- Lipp MEN, Malagris LEN, Novais LE. *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Ícone; 2007.
- Liu CY, Xu L, Zang YL. Effectiveness of audiovisual interventions on stress responses in adolescents with ENT surgery in hospital: randomized controlled trial protocol. *J Adv Nurs*. 2014;70(6):1414-24.
- Logsdon MC, Davis D, Eckert D, Smith F, Stikes R, Rushton J, et al. Feasibility of two educational methods for teaching new mothers: a pilot study. *Interact J Med Res*. 2015;4(4):e20.
- Macedo EC, Silva LR, Paiva MR, Ramos MNP. Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: an integrative review. *Rev Latinoam Enferm*. 2015;23(4):769-77.
- Manoel MF, Teston EF, Waidman MAP, Decesaro MN, Marcon SS. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):346-53.
- Marini BL, Funk K, Kraft MD, Fong JM, Naanos R, Stout SM, et al. The effects of an informational video on patient knowledge, satisfaction and compliance with venousthromboembolism prophylaxis: a pilot study. *Patient Educ Couns*. 2014;96(2):264-7.

- Martelli Junior H, Lemos DP, Silva CO, Graner E, Coletta RD. Hereditary gingival fibromatosis: report of a five-generation family using cellular proliferation analysis. *J Periodontol*. 2005;76(12):2299-305.
- Martin V. Atendimento de enfermagem pré e pós-operatório. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Editora Santos; 2005. p.184-90.
- Martin V, Greatrex-White S. An evaluation of factors influencing feeding in babies with a cleft palate with and without a cleft lip. *J Child Health Care*. 2014;18(1):72-83.
- Martins FF, Lopes RMF, Farina M. Nível de estresse e principais estressores do motorista de transporte coletivo. *Bol Acad Paul Psicol*. 2014;34(87):523-36.
- Martins T, Ribeiro JP, Garrett C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicol Saúde Doenças*. 2003;4(1):131-48.
- Melo FNP, Damasceno MMC. A construção de um software educativo sobre ausculta dos sons respiratórios. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):563-9.
- Mendoza IYQ, Peniche ADG. Educational intervention regarding hypothermia: a teaching strategy for education in the Surgery Department. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(4):849-55.
- Misquiatti ARN; Brito MC; Ferreira FTS, Assumpção Júnior FB. Family burden and children with autism spectrum disorders: perspective of caregivers. *Rev Cefac*. 2015;17(1):192-200.
- Monlleó IL, Gil da Silva Lopes VL. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):913-22.
- Monteiro EA, Mazin SC, Dantas RAS. The informal caregiver burden assessment questionnaire: validation for Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):364-70.
- Moraes MCAF, Buffa MJMB, Motti TFG. As atividades expressivas e recreativas em crianças com fissura labiopalatina hospitalizadas: visão dos familiares. *Rev Bras Educ Espec*. 2009;15(3):453-70.
- Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. 2009;374(9703):1773-85.
- Mossey PA, Shaw WC, Munger RG, Murray JC, Murthy J, Little J. Global oral health inequalities: challenges in the prevention and management of orofacial clefts and potential solutions. *Adv Dent Res*. 2011;23(2):247-58.
- Nogueira PC, Rabeh SAN, Caliri MHL, Dantas RAS, Haas VJ. Burden of care and its impact on health related quality of life of caregivers of individuals with spinal cord injury. *Rev Latinoam Enferm*. 2012;20(6):1048-56.

Nusbaum R, Grubs R, Losee JE, Weidman C, Ford MD, Marazita ML. A qualitative description of receiving a diagnosis of clefting in the prenatal or postnatal period. *J Genet Couns*. 2008;17(4):336–50.

Paige JT, Garbee DD, Brown KM, Rojas JD. Using simulation in interprofessional education. *Surg Clin North Am*. 2015;95(4):751-66.

Palandi BBN, Guedes ZCF. Aspectos da fala de indivíduos com fissura palatina e labial, corrigida em diferentes idades. *Rev CEFAC*. 2011;13(1):8-16.

