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

ARMANDO DOS SANTOS TRETTENE

**Alimentação da criança em pós-operatório imediato de
palatoplastia: comparação entre as técnicas utilizando copo e
colher**

**BAURU
2011**

ARMANDO DOS SANTOS TRETTENE

**Alimentação da criança em pós-operatório imediato de
palatoplastia: comparação entre as técnicas utilizando copo e
colher**

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

Área de concentração: Fissuras Orofaciais e
Anomalias Relacionadas.

Orientadora: Profa. Dra. Ilza Lazarini Marques

BAURU

2011

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO DESTE TRABALHO, POR
QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO
E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Trettene, Armando dos Santos

T725a Alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia: comparação entre as técnicas utilizando copo e colher / Armando dos Santos Trettene. Bauru, 2011.

160 p.; il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado – Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Ilza Lazarini Marques

1. Fissura palatina. 2. Métodos de alimentação.
3. Autocuidado

FOLHA DE APROVAÇÃO

Armando dos Santos Trettene

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

Aprovado em: ____/____/2011.

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a)_____

Instituição_____

Prof.(a) Dr.(a)_____

Instituição_____

Profa. Dra. Ilza Lazarini Marques - Orientadora

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da tese junto à SPG ____/____/2011

ARMANDO DOS SANTOS TRETENE

27 de fevereiro de 1981	Nascimento
Cafelândia – SP	
2000-2003	Graduação em Enfermagem e Obstetrícia – Universidade de Marília (UNIMAR)
2004-2006	Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Beneficência Portuguesa
2004-2008	Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTI-UCO) do Hospital Estadual Bauru
2004-2006	Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva (UTI) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)
2006 até o presente	Enfermeiro do Hospital Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP)
2008 até o presente	Docente do curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP)
2009 até o presente	Curso de Mestrado em Ciências da Reabilitação, Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP)

DEDICATÓRIA

*A Deus, por todas as oportunidades que tem me proporcionado, pelo refúgio
seguro em todos os momentos, me guiando sempre.*

*Aos meus pais Armando e Irene,
que, com simplicidade, souberam cultivar e transmitir os valores que realmente
agregam à vida, vivenciando e ensinando que a honestidade, a educação e o
respeito ao próximo, devem nortear minha caminhada. A vocês meu incondicional
e eterno amor e gratidão.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora

Profa. Dra. Ilza Lazarini Marques

Pela exímia médica e pesquisadora, exercendo sempre suas atividades com exemplar profissionalismo e postura ética criteriosa. Obrigado por conduzir-me na realização deste trabalho científico. Agradeço infinitamente por sua paciência, seus ensinamentos, que mesmo em tempos difíceis, se fizeram bem presentes. Muito me orgulha e privilegia ter sido orientado por ti.

Meu eterno agradecimento e profunda admiração.

Agradeço ainda:

À minha família, de modo especial aos meus sobrinhos **Camila** e **Yan Henrique**, por representarem constante incentivo no alcance de meus objetivos. A vocês meu carinho e amor.

Ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo, na pessoa de seu Superintendente **Prof. Dr. José Aberto de Souza Freitas**.

À Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP, na pessoa de sua presidente **Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira**.

À **Profa. Dra. Inge Elly Kiemle Trindade**. Obrigado por sua sensibilidade e o constante incentivo à pesquisa que nos contagia.

À **Dra. Maria Irene Bachega**, Diretora da Divisão Hospitalar, exemplar Enfermeira que idealizou e implementou a assistência de enfermagem aos pacientes com fissura labiopalatina em nosso serviço, e incansavelmente tem buscado aprimorar a qualidade assistencial. Muito Obrigado por contribuir de forma tão significativa na realização desse sonho.

À **Dra. Cleide C. S. D. Mondini**, Diretora Técnica do Serviço de Enfermagem, pelo estímulo e orientações constantes durante a realização desse trabalho.

À **Dra. Cassiana M. B. Fontes**, pelo constante incentivo à pesquisa, e por também contribuir na realização desse trabalho. Meu agradecimento sincero e extrema admiração.

Aos **pacientes e suas famílias**, não só por tornarem possível a realização desse trabalho, mas pelo aprendizado e amizade. Vocês contribuíram não só para o meu crescimento humanístico e profissional, mas para o processo de reabilitação dos pacientes com fissura labiopalatina.

Às enfermeiras **Catarina Hissako Sassakii Ribeiro** e **Maila Meryellen Ferreira Garcia**, por contribuírem além do incentivo, com as trocas de plantões, para que a realização desse trabalho fosse possível. Meu eterno agradecimento e amizade.

À **Dra. Cassiana M. B. Fontes**, **Dra. Leila Maria Vieira** e **Dra. Wilza Carla Spiri**, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À **Dra. Sandra Thomé**, pelas orientações na fase inicial desse trabalho.

À **equipe de enfermagem** do HRAC-USP, dos hospitais onde trabalhei, aos meus **alunos**, **colegas** e **amigos** em geral, nos quais a descrição dos nomes se torna impossível. Obrigado pelo carinho e incentivo constante.

À **Flávia Cintra**, pela valiosa contribuição no tratamento estatístico dos dados.

À **Unidade de Ensino e Pesquisa** do HRAC-USP, pelo atendimento de excelência prestado.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação do HRAC-USP, nas pessoas de **Andréia**, **Maria José** e **Rogério**, pelo apoio em todos os momentos. Muito obrigado pela atenção e amizade.

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

*“Enfermagem é a arte de cuidar
incondicionalmente; é cuidar de alguém
que você nunca viu na vida, mas mesmo
assim, ajudar a fazer o melhor por ela; Não
se pode fazer isso apenas por dinheiro.
Isso se faz é por amor!”*

Angélica Tavares

RESUMO

Trettene AS. Alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia: comparação entre as técnicas utilizando copo e colher [Dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Objetivos: Analisar comparativamente a melhor técnica para alimentar a criança em pós-operatório imediato (POI) de palatoplastia: utilizando copo ou colher; associar a aceitação da alimentação utilizando copo e colher às variáveis relacionadas ao procedimento cirúrgico (localização anatômica, micro-cirurgia otológica concomitante, presença de incisão liberadora e tampão); associar a capacidade geral do autocuidado aos fatores condicionantes do agente de autocuidado (AAC): idade, escolaridade, classificação sócio-econômica, número de filhos, estado civil e grau familiar; associar a aceitação da alimentação com as técnicas utilizando copo e colher, com a capacidade geral do autocuidado.

Casuística e método: Estudo prospectivo, realizado de agosto a novembro de 2010, utilizando o referencial teórico do autocuidado. Participaram 44 crianças em POI de palatoplastia, e seus AAC. A coleta de dados ocorreu através de avaliação direta. As crianças foram acompanhadas durante a alimentação, por 4 horários consecutivos. Foram geradas 176 avaliações, sendo 88 utilizando copo, e 88 a colher. Na avaliação dos AAC, utilizou-se um instrumento validado para esse estudo. Para a análise estatística, utilizou-se o teste exato de Fisher e o teste de Mann-Whitney. Foram aceitas como diferenças estatisticamente significantes, os valores de $p < 0,05$.

Resultados: Quanto à caracterização das crianças, evidenciou-se equidade entre os gêneros (50%), idade predominante entre 12 e 13 meses (56,81%) e predomínio das fissuras trans-forame incisivo (59,08%); o utensílio mais utilizado na alimentação antes da cirurgia foi a mamadeira (59,09%). Em relação aos AAC, observou-se predomínio da idade acima de 21 anos (81,81%), com ensino médio completo (43,19%), classificação sócio-econômica baixa (61,35%), filho único (56,81%), união consensual estável (68,17%), constando em 90,91% de mães. Das variáveis estudadas, o escape de alimento pela comissura labial foi menor ($p = 0,024$) com a técnica que utiliza a colher. Em relação ao volume administrado, foi maior com a técnica que utiliza a colher ($p = 0,029$). A tosse foi significativamente menos frequente ($p = 0,026$) com a técnica que utiliza a colher. Quanto aos AAC, 86,37% foram considerados habilitados para o autocuidado terapêutico relacionado à alimentação, independente da técnica utilizada, e nenhum dos fatores condicionantes foi significativo na aquisição das habilidades.

Conclusão: Os resultados traduzem que a técnica de administração da alimentação pós-palatoplastia que utiliza colher, é melhor do que a técnica que utiliza o copo.

Descritores: Fissura palatina. Métodos de alimentação. Autocuidado.

ABSTRACT

Trettene AS. Toddler feeding after immediate post-operative palatoplasty surgery: Comparison between the procedures, by the use of glass and spoon [Dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Objectives: to analyze comparatively the best procedure to feed the toddler after immediate post-operative palatoplasty surgery: using glass or spoon; to associate feeding acceptance, using glass and spoon, to the variables related to the surgical procedure (anatomical localization, concomitant otologic microsurgery, presence of liberating incision and compress); to associate the general capacity of self care to the conditioning factors of the self-care agent (SCA): age, education level, social economical level, amount of children, marital status and kinship; to associate feeding acceptance to the procedures using glass and spoon, to the general capacity of self care.

Casuistic and Method: Prospective study, realized from August to November, 2010, employing the self care theoretical referential (Orem 2001). A total of 44 post-operative palatoplasty surgery toddlers took part along with their SCA. Data collection were obtained through direct evaluation. The children were followed up during feeding time for 4 consecutive timetables. A total of 176 evaluations were elaborated, 88 by the use of glass and 88 using spoon. In order to evaluate the SCA, it was employed an instrument validated for this study. For the statistical analysis, it was employed Fisher's exact test and Mann-Whitney test. It was considered as statistically significant difference, $p < 0,05$.

Results: As for characterization of the toddlers, it was evidenced equity between genders (50%), predominant age between 12 and 13 months (56,81%) and predominance of incisive transforamen cleft (59,8%); the most used appliance for feeding before surgery was the baby bottle (59,9%). Concerning the SCA, it was observed a predominance of age above 21 years (81,81%), with high school diploma (43,19%), low social economic level (61,35%), only one child (56,81%), stable marital union (68,17%), being 90,91% mothers. Concerning the variables studied, food waste through the cleft lip was higher ($p=0,024$) with the technique which uses the glass. In relation to the volume administered, it was higher with the technique which uses the spoon ($p=0.029$). It was observed significant cough ($p=0.026$) with the technique which uses the glass. Concerning the SCA, (86.37%), were considered able for the therapeutic self care, in relation to feeding, independent from the procedure employed for the administration, and none of the conditioning factors was significant for the acquisition of abilities.

Conclusion: The results suggest that the post palatoplasty feeding administration procedure, which uses the spoon, is better than the procedure which uses the glass.

Keywords: Cleft palate. Feeding methods. Self care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA

- Figura 1 -** Classificação de fissura labiopalatina de Spina et al (1972), modificada por Silva Filho et al (1992) e adotada no HRAC-USP.. **40**

GRÁFICOS

- Gráfico 1 -** Boxplot para comparação do tempo utilizado durante a alimentação da criança pós-palatoplasia, com as técnicas utilizando copo e colher..... **87**
- Gráfico 2 -** Boxplot para comparação dos volumes aceitos durante a administração da alimentação da criança pós-palatoplasia, com as técnicas que utilizam o copo e a colher..... **88**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos pacientes segundo o gênero.....	81
Tabela 2 -	Distribuição dos pacientes segundo a idade.....	81
Tabela 3 -	Distribuição dos pacientes segundo a classificação da fissura palatina, em relação ao forame incisivo.....	82
Tabela 4 -	Distribuição dos pacientes segundo os utensílios utilizados para a alimentação no domicílio anteriormente a cirurgia.....	82
Tabela 5 -	Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo a idade.....	83
Tabela 6 -	Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo a escolaridade.....	83
Tabela 7 -	Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo a classificação sócio-econômica.....	83
Tabela 8 -	Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o número de filhos.....	84
Tabela 9 -	Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o estado civil.....	84
Tabela 10 -	Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o grau familiar.....	84
Tabela 11 -	Distribuição da frequência das avaliações das técnicas utilizando o copo e a colher, relacionadas às variáveis: posicionamento adequado do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódios de tosse e engasgo durante a oferta da alimentação, escape de alimento pela comissura, segurança referida e observada.....	86
Tabela 12 -	Distribuição do tempo utilizado (minutos), para administração da alimentação à criança em pós-operatório imediato de palatoplastia, com as técnicas utilizando copo e colher.....	87
Tabela 13 -	Distribuição do volume administrado (mililitros) na alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia, com as técnicas que utilizam o copo e a colher.....	88

Tabela 14 -	Distribuição das avaliações das técnicas utilizando copo e colher, relacionadas à localização anatômica do procedimento cirúrgico e as variáveis: dificuldade de posicionamento do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida.....	90
Tabela 15 -	Distribuição das avaliações das técnicas utilizando copo e colher, relacionadas à palatoplastia com e sem micro-cirurgia otológica associada, e as variáveis: dificuldade de posicionamento do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida.....	91
Tabela 16 -	Distribuição das avaliações das técnicas utilizando o copo e colher, relacionadas à palatoplastia com e sem presença de incisão liberadora, uni ou bilateral, e as variáveis: dificuldade de posicionamento do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida.....	92
Tabela 17 -	Distribuição das avaliações das técnicas utilizando o copo e colher, relacionadas à palatoplastia com e sem presença de tampão, e as variáveis: dificuldade de posicionamento do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida.....	93
Tabela 18 -	Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o nível de capacitação para o autocuidado terapêutico (nível I - inabilitado, II - parcialmente capacitado, III - capacitado) relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, associado ao desempenho nas técnicas de administração da alimentação utilizando copo e colher, abordando as variáveis: dificuldade de posicionamento do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida.....	95

- Tabela 19 -** Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o nível de capacitação para o autocuidado terapêutico (nível I - inabilitado, II - parcialmente capacitado, III - capacitado) relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, associado ao desempenho nas técnicas de administração da alimentação utilizando copo e colher, relacionada à variável tempo (minutos) de administração..... **95**
- Tabela 20 -** Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o nível de capacitação para o autocuidado terapêutico (nível I - inabilitado, II - parcialmente capacitado, III - capacitado) relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, associado ao desempenho nas técnicas de administração da alimentação utilizando copo e colher, relacionada à variável volume (mililitros)..... **95**
- Tabela 21 -** Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo os níveis classificatórios da capacidade de autocuidado (nível I - inabilitado, II - parcialmente capacitado, III - capacitado) relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, e os fatores condicionantes básicos para o autocuidado: idade, escolaridade, classificação sócio-econômica, estado civil, número de filhos e grau familiar..... **96**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	35
2.1	ASPECTOS EMBRIOLÓGICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E CLASSIFICATÓRIOS DAS FISSURAS LABIOPALATINAS	37
2.2	A PALATOPLASTIA	41
2.3	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO DE PÓS-OPERATÓRIO.....	46
2.4	UTILIZAÇÃO DO COPO E DA COLHER NA ADMINISTRAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO.....	50
2.5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	54
2.5.1	Teoria do déficit de autocuidado.....	54
2.5.2	Conceitos de déficit de autocuidado segundo Orem	57
2.5.3	Requisitos de autocuidado	59
2.5.4	Fatores condicionantes básicos	60
2.5.5	O agente de autocuidado	61
3	OBJETIVOS	63
3.1	GERAL	65
3.2	ESPECÍFICOS	65
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	67
4.1	CASUÍSTICA	69
4.1.1	População e amostragem	69
4.1.2	Critérios de inclusão	69
4.1.3	Critérios de exclusão	70
4.2	MÉTODOS	70
4.2.1	Instrumentos de coleta de dados.....	70
4.2.2	Validação do instrumento de avaliação da competência do AAC, em relação à alimentação da criança pós-palatoplastia	74
4.2.3	Procedimento de coleta de dados.....	75
4.2.4	Interpretação dos dados	77
5	RESULTADOS	79
6	DISCUSSÃO	97

6.1	CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS	100
6.2	UTENSÍLIOS UTILIZADOS PARA ADMINISTRAR A ALIMENTAÇÃO	101
6.3	RESPOSTAS DAS CRIANÇAS, RELACIONADAS ÀS TÉCNICAS DE ALIMENTAÇÃO UTILIZANDO COPO E COLHER	106
6.4	FATORES RELACIONADOS AOS AGENTES DE AUTOCUIDADO	108
7	CONCLUSÕES	113
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
9	REFERÊNCIAS	121
	ANEXOS	141

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As deformidades craniofaciais compreendem um grupo amplo e complexo que abrangem anomalias isoladas ou múltiplas, de etiologia genética ou não, afetando cerca de 5% dos nascidos vivos (Moniléo e Lopes 2006). Segundo Loffredo, Freitas e Grigolli (2001), Paranaíba et al (2011), as fissuras labiopalatinas representam as malformações não sindrômicas de acometimento craniofacial mais comuns.

De acordo com Watson (2005) e Biazon (2008), para a criança que nasce com fissura labiopalatina, a cirurgia reconstrutora é um desafio não só estético, mas principalmente funcional. A palatoplastia representa uma das primeiras cirurgias plásticas reparadoras, executadas durante o longo e complexo tratamento das fissuras labiopalatinas (Bertier, Trindade e Silva Filho 2007). A utilização de protocolos multiprofissionais tem mostrado resultados benéficos no processo de reabilitação de pacientes com fissura labiopalatina (Alonso et al 2010).

O diagnóstico da fissura labiopalatina, seja ele pré ou pós-natal, gera insegurança aos pais e à família, evidenciando a preocupação principalmente relacionada à alimentação, devido ao comprometimento anatômico da cavidade oral (Bradbury e Bannister 2005, García et al 2006).

As preocupações relacionadas à alimentação da criança com fissura palatina mantêm-se após a realização da cirurgia reconstrutora (palatoplastia), representando um dos principais cuidados de enfermagem no período pós-operatório. De acordo com Gomes e Mélega (1997), Silva, Rocha e Lage (2009) a alimentação deve ser líquida e fria, e ofertada por um período de 30 dias, sendo mamadeiras e bicos proibidos neste período.

O padrão nutricional interfere de forma significativa no processo de recuperação pós-operatória, estando relacionado ao processo de cicatrização e prevenção de infecção (Gomes e Mélega 1997, Silva, Rocha e Lage 2009).

Segundo Ribeiro e Moreira (2005), a colher ou o copo devem ser utilizados para alimentar a criança, preconizando-se alimentos adequados para a idade, sendo batidos no liquidificador e peneirados.

Altmann (1997), Alves, De Araújo e Guedes (2005), Telles e Macedo (2008), Silva, Rocha e Lage (2009), Ruedell et al (2010) afirmam que a introdução de outros alimentos, além do leite materno, deve ser iniciada no 6º mês de vida, podendo ser ofertados com a colher ou o copo; observação essa em conformidade com o padronizado pelo HRAC-USP, evidenciado em seus protocolos cirúrgicos, entre eles a palatoplastia.

Muitas são as pesquisas relacionadas com a utilização da técnica de administração da alimentação utilizando o copo, porém, a maioria foi realizada com recém-nascidos (Marinelli, Burke e Dodd 2001, Spinelli, Souza e Souza 2002, Howard et al 2003, Collins et al 2004, Reid, Kilpatrick e Reilly 2006, Amstalden-Mendes et al 2007, Smedegaard et al 2008, Pedras, Pinto e Mezzacappa 2008, Aquino e Osório 2008, Scochi et al 2008, Silva et al 2009, Scochi et al 2010).

Na administração da alimentação utilizando a colher, evidencia-se um número de publicações bem inferior, em sua maioria estudos realizados com recém-nascidos, e geralmente associada à utilização de diferentes utensílios, por exemplo: mamadeira ou o copo, incluindo a administração da alimentação em crianças com fissura labiopalatina (Darzy, Chowdri e Bhat 1996, Spinelli, Souza e Souza 2002, Longo, Peres e Assunção 2005, Reid, Reilly e Kilpatrick 2006, Amstalden-Mendes,

Magna e Lopes 2007, Smedegaard et al 2008, Telles e Macedo 2008, Scochi et al 2010).

Martin (2005) afirma que as crianças submetidas à palatoplastia devem receber alta hospitalar quando alcançarem adequado padrão de aceitação alimentar, além de seus pais estarem aptos aos cuidados inerentes ao procedimento cirúrgico. Nesse contexto, a Teoria do Autocuidado de Orem (2001) tem embasado a assistência de enfermagem de modo substancial, visando à manutenção das necessidades humanas básicas através do sistema de ensino-aprendizagem. Hickman (2000) define a teoria de enfermagem como “uma estrutura constituída por conceitos ordenados e inter-relacionados que orientam a prática profissional”.

De acordo com Orem (2001) o autocuidado consiste “na prática de atividades que as pessoas desempenham em seu próprio benefício no sentido de manter a vida, o bem-estar e a saúde”. Afirma ainda que habitualmente adultos cuidem de si próprios; já bebês, crianças, e em algumas situações, idosos, requerem assistência nas atividades de autocuidado parciais ou totais, por se encontrarem em estágio precoce de desenvolvimento físico, mental e psicossocial, ou ainda devido à idade avançada ou acometimento de doenças degenerativas.

Orem (2001) defende que existem diferentes formas de atuação da enfermagem incluindo: atuar por outra pessoa ou realizar algo por ela, guiar ou dirigir, proporcionar cuidado físico e/ou psicológico, proporcionar ou manter um ambiente que apóie o desenvolvimento, além de ensinar quem necessita de ajuda.

Para Pereira (2004) o autocuidado consiste num sistema de ações intencionadas que é mensurado em termos qualitativos e quantitativos, relacionados ao comportamento do indivíduo, para satisfazer as necessidades terapêuticas.

Afirma ainda que o autocuidado dependa de um provedor, definido por Orem (2001) como agente de autocuidado (AAC).

