Fontes, Cassiana Mendes Bertoncello

Fissuras lábio-palatais: diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório / Cassiana Mendes Bertoncello Fontes.-
- São Paulo: C.M.B. Fontes, 2001.

146p.; 30cm

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem –
Universidade de São Paulo.

I. Título. II. Diagnóstico de enfermagem. III. Fissura
lábio-palatal.

CASSIANA MENDES BERTONCELLO FONTES

FISSURAS LÁBIO-PALATAIS:

Diagnósticos de Enfermagem no Pré e Pós-Operatório

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem, da Universidade
de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Prof^a Livre-Docente Diná de
Almeida Lopes Monteiro de Cruz

São Paulo
2001

CASSIANA MENDES BERTONCELLO FONTES

FISSURAS LÁBIO-PALATAIS:

Diagnósticos de Enfermagem no Pré e Pós-Operatório

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem, da Universidade
de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Prof^a Livre-Docente Diná de
Almeida Lopes Monteiro de Cruz

São Paulo
2001

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Estatística descritiva dos diagnósticos formulados	32
Tabela 02 – Frequência das categorias diagnósticas nas fases pré e pós-operatória com os respectivos valores de p obtidos pelo teste de McNemar	33
Tabela 03 – Frequência dos fatores de risco do “risco para infecção”, segundo fase operatória	36
Tabela 04 – Frequência das características definidoras do “distúrbio da auto-estima”, segundo fase operatória	37
Tabela 05 – Frequência dos fatores de risco para “risco para sufocação/aspiração”, segundo fase operatória	39
Tabela 06 – Frequência das características definidoras de “membrana mucosa oral alterada”, segundo fase operatória	40
Tabela 07 – Frequência das características definidoras de “dor”, segundo fase operatória	41
Tabela 08 – Frequência das características definidoras do “distúrbio no padrão do sono”, segundo fase operatória	42
Tabela 09 – Frequência das características definidoras de “integridade tissular prejudicada”, segundo fase operatória	43
Tabela 10 – Frequência das características definidoras de “fadiga”, segundo fase operatória	44
Tabela 11 – Frequência das características definidoras do “déficit de conhecimento”, segundo fase operatória	45
Tabela 12 – Diagnósticos de enfermagem agrupados em Padrões Funcionais de Saúde e respectivas frequências, segundo a fase operatória	47

SUMÁRIO

Lista de tabelas	
Lista de abreviaturas	
Resumo	
Abstract	
1 INTRODUÇÃO	01
1.1 O diagnóstico de enfermagem	11
1.2 Objetivos	16
2 MÉTODO	17
2.1 Campo de realização do estudo	17
2.2 Casuística	17
2.3 Trajetória do paciente cirúrgico	18
2.4 Instrumento de coleta dos dados	19
2.5 Procedimento de coleta dos dados	25
2.6 Interpretação dos dados para formulação dos diagnósticos de enfermagem	26
2.7 Estimativa de validade dos diagnósticos de enfermagem formulados	27
2.8 Forma de análise dos resultados	30
3 RESULTADOS	32
3.1 Frequência total de diagnósticos	32
3.2 Natureza dos diagnósticos identificados	33
3.3 Diagnósticos com frequência alterada no pós-operatório	36
3.4 Padrões Funcionais de Saúde alterados	46
4 DISCUSSÃO	49
4.1 Discussão sobre a frequência total dos diagnósticos de enfermagem	49
4.2 Discussão sobre a natureza dos diagnósticos	51
4.3 Discussão sobre os conteúdos dos diagnósticos com diferença de frequência entre as fases pré e pós-operatória	55
4.4 Discussão sobre os Padrões Funcionais de Saúde alterados	85
5 CONCLUSÃO	95
ANEXOS	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD	- Característica (s) definidora (s)
DE	- Diagnóstico (s) de enfermagem
FR	- Fator (es) relacionado (s)
HRAC	- Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
FBN	- Fístula buco-nasal
NANDA	- North American Nursing Diagnosis
RI	- Fator (es) de risco
PFS	- Padrão (ões) Funcional (ais) de Saúde
POI	- Pós-operatório imediato
USP	- Universidade de São Paulo

Por Deus, luz e sopro de vida;

Pela compreensão e apoio dos meus pais, Osvaldo e Wanda, da minha
sogra Isaura e cunhados;

Pelo amor que une nossa família, Paulo, Giovanna e Ana Paula;

Pelos dias em que a professora Diná acolheu, em sala de aula, essa
orientanda e seu bebê com carinho e cuidado;

Pelos amigos Cleide e Mondini, incansáveis incentivadores, presentes
nos momentos mais difíceis e alegres;

Veridiana, amiga prestimosa, pelo esmero na digitação e formatação;

Que a proteção divina os envolva, infinitamente...

Agradecimento

Muitas linhas seriam necessárias para expressar o quanto sou grata às pessoas que colaboraram para a realização deste estudo. Talvez poderia cometer injustiça ou omissão de seus nomes, sem intenção. Foi construído com muito esforço e dedicação. Amor acima de tudo, e fé naquilo que acredito ser possível, e com o apoio, orientação e sabedoria da professora Diná. Mas, especialmente, existem pessoas que se dispuseram a desvelar os fenômenos aqui descritos, os pacientes do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Respeitosamente, muito obrigada.

RESUMO

FONTES, C. M. B. Fissuras lábio-palatais: diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório. São Paulo, 2001. 146p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

O estudo foi realizado no HRAC-USP com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem e sua frequência no pré e pós-operatório de cirurgia plástica eletiva em 40 pacientes (52,5% do sexo feminino, idade média de 22,4 anos). A avaliação baseou-se nos Padrões Funcionais de Saúde, por entrevista e exame físico. Foram identificados 454 diagnósticos de enfermagem para os 40 pacientes da amostra, sendo 187 na fase pré e 267 na fase pós-operatória. Na fase pré-operatória foram identificadas 29 categorias diagnósticas e, na fase pós, 26. A média de diagnósticos por paciente na fase pré foi de 4,7 ($\pm 1,9$) e na fase pós 6,7 ($\pm 2,3$). O teste *t* de Student mostrou diferença significativa entre as fases operatórias ($p < 0,0001$). O teste de McNemar demonstrou diferença significativa em 9 das 35 categorias diagnosticadas entre as fases operatórias. Foram identificadas alterações em 10 dos 11 Padrões Funcionais de Saúde e não houve alteração no Padrão de Crença e Valor. Os 3 Padrões Funcionais alterados mais frequentes na fase pré foram: Auto-Percepção e Autoconceito (27,8%), Cognitivo-Perceptivo (22,9%) e Nutricional-Metabólico (21,9%). Na fase pós-operatória: Padrão Nutricional-Metabólico (50,8%), Padrão de Percepção e Controle de Saúde (16,3%) e Padrão Cognitivo-Perceptivo (14,2%).

UNITERMOS: Fissura lábio-palatal, Diagnóstico de enfermagem

ABSTRACT

FONTES, C. M. B. Lip-palate clefts: nursing diagnoses in the pre and post-operative phases. São Paulo, 2001. 146p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

The study was performed at the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – São Paulo University, Brazil, with the objective of identifying the nursing diagnoses and their frequency in the pre and post-operative phase of the elective surgery in 40 patients (52,5% female and mean age of 22,4 years old). The evaluation was based on the Functional Health Patterns, by interview and physical examination. Four hundred and fifty four nursing diagnoses were identified for the 40 patients of the sample, being 187 in pre-operative phase and 267 diagnoses in the post-operative phase. 29 diagnostic categories were identified in the pre-operative phase and 26 in the post-operative phase. The mean of diagnoses per patient in the pre-operative phase was 4,7 ($\pm 1,9$) and in the post-operative phase was 6,7 ($\pm 2,3$). The *t* Student test showed that there was significant difference between the operative phases ($p < 0,0001$). The McNemar test showed that there was significant difference in 9 out of 35 diagnosed categories between the operative phases. Alterations in 10 out of 11 Functional Health Patterns were identified and there was no alteration in the Value-Belief Pattern. The three most frequent altered Functional Patterns in the pre-operative phase were: Self-Perception and Self-Concept (27,8%), Cognitive-Perceptual (22,9%), and Nutritional-Metabolic (21,9%). In the post-operative phase: Nutritional-Metabolic

Pattern (50,8%), Perception and health Control Pattern (16,3%) and Cognitive-Perceptual Pattern (14,2%).

UNITERMS: Lip-palate cleft; Nursing Diagnosis.

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem, como finalidade, identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do paciente portador de malformações craniofaciais associadas à fissura lábio-palatal, através da descrição dos seus diagnósticos de enfermagem.

As anomalias craniofaciais congênitas são freqüentemente definidas como deformidades congênitas das estruturas faciais, incluindo ossos e tecido mole, que estão presentes ao nascimento. A anomalia mais comum, que requer reconstrução plástica cirúrgica em pacientes pediátricos, é a fissura de lábio e palato (RICHARD, 1994).

As fissuras orofaciais constituem um grupo importante das malformações congênitas, tanto pelos seus efeitos estéticos e funcionais, quanto pela sua incidência. Os aspectos emocionais e comportamentais que afetam a família ou pessoas significativas dos portadores de anomalias também são alvo de estudos e atenção.

NAGEN FILHO et al. (1968) fizeram em Bauru - no estado de São Paulo - um levantamento onde detectaram, numa amostra de 13429 escolares, 20 casos de portadores de fissura lábio-palatal, concluindo haver prevalência de 1:650 nascimentos. Conforme cita LITWACK-SALEH (1993), geralmente a incidência de fissuras tem sido 1:600 nascimentos, variando com a raça. Estima-se, para os caucasianos, 1:750.

Em negros a prevalência é menor, 1:2000 a 1:2500 nascimentos e, nos orientais, 1:500. A distribuição do tipo de fissura tem sido assim: 21% de portadores de fissura labial somente; 46% de portadores de fissura de lábio e palato e 33% de portadores de fissura palatina apenas.

As fissuras podem acometer o lábio e/ou palato simultaneamente, muito embora a origem embriológica dessas lesões envolva processos embrionários em épocas distintas. A complexidade do desenvolvimento facial embrionário humano é responsável pelo grande número de anormalidades encontradas nesta região. Embora as diferentes partes faciais apresentem suas origens próprias e se desenvolvam, até certo ponto, independentemente, a quantidade de tecido necessária deve estar presente no tempo determinado numa relação tridimensional correta. Qualquer alteração no decorrer do desenvolvimento pré-natal pode produzir anormalidades faciais mais comprometedoras da estética, tais como as fissuras de lábio e/ou palato ou mesmo as chamadas síndromes do primeiro e segundo arcos braquiais (SILVA FILHO, 1981). Esse autor atribui à formação da face humana, que compreende nariz, boca, olhos, bochechas, maxilares, testa e orelhas, fatores filogenéticos e ontogenéticos. Estudos em embriões de vertebrados permitiram concluir que as fases iniciais de desenvolvimento são similares em todos eles e que, somente nos estágios posteriores, as especificações das

características superiores são adicionadas (SILVA FILHO, 1981). Com relação ao fator ontogenético, a diferenciação da face humana ocorre na vida pré-natal, precisamente entre a quarta e oitava semanas após a fertilização. Torna-se necessária uma coordenação da diferenciação celular, migrações, interações e proliferação celular que dão origem aos processos faciais (SILVA FILHO, 1981).

A face humana é a consequência do crescimento e união de dois processos bilaterais separados - os processos maxilar e mandibular e um processo frontonasal. Os vários tipos de fissuras encontradas no nascimento são resultantes da falta de coalescência desses processos devido: (1) desenvolvimento insuficiente de um ou mais desses processos; (2) falhas na desintegração da superfície epitelial nas regiões de contato entre os processos (SILVA FILHO, 1981).

Dentre os muitos fatores genéticos e ambientais que interagem para determinar a ocorrência de fissuras no embrião, FRASER (1960) cita: deficiência nutricional da mãe, substâncias tóxicas exógenas provocadas por medicamentos, defensivos agrícolas, uso de drogas e tabagismo, uso de álcool, radiações, idade dos genitores na época da concepção, consangüinidade dos pais. Ocorre uma interação de um grupo de gens de baixa representatividade com elementos diversos do

meio ambiente constituindo-se a denominada causa poligênica ou multifatorial, conforme cita ISRAEL (1987), em 70% a 80% dos casos.

LITWACK-SALEH (1993) refere que têm sido identificadas mais de 150 síndromes associadas à presença de fissuras de lábio e/ou palato. Essa anomalia craniofacial também pode trazer conseqüências na funcionalidade de órgãos, tais como: alterações auditivas, olfativas, gustativas, dificuldade de alimentação e respiração, problemas de linguagem e de integração social e distúrbios psíquicos e emocionais (ANGELO, 1994).

Segundo Spina et al. (1972), a classificação das fissuras lábio-palatais toma como base o ponto de fusão na formação de toda a região lábio-palatal que se encontra logo atrás dos dentes incisivos centrais, denominado “forame incisivo”. É essa a classificação adotada pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC – USP), campo do presente estudo. SILVA FILHO et al.(1992) sugerem modificação nessa classificação, acrescentando um subgrupo de fissura mediana no grupo II, com base na experiência adquirida ao longo dos anos no referido hospital.

Diante da complexidade da anomalias craniofaciais associadas à fissura lábio-palatal, o tratamento oferecido ao portador é longo. Exige, na tarefa de reabilitação, a atuação de uma equipe multidisciplinar, para

a recuperação total, ou o mais próxima possível, da normalidade funcional e estética, reintegrando a pessoa à comunidade onde vive. O enfermeiro é um profissional atuante nessa equipe e o seu papel na assistência deverá ser especificado no sentido de atender as necessidades de cuidados dos portadores de fissuras lábio-palatais e às pessoas significativas que com eles compartilham essa edificadora tarefa. Sendo assim, o enfermeiro deverá estar preparado para identificar os problemas que a ele competem, para propor e realizar intervenções adequadas.

Sabemos que um dos problemas mais angustiantes que aflige as mães de um recém-nato portador de fissura lábio-palatal é a alimentação. Segundo BACHEGA, THOMÉ, CAPELOZZA FILHO (1985), as dificuldades de sucção, vômitos e engasgos durante as mamadas são comuns. O “cansaço” causado pelo esforço da criança durante a sucção é freqüente. Para a família do recém-nato, assim como para a mãe, o impacto psicológico e emocional do nascimento é grande, devendo assim existir facetas dos aspectos psicológicos no cuidar do enfermeiro, assim como recursos de apoio à família na comunidade em que se insere (CARLISLE, 1998; BENSON, 1991).