Paranaíba LMR, Miranda RT, Ribeiro LA, Barros LM, Martelli Junior H. Frequency of congenital craniofacial malformations in a Brazilian Reference Center. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):151-60.

Pereira RA, Santos EB, Fhon JRS, Marques S, Rodrigues RAP. Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):185-92.

Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Rev Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.

Pongpagatip S, Pradubwong S, Jenwitheesuk K, Chowchuen B. Knowledge and satisfaction of caregivers of patients with cleft lip-palate at the Tawanchai Cleft Center. *Plast Surg Nurs*. 2012;32(4):165-70.

Postalli LMM, Munuera RF, Aiello, ALR. Caracterização de família de mãe com deficiência intelectual e os efeitos no desenvolvimento dos filhos. *Rev Bras Educ Espec Marília*. 2011;17(1):37-52.

Pradubwong S, Augsornwan D, Pathumwiwathana P, Prathanee B, Chowchuen B. Empowering volunteers at Tawanchai Centre for patients with cleft lip and palate. *J Med Assoc Thai*. 2015; 98(Suppl 7):s47-53.

Pradubwong S, Pongpagatip S, Prathanee B, Thanawirattananit P, Ratanaanekchai T, Chowchuen B. The treatment of 4-5 year-old patients with cleft lip and cleft palate in Tawanchai Center: follow-up. *J Med Assoc Thai*. 2012;95(Suppl 11):135-40.

Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J, Walter SD, Russell D, et al. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*. 2005;115(6):626-36.

Razera APR, Braga EM. The importance of communication during the postoperative recovery period. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):630-5.

Razera APR, Buetto LS, Lenza NFB, Sonobe, HM. Video educational: theaching-learning strategy for patients chemotherapy treatment. *Cienc Cuid Saude*. 2014;13(1):173-8.

Razera APR, Trettene AS, Tabaquim MLM. O impacto estressor das cirurgias primárias reparadoras em cuidadores de crianças com fissura labiopalatina. *Bol Acad Paul Psicol*. 2016;36(90):105-23.

Razera APR, Trettene AS, Mondini CCSD, Cintra FM, Tabaquim MLM. Educational video: a training strategy for caregivers of children with cleft lip and palate. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(4):430-8.

Razera APR, Trettene AS, Niquerito, AV, Tabaquim MLM. Estudo da sobrecarga em cuidadores de crianças com fissura labiopalatina. *Rev Paidéia*. No prelo 2017.

Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2005;18(1):31-40.

Riratanapong S, Sroihi W, Kotepat K, Volrathongchai K. Nursing care system development for patients with cleft lip-palate and craniofacial deformities in operating room Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2013;96(Suppl 4):s44-8.

Risso APMC, Braga EM. Communicating pediatric surgery suspension: feelings involved in the process. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):360-7.

Rodrigues RCV, Peres HHC. Panorama brasileiro de ensino de enfermagem on-line. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):298-304.

Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003;27(2):94-104.

Sadir MA, Bignoto MM, Lipp MEN. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*. 2010;20(45):73-81.

Salin S, Kaunonen M, Astedt-Kurki P. Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care. *J Clin Nurs*. 2009;18(4):492-501.

Scazufca M. Brazilian version of the Burden interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(1):12-7.

Scott JK, Leary SD, Ness AR, Sandy JR, Person M, Kilpatrick N, et al. Centralization of Services for children born with orofacial clefts in the United Kingdom: a cross-sectional survey. *Cleft Palate Craniofac J*. 2014(5):102-9.

Selye H. The stress concept: past, present and future. In: Cooper CL, editors. *Stress research: issues for the eighties*. New York: John Wiley and Sons; 1983. p.1-20.

Silva EB, Rocha CMG, Lage RR. O bebê com fissura labiopalatina: intervenção interdisciplinar. In: Jesus MSV, Di Ninno CQMS, coordenadores. *Fissura labiopalatina: fundamentos para a prática fonoaudiológica*. São Paulo: Roca; 2009. p.10-28.