Internacionalmente, a teoria de Orem tem embasado estudos em diferentes áreas e especialidades, contribuindo de maneira substancial à prática da enfermagem, onde a grande maioria conclui a eficácia na participação do cliente no tratamento, bem como no aprendizado do autocuidado, definindo a metodologia como holística (Tejas e Estévez 2007, Gallo, Pimentel, Bonet e Adán 2009, Penã e Salas 2010, Schaurich e Crossetti 2010, Vitor, Lopes e Araujo 2010).

Nacionalmente, essa realidade também se faz presente em diversas áreas, como na abordagem de clientes mastectomizadas (Silva et al 2010); infartados (Lima 2007); aidéticos (Caetano e Pagliuca 2006, Cunha e Galvão 2010, Barroso et al 2010); colostomizados (Sampaio et al 2008); hipertensos (Manzini e Simonetti 2009); diabéticos (Teixeira, Zanetti e Pereira 2009; Torres et al 2009, Xavier, Bittar e Ataíde 2009); paraplégicos (Padula e Souza 2007); clientes com cefaléia (Winck e Cartana 2007); clientes oncológicos (Salvadori, Lamos e Zanon 2008); clientes com sequelas relacionadas a acidente vascular encefálico (Lessmann et al 2011); clientes em hemodiálise (Santos, Rocha e Berardinelli 2011).

O modelo teórico de Orem foi utilizado por Mondini (2001) na abordagem da criança com fissura labiopalatina, relacionando a atuação da enfermagem e o AAC no processo do cuidar durante o período pré, trans e pós- operatório das cirurgias reparadoras. A mesma autora empregou a teoria de Orem (2001) em lactentes com Sequência de Pierre Robin, avaliando os AAC quanto a sua capacitação para os cuidados relacionados à intubação nasofaríngea, posicionamento do lactente e as técnicas facilitadoras da alimentação, além de quantificar o período de tempo

necessário para a aquisição das habilidades para o autocuidado, reforçando a eficácia metodológica da teoria nessa abordagem (Mondini 2008).

Pereira (2004) afirma que as teorias e modelos conceituais de enfermagem norteiam a prática profissional, porém, vincula o reconhecimento de tecnologias do cuidar à dependência da validação científica, bem como a declaração dos resultados obtidos, corroborando com Orem (2001) ao afirmar que a enfermagem é uma ação deliberada, direcionada para a busca dos resultados.

Nenhum estudo que aborde os métodos de administração da alimentação à criança pós-palatoplastia, comparando a utilização do copo e colher, foi encontrado nas bases de dados consultadas, evidenciando a relevância deste estudo.

O processo de reabilitação do paciente fissurado deve nortear-se por uma assistência interdisciplinar, visando resultados biopsicossociais e funcionais. Nesse contexto, o enfermeiro exerce um papel fundamental e essencial em todas as fases do processo de reabilitação, atuando principalmente como educador na promoção do autocuidado.

O período pós-operatório além das implicações inerentes ao procedimento cirúrgico constitui o momento para que a enfermagem proporcione o ensino ao cuidador, a respeito das intervenções relacionadas, verificando ainda o que foi aprendido, utilizando principalmente, para o alcance desse objetivo, o método da supervisão. É importante salientar que esse processo ensino-aprendizagem, deve ocorrer de forma sistemática, uma vez que a alta hospitalar acontece em aproximadamente 24 horas após o procedimento cirúrgico.

Constantemente somos questionados, tanto pela comunidade científica quanto pelos pais e familiares, sobre a melhor técnica para alimentar a criança no

período pós-operatório de palatoplastia, além da preocupação com a continuidade dos cuidados, prevenção de complicações e o sucesso terapêutico.

Diante do exposto, questiona-se qual seria a melhor técnica para alimentar a criança no período pós-operatório imediato (POI) de palatoplastia, entre as que utilizam o copo ou a colher.

Esperamos que esse estudo contribua para a otimização da assistência à criança no pós-operatório de palatoplastia, além de enfatizar o papel do enfermeiro no processo de reabilitação da criança com fissura labiopalatina. Temos ainda a expectativa de que os conhecimentos firmados possam suscitar e subsidiar novas pesquisas.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS EMBRIOLÓGICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E CLASSIFICATÓRIOS DAS FISSURAS LABIOPALATINAS

Dentre as malformações, as fissuras de lábio e/ou palato ocupam lugar de destaque, sendo as deformidades craniofaciais mais comuns. As implicações são diversas, principalmente pelo fato de afetarem funções e interferirem no desenvolvimento psicológico, fisiológico e na adaptação social, exigindo para uma adequada reabilitação, a atuação de uma equipe multiprofissional e abordagem interdisciplinar. As fissuras labiopalatinas abrangem problemas médicos, odontológicos e sociais, situando-se entre o 3º e 4º defeito congênito mais frequente, sugerindo existir no Brasil, aproximadamente 180.000 indivíduos afetados (Silva Filho e Freitas 2007, Freitas e Silva et al 2008, Paranaíba et al 2011).

A formação da face representa um dos mais complexos eventos do desenvolvimento embrionário, sendo as malformações estabelecidas nesse momento, ou seja, até a 12ª semana gestacional (Marques, Lopes e Khoury 1997, Watson 2005, Melgaço et al 2002, Silva Filho e Freitas 2007).

Para Marques, Lopes e Khoury (1997), Watson (2005), Melgaço et al (2002), Wantia e Rettinger (2002) embriologicamente as fissuras são resultantes de defeitos primários na fusão dos processos craniofaciais que formam o palato primário e secundário, no primeiro trimestre do desenvolvimento intra-uterino. Afirmam ainda, que o desenvolvimento da face humana decorre precisamente entre a 4ª e 8ª semana de fecundação. Para que isso ocorra, torna-se necessária uma coordenação de proliferação celular, interação, diferenciação e migração, as quais

culminam com a formação dos processos faciais e a definição morfológica da face. A face humana é formada pelo crescimento e união de dois processos bilaterais separados: os processos maxilares e mandibulares, e um processo fronto-nasal, que originará os processos nasais mediais e laterais. As fissuras são resultados da falta de coalescência desses processos.

A etiologia das fissuras labiopalatinas ainda não se encontra claramente estabelecida, porem admite-se por evidências que seja multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais, podendo estes atuar isoladamente ou em associação (Edwards e Watson 1980, Alves et al 2004, Martelli-Junior et al 2005, Silva Filho e Freitas 2007).

Estudos recentes sobre a etiopatogênese das fissuras labiopalatinas tem demonstrado o envolvimento genético, particularmente de alguns genes relacionados à formação craniofacial, como: TGF- β 3 (*transforming growth factor beta* 3), MSX1 (*Msh Homeobox 1*), IRF6 (*Interferon regulatory factor 6*), FGFs (*Fibroblast growth factor*), PVRL1 (*Poliovirus receptor related-1*), FOXE1 (*Forkhead Box E1*), JAG2 (*Jagged 2*) e TBX22 (*T-box 22*), que contribuem no processo (Braybrook et al 2001, Schliekelman e Slatkin 2002, Vieira et al 2003, Zuccherro et al 2004, Vieira et al 2005, Riley et al 2007, Carinci et al 2007, Scapoli et al 2008, Vieira 2008).

Atualmente, tem-se evidenciado um aumento na prevalência das fissuras labiopalatinas, associando-se esse achado com a melhoria na obtenção da informação, um aumento nas notificações com consequente registro dos casos próximos à realidade. Admite-se a incidência em torno de 1:650 nascidos vivos (Souza Freitas et al 1977, Mazzotini, Freitas e Silva Filho 1999, Furlaneto e Pretto 2000, Loffredo, Freitas e Grigolli 2001, Sandrini et al 2006, Freitas e Silva et al 2008).

Relacionando-se a incidência das fissuras labiopalatinas às raças, evidencia-se predomínio da amarela, seguida dos brancos e negros respectivamente (Jones et al 2001, Abdo e Machado 2005, Mattos e Mauro 2007). Nacionalmente, observa-se a prevalência dos brancos, conforme os estudos de Souza Freitas et al (1977), Mazzotini, Freitas e Silva Filho (1999), Furlaneto e Pretto (2000), Loffredo, Freitas e Grigolli (2001), Souza-Freitas et al (2004), Sandrini et al (2006), Xavier (2007), Freitas e Silva et al (2008) e Martelli et al (2010). Xavier (2007) relaciona esse achado possivelmente à miscigenação racial.

Estudos apontam que o gênero masculino é o mais afetado nas fissuras que acometem o lábio isoladamente, ou lábio e palato; em relação à fissura palatina isolada, ocorre predomínio do gênero feminino (Collares et al 1995, Baroneza et al 2005, Freitas e Silva et al 2008, Aquino et al 2011).

Em relação à idade dos pais na época da concepção, a literatura aponta a média paterna oscilando entre 27 e 30 anos, e materna entre os 20 a 23 anos (Graziosi, Salgado e Castilho 2000, Baroneza et al 2005, Freitas e Silva et al 2008), mostrando ainda, não diferir da idade dos pais na população em geral (Furlaneto e Pretto 2000).

Há variedade nas classificações das fissuras labiopalatinas. Spina et al (1972) sugeriram uma classificação, tendo como referência o forame incisivo; foi modificada posteriormente por Silva Filho et al (1992).

Segundo Silva Filho et al (1992) essa classificação por ser simples e objetiva, mostrou-se prática para a abordagem interdisciplinar, sendo adotada no HRAC-USP (Figura 1).

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

Fonte: Silva Filho OG, Freitas JAS. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Coordenadores. Fissuras Labiopalatinas: Uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p. 21.

Figura 1 - Classificação de fissura labiopalatina de Spina et al (1972), modificada por Silva Filho et al (1992) e adotada no HRAC-USP.

De acordo com essa classificação, no grupo das fissuras pré-forame incisivo, incluem-se todas as fissuras localizadas anteriormente ao forame incisivo, podendo abranger lábio e rebordo alveolar. Assim, podem ser completas quando passam pelo assoalho nasal e atingem o forame incisivo, e incompleta quando só atingem o lábio. De acordo com o lado afetado podem ser unilaterais (direita ou esquerda), bilaterais ou medianas.

As fissuras trans-forame incisivo incluem as que rompem a maxila em toda a sua extensão, desde o lábio até a úvula. Podem ser unilaterais (direita ou esquerda),

bilaterais ou medianas. Esta última foi incluída neste grupo, de acordo com a proposta de Capellozza Filho e Silva Filho (1992).

No grupo das fissuras pós-forame incisivo, incluem-se as fissuras isoladas de palato, que podem ser completas (palato duro e mole) ou incompletas, quando somente o palato duro ou mole é atingido. Em relação às fissuras raras da face, incluem-se quaisquer tipos que não se encaixem nos três grupos anteriores e/ou apresentem desvinculação anatômica da área do forame incisivo.

As fissuras submucosas e a oculta não foram incluídas na classificação de Spina, Psillakis e Lapa (1972), repercutindo essas, no fechamento velofaríngeo, comprometendo a fala (Palandi e Guedes 2011).

Para Gallbach (2004) o sistema classificatório que utiliza o forame incisivo como referência, é usado nacionalmente por diferentes especialidades e instituições que atendem essa clientela. No entanto, essa observação 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 simplesmente como fissura de lábio, fissura de palato e fissura de lábio e palato, especificando-se ainda o lado do acometimento.

2.2 A PALATOPLASTIA

O processo reabilitador dos pacientes acometidos por fissuras labiopalatinas visa os aspectos evolutivos, tendo como princípio: garantir a nutrição, estimulação neurosensorial e harmonia no meio familiar, através de apoio e orientação aos pais com relação à particularidade de seus filhos, para que, com o devido conhecimento, aceitem a situação e possam efetivar as medidas indicadas pela equipe

interdisciplinar, fatores esses indispensáveis, principalmente nos primeiros anos de vida (Gomes e Mélega 1997, Araruna e Vendrúscolo 2000, Silva, Rocha e Lage 2009).

Nacionalmente, a atenção especializada para essas crianças teve início a partir de 1967, quando o Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (HPRLLP) da Universidade de São Paulo, atualmente HRAC-USP, iniciou o atendimento aos pacientes com fissura de labiopalatina. Ao longo dos anos, essa instituição vem obtendo conquistas na assistência e pesquisa, além do ensino nesta área (Thomé 1990, Speri 1996).

A fissura labiopalatina acarreta grave problema estético, além disso, constata-se distúrbios funcionais, desde alimentação até a fonação. Se não forem tratados convenientemente e em tempo oportuno, acarretarão também problemas de ordem psicológica (Rezende 1997, Universidade de São Paulo 2001, Ribeiro e Moreira 2005, Watson 2005).

A queiloplastia e a palatoplastia representam as primeiras cirurgias plásticas reparadoras executadas durante o longo e complexo processo de tratamento das fissuras labiopalatinas. São realizadas na primeira infância, com o objetivo de reconstruir o defeito morfológico no lábio e no palato, respectivamente. Em conjunto com as demais abordagens terapêuticas, contribuem decisivamente para a reabilitação das fissuras labiopalatinas (Bertier, Trindade e Silva Filho 2007).

De acordo com Figueiredo et al (2004) e Watson (2005) o tratamento cirúrgico da fissura palatina objetiva a atuação sobre a musculatura palatina. Inicialmente, busca-se o alongamento do palato ao mesmo tempo em que se readapta o diafragma palatino à sua posição anatômica ideal. Espera-se desta

forma, que haja um equilíbrio e restabelecimento para suprir carências morfológicas, fisiológicas e funcionais.

Para Gomes e Mélega (1997), Jones, Chapman e Hardin-Jones (2003), Watson (2005), Bertier, Trindade e Silva Filho (2007), Penido et al (2007), Silva, Rocha e Lage (2009), Jesus, Penido e Valente (2009), Mituuti et al (2010), Palandi e Guedes (2011) o tratamento da fissura labiopalatina esta intimamente relacionado com a qualidade da voz, uma vez que objetiva também, a adequação do esfíncter velofaríngeo.

O HRAC-USP preconiza a idade de 12 meses para a realização da palatoplastia, porém, recentemente adotou o protocolo cirúrgico de Oslo, onde os lactentes com fissura trans-forame incisivo unilateral, realizam aos 3 meses de idade, no mesmo tempo cirúrgico, a queiloplastia em associação com a palatoplastia anterior (Fudalej et al 2009). Ressalta-se que durante a realização do presente estudo, esse protocolo não estava vigente.

Figueiredo et al (2004), Watson (2005) afirmam que a palatoplastia deve ser realizada em um ou dois tempos operatórios, sendo realizado inicialmente o fechamento do palato duro e secundariamente do palato mole, ou vice e versa, sendo o palato duro fechado apenas com tecido mole. Os tecidos moles são incisados ao longo da margem da fissura e dissecados dos processos palatinos até que seja possível sua aproximação sobre a fissura. Os tecidos moles que se estendem ao redor da margem da fissura variam em qualidade e quantidade, tornando inviável sua utilização, como por exemplo, nas fissuras amplas.

Os tecidos moles, ao redor da fissura que forem saudáveis, prestam-se de pronto para a dissecção da sutura. Frequentemente é necessária a utilização de incisões relaxantes ou liberadoras laterais, com o objetivo de permitir a aproximação

dos retalhos mucoperiosteais na linha mediana. Os tecidos moles são então firmemente suturados sobre a fissura, aptos ao processo cicatricial (Figueiredo et al 2004, Watson 2005, Bertier, Trindade e Silva Filho 2007).

Dependendo da técnica cirúrgica e condições impostas relacionadas ao sítio cirúrgico, faz-se necessário o tamponamento das incisões liberadoras com estruturas denominadas tampões (ex: gase ou surgicel), que exercendo função de constrição, tornam-se benéficos, pois empurram os tecidos em direção à linha mediana aproximando ainda mais as bordas suturadas, ajudando a evitar tensão sobre a sutura (Lessa e Carreirão 1996, Gomes e Mélega 1997, Graziani 1995).

As áreas ósseas expostas cicatrizam por segunda intenção. Quando possível, recomenda-se o fechamento da fissura em duas camadas, sendo: mucosa nasal, parede lateral e áreas septais do nariz suturadas por partes, antes da sutura oral (Graziani 1995, Gomes e Mélega 1997).

De acordo com Worthington e Evans (1994), Watson (2005), a técnica cirúrgica ideal para o reparo da fissura palatina continua a ser uma fonte de grande controvérsia.

Para Lin et al (1999), Watson (2005), Silva, Rocha e Lage (2009) o tipo de fissura e sua gravidade, a técnica operatória, o tempo de reparo e a experiência do profissional, são variáveis que devem ser observadas sistematicamente.

É consenso na literatura, que o sucesso do processo de reabilitação depende essencialmente das cirurgias primárias, acarretando melhores resultados no desenvolvimento maxilar e oclusal, sendo mais importante que a técnica cirúrgica, a época da intervenção. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas no HRAC-USP constam respectivamente da Von Langenbeck modificada (Nóbrega 2002) e Furlow (Furlow Junior 1986). Paranaíba et al (2009) em recente estudo retrospectivo

abordando 109 pacientes acometidos por fissura labiopalatina não sindrômicos, com o objetivo de avaliar as técnicas cirúrgicas correntes na reabilitação das fissuras labiopalatinas em um serviço de referência no estado de Minas Gerais, relacionando a realização da palatoplastia, constataram que as técnicas cirúrgicas mais utilizadas foram as de Veau e Von Langenbeck.

Diante do exposto, evidencia-se a extrema manipulação das estruturas anatômicas da região palatina relacionadas ao procedimento cirúrgico, tornando possível imaginar sua interferência no processo de alimentação no período pós-operatório, associando-se o acometimento da cavidade oral. Ressaltam-se ainda os fatores traumáticos inerentes ao procedimento, como por exemplo, as lesões das comissuras labiais, frequentemente observadas (Martin 2005).

As cirurgias de inserção de tubo de ventilação, conhecidas como micro-cirurgia otológica, fazem parte do tratamento reabilitador dos pacientes com fissura labiopalatina, frequentemente associadas à cirurgia de palatoplastia, devido aos repetidos episódios de otite média que acometem esses indivíduos (Piazzentin-Penna e Jorge 2007, Godinho, Cunha e Sih 2009).

Segundo Altmann et al (1997), Piazzentin-Penna e Jorge (2007), Godinho, Cunha e Sih (2009) a tuba auditiva tem a função de válvula protetora da orelha média e mastóide, conectando a orelha média à nasofaringe, principalmente pelo fato de promover a ventilação e proteção. Em condições que alteram sua função, ocorre o acúmulo de líquido e consequente quadro infeccioso. Afirmam ainda, que embora a eficácia de sua utilização seja evidenciada, mais estudos devem ser realizados abordando a real necessidade do procedimento cirúrgico, face às possíveis complicações como: as placas de timpanosclerose e as perfurações da membrana timpânica.

2.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Bianchi e Carvalho (2007) afirmam que a fase pós-operatória é a terceira fase da experiência cirúrgica. O POI corresponde ao período em que o paciente se recupera da anestesia; tendo início com a transferência do paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós-anestésica, se estendendo pelas próximas 24 horas.

Possari (2004) e Martin (2005) afirmam que a assistência de enfermagem durante o POI é de extrema importância, devendo concentrar-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. Por menor que seja o procedimento cirúrgico, o risco de complicações sempre estará presente. Esta prevenção promove rápida convalescença, evita infecções hospitalares, poupa tempo, reduz custos, preocupações, ameniza a dor e melhora o prognóstico do paciente. De acordo com Martin (2005), o sucesso terapêutico das cirurgias reparadoras depende diretamente da apropriada assistência de enfermagem.

O enfermeiro deverá avaliar o paciente sistematicamente. Este procedimento inclui a investigação do estado emocional e físico, devendo ser realizado obedecendo a uma orientação cefalocaudal ou por sistemas. Deverá iniciar a avaliação pelo nível de consciência. As respostas obtidas mediante os estímulos deverão ser descritas objetivamente na folha de registro de enfermagem (Bianchi e Carvalho 2007).

Deverão ser avaliados os sinais vitais, comparando-os com os valores obtidos no período pré-operatório. O padrão respiratório é avaliado, considerando-se a expansão da caixa torácica, a simetria, a profundidade da respiração e a saturação de oxigênio. Também deverão ser avaliadas: a frequência cardíaca, a amplitude e o ritmo do pulso, a pressão arterial, a temperatura axilar e a presença de dor, além do

estado emocional. A presença ou ausência de eliminação urinária e a mobilidade dos membros inferiores também são parâmetros fundamentais (Martin 2005, Bianchi e Carvalho 2007).

A recuperação do nível de consciência e a estabilidade clínica são fatores determinantes para a reintrodução alimentar. Observa-se com frequência, a presença de sangue misturado a saliva nesse tipo de cirurgia, pois o palato é muito irrigado e um grande deslocamento é realizado. Este sangramento diminui no 2º dia pós-operatório, desaparecendo aos poucos. A região cirúrgica e anexa deve ser monitorada quanto à formação de edema e hematoma, que podem ocasionar insuficiência respiratória (Gomes e Mélega 1997, Silva, Rocha e Lage 2009).

De acordo com Lofiego (2002), devido à entubação e manipulação das estruturas da cavidade oral, a criança poderá apresentar dificuldade de deglutição, muitas vezes até da própria saliva, resultando na maioria das vezes em sialorréia. Por essa razão, além do habitual sangramento no POI, a criança deve permanecer em decúbito lateral (Gomes e Mélega 1997, Silva, Rocha e Lage 2009).