Em levantamento bibliográfico a esse respeito pudemos identificar citações de problemas e situações que atingem e afligem os pacientes portadores de fissuras lábio-palatais. BUENO, BACHEGA, THOMÉ

(1980) citam que o nascimento de uma criança com fissura lábio-palatal defeito pode constituir um choque para os pais e que a aceitação da família varia de acordo com a classe social, nível cultural, crenças populares, valores teológicos, aliados à recepção da criança no lar “sob tensão”, além de dificuldades fisiológicas como alimentação, respiração, deglutição, sucção e audição. BACHEGA, THOMÉ, CAPELOZZA FILHO (1985) relatam, pela experiência no HRAC - USP, que o problema mais angustiante das mães se relaciona com o medo em oferecer alimentação para a criança com fissura lábio-palatal, em função da sucção insuficiente, vômitos e engasgos durante as mamadas e que as orientações, nem sempre adequadas, que as mães recebem após o nascimento da criança, amedrontam ainda mais a família. É vital nas primeiras horas de vida o aconselhamento, à mãe, do aspecto chave do cuidado - a alimentação –, salientando os aspectos psicológicos e a normalidade desse procedimento. A amamentação não pode, às vezes, ser efetivada pela mãe, o que pode ser doloroso para ela além do choque de saber da possibilidade de intervenções cirúrgicas a que o bebê deverá ser submetido (CARLISLE, 1998).

Por menor que seja a deformidade facial cirurgicamente corrigível, o cuidado com a criança pode trazer estresse à família, pois as crianças freqüentemente requerem cuidados especializados na alimentação, têm

risco aumentado para infecções das vias aéreas, diminuição auditiva, crescimento anormal dos dentes e risco de apresentar distúrbios nos padrões de linguagem. Acredita-se que um sistema de suporte social adequado poderia aliviar o possível estresse provocado por essas condições (BENSON, 1991).

ANGELO (1994) cita que “as primeiras preocupações, no cuidado dessas crianças, incluem a sobrevivência, a alimentação e a deformidade estrutural. Mais tarde, aparecem os aspectos relativos à ortodontia, fala, audição e estética. Essas barreiras a serem vencidas pelos portadores de fissuras, poderão dificultar o seu desenvolvimento”. Ainda nesse estudo sobre a auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou palato, observou-se que eles “carregam consigo os seus defeitos e tudo o que socialmente este pode significar, fixando-se como parte de sua identidade e o que esse estigma pode significar para si mesmo sendo uma questão subjetiva e reflexiva que é experimentada pelo indivíduo cuja identidade está em jogo, podendo constituir-se em um importante problema de ordem psicológica”.

O processo de reabilitação da pessoa portadora de fissura lábio-palatal é longo, pois são previstas intervenções cirúrgicas reparadoras em etapas pré-determinadas com base na idade cronológica, no crescimento e desenvolvimento humanos. O tratamento odontológico e, em especial,

o ortodôntico, em harmonia com os tratamentos de fonoaudiologia e fisioterapia, são indicados e planejados.

O HRAC – USP propõe e mantém o seu planejamento de reabilitação organizado em etapas terapêuticas. São utilizados, como critérios, o diagnóstico e a classificação do tipo de fissura segundo SPINA et al. (1972).

Esse processo de reabilitação só é possível com o envolvimento da equipe multiprofissional formada por enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos clínicos, cirurgiões-plásticos, otorrinolaringologistas, assistentes sociais, odontólogos etc. A proposta tem como objetivos atender pacientes (em ambulatório, pré-internação, casos novos) sem distinção de raça, cor, religião, nacionalidade e naturalidade, portadores de malformações craniofaciais com documentação radiográfica e fotográfica, obedecendo a critérios científicos e permitindo o desenvolvimento de pesquisas devidamente cadastradas nas áreas de interesse, e reabilitar o indivíduo para seu convívio familiar e comunitário.

Descrevemos a seguir como se processa a reabilitação do portador de fissura lábio-palatal quando é matriculado no HRAC – USP. A primeira avaliação é realizada no ambulatório pela equipe multiprofissional, o paciente é denominado como “caso novo” e recebe

um número de matrícula. A partir dessa avaliação serão planejadas as etapas do processo de reabilitação, levando-se em consideração o tipo de fissura apresentado pelo portador, a associação com síndrome genética e outras malformações. O hospital oferece atendimento especializado em várias áreas, tendo uma característica eminentemente multiprofissional. A internação do paciente se faz necessária quando iniciar a etapa cirúrgica sendo que a queiloplastia é indicada para bebês a partir do 3º mês de vida e a palatoplastia no 36º.

O portador de fissura lábio-palatal, ao chegar no HRAC - USP pela primeira vez quando bebê ou em idade maior, vai sendo acompanhado em retorno ambulatorial para avaliar o crescimento e desenvolvimento em relação às etapas terapêuticas da reabilitação. Chega à adolescência e à fase adulta em tratamento, cabendo ao paciente e a sua família a decisão de continuar ou não o plano de tratamento proposto pela instituição.

Em estudo sobre a percepção do defeito e percepção sobre a instituição em pacientes com catorze a dezoito anos, atendidos há cinco anos ou mais no HRAC - USP, BACHEGA (1992) conclui que o hospital, como prestador de serviços, necessita que cada especialidade profissional complemente, através de intervenções, as informações e orientações ao paciente contribuindo para a adequação das percepções e

atitudes do paciente em relação ao tratamento oferecido, proporcionando melhor clareza para o seu entendimento.

Visando planejar adequadamente os cuidados pertinentes a essa população, implantamos, há 10 anos, a Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade da instituição que foi baseada na teoria da Necessidades Humanas Básicas de Horta (HORTA, 1979). As fases adotadas foram a coleta de dados, prescrição e evolução de enfermagem. Até o momento, não trabalhamos com a explicitação da fase de diagnóstico de enfermagem. Nessa fase é que se expressam as necessidades de cuidados de enfermagem. O uso de linguagem padronizada, como por exemplo os diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), permitiria descrever uma parte do fazer do enfermeiro que esses indivíduos e suas famílias demandam.

Considerando a escassez de publicações sobre o cuidado de enfermagem a pacientes portadores de fissura lábio-palatal, este estudo tem a finalidade de investigar a frequência dos diagnósticos de enfermagem no pré e pós operatório em amostra de pacientes na faixa etária maior ou igual a 12 anos, dessa instituição, usando a classificação da NANDA (NANDA, 2000).

1.1 O diagnóstico de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico sobre as respostas atuais ou potenciais do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde ou processos vitais. Provê a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável (MIERS, 1990).

Segundo GORDON (1994), uma das formas de se apreender o conceito de diagnóstico de enfermagem é olhá-lo no contexto em que se insere no processo de enfermagem. O processo de enfermagem é um método de identificação e resolução de problemas. Os seus componentes-chaves são a fase de identificação de problemas, envolvendo o “assessment” e o diagnóstico, e a fase de resolução de problemas envolvendo a projeção dos resultados, intervenção de enfermagem e avaliação dos resultados. O “assessment” é o processo de coletar as informações que são as bases para julgar as necessidades de cuidado. A fase de intervenção de enfermagem envolve o alívio ou resolução dos problemas, ou redução dos fatores de risco no caso dos problemas em potencial. O diagnóstico provê o foco para o estabelecimento dos resultados desejados e deve nortear decisões a respeito de quais intervenções são indicadas. Também provê o foco para a avaliação diária do progresso do paciente, mostrando se há necessidade

de se rever o plano de cuidados. O conceito de diagnóstico de enfermagem também pode ser apreendido, analisando-o do ponto de vista estrutural (GORDON,1994). A definição estrutural descreve os componentes do diagnóstico que, segundo a NANDA (2000), são: o nome atribuído à resposta (título); a sua definição; as características definidoras (CD)e os fatores relacionados (FR).

Idealmente, o título do diagnóstico expressa, em termos claros e concisos, o tipo (atual ou de risco) e a natureza da resposta envolvida. A definição do diagnóstico provê uma descrição, o mais clara e precisa possível, da condição que está sendo enfocada, delineia o seu significado e ajuda a diferenciar um diagnóstico do outro. As características definidoras são indicadores que asseguram a presença da resposta a que se referem, ou seja, asseguram a presença daquela categoria diagnóstica. São os sinais e sintomas do diagnóstico. Os fatores relacionados são fatores do ambiente, do indivíduo ou a integração de ambos que contribuem para a ocorrência da resposta em questão.

Quando um diagnóstico expressa uma resposta potencial, isto é, uma condição que ainda não está presente, mas para a qual há risco, é indicado como diagnóstico de risco. Nesse caso, a estrutura do diagnóstico é diferenciada, no que se refere às características definidoras e fatores relacionados. Esses dois componentes são substituídos pelo

componente “fatores de risco”. Os fatores de risco (RI) são as indicações de que o risco existe.

Os diagnósticos de enfermagem são indicadores de necessidade de cuidados de enfermagem da pessoa ou grupo que está sendo cuidado. O seu uso beneficia paciente e enfermeira porque direciona a assistência de enfermagem para as necessidades de cada cliente, facilita a escolha de intervenções mais adequadas, permite registrar de forma objetiva as reações do cliente e avaliar os cuidados de enfermagem (LOPES, MACEDO, LOPES, 1997). PASINI et al. (1996) concluíram, em seu estudo, que o diagnóstico de enfermagem favoreceu a identificação das necessidades de cuidados de doentes internados em unidades de terapia intensiva e proporcionou oportunidade para o desenvolvimento da habilidade diagnóstica. Por clarear os fenômenos com os quais a enfermagem lida, desvela, muitas vezes, setores carentes em relação às intervenções de enfermagem (NARCHI, GUTIEERREZ, 1997).

Baseados nessas considerações e frente à necessidade de descrever os diagnósticos de enfermagem de pacientes que estão em tratamento no HRAC – USP, compreendidos na faixa etária maior ou igual a 12 anos, optamos por essa investigação, estimulados ainda mais pela escassa literatura em enfermagem e pela experiência de 30 anos que essa instituição tem na área de reabilitação do portador de fissura lábio-

palatal, como Centro de Referência da América Latina. A população de interesse para o estudo compreende: pacientes que já foram operados em nossa instituição e estão no processo de reabilitação cirúrgica cumprindo nova etapa; pacientes que nunca foram operados denominados “virgem de tratamento” e farão a sua primeira cirurgia dando início ao processo de reabilitação; pacientes operados em outras instituições e que continuaram o seu tratamento no HRAC –USP.

A assistência de enfermagem que proporcionamos nesses últimos anos nos levou a questionar se as necessidades de cuidados estão em congruência com as intervenções de enfermagem propostas e executadas pela equipe de enfermagem e como poderíamos avaliar esta questão.

Acreditamos que identificar o perfil de diagnóstico de enfermagem dessa clientela proporcionaria elemento essencial para a busca de respostas a essas perguntas.

Estudos descritivos sobre as frequências ou prevalência de determinados diagnósticos de enfermagem podem contribuir para a compreensão das respostas às doenças em determinada população, identificar grupos específicos de doentes para intervenções também específicas, documentar a presença de características indicadoras dos diagnósticos em diferentes populações e contribuir para a elaboração de

padrões de cuidados para grupos específicos de pacientes (NORRIS, 1989).

Evidentemente, essas perspectivas podem ampliar os estudo sobre diagnósticos de enfermagem, vislumbrando as intervenções mais adequadas e que poderiam levar a objetivos almejados.

1.2 Objetivos

Frente ao exposto, e considerando pacientes acima de 12 anos, internados para cirurgias de correção de fissuras lábio-palatais, os objetivos deste estudo foram:

- 1- descrever os diagnósticos de enfermagem segundo natureza e frequência;
- 2 - comparar a frequência e a natureza dos diagnósticos de enfermagem entre o pré e o pós-operatório;
- 3 - descrever os Padrões Funcionais de Saúde (PFS) alterados no pré e pós-operatório.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório. Os diagnósticos de enfermagem foram identificados a partir da avaliação, pela pesquisadora, de pacientes internados para tratamento cirúrgico de fissura lábio-palatal.

2.1 Campo de realização do estudo

Esse estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo localizado na cidade de Bauru – São Paulo. Nessa unidade hospitalar são admitidos os pacientes na faixa etária igual ou maior de 4 anos, em condições clínicas para serem submetidos à correção de fissura lábio-palatal, sendo indicado cirurgia eletiva primária, secundária e/ou terciária ou tempo definitivo.

2.2 Casuística

Constituiu-se de pacientes com fissura lábio-palatal, faixa etária igual ou maior de 12 anos, de ambos os sexos, internados para cirurgia plástica eletiva, e que aceitaram participar do estudo.

A amostra foi composta por 40 pacientes incluídos no estudo, seqüencialmente, a partir da data do início da coleta dos dados até que se completasse o número total da amostra. Dos 40 pacientes, 21 (52,5%)

eram do sexo feminino. A idade média da população foi de 22,4 anos ($\pm 7,6$) e variou de 12 a 40 anos de idade. A escolaridade média ($\pm 3,7$) foi de 8,1 anos. O tipo de fissura predominante foi a transforame, presente em 28 (70%) dos pacientes estudados. A cirurgia de queiloplastia foi a realizada com maior frequência, 9 pacientes (22,5%) (ANEXO A).

2.3 Trajetória do paciente cirúrgico

O processo de internação denominado “rotina de internação” é dinâmico e cabe apresentá-lo para entendermos sua sequência e a inserção da coleta dos dados nesse processo. Ao chegar para os atendimentos em ambulatório do HRAC- USP, o paciente passa por uma sequência de avaliações pelos profissionais da equipe de reabilitação. A consulta de enfermagem é realizada pelo enfermeiro em ambulatório, assim como a pesquisa de dados no prontuário do paciente que implicariam planejamento da assistência de enfermagem durante o pré, trans e pós-operatório. Quando as condições clínica e laboratorial dos pacientes são favoráveis à cirurgia, eles são avaliados por anestesiológista e participam de reunião com a assistente social e enfermeira de centro cirúrgico para receberem orientações específicas. A enfermeira do centro cirúrgico faz orientação sobre os cuidados pré-operatórios e os pacientes retornam no dia seguinte, com duas horas de

antecedência ao horário marcado, para serem submetidos à cirurgia proposta.