Silva IJ, Oliveira MF, Silva SE, Polaro SH, Rudünz V, Santos EK, et al. Care, self-care and self-care: a paradigm for understanding nursing care. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3):690-5.

Silva Filho OG, Ferrari Júnior FM, Rocha DL, Souza Freitas JÁ. Classificação das fissuras labiopalatinas: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Rev Bras Cir.* 1992;82:59-65.

Silva Filho OG, Freitas JAS. Caracterização morfológica e origem embrionária. In: Trindade IEK, Silva Filho OGS, coordenação. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar.* São Paulo: Editora Santos; 2007. p.17-49.

Sousa CS, Bispo DM, Cunha ALM, Siqueira ILCP. Educational intervention on malignant hyperthermia with nursing professionals of the operating room. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(2):292-7.

Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Health education: a strategy of care for the lay caregiver. *Rev Latinoam Enferm.* 2007;15(2):337-43.

Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Coletiva.* 2015;23(2):140-9.

Spina V, Psillakis JM, Lapa FS. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Méd São Paulo.* 1972;27(1):5-6.

Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabrício-Whebe SCC, Marques S, et al.. Burden of work in caregivers of frail elders living at home. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(5):768-74.

Tabaquim MLM. Um programa de ensino não convencional para orientar mães de crianças portadoras de paralisia cerebral. *Mimesis.* 1998;19(1):137-42.

Tabaquim MLM, Lamônica DAC. Análise perceptual de mães de filhos com paralisia cerebral sobre a atividade de banho. *Temas Desenvolv.* 2002;11(61):5-9.

Tabaquim MLM, Marquesini MAM. Study of the stress of parentes of patients with cleft lip and palate in a surgical process. *Estud Psicol (Campinas).* 2013;30(4):517-24.

Tabaquim MLM, Moura-Ribeiro MVL, Ciasca SM . Aprendizagem e paralisia cerebral. In: Rota NT, Ohlweiler LL, Riesgo RS, organizadores. *Transtorno da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar.* Porto Alegre: Artmed; 2015. p.427-34.

Tessler RC, Gamache GM. The family Burden Interview Schedule – short form (FBIS/SF). In: Sederer L, Dickey B, editors. *Outcome assessment in clinical practice.* Baltimore: Williams, Williams; 1996.

Thomé S, Bertone AMC. Cuidados dispensados a pacientes no período pós-operatório: serviço de enfermagem. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2009.

Trettene AS, Mondini CCSD, Marques, IL. Feeding children in yhe immediate perioperative period after palatoplasty: a comparison between techniques using a cup and a spoon. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(3):1298-304.

Trettene AS, Razera APR, Maximiano TO, Luiz AG, Dalben GS, Gomide MR. Doubts of caregivers of children with cleft lip and palate on postoperative care after cheiloplasty and palatoplasty. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):993-8.

Trettene AS, Luiz AG, Razera APR, Maximiano TO, Cintra FMRN, Monteiro LM. Nursing workload in specialized Semi-intensive Therapy Unit: workforce size criteria. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(6):960-6.

Troíjo MAF. Enfrentamento de pais e mães de pacientes portadores de fissura lábio palatal, durante a espera da cirurgia de enxerto ósseo alveolar secundário (EOAS) [Monografia]. Bauru(SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2001.

Universidade de São Paulo. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Manual para alta hospitalar: serviço de nutrição e dietética. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais; 2009.

Valer DB, Aires M, Fengler FL, Paskulin LMG. Adaptation and validation of the caregiver burden inventory for use with caregivers of elderly individuals. *Rev Latinoam Enferm*. 2015;23(1):130-8.

Vanz AP, Ribeiro NR. Listening to the mother of individual with oral fissures. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):596-602.

Vargas M, Rocha HV, Freire FMP. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional [texto na internet]. Porto Alegre: CINTED-UFRGS; 2007 [acesso em 2012 out 12]. Disponível em: <http://www.cinted.ufrgs.br/ciclo10/artigos/1bAriel.pdf>.

Watson ACH. Cirurgia primária. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Editora Santos; 2005. p.157-83.

World Health Organization. Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies. Genebra: World Health Organization; 2002.