A dieta deverá ser fria, líquida e/ou pastosa nos primeiros 30 dias do período pós-operatório, constando de sopas, mingaus, vitaminas, sucos, entre outros, sem comprometer o valor nutricional da refeição (Gomes e Mélega 1997, Martin 2005, Silva, Rocha e Lage 2009). Comumente no pós-operatório, as crianças ingerem menor quantidade de alimentos, devendo ter sua densidade calórica aumentada, e ainda, preferir alimentos ricos em proteínas e vitaminas, visto que essas influenciam diretamente o processo de cicatrização (Altmann et al 1997, Martin 2005).

Os alimentos deverão ser liquidificados e coados. Quando não for possível a liquidificação, amassar bem e peneirar. A consistência deverá ser líquida e/ou

cremosa sem pedaços, devendo ser oferecidos em intervalos de 2 a 3 horas (Manual para alta hospitalar: serviço de nutrição e dietética 2009).

A alimentação deverá ser oferecida com colher ou copo, com cuidado para não ferir o local cirúrgico. Torna-se contra-indicado o uso de mamadeira e chupetas, pois a sucção pode prejudicar a cicatrização (Altmann et al 1997, Gomes e Mélega 1997, Ribeiro e Moreira 2005, Longo, Peres e Assunção 2005, Manual para alta hospitalar: serviço de nutrição e dietética 2009, Silva, Rocha e Lage 2009).

No HRAC-USP a grande maioria dos cirurgiões contra-indica o uso da mamadeira e outros utensílios que exijam sucção, porem, em alguns serviços ou casos isolados, utiliza-se a mamadeira com um bico ortodôntico menor ou mais flexível (Longo, Peres e Assunção 2005, Martin 2005, Silva, Rocha e Lage 2009).

É proibido oferecer balas, pães, biscoitos ou outros tipos de alimentos sólidos. O choro excessivo deve ser evitado, uma vez que forçam as linhas de sutura, ocasionando dor (Wong e Whaley 1999). A analgesia deve ser administrada sistematicamente, avaliando-se constantemente sua eficácia (Martin 2005).

Para crianças que tenham o hábito de sugar os dedos ou simplesmente levá-los à boca, recomenda-se o uso de braceletes improvisados ou não, evitando o contato com a incisão cirúrgica, amenizando complicações. Esses devem abranger a articulação do cotovelo, impedindo a realização da flexão. Torna-se necessário, movimentar os braços da criança durante a troca dos braceletes e durante o banho (Altmann et al 1997, Ribeiro e Moreira 2005, Thomé e Bertone 2009, Silva, Rocha e Lage 2009).

Brinquedos ou objetos pontiagudos devem ser mantidos fora do alcance das crianças, devido ao risco de ferir o local cirúrgico (Ribeiro e Moreira 2005, Thomé e Bertone 2009).

Para a higiene oral, em crianças maiores ou adultas, soluções anti-sépticas poderão ser usadas para realização de bochechos e gargarejos, porém, deve ser de base aquosa. O cuidado redobrado deve ser observado em relação à escovação dos dentes, para não ferir a área operada. Os pontos caem espontaneamente por volta do 20º a 30º dia, não sendo necessária a retirada dos mesmos (Gomes e Mélega 1997, Wong e Whaley 1999).

Após cada alimentação, o paciente deverá engolir um pouco de água ou apenas bochechar para remover os detritos alimentares, que por acaso estejam aderidos ao palato. Quando a criança não for capaz de realizar o bochecho, além da água, pode-se ofertar chá ou suco. Salientamos que esse procedimento deve ser realizado após cada refeição (Altmann et al 1997, Ribeiro e Moreira 2005, Thomé e Bertone 2009). Sempre que possível deve-se realizar a escovação dental. Na impossibilidade, a higiene deve ser realizada com cotonetes ou gase umedecida com água filtrada (Thomé e Bertone 2009).

Segundo Martin (2005) as crianças submetidas à palatoplastia devem receber alta hospitalar quando estiverem com adequado padrão de aceitação alimentar, e seus pais aptos aos cuidados relacionados ao procedimento cirúrgico. Um mês após a cirurgia, deverá ser retomado (ou iniciado) o tratamento ortodôntico, fonoaudiológico e acompanhamento pediátrico (Lofiego 2002).

Gomes e Mélega (1997), Ribeiro e Moreira (2005) afirmam que após o procedimento cirúrgico deve-se atentar aos sinais de desidratação e processos infecciosos. A formação de fístulas e ou deiscência, geralmente esta relacionada a infecções. Essas, associadas à disfunção velofaríngea, constam das complicações tardias da palatoplastia (Gomes e Mélega 1997, Watson 2005, Silva, Rocha e Lage 2009).

2.4 UTILIZAÇÃO DO COPO E DA COLHER NA ADMINISTRAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO

O uso do copo ou da colher na administração da alimentação aponta um método simples, prático e com baixo custo. Apresenta muitas vantagens, tais como: menor risco de contaminação; promove uma experiência oral positiva; conforto e fortalecimento do vínculo entre a criança e o cuidador, pois estes participam da alimentação do filho; permite um menor gasto de energia em comparação ao resultante da alimentação por mamadeira, minimizando a fadiga e a perda de peso; favorece o aumento da produção de saliva e enzimas digestivas, já que estimula receptores orais resultando em uma digestão mais eficiente. Ainda, promove os movimentos da mandíbula, da língua e dos músculos da face (Lang, Lawrence e Orme 1994, Melo 2005, Silva, Rocha e Lage 2009).

A administração da alimentação utilizando o copo ou colher consiste em alternativas que ampliam as opções disponíveis tanto aos pais, quanto aos profissionais, que podem necessitar de métodos não convencionais para solucionar situações. Laurence 1980, Araruna e Vendrúscolo 2000, Melo 2005, Lima e Melo 2008, Silva, Rocha e Lage 2009, evidenciam a utilização dos utensílios copo e colher em unidades neonatais e de cuidados intermediários, considerando que o método estreita a relação mãe e filho, além de ser de baixo custo.

A utilização do copo e da colher na administração da alimentação para crianças tem sido recomendada a partir do 4º e 6º mês de vida (Marujo 1998, Alves, De Araújo e Guedes 2005, Kasten et al 2008, Silva, Rocha e Lage 2009), embora em algumas situações ocorra a necessidade de estimulação para melhorar o desempenho (Ruedell et al 2010).

Altmann et al (1997), Pachi (1997), Silva, Fúria e Di Ninno (2005), Bannister (2005), Smedegaard et al (2008), Amstalden-Mendes, Magna e Lopes (2007), Silva, Rocha e Lage (2009) defendem que pacientes com fissura labiopalatina apresentam condições de serem alimentados por via oral desde o nascimento, utilizando-se quando necessário, utensílios como o copo e a colher.

A técnica que utiliza o copo para a administração da alimentação vem sendo amplamente difundida, sendo alvo de constantes pesquisas, principalmente nas unidades neonatais e maternidades. Sua abordagem mereceu maior atenção, após a formalização do programa de incentivo ao aleitamento materno conhecido como Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Este programa foi idealizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de implantar e difundir os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, idealizado na Itália e implantado no Brasil na década de 90, abrangendo serviços públicos e privados. Dentre as ações, consta o não oferecimento de bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) às crianças amamentadas ao seio (Lamounier et al 2008, Iniciativa Hospital Amigo da Criança 2010).

Nos casos em que não é possível amamentar, opta-se pelo oferecimento do leite materno ordenhado (volume total ou parcial) pela via oral (Grupta, khanna e Chattree 1999, Gamburgo, Munhoz e Amgtalden 2002). Nestes casos, a mamadeira é então substituída por métodos alternativos como o copo, associado à estimulação da sucção não-nutritiva digital (López et al 2003). Talvez por esse motivo, a grande maioria dos trabalhos e pesquisas realizadas até o momento, tem dado enfoque a esse método de administração da alimentação em unidades que assistem recém-nascidos, como maternidades e unidades de terapia intensiva neonatais.

Barzilai et al (1992), Altmann et al (1997), Amstalden-Mendes, Magna e Lopes (2007), reforçam que o ato de utilizar o copo e ou a colher anteriormente á cirurgia de palatoplastia, auxilia no pós-operatório, pois não poderá se utilizar da mamadeira, permitindo assim sua adaptação gradual sem prejuízo de ganho ponderal.

Lang, Lawrence e Orme (1994) descrevem contra-indicações para o uso do copo, entre elas: crianças com riscos para aspiração, como nos casos onde se evidenciam reflexos diminuídos, letargia e déficit neurológico.

Durante o pós-operatório de palatoplastia estão proibidos: mamadeiras, seio materno e bicos; salvo se houver alguma orientação específica do cirurgião, preconizando-se então a utilização do copo e ou colher para a administração da alimentação (Altmann et al 1997, Ribeiro e Moreira 2005, Longo, Peres e Assunção 2005, Thomé e Bertone 2009, Silva, Rocha e Lage 2009).

De acordo com Altmann et al (1997) a utilização da colher para alimentar a criança proporciona melhoria no controle motor-oral, quando comparado a utilização da mamadeira.

A retirada da mamadeira e o desmame do seio materno devem ser realizados de forma gradual, no período antecedente à palatoplastia, sendo substituída por copo ou colher. O objetivo é de adaptar a criança às exigências alimentares do pós-operatório, evitando o trauma mecânico na cicatriz cirúrgica, deiscências, contribuindo para uma perda ponderal mínima. A palatoplastia é apontada por alguns autores, como o processo cirúrgico onde ocorre maior perda ponderal (Wellman e Coughlin 1991, Lee, Nunn e Wright 1997, Altmann et al 1997, Ribeiro e Moreira 2005, Watson 2005, Kasten et al 2008).

Para receber o alimento, a criança deve estar na posição sentada; no colo da mãe ou do cuidador, visando deixá-la organizada e em postura fletida e vertical, buscando favorecer o desempenho oral e de deglutição. Este cuidado diminui o risco da criança esbarrar no copo ou colher, desperdiçando o alimento, tornando a administração da alimentação mais rápida e eficiente (Altmann et al 1997, Gamburgo, Munhoz e Amstalden 2002, Bühler 2003).

A borda do copo deve ser apoiada sob o lábio inferior, devendo ser inclinado proporcionalmente. Devem ser proporcionadas pausas durante a alimentação para que a criança descanse e para que ocorra a eructação no tempo devido. Não é recomendável utilizar a técnica numa criança que esteja muito sonolenta (López et al 2003, Gamburgo, Munhoz e Amstalden 2002, Fraga 1998, Bühler 2003).

Alguns aspectos devem ser observados na escolha do copo visando facilitar o sucesso da terapêutica, tais como: menor tamanho/diâmetro, totalmente transparente, com bordas finas e sem rosca e recorte para a boca. O uso de coletor de exames como o copo, foi mencionado devido à facilidade de manuseio e visualização do volume aceito (devido à marcação do volume) e o fato de dispensar manipulação de um recipiente para outro. O copo descartável é amplamente utilizado (Couto 2005, Melo 2005).

Após o período estipulado para uso da dieta líquida (em média 30 dias), a criança poderá voltar a comer os alimentos habituais, de acordo com a idade e costumes, mudando-se a consistência gradativamente (Martin 2005, Watson 2005, Thomé e Bertone 2009).

Poucas publicações foram observadas, em relação à utilização da colher para a administração da alimentação. Altmann et al (1997), Silva, Rocha e Lage (2009) afirmam que a colher deverá ser preferencialmente de metal, visando maior

estimulação oral, pois, além de favorecer a contração muscular, a temperatura do metal estimula as terminações nervosas do frio, que se encontram em maior número na face. Essa orientação foi observada no presente estudo, onde se utilizou esse tipo de colher.

Kim, Lee e Chae (2009) em estudo prospectivo randomizado com 82 crianças visando avaliar o efeito da alimentação por mamadeira e colher, copo ou seringa no POI de palatoplastia, relacionando à ocorrência de complicações cirúrgicas (fístula buco-nasal e deiscência cirúrgica), utilização de sedativos, ingestão oral nos 6 primeiros dias e ganho relativo de peso no 1º e 2º mês, ressaltaram que embora no 6º dia pós-palatoplastia o volume da dieta aceito tenha sido significativamente maior, evidenciou-se os benefícios da utilização do copo e colher no POI.

Randall (1984) desencoraja a sucção e o uso de canudos ou mamadeira para alimentar as crianças no pós-operatório de palatoplastia, recomendando a utilização do copo e da colher.

2.5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.5.1 Teoria do déficit de autocuidado

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) o termo teoria é utilizado pelos cientistas referindo-se a uma generalização abstrata que apresenta uma explicação sistemática, de como os fenômenos estão inter-relacionados, exigindo que incluam ao menos, dois conceitos que estejam relacionados à teoria que se pretende explicar. O objetivo geral da teoria é: dar significado aos resultados científicos, resumir o conhecimento existente em sistemas coerentes e estimular novas

pesquisas, fornecendo direção e ímpeto, bem como explicar a natureza das relações entre as variáveis.

Como fundamentação teórica para esse estudo, optou-se pela teoria do autocuidado de Dorothea Orem (Orem 2001), que tem sido utilizada nas várias áreas da enfermagem, como na prática clínica, na pesquisa, no ensino e na administração.

Santos et al (2009) analisaram a fundamentação teórica de enfermagem, utilizada para o delineamento de trabalhos de conclusão de curso na Universidade Federal de Santa Catarina relacionadas à saúde da mulher e da criança; constatando que o referencial teórico de Orem foi amplamente empregado.

Para Manzini e Simonetti (2009), os modelos teóricos têm contribuído para a formação de conceitos com significado para a Enfermagem, como também uma linguagem utilizada no campo profissional.

Santos e Sarat (2008), afirmam que, se a promoção da vida é um dos ideais da enfermagem, intui-se que o ensino junto ao cliente para desenvolver o autocuidado por parte dos enfermeiros, constitui uma aplicação desse conhecimento desvinculado do saber específico de outras profissões. Pois, embora pouco percebida para a equipe de enfermagem e para a instituição de saúde, evidencia-se a aplicação de concepções teóricas de enfermagem, como elemento norteador de suas práticas diárias. Tal fato revela-se no atendimento aos clientes e à família, quando as ações de enfermagem se inserem no sistema apoio-educação, desde a admissão, estimulando a participação dos clientes e dos familiares a fim de estruturar e reafirmar seus papéis após alta hospitalar.

De acordo com Eben et al (1994), o autocuidado foi mencionado pela primeira vez no campo da enfermagem em 1958, quando a autora da teoria, Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, passou a refletir porquê os indivíduos

necessitam de auxílio da enfermagem e como podem ser ajudados pela mesma. A partir desta reflexão, formulou sua teoria sobre o déficit de autocuidado como uma teoria geral, constituída por três teorias relacionadas (Orem 2001):

- Teoria de autocuidado que descreve e explica o autocuidado;
- Teoria de déficit do autocuidado que explica quando e porque a enfermagem é necessária para ajudar as pessoas;
- Teoria de sistemas de enfermagem que explica como o enfermeiro se organiza para ajudar as pessoas, relacionado ao conteúdo de sua prática.

Para Orem (2001) o autocuidado é uma atividade do indivíduo aprendida pelo mesmo e orientada para um objetivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas da vida, em que o indivíduo dirige para si mesmo, ou para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar. O autocuidado, conforme nos valida a autora, tem como propósito o emprego de ações de cuidado, seguindo um modelo, que contribui para o desenvolvimento humano.

Habitualmente adultos se cuidam sozinhos; já bebês, crianças e idosos, com ou sem alterações de saúde, requerem assistência nas atividades de autocuidado. Bebês e crianças requerem cuidados de outras pessoas, uma vez que estão em um estágio precoce do desenvolvimento físico, psicológico e psicossocial.

Mondini (2001) utilizou o referencial de Orem em seu estudo, que identificou sua eficácia no processo de ensino-aprendizagem do AAC, através do programa de orientação pré, trans e pós-operatório de fissuras labiopalatinas.

Mondini (2008) desenvolveu nova pesquisa baseada na mesma teoria, avaliando a capacidade de autocuidado de cuidadores de lactentes com Sequência de Robin. Para a autora, o referencial teórico de Orem responde as necessidades do

serviço de enfermagem do HRAC-USP, por permitir e incentivar o autocuidado, através do processo ensino-aprendizagem aplicado ao cuidador.

Para Silva et al (2009), as suposições empregadas na teoria do autocuidado são lógicas e aceitas pela comunidade de enfermagem. Os conceitos são aplicáveis à enfermagem, em suas relações implícitas e explícitas, e também são úteis para explicar o conceito de paciente e as relações entre paciente e enfermagem.

Santos e Sarat (2008) refletindo sobre essa Teoria relatam que a mesma consta na ajuda ao aprender a viver; sendo utilizadas por enfermeiros visando o atendimento às necessidades humanas básicas.

2.5.2 Conceitos de déficit de autocuidado segundo Orem

Orem (2001) relata cinco categorias de conceitos de autocuidado relacionadas à sua teoria:

- Ações de autocuidado: refere-se às atividades, nas quais os indivíduos desenvolvem em seu próprio benefício, objetivando a manutenção da vida, saúde e bem-estar. As práticas do autocuidado são aprendidas e determinadas ou influenciadas pela cultura do grupo no qual o indivíduo está inserido, sendo no presente estudo, referidos como AAC, representados pela mãe, pai ou responsável;
- Capacidade de autocuidado: conjunto de habilidades adquiridas, específicas para a realização do autocuidado. Referem-se nesse estudo aos meios e modos que o AAC utiliza, a fim de se tornar independente. Vale salientar que, para desenvolver essas habilidades é necessário

haver envolvimento, estando sujeitos aos fatores condicionantes como: idade, experiências de vida e fatores socioculturais;

- Demanda terapêutica de autocuidado: conjunto de medidas relacionadas ao cuidado em momentos específicos ou durante um período de tempo. No presente estudo, consistem nos cuidados necessários, identificados e aprendidos pelo AAC para atender os requisitos universais de cuidados para manter a saúde e o bem-estar da criança em pós-operatório de palatoplastia, mais amiúde relacionado à administração da alimentação;
- Déficit de autocuidado: pode ser parcial ou completo, denotando o principal elemento da teoria; expressa e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam do enfermeiro. O parcial se limita às incapacidades de satisfazer um ou vários requisitos de autocuidado. O déficit completo consiste na incapacidade total para satisfazer e demanda de autocuidado;
- Sistema de enfermagem: conjunto de habilidades que a enfermagem utiliza para proporcionar a assistência holística, através do suporte educativo parcial ou total, que ajude o AAC a superar as deficiências de autocuidado com a saúde da criança.

Segundo Orem (2001) o sistema de enfermagem pode ser:

- Totalmente compensatório: ocorre quando o enfermeiro atende todos os cuidados terapêuticos, compensando a incapacidade total dos pacientes para realizar as atividades de autocuidado e que requerem movimentos de deambulação e de manipulação;

- Parcialmente compensatório: são aqueles nos quais tanto a enfermagem como os pacientes realizam medidas de assistência e possuem capacidade de julgamento acerca das mesmas;
- Sistema de apoio educativo: situações nas quais o paciente ou o AAC é capaz de realizar, ou pode e deve aprender a realização das medidas requeridas de autocuidado.

No presente estudo, o sistema de enfermagem de apoio educativo foi utilizado para desenvolver as orientações e treinamento relacionados à alimentação da criança no POI de palatoplastia.

Silva et al (2009) reforçam o papel da enfermagem como promotora do restabelecimento da saúde do paciente, com a implementação de práticas assistenciais e educativas que valorizem o ato de auto cuidar-se.

Para Santos e Sarat (2008), o autocuidado, geralmente restringe-se aos indivíduos com dificuldades advindas de doenças, quando o ideal seria utilizá-lo a fim de preveni-las.

2.5.3 Requisitos de autocuidado

Sobre os requisitos de autocuidado, Orem (2001) descreve:

- Universais: básicos e vitais são comuns a todo ser humano (conservação do ar, água, alimentação, eliminação, solidão e interação social, entre atividade e repouso, prevenção de riscos, promoção do desenvolvimento humano). Quando se proporciona de forma eficaz, o autocuidado centrado nos requisitos universais promove a saúde e o bem estar. Nesse estudo, buscou-se abordar o requisito universal da alimentação;

- De desenvolvimento: se referem aos processos de desenvolvimento, condições e eventos próprios da vida;
- Por alterações de saúde: a autora defende que a doença ou lesão não afetam somente as esferas fisiológicas e psicológicas, mas o ser humano como um todo. Evidencia que a capacidade de ação desenvolvida, ou em desenvolvimento de autocuidado do indivíduo, na existência de requisitos de alterações da doença, encontra-se seriamente prejudicada, de forma temporária ou permanente. Associa ainda os defeitos genéticos e de construção, desvios estruturais funcionais, além de medidas diagnósticas e de tratamento.

A realização da palatoplastia denota modificações anatômicas, fisiológicas, emocionais e psicológicas, cenário esse onde o enfermeiro torna-se essencial, devido às alterações de cuidados gerais impostas.

2.5.4 Fatores condicionantes básicos

Os fatores condicionantes básicos são definidos como fatores internos e externos dos indivíduos, reais ou potenciais, no processo de alterar a capacidade para o autocuidado requerido. Compreendem: idade, sexo, estado de desenvolvimento, padrão de vida, fatores ambientais, disponibilidade e adequação de recursos. Todos os fatores condicionantes básicos apontados por Orem (2001) foram abordados no presente estudo, onde o estado de desenvolvimento foi trabalhado como faixa etária; o padrão de vida, os fatores ambientais, a disponibilidade e adequação de recursos foram abordadas simultaneamente em classificação sócio-econômica.

Para Mondini (2008) esta classificação oferece subsídios relativos a padrões de vida, contribuindo na interpretação das necessidades individuais de cada AAC, fornecendo ao enfermeiro informações essenciais para o planejamento da assistência de enfermagem.