2.4 Instrumento de coleta dos dados

O instrumento de coleta dos dados foi construído e adaptado após testes simulados até chegar ao atual (ANEXO B). A finalidade desse instrumento era guiar a entrevista e exame físico dos doentes e também servir de local para registro dos dados coletados. Foi composto por três partes:

Parte I – dados para caracterização demográfica do paciente.

Parte II – coleta e registro dos dados clínicos de pré-operatório e subdividida em duas partes: parte *A*, constituída pelo formulário de entrevista, com perguntas agrupadas em onze áreas referentes aos PFS (GORDON, 1994); parte *B*, um guia para o exame físico e observações do entrevistador.

Parte III – semelhante à parte II, esse segmento do instrumento destinou-se à coleta e registro dos dados clínicos do pós-operatório, contendo parte *A* e parte *B* como indicados na *Parte II*.

Os PFS propostos por GORDON (1994) nortearam a organização do instrumento de coleta.

Esses onze PFS foram propostos por GORDON (1982, 1994) para guiar o enfermeiro no “assessment” com o cliente, família e comunidade. A autora partiu do pressuposto de que todos os seres humanos têm em comum certos padrões funcionais que influenciam a saúde e a qualidade de vida. Apresentamos, a seguir, o conteúdo dos PFS como CRUZ (1989) os descreveu com base na publicação de GORDON (1982):

Padrão de Percepção e Controle da Saúde:

Refere-se à percepção do paciente quanto à sua saúde em geral e quanto à enfermidade atual. Inclui os conceitos do paciente quanto às práticas de manutenção da saúde, bem como o seguimento de orientações e recomendações médicas e de enfermagem para o controle da enfermidade atual.

Padrão Nutricional-Metabólico:

Refere-se ao consumo de alimentos e líquidos, à percepção do paciente quanto ao seu apetite e problemas relativos à alimentação e hidratação. Inclui dados relativos às condições da pele, mucosas e cavidade oral, temperatura corporal, peso e altura.

Padrão de Eliminação:

Trata da percepção do paciente quanto às suas funções de eliminação intestinal e vesical, incluindo frequência e características.

Padrão de Atividade-Exercício:

Diz respeito à percepção do paciente quanto à suficiência de energia requerida para as atividades que desejaria desempenhar, prática de exercícios físicos, atividades de lazer e dificuldades sentidas para execução de atividades de vida diária que exigem consumo de energia. Inclui dados de avaliação do padrão respiratório e cardiocirculatório.

Padrão de Sono e Repouso:

Trata da percepção do paciente quanto à qualidade do sono e aos fatores que nela interferem.

Padrão Cognitivo-Perceptivo:

Trata da percepção do paciente quanto à adequação das funções sensoriais auditivas e visuais e às compensações utilizadas, desconfortos físicos e medidas de alívio utilizadas. Inclui a percepção quanto às suas habilidades cognitivas e a observação de funções como a linguagem, vocabulário, entendimento de idéias concretas e abstratas, concentração de atenção e orientação no tempo e espaço.

Padrão de Autopercepção e Autoconceito:

Diz respeito à percepção do paciente quanto à sua maneira de ser, incluindo suas capacidades cognitivas, afetivas ou físicas, sua imagem corporal e alterações percebidas como decorrentes da enfermidade. Inclui também as observações quanto à atitude assertiva ou passiva e relaxada ou não, durante a entrevista.

Padrão de Desempenho de Papel e Relacionamento:

Refere-se à percepção do paciente quanto aos papéis que desempenha na família e no trabalho, as satisfações ou distúrbios nas relações sociais, os problemas sentidos nessa área em decorrência da enfermidade e as responsabilidades afetadas.

Padrão Sexual-Reprodutivo:

Inclui a percepção do paciente quanto à existência de problemas relacionados à sexualidade e reprodução e às alterações percebidas como decorrentes da enfermidade.

Padrão de Tolerância e Resposta ao Estresse:

Trata-se da percepção do paciente quanto às suas capacidades de enfrentar e controlar as situações estressantes de maneira eficaz.

Padrão de Crença e Valor:

Refere-se à importância que o paciente atribui às crenças espirituais na resolução de conflitos e na promoção de conforto em momentos difíceis.

Com a finalidade de melhor compreendermos os seus constructos teóricos, descreveremos algumas definições assumidas por GORDON (1994), ao propor os onze PFS como uma estrutura para coletar e interpretar dados de saúde das pessoas com o propósito de identificar suas necessidades de cuidados.

O termo “funcional” é utilizado por outros profissionais da área de saúde mas, para o enfermeiro, os padrões funcionais podem ser importantes focos da enfermagem na promoção, assistência e reabilitação das atividades de saúde do indivíduo, família e ou comunidade.

A saúde é definida, dentro do contexto dos PFS, como um ótimo nível de funcionamento que permite ao indivíduo, família e comunidade desenvolver seu potencial máximo. Ela é mensurada por parâmetros e normas combinadas com a descrição subjetiva do cliente.

O enfermeiro presta assistência de enfermagem ao ser humano, família e comunidade nas diversas fases de seu desenvolvimento e, assim sendo, é necessário que a estrutura do “assessment” de enfermagem contemple a abrangência desta reflexão em cada área dos PFS.

O cliente interage com o ambiente em que vive e essa interação permeia o desenvolvimento e crescimento humanos. Outro fator importante é o foco cultural. As diferenças culturais das populações influenciam a nível pessoal, social e ambiental as respostas do indivíduo às doenças. Isto se reflete dentro de cada PFS. Quando a informação é coletada, o enfermeiro busca reconhecer o padrão funcional que vai emergindo na área acessada. A construção dos padrões se dá a partir de descrições do cliente e de observações do enfermeiro. Um observador não vê os padrões funcionais, eles são construídos pela interpretação dos dados e são sempre abertos para mudanças por novas informações ou interpretações.

Os padrões são interrelacionados, interativos e interdependentes. Nenhum deles pode ser compreendido isoladamente. Fornecem uma estrutura para o agrupamento dos dados, com vista à formulação dos diagnósticos de enfermagem. Cada padrão de saúde é manifesto por um todo e é uma expressão biopsicoespiritual e não deve ser considerado isoladamente.

Além do instrumento para coleta e registro dos dados, para cada paciente foi usado um formulário para registrar as etapas de interpretação para a formulação dos diagnósticos. Esse instrumento (ANEXO C) previu local para o registro dos diagnósticos e foi denominado

instrumento para registro do julgamento da pesquisadora dos dados referentes ao pré e pós-operatório.

2.5 Procedimento de coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada em dois momentos distintos:

- *o primeiro momento*: o último dia anterior à cirurgia, que é aquele em que o paciente já tem a “certeza” de que será submetido à cirurgia no dia seguinte e seu nome consta na programação cirúrgica (mapa de cirurgia). Isso ocorre no último dia útil anterior ao dia da internação.
- *o segundo momento*: segundo ou terceiro dia de pós-operatório e antes da alta hospitalar.

A coleta dos dados ocorreu após a assinatura do termo de consentimento pelo paciente ou seu representante legal (ANEXO D).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do HRAC-USP – e, após a sua aprovação por escrito, procedemos à coleta dos dados (ANEXO E).

Assim que estabelecida a data para o início da coleta dos dados, diariamente a pesquisadora consultava a lista da programação de cirurgias do dia seguinte e identificava os pacientes que fariam parte da amostra. Antes de iniciar a consulta de enfermagem, era lido o termo de consentimento e assinado pelo paciente e / ou responsável, caso

concordassem em participar do estudo. Os pacientes foram compondo amostra de acordo com a conveniência deles e da pesquisadora. Em cada momento do procedimento de coleta dos dados, consumiu-se em média 40 minutos por paciente.

2.6 Interpretação dos dados para formulação dos diagnósticos de enfermagem

Ao terminar o período da coleta, diariamente, os dados foram analisados e interpretados para a afirmação dos diagnósticos de enfermagem. Esse procedimento foi registrado em instrumento próprio (ANEXO B).

Os dados coletados foram a base para a formulação dos diagnósticos de enfermagem pela pesquisadora. Dentro de cada PFS foram relacionados os dados relevantes do paciente. Dados relevantes são aquelas informações, que podem ser agrupadas e nos dão “pistas” para a hipótese diagnóstica. Esses dados foram agrupados conforme a autora julgou relação entre eles, compondo as características definidoras de possíveis diagnósticos que o doente apresentou.

Os diagnósticos formulados em cada PFS foram comparados aos conteúdos previstos pela NANDA, nas suas classificações, de forma que a autora confirmava ou revia o seu julgamento. Cada afirmação

diagnóstica constou do título do diagnóstico, do conjunto das características definidoras, fatores de risco e do(s) fator(es) relacionado(s). Como a afirmação diagnóstica depende da interpretação que cada diagnosticador faz, havia a possibilidade de serem indicados diagnósticos cuja validade para o doente poderia ser questionável, limitando a utilização dos resultados como representativos das reais necessidades de cuidados dos doentes estudados. Para minimizar essa limitação, foram realizados os procedimentos que descrevemos a seguir.

2.7 Estimativa de validade dos diagnósticos de enfermagem formulados

Durante o processo diagnóstico, uma categoria diagnóstica deve ter características definidoras que possam ser usadas por um ou mais enfermeiros para chegar ao mesmo julgamento. Essa é a propriedade denominada de confiabilidade interdiagnosticador. A concordância interdiagnosticadores é a expressão da confiabilidade das características definidoras para o diagnóstico em questão (GORDON, 1994).

A validade do diagnóstico de enfermagem necessita ser confirmada, ou seja, é necessário precisar o quanto um diagnóstico realmente descreve uma situação ocorrida na prática clínica. A definição de validade para SCHROEDER (1989) é o grau com que um instrumento

mensura o que foi designado para mensurar. Essa definição é muito genérica, pois esse autor distingue validade teórica e empírica. A validade teórica refere-se à correlação entre a realidade, o constructo latente (diagnóstico de enfermagem) e a medida observada (características definidoras). A validade empírica é a associação de cada observação clínica com um diagnóstico de enfermagem específico.

Não dispomos ainda de método padronizado para estimar a validade dos diagnósticos de enfermagem. Com o interesse de limitar a inclusão no estudo de diagnósticos pouco válidos realizamos os procedimentos que descrevemos a seguir.

Todos os oitenta instrumentos de coleta dos dados foram submetidos à apreciação de outros três enfermeiros, designados de juízes a partir desta fase, que tinham no mínimo cinco anos de experiência de prática clínica e que estavam desenvolvendo pesquisa com diagnósticos de enfermagem. Os três juízes, separadamente, indicaram as características definidoras, os diagnósticos e os fatores relacionados a partir dos registros das coletas dos dados. As respostas dos juízes foram registradas em formulário, denominado instrumento para registro dos julgamentos dos juízes (ANEXO F), que continha campos para a identificação do número do formulário do paciente e do nome do pesquisador ou juiz. Duas colunas eram destinadas para as

anotações do juiz: a primeira para a afirmação da hipótese diagnóstica e fator(es) relacionado(s) e a segunda para o registro das características definidoras ou fatores de risco que compunham essa hipótese.

Analizamos, junto com a orientadora, para cada paciente, os diagnósticos formulados pelo conjunto dos juízes e pesquisadora. O consenso entre pesquisadora e juízes foi o critério para aceitar as categorias diagnósticas válidas. Essas categorias compuseram os dados de análise deste estudo (ANEXO G).

Considerando o estágio atual dos conhecimentos sobre diagnósticos de enfermagem e a característica descritiva deste estudo em que vários diagnósticos poderiam surgir, os procedimentos propostos, ainda que não totalmente eficazes para garantir a precisão dos diagnósticos formulados, tiveram por objetivo limitar possíveis vieses na interpretação dos dados.

2.8 Forma de análise dos resultados

As categorias diagnósticas foram analisadas em números absolutos e percentuais segundo a fase cirúrgica (pré ou pós-operatório). Para identificar os diagnósticos que estavam na fase cirúrgica, isto é, os diagnósticos cujas frequências se alteraram na passagem para o pós-operatório, foi aplicado o teste de McNemar.

O teste de McNemar é um teste de associação, não paramétrico e pode ser aplicado em amostra simples pareada, com escalas nominais de dois valores possíveis (ZAR, 1996). Ficaram estabelecidos como estatisticamente significante os diagnósticos de enfermagem cujos valores de p fossem menores que 0,05.

As características definidoras ou fatores de risco dos diagnósticos com frequências alteradas no pós-operatório foram descritas e analisadas em números absolutos e percentuais assim como os Padrões Funcionais de Saúde.

Assim sendo, serão apresentados, no próximo capítulo, os resultados sobre os diagnósticos de enfermagem e as suas características definidoras, consensualmente estabelecidos.

3 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em números absolutos e percentuais. As duas fases de coleta, no período pré-operatório e no pós-operatório, permitiram comparar a frequência de ocorrência dos diagnósticos.

Na primeira parte deste capítulo serão apresentados os resultados relativos à frequência total de diagnósticos identificados nas fases pré e pós-operatória. A seguir, apresentar-se-ão as frequências de ocorrência segundo as categorias diagnósticas identificadas no pré e pós-operatório. Depois serão apresentadas as características definidoras dos diagnósticos cujas frequências se alteram estatisticamente após a cirurgia. Finalmente serão apresentados os resultados sobre os Padrões Funcionais de Saúde alterados.

3.1 Frequência total de diagnósticos

A Tabela 01 mostra a estatística descritiva sobre a frequência total dos diagnósticos formulados nas duas fases.

Tabela 01. Estatística descritiva dos diagnósticos formulados. Bauru, 1999.

Variáveis	Fase operatória		
	Pré	Pós	Total
Diagnósticos			
Total	187	267	454
Média (DP)	4,7 (1,9)	6,7 (2,3)	11,4 (3,4)
Total de categorias	29	26	35

Foram formuladas, no conjunto das fases pré e pós-operatória, 35 categorias diagnósticas. Na fase pré-operatória houve 29 categorias diferentes, e na fase pós-operatória, 26. A somatória entre as duas fases operatórias apresentou 454 diagnósticos, sendo identificados: 187 diagnósticos na fase pré e 267 na fase pós. Obtivemos as médias de 4,7 ($\pm 1,9$) diagnósticos de enfermagem por paciente na fase pré-operatória e 6,7 ($\pm 2,3$) na fase pós-operatória.