Zanon MA, Batista NA. Qualidade de vida e grau de ansiedade e depressão em cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(3):392-6.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Protocolo de Entrevista Estruturada

PROTOCOLO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA**Parte A – Caracterização do cuidador e da criança.**

Nome _____ Data _____

Grau familiar: () mãe () avó () tia () outros, especificar: _____

Idade _____ Número de filhos _____ Vínculo empregatício: () não () sim

Estado civil: () união estável () solteira () divorciada () outros, especificar: _____

Escolaridade:

1º grau: () completo () incompleto

2º grau: () completo () incompleto

3º grau: () completo () incompleto

Classificação socioeconômica: () baixa inferior () baixa superior () média inferior () média

Nome da criança _____ Idade _____

Número do prontuário _____ Gênero: () feminino () masculino

Tipo de fissura labiopalatina:

- pré-forame incisivo completa: () unilateral () direita () esquerda () bilateral () mediana
- pré-forame incisivo incompleta: () unilateral () direita () esquerda () bilateral () mediana
- transforame incisivo: () unilateral () direita () esquerda () bilateral () mediana
- pós-forame incisivo: () completa () incompleta

Tipo do procedimento cirúrgico primário:

() queiloplastia unilateral () queiloplastia bilateral

() palatoplastia anterior () palatoplastia posterior () palatoplastia total

Parte B – Identificação do cuidador sobre o conhecimento relacionado aos cuidados dispensados no período pós-operatório.**1. Cuidados gerais**

a) Qual posição é mais indicada para segurar a criança? Por quê? () não sei

b) A criança pode sugar os dedos ou leva-los à boca? () sim () não () não sei

É permitido o uso da chupeta? () sim () não () não sei. Por quê? _____

c) Se a resposta na questão anterior for não, o que fazer para a criança não colocar a mão na boca?

d) Quais os cuidados que devem ser tomados no dormitório da criança? Por quê? () não sei

continua

continuação

- e) Que tipos de brinquedos e brincadeiras devem ser evitados? Por quê? ☐ não sei

- f) É permitida a exposição solar em excesso? ☐ sim ☐ não ☐ não sei

Por quê? _____

- g) Por quanto tempo esses cuidados devem ser seguidos? ☐ 7 dias ☐ 10 dias ☐ 15 dias ☐ 20 dias

☐ 30 dias ☐ não sei ☐ outro, especificar: _____

2. Alimentação

- h) Qual a consistência do alimento? ☐ sólido ☐ pastoso ☐ líquido ☐ não sei

- i) Qual a temperatura do alimento? ☐ quente ☐ fria ☐ ambiente ☐ morno ☐ não sei

- j) Qual utensílio é mais indicado? ☐ copo ☐ colher ☐ mamadeira ☐ canudo ☐ bico ☐ seio materno

- k) Por quanto tempo essa alimentação deve ser ofertada? ☐ 7 dias ☐ 10 dias ☐ 15 dias ☐ 30 dias ☐ outro

Por quê? _____

3. Higienização e cicatrização cirúrgica

- l) Os pontos cirúrgicos caem sozinhos? Lábio: ☐ sim ☐ não Palato: ☐ sim ☐ não

O que fazer? _____

- m) Como deve ser feita a higiene bucal da criança?

☐ não sei ☐ escovar os dentes ☐ fazer bochechos ☐ gaze com água filtrada/fervida ☐ fralda com água corrente ☐ água, chá, suco ☐ outros, especificar: _____

- n) Como deve ser feita a higienização no local da cirurgia?

☐ não sei ☐ soro fisiológico 0,9% ☐ água filtrada/fervida ☐ água corrente ☐ sabão ☐ outros, especificar: _____

- o) Quais os materiais necessários para a realização da higienização no local da cirurgia? ☐ não sei ☐ gaze

☐ cotonete ☐ fralda ☐ algodão ☐ outros, especificar: _____

- p) Quantas vezes por dia deve ser feita a higienização no local da cirurgia? ☐ não sei ☐ após as refeições

☐ antes das refeições ☐ secreção ☐ ao despertar ☐ antes de dormir ☐ durante o banho ☐ outro, especificar: _____

4. Intercorrências no local cirúrgico

- q) O que fazer se houver sangramento, traumatismos, ferimentos, dificuldade respiratória, infecção no local, febre e dor?