2.5.5 O agente de autocuidado (AAC)

Para Orem (2001) o AAC é aquele que busca a capacitação para realizar ações, reconhecer e desenvolver a demanda terapêutica do autocuidado, sendo capaz de desenvolver habilidades frente às necessidades impostas a si mesmo ou ao outro, visando o autocuidado. A característica principal do AAC é a disposição e a capacidade para manter o bem-estar e a manutenção da vida.

A capacidade para o autocuidado divide-se em: disposição e capacidade; sendo essas fundamentais para realização do cuidado, onde o enfermeiro possibilita a participação ativa e efetiva do AAC através do ensino, treinamento e supervisão dos cuidados, dividindo com o mesmo as responsabilidades pelos cuidados, estimulando ativamente sua participação.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar comparativamente a melhor técnica para alimentar a criança no período pós-operatório de palatoplastia: utilizando copo ou colher.

3.2 ESPECÍFICOS

- Associar a aceitação da alimentação com as técnicas utilizando copo ou colher, com as variáveis relacionadas ao procedimento cirúrgico: localização anatômica, micro-cirurgia otológica concomitante, presença de incisão liberadora e tampão;
- Associar a capacidade geral do autocuidado aos fatores condicionantes do AAC: idade, escolaridade, classificação sócio-econômica, número de filhos, estado civil e grau familiar;
- Associar a aceitação da alimentação com as técnicas utilizando copo ou colher, com a capacidade geral do autocuidado.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Internação do HRAC-USP.

4.1 CASUÍSTICA

4.1.1 População e amostragem

A população foi composta por binômios (AAC - criança) de ambos os gêneros, que se encontravam hospitalizados, e em POI de palatoplastia, entre os meses de agosto e novembro de 2010.

A amostra constou de 44 binômios. Os participantes foram avaliados por quatro vezes consecutivas, gerando 176 avaliações. Dessas, 88 foram relacionadas às técnicas de administração da alimentação utilizando o copo e 88 avaliações com a técnica utilizando a colher.

4.1.2 Critérios de inclusão

Para as crianças:

- Estar em POI de palatoplastia;
- Não ter apresentado complicações no trans-operatório (sangramento excessivo e necessidade de revisão cirúrgica);
- Estar acompanhada do pai, mãe ou cuidador responsável;
- Ter idade completa entre 11 e 18 meses.

4.1.3 Critérios de exclusão

Para estratificação dos critérios de exclusão, foram realizadas consultas nos prontuários nas áreas de: descrição pediátrica, neuropediátrica e genética. Foram excluídos do estudo, aqueles que apresentavam:

- Comprometimento neuropsicomotor;
- Síndromes genéticas e ou clínicas;
- Outras malformações ou co-morbididades que possam alterar o estado geral.

4.2 MÉTODOS

As crianças e os AAC foram avaliados durante a oferta da alimentação por quatro momentos distintos e consecutivos, com as técnicas que utilizam o copo e a colher. Para a avaliação, utilizaram-se diferentes protocolos, que serão descritos com detalhes, posteriormente. Os AAC foram avaliados ainda, após esses quatro momentos, em relação à capacidade para o autocuidado terapêutico relacionado à alimentação pós-palatoplastia. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados validado para o presente estudo.

4.2.1 Instrumentos de coleta de dados

Com o intuito de aperfeiçoar a coleta de dados, optou-se em dividir o instrumento em quatro partes distintas (A, B, C e D).

A parte A (Anexo 1), corresponde a entrevista estruturada que foi empregada ao AAC com o objetivo de caracterizá-lo segundo os fatores condicionantes propostos por Orem (2001), considerando as seguintes variáveis: idade, escolaridade, nível sócio-econômico, número de filhos e estado civil. Além da caracterização do AAC, constou um campo para identificação de variáveis relacionadas à caracterização da criança (gênero, idade e tipo de fissura).

Utilizou-se como método de classificação sócio-econômica, o proposto por Graciano, Lehfeld e Neves Filho (1996), atualmente utilizado como protocolo na instituição. Para tal, foi realizada consulta ao prontuário no campo destinado ao serviço social. Esse método consiste em uma pontuação relacionada a fatores como: renda familiar, profissão, nível de escolaridade, habitação e número de membros na família, resultando em categorias descritas como: baixa inferior, baixa superior, média inferior, média superior e alta.

A parte B (Anexo 2), é constituída por três itens, objetivando identificar variáveis impostas e/ou relacionadas ao procedimento cirúrgico. O preenchimento foi feito por meio de consulta ao prontuário, mais especificamente no campo da descrição cirúrgica, visando detectar a localização anatômica do procedimento cirúrgico em relação à região palatal, presença de incisão liberadora, com ou sem tampão. Esses dados foram comparados com outros, para a formalização dos resultados finais, avaliando-se sua relação com as variáveis estudadas.

A parte C (Anexo 3), está relacionada à técnica de administração da alimentação utilizando copo ou colher, por meio da observação direta do AAC e da criança. Compreende um protocolo composto por doze itens relacionados à técnica utilizada (copo ou colher), e ainda outras variáveis como: dificuldade de posicionamento do AAC e da criança, episódios de tosse e /ou engasgo, escape de

alimento pela comissura labial, tempo utilizado na administração da alimentação, volume aceito, segurança por parte do AAC, referida e observada.

Além dessas variáveis, buscou-se identificar também a técnica utilizada anteriormente à cirurgia para alimentação da criança, além da presença de lesão de comissura labial uni ou bilateral; entendendo que essas poderiam interferir no método de administração da alimentação.

O copo utilizado na pesquisa foi do tipo descartável, com capacidade de 50 ml. Realizou-se graduação manual no copo, através de marcação com caneta específica em 25 e 50 ml respectivamente pelo pesquisador, para melhor controle do volume administrado.

Em relação à colher, utilizou-se a do tipo sobremesa, de metal, com capacidade volumétrica de 7,5 ml em média, porém, a verificação do volume administrado, se deu por meio da mensuração (graduação) do copo em que é disponibilizada a dieta pelo serviço de nutrição, ou seja, copo com capacidade de 200 ml, do tipo descartável. Pensamos ser conveniente esse tipo de mensuração, pois o cuidador ao ofertar a alimentação utilizando a colher, não controla adequadamente o volume, podendo administrar um volume maior (colher cheia), ou volume menor (colher preenchida pela metade, por exemplo).

Utilizamos um único impresso para as quatro análises das técnicas utilizando copo ou colher, dispondo abaixo de cada variável estudada, quatro campos para anotação.

A parte D (Anexo 4), buscou avaliar a competência do AAC para o autocuidado terapêutico relacionado a alimentação da criança em POI de palatoplastia. Utilizamos o instrumento proposto por Mondini (2008), modificado e validado (Anexo 7), conforme explicitado posteriormente.

O instrumento é composto da avaliação da capacidade física (Cfi) englobando tato, visão, destreza manual e movimentos e energia geral (sub-itens de 1 a 4), abordando a temperatura da dieta, perda do alimento pela comissura labial, além do posicionamento do AAC; avaliação da capacidade mental (Cme, sub-itens de 5 a 8), abordando as habilidades mentais necessárias à manutenção do regime terapêutico, como capacidade de contar, memorizar, prestar atenção e aprender; e por último visou-se avaliar a capacidade motivacional e emocional (Cmo, sub-itens de 9 a 13), compreendendo as variáveis: auto-valor, auto-imagem e auto concernimento, vontade de se ocupar com o cuidado, auto-disciplina e habilidade para trabalhar com as partes.

Para viabilizar a análise quantitativa, foram atribuídos escores a cada um dos subitens. Para avaliação da capacidade física, o escore variou de zero a 1,5; da capacidade mental de 1 a 3; e da capacidade motivacional e emocional também de 1 a 3; porém, levando-se em consideração nesse último item, a média dos escores. Todas as pontuações correspondem respectivamente a: nunca, pouco e sempre.

Os dados finais com os escores da pontuação, foram disponibilizados em um quadro que aborda todos os itens (Anexo 5), para facilitar a visualização e análise.

Para a pontuação das competências para o autocuidado terapêutico, optou-se em utilizar uma escala (Anexo 6). Traçou-se um plano horizontal graduado com 33 pontos, que correspondem à pontuação máxima obtida com a análise. A partir disso, foram identificados 3 níveis distintos, classificando o AAC em: inabilitado (nível I, até 9 pontos), parcialmente capacitado (nível II, de 9,5 a 22 pontos, necessitando ainda de treinamento), e capacitado (nível III, de 22,5 a 33 pontos)

para desempenhar as atividades de autocuidado relacionadas à alimentação da criança pós-palatoplastia.

4.2.2 Validação do instrumento de avaliação da competência do AAC, em relação à alimentação da criança pós-palatoplastia

Embasado nos constructos teóricos de Orem (2001), Mondini (2008) construiu e validou um instrumento para avaliar a competência do AAC em relação aos cuidados concernentes ao lactente, com Sequência de Pierre Robin. Para o atual estudo foi necessária uma nova validação, adaptando-o aos critérios da pesquisa.

Para a elaboração das modificações, foram consideradas as evidências da literatura consultada, além da experiência na prática clínica do pesquisador. Utilizou-se o método de validação aparente e de conteúdo.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), validação aparente e de conteúdo significa “verificar se o instrumento utilizado responde as necessidades da pesquisa em estudo”. No presente estudo com esse instrumento, buscou-se avaliar a competência do AAC em relação à alimentação da criança pós-palatoplastia. Sendo assim, a validação ocorreu com o intuito de verificar se as variáveis descritas pelo pesquisador estavam em conformidade com a visão dos peritos, cuja experiência nessa área de atuação é renomada.

A validação aparente e de conteúdo foi realizada em dois momentos distintos. Inicialmente foi enviada uma carta para cada perito, solicitando sua colaboração no processo de validação, com embasamento teórico, cópia do

instrumento e guia para validação com campo para comentários e sugestões pertinentes (Anexo 7).

Após a análise e devolução da guia para validação do instrumento por parte dos peritos, ocorreu à tabulação das alterações propostas (Anexo 8). Posteriormente, foram realizadas as alterações pertinentes e reenviadas aos mesmos para verificar a concordância. Participaram 6 peritos, com tempo de atuação na área, em média de 23 anos.

Uma vez constatadas as sugestões de todos os peritos, ocorreram às modificações do instrumento original.

4.2.3 Procedimento de coleta de dados

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do HRAC-USP por meio do protocolo nº 177/2010-SVAPEPE-CEP (Anexo 9). A mudança do título da pesquisa recebeu parecer favorável por meio do protocolo nº 161/2011-SVAPEPE-CEP (Anexo 10).

Todos os AAC foram orientados sobre os objetivos, os critérios de inclusão e exclusão e convidados a aderirem à pesquisa. Os sujeitos da pesquisa formalizaram sua participação através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 11), obedecendo aos preceitos da resolução 196/96 envolvendo pesquisas com seres humanos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e novembro de 2010.

Os AAC receberam orientações do pesquisador sobre a técnica de administração da alimentação utilizando copo e colher. Essas orientações foram ofertadas durante a consulta de enfermagem pré-operatória, ou, na impossibilidade

da abordagem naquele momento, a mesma se deu durante o período de trans-operatório. A parte A do instrumento de coleta de dados (Anexo 1) foi aplicada aos participantes nesse momento.

Conforme o protocolo do HRAC-USP, durante o período de POI, a alimentação é ofertada às crianças com intervalos de 3 horas, compreendendo os horários das 8, 11, 14, 17, 20, 23, 2 e 5 horas. Em todos esses horários os AAC recebem orientações e auxílio da equipe de enfermagem, de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Serviço de Enfermagem, a respeito das técnicas e cuidados relacionados à alimentação da criança.

Por quatro mamadas consecutivas, o AAC intercalou a administração da alimentação com as técnicas utilizando copo e colher respectivamente; sendo essas assistidas exclusivamente pelo pesquisador para avaliação, aplicando-se nesse momento a parte C do instrumento de coleta de dados (Anexo 3). É relevante frisar, que após cada avaliação dos respectivos 4 momentos, o AAC recebeu orientações por parte do pesquisador, em relação à alimentação da criança, bem como das observações e cuidados relacionados, visando o preparo do AAC relacionado à competência para o autocuidado.

Optamos pela avaliação em quatro horários, para evitar possíveis interferências relacionadas à avaliação da técnica, por exemplo: dor, agitação e ansiedade inicial do AAC. Ressaltamos também, que todas as avaliações foram realizadas exclusivamente pelo pesquisador, buscando evitar vieses.

Os horários para a realização da avaliação foram definidos após o término do procedimento cirúrgico e liberação do jejum, compreendendo em sua maioria, horários do período noturno (20, 23, 02 e 04 horas).

O preenchimento da parte B do instrumento de coleta de dados (Anexo 2), ocorreu anteriormente a primeira avaliação da técnica de administração da alimentação.

A aplicação da parte D do instrumento de coleta de dados (Anexo 4), ocorreu após a finalização das avaliações nos quatro horários propostos. Os AAC foram abordados em ambiente privativo.

Nos campos correspondentes às capacidades físicas e mentais, o preenchimento ocorreu baseado na observação direta do pesquisador durante os quatro horários de avaliação das técnicas de administração da alimentação, exceto nos itens 6, 8.2 e 8.3, onde se utilizou o método de entrevista estruturada. Já na avaliação das capacidades motivacionais e emocionais, o preenchimento se fez pelos próprios AAC.

Nos casos onde o AAC recebeu avaliação entre os níveis I e II (inabilitado e parcialmente capacitado respectivamente, para o autocuidado), os enfermeiros e equipe foram informados para que a observação e treinamento fossem intensificados.

4.2.4 Interpretação dos dados

Para a definição da melhor técnica relacionada à administração da alimentação pós-palatoplastia (utilizando copo ou colher), aplicaram-se os critérios: maior volume aceito no menor tempo, com menor escape do alimento via comissura labial, menos episódios de tosse e ou engasgo, menor dificuldade de posicionamento do AAC, maior segurança referida e observada.

Na identificação da competência do AAC para o autocuidado terapêutico relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, utilizou-se um instrumento

quantitativo que resulta em 3 níveis distintos, classificando em: inabilitado (nível I, até 9 pontos), parcialmente capacitado (nível II, de 9,5 a 22 pontos, necessitando ainda de treinamento), e capacitado (nível III, de 22,5 a 33 pontos).

Após essa avaliação, comparou-se o nível obtido com o desempenho da técnica de administração da alimentação obtido com a aplicação do Anexo 3, visando associar a competência para o autocuidado e a técnica de administração da alimentação. Associou-se ainda, o nível de competência para o autocuidado do AAC aos fatores condicionantes básicos: idade, escolaridade, classificação sócio-econômica, número de filhos, estado civil e grau familiar, objetivando identificar sua significância relacionada ao desempenho com a técnica de administração da alimentação pós-palatoplastia.

Foi utilizado o software da Microsoft Excel 2003, para a estruturação do banco de dados, sendo as análises processadas por meio do software livre R v 2.8.0 (R Development Core Team 2010).

Para analisar a significância das diferenças entre as amostras pareadas, utilizou-se o teste exato de Fisher (Rosner 2006). Já para a análise não-paramétrica, utilizou-se o teste de Mann-Whitney (Rosner 2006). Foi aceita como diferença estatisticamente significativa, o valor de $p < 0,05$ (5%).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

A amostra constou de 44 binômios, que geraram 176 avaliações relacionadas às técnicas de administração da alimentação utilizando copo e colher, resultando em 88 avaliações com cada técnica. 50% (n=22) pertencem ao sexo feminino e 50% (n=22) ao masculino (Tabela 1).

A faixa etária predominante compreendeu entre 12 e 13 meses completos (56.81%, n=25) (Tabela 2).

Sobre a classificação da fissura, tendo como referência o forame incisivo, observou-se predomínio das trans-forame (59,08%, n=26) (Tabela 3).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo o gênero.

Gênero	N	(%)
Masculino	22	50,00
Feminino	22	50,00
Total	44	100,00

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo a idade.

Idade	N	(%)
12 - 13 meses	25	56,81
14 - 15 meses	12	27,27
16 - 18 meses	7	15,92
Total	44	100,00

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação da fissura palatina, em relação ao forame incisivo.

Classificação da fissura	N	(%)
Trans-forame	26	59,08
Pós-forame	18	40,92
Total	44	100,00

Em relação ao utensílio utilizado na administração da alimentação à criança no domicílio atualmente, predominou a mamadeira (59,09%, n=26) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes, segundo os utensílios utilizados para a alimentação no domicílio anteriormente a cirurgia.

Utensílios utilizados no domicílio	N	(%)
Mamadeira	26	59,09
Copo	4	9,09
Colher	3	6,82
Copo/colher	11	25,00
Total	44	100,00

As Tabelas de 5 a 10 referem-se à caracterização dos AAC relacionados aos fatores condicionantes descritos por Orem (2001). Para a realização desse estudo, foram definidos os seguintes fatores condicionantes: idade, escolaridade, classificação sócio-econômica, número de filhos, estado civil e grau familiar do AAC.

Em relação à idade, prevaleceu a faixa etária acima de 21 anos (81.81%, n=36) (Tabela 5). Quanto à escolaridade, 43.19% (n=19) afirmaram terem concluído o 2º grau (Tabela 6).

Quanto à classificação sócio-econômica, observou-se o predomínio da classe baixa superior (61.35%, n=27) (Tabela 7). Em relação ao número de filhos, 56.81% (n=25) referiram que se tratava do primeiro (Tabela 8). Quanto ao estado

civil, predominou a união consensual estável (68,17%, n=30) (Tabela 9). O grau familiar dos AAC não fugiu do habitual, sendo composto (90.91%, n=40) de mães (Tabela 9).

Tabela 5 - Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo a idade.

Idade	N	(%)
Até 21 anos	8	18,19
> 21 anos	36	81,81
Total	44	100,00

Tabela 6 - Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo a escolaridade.

Escolaridade	N	(%)
1º grau completo	3	6,81
1º grau incompleto	6	13,63
2º grau completo	19	43,19
2º grau incompleto	12	27,28
3º grau completo	3	6,81
3º grau incompleto	1	2,28
Total	44	100,00

Tabela 7 - Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo a classificação sócio-econômica.

Classificação sócio-econômica	N	(%)
Baixa inferior	15	34,09
Baixa superior	27	61,35
Média inferior	1	2,28
Média superior	1	2,28
Total	44	100,00

Tabela 8 - Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o número de filhos.

Número de filhos	N	(%)
1	25	56,81
2	12	27,27
Mais que 2	7	15,92
Total	44	100,00

Tabela 9 - Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o estado civil.

Estado civil	N	(%)
União estável	30	68,17
Solteiro	12	27,27
Viúvo	1	2,28
Divorciado	1	2,28
Total	44	100,00

Tabela 10 - Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o grau familiar.

Grau familiar	N	(%)
Mãe	40	90,91
Pai	1	2,28
Avó	3	6,81
Total	44	100,00

Para a definição da melhor técnica relacionada com a administração da alimentação pós-palatoplastia (utilizando copo ou colher), aplicou-se o critério do maior volume aceito, no menor tempo, com menor escape do alimento via comissura labial, com menos episódios de tosse e/ou engasgo, menor dificuldade de posicionamento do AAC e da criança, e maior segurança referida e observada.

Na Tabela 11, encontra-se a distribuição da frequência das avaliações das técnicas utilizando copo e colher, relacionada às variáveis: posicionamento

adequado do AAC e da criança, episódios de tosse e engasgo durante a oferta da alimentação, escape de alimento pela comissura, segurança referida e observada.

Observa-se que, das variáveis estudadas, o escape de alimento pela comissura labial foi estatisticamente significativa ($p=0,024$), quando utilizada a técnica de administração da alimentação por copo.

Tabela 11 - Distribuição da frequência das avaliações das técnicas utilizando o copo e a colher, relacionadas às variáveis: posicionamento adequado do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódios de tosse e engasgo durante a oferta da alimentação, escape de alimento pela comissura, segurança referida e observada.

		Sim	Não	Total	p
AAC apresenta dificuldade de posicionar-se conforme preconizado	Copo	28	60	88	1,000
	Colher	27	61	88	
	Total	55	121	176	
Dificuldade em posicionar a criança conforme técnica preconizada.	Copo	28	60	88	1,000
	Colher	28	60	88	
	Total	56	120	176	
Episódio de tosse durante a oferta de alimentação	Copo	4	84	88	0,121
	Colher	0	88	88	
	Total	4	172	176	
Episódio de engasgo durante a oferta de alimentação	Copo	5	83	88	0,211
	Colher	1	87	88	
	Total	6	170	176	
Escape de alimento pela comissura	Copo	67	21	88	0,024*
	Colher	52	36	88	
	Total	119	57	176	
AAC demonstra segurança	Copo	62	26	88	0,867
	Colher	64	24	88	
	Total	126	50	176	
AAC refere segurança	Copo	61	27	88	1,000
	Colher	60	28	88	
	Total	121	55	176	

* Associação significativa ($p < 0,05$)
 Teste exato de Fisher

Em relação à variável, tempo de administração da alimentação, na análise comparativa da melhor técnica para alimentar a criança pós-palatoplastia, conforme se observa no Gráfico 1, não houve diferença significativa. Os traços horizontais representam o valor mediano do escore (Me); o 1º e o 3º quartis (Q1 e Q3), e os valores máximo (max) e mínimo (min). Essa observação confirma-se na Tabela 12, que embora apresente diferença entre o tempo mínimo relacionado à alimentação utilizando copo e colher, não se observa diferença representativa em relação à mediana.

Gráfico 1 - Boxplot para comparação do tempo utilizado durante a alimentação da criança pós-palatoplastia, com as técnicas utilizando copo e colher.