Considerando a normalidade da distribuição da frequência dos diagnósticos, foi aplicado o teste *t* pareado para a comparação das médias entre pré e pós-operatório. O resultado desse teste mostrou que existia diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

3.2 Natureza dos diagnósticos identificados

O estudo permitiu a identificação das categorias diagnósticas conforme apresentado na Tabela 02.

Tabela 02. Frequência das categorias diagnósticas nas fases pré e pós-operatória com os respectivos valores de *p* obtidos pelo teste de McNemar. Bauru, 1999.

Categoria diagnóstica	Fase operatória				Valores de <i>p</i> McNemar
	Pré n=40		Pós n=40		
	nº	%	nº	%	
1-déficit de conhecimento*	26	65,0	15	37,5	0,0218
2-distúrbio da auto-estima*	23	57,3	02	5,0	< 0,0001
3-ansiedade	16	40,0	11	27,5	0,2673
4-distúrbio no padrão do sono*	14	35,0	26	65,0	0,0033
5-medo	13	32,5	08	20,0	0,2673

Tabela 02. Frequência das categorias diagnósticas nas fases pré e pós-operatória com os respectivos valores de p obtidos pelo teste de McNemar. Bauru, 1999.

Categoria diagnóstica	Fase operatória				Valores de p McNemar
	Pré n=40		Pós n=40		
	nº	%	nº	%	
6-comunicação verbal prejudicada	11	27,5	07	17,5	0,3428
7-risco para sufocação/aspiração*	09	22,5	27	67,5	0,0003
8-membrana mucosa oral alterada*	10	25,0	24	62,5	0,0012
9-dor*	07	17,5	23	57,5	0,0013
10-enfrentamento individual ineficaz	06	15,0	02	5,0	0,2888
11-intolerância à atividade	04	10,0	07	17,5	0,7237
12-constipação	04	10,0	01	2,5	0,3711
13-manutenção da saúde alterada	03	7,5	—	—	1,0000
14-crescimento e desenvolvimento alterados	03	7,5	—	—	0,2482
15-alteração sensorial da percepção auditiva	03	7,5	—	—	0,2482
16-alteração sensorial da percepção visual	03	7,5	—	—	0,2482
17-risco para infecção*	02	5,0	40	100,0	< 0,0001
18-déficit no autocuidado para alimentação	02	5,0	05	12,5	0,2482
19-deglutição prejudicada	19	47,5	26	65,0	0,0961
20-déficit no autocuidado para vestir-se	02	5,0	04	10,0	0,4795
21-fadiga*	01	2,5	11	27,5	0,0044
22-nutrição alterada: risco para menos do que as necessidades corporais	01	2,5	07	17,5	0,0771
23-déficit no autocuidado para higiene	01	2,5	05	12,5	0,2207
24-risco para enfrentamento individual ineficaz	01	2,5	01	2,5	0,4795
25-nutrição alterada: risco para mais do que as necessidades corporais	01	2,5	—	—	1,0000
26-risco para constipação	01	2,5	—	—	1,0000
27-dentição alterada	01	2,5	—	—	1,0000
28-padrões de sexualidade alterados	01	2,5	—	—	1,0000
29-desobediência	01	2,5	—	—	1,0000
30-integridade tissular prejudicada*	—	—	10	25,0	0,0044
31-eliminação urinária alterada	—	—	01	2,5	1,0000
32-desobstrução ineficaz de vias aéreas	—	—	01	2,5	1,0000
33-mobilidade física prejudicada	—	—	01	2,5	1,0000
34-impotência	—	—	01	2,5	1,0000
35-náusea	—	—	01	2,5	1,0000

* Diagnóstico de enfermagem com diferença significativa.

Na fase pré-operatória as categorias diagnósticas com maior frequência foram: déficit de conhecimento (65%), distúrbio da auto-estima, (57,3%), ansiedade (40%). Na fase pós-operatória, as mais frequentes foram: risco para infecção (100%), risco para sufocação/aspiração (67,5%), distúrbio no padrão do sono e deglutição prejudicada (65%).

Para verificar se as frequências das categorias diagnósticas alteraram-se no pós-operatório foi aplicado o teste de McNemar de onde obtivemos os valores de p (Tabela 02).

Observa-se, na Tabela 02, que as categorias diagnósticas cujas frequências diminuíram estatisticamente na fase pós-operatória foram: déficit de conhecimento (de 65% para 37,5%, $p=0,0218$); distúrbio da auto-estima (de 57,3% para 5%, $p<0,0001$). As categorias cujas frequências aumentaram significativamente foram: risco para infecção (de 5% para 100%, $p<0,0001$); risco para sufocação/aspiração (de 22,5% para 67,5%, $p= 0,0003$); distúrbio no padrão do sono (de 35% para 65%, $p= 0,0003$); membrana mucosa oral alterada (de 25% para 62,5%, $p= 0,0012$); dor (de 17,5% para 57,5%, $p=0,0013$); fadiga (de 2,5% para 27,5%, $p=0,0044$); integridade tissular prejudicada (de nenhuma ocorrência para 25%, $p=0,0044$).

As naturezas das nove categorias diagnósticas cujas frequências se

modificaram significativamente após a cirurgia serão aprofundadas através da apresentação das suas características definidoras. As características definidoras das categorias diagnósticas cujas frequências não se modificaram significativamente após a cirurgia estão apresentadas no ANEXO G.

3.3 Diagnósticos com frequência alterada no pós-operatório

São apresentados a seguir os diagnósticos de enfermagem cujas frequências se modificaram no pós-operatório, assim como as características definidoras e os fatores de risco que os fundamentaram.

Nos títulos das colunas das fases cirúrgicas estão indicadas as frequências de ocorrência do diagnóstico em cada fase.

Risco para infecção

Tabela 03. Frequência dos fatores de risco do “risco para infecção”, segundo fase operatória. Bauru, 1999.

Fator de risco	Fase operatória			
	Pré n=02 (5,0%)		Pós n=40 (100,0%)	
- Procedimento cirúrgico (extração dentária e cirurgia plástica)	01	50,0%	40	100,0%
- Lesão tecidual (queimadura, hematoma, injeção intra-muscular, incisão cirúrgica)	—	—	09	22,5%
- Integridade tecidual prejudicada	—	—	06	15%
- Presença secreção sanguinolenta nos pontos	—	—	01	2,5%
- Valvulopatia cardíaca	01	50,0%	01	2,5%

Na fase pré-operatória encontramos 2 pacientes com o diagnóstico de enfermagem de risco para infecção sendo que para 1 deles o fator de

risco foi “procedimento cirúrgico nos dentes” e para outro “valvulopatia cardíaca”.

Na fase pós-operatória em que esse diagnóstico foi mais freqüente ($p<0,0001$), os 40 (100%) pacientes tiveram como fator de risco o procedimento cirúrgico em cavidade oral e/ou nasal. Além do fator de risco – procedimento cirúrgico – para os 40 pacientes na fase pós-operatória, em alguns doentes foram identificados outros fatores de risco que se associavam ao procedimento cirúrgico: para 9 (22,5%) deles, lesão tecidual proveniente das incisões cirúrgicas; para 6 (15%) , “integridade tecidual diminuída”; para 1 (2,5%) , presença de secreção sanguinolenta nos pontos e 1 (2,5%) a presença de valvulopatia cardíaca.

Distúrbio da auto-estima

Tabela 04. Frequência das características definidoras do “distúrbio da auto-estima”, segundo fase operatória. Bauru, 1999.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré n=23 (57,5%)		Pós n=02 (5,0%)	
- Refere constrangimento social	17	73,9%	–	–
- Refere que gostaria melhorar: voz, comunicação com outras pessoas; aparência; ficar bonito; nariz	14	60,8%	01	50,0%
- Refere dificuldade relacionar-se: diversão, escola, grupo, família	13	56,5%	–	–
- Refere ter vergonha: voz; fissura lábio-palatal; beber líquidos em público	11	47,8%	–	–

Tabela 04. Frequência das características definidoras do “distúrbio da auto-estima”, segundo fase operatória. Bauru, 1999.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré n=23 (57,5%)		Pós n=02 (5,0%)	

- Refere gostaria de ser: diferente; menos agressivo	10	43,4%	—	—
- Discriminação; outros falam e dão apelidos pelo fato de ter fissura lábio-palatal	10	43,4%	—	—
- Dificuldade namorar devido ao padrão	08	34,7%	—	—
- Refere timidez, ficar chateada	07	30,4%	—	—
- Se isola: no Quarto, convívio, afasta-se	06	26,0%	—	—
- Não gostaria de ter fissura lábio-palatal	04	17,3%	—	—
- Hesitante/insegura/nervosa	02	8,6%	—	—
- Demora para se misturar com outras pessoas	02	8,6%	—	—
- Fica deprimido com o problema no palato	02	8,6%	—	—
- Fica calado	02	8,6%	—	—
- Chora quando não entendem o que fala	02	8,6%	—	—
- Rejeição no trabalho devido aparência/acham que não é capaz para o trabalho	02	8,6%	—	—
- Não se aproxima das pessoas	02	8,6%	—	—
- Chora ao falar sobre esse assunto(área)	02	8,6%	—	—
- Sente-se diferente das outras pessoas	01	4,3%	—	—
- Refere distância nasal grande	01	4,3%	—	—
- Irmãs acham que é frágil	01	4,3%	—	—
- Não gosta de que fiquem olhando para ele	01	4,3%	01	50
- Sente depressão/angústia	01	4,3%	—	—
- Preocupa-se com o que pensam sobre ele	01	4,3%	—	—
- Não tem amigos	01	4,3%	—	—

Na fase pré-operatória, 23 (57,5%) dos 40 pacientes apresentaram o diagnóstico de enfermagem distúrbio da auto-estima. As CD mais frequentes foram: 17 (73,9%) referências de “constrangimento social”; 11 (47,8%) referências de “ter vergonha da voz”, da fissura lábio-palatal ou de beber líquidos; 14 (60,8%) citações de que “gostariam de melhorar a voz , a comunicação com outras pessoas, a aparência, ficar mais bonito e melhorar o nariz” e 10 (43,4%) referências de “querer ser diferente e menos agressivo”.

Na fase pós-operatória, em que a frequência desse diagnóstico diminuiu ($p<0,0001$), apenas 2 (5%) pacientes tiveram esse diagnóstico identificado e as CD apontadas foram as referências de “querer melhorar a voz, a aparência, o nariz e a comunicação com as pessoas”, a “de querer ficar mais bonito”, e que “não gosta de que fiquem olhando para ele”.

Risco para Sufocação/aspiração

Tabela 05. Frequência dos fatores de risco para “risco para sufocação/aspiração”, segundo fase operatória. Bauru, 1999.

Fator de risco	Fase operatória			
	Pré		Pós	
	n=9 (22,5%)		n=27 (67,5%)	
- Tampão nasal/palato	—	—	24	88,8%
- Respiração oral	—	—	08	29,6%
- Referência de dificuldade para engolir	01	11,1%	03	11,1%
- Referência de refluxo nasal de líquidos/alimentos	09	100%	02	7,4%
- Presença de secreções nasofaríngeas	—	—	02	7,4%
- Referência de obstrução nasal parcial/total	—	—	02	7,4%
- Referência de respiração difícil/“falta de ar”	—	—	02	7,4%
- Presença de incisão liberadora no palato	—	—	01	3,7%
- Não há apreensão do alimento pelos lábios	—	—	01	3,7%
- Tosse	—	—	01	3,7%

Na fase pré-operatória, 9 (25%) pacientes apresentaram o diagnóstico de enfermagem de risco para sufocação/aspiração, sendo que, em 100% deles, esse diagnóstico foi fundamentado pela presença de “refluxo nasal de líquidos e alimentos” e, em 11,1%, pela referência de “dificuldade para engolir”.

Na fase pós-operatória, em que a frequência do diagnóstico aumentou ($p=0,0003$), 27 (67,5%) pacientes o apresentaram. Desses 27, 24 (88,8%) apresentaram o fator de risco “presença de tampão nasal e no palato”; 8 (29,6%) referiram “respiração oral” e 3 (11,1%) referiram “dificuldade para engolir”.

Membrana mucosa oral alterada

Tabela 06. Frequência das características definidoras de “membrana mucosa oral alterada”, segundo fase operatória. Bauru, 1999.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré		Pós	
	n=10 (25,0%)		n=24 (62,5%)	
- Edema face/lábio/nasal/palato	01	10,0%	20	83,3%
- Pontos: gengiva, lábio, nariz, palato	01	10,0%	17	70,8%
- Esparadrapagem nasal/labial/captel/gesso nasal	—	—	11	45,8%
- Secreção sanguinolenta oral/nasal e referência de gosto de sangue na boca	—	—	09	37,5%
- Presença tampão nasal/palato	—	—	07	29,1%
- Lesão comissura labial, incisão liberadora palato, fistula buco-nasal	01	10,0%	03	12,5%
- Referência de dificuldade de preensão alimentar	—	—	03	12,5%
- Presença prótese superior e/ou inferior e aparelho ortodôntico fixo	05	50,0%	02	8,3%
- Referência de respiração oral/dificuldade respirar	—	—	02	8,3%
- Dor ao deglutir e nos pontos	—	—	02	8,3%
- Equimose, hiperemia local pontos	—	—	02	8,3%
- Referência de refluxo nasal de líquidos	02	20,0%	—	—
- Desalinhamento/ausência de dentes	02	20,0%	—	—

Na fase pré-operatória foi identificado para 10 (25%) pacientes. As CD identificadas foram: presença de prótese superior e/ou inferior e aparelho ortodôntico fixo em 5 (50%) pacientes, referência de refluxo

nasal de líquidos por 2 (20%) pacientes, e ausência e desalinhamento dos dentes em 2 (20%) pacientes.

Na fase pós-operatória em que a frequência desse diagnóstico aumentou ($p=0,0012$), ocorrendo em 24 (62,5%) pacientes, CD foram: edema de face, lábio, cavidade oral (boca, palato) e nasal em 20 (83,3%) dos 24 pacientes; presença de pontos na gengiva, no lábio, cavidade nasal e palato em 17 (70,8%); presença de esparadrapagem nasal, labial, ponto captonado e gesso nasal em 11 (45,8%).