☐ procurar atendimento médico na cidade ☐ ir para o HRAC ☐ ligar para o HRAC ☐ outros, especificar: _____

5. Estado comportamental

- r) Qual o comportamento que a mãe tem que ter com a criança no período pós-operatório?

APÊNDICE B – Storyboard do vídeo educativo

De volta pra casa: E agora, como cuidar da criança?

Olá! Eu sou a enfermeira do Centrinho. Estou aqui para mostrar a você a maneira correta...

... de cuidar da criança a partir de agora.

Depois da cirurgia, o que ela mais precisa...

é de alguém que possa ajudar em sua recuperação. Por isso que você é tão importante!

Nós, do Centrinho, nos sentimos realizados. Afinal, esta cirurgia é a nossa especialidade.

Agora, é só cuidar para que a recuperação seja rápida e segura!

Lembre-se: o sucesso depende também da sua dedicação.

Siga as instruções corretamente, e haverá menor risco de complicações no local da cirurgia. Contamos com você!

As orientações valem para os 30 dias após a data da cirurgia. Assista este vídeo quantas vezes achar necessário.

E mostre para todas as pessoas que forem cuidar da criança.

É isso que ela mais precisa agora: dedicação, cuidado e muito, muito carinho!

Para facilitar, dividimos este vídeo em 4 partes: cuidados gerais, alimentação, higienização e de volta pra casa.

Primeiro, vamos falar dos cuidados gerais que você precisa ter com a criança.

É importante manter o local da cirurgia protegido o tempo todo,

para não correr o risco de bater, machucar ou abrir os pontos.

Mesmo com a criança no colo você precisa ficar atenta: ela deve ficar virada para a frente para não morder ou bater a boca no seu ombro.

Para proteger o local da cirurgia, siga nossas instruções. Vamos lá?

CUIDADOS GERAIS: IMOBILIZAÇÃO

Cuidados gerais: imobilização

Vamos começar com um assunto muito importante: a imobilização.

Durante 30 dias...

... a criança não poderá colocar a mão no local da cirurgia.

Por isso, ela deve ficar com os cotovelos imobilizados com os canudos ou tubos de PVC.

O tempo todo, inclusive para dormir.

Tire apenas para dar banho ou trocar a roupa. E cada vez que tirar, lembre-se de movimentar os bracinhos para exercitar.

Mas atenção:

cuidado para ela não colocar a mão na boca, ok?

Isso não causará problemas para os braços da criança. Mas é normal que ela fique inquieta ou irritada nessa fase.

Por isso é tão importante você dar atenção especial o tempo inteiro.

É bom brincar, conversar, dar carinho, tudo para alegrar e distrair a criança. Basta ter paciência e dedicação!

Cuidados gerais: o berço

Muito cuidado com o berço:

A criança pode morder a grade. Fique atenta!

Proteja grades e bordas...

com espuma, lençol ou cobertor, em qualquer espaço que a criança ficar.

Com isso, você evita que ela machuque a boca.

Cuidados gerais: brinquedos e brincadeiras

Objetos com ponta podem ferir o local da cirurgia.
Mantenha fora do alcance da criança!

Dê apenas brinquedos de borracha laváveis,
desde que não ofereçam perigo!

Evite brincadeiras ou...

... qualquer situação com risco ...

... de cair ou bater a boca.

Sabe como são as crianças, né?

Cuidados gerais: o sol

Evite que a criança tome sol por muito tempo, principalmente nas horas mais quentes do dia.

O sol pode causar manchas no local da cirurgia e até sangramento.

Se sair com a criança, coloque um boné. E no sol forte use guarda-chuva. É melhor prevenir!

Cuidados gerais: os pontos cirúrgicos

Fique atenta para o tipo de ponto que foi usado na cirurgia.