Tabela 12 - Distribuição do tempo utilizado (minutos), para administração da alimentação à criança em pós-operatório imediato de palatoplastia, pelas técnicas utilizando copo e colher.

	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
Copo	20,113	5,672	20,000	5,000	35,000	0,570
Colher	20,682	5,262	20,000	10,000	35,000	

Teste de Mann-Whitney.

Associação significativa ($p < 0,05$)

Em relação à variável volume administrado, na análise comparativa da melhor técnica para alimentar a criança pós-palatoplastia, houve diferença significativa, conforme se observa no Gráfico 2. Essa observação confirma-se na Tabela 13, que apresenta diferença significativa da técnica que utiliza a colher em relação à que utiliza o copo ($p=0.029$).

Gráfico 2 - Boxplot para comparação dos volumes aceitos durante a administração da alimentação da criança pós-palatoplastia, com as técnicas que utilizam o copo e a colher.

Tabela 13 - Distribuição do volume administrado (mililitros) na alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia, com as técnicas que utilizam o copo e a colher.

	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
Copo	144,773	60,420	140,000	50,000	400,000	0,029*
Colher	161,705	51,354	150,000	80,000	300,000	

* Diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$)
Teste de Mann-Whitney.

Ainda, com a intenção de verificar comparativamente a melhor técnica para alimentar a criança pós-palatoplastia, buscou-se associar a aceitação da alimentação com as técnicas utilizando o copo e a colher, às variáveis relacionadas ao procedimento cirúrgico: localização anatômica (palatoplastia anterior, total e posterior), presença ou não de micro-cirurgia otológica associada, presença de incisão liberadora uni ou bilateral e presença de tampão (Tabelas 14, 15, 16 e 17).

Das avaliações acima, identificou-se diferença estatisticamente significativa na associação da técnica de administração da alimentação utilizando copo, e episódios de tosse observados durante a oferta ($p=0.026$), somente nos pacientes submetidos à palatoplastia total, conforme evidenciado na Tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição das avaliações das técnicas utilizando copo e colher, relacionadas à localização anatômica do procedimento cirúrgico e as variáveis: dificuldade de posicionamento do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida.

Localização anatômica do procedimento cirúrgico		AAC apresenta dificuldade de posicionar-se conforme preconizado			Dificuldade em posicionar a criança conforme técnica preconizada			Episódio de tosse durante a oferta de alimentação			Episódio de engasgo durante a oferta de alimentação			Escape de alimento pela comissura			AAC demonstra segurança			AAC refere segurança		
		Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p
Palatoplastia anterior	Copo	3	9	1,000	3	9	1,000	0	12	1,000	1	11	1,000	9	3	1,000	9	3	1,000	9	3	1,000
	Colher	2	10		2	10		0	12		0	12		9	3		8	4		8	4	
Palatoplastia posterior	Copo	14	16	1,000	13	17	0,796	1	29	1,000	0	30	1,000	18	12	1,000	20	10	0,382	20	10	0,568
	Colher	13	17		15	15		0	30		1	29		18	12		24	6		23	7	
Palatoplastia total	Copo	15	31	0,821	13	33	1,000	6	40	0,026*	4	42	0,117	35	11	1,000	32	14	1,000	30	16	0,829
	Colher	13	33		14	32		0	46		0	46		25	21		31	15		28	18	

Teste exato de Fisher.

* Associação significativa (p<0,05)

Tabela 15 - Distribuição das avaliações das técnicas utilizando copo e colher, relacionadas à palatoplastia com e sem micro-cirurgia otológica associada, e as variáveis: dificuldade de posicionamento do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida.

Cirurgia micro-otológica associada		AAC apresenta dificuldade de posicionar-se conforme preconizado			Dificuldade em posicionar a criança conforme técnica preconizada			Episódio de tosse durante a oferta de alimentação			Episódio de engasgo durante a oferta de alimentação			Escape de alimento pela comissura			AAC demonstra segurança			AAC refere segurança		
		Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p
Não	Copo	20	44	1,000	20	44	1,000	3	61	0,244	2	62	1,000	46	18	0,144	44	20	0,697	44	20	1,000
	Colher	19	45		19	45		0	64		1	63		34	30		47	17		45	19	
Sim	Copo	8	16	0,752	8	16	0,752	3	21	0,234	3	21	0,234	17	7	1,000	18	6	0,752	16	8	1,000
	Colher	6	18		6	18		0	24		0	24		16	8		16	8		15	9	

Teste exato de Fisher

Associação significativa (p<0,05)

Tabela 16 - Distribuição das avaliações das técnicas utilizando o copo e colher, relacionadas à palatoplastia com e sem presença de incisão liberadora, uni ou bilateral, e as variáveis: dificuldade de posicionamento do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida.

Palatoplastia com presença de incisão liberadora		AAC apresenta dificuldade de posicionar-se conforme preconizado			Dificuldade em posicionar a criança conforme técnica preconizada			Episódio de tosse durante a oferta de alimentação			Episódio de engasgo durante a oferta de alimentação			Escape de alimento pela comissura			AAC demonstra segurança			AAC refere segurança		
		Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p
Não	Copo	8	22	0,761	8	22	0,761	8	22	0,761	1	29	1,000	22	8	0,110	22	8		23	7	0,748
	Colher	6	24		6	24		6	24		0	30		15	15		25	5		25	5	
Sim – unilateral	Copo	4	8	1,000	4	8	1,000	4	8	1,000	3	9	1,000	10	2	0,640	7	5	1,000	6	6	1,000
	Colher	5	7		5	7		5	7		4	8		8	4		7	5		7	5	
Sim – bilateral	Copo	16	30	1,000	16	30	1,000	16	30	1,000	2	44	1,000	30	16	1,000	32	14	1,000	31	15	1,000
	Colher	16	30		16	30		16	30		2	44		30	16		32	14		30	16	

Teste exato de Fisher.

ns - associação não significativa

Tabela 17 - Distribuição das avaliações das técnicas utilizando o copo e colher, relacionadas à palatoplastia com e sem presença de tampão, e as variáveis: dificuldade de posicionamento do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida.

Incisão liberadora com presença de tampão		AAC apresenta dificuldade de posicionar-se conforme preconizado			Dificuldade em posicionar a criança conforme técnica preconizada			Episódio de tosse durante a oferta de alimentação			Episódio de engasgo durante a oferta de alimentação			Escape de alimento pela comissura			AAC demonstra segurança			AAC refere segurança		
		Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p
Não	Copo	20	24	1,000	20	24	1,000	4	42	0,117	4	42	0,361	31	15	1,000	32	14	1,000	32	14	0,660
	Colher	20	24		20	24		0	46		1	45		30	16		31	15		29	17	
Sim	Copo	4	8	0,680	4	8	0,680	1	11	1,000	1	11	1,000	10	2	0,371	6	6	1,000	5	7	1,000
	Colher	6	6		6	6		0	12		0	12		7	5		7	5		6	6	

Teste exato de Fisher

Associação significativa (p<0,05)

Para a identificação da competência do AAC para o autocuidado terapêutico relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, utilizou-se um instrumento quantitativo que resulta em 3 níveis distintos, classificando-os em: inabilitado (nível I, até 9 pontos), parcialmente capacitado (nível II, de 9,5 a 22 pontos, necessitando ainda de treinamento) e capacitado (nível III, de 22,5 a 33 pontos).

Observou-se que nenhum dos AAC foi classificado em nível I, ou seja, inabilitado para o autocuidado. 13,63% (n=6) dos AAC foram classificados em nível II, ou seja, parcialmente capacitado ou necessitando ainda de treinamento, e por fim, 86.37% (n=38) foram considerados habilitados.

Associando-se o nível relacionado à capacitação do AAC para o autocuidado terapêutico ao desempenho da técnica de administração da alimentação por copo e colher (dificuldade de posicionamento do AAC e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida), não se observou diferença significativa, demonstrando que a técnica de administração da alimentação não influenciou na capacitação para o autocuidado (Tabelas 18, 19, 20).

Associou-se ainda, o nível de competência do AAC para o autocuidado terapêutico aos fatores condicionantes básicos: idade, escolaridade, classificação sócio-econômica, número de filhos, estado civil e grau familiar, visando identificar sua significância relacionada ao desempenho com técnica de administração da alimentação pós-palatoplastia. Observou-se que nenhuma das variáveis apresentou significância estatística (Tabela 21).

Tabela 18 - Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o nível de capacitação para o autocuidado terapêutico (nível I - inabilitado, II - parcialmente capacitado, III - capacitado) relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, associado ao desempenho nas técnicas de administração da alimentação utilizando copo e colher, abordando as variáveis: dificuldade de posicionamento do agente de autocuidado (AAC) e da criança, episódio de tosse e engasgo, escape de alimento, segurança demonstrada e referida.

	AAC apresenta dificuldade de posicionar-se conforme preconizado			Dificuldade em posicionar a criança conforme técnica preconizada			Episódio de tosse durante a oferta de alimentação			Episódio de engasgo durante a oferta de alimentação			Escape de alimento pela comissura			AAC demonstra segurança			AAC refere segurança		
	II	III	p	II	III	p	II	III	p	II	III	P	II	III	p	II	III	p	II	III	p
Copo	2	26	0.422	2	26	0.670	-	4	1.000	-	5	1.000	8	59	0.344	10	52	0.807	10	51	1.000
Colher	4	23		4	24		-	-		-	1		3	49		9	55		9	51	

Teste exato de Fisher

Associação significativa (p<0,05)

Tabela 19 - Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o nível de capacitação para o autocuidado terapêutico (nível I - inabilitado, II - parcialmente capacitado, III - capacitado) relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, associado ao desempenho nas técnicas de administração da alimentação utilizando copo e colher, relacionada à variável tempo (minutos) de administração.

	II	III	p
Copo	20,00	20,13	0,92
Colher	20,42	20,72	0,56

Teste de Mann-Whitney

Associação significativa (p<0,05)

Tabela 20 - Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo o nível de capacitação para o autocuidado terapêutico (nível I - inabilitado, II - parcialmente capacitado, III - capacitado) relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, associado ao desempenho nas técnicas de administração da alimentação utilizando copo e colher, relacionada à variável volume (mililitros).

	II	III	p
Copo	156,70	142,90	1,00
Colher	178,30	159,10	0,44

Teste de Mann-Whitney

Associação significativa (p<0,05)

Tabela 21 - Distribuição dos agentes de autocuidado (AAC) segundo os níveis classificatórios da capacidade de autocuidado (nível I - inabilitado, II - parcialmente capacitado, III - capacitado) relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, e os fatores condicionantes básicos para o autocuidado: idade, escolaridade, classificação sócio-econômica, estado civil, número de filhos e grau familiar.

Variável	Escala para identificação da competência do AAC relacionado a alimentação			Total	p
	Nível I	Nível II	Nível III		
Idade					1,000
Até 21 anos	-	1	7	8	
Mais de 21 anos	-	5	31	36	
Escolaridade					0,611
1º grau incompleto	-	2	4	6	
1º grau completo	-	-	3	3	
2º grau incompleto	-	2	10	12	
2º grau completo	-	2	17	19	
3º grau incompleto	-	-	1	1	
3º grau completo	-		3	3	
Classificação sócio-econômica					0,739
Baixa inferior	-	3	12	15	
Baixa superior	-	3	24	27	
Média inferior	-	-	1	1	
Média superior	-	-	1	1	
Número de filhos					1,000
1	-	3	22	25	
2	-	2	10	12	
3 ou mais	-	1	6	7	
Estado civil					
União estável	-	5	25	30	1,000
Solteiro	-	2	10	12	
Viúvo	-	-	1	1	
Divorciado	-	-	1	1	
Grau familiar					0,177
Mãe	-	5	35	40	
Pai	-	1	-	1	
Avó	-	-	3	3	

Teste exato de Fisher
Associação significativa ($p < 0,05$)

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A alimentação da criança com fissura labiopalatina constitui a principal preocupação dos pais e/ou cuidadores, estabelecendo-se no momento do diagnóstico, seja ele, no período gestacional ou após o nascimento (Araruna e Vendruscolo 2000, Marques, Thomé e Peres 2007, Silva, Rocha e Lage 2009). Essa preocupação aparenta amenizar-se após o nascimento, porém, com a realização da palatoplastia é resgatada, principalmente devido à localização anatômica (cavidade oral), além de a criança ter estabelecido rotinas e preferências alimentares.

Para Bannister (2005), o ensino efetivo e bem-sucedido relacionado à alimentação, constitui o maior desafio para os profissionais. Nesse contexto, percebem-se nitidamente os referenciais teóricos que embasam o Serviço de Enfermagem do HRAC-USP e norteiam a atuação dos enfermeiros. São eles: o das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta (1979), e o do Autocuidado de Dorethea Orem (2001). Ambos se complementam e interagem, resultando em uma assistência com qualidade, que objetiva a manutenção das funções vitais, além do preparo do AAC para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Optamos em dividir a descrição da discussão em quatro categorias, sendo respectivamente: caracterização das crianças; utensílios utilizados para administrar a alimentação; resposta das crianças, relacionada às técnicas de alimentação utilizando copo e colher; e fatores relacionados aos agentes de autocuidado.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS

Em relação à caracterização das crianças submetidas à palatoplastia quanto ao sexo, evidenciou-se equidade. Esse resultado explica-se pelos critérios de inclusão estabelecidos para a realização do presente estudo, onde foram abordadas apenas crianças com fissura trans e pós-forame incisivo; visto que os estudos de Collares et al (1995) e Baroneza et al (2005), Cymrot et al (2010), apontaram predomínio do sexo feminino nos casos de fissura palatina isolada, e os de Milerad et al (1997), Chungsuwanich et al (1998), Graziosi, Salgado e Castilho (2000), Freitas et al (2004), Miranda et al (2004), Baronesa et al (2005), Freitas e Silva et al (2008), Cymrot et al (2010), afirmam que a incidência de fissura labiopalatina, com ou sem envolvimento do palato, é maior no sexo masculino.

Quanto à faixa etária, observou-se o preconizado no protocolo do HRAC-USP no período de realização da pesquisa, ou seja; que a palatoplastia fosse realizada com idade de 12 meses, refletindo o cumprimento dessa recomendação. Ressaltamos que, durante a realização do presente trabalho, o HRAC-USP ainda não utilizava o protocolo de Oslo, portanto, todas as crianças estavam inclusas na faixa etária maior ou igual a 12 meses. É consenso na literatura, que a palatoplastia, realizada em tempo oportuno, contribui em diferentes aspectos para o sucesso no processo reabilitador da criança com fissura labiopalatina (La Rossa 2000, Universidade de São Paulo 2001, Ribeiro e Moreira 2005, Bertier, Trindade e Silva Filho 2007, Oliveira 2009, Palandi e Guedes 2011). Alonso et al (2010) observaram benefícios em relação à implementação de protocolos multiprofissionais, no atendimento de pacientes fissurados.

Em relação à classificação da fissura que tem o forame incisivo como referência, prevaleceu o grupo das trans-forame, resultado similar aos estudos de

Chungsuwanich et al (1998), Furlaneto e Pretto (2000), Grazioli, Salgado e Castilho (2000), Freitas et al (2004), Baronesa et al (2005), Freitas e Silva et al (2008), Aquino et al (2011). No HRAC-USP, nas crianças do grupo de fissuras classificadas como trans-forame incisivo, as cirurgias primárias são realizadas em dois tempos, ou seja, aos 3 meses de idade realiza-se a queiloplastia, e, aos 12 meses a palatoplastia (Bertier, Trindade e Silva Filho 2007). Recentemente inclui-se a recomendação do protocolo cirúrgico de Oslo, onde as cirurgias de queiloplastia e palatoplastia anterior, no grupo das fissuras trans-forame incisivo unilaterais, são realizadas em associação aos 3 meses de idade, sendo o palato posterior, abordado a partir dos 12 meses de idade (Fudalej et al 2009).

6.2 UTENSÍLIOS UTILIZADOS PARA ADMINISTRAR A ALIMENTAÇÃO

A palatoplastia é apontada como o procedimento cirúrgico que acarreta maior perda ponderal (Wellman e Coughlin 1991, Lee, Nunn e Wright 1997, Altmann et al 1997, Ribeiro e Moreira 2005). Esse aspecto, por si só, justificaria a realização do presente estudo, ao definir a melhor técnica para administrar a alimentação pós-palatoplastia, tendo em vista sua relação direta à aceitação alimentar.

Martin (2005) reconhece entre as cirurgias primárias, a palatoplastia como sendo a mais invasiva, associando a dificuldade das crianças em aceitar de maneira satisfatória a alimentação. Afirma ainda, que o ato de alimentar a criança no pós-operatório torna-se uma tarefa difícil, não devendo inicialmente ser delegada ao AAC, visto que, com frequência, se encontram abalados emocionalmente.

A idade preconizada para a realização da palatoplastia no HRAC-USP corrobora com o período fisiologicamente propício para a utilização dos utensílios,

como copo e colher, pois, de acordo com Altmann et al (1997), Marujo (1998), Alves, de Araujo e Guedes (2005), Kasten et al (2008), Silva, Rocha e Lage (2009), a utilização da colher e do copo para administrar a alimentação à criança é recomendada a partir dos seis meses de idade, período onde as habilidades orais encontram-se fisiologicamente maturadas, favorecendo a utilização desses utensílios.

Constatou-se de forma expressiva, a utilização da mamadeira como utensílio para administrar a alimentação à criança anteriormente à cirurgia. Esse resultado é compreensível, visto que, a maioria das crianças com fissura são alimentadas utilizando-se a mamadeira (Altmann et al 1997, Bannister 2005, Kasten et al 2008, Silva, Rocha e Lage 2009).

Embora a alimentação após a queiloplastia, utilizando-se a mamadeira seja aceita, o seu uso após a palatoplastia é contraditório (Cohen, Marschall e Schafer 1992, Kim, Lee e Chae 2009). O protocolo cirúrgico do HRAC-USP contra-indica a utilização da mesma no pós-operatório. Evidencia-se em nosso serviço que a criança habituada ao copo ou a colher anteriormente à cirurgia, aceita melhor a alimentação no pós-operatório. Sabe-se que a adequada aceitação alimentar interfere diretamente na hidratação e nutrição da criança, e consequentemente na recuperação pós-operatória, resultando em menor prejuízo ponderal, menor risco de complicações, além de minimizar o estresse à criança e ao AAC. Barzilai et al (1992), Altmann et al (1997), Watson (2005), Amstalden-Mendes, Magna e Lopes (2007), Kasten et al (2008), defendem o ato de descontinuar a utilização da mamadeira anteriormente à cirurgia. Diante desse resultado, sugerimos uma abordagem interdisciplinar sistematizada em nível ambulatorial, relacionada à

orientação dos AAC e da família quanto à retirada da mamadeira anteriormente à cirurgia de palatoplastia.

Em contrapartida, Longo, Peres e Assunção (2005), buscando avaliar o estado nutricional de crianças submetidas à palatoplastia, alimentadas com a mamadeira e a colher, concluiu que as alimentadas precocemente com a mamadeira, tiveram maior ganho ponderal, porém, esse estudo abordou apenas pacientes submetidos à palatoplastia posterior.

Kim, Lee e Chae (2009) em estudo prospectivo randomizado com 82 crianças, visando avaliar o efeito da alimentação por mamadeira e colher, copo ou seringa, no POI de palatoplastia, relacionando à ocorrência de complicações cirúrgicas (fístula buco-nasal e deiscência cirúrgica), utilização de sedativos, ingestão oral nos 6 primeiros dias, e ganho relativo de peso no 1º e 2º mês, concluíram que a alimentação por mamadeira não apresentou efeitos adversos. Ressaltam, porém, que durante os 3 primeiros dias, o grupo alimentado por colher, copo e seringa, ingeriu maior volume e utilizaram sedativos em menor quantidade. Associam a presença da dor como fator limitante, para que as crianças sugassem vigorosamente a mamadeira, relacionando essa variável a não formação de fístulas buco-nasais e deiscência cirúrgica. Embora no 6º dia pós-palatoplastia, o volume da dieta aceito tenha sido significativamente maior, evidenciou-se os benefícios da utilização do copo, colher e seringa, no POI.

Cohen, Marschall e Schafer (1992) realizaram um estudo com 80 crianças randomizadas, para receberem alimentação por sonda ou seringa, ou, diretamente ao seio ou com mamadeira, no período pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia, e concluíram não ocorrer diferenças significantes do ponto de vista

nutricional, imunológico e psicológico. Esse estudo não comparou a oferta da alimentação com a técnica que utiliza o copo e a colher.

A utilização da sonda para alimentar a criança é desnecessária e abolida em nosso serviço, já que os reflexos neurológicos da criança estão presentes, salvo nos casos que apresentam associação a síndromes, e ou disfagia. Pachi (1997), Teixeira Neto (2003), Amstalden-Mendes, Magna, Gil-da-Silva-Lopes (2007), Kasten et al (2008), Smedegaard et al (2008) são enfáticos ao afirmarem que a sonda é indicada em casos raros e específicos. Kim, Lee e Chae (2009), afirmam que a utilização de métodos não convencionais de alimentação, incluindo o uso de sondas, resulta em estresse e irritação, tanto para criança como para o AAC.

Convém salientar, que os episódios de vômitos, frequentemente observados no POI, são ocasionados pela deglutição de sangue e pela própria condição de pós-procedimento anestésico-cirúrgico, porém, essa condição é transitória e de curta duração, não impedindo que se inicie a alimentação por via oral.

A utilização da seringa para alimentar a criança é contra-indicada em nosso serviço, visto a dificuldade de manipulação, possibilidade de provocar trauma na incisão cirúrgica e aumento de custos. Altmann et al (1997) relatam que a utilização de utensílios como seringas, sondas e conta-gotas, para alimentar a criança com fissura, está em desuso; associando o uso dessas práticas à desinformação.