Dor

Tabela 07. .Frequência das características definidoras de “dor”, segundo fase operatória. Bauru,1999.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré n=07 (17,5%)		Pós n=23 (57,5%)	
- Referência de dor: ao falar, evacuar, postural, coluna, garganta, deglutir, ouvidos, local operado; nuca, cabeça, articulação têmporo-mandibular, caminhar, olhos, pontos lábio; glúteo, ao sentar; tórax;	07	100,0%	23	100%

Na fase pré-operatória, o diagnóstico de enfermagem de dor foi indicado para 7 (17,5%) do total de 40 pacientes. A CD que fundamentou esse diagnóstico foi a referência verbal de dor. Esses doentes referiram dor na coluna, ao deglutir, nos ouvidos, ao evacuar; na articulação têmporo-mandibular, na cabeça, na nuca e ao caminhar.

Na fase pós-operatória, a frequência desse diagnóstico aumentou ($p=0,0013$) e ocorreu em 23 (57,5%) dos 40 pacientes. Também nessa fase a referência verbal de dor foi a característica definidora que sustentou o diagnóstico. Quanto à localização da dor acrescentaram-se as referências do pré-operatório, queixas de dor ao falar, “garganta”, no local operado, ao caminhar, nos olhos, nos pontos do lábio, no glúteo, ao sentar, no tórax e ao mobilizar-se no leito.

Distúrbio no padrão do sono

Tabela 08. Frequência das características definidoras do “distúrbio no padrão do sono”, segundo fase operatória. Bauru, 1999.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré n=14 (35,0%)		Pós n=26 (65%)	
- Refere sono interrompido: dificuldade respirar, necessidade de urinar ou vomitar	11	78,5%	14	53,8%
- Refere pesadelos	02	14,2%	05	19,2%
- Refere que dormiu mal	—	—	04	15,3%
- Refere poucas horas de sono	03	21,4%	03	11,5%
- Preferência dormir em determinada posição	—	—	03	11,5%
- Refere que acorda cansado	05	35,7%	02	7,69%
- Refere sonolência e querer ficar na cama	—	—	02	7,69%
- Refere demora para conciliar sono	03	21,4%	01	3,8%
- Refere que a noite demorou para passar	—	—	01	3,8%
- Refere insônia	—	—	01	3,8%
- Refere ronco durante o sono	02	14,2%	—	—
- Refere que conversa dormindo	02	14,2%	—	—
- Refere sono agitado	01	7,1%	—	—

Verificamos, na fase pré-operatória, que 14 (35,0%) pacientes apresentaram o diagnóstico de enfermagem do “distúrbio no padrão do sono”. Desse total, 78,5% referiram sono interrompido; 35,7%, que

“acorda cansado”; 21,4% referiram que têm “poucas horas de sono” e a mesma proporção referiu “demora” (dificuldade) em conciliar o sono.

Na fase pós-operatória, esse diagnóstico de enfermagem aumentou ($p=0,0033$), sendo identificado em 26 (65%) pacientes. Catorze desses pacientes (53,8%) referiram sono interrompido; 5 (19,2%) referiram que tinham “pesadelos” e 4 (15,3%) pacientes referiram “dormir mal”.

Integridade tissular prejudicada

Tabela 09. Frequência das características definidoras de “integridade tissular prejudicada”, segundo fase operatória. Bauru, 1999.

Característica definidora	Fase operatória	
	Pós	
	n=10 (25,0%)	
- Edema nasal/labial/palpebral	04	40,0%
- Referência de pontos: “repuxando”, com hiperemia	04	40,0%
- Lesão: pele, queimadura, comissura labial	03	30,0%
- Olhos ardentes/lacrimajantes/hiperemia	03	30,0%
- Hematoma, crostas sanguinolentas e secreção oronasal	03	30,0%

Na fase pré-operatória não houve identificação do diagnóstico de enfermagem de integridade tissular prejudicada. Na fase pós-operatória foram identificados 10 (25%) pacientes com esse diagnóstico, e o aumento de frequência foi significativo ($p=0,0044$). As frequências das CD foram: edema nasal/labial/palpebral (40%); hiperemia de pele na região dos pontos e referência de “pontos repuxando”(40%); lesão de pele e queimadura, presença de hematoma e crostas sanguinolentas e secreção oronasal (30%).

Fadiga

Tabela 10. Frequência das características definidoras de “fadiga”, segundo fase operatória. Bauru, 1999.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré n=01 (2,5%)		Pós n=11 (27,5%)	
- Refere: fraqueza, tontura, vontade deitar/quer repousar, cansaço	01	100,0%	11	100,0%

Na fase pré-operatória encontramos 1 (2,5%) paciente com diagnóstico de enfermagem de fadiga. Na fase pós-operatória, a frequência aumentou significativamente ($p=0,0044$), passando para 11(27,5%) pacientes com esse mesmo diagnóstico. Tanto no pré como no pós-operatório a característica que fundamentou o diagnóstico foi a referência, pelos pacientes, de “fraqueza, tontura, vontade deitar e repousar e cansaço”.

Déficit de Conhecimento

Tabela 11. Frequência das características definidoras do “déficit de conhecimento”, segundo fase operatória. Bauru, 1999.

Característica definidora	Fase operatória			
	Pré n=26 (65,0%)		Pós n=15 (37,5%)	
- Referência de não conhecimento: sobre os cuidados pós-operatórios, se vai melhorar a aparência nasal, se demora a voltar ao normal; sobre fissura lábio-palatal	20	76,9%	01	6,6%
- Quer saber sobre: cor arroxeadas olhos, edema labial, menstruação, incisão liberadora, fissura lábio-palatal, o tratamento da voz, dor, anestesia, refluxo nasal de líquidos, qual será a próxima cirurgia, cicatriz cirúrgica, como ficará o lábio após a cirurgia, uso do aparelho ortodôntico.	18	69,2%	07	46,6%
- Referência de dificuldade: em entender o que se fala, por não conhecer as rotinas do hospital, para memorizar e aprender coisas novas	11	42,3%	—	—
- Não Seguiu as orientações cirurgia anterior	01	3,8%	—	—

Na fase pré-operatória, 26 (65,0%) pacientes apresentaram o diagnóstico déficit de conhecimento. Caracterizaram esse diagnóstico 20 (76,9%) referências de não conhecimento sobre: “os cuidados pós-operatórios e sobre fissura lábio-palatal”, “se vai melhorar o nariz” ou “se demora a voltar ao normal”.

Na fase pós-operatória houve diminuição da frequência desse diagnóstico ($p=0,0218$) e 15 (37,5%) pacientes o apresentaram. As CD que fundamentaram esse diagnóstico no pós-operatório foram: referência pelo paciente “de não saber sobre os cuidados pós-operatórios” e referência “de querer saber sobre os cuidados pós-

operatórios” e algumas referências à coloração de pele, edema e aspecto do local operado, o tratamento ortodôntico, fissura lábio-palatal e refluxo nasal de líquidos. O diagnóstico de enfermagem déficit de conhecimento também foi caracterizado por referência de desconhecimento sobre aspectos que envolviam o período pós-operatório e ao tratamento ortodôntico e da voz.

3.4 Padrões Funcionais de Saúde alterados

Nesta parte do relatório serão apresentados os resultados dos Padrões Funcionais de Saúde alterados. Considerou-se alterado todo o Padrão Funcional de Saúde que tivesse pelo menos um diagnóstico presente.

Apresentamos na Tabela 12 a relação dos diagnósticos de enfermagem formulados no estudo segundo os PFS, conforme as classificação de GORDON (1987). Na Tabela 12 estão apresentadas, na forma de subtotais, as frequências de ocorrência dos conjuntos de categorias diagnósticas de cada PFS. Considerando que a ocorrência de diagnósticos em determinado padrão indica que ele está alterado, a frequência relativa de diagnósticos em cada PFS pode representar a sua importância para a amostra estudada em cada fase cirúrgica.

Tabela 12. Diagnósticos de enfermagem agrupados em Padrões Funcionais de Saúde e respectivas frequências, segundo a fase operatória. Bauru, 1999.

Padrão	Categoria diagnóstica	Fase operatória			
		Pré		Pós	
		n	%	n	%
Padrão de Percepção e Controle de Saúde	Manutenção da saúde alterada	03		—	
	Risco para infecção *	02		40	
	Desobediência	01		—	
	Subtotal	06	3,20	40	16,39
Padrão Nutricional Metabólico	Risco para sufocação/aspiração *	09		27	
	Membrana mucosa oral alterada *	10		24	
	Deglutição prejudicada	19		26	
	Nutrição alterada: risco para menos do que as necessidades corporais	01		07	
	Dentição alterada	01		—	
	Nutrição alterada: risco para mais do que as necessidades corporais	01		—	
	Integridade tissular prejudicada *	—		10	
	Náusea	—		01	
	Subtotal	41	21,92	95	50,8
Padrão de Eliminação	Constipação	04		01	
	Risco para constipação	01		—	
	Eliminação urinária alterada	—		01	
	Subtotal	05	2,67	02	1,06
Padrão de Atividade – Exercício	Intolerância à atividade	04		07	
	Crescimento e desenvolvimento alterados	03		—	
	Déficit no autocuidado para alimentação	02		05	
	Déficit no autocuidado para vestir-se	02		04	
	Fadiga	01		11	
	Déficit no autocuidado para higiene	01		05	
	Mobilidade física prejudicada	—		01	
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	—		01	
	Subtotal	13	7,64	34	12,73
Padrão de Sono e Repouso	Distúrbio no padrão do sono *	14		26	
	Subtotal	14	7,48	26	9,73
Padrão Cognitivo – Perceptivo	Déficit de conhecimento *	26		15	
	Dor *	07		23	
	Alteração sensorial da percepção auditiva	03		—	
	Alteração sensorial da percepção visual	03		—	
	Subtotal	39	22,94	38	14,23

Tabela 12. Diagnósticos de enfermagem agrupados em padrões funcionais de saúde e respectivas frequências segundo a fase operatória. Bauru, 1999.

Padrão	Categoria diagnóstica	Fase operatória			
		Pré		Pós	
		n	%	n	%
Padrão de Autopercepção e Autoconceito	Distúrbio na auto-estima *	23		02	
	Ansiedade	16		11	
	Medo	13		08	
	Impotência	—		01	
	Subtotal	52	27,80	22	8,23
Padrão de Desempenho de Papel e Relacionamento	Comunicação verbal prejudicada	11		07	
	Subtotal	11	6,47	07	2,62
Padrão Sexual – Reprodutivo	Padrões de sexualidade alterados	01		—	
	Subtotal	01	0,58	—	—
Padrão de Tolerância e Resposta ao Estresse	Enfrentamento individual ineficaz	06		02	
	Risco para enfrentamento individual ineficaz	01		01	
	Subtotal	07	4,11	03	1,12

* Diagnóstico de enfermagem com diferença significativa

Ocorreram alterações em todos os PFS, com exceção do Padrão de Crença e Valor onde atualmente poderiam ser classificados os diagnósticos: angústia espiritual, risco para sofrimento espiritual e potencial para bem-estar espiritual aumentado (NANDA, 2000).

Os PFS com maior frequência de diagnósticos formulados no pré-operatório foram: Padrão de Autopercepção e Autoconceito (27,8%), Padrão Cognitivo-Perceptivo (22,9%), Padrão Nutricional-Metabólico (21,9%). No pós-operatório, os que obtiveram maiores frequências foram: Padrão Nutricional-Metabólico (50,8%), Padrão de Percepção e Controle de Saúde (16,3%) e o Padrão Cognitivo-Perceptivo (14,2%).

4 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os resultados de acordo com a seqüência de apresentação dos mesmos. Dessa forma serão discutidos, primeiramente, os resultados sobre a frequência total dos diagnósticos; a seguir, os que tratam das suas naturezas, destacando-se aqueles cujas frequências se modificaram significativamente no pós-operatório. Finalmente, serão discutidos os resultados sobre os Padrões Funcionais de Saúde alterados.

4.1 Discussão sobre a frequência total dos diagnósticos de enfermagem

Foram identificados 454 diagnósticos de enfermagem, sendo na fase pré-operatória 187 e na fase pós-operatória 267.

Foram identificadas 35 categorias diagnósticas, 29 delas na fase pré-operatória e 26 na fase pós-operatória. A média de diagnósticos de enfermagem por paciente na fase pré-operatória foi de 4,7 por paciente e de 6,7 na fase pós-operatória (Tabela 01). O aumento da média de diagnósticos na fase pós-operatória ($p < 0,0001$) indica um aumento da demanda de necessidades de cuidados de enfermagem da população do estudo nessa fase.

O foco de atenção deste estudo foi identificar os fenômenos que

podem acontecer aos pacientes que se submetem à intervenção cirúrgica para correção de fissura lábio-palatal. Assim, era esperado que os pacientes em fase pós-operatória imediata necessitassem de maior atenção de enfermagem. Isso justificaria a média maior de diagnósticos de enfermagem por paciente encontrada na amostra do estudo na fase pós-operatória.

CRUZ (1989) encontrou uma média de 7,7 DE por paciente em estudo com 30 pacientes internados com o diagnóstico médico de cardiopatia chagásica, identificando 24 categorias diagnósticas de enfermagem. Citou “que a assistência de enfermagem demanda um amplo espectro de conhecimento”. PASINI et al. (1996), em estudo com 32 pacientes com diagnósticos médicos que se referiam aos sistemas cardiovascular, digestivo e endócrino, identificaram 256 DE com média de 8 por paciente.

A amostra do presente estudo mostrou uma média de DE por paciente nas duas fases, sendo que a intervenção cirúrgica constituiu-se uma característica comum a todos os pacientes da amostra.

4.2 Discussão sobre a natureza dos diagnósticos

Dentre as 35 categorias identificadas, algumas ocorreram só no pré

ou só no pós-operatório (Tabela 02). Isso indica a existência de um perfil de necessidades de cuidados que se modifica de acordo com a fase operatória. Esse perfil é a caracterização dos diagnósticos de enfermagem que são indicativos de necessidades de cuidados.

Como se observa na Tabela 02, os diagnósticos mais freqüentes no pré-operatório foram: déficit de conhecimento (65%); distúrbio de auto-estima (57,3%); ansiedade (40%). No pós-operatório, os mais freqüentes foram: risco para infecção (100%); risco para sufocação/aspiração (67,5%); distúrbio do padrão do sono e deglutição prejudicada (65%).

Os resultados do teste de McNemar (Tabela 02) permitem-nos afirmar que, dentre esses diagnósticos mais freqüentes em cada uma das fases, os de ansiedade e medo não obtiveram alteração significativa nas suas freqüências quando da passagem do pré para o pós-operatório. Todos os demais obtiveram alteração significativa da freqüência no pós-operatório.