Quando a cirurgia é de lábio, os pontos escuros devem ser retirados no posto de saúde da sua cidade, na data que o cirurgião indicou.

Não esqueça de levar a autorização para retirar os pontos!

Já na cirurgia de palato, no céu da boca, os pontinhos são mais claros e caem sozinhos depois de um tempo, assim como os tampões.

Mais um detalhe: em algumas cirurgias são feitos pequenos cortes perto da gengiva.

Não se preocupe, eles cicatrizam sozinhos.

Entenderam os cuidados que devemos ter com a criança?

Agora vamos falar de outro assunto muito importante: a alimentação!

A criança precisa se acostumar com um novo jeito de se alimentar por 30 dias. Quer ver?

Alimentação: dieta líquida

Durante 30 dias, todo alimento deve ser batido no liquidificador...

e peneirado, até ficar líquido. Siga a orientação da nutricionista.

A hidratação é muito importante nessa fase: dê muito líquido para a criança!

E nada de alimentos duros ou secos! Eles podem machucar ou inflamar o local da cirurgia, entendeu?

Alimentação: utensílios

Agora, vamos falar dos objetos utilizados para alimentar a criança. Use somente copo ou colher!

Dê o alimento aos poucos, com uma colher, ou use diretamente o copo. Lentamente, para não machucar o local da cirurgia.

Em cirurgias de palato é proibido mamadeira, bico, canudo, seio materno, chupeta e dedo na boca.

Mas atenção: em cirurgias de lábio...

é liberado seio materno e mamadeira. Por isso, siga sempre as indicações do médico que fez a cirurgia!

Alimentação: voltando ao normal

Não esqueça: nos 30 primeiros dias, só dieta líquida. Depois, pode ir voltando para a alimentação normal da casa.

Mas tem que ser lentamente! Siga as orientações da nutricionista e tenha paciência!

Agora, vou explicar um item importantíssimo...

para a recuperação da criança: a higienização!

Após cada refeição, todos nós devemos fazer bochechos, escovar os dentes e usar fio dental, não é mesmo?

Se a criança não tem dentes, limpe com uma gaze enrolada no dedo,

umedecida com água filtrada ou fervida.

Toda criança precisa dessa higiene, mas após a cirurgia o cuidado deve ser ainda maior!

**HIGIENIZAÇÃO
ANTES DAS
REFEIÇÕES**

Faça a limpeza antes de cada refeição, para eliminar secreções e não alterar o sabor dos alimentos.

HIGIENIZAÇÃO

**INFECÇÕES
COMPLICAÇÕES**

A higienização adequada...

~~**HIGIENIZAÇÃO
INFECÇÕES
COMPLICAÇÕES**~~

... evita infecções e outras complicações,

~~**HIGIENIZAÇÃO
INFECÇÕES
COMPLICAÇÕES**~~

mas cada tipo de cirurgia tem uma maneira de fazer a limpeza. Vamos conferir?

**HIGIENIZAÇÃO:
CIRURGIAS
DE LÁBIO**

Higienização: CIRURGIAS DE LÁBIO

**HIGIENIZAÇÃO:
CIRURGIAS
DE LÁBIO**

É fundamental manter sempre limpos a boca e o local da cirurgia.

Limpe após cada refeição e sempre que houver secreção.

Agora, vou mostrar como higienizar o local da cirurgia. Se retirou ou não retirou os pontos, a técnica é a mesma.

Você só precisa de alguns cotonetes e soro fisiológico, água filtrada ou fervida. Veja como se faz:

Primeiro, lave bem as mãos.

Aplique soro fisiológico para limpar as narinas da criança.

Molhe um lado do cotonete em soro fisiológico, água filtrada ou fervida.

Agora, limpe o local dos pontos,

... de cima para baixo.

A ponta molhada é para limpar a região, e use a ponta seca...

... para secar o local.

Agora, use outro cotonete molhado para limpar a parte interna do lábio.

Higienização: CIRURGIAS DE PALATO

Se a criança fez cirurgia de palato, além de escovar os dentes ou limpar com gaze,...