Quanto ao aleitamento materno, deve ser sempre estimulado, porém, a maioria dos cirurgiões contra-indica essa prática no POI de palatoplastia. A utilização da mamadeira e alimentação direta ao seio, segundo o protocolo do HRAC-USP, torna-se proibida, salvo se houver alguma orientação específica do cirurgião. Essa recomendação visa evitar possíveis traumas na incisão cirúrgica vinculada à sucção, podendo também, interferir no processo de cicatrização. Ribeiro e Moreira (2005),

Kasten et al (2008), enfatizam essa relação. Nesse contexto, a utilização do copo e da colher representa alternativas para a administração da alimentação, enfatizando sua importância durante o pós-operatório de palatoplastia. Lang, Lawrence e Orme (1994), Melo (2005) e Martin (2005), confirmam essa orientação, ao referir que a técnica da administração da alimentação que utiliza copo e colher confere alternativa, quando contra-indicado o uso de outros utensílios, afirmando ainda, que se tratam de métodos simples, práticos, de baixo custo e com menor risco de contaminação.

Altmann (1997), Mendes e Lopes (2006), ressaltam quanto à retirada da mamadeira em tempo oportuno, visando minimizar problemas dentários, fonoarticulatórios e musculares. Relacionando a utilização da mamadeira e problemas dentários, Gomide e Costa (2007) enfatizam a importância da saúde bucal para o adequado processo de reabilitação dos pacientes com fissura labiopalatina, sendo considerada como pré-requisito para a realização das cirurgias reparadoras. Bokhout et al (1997), Neves (2002), Gomide e Costa (2007), associam os fatores inerentes à presença da malformação, e os emocionais, que envolvem a família do paciente, a maior prevalência de cárie nessa população, utilizando como mecanismos compensatórios, por exemplo, a oferta frequente de guloseimas. Reforçamos os benefícios da manutenção da descontinuidade da utilização da mamadeira, após a cirurgia de palatoplastia, vinculando essa recomendação com a saúde bucal das crianças, lembrando que a palatoplastia representa apenas o início do processo reabilitador, e que outras cirurgias serão necessárias; observando como um dos pré-requisitos, a adequada saúde bucal.

6.3 RESPOSTAS DAS CRIANÇAS, RELACIONADAS ÀS TÉCNICAS DE ALIMENTAÇÃO UTILIZANDO COPO E COLHER

Para definir a melhor técnica relacionada à administração da alimentação pós-palatoplastia, utilizando copo e colher, em relação à criança, observou-se o critério do maior volume aceito, no menor tempo, com menor escape do alimento via comissura labial, com menos episódios de tosse, e ou engasgo.

Evidenciou-se o escape de alimento pela comissura labial menos frequente, e o volume aceito em maior quantidade, com a técnica que utiliza a colher. Associamos esses achados à dificuldade em controlar o volume administrado com a técnica que utiliza o copo, pois, embora nas duas técnicas o AAC “despeje” o volume na cavidade oral, ao se utilizar a colher, o volume é fracionado em pequenas quantidades, (aproximadamente 7,5 ml), facilitando a propulsão do alimento, diminuindo assim as perdas.

Quanto à associação da aceitação da alimentação com as técnicas utilizando o copo e colher, às variáveis relacionadas ao procedimento cirúrgico: localização anatômica (palato anterior, total e posterior), presença ou não de micro-cirurgia otológica associada, presença de incisão liberadora uni ou bilateral e presença de tampão; identificou-se que, nas crianças submetidas à palatoplastia total, os episódios de tosse foram menos frequentes durante a oferta da alimentação utilizando a colher. A palatoplastia total representa o procedimento cirúrgico com maior manipulação, e conseqüentemente, mais doloroso. Evidencia-se que a dor limita a aceitação alimentar, pois a criança embora com fome, reluta em deglutir a dieta de maneira eficaz, resultando em acúmulo do alimento na orofaringe, predispondo o reflexo de tosse. O choro, comum nesse tipo de cirurgia, também pode estar relacionado, visto que, dificulta a coordenação entre a deglutição e a respiração, podendo favorecer o reflexo da tosse.

Associa-se ainda, o procedimento de entubação orotraqueal; que contribui para potencializar a dor além da ocorrência de laringite pós-extubação, onde a criança habitualmente tosse. De acordo com Liofego (2002), a criança submetida à entubação orotraqueal apresenta dificuldade de deglutição. Outro aspecto que pode explicar a prevalência da tosse nesse grupo está relacionado ao fluxo, que é maior com a utilização do copo, permitindo sugerir que essa variável aumenta a possibilidade de engasgo e tosse, por interferirem negativamente na propulsão do alimento.

Morris e Klein (1987), Stevenson e Allaire (1991), Hernandez (2003), Teles e Macedo (2008), relacionando o desenvolvimento motor e a utilização do copo na oferta da alimentação para crianças normais na faixa etária dos 12 meses, associam a presença do padrão de sucção, engasgos, abertura exagerada da boca, mordida na borda do copo entre outros, à imaturidade mandibular; mesmo com habilidade motora em sustentar da cabeça, representando também uma possibilidade de explicação para os episódios de tosse mais frequentes com a técnica de alimentação que utiliza o copo, evidenciado nesse estudo.

Entre os benefícios da administração da alimentação utilizando a colher, Altmann et al (1997), Silva, Rocha e Lage (2009), apontam a maior estimulação oral em relação ao copo, além de favorecer a contração muscular e estimular as terminações nervosas.

Durante a realização do presente estudo, constatou-se que a administração da alimentação em pós-operatório de palatoplastia com a técnica que utiliza a colher, foi superior a que utiliza o copo, pois resultou em maior volume aceito, com menor escape do alimento via comissura labial, com menos episódios de tosse, e ou engasgo, contribuindo de maneira significativa na recuperação pós-operatória, além de minimizar o estresse e proporcionar segurança à criança e ao AAC.

6.4 FATORES RELACIONADOS AOS AGENTES DE AUTOCUIDADO

Os AAC em sua maioria foram classificados como habilitados para o autocuidado terapêutico. Associamos esse resultado à permanência junto à criança, por tempo integral durante a internação, possibilitando ao enfermeiro a implementação do sistema apoio-educativo proposto por Orem (2001). Por meio desse sistema torna-se possível o ensino do autocuidado, bem como a avaliação do aprendizado; onde a enfermagem divide as ações do cuidar com os AAC, condizendo com o proposto por Cypriano e Fisberg (1990), Collet e Rocha (2004), Mondini (2001, 2008), Manzini e Simonetti (2009), Quirino, Collet e Neves (2010), Gomes, Caetano e Jorge (2010), Souza e Oliveira (2010).

Evidenciou-se no presente estudo, a importância da interação entre o enfermeiro e os AAC, bem como a permanência dos AAC durante o período de internação para avaliação do processo de ensino-aprendizagem; fato esse que explica a aquisição da competência do AAC para o autocuidado terapêutico, explicitado nesse estudo, em período de tempo relativamente curto (24 horas). Para Elsen e Patrício (2005), a assistência de enfermagem não deve estar centrada apenas na criança hospitalizada e em suas particularidades, mas deve envolver a família. Ribeiro e Angelo (2005), afirmam que, diante da hospitalização, a enfermagem passa a exercer função facilitadora, deixando de executar apenas cuidados técnicos.

A palatoplastia representa uma nova condição de cuidado à família, principalmente no que se relaciona à alimentação. Bannister (2005), afirma que o principal desafio dos profissionais, reside no ensino efetivo relacionado à alimentação. Nesse contexto, Orem (2001), enfatiza a necessidade de aprendizado do AAC para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio. Afirmar ainda, que os

AAC buscam a capacitação para realizar ações, reconhecer e desenvolver a demanda terapêutica de autocuidado, se tornando capazes de desenvolver habilidades frente às necessidades impostas.

No HRAC-USP, o preparo e as orientações sobre o pós-operatório se iniciam anteriormente a cirurgia, sendo esse período conhecido como rotina de internação. Ainda, no pré-operatório acontece a consulta de enfermagem, onde, após se constatar o estado de saúde favorável à realização da cirurgia, os AAC são orientados sobre os cuidados pós-operatórios. Bons resultados têm sido observados com essa prática. Altmann et al (1997), Martin (2005), Silva, Rocha e Lage (2009), relatam que as informações sobre os cuidados de pós-operatório devem ser iniciadas anteriormente ao procedimento cirúrgico, favorecendo o aprendizado sobre os cuidados necessários.

Os fatores condicionantes básicos abordados no presente estudo (idade, escolaridade, nível sócio-econômico, estado civil e número de filhos) demonstraram não interferir com significância na obtenção da capacitação do AAC, relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia.

Quanto à faixa etária dos AAC, foi predominante acima de 21 anos, portando jovens, que geralmente apresentam maior disposição e facilidade para o aprendizado. Esse achado está em conformidade com os estudos de Furlaneto e Pretto (2000), Graziosi, Salgado e Castilho (2000) e Mondini (2008).

Em relação à escolaridade, predominou a conclusão do ensino médio; achado importante, uma vez que a realização da palatoplastia denota aos AAC a necessidade de adquirir os conhecimentos relativos à nova situação. Soares e Zambulan (2001) relacionam a capacidade de aprendizado ao nível escolar. Orem

(2001), enfatiza a necessidade de aprendizado do AAC, para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.

Em se tratando de classificação sócio-econômica, evidenciou-se a baixa superior; resultado significativo, considerando a influência que a pobreza pode exercer nas atividades de autocuidado, além da influência relacionada ao preparo e qualidade dos alimentos que deverão ser ofertados à criança no domicílio. Segundo Mondini (2008), o enfermeiro deve elaborar junto da família um planejamento dos cuidados no domicílio, identificando a necessidade de suporte da comunidade para garantir a continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar. Embora se perceba nacionalmente uma melhoria da qualidade de vida, essa não modificou o perfil sócio-econômico dos pacientes atendidos no HRAC-USP, pois, Mondini (2001), Montagnoli et al (2005) e Mondini (2008), em estudos realizados no HRAC-USP em diferentes momentos, evidenciaram resultados similares. Freitas et al (2004), Souza-Freitas et al (2004), Baroneza et al (2005), Cerqueira et al (2005) e Freitas e Silva et al (2008), observaram resultados similares, ao concluírem que a maioria dos pacientes com fissura labiopalatina abordados em seus estudos, pertenciam ao nível sócio-econômico baixo. Esse achado permite sugerir a prevalência de fissuras labiopalatinas em classes sociais menos favorecidas, talvez pela deficiência de ácido fólico, resultante da alimentação de pouca qualidade, ou ainda, ausência de suplementação durante a gestação.

A maioria dos AAC possuía apenas um filho. Quanto maior o número de filhos, maior a dificuldade dos AAC em prestarem os cuidados, principalmente as submetidas à palatoplastia, visto que requerem maior atenção e cuidados frequentes. Madeira (1994) encontrou resultado similar em seu estudo, ao constatar que a maioria dos participantes, possuía apenas um filho.

Quanto ao estado civil, predominou a união estável. No HRAC-USP, evidenciamos com frequência que os AAC, cujas famílias são estruturadas, apresentam facilidade em desempenhar suas ações de cuidar. Graciano, Tavano e Bachega (2007), enfatizam a importância da inserção da família no processo reabilitador da criança fissurada.

A maioria dos AAC constava da mãe. Evidenciamos que a presença materna fortalece o vínculo mãe-filho, além de contribuir para melhoria da resposta ao tratamento, minimizar o estresse imposto a criança pelo processo de hospitalização, e prevenir potenciais complicações. Souza e Oliveira (2010) constataram em seu estudo, que a maioria dos cuidadores era constituída pelas mães. Dias e Motta (2004), Quirino, Collet e Neves (2010), defendem a presença materna durante a hospitalização, pois além de contribuir na recuperação da criança, passam a ser colaboradoras, somando esforços para um cuidado holístico e humanizado. Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), Quirino, Collet e Neves (2010), afirmam que a hospitalização representa para a criança uma experiência bastante difícil, acompanhada de sentimentos como ansiedade e medo, estando seu apoio vinculado com a presença dos pais.

De acordo com Peniche e Chaves (2000), a intervenção cirúrgica consta de um evento imposto pela vida, exigindo enfrentamento em resposta ao estresse vivenciado. Esse sentimento é evidenciado constantemente na prática clínica, exigindo da equipe, em especial do enfermeiro, conhecimentos e estratégias para minimizar essa problemática, utilizando-se principalmente do processo ensino-aprendizagem.

Nossa experiência no HRAC-USP tem demonstrado que o pós-operatório de palatoplastia implica em momento de estresse elevado, tanto à criança como para o

AAC, repercutindo em sobrecarga emocional. Pois, além da mudança de ambiente e contato direto com pessoas de hábitos e culturas diferentes, as crianças habitualmente apresentam choro, dor, sangramento, episódios de vômito frequentes, dificuldade de aceitação alimentar, entre outros, requerendo atenção redobrada.

Siqueira, Sigaud e Rezende (2002), Montefusco, Bachion e Nakatani (2008), alertam sobre a identificação de sinais sugestivos de sobrecarga emocional impostas aos cuidadores (AAC), estando essa relacionada ao insucesso na observação dos cuidados, problemática que deve ser identificada e trabalhada pelo enfermeiro e sua equipe. No HRAC-USP, bons resultados têm sido observados em relação ao enfrentamento do estresse durante a internação, com realização de atividades recreativas e expressivas, melhorando inclusive o sentimento de segurança (Moraes, Buffa e Motti 2009). Salientamos que nas crianças, cujos AAC referiam e demonstravam segurança, observou-se melhora na aceitação alimentar, associando com menor agitação e melhora no posicionamento, reforçando a importância do equilíbrio emocional. Nesse contexto, reforçamos a importância da criação e implementação de estratégias que minimizem essa problemática, reafirmando que o foco da assistência de enfermagem não é somente a criança em suas particularidades, mas também os AAC e a família, num mesmo contexto.

O referencial teórico de Orem (2001) mostrou-se eficiente na abordagem assistencial, norteando o enfermeiro e sua equipe para o alcance de melhorias no processo de cuidar, com visão holística e humanizada. A capacitação do AAC para o autocuidado terapêutico, relacionado à alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia, bem como os fatores condicionantes básicos abordados no presente estudo, demonstrou não interferir na técnica de administração da alimentação que utiliza copo e colher.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Com a realização do presente estudo conclui-se que:

- O escape de alimento pela comissura labial foi menos frequente com a técnica que utiliza a colher;
- O volume aceito em maior quantidade ocorreu com a técnica que utiliza a colher;
- As crianças submetidas à palatoplastia total apresentaram episódios de tosse menos frequentes durante a oferta da alimentação utilizando a colher;
- Os fatores condicionantes básicos abordados no presente estudo (idade, escolaridade, nível sócio-econômico, estado civil e número de filhos) demonstraram não interferir na obtenção da capacitação necessária para o autocuidado terapêutico;
- Quanto aos AAC, a maioria foi classificada como habilitados para o autocuidado terapêutico, independente da técnica utilizada para a oferta da alimentação, copo ou colher;
- Os resultados traduzem que, a técnica de administração da alimentação pós-palatoplastia que utiliza a colher, é melhor do que a técnica que utiliza o copo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não encontramos na literatura estudos que discutam sobre a utilização da colher e do copo, para administrar a alimentação à criança no período de pós-operatório imediato de palatoplastia, sendo o presente estudo pioneiro nessa abordagem, concluindo que a colher é o melhor utensílio para alimentar a criança pós-palatoplastia. Portanto, aconselhamos sua utilização nos protocolos de tratamento da criança com fissura labiopalatina.

REFERÊNCIAS

9 REFERÊNCIAS

Abdo RCC, Machado MAAM. Odontopediatria nas fissuras labiopalatinas. São Paulo: Santos; 2005.

Alonso N, Tanikawa DY, Lima Junior JE, Ferreira MC. Avaliação comparativa e evolutiva dos protocolos de atendimento dos pacientes fissurados. *Rev Bras Cir. Plást.* 2010; 25(3):434-8.

Altmann EBC, Vaz ACN, Paula MBSF, Khoury RBF. Tratamento Precoce. In: Altmann E. Fissuras lábiopalatinas. 4ª ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p. 291-324.

Alves CA, De Araújo CV, Guedes ZCF. Habilidade na utilização dos utensílios copo e canudo por lactentes de 6 a 12 meses. *Fono Atual.* 2005; 33(8):4-10.

Alves LMLH, Melo GG, Pereira JRD, Cardoso MSO. Prevalência de cárie em portadores de fissura lábio-palatais atendidos no instituto Materno Infantil de Pernambuco. *Odontologia Clin-Científ.* 2004; 3(1):57-60.

Amstalden-Mendes LG, Magna LA, Gil-da-Silva-Lopes VL. Neonatal care of infants with cleft lip and/or palate: feeding orientation and evolution of weight gain in anonspecialized Brazilian Hospital. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007; 44(3):329-34.

Aquino RR, Osório MM. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2008; 8(1):11-6.

Aquino SN, Paranaíba LMR, Martelli DRB, Swerts MSO, Barros LM, Bonan PRF, Martelli-Junior H. Study of patients with cleft lip and palate with consanguineous parents. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011; 77(1):19-23.

Araruna RC, Vendruscolo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ ou palato – um estudo bibliográfico. *Rev latino-am enfermagem.* 2000; 8(2):99-105.

Bannister P. Conduta na alimentação inicial. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Santos; 2005. p. 137-45.

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.

- Barroso LMM, Brito DMS, Galvão MTG, Lopes MVO. Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(4):562-7.
- Barzilai J, Breen M, Curtin V, Mirrett P, Oddo J, Uhrich KS. Feeding an infant with a cleft. 2th ed. Pittsburgh: Cleft Palate Foundation; 1992. p.1-20.
- Bertier CE, Trindade IEK, Silva Filho OG. Cirurgias primárias de lábio e palato. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Coordenadores. Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p.73-85.
- Bianchi ERF, Carvalho R. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007.
- Biazon J, Peniche ACG. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. *Rev Esc Enferm, USP.* 2008; 42(3):519-25.
- Bokhout B, Hofman FX, Van Limbeek J, Kramer GJ, Prahl Andersen B. Incidence of dental caries in the primary dentition in children with a cleft lip and/or palate. *Caries Res.* 1997; 31:8-12.
- Bradbury E, Bannister P. Aconselhamento pré-natal, peri-natal e pós-natal. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Santos; 2005. p. 117-22.
- Braybrook C, Doudney K, Marcano AC, Arnason A, Bjornsson A, Patton MA et al. The T-box transcription factor gene TBX22 is mutated in X-linked cleft palate and ankyloglossia. *Nat Genet.* 2001; 29(4):179-88.
- Bühler KECB. Introdução da alimentação oral com o uso do copinho em recém-nascidos pré-termo: critérios fonoaudiológicos [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
- Caetano JA, Pagliuca LMF. Self-care and HIV/AIDS patients: nursing care systematization. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006;14(3):336-45.
- Campillay PL, Delgado SE, Brescovici SM. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto alegre. *Rev CEFAC.* 2010; 12(2):257-66.
- Capelozza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras lábio-palatais. In: Petrelli E. Ortodontia para fonoaudiologia. Curitiba: Lovise; 1992. p. 197-239.

Carinci F, Scapoli L, Palmieri A, Zollino I, Pezzeti F. Human genetic factors in nonsyndromic cleft lip and palate: An update. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007; 71(8):1509-19.

Cerqueira MN, Teixeira SC, Naressi SCM, Ferreira APP. Ocorrência de fissura labiopalatal na cidade de São José dos Campos – SP. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):161-6.

Chuangsuwanich A, Aojanpong C, Muangsombut S, Tongpiew P. Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand. *Ann Plast Surg*. 1998; 41(1):7-10.

Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg*. 1992;3:30-2.

Collares MVM, Westphalen ACA, Costa TCD, Goldin JR. Fissuras lábio-palatinas: incidência e prevalência da patologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Um estudo de 10 anos. *Rev AMRIGS*. 1995; 39(3):183-8.

Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(2):191-7.

Collins CT, Ryan P, Crowther CA, Mcphee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomized controlled trial. *Brasil Medic J*. 2004; 329:193-8.

Couto DE, Nemi K. Análise da prática da técnica do copinho em hospitais amigos da criança nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. *Rev CEFAC*. São Paulo, 2005; 7(4):448-59.

Cunha GH, Galvão MTG. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência em assistência ambulatorial. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4):526-32.

Cymrot M, Sales FCD, Teixeira FAA, Teixeira Junior FAA, Teixeira GSB, Cunha Filho JF, Oliveira NH. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissura labiopalatinas atendidas em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Cir Plást*. 2010; 25(4):648-57.

Cypriano MS, Fisberg M. Mãe participante: benefícios e barreiras. *J Pediatr*. 1990; 66(4/5):92-7.

Darzy MA, Chowdri NA, Bhat NA. Breast feeding or spoon feeding after cleft lip repair a prospective, randomized study. *Bras J Plast Surg.* 1996; 49:24-26.

Dias SMZ, Motta MGC. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. *Ciênc Cuid Saúde.* 2004; 3(1):41-54.

Eben JD, Gashti NN, Hayes SE, Marriner-Tomey A, Nation MJ, Nordmeyer SB. Teoría del deficit de autocuidado. In: Marriner-Tomey A. *Modelos teorias en enfermería.* 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1994. p. 63-85.

Edwards W, Watson ACH. *Advances in the management of cleft palate.* Edingurh: Churchill Livingstone; 1980.

Elsen I, Patrício ZM. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: *A enfermagem em pediatria e puericultura.* Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.

Faquinello P, Higarashi IH, Marcon SS. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(4):609-16.