Por isso, nesta parte da discussão, trataremos dos dois diagnósticos entre os mais freqüentes do pré-operatório, cujas freqüências não se alteraram significativamente no pós-operatório – ansiedade e medo. A seguir, discutiremos os diagnósticos cujas freqüências se modificaram no pós-operatório, que coincidem com os cinco mais freqüentes no pré ou pós-operatório, excluindo-se os diagnósticos de ansiedade e medo no

pré-operatório.

O terceiro diagnóstico de enfermagem mais freqüente no pré-operatório foi a ansiedade (40%) e o quarto foi o medo (32,5%) (Tabela 02). Como já observado, as freqüências desses diagnósticos não se modificaram significativamente (ambos com $p=0,2673$) no pós-operatório (27,5% e 20%) (Tabela 02). No pós-operatório, o medo e a ansiedade não estão entre os cinco mais freqüentes, apesar de terem ocorrido também. Isso sugere que, apesar de o medo e a ansiedade serem diagnósticos ativos tanto no pré quanto no pós-operatório, em termos de freqüência eles são superados por outras necessidades no pós-operatório.

Ansiedade é definida como “um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica, a fonte é freqüentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo; um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal variável que alerta para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com ameaça” (NANDA, 2000). Medo é definido como “ansiedade causada por um perigo conscientemente reconhecido e real. É uma ameaça percebida, real ou imaginária. Operacionalmente, medo é a presença de sentimento imediato de apreensão e pavor; fonte conhecida e específica; respostas subjetivas que atuam como energizadores, mas não podem ser observadas; sinais

objetivos que são o resultado da transformação de energia em comportamentos de alívio e respostas” (NANDA, 2000).

As categorias diagnósticas de ansiedade e medo, presentes, 40% e 32,5%, respectivamente, no pré-operatório podem indicar a necessidade de enfatizar os cuidados de enfermagem para o alívio do “sofrimento emocional” na fase pré-operatória. Esse sofrimento é pontuado pela preocupação com o que poderá acontecer com o paciente no trans e pós-operatório: a sensação dolorosa, o medo da anestesia, a expectativa de como ficará sua face após a cirurgia. Em muitos pacientes a ansiedade e o medo podem estar associados à falta de conhecimento também. DONHOE (1992), cita que a educação pré-operatória ajuda a aliviar parte desses sentimentos, e que a ansiedade é um dos diagnósticos de enfermagem que se relaciona ao paciente submetido à cirurgia plástica reconstrutiva. Continua afirmando que, com a sua identificação e intervenções de enfermagem apropriadas, o enfermeiro poderá obter resultados positivos com a redução ou supressão da ansiedade.

No pós-operatório, em termos de frequência, respostas mais pertinentes à dimensão física superam a ansiedade e o medo. Isso não quer dizer que a importância desses diagnósticos, do ponto de vista individual, siga o mesmo movimento.

No pré-operatório, a ansiedade obteve características definidoras

mais voltadas às expectativas quanto ao ato operatório: referência de estresse, preocupação, temor, tensão. No pós-operatório, as características mais freqüentes foram a referência de preocupação com o resultado cirúrgico (ANEXO H).

Quanto ao medo, no pré-operatório, as características foram mais voltadas a fontes externas à situação cirúrgica ou a fontes do ato operatório. No pós-operatório, as fontes referiram-se aos cuidados com local operado, às condições do paciente no momento da alta hospitalar, entre outras, também mais próprias dos resultados da cirurgia (ANEXO H).

Feitas essas considerações sobre dois dos cinco diagnósticos mais freqüentes no pré-operatório, passaremos a discutir aqueles cujas freqüências se alteraram significativamente no pós-operatório, pois coincidem com os outros de maiores freqüências.

4.3 Discussão sobre os conteúdos dos diagnósticos com diferença de freqüência entre as fases pré e pós-operatória

Dentre as categorias diagnósticas identificadas no estudo, encontramos as que obtiveram diferença significativa entre as fases operatórias. Na fase pré-operatória, conforme a Tabela 2, as que obtiveram um freqüência significativamente maior foram: déficit de conhecimento ($p=0,0218$), distúrbio da auto-estima ($p<0,0001$), distúrbio

do padrão do sono ($p=0,0033$). Na fase pós-operatória, as que representaram um aumento significativo na frequência foram: risco para infecção ($p<0,0001$), risco para sufocação/aspiração ($p=0,0003$), membrana mucosa oral alterada ($p=0,0012$) e distúrbio do padrão do sono ($p=0,0033$). Aqui, a cirurgia foi a variável que pode ter alterado o comportamento e as reações dos pacientes da amostra em estudo.

Risco para Infecção

De acordo com a NANDA (2000), define-se risco para infecção “como o estado no qual um indivíduo corre um risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”. Encontramos na fase pré-operatória 2 (5%) pacientes com esse diagnóstico e, na fase pós, 40 (100%) pacientes ($p<0,0001$) (Tabela 3). Os fatores de risco identificados no pré foram: procedimento de extração dentária (50%) e paciente portador de valvulopatia cardíaca (50%) (Tabela 03). O fator de risco identificado em todos os pacientes da amostra na fase pós-operatória com maior frequência foi o procedimento cirúrgico em cavidade oronasal. Outros fatores de risco identificados foram 9 (3,6%) para lesão tecidual, 6 (2,4%) para integridade tecidual prejudicada, 1 (0,4%) para presença de secreção sanguinolenta nos pontos e 1 (0,4%) para valvulopatia cardíaca. As intervenções cirúrgicas realizadas nos sujeitos do estudo, na sua totalidade, foram em cavidade oronasal

(ANEXO A). GRINBAUM (1997) cita que a ferida cirúrgica é um clássico fator de risco e que as cirurgias classificadas como potencialmente contaminadas são aquelas que abordam os tratos digestivo, respiratório, geniturinário e orofaringe. De acordo com a Portaria de nº 930 de 27 de agosto de 1992, do Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992), as cirurgias contaminadas são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação é difícil ou impossível.

No estudo de LOPES, MACEDO, LOPES (1997) sobre a frequência de diagnósticos de enfermagem em unidade de internação oncológica, foi encontrado, em 100% dos casos, o diagnóstico de risco para infecção. O fator de risco identificado foi o procedimento cirúrgico. FREITAS, GUEDES, SILVA (1997), em estudo com 50 pacientes submetidos às cirurgias traumato-ortopédicas, identificaram, no pós-operatório, 30 pacientes com o diagnóstico de risco para infecção. Esses 30 pacientes apresentaram fratura exposta com a pele rompida sobre a mesma. O fator de risco trauma tissular foi citado 31 vezes.

O fato de encontrarmos uma frequência de 5% de risco para infecção na fase pré-operatória pode ser justificado, em parte, com os procedimentos de rotina realizados na preparação do paciente para a cirurgia. Todos os pacientes passam por avaliação quanto ao estado

clínico, laboratorial e odontológico nos primeiros cinco dias que antecedem ao dia da cirurgia, descartando-se qualquer tipo de infecção. Se necessário for, são reavaliados por profissional médico e de enfermagem no pré-operatório imediato.

Na fase pós-operatória, o risco para infecção foi formulado para os 40 (100%) dos doentes (Tabela 03). O procedimento cirúrgico em cavidade oronasal foi identificado como fator de risco. Esse tipo de procedimento cirúrgico é considerado como potencialmente contaminado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992). Outros fatores de risco foram indicados nessa fase: 9 (22,5%) com lesão tecidual, 6 (15%) com integridade tecidual diminuída, e 1 (2,5%) paciente com presença de secreção sanguinolenta nos pontos.

A redução do risco para infecção dos pacientes portadores de fissura lábio-palatal submetidos a procedimento cirúrgico pode ser mediada por intervenções de enfermagem como: intensificar a higiene oral no pré e pós-operatório, identificar a demanda terapêutica, buscar e incentivar as habilidades para o autocuidado dessa população. E, assim, a equipe de enfermagem pode contribuir para a diminuição do tempo de permanência de internação no pós-operatório e incentivar o autocuidado desses pacientes.

É oportuno citar que o HRAC – USP mantém um sistema de alta

hospitalar aos pacientes submetidos à cirurgia de correção de lábio e ou palato dentro das primeiras 24 – 48 horas de pós-operatório. O paciente é reavaliado quanto às condições clínica e cirúrgica após a permanência por um período de 24 horas na cidade e recebe alta hospitalar para sua cidade de origem. Esses pacientes são orientados a comunicar o serviço de enfermagem do hospital, via telefone, quaisquer sintomas ou sinais de infecção assim como outras intercorrências pós-cirúrgicas que possam vir a apresentar. Desse modo poderíamos “perder de vista” os pacientes que, por qualquer motivo, possam adquirir infecção após a alta hospitalar. Sugerimos então a elaboração de um protocolo a ser realizado por enfermeiro durante o aconselhamento por telefone e uma linha de discagem gratuita para atendimento aos pacientes que necessitassem, por algum motivo, comunicar-se com o hospital. O objetivo desse tipo de atendimento seria detectar as necessidades de cuidados e intervenções de enfermagem que poderão ser padronizadas e orientadas por telefone.

Risco para sufocação/aspiração

O risco para sufocação é definido pela NANDA (2000) como “risco acentuado de sufocação acidental (ar disponível para inalação inadequado)” e o risco para aspiração é definido como “estado no qual um indivíduo corre o risco de entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, ou sólidos ou fluidos na via traqueobrônquica.”

Entendemos que esses dois diagnósticos puderam ser associados devido à presença simultânea dos fatores de risco mais frequentes – presença de tampão nasal e/ou palatino e presença de refluxo de líquidos da cavidade oronasal.

Conforme a Tabela 05, obtivemos na fase pré-operatória 10 (25%) pacientes com esse diagnóstico e 27 (67,5%) na fase pós-operatória ($p=0,0003$). Os fatores de risco na fase pré foram: 9 (90%) pacientes citaram o refluxo nasal de líquidos e ou sólidos e 1 (10%) paciente citou dificuldade para engolir. Na fase pós-operatória (Tabela 05), 24 (88,8%) tinham tampão nasal ou palatino colocado no ato cirúrgico; 8 (29,6%) referiram respiração oral; 3 (11,1%) referiram dificuldade para engolir; 2 (7,4%) referiram refluxo nasal de líquidos; 2 (7,4%) pacientes tinham secreção nasofaríngea; 2 (7,4%) pacientes referiram obstrução nasal parcial e/ou total e respiração difícil com “falta de ar”; 1 (3,7%) paciente apresentava incisão liberadora no palato; 1 (3,7%) paciente referiu não conseguir prender os alimentos com os lábios e necessitava despejar os alimentos na boca; 1 (3,7%) paciente referiu tosse.

Das cirurgias realizadas, 22,5% foram queiloplastia, 12,5% rinoseptoplastia, 12,5% rinoplastia, 12,5% queiloplastia com rinoseptoplastia, 5% queiloplastia com correção nasal, 2,5% para a queiloplastia com correção de fístula buco-nasal e de fístula de palato,

2,5% para as cirurgias de correção de fístula de palato, 2,5% para queiloplastia com septoplastia, correção de fístula buco-nasal e turbinectomia (ANEXO A).

Usualmente nos procedimentos cirúrgicos intra-nasais são utilizados tampões de gaze cirúrgica nas narinas dos pacientes. Esses tampões são fatores de risco para aspiração e sufocação. A presença de fístula buco-nasal ou de palato no paciente pode também persistir no pós-operatório. Assim sendo, a referência de refluxo nasal de líquidos da cavidade oral para a nasal poderá se constituir em fator de risco.

A palatoplastia é o fechamento cirúrgico da fissura do palato e, como em toda reparação cirúrgica estética, podem ocorrer seqüelas. A fístula de palato é um exemplo disso. Segundo MODOLIN, KAMAKURA (1982), as alterações exclusivamente funcionais, que as fístulas de palato provocam, exigem nova correção cirúrgica. O escape de líquidos da cavidade oral para a nasal através da fístula pode ser um dos sinais da presença de fístula de palato e torna-se fator de risco para aspiração.

Na amostra desse estudo 2 (5%) pacientes foram submetidos à correção cirúrgica de fístula de palato e 2 (5%) à correção de fístula buco-nasal. Apesar de ter havido pacientes que referiram o sintoma de refluxo de líquidos e/ou sólidos da cavidade oral para a nasal, eles não

foram submetidos à correção cirúrgica de fístula naquela internação, permanecendo ainda o risco para aspiração.

A permanência dos tampões nasais colocados durante o ato cirúrgico pode obstruir mecanicamente as narinas, ocasionando dificuldade respiratória. Isso é um fator de risco para sufocação do paciente. O tampão nasal pode “escorregar” para a orofaringe ocasionando sufocação e/ou aspiração para a árvore traqueobrônquica.

A utilização de tampões nasais nas rinoplastias tem a finalidade, segundo BARODIN (1982), de evitar sangramentos externos até a coagulação do sangue e o seu uso varia de 3 horas a 3 dias no pós-operatório imediato. O padrão respiratório desses pacientes deve permanecer inalterado apesar da redução discreta do calibre das narinas.

Dessa maneira devemos incluir, no plano de cuidados de enfermagem no pós-operatório dessa população, intervenções de enfermagem que porporcionem: manter vias aéreas permeáveis e desobstruídas, evitar aspiração traqueobrônquica; drenagem de secreções nasofaríngeas.

Integridade Tissular Prejudicada

Tem como definição, de acordo com a NANDA (2000), “estado no qual um indivíduo experimenta dano às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos. É um estado no qual um indivíduo tem

tecidos corporais alterados”. Na fase pré-operatória não houve identificação desse diagnóstico na amostra estudada. Na fase pós-operatória, 10(25%) pacientes apresentaram esse diagnóstico. As características definidoras (Tabela 10) apontadas foram: lesão de pele, queimadura por bisturi elétrico, lesão em comissura labial, referência de olhos ardentes e lacrimejantes e hiperemia ocular, edema nasal, labial e palpebral, pontos de mononylon “repuxando”, hiperemia nos pontos, hematoma; crostas sanguinolentas e secreção oronasal em ferida cirúrgica.