... após cada refeição é importante fazer bochechos.

Se ela não sabe fazer bochechos ofereça água, chá ou suco, que ajudam a retirar restos de alimentos da boca.

Agora, veja como limpar o local da cirurgia.

Primeiro, lave bem as mãos.

Aplique soro fisiológico para limpar as narinas, antes e após as refeições.

Agora, enrole uma gaze no dedo.

Molhe em água filtrada ou fervida.

Use a gaze para limpar o...

local da cirurgia.

Viu como é fácil? Basta ter paciência e dedicação.

Mas atenção: cuidado para nunca ferir o local da cirurgia!

E não esqueça que a higienização deve ser após cada refeição: café da manhã, almoço, jantar e lanches, e também antes de dormir.

Agora, vamos para a última parte deste vídeo: de volta pra casa!

De volta pra casa: lembre-se

A data e hora do seu retorno serão agendados posteriormente. Não falte!

E não esqueça de trazer a carteira de vacinação. Mantenha a criança sempre vacinada!

De volta pra casa: e se houver um problema?

Em casos de dor ou febre, dê o analgésico que está acostumada.

Mas se persistirem os sintomas, procure um médico em sua cidade.

Se perceber alterações no local, como: vermelhidão, pontos amarelados ou secreção, ligue pra gente!

Agora atenção: procure imediatamente o hospital de sua cidade, nos seguintes casos:

Sangramento em grande quantidade.

Ferimentos ou traumatismos no local.

Se a criança tiver dificuldade respiratória.

Depois do atendimento no hospital de sua cidade, comunique a nossa equipe. Anote esse telefone em local visível e não esqueça dele!

Bom, assista esse vídeo quantas vezes for necessário, e siga as instruções por 30 dias.

Toda criança que passou por cirurgia precisa de cuidados especiais.

Tenha tranquilidade e segurança. A criança é muito sensível a sentimentos e emoções. Se ela sentir que você está tranquila, ela também ficará.

Por isso, preste atenção em suas reações, expressões e tom de voz.

Com esses cuidados o organismo reage melhor e a recuperação será mais rápida.

Não esqueça: a recuperação depende muito do seu carinho e dedicação.

Contamos com você! Até mais!

Video educativo vinculado ao projeto de pesquisa de doutorado "Concepção e comportamento de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados de enfermagem no período pós-operatório de cirurgias primárias".

Autoria: Ms. Ana Paula Ribeiro Razera

Orientação: Dra. Maria de Lourdes Merighi Tabaquim

Coorientação: Dra. Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini

Créditos finais

Consultoria técnica: Ms. Ana Paula Ribeiro Razera
Dra. Maria de Lourdes Merighi Tabaquim
Dra. Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini
Enfa. Isabel Aurélio Lisboa

Roteiro: Paulo Razera

Edição: Douglas Casoto

Ilustrações: Luiz Ribeiro

Locução: Leda Rafaela de Paula Frederico
Junior Alvarez

Realização: www.mrtempo.com.br

PATROCÍNIO

FAPESP

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

APÊNDICE C - Ficha de análise dos juízes para avaliação do vídeo educativo

Nome _____

Formação _____ Data _____

Instruções: Avalie as afirmativas sobre cada item de avaliação do vídeo educativo assinalando os atributos abaixo:

Itens de Avaliação do Vídeo	Atributos de Avaliação			
	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo totalmente
1. Possui linguagem de fácil entendimento e compreensão.				
2. Utiliza adequadamente os recursos visuais: imagens e letreiros.				
3. Utiliza adequadamente os recursos de áudio: locução, trilhas e efeitos sonoros.				
4. O conteúdo foi distribuído de forma adequada.				
5. Mantém a atenção da audiência durante todo o tempo.				
6. Transmite os ensinamentos propostos.				
7. Facilita a memorização das mensagens.				
8. Causa o impacto necessário para estimular atitudes.				
9. Atinge todos os seus objetivos.				

Sugestões / Comentários:

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Concepção e prática de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados de enfermagem no período pós-operatório imediato de cirurgias primárias.