Figueiredo IMB, Bezerra AL, Marques ACL, Rocha IM, Monteiro NR. Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. *RBPS.* 2004;17(3):154-160.

Fraga L. Quando o aleitamento materno não é viável, qual a melhor maneira de se alimentar um bebê hospitalizado? [monografia]. São Paulo: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 1998.

Freitas e Silva DS, Mauro LDL, Oliveira LB, Ardenghi TM e Bönecher M. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. *Porto Alegre: RGO.* 2008; 56(4):387-91.

Freitas JAS, Dalben GS, Santamaria Jr MS, Freitas PZ. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. *Braz Oral Res.* 2004; 18(2):128-33.

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 Craniofacial J.* 2009; 46(6): 648-53.

Furlaneto EC, Pretto SM. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos no Serviço de Defeitos da Face da PUCRS. *Rev Odonto Ciência.* 2000; 15(29):39-56.

Furlow Junior LT. Cleft palate repair by Double opposing z-plasty. *Plast Reconst Surg*. 1986; 724-38.

Gallbach JL. Paciente com fissura labiopalatina: potencial de resolatividade do atendimento na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

Gallo AR, Pimentel SP, Bonet AL, Adán MC. Gestión del cuidado enfermero em La teoria Del déficit de autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería*. 2009; 25(3-4).

Gamburgo LJL, Munhoz SRM, Amstalden LG. Alimentação do recém-nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. *Fono Atual*. 2002; 5(20):39-47.

García AR, Peña BC, Marín E, Felzani R, Morales O. Diagnóstico prenatal de las hendiduras labiopalatinas. *Acta odonto Venez*. 2006; 44(3):399-405.

Godinho RN, Cunha LKO, Sih TM. Crianças com diferenças faciais – problemas de ouvidos e audição: interface otorrinolaringológica. In: Jesus MSV, Di Ninno CQMS. *Fissura labiopalatina: fundamentos para a prática fonoaudiológica*. São Paulo: Roca; 2009. p. 165-78.

Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Compreensão das mães sobre produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):84-90.

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

Gomide MR, Costa B. Cuidados odontopediátricos. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. *Coordenadores. Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p. 199-211.

Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves Filho A. Critérios da avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização – parte II. *Serv Soc Real*. 1996; 5:171-201.

Graciano MIG, Tavano LD'A, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. *Coordenadores. Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p. 311-33.

Graziani M. *Cirurgia bucomaxilofacial*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

Graziozi MAOC, Salgado MAC, Castilho JCM. Investigação epidemiológica em indivíduos portadores de fendas labiais e/ou palatinas. PGR: Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos. 2000; 3(1):81-7.

Gupta A, Khanna K, Chattree S. Cup feeding: alternative to bottle feeding in a neonatal intensive care unit. J Trop Pediatr. 1999; 45(2):108-10.

Hernandez AM. O neonato: In Hernandez AM (Org.). Atuação fonoaudiológica com o sistema estomatognático e a função da alimentação. São José dos campos, São Paulo: Pulso; 2003. p. 47-61.

Hickman JS. Introdução à teoria da enfermagem. In: Georges JB et al. Teorias da enfermagem: os fundamentos da prática Profissional. Tradução: Ana Maria Vasconcelos Thorell. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 2000. p. 11-19.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. 103p.

Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, Deblieck EA, Oakes D, Lawrence RA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on bresastfeeding. Pediatrics J. 2003; 111:511-8.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 4: Auto-avaliação e monitoramento do hospital. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde – Brasília: Editora do ministério da Saúde, 2010. 92p.

Jesus MSV, Penido FA, Valente P. Avaliações fonoaudiológicas clínica e instrumental em indivíduos com fissura labiopalatina. In: Jesus MSV, Di Ninno CQMS. Fissura labiopalatina: fundamentos para a prática fonoaudiológica. São Paulo: Roca; 2009. p. 57-75.

Jones CEMS, Chapman KL, Hardin-Jones MA. Speech development of children with cleft palate before and after palatal surgery. Cleft Palate Craniofac J. 2003; 40(1):19-31.

Jones JE, Nelson CL, Sadove AM, Dean JA. Equipe multidisciplinar para o tratamento da fissura de lábio e palato. In: Mc Donald RE, Avery DR. Odontopediatria. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 540-562.

Kaplan EN. The occult submucous cleft palate. Cleft Palate J. 1975; 12:356-685.

Kasten EF, Schmidt SP, Zickler CF, Berner E, Damian LAK, Chistian GM, Workman H, Freeman M, Farley MD, Hicks TL. Team care of the patient with cleft lip and palate. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2008; 38:138-58.

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):1886-88.

La Rossa D. The state of the art in cleft palate surgery. *Cleft Palate Craniofac J*. 2000; 37:225-8.

Lamounier JA, Bouzada MCF, Janner AMS, Maranhão AGK, De Araujo MFM, Vieira GO, Vieira TO. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(2):161-9.

Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child*. 1994; 71(4):356-9.

Laurence RA. Breast feeding the infant with a problem. in: Filho EMR. Breast feeding a guide for the medical professional. Saint Louis: Mosby; 1980. p. 187-220.

Lee J, Nunn J, Wright C. Height and weight achievement in cleft lip and palate. *Arch Dis Child*. 1997; 76:70-2.

Lessa S, Carreirão S. Tratamento das fissuras lábiopalatinas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.

Lessmann JC, De Conto F, Ramos G, Borenstein MS, Meirelles BHS. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):198-202.

Lima GS, Cavalcante TMC, Isabella APJ, Magalhães AS. Assistência de enfermagem a um paciente infartado portador de HIV, baseada na teoria do autocuidado - relato de caso. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4):452-7.

Lima VP, Melo AM. Uso do copinho no alojamento canguru. *Rev CEFAC*. 2008; 10(1):126-33.

Lin KY, Goldbrg D, Williams C, Borowitz K, Persing J, Edgerton M. Long-term outcome analysis of two treatments methods for cleft palate: combined levator retropositioning and pharyngeal flap versus doubleopposing Z-Plasty. *Cleft Palate Craniofac J*. 1999; 36(1):73-78.

Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35:571-5.

Lofiego JL. Fissura lábio-palatina. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.

Longo KBL, Peres SPBA, Assunção AGA. Evolução do estado nutricional de crianças submetidas à palatoplastia posterior, alimentadas através de mamadeira ou colher. *Rev Bras Nutr Clin* 2005; 20(4):240-45.

López CP, Chiari BM, Guedes ZCF, Goulart AL, Kopelman BI. A utilização do copo na complementação do aleitamento materno: considerações fonoaudiológicas. In: Hernandez AM. Conhecimentos gerais para atender bem o neonato. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 107-11.

Madeira LM. Alta hospitalar da criança: implicações para a enfermagem. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 1994; 4(2):5-11.

Manual para alta hospitalar: serviço de nutrição e dietética. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; [2009]. 16p.

Manzini FC, Simonetti JP. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de Orem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(1):113-119.

Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. A comparison of the safety of cupfeedings and bottlefeedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol*. 2001; 21:350-5.

Marques IL, Thomé S, Peres SPBA. Aspectos pediátricos. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Coordenadores. Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p. 51-71.

Marques RMF, Lopes LD, Khoury RBF. Embriologia. In: Altmann E. Fissuras lábiopalatinas. 4^a ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p. 3-23.

Martelli DRB, Cruz KW, Barros LM, Silveira MF, Swerts MSO, Martelli Junior H. Maternal and paternal age, birth order and interpregnancy interval evaluation for cleft lip – palate. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010; 76(1):107-12.

Martelli-Junior H, Lemos DP, Silva CO, Grner E, Coletta RD. Hereditary gingival fibromatosis: report of a case Five-generation family with cellular proliferation analysis. *J Periodontol*. 2005; 76:1511-20.

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: Santos; 2005. p. 184-90.

Marujo VLB. Fonoaudiologia em paralisia cerebral. In: Souza AMC, Ferraretto I (Org.). Paralisia Cerebral: aspectos práticos, São Paulo: Memnon; 1998. p. 207-30.

Mattos BSC, Mauro LDL. Fissuras labiopalatinas – tratamento interdisciplinar e conceitos atuais em odontologia. In: Haddad AS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. São Paulo: Santos; 2007. p. 196-205.

Mazzotini R, Freitas JAS, Siva Filho OG. A cirurgia ortognática no protocolo de tratamento das fissuras lábio-palatais. In: Araújo A. Cirurgia ortognata. São Paulo: Santos; 1999. p. 309-37.

Melgaço CA, Di Ninno CQMS, Penna LM, Vale MPP. Aspecto ortodôntico/ortopédicos e fonoaudiológicos relacionados a pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. J Bras Ortodon Ortop Facial. 2002; 7(37):23-32.

Melo SL. Amamentação: contínuo aprendizado. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.

Mendes LGA, Lopes VLGS. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. Rev Ciênc Méd. 2006; 15(5):437-48.

Milerad J, Larson O, Hagberg C, Ideberg M. Associated malformations in infants with cleft lip and palate: a prospective, population-based study. Pediatrics. 1997; 100(2):180-6.

Miranda GE, Magalhães CS, Lorintz TCM, Gallbach JR, Ferreira EF. Caracterização dos pacientes acometidos por fissura labiopalatina atendidas por um projeto de extensão da FO – UFMG. J Bras Ortodon Ortop Facial. 2004; 9(52):398-404.

Mituuti CT, Piazzentin-Penna SHA, Brandão GR, Bento-Gonçalves CGA. Caracterização da fala de indivíduos submetidas à palatoplastia primária. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010; 15(3):355-61.

Mondini CCSD. Avaliação da capacidade de autocuidado de cuidadores de lactentes com sequência de Robin [tese de doutorado]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2008.

Mondini CCSD. Os agentes de autocuidado e a utilização de orientações disponíveis no cenário do processo cuidativo da criança portadora de fissura lábio-palatal [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo; 2001.

Monileó IL, Lopes VLG. Anomalias crânio-faciais: descrição e avaliação das características gerais de atenção no Sistema único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2006; 22:913-22.

Montagnoli LC, Barbieri MA, Bettiol H, Marques IL, de Souza L. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade. Um estudo transversal. J Pediatr. 2005; 81:461-5.

Montefusco SRA, Bachion MM, Nakatani AYK. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. Rev Texto & Contexto Enfermagem. 2008; 17(1):72-80.

Moraes MCAF, Buffa MJMB, Motti TFG. As atividades expressivas e recreativas em crianças com fissure labiopalatina hospitalizadas: visão dos familiares. Rev Bras Ed Esp. 2009; 15(3):453-470.

Morris SE, Klein MD. Pré-feeding skills. Tucson: Therapy Skill Builder; 1987.

Neves LT. Avaliação da prevalência, severidade e distribuição da doença de cárie e dos fatores relacionados à higiene bucal em portadores de fissura labiopalatal nas faixas etárias de 7 a 66 meses [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2002.

Nóbrega ESS. Fissuras palatais. In: Mélega JM. Cirurgia plástica: fundamentos e arte, cirurgia reparadora de cabeça e pescoço. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p. 110-25.

Oliveira RP. Nasalidade de crianças com Sequência de Robin após palatoplastia primária com as técnicas de Furlow e Von Langenbeck [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2009.

Orem DE. Nursing concepts of practice. 6th. ed. St. Louis: Mosby; 2001.

Pachi PR. Aspectos pediátricos. In: Altmann E. Fissuras lábio-palatinais. 4^a ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p. 283-8.

Padula MPC, Souza MF. Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2):168-74.

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

Paranaíba LMR, Almeida H, Barros LM, Martelli DRB, Orsi Junior JD e Martelli Junior H. Técnicas cirúrgicas correntes para fissura lábio-palatinas em Minas Gerais, Brasil. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009; 75(6):839-43.

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.

Pedras CTPA, Pinto EALC, Mezzacappa MA. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2008; 8(2):163-69.

Peña YN, Salas MC. Modelo de Dorothea Orem aplicado a um grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Revista eletrônica cuatrimestral de Enfermería* 2010 [Acesso em 06/01/2011] Disponível em www.um.es/eglobal.

Peniche ACG, Chaves EC. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2000; 8(1):45-50.

Penido FA, Noronha RMS, Caetano KI, Jesus MSV, Di Ninno CQMS, Britto ATBO. Correlação entre os achados do teste de emissão de ar nasal e da nasofaringoscopia em pacientes com fissura labiopalatina operada. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007; 12(2):126-34.

Pereira SVM. Análise da implementação de uma abordagem de cuidar de enfermagem junto à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma aproximação do Modelo de Orem, sistemas de classificação da prática de enfermagem e diretrizes de humanização do parto [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2004.

Piazzentin-Penna SHA, Jorge JC. Avaliação e tratamento dos distúrbios da audição. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Coordenadores. *Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p. 165-72.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Tradução: Ana Thorell. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 142-52.

Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. São Paulo: látria; 2004.

Quirino DD, Collet N, Neves AFG. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(2):300-6.

R Development Core Team (2010). R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Disponível em: <http://www.R-project.org>. Acesso em: 19 Jan. 2011.

Randall P. Cleft of the alveolus and palate. In: Serafin D, Georgiade NG. *Pediatric plastic surgery*. St Louis: Mosby, 1984.

Reid J, Reilly S, Kilpatrick N. Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007; 44(3):312-20.

Rezende JRV. Fundamentos da prótese bucomaxilofacial. São Paulo: Sarvier; 1997.

Ribeiro CA, Angelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(4):391-400.

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

Riley BM, Mansilla MA, Ma J, Daack-Hirsch S, Maher BS, Raffensperger LM. Impaired FGF signaling contributes to cleft lip and palate. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2007; 104(11):4512-7.

Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. Boston: Thomson Brooks; 2006.

Ruedell AM, Haeffner LSB, Silveira LM, Keske-Soares M, Weinmann ARM. Avaliação de habilidades orais de crianças nascidas pré-termo. *Rev CEFAC.* 2010; 10(1):126-33.

Salvadori AM, Lamas JLT, Zanon C. Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados de enfermagem para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12(1):130-5.

Sampaio FAA, Aquino OS, Araújo TL, Galvão MTG. Nursing consultation applied to hypertensive clients: Application of the Orem's theory. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(1):94-100.

Sandrini FAL, Robinson WM, Paskulin G, Lima MC. Estudo familiar de pacientes com fissuras labiopalatinas no Serviço de Defeitos de Face da pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2006; 6(2):57-68.

Santos EKA, Brüggemann OM, Oliveira ME, Gregório URP, Lessmann JC, Souza MJ. Saúde da mulher e do recém – nascido: produção de conhecimentos na graduação em enfermagem. *Rev Enferm Esc Anna Nery.* 2009; 13(2):313-18.

Santos I, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessitando de orientação de enfermagem para o autocuidado. *Rev Enferm Esc Anna Nery.* 2011; 15(1):31-38.

Santos I, Sarat CNF. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. *Rev enferm UFRJ.* 2008; 16(3):313-8.

Scapoli L, Martinelli M, Arlotti M, Palmieri A, Masiero E, Pezetti F et al. Genes causing clefting for non-syndromic cleft lip with or without cleft palate: a family based association study. *Eur J Oral Sci.* 2008; 116(4):507-11.

Schaurich D, Crossetti MGO. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(1):182-88.

Schliekelman P, Slatkin M. Multiplex relative risk and estimation of the number of loci underlying and inherited disease. *Am J Hum Genet.* 2002; 71(3):1369-85.

Scochi CGS, Gauy JS, Fujinaga CI, Fonseca LMM, Zamberlan NE. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(4):540-5.

Scochi CGS, Yeza FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão preto – SP, Brasil. *Ciênc Cuid Saúde.* 2008; 7(2):145-54.

Silva ACMG, Alencar KPC, Rodrigues LCB, Perillo VCA. A alimentação do prematuro por meio do copo. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009; 14(3):387-93.

Silva EB, Fúria CLB, Di Ninno CQMS. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Rev CEFAC.* 2005; 7(1):21-8.

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

Silva Filho OG, Ferrari Júnior FM, Rocha DL, Souza Freitas JA. 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 embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Coordenadores. Fissuras Labiopalatinas: Uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p. 17-49.

Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Rudünz V, Santos EKA, Santana ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev Enferm USP. 2009; 43(3):697-703.

Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigues ILA, Leite TV, Santos LMS et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5):727-34.

Siqueira LS, Sigaud CHS, Rezende MA. Fatores que apóiam e não apóiam permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. Rev Esc Enf USP. 2002; 36(1):270-5.

Smedegaard L, Marxen D, Moes J, Glassou EM, Sciensan C. Hospitalization, breast-milk feeding, and growth in infants with cleft palate and cleft lip and palate born in Denmark. Cleft Palate Craniofac J. 2008; 45(6):628-32.

Soares MRZ; Zamberlan MAT. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. Estud Psicol. 2001; 18(1):64-9.

Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery (impr.). 2010; 14(3):551-59.

Souza-Freitas JA, Capelozza Filho L, Abdo RCC, Rufino CBF. Pesquisa epidemiológica sobre lesões labiopalatinas e tratamento dessas anomalias congênitas. Ciênc Cult. 1977; 29(1):141.

Souza-Freitas JA, Dalben GS, Freitas PZ, Santamaria Junior M. Familial tendency of oral clefts. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2004; 9(4):74-78.

Speri APSG. Disfagia e deficiência nutricional na criança com fissura lábio-palatal [monografia]. Franca: Universidade de Franca; 1996.

Spina V, Psillakis JM, Lapa FS. Classificação das fissuras lábio-palatatinas: sugestão de modificação. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo. 1972; 27:5-6.

Spinelli MGN, Souza SB, Souza JMP. Mamadeira, xícara ou colher: de que forma os bebês estão recebendo os alimentos? Pediatr Mod. 2002; 38(10):461-68.

Stevenson RD, Allaire JH. The developmente of normal feeding and swallowing, Pediatr Clin North Am. 1991; 38:1439-53.

Teixeira CRS, Zanetti ML, Pereira MCA. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com diabetes segundo modelo conceitual de Orem. Acta Paul Enferm. 2009; 22(4):385-91.

Teixeira Neto F. Nutrição enteral. In: Teixeira Neto F. Nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 234-42.

Tejas JR, Estévez MZ. Reflexiones Del estilo de vida y vigencia del autocuidado em la atención primaria de salud. Revista Cubana de Enfermería. 2007;23(1).

Telles MS, Macedo CS. Relação entre desenvolvimento motor corporal e aquisição de habilidades orais. Pró-Fono Revista de atualização Científica. 2008; 20(2):117-22.

Thomé S, Bertone AMC. Cuidados dispensados a pacientes no pós-operatório: Serviço de enfermagem. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; [2009]. 8p.

Thomé S. Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ ou palato [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1990.

Torres HC, Candido NA, Alexandre LR, Pereira FL. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no processo educativo em diabetes. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2):312-6.

Universidade de São Paulo. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Etapas e condutas terapêuticas - HRAC/USP e FUNCRAF: fissuras labiopalatais, anomalias craniofaciais, deficiências auditivas e síndromes. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2001.

- Vieira AR, Avila JR, Daack-hirsch S, Dragan E, Félix TM, Rahimov F. Medical sequencing of candidate genes for nonsyndromic cleft lip and palate. *PloS Genet.* 2005; 1(6):651-9.
- Vieira AR, Orioli IM, Castilla EE, Cooper ME, Marazita ML, Murray JC. MSX1 and TGFB3 contribute to clefting in South America. *J Dent Res.* 2003; 82(4):289-92.
- Vieira AR. Unraveling human cleft lip and palate research. *J Dent Res.* 2008; 87(2):119-25.
- Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria de déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(3):611-16.
- Wantia N, Rettinger G. The current understanding of cleft lip malformations. *Facial Plast Surg.* 2002; 18(4):147-53.
- Watson ACH. Cirurgia primária. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Santos; 2005. p. 157-83.
- Watson ACH. Embriologia, etiologia e incidência. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Santos; 2005. p. 3-15.
- Wellman CO, Coughlin SM. Preoperative and postoperative nutritional management of the infant with cleft palate. *J Pediatr Nurs.* 1991; 6(3):154-8.
- Wink S, Cartana MHF. Promovendo o autocuidado em pacientes com cefaléia por meio da perspectiva oriental de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(2):225-8.
- Wong DL, Whaley W. Enfermagem Pediátrica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- Worthington P, Evans JR. Controversies in oral & maxillofacial surgery. Philadelphia (USA): Editora WB Saunders; 1994.
- Xavier A. Epidemiologia das fissuras labiopalatinas no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais HRAC-USP 1996-2006 [monografia]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.
- Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(1):124-30.

Zuccherro TM, Cooper ME, Maher BS, Daack-Hirsch S, Nepomuceno B, Ribeiro L. Interferon regulatory factor 6 (IRF6) gene variants and the risk of isolated cleft lip or palate. *N Engl J Med.* 2004; 351(5):769-80.