A correção cirúrgica da fissura palatina é complexa, exige técnica adequada ao tipo da fissura e experiência do cirurgião. Segundo FRANCO (1996), esse tipo de reparação cirúrgica tem como objetivo fundamental atuar sobre os músculos, corrigir o afastamento muscular que tira o apoio mútuo e a estabilidade do diafragma palatino e, ao mesmo tempo, conseguir o maior alongamento possível que contrabalance carências morfológicas de origem congênita. A posição do paciente na mesa cirúrgica exige hiperestensão cervical e o afastador de boca é acoplado de forma a proporcionar a melhor visualização do campo cirúrgico pelo cirurgião. Assim, possíveis lesões poderão surgir na comissura labial do paciente, o que será detectado ao ser retirado o afastador de boca. Outras lesões podem surgir após a retirada de fita

adesiva e autocolantes da região torácica proveniente de eletrodos da monitoração do paciente durante o ato cirúrgico. A antissepsia do local a ser operado também pode causar inadvertidamente danos à mucosa ocular por escorrimento do antisséptico no olhos, ocasionando irritação e hiperemia do local. As queixas do paciente geralmente são de sensação de ardência e queimação nos olhos.

O diagnóstico de enfermagem de integridade tissular prejudicada foi encontrado em alguns estudos com paciente cirúrgico. CAVALCANTE, PAGLIUCA, SOARES (1998) apontaram como fator relacionado o fator mecânico. FREITAS, GUEDES, SILVA (1997), em estudo com diagnósticos de enfermagem em pós-operatórios de cirurgias traumato-ortopédicas, apontaram as seguintes características definidoras: a solução de continuidade da pele, incisão cirúrgica punção venosa, exposição óssea, distúrbio das camadas da pele e hematoma. Os fatores relacionados citados foram: procedimentos invasivos e lesões cutâneas por trauma.

De acordo com os resultados obtidos, consideramos o diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada um indicador da necessidade de cuidados para essa população. O planejamento dos cuidados deve incluir intervenções no trans e pós-operatório que visem: manter a pele limpa e seca; evitar a remoção da epiderme ao retirar os

adesivos da pele; orientar e detectar sinais e ou anormalidades; orientar e promover educação do paciente quanto à identificação de sinais e sintomas de piora do local lesado; promover o autocuidado do paciente.

Membrana Mucosa Oral Alterada

De acordo com a NANDA (2000) , membrana mucosa oral alterada é definido como: “desordens nos lábios e tecidos moles da cavidade oral”. Obtivemos 10 (25%) pacientes que apresentaram esse diagnóstico na fase pré-operatória e 24 (62,5%) pacientes na fase pós-operatória ($p=0,0012$) (Tabela 07). Por essa definição todos os pacientes do estudo com fissura lábio-palatal deveriam ter o diagnóstico de membrana mucosa oral alterada, porque a fissura é uma desordem nos lábios e tecidos moles da cavidade oral. Porém, quais as intervenções de enfermagem que poderiam ser propostas para esse diagnóstico? Em relação a essa malformação congênita não existem intervenções de enfermagem, mas sim frente às necessidades de cuidados de enfermagem que essa população manifesta. Essa manifestação é o conjunto de respostas humanas que se mostram nos Padrões Funcionais de Saúde. Observamos que a definição proposta pela NANDA (2000) é limitada e não oferece argumento suficiente para afirmarmos esse diagnóstico. CARPENITO (1999) define esses diagnóstico como “estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, lesões na cavidade

oral”. Acreditamos que essa definição é mais adequada às circunstâncias que envolvem o paciente cirúrgico desse estudo.

As características definidoras (Tabela 06) identificadas na fase pré foram: pontos na gengiva, edema de face pós-exodontia sob anestesia local, presença de prótese ortodôntica e dentária superior e/ou inferior, fístula buco-nasal, refluxo nasal de líquidos da cavidade oral, desalinhamento e/ou ausência de dente(s).

Na fase pós-operatória foram apontados como características definidoras (Tabela 06): edema de face, lábio, boca, nariz e palato em 20 (83,3%) pacientes; presença de pontos na gengiva, lábio, nariz, palato em 17 (70,8%) pacientes; a esparadrapagem nasal, labial, gesso nasal, pontos na gengiva, ponto captonado, pontos na região labial, palatal e nasal em 11 (45,8%) pacientes; secreção sanguinolenta oral, nasal e referência de gosto de sangue na boca em 9 (37,5%) pacientes; presença de tampão nasal e/ou de palato em 7 (29,1%) pacientes; lesão em comissura labial, presença de fístula buco-nasal, incisão liberadora no palato em 3 (12,5%) pacientes; referência de dificuldade de preensão dos alimentos pelos lábios em 3 (12,5%) pacientes; referência de dor ao deglutir e nos pontos cirúrgicos em 2 (8,3%) pacientes; referência de respiração oral e de dificuldade para respirar em 2 (8,3%) pacientes; presença de equimose e hiperemia no local dos pontos em 2 (8,3%)

pacientes.

Consideramos que as CD citadas pelos juizes do estudo – esparadragem nasal e gesso nasal – não caracterizam a presença desse diagnóstico; porém, necessitam de cuidados de enfermagem. Isso se caracteriza como um problema colaborativo, já definido anteriormente segundo CARPENITO (1999). O mesmo acontece com as características citadas – pontos de pele – que são retirados de acordo com prescrição médica, porém exigem intervenções de enfermagem quanto à manutenção da limpeza e prevenção de infecção local.

Desse modo, surpreendemo-nos com essa questão e poderíamos correr o risco de que todas as intervenções de enfermagem que propusermos para o diagnóstico de membrana mucosa oral alterada estariam preenchendo as necessidades de cuidados que o diagnóstico de risco para infecção representa para a população em estudo.

Sabendo que esses pacientes recebem alta hospitalar assim que tenham condições num período de 24 a 72 horas do pós-operatório, as intervenções de enfermagem, referentes à educação e treinamento dos pacientes em conjunto com seus familiares, devem ter como objetivo o desenvolvimento de habilidades para manutenção adequada da higienização oral, inspeção e observação do local operado. Esses aspectos são importantes para o planejamento dos cuidados pós-

operatórios de correção de fissura lábio-palatal assim como podem otimizar a fase de convalescença desses pacientes ao retornarem às suas cidades de origem.

Pesquisas posteriores sobre o diagnóstico de enfermagem membrana mucosa oral alterada podem clarear e nortear esses fenômenos descritos.

Distúrbio no Padrão do Sono

Segundo definição da NANDA (2000) “é uma desordem com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência)”.

Obteve-se com esse estudo a indicação desse diagnóstico para 14 (35%) pacientes na fase pré-operatória e para 26 (65%) na fase pós-operatória ($p=0,0033$) (Tabela 08).

As CD identificadas na fase pré-operatória (Tabela 08) foram: sono interrompido referido por 11 (78,5%) pacientes; 5 (35,7%) referiram que acordam cansados e 3 (21,4%) deles referiram poucas horas de sono e demora para conciliar o sono; 2 (14,2%) deles referiram roncos e pesadelos durante o sono; conversam dormindo e alteração no horário de dormir e 1 (7,1%) referiu sono agitado.

As CD identificadas na fase pós-operatória (Tabela 08) foram: 14 (53,8%) pacientes referiram sono interrompido; 5 (19,2%) deles

referiram ter pesadelos durante o sono; 4 (15,3%) referiram dormir mal; 3 (11,5%) referiram ter poucas horas de sono e dificuldade em dormir em determinada posição; 2 (7,6%) deles citaram: sonolência, “vontade de ficar na cama”; 1 (3,8%) referiu: demora para conciliar o sono, que a “noite demorou para passar” e insônia.

O pós-operatório imediato é um período complexo tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem que o assiste. Muitos fatores podem ter contribuído para a frequência obtida pela categoria distúrbio no padrão do sono (62,5%) na fase pós-operatória (Tabela 08). O primeiro fator é a localização física da unidade pós-operatória onde permanecem os pacientes no período pós-operatório imediato. Obtivemos queixas dos pacientes desse estudo quanto a esse aspecto. Essa unidade fica próxima e recebe interferência de ruídos de choro e conversação dos acompanhantes das crianças internadas nos berçários que comportam pacientes na faixa etária de 1 a 4 anos. Outro fator colaborador para a frequência obtida na fase pós-operatória dessa categoria é a interrupção do sono do paciente pela equipe de enfermagem para prestar cuidados de enfermagem quando da administração de medicamentos, cuidados de controle de sangramento do local cirúrgico. No presente estudo, a CD mais freqüente foi o sono interrompido.

CRUZ et al.(1996), com a finalidade de caracterizar as

necessidades de cuidados de enfermagem de doentes em uma unidade de terapia intensiva, identificaram a categoria diagnóstica distúrbio do padrão do sono em 24 (75%) pacientes. Dos 32 pacientes internados, a característica definidora de sono interrompido foi a mais freqüente. ABRÃO, GUTIERREZ, MARIN (1997), em estudo que teve como objetivo a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes relacionados ao aleitamento materno a partir da aplicação de um instrumento de coleta na consulta de enfermagem a 12 puérperas, citaram o diagnóstico de distúrbio do padrão do sono para 9 (75%) pacientes e a CD mais freqüente foi o sono interrompido.

As intervenções de enfermagem para reduzir ou eliminar os fatores relacionados ao distúrbio do padrão do sono podem ser: reduzir o ruído ambiental, organizar os procedimentos de enfermagem de modo a reduzir o número de interrupções durante o período de sono, explicar ao paciente as causas dos distúrbios do sono e estimular o paciente a tomar atitudes para diminuí-las.

Distúrbio da auto-estima

Segundo a NANDA (2000), o distúrbio da auto-estima define-se como “auto-avaliação/sentimentos negativos em relação a si mesmo ou às suas capacidades, que podem ser expressos direta ou indiretamente”.

A categoria diagnóstica distúrbio da auto-estima foi identificada

para 23 (57,3%) pacientes na fase pré-operatória e para 2 (5,0%) na fase pós-operatória ($p<0,0001$) (Tabela 04).

Encontramos como CD, na fase pré-operatória (Tabela 04), que 17 (73,9%) pacientes referiram constrangimento social; 14 (60,8%) pacientes gostariam de melhorar a voz, a comunicação com as outras pessoas, a aparência, o nariz, “ficar mais bonito”; 13 (56,5%) pacientes referiram dificuldade em relacionar-se na escola, com a família, grupos, e para divertir-se; 11 (47,8%) referiram ter vergonha da voz, da fissura e de beber líquidos em público, 10 (43,4%) deles referiram que gostariam de ser menos agressivos e diferentes e citaram a discriminação “sobre o que os outros falam e dão apelidos aos fissurados”; 8 (34,7%) referiram dificuldade para namorar devido ao padrão de beleza; 7 (30,4%) citaram a timidez e ficam chateados; 6 (26%) isolam-se no quarto, do convívio familiar e afastam-se; 4(17,3%) referiram que não gostariam de ser portador de fissura lábio-palatal; 2 (8,6%) referiram que não lêem em público, são hesitantes, inseguros e nervosos; demoram para se “misturar” às outras pessoas; ficam deprimidos com o problema da fissura; repetem várias vezes o que dizem para serem compreendidos; ficam calados; têm crise de choro ao serem questionados sobre este aspecto no momento da entrevista; referem rejeição na ocupação profissional devido à aparência física e acham que não são capacitados

para o trabalho; não se aproximam das pessoas; 1 (4,3%) paciente sente-se diferente das outras pessoas; antes de responder às perguntas durante a entrevista dirigia o olhar para a mãe que o acompanhava; referência de insatisfação com o nariz e “de que as pessoas acham-no frágil”; sente depressão e angústia; preocupa-se com que os outros pensam sobre si e refere não ter amigos.

Dessa forma geral essas características definidoras referem-se à autopercepção e autoconceito relativos à comunicação interpessoal, aparência física, dificuldade em relacionamento na escola, família e diversão, discriminação e apelido conferidos por outras pessoas, dificuldade para namorar devido ao defeito físico e padrão de beleza socialmente aceito. A idade da população do estudo variou entre 12 e 40 anos, com média de 22,4 anos. Isso pode ter influenciado a presença das características definidoras citadas devido à fase de desenvolvimento em que os pacientes se encontravam, adolescência e adulto-jovem. Nessas fases de vida a imagem corporal do paciente com fissura, o estigma social inerente assim como o fato de estarem à margem do padrão de beleza socialmente aceito, podem interferir no relacionamento interpessoal na família, escola e em outros grupos sociais a que pertencem. A CD citada por dezessete pacientes na fase pré-operatória, referência de constrangimento social, vem confirmar essa premissa.

Outros problemas ocasionados pela malformação lábio-palatal podem incrementar as dificuldades encontradas pelos pacientes durante as fases da sua vida. Dentre eles citamos a capacidade diminuída da fala, como os erros de articulação de fonemas e a hipernasalidade e a diminuição audição.

GARCIA, NEME, CHINELLATO (1999) no estudo sobre a auto-imagem em vinte pacientes adultos-jovens portadores de fissura lábio-palatal, com idade entre 18 e 30 anos no HRAC-USP, concluíram que a maioria dos pacientes apresentava auto-imagem desfavorável, dificuldades nos contatos sociais e elevado índice de dependência emocional, principalmente dos familiares. Ainda afirmam que esses pacientes relataram ter percebido mudanças estética e funcional no tratamento, porém apresentavam muita expectativa no processo de reabilitação que a instituição oferece.

CLIFFORD (1971), em estudo com 100 adultos portadores de fissura lábio-palatal na faixa etária entre 23 e 50 anos, identificou indicadores de satisfação em relação às suas situações de vida, e com os seus corpos. Os indivíduos do estudo, ao analisar o passado de suas vidas, indicaram que as fissuras tinham um maior impacto em encontros com grupo ou pessoas, quando eram alvo de provocações e na educação. Esse mesmo grupo de pacientes demonstrou notável capacidade de

trabalho.

BERMSTEIS, KAPP (1981) citam que, desde crianças, os portadores de fissura são colocados no ostracismo pelos companheiros e os encontros sociais podem causar ansiedade, medo, vergonha e aborrecimento para si e para a família e, durante a fase da adolescência, podem emergir problemas de ajustamento social.

Outro estudo realizado no HRAC-USP por ANGELO, GARCIA (1993) para avaliar a alta precoce no pós-operatório, em pacientes na faixa etária até 4 anos submetidos à cirurgia de queiloplastia, demonstrou em seus resultados a referência pelos pais que acompanhavam seus filhos, a preocupação marcante com a aparência da cicatriz cirúrgica do lábio e com a voz. Concluíram que: a preocupação exagerada em torno da aparência física acarreta inibição, agressividade e baixo rendimento escolar; os pais esperam um resultado estético cada vez melhor e que o principal motivo consciente ou inconsciente que os leva a dar continuidade ao tratamento cirúrgico é a necessidade de melhora da auto-estima.