Pesquisador: Ana Paula Ribeiro Razera

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09750212.8.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo ((FAPESP))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 190.581

Data da Relatoria: 29/01/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Doutorado da pesquisadora Ana Paula Razera: Título: "Concepção e prática de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados de enfermagem no período pós-operatório imediato de cirurgia primárias". Orientador(a) Maria de Lourdes Merigui Tabaquim.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a concepção e prática de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados de enfermagem no período pós-operatório imediato de cirurgias primárias.

Objetivo Secundário:

Os objetivos específicos são:

- Identificar o padrão de informação dos cuidadores sobre os cuidados de enfermagem antes e após treinamento; -
- Comparar a concepção dos cuidadores sobre os cuidados de enfermagem em situação pré e pós-treinamento;
- Caracterizar os níveis de ansiedade, estresse e sinais depressivos dos cuidadores; - Relacionar os comportamentos caracterizados com o padrão de informação;
- Comparar os níveis de ansiedade, estresse e sinais depressivos dos cuidadores nos períodos pré

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

e pós-treinamento;

- Referenciar o vídeo educativo adotado no treinamento como método de ensino-aprendizagem; - Identificar a eficácia do recurso de áudio e vídeo adotado no treinamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos contidos no presente estudo são inerentes ao projeto e mostram-se próximos a zero, considerando as normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, atendendo as normas de biossegurança e preservando o sigilo ético do seu emprego.

Benefícios:

Os benefícios esperados com o desenvolvimento do presente estudo estão relacionados aos objetivos e procedimentos adotados, com o emprego do material educativo aos cuidadores de crianças com fissura labiopalatina, uma vez que os recursos propostos possibilitam a otimização de estímulos visuais e auditivos no processo de ensino-aprendizagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem mérito científico, onde contribuirá de forma prática e positiva nas informações sobre os cuidados pós-operatório aos usuários e cuidadores de pacientes da instituição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente projeto está adequado metodologicamente as exigências científicas.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram acatadas e respondidas a contento as indicações que o projeto ficou pendente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado acatou o parecer do relator em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador fica responsável pela entrega na Seção de Apoio a Pesquisa do SVAPEPE dos relatórios semestrais e final.

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

BAURU, 30 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Marcia Ribeiro Gomide
(Coordenador)

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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
*,
minuciosamente este 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 "Concepção e comportamento de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados de enfermagem no período pós-operatório de cirurgias primárias", realizada por Ana Paula Ribeiro Razera, nº do COREN-SP: 0121607, sob orientação da Dra. Maria de Lourdes Merighi Tabaquim, nº do Conselho CRP: 06-11976, que tem como objetivo identificar a concepção e o comportamento de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados de enfermagem no período pós-operatório de cirurgias primárias (queiloplastia/palatoplastia).

No hospital, durante o período transoperatório, o cuidador responsável pela criança será entrevistado pela pesquisadora, que fará algumas perguntas utilizando um questionário estruturado, relacionado aos dados pessoais do cuidador e da criança, caracterização do conhecimento relacionado aos cuidados dispensados no período pós-operatório e também protocolos interdisciplinares de responsabilidade de uma colaboradora da área da psicologia sobre preditores de instabilidade emocional, enfrentamento, sobrecarga, flexibilidade intelectual e sintomatologia depressiva. Após a cirurgia, serão fornecidas orientações pós-operatórias de rotina realizadas pelos enfermeiros da unidade hospitalar e pesquisadora quanto aos cuidados necessários no período pós-operatório de cirurgias primárias, onde os cuidadores responderão novamente ao questionário sobre o conhecimento adquirido.

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a 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 (Art.35 do Código de Ética de Enfermagem).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

* CAMPO A SER PREENCHIDO PELO REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR.

Nome do Pesquisador Responsável:

Ana Paula Ribeiro Razera

Endereço Institucional: Rua Silvio Marchione, 3-20

Cidade: Bauru

Estado: São Paulo

CEP: 171043-900

Telefone: (14) 32358000

E-mail: anapaularazera@usp.br