ANEXOS

ANEXO 1

Parte A - Caracterização do AAC relacionado aos fatores condicionantes, e da criança

Nome AAC: _____

- 1) Idade: _____
- 2) Escolaridade:
 - a) 1º grau - completo () incompleto ()
 - b) 2º grau - completo () incompleto ()
 - c) 3º grau - completo () incompleto ()
- 3) Classificação sócio-econômica: _____
- 4) Número de filhos: _____
- 5) Estado civil:
 - a) Solteiro ()
 - b) Casado ()
 - c) Viúvo ()
 - d) Outros ()
- 6) Grau familiar:
 - a) Mãe ()
 - b) Pai ()
 - c) Avó ()
 - d) Outros () especificar: _____

Nome da criança: _____

- 1) Gênero: masculino () feminino ()
- 2) Idade: _____
- 3) Tipo de fissura palatina:
 - a) Pré-forame incisivo ()
 - b) Trans-forame incisivo ()
 - c) Pós-forame incisivo ()

ANEXO 2

Parte B - Protocolo para identificação das variáveis relacionadas ao procedimento cirúrgico

1) a) localização anatômica do procedimento cirúrgico

Palatoplastia total ()

Palatoplastia anterior ()

Palatoplastia posterior ()

b) Cirurgia micro-otológica associada

Sim () não ()

Unilateral () bilateral ()

2) Palatoplastia com presença de incisão liberadora

Sim () não ()

Unilateral () bilateral ()

3) Incisão liberadora com presença de tampão

Sim () não ()

Unilateral () bilateral ()

Tampão de gase ()

Tampão de gelfoan ()

Tampão de surgicel ()

ANEXO 3**Parte C - Protocolo para avaliação da técnica utilizada para administração da alimentação**

- 1) Técnica que está sendo utilizada para administração da alimentação no pós-operatório no momento:
1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ 4ª _____
- 2) Qual técnica utilizava na administração da alimentação anteriormente à cirurgia? _____
- 3) O AAC apresenta dificuldade de posicionar-se conforme técnica preconizada, durante a administração da alimentação à criança:
1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ 4ª _____
- 4) Dificuldade em posicionar a criança conforme técnica preconizada, durante a administração da alimentação:
1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ 4ª _____
- 5) Episódio de tosse observado durante a oferta da alimentação:
1ª _____ () 2ª _____ () 3ª _____ () 4ª _____ ()
F= frequente E= esporádico
- 6) Episódio de engasgo observado durante a oferta da alimentação:
1ª _____ () 2ª _____ () 3ª _____ () 4ª _____ ()
F= frequente E= esporádico
- 7) Escape de alimento pela comissura labial observado durante a administração da alimentação:
1ª _____ () 2ª _____ () 3ª _____ () 4ª _____ ()
F= frequente E= esporádico
- 8) Apresenta lesão de comissura labial:
sim () não () unilateral () bilateral ()
- 9) Tempo (minutos) utilizado na administração da alimentação:
1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ 4ª _____
- 10) Volume administrado (mililitros):
1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ 4ª _____
- 11) O AAC demonstra oferecer a alimentação à criança com segurança:
1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ 4ª _____
- 12) O AAC refere segurança na administração da alimentação à criança:
1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ 4ª _____

ANEXO 4

Parte D - Escala para identificação da competência do AAC para o autocuidado, relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia

I) Capacidades físicas essenciais para o autocuidado

1) Em relação ao tato:

1,5 () identifica corretamente a temperatura da dieta;

1,0 () identifica a temperatura da dieta, porém com confirmação da enfermagem;

0,0 () não identifica a temperatura.

2) Em relação à visão:

1.5 () identifica perda da dieta pela comissura labial;

1.0 () identifica a perda da dieta pela comissura labial com auxílio da enfermagem;

0.0 () não identifica a perda da dieta pela comissura labial.

3) Em relação à destreza/habilidade (mãos):

1.5 () manipula o utensílio utilizado para administrar a alimentação adequadamente;

1.0 () solicita auxílio da enfermagem para ofertar a alimentação;

0.0 () não oferta a alimentação.

4) Em relação aos movimentos e energia geral:

1.5 () posiciona-se de maneira apropriada durante a administração da dieta;

1.0 () posiciona-se de maneira adequada inicialmente, evoluindo com postura incorreta;

0.0 () posiciona-se inadequadamente, mesmo com intervenção da enfermagem.

II) Capacidades mentais essenciais para o autocuidado

- 5) Quanto a capacidade de contar:
- 3.0 () identifica a quantidade de dieta ofertada;
 - 2.0 () identifica a quantidade de dieta ofertada com confirmação da enfermagem;
 - 1.0 () não identifica a quantidade de dieta ofertada.
- 6) Quanto a memória e aprendizado:
- 3.0 () afirma que a consistência da dieta deve ser líquida ou semi-líquida, fria, devendo ser ofertada aproximadamente a cada 3 horas, e por um período de tempo mínimo de 30 dias;
 - 2.0 () relata parcialmente que a consistência da dieta deve ser líquida ou semi-líquida, fria, devendo ser ofertada aproximadamente a cada 3 horas, e por um período de tempo mínimo de 30 dias;
 - 1.0 () não soube referir a consistência da dieta, a temperatura, o intervalo entre a oferta, e o período de tempo em que deve ser administrada.
- 7) Quanto ao mínimo de atenção:
- 3.0 () reconhece a tosse, engasgo, náusea, vômito, ou mudança na coloração da pele, cessando a administração da dieta até o restabelecimento da criança;
 - 2.0 () reconhece a tosse, engasgo, náusea, vômito, ou mudança na coloração da pele, porém não cessa a administração da dieta, ou não aguarda o completo restabelecimento da criança;
 - 1.0 () não reconhece a tosse, engasgo, náusea, vômito, ou mudança na coloração da pele como intercorrência.
- 8) Quanto ao conhecimento operacional/ discriminação e classificação de eventos específicos:
- 8.1 Em relação a aceitação alimentar:
- () relaciona o volume da dieta aceito em relação à necessidade da criança;
 - () oferece água após administração da dieta;
 - () em caso de vômito realiza pausa alimentar.
- 8.2 Em relação aos sinais e sintomas sugestivos de desidratação:
- () relaciona a boca seca à falta de aceitação de líquidos;
 - () relaciona o choro sem lágrima à falta de aceitação de líquidos;
 - () relaciona a diurese concentrada e diminuída à falta de aceitação de líquidos.
- 8.3 Em relação à procura de atendimento médico/enfermagem:
- () procurar se a criança apresentar vômito com frequência, perder peso ou apresentar muita dificuldade em alimentar-se;
 - () procurar se a criança apresentar febre;
 - () procurar se a criança apresentar pouca diurese, pouca saliva, olhos fundos e /ou apatia.

Média de escores atribuídos:

- 1.0 () uma opção;
- 2.0 () duas opções;
- 3.0 () três opções.

III - Capacidades motivacionais e emocionais essenciais para o cuidado

		Sempre 3.0	Pouco 2.0	Nunca 1.0	Média
9 - Auto valor	<i>Eu gosto de mim.</i>	()	()	()	
	<i>Eu penso primeiro em mim.</i>	()	()	()	
10 - Auto imagem e auto concernimento	<i>Eu me considero seguro/a para ajudar outras pessoas na realização de alguma tarefa.</i>	()	()	()	
	<i>Eu faço as coisas necessárias para manter a criança saudável.</i>	()	()	()	
11 - Vontade de se ocupar com os cuidados	<i>Eu me interesso em aprender sobre o problema da criança que cuido.</i>	()	()	()	
	<i>Eu me preocupo em oferecer cuidados que a mantenham saudável.</i>	()	()	()	
12 - Auto disciplina	<i>Eu considero as recomendações que me são dadas para ajudá-la a superar esta fase.</i>	()	()	()	
	<i>Eu aceito minha situação de cuidador</i>	()	()	()	
13 - Habilidade de trabalhar com as partes	<i>Atualmente aceito a criança como ela é.</i>	()	()	()	

Quadro sintético sobre capacidades essenciais ao autocuidado terapêutico

	Itens	Sub-itens	Pontuação			Soma parcial	Sub-total
Cfi	Sensação	Tato	(0)	(1)	(1,5)		
		Visão	(0)	(1)	(1,5)		
	Destreza	Mãos	(0)	(1)	(1,5)		
	Movimentos e energia geral		(0)	(1)	(1,5)		
Cme	Habilidades aprendidas	Contar	(1)	(2)	(3)		
	Funções do córtex cerebral	Memória e Aprendizado	(1)	(2)	(3)		
	Funções do sistema auditivo reticular	Mínimo de atenção	(1)	(2)	(3)		
	Conhecimento Operacional	Discriminação e classificação de eventos específicos	(1)	(2)	(3)		
Cmo	Auto-valor		(1)	(2)	(3)		
	Auto-imagem e Auto-concernimento		(1)	(2)	(3)		
	Vontade de se ocupar-se com o Cuidado		(1)	(2)	(3)		
	Auto-disciplina		(1)	(2)	(3)		
	Habilidade de trabalhar com o corpo e suas partes		(1)	(2)	(3)		
TOTAL							

ANEXO 6**Escala de pontuação das capacidades do autocuidado terapêutico**

Soma da pontuação das capacidades do AAC:

	Total Pontos
Capacidades Físicas (Cfi)	_____
Capacidades Mentais (Cme)	_____
Capacidades Motivacionais (Cmo)	_____
TOTAL:	_____

NÍVEL I: inabilitado para o AAC (até 11 pontos)

NÍVEL II: necessita treinamento (12 – 24 pontos)

NÍVEL III: habilitado para o autocuidado (25 – 33 pontos)

Classificação da avaliação geral quantitativa para a alta de acordo com o nível:

ANEXO 7

Validação do instrumento de avaliação da competência do AAC em relação à alimentação da criança, pós-palatoplastia

Prezado(a) Senhor(a)

Sou enfermeiro do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), atualmente atuando como supervisor do plantão noturno, abrangendo as unidades de internação e semi-intensiva.

Estou em fase de elaboração da minha dissertação de mestrado, necessitando validar um dos instrumentos utilizados para o alcance dos objetivos.

O estudo tem como objetivo geral, analisar comparativamente a melhor técnica para alimentar a criança no período pós-operatório imediato de palatoplastia: utilizando copo ou colher, constando um dos objetivos específicos; avaliar o cuidador (denominado no estudo como agente de autocuidado) quanto à capacidade geral do cuidado relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia.

Assim, considerando que sua área de atuação (experiência e conhecimento) estão ligados à minha área de estudo, solicito sua colaboração como validador desse instrumento, entendendo sua participação como enriquecedora à pesquisa.

Para que a avaliação seja possível, envio em anexo uma cópia do instrumento, além do impresso para descrição de comentários sobre o conteúdo teórico e sugestões cabíveis.

Solicito ainda conforme disponibilidade, que as sugestões se façam até o dia 16 de dezembro, quando estarei recolhendo pessoalmente o impresso com suas sugestões.

Certo de sua colaboração, agradeço antecipadamente e me coloco à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,

Armando dos Santos Trettene

armandotrettene@hotmail.com
armandotrettene@usp.br

Tel: 96023875

Suporte teórico para identificação da competência do cuidador para o autocuidado

De acordo com Biazon (2008), para a criança que nasce com fissura labiopalatina, a cirurgia reconstrutora é um desafio não somente estético, mas principalmente funcional. Para Bertier, Trindade e Silva Filho (2007), a palatoplastia representa uma das primeiras cirurgias plásticas reparadoras, executadas durante o longo e complexo tratamento das fissuras labiopalatinas.

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), preconiza a idade mínima de 12 meses para a realização da palatoplastia, se o paciente tiver alcançado as condições orgânicas necessárias para ser submetido à anestesia geral com segurança.

Um dos principais cuidados de enfermagem no período pós-operatório de palatoplastia relaciona-se à alimentação. De acordo com Altmann et al (1997), a alimentação deverá ser líquida e ofertada por um período mínimo de 30 dias, sendo mamadeiras e bicos proibidos neste período.

Segundo Ribeiro e Moreira (2005), deve-se fazer o uso da colher ou copo para alimentar a criança, preconizando alimentos adequados para a idade, sendo batidos no liquidificador e peneirados.

Constantemente somos questionados sobre a melhor técnica para alimentar a criança pós-palatoplastia, principalmente pelo fato da abordagem cirúrgica ocorrer na cavidade oral.

O processo de reabilitação do paciente fissurado deve nortear-se por uma assistência interdisciplinar visando resultados biopsicossociais e funcionais. Nesse contexto, o enfermeiro exerce papel fundamental e essencial em todas as fases do processo de reabilitação, atuando principalmente como educador, na promoção do autocuidado.

A teoria do autocuidado de Orem (2001), tem embasado a assistência de enfermagem de modo substancial, visando a manutenção das necessidades humanas básicas através do sistema de ensino-aprendizagem.

De acordo com Orem (2001), o autocuidado consiste “na prática de atividades que as pessoas desempenham em seu próprio benefício, no sentido de manter a vida, o bem-estar e a saúde”. Afirma ainda que habitualmente adultos se cuidam sozinhos; já bebês, crianças e em algumas situações, os idosos, requerem

assistência nas atividades de autocuidado parciais ou totais, por se encontrarem em estágio precoce de desenvolvimento físico, mental e psicossocial, ou ainda devido à idade avançada ou acometimento de doenças degenerativas.

O período pós-operatório, além das implicações inerentes ao procedimento cirúrgico, é o momento propício para que a enfermagem proporcione o ensino ao agente de autocuidado relacionado aos cuidados necessários, verificando ainda, a eficácia do mesmo através da supervisão. Esse processo ensino-aprendizagem deve ser abordado de forma sistemática, uma vez que a alta hospitalar acontece em aproximadamente 24 horas após o procedimento cirúrgico.

O padrão nutricional interfere de forma significativa no processo de recuperação pós-operatória, estando relacionado ao processo de cicatrização e prevenção de infecção.

A escala em anexo foi baseada em Mondini (2008), que a validou para avaliação da competência do cuidador, relacionado aos cuidados com o lactente com Sequência de Pierre Robin.

Embora tenha sido validada anteriormente, entendemos ser necessária uma nova validação, visto que o conteúdo foi modificado de acordo com as proposições (objetivos) do presente estudo.

Para a elaboração das modificações, foram consideradas as evidências da literatura consultada, além da experiência na prática clínica do pesquisador.

O instrumento consta de três partes distintas, abordando as esferas: física (itens de 1 a 4); mental (itens de 5 a 8); e motivacional e emocional (itens de 9 a 13). As capacidades físicas abrangem a visão, o tato, a destreza e movimentos e energia geral. As mentais constam da capacidade de contar, memorizar e aprender, discriminar e classificar intercorrências dentro de certas situações, além de conceitualizar uma ação. Quanto às capacidades motivacionais e emocionais, objetiva-se abordar a auto-valorização, o interesse por si, o interesse em aprender sobre a alimentação da criança no pós-operatório de palatoplastia, além da motivação para se engajar no autocuidado e a aceitação da criança com fissura palatina.

REFERÊNCIAS

Altmann EBC, Vaz ACN, Paula MBSF, Khoury RBF. Tratamento Precoces. In: Altmann E. Fissuras lábiopalatinas. 4ª ed. São Paulo: Pró-Fono; 1997. p.291-324.

Bertier CE, Trindade IEK, Silva Filho OG. Cirurgias primárias de lábio e palato. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Coordenadores. Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p.73-85.

Biazon J, Peniche ACG. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):519-25.

Mondini CCSD. Avaliação da capacidade de autocuidado de cuidadores de lactentes com sequência de Robin [tese de doutorado]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – Universidade de São Paulo; 2008.

Orem DE. Nursing concepts of practice. 6th. ed. St. Louis: Mosby; 2001.

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

Guia para validação da escala

Após a leitura de todos os itens do instrumento proposto, favor comentar ou sugerir modificações e ou melhorias.

1- O instrumento apresenta clareza e facilidade de compreensão?

2- Os itens do instrumento aparentam possuir condições de avaliar as competências descritas?

3- Quais os itens do instrumento que não se relacionam, ou não contemplam as capacidades que se pretendem avaliar?

Nº de item: Sugestões:

4- Quais itens do instrumento você retiraria?

Nº de item: Sugestões:

5- Quais itens do instrumento você manteria, porém modificaria o conteúdo (redação)?

6- Sugestões e comentários:

Obs: Qual o período de tempo de atuação na área ? _____

Obrigado pela colaboração!

ANEXO 8

Tabulação das alterações propostas pelos peritos, no processo de validação do instrumento de avaliação da competência do AAC em relação à alimentação da criança pós-palatoplastia

Questões Peritos	O instrumento apresenta clareza e facilidade de compreensão?	Os itens do instrumento aparentam possuir condições de avaliar as competências descritas?	Quais os itens que não se relacionam, ou não contemplam as capacidades que se pretende avaliar?
1	Sim	Sim	Item 3, substituir para: manipula ou segura a colher e ou copo adequadamente
2	Sim	Sim	Todos têm interação
3	Sim	Sim	Modificar o item 3
4	Sim, o instrumento é claro e objetivo	Sim, juntando todas as questões é possível avaliar o grau de capacidade do AAC através do ensino e aprendizagem do mesmo	Nenhum
5	Sim, as perguntas e respostas são claras e objetivas	Sim, com a aplicação do instrumento, creio que realmente se consegue ter uma visão ampla do cuidador quanto à capacidade nos cuidados simples e execução de tarefas, quanto emocional, motivacional e conhecimentos adquiridos na internação	Todos estão bem adequados e nos trazem informações importantes a respeito dos cuidados
6	Sim, demonstra objetividade e clareza, tanto nas perguntas como nas respostas, não ocasionando dúvidas	Sim, acredito que com a utilização do instrumento, consegue-se avaliar a capacidade do cuidador na execução de ações de uma forma global	No item 1 – 3, em relação à destreza, refere-se a habilidade? Creio que os itens pontuados remetem informações importantes relacionadas ao cuidador
Questões Peritos	Quais itens do instrumento você retiraria?	Quais itens do instrumento você manteria, porém modificaria o conteúdo (redação)?	Sugestões e comentários
1	Nenhum	Item 3	O instrumento trará grande contribuição ao estudo proposto
2	Nenhum, só acrescentaria a questão do medo quanto às condições cirúrgicas (curativo, medo de machucar a incisão, relação com o choro e abrir a cirurgia)	Nenhum	Acrescentaria a questão do medo quanto às condições cirúrgicas (curativo, manipulação e choro)
3	Nenhum	No item 1 - 3, reformularia somente	Nenhum
4	Nenhum	Na parte 2, no item 7, acrescentaria náusea, vômito ou mudança na coloração da pele	Na parte 3, item 13, modificar para: eu aceito a criança como ela é desde o nascimento/após um tempo do nascimento
5	Nenhum	Os itens estão bem claros	Fico um pouco em dúvida em relação ao item 11, 8, 8.2, se o cuidador teria condições de avaliar sobre a desidratação em apenas 24 horas de orientação durante a internação, dependendo do nível sócio-econômico
6	Não retiraria nenhum	Nenhum	O instrumento proporciona uma avaliação precisa da real assimilação das orientações fornecidas ao cuidador, e o quanto de conhecimento adquiriu

ANEXO 9

Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos

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

Ofício nº 177/2010-SVAPEPE-CEP

Bauru, 29 de julho de 2010.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado **"Alimentação da criança pós-palatoplastia: comparação entre dois métodos de administração e avaliação do autocuidado"**, de autoria de **ARMANDO DOS SANTOS TRETENE** desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **27 de julho de 2010**, o parecer do relator **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sa. a gentileza de comunicar o parecer ao(à) pesquisador(a) e anexar o presente ofício ao projeto pois o mesmo será necessário para futura publicação do trabalho.

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

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

Atenciosamente,

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

Ilma Sra

Dra. Ilza Lazarini Marques

Pediatria – HRAC/USP

ANEXO 10

Aprovação da mudança de título do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos

Ofício nº 161/2011-SVAPEPE-CEP

Bauru, 3 de junho de 2011.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa intitulado “**Alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia: comparação entre as técnicas por copo e colher**”, de autoria de V.Sa., foi aprovado pelo CEP em 22 de fevereiro de 2011. Na reunião realizada em **31 de maio de 2011**, a alteração de título para “**Alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia: comparação entre as técnicas utilizando copo e colher**” foi aprovada..

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

Atenciosamente,

PROFA. DRA. MARCIA RIBEIRO GOMIDE
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a). Sr(a).

ARMANDO DOS SANTOS TRETENE

A/C

DRA. ILZA LAZARINI MARQUES

Pediatria - HRAC/USP

ANEXO 11

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, responsável pelo paciente* _____, após leitura minuciosa deste 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 "Alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia: comparação entre as técnicas utilizando copo e colher", realizada por Armando dos Santos Trettene, COREN-SP: 129174, sob orientação da Dra. Ilza Lazarini Marques, CRM: 43414, que tem como objetivo analisar comparativamente a melhor técnica para alimentar a criança no pós-operatório de palatoplastia: utilizando copo ou colher.

No hospital, antes da cirurgia, o pai, ou a mãe, ou o responsável pela criança, serão entrevistados pelo pesquisador, que fará algumas perguntas utilizando um questionário padronizado, relacionado os dados pessoais do cuidador e da criança. Receberão ainda, explicações relacionadas à administração da alimentação utilizando-se copo e colher.

Após a cirurgia, a criança será alimentada a cada 3 horas (8, 11, 14, 17, 20, 22, 2, e 5 horas), como realizado rotineiramente. Em todos os horários, os profissionais da equipe de enfermagem acompanharão o cuidador, ensinando e supervisionando. Por quatro horários consecutivos, a alimentação deverá ser ofertada por copo ou colher respectivamente (copo, colher, copo e colher, ou vice-versa), sendo todas essas acompanhadas exclusivamente pelo pesquisador, que irá avaliar de acordo com um protocolo, a melhor técnica.

Nos casos onde a criança não se adaptar ao método "imposto" para aquele horário, poderá após tentativa, ser modificado prontamente, dependendo exclusivamente da preferência e adaptação, visto que a avaliação necessária já terá sido realizada.

Ainda, próximo ao momento da alta, o pesquisador entrevistará o cuidador, utilizando um questionário estruturado, visando avaliar o aprendizado relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia.

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

Fica claro que, o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (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

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

Nome do Pesquisador Responsável:

Armando dos Santos Trettene

Endereço Institucional: Rua Silvio Marchione, 3-20

Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17043-900

Telefone: 32358000 E-mail: armandotrettene@usp.br