De um total de 23 (57,5%) pacientes que apresentaram o diagnóstico de distúrbio de auto-estima na fase pré-operatória, apenas 2 (5%) dos pacientes continuaram apresentando o diagnóstico de distúrbio

da auto-estima na fase pós-operatória. Isso não deve ser entendido como se tivessem deixado de existir para os outros 21 pacientes da fase pré-operatória. Possivelmente, o instrumento ofereceu limitação na coleta dos dados desse padrão.

NORRIS (1992) considera que as intervenções de enfermagem para o diagnóstico de distúrbio da auto-estima são a base para a manutenção da auto-estima dos pacientes. Essas intervenções requerem, do enfermeiro, atitudes de cordialidade, aceitação e respeito com os pacientes.

É necessário incluir, no planejamento de enfermagem, intervenções de enfermagem que estabelecem relacionamento confiável entre enfermeiro e paciente, promovendo interação social, explorando os recursos pessoais positivos e discutindo as expectativas do paciente, conduzindo-os ao autocuidado. Assim como, encorajar o paciente a identificar aspectos positivos da sua capacidade pessoal, habilidades e aparência pessoal. Espera-se com isso, segundo NORRIS (1992), que o paciente possa alcançar resultados positivos de forma ativa no enfrentamento da situação.

Déficit de Conhecimento

Esse diagnóstico tem como definição, segundo NANDA (2000), “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a tópico específico”. Foi indicado na fase pré-operatória para 26(65%) pacientes e na fase pós-operatória para 15 (37,5%) ($p=0,0218$) (Tabela 11).

As CD (Tabela 11) identificadas foram: na fase pré-operatória 20 (76,9%) pacientes referiram nada saber sobre os cuidados pós-operatórios, a fissura lábio-palatal, melhora do nariz, se demora a voltar ao normal e na fase pós-operatória 1 (6,6%) paciente referiu para essas mesmas características citadas; 18 (69,2%) dos pacientes queriam saber sobre: a cor arroxeadada da região periorbicular, edema labial, qual a próxima cirurgia a ser realizada, como ficará o lábio, o uso do aparelho ortodôntico, a incisão liberadora do palato, a cicatriz cirúrgica, o tratamento da voz, dor, anestesia, refluxo nasal de líquidos, menstruação, sendo que, na fase pós-operatória, 7 (46,65)pacientes continuaram a referir essas mesmas características. 11 (42,3%) pacientes referiram dificuldade em entender o que se fala, memorizar e aprender coisas novas, por não conhecer as rotinas do hospital, 1 (3,8%) paciente referiu não ter seguido as orientações de cuidados de enfermagem no pós-operatório em internação anterior.

Podemos observar que a média etária da população desse estudo foi de 22,4 anos. Assim sendo, esses pacientes pertencem à fase da

adolescência e idade adulto-jovem, possuem necessidade de informação e conhecimento sobre assuntos referentes à hereditariedade da fissura, possibilidade de procriação e aconselhamento genético para tal. As questões que se referem ao processo de reabilitação da voz são importantes pois enquadram-se na manutenção da comunicação e interação com a sociedade e poderá contribuir para elevar a auto-estima. Apesar de as orientações sobre os cuidados pós-operatórios serem fornecidas pela equipe multiprofissional (enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudióloga, cirurgião-plástico etc.), no primeiro dia pós-operatório persistiu o diagnóstico de déficit de conhecimento na fase pós-operatória com as características definidoras já citadas. Isto nos leva a acreditar na necessidade de reforçar e procurar outras alternativas pedagógicas e estratégias para a educação do paciente no processo de reabilitação oferecido pelo HRAC – USP. A individualização da assistência de enfermagem é essencial pois visa identificar as necessidades de conhecimento dos pacientes e melhorar a qualidade do atendimento.

A função de especialidade inerente ao HRAC – USP confere a responsabilidade do processo de reabilitação do portador de fissura e intrínseco é o seu papel de transmissor de conhecimento e provisão da necessidade de informação aos seus usuários. Essas informações são referentes ao atendimento multidisciplinar, ao processo de reabilitação,

aos recursos oferecidos pelo hospital.

A transmissão dessas informações ao paciente, na medida de sua necessidade e interesse, podem ajudá-lo na reabilitação de sua capacidade funcional e aparência física. A multiplicação e disseminação dessas informações à sua família e comunidade permite ao paciente o envolvimento e o compromisso com seu processo de reabilitação e a instituição, além de propiciar a diminuição do preconceito e estigma social que envolvem a população do estudo.

HELLER (1981) realizou um estudo com 96 adultos-jovens portadores de fissura lábio-palatal, para avaliar o ajustamento psicosocial do indivíduo e os serviços à eles oferecidos. Recomendou incrementar esforços para aumentar a compreensão do paciente e a otimização do tratamento médico, cirúrgico e dentário à disposição. Os resultados obtidos no referido estudo sugerem que o aconselhamento oferecido pela instituição pode ser deficiente no curso normal do tratamento e que os desajustamentos sociais e a contínua insatisfação com a aparência, a audição, a fala e os dentes são importantes preocupações. Afirma que o aconselhamento aos pacientes deveria ser contínuo durante a fase da adolescência e a idade adulta.

O diagnóstico de enfermagem déficit de conhecimento é fácil de ser identificado. É um indicador para selecionar as intervenções de

enfermagem para o Padrão Cognitivo-Perceptivo da população em estudo.

A categoria déficit de conhecimento obteve na fase pré-operatória uma frequência de 65%, o que denota a importância das intervenções de enfermagem na fase pré-operatória. FOX (1992), cita que o déficit de conhecimento está entre os diagnósticos de enfermagem relacionados com as necessidades educativas do paciente na fase pré-operatória e relata que o papel do enfermeiro é ampliar e reforçar as informações quando o déficit de conhecimento é relacionado ao procedimento cirúrgico. Continua ainda sugerindo intervenções de enfermagem para facilitar a aprendizagem do paciente, promover a capacidade para o processo educativo, ajudar o paciente a compreender a informação e prepará-lo mentalmente para a cirurgia e para a recuperação no período pós-operatório.

Quanto à diminuição da frequência obtida pela categoria déficit de conhecimento na fase pós-operatória (37,5%), em relação à fase pré-operatória (65%) (Tabela 02), acreditamos que alguns motivos possam ter colaborado: o primeiro seria decorrente do efeito das orientações realizadas pelos profissionais da equipe multidisciplinar aos pacientes no pós-operatório. As orientações envolvem os cuidados pós-operatórios que se referem a cuidados de enfermagem, fisioterápico,

fonaudiológico, odontológico. O segundo seria o fato de que muitos dos pacientes da população estudada já foram submetidos a intervenções cirúrgicas no HRAC – USP em outras datas. Os cuidados e orientações de rotina continuaram a ser os mesmos, ou seja, são padronizados pelo hospital e conhecidos pelos pacientes.

Isto justificaria a frequência de 15 (37,5%) pacientes (Tabela 11) apresentarem as características definidoras já elencadas. A não redução a zero desse diagnóstico na fase pós-operatória pode ser atribuída à persistência de algumas características definidoras em pacientes que vieram pela primeira vez a instituição, e não estariam habituados com as rotinas sobre os cuidados de enfermagem pós-operatórios. Assim como a persistência de dúvidas que já poderiam ter sido minimizadas por falha de informação dos profissionais.

Dor

A definição proposta pela NANDA (2000) é a seguinte: “uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com um término antecipado ou previsível e uma duração de menos de seis meses”.

Encontramos esse diagnóstico em 7 (17,5%) pacientes na fase pré-

operatória e em 23 (57,5%) na pós-operatória ($p=0,0013$) (Tabela 02).

As CD foram: referência de dor citadas por 7 (100%) pacientes na fase pré-operatória e 23 (100%) na fase pós-operatória (Tabela 07). A referência de dor pelos pacientes quanto às circunstâncias ou local da dor foram: ao falar, ao evacuar, dor postural, na coluna, garganta, ao deglutir, nos ouvidos, no local operado, na cabeça e nuca, na articulação têmporo-mandibular, ao caminhar, nos olhos, nos pontos cirúrgicos do lábio, no glúteo, ao sentar e no tórax. Observamos na fase pós-operatória um aumento de frequência sobre a referência de dor em outras regiões do corpo que não a cavidade oronasal e face. Isso denota a necessidade de incluir no planejamento dos cuidados de enfermagem, no intra e pós-operatório, intervenções que visem a minimizar ou abolir essas queixas. Como exemplo, a posição ocupada pelo paciente na mesa cirúrgica durante o ato operatório pode causar dor na região da coluna cervical ou lombar; o tempo da permanência do tubo endotraqueal durante o ato cirúrgico pode gerar queixas de dor na “garganta”, como é observado em nossa prática clínica.

Como nesse estudo tratamos da identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à correção cirúrgica de fissura lábio-palatal era esperado que o diagnóstico de dor obtivesse uma frequência aumentada na fase do pós-operatório. A referência de dor

pelos pacientes deste estudo foi a característica definidora que determinou a presença do diagnóstico de dor , assim como nos estudos de FREITAS, GUEDES, SILVA (1997), ALMEIDA, ARAÚJO, GHEZZI (1998) e CORRÊA, CRUZ (2000).

Segundo TEIXEIRA et al. (1999) avaliar a dor é uma proposta ampla e complexa. Conhecer a sua localização, intensidade, natureza, duração, tipo é imprescindível. A dor caracterizada como diagnóstico de enfermagem deve ter, no fator relacionado, identificado o direcionamento para o planejamento das intervenções de enfermagem proporcionando alívio desse sintoma e conforto ao paciente. A administração de medicamentos prescritos pelo médico é importante, porém não deve ser a única medida no tratamento da dor. A atenção da equipe de enfermagem em uma unidade pós-operatória deve estar focada nas intervenções não- farmacológicas e ter como objetivos: alívio da dor proporcionando um ambiente tranquilo, calmo e agradável, livre de ruídos ambientais que possam incomodar e/ou incrementar a dor; ensinar medidas não invasivas de alívio da dor, proporcionar conhecimento ao paciente sobre o que está acontecendo e encorajá-lo a falar sobre sua situação. Como cita PIMENTA et al. (2000), exercícios e atividade física são importantes para o controle da dor e o uso de qualquer método para o seu controle deve ser feito de modo sistemático.

A atuação educativa junto aos pacientes e familiares tem a finalidade de torná-los agentes de autocuidado e participantes do processo terapêutico.

Fadiga

A NANDA (2000) define o diagnóstico de enfermagem fadiga como uma “sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”.

Esse diagnóstico de enfermagem foi apontado para 1 (2,5%) paciente na fase pré-operatória e para 11 (27,5%) pacientes na fase pós-operatória ($p=0,004$) (Tabela 02). As características definidoras citadas por 1 (100%) paciente na fase pré foram (Tabela 10): referência de fraqueza, tontura, “vontade de deitar”, “querer repousar” e cansaço. Na fase pós foram referendadas pelos 11 (100%) pacientes (Tabela 10), além de citação de dificuldade em mobilizar-se no leito e fora dele.

Dessa maneira, o diagnóstico fadiga torna-se foco de atenção do enfermeiro, caracterizando a amostra em estudo. As necessidades de cuidados de enfermagem podem ser atendidas pelas seguintes intervenções: estabelecer com o paciente prioridades para as atividades diárias durante a internação respeitando seu limite; participação dos pacientes em atividades que estimulam e equilibram o aspecto físico, cognitivo, afetivo e social; encorajar o paciente a expressar seus sentimentos; explicar a causa da fadiga; auxiliar o paciente a identificar

quais tarefas poderá realizar e como poderá ir adquirindo energia para prover as suas necessidades e incentivar o desenvolvimento de habilidades para o seu autocuidado. O diagnóstico de fadiga foi um achado mais freqüente na fase pós-operatória. As características definidoras foram a referência pelo paciente de “fraqueza, tontura, vontade de deitar, querer repousar, cansaço”. Acreditamos que alguns fatores possam contribuir para esse fenômeno. O paciente permanece por um período de jejum de pelo menos 8 horas no pré-operatório imediato, pois a anestesia geral é a mais comumente realizada. Durante o trans-operatório é administrado soro endovenoso de acordo com ordem médica e é suspenso horas depois no pós-operatório imediato de acordo com o estado geral do paciente quanto à hidratação, volume de sangramento no trans e pós-operatório. A dieta líquida é prescrita e o paciente vai ingerir líquidos por via oral, assim que seu nível de consciência e volume de sangramento possam ser observados, mensurados e analisados. É comum que esses pacientes refiram dor ao engolir. Assim, esses pacientes podem ter sua ingesta de líquidos diminuída em relação às suas necessidades de hidratação contribuindo para a referência das CD encontradas para o diagnóstico de fadiga.

4.4 Discussão sobre os Padrões Funcionais de Saúde alterados

Com esse estudo identificamos 10 Padrões Funcionais de Saúde alterados (Tabela 12). Isso expressa a complexidade das necessidades de cuidados de enfermagem dessa população. Dos 187 DE identificados na fase pré-operatória, 27,8% pertencem ao Padrão de Auto-Percepção e Auto-Conceito, 22,9% pertencem ao Padrão Cognitivo-Perceptivo e 21,9% ao Padrão Nutricional-Metabólico. Na fase pós-operatória, dos 267 DE identificados, 50,8% pertencem ao Padrão Nutricional-Metabólico, 16,3% ao Padrão de Percepção e Controle da Saúde e 14,2% pertencem ao Padrão Cognitivo-Perceptivo (Tabela 12).

Esse comportamento denota que, na fase pré-operatória, as alterações que se referem às áreas de percepção, autoconceito e cognição foram responsáveis pela maior parte das necessidades de cuidados da amostra e caracterizam o seu perfil nessa fase.

No Padrão de Auto-Percepção e Autoconceito essas alterações foram por conta do distúrbio da auto-estima. No Padrão Cognitivo-Perceptivo o diagnóstico de enfermagem déficit de conhecimento foi o que influenciou as alterações funcionais dos pacientes da amostra. Chama a atenção as frequências aumentadas desses padrões nas fases operatórias em relação ao número de diagnósticos de enfermagem que eles apresentaram. No Padrão Nutricional-Metabólico aconteceram 6 categorias diagnósticas. Isso pode significar que o instrumento de coleta

de dados pode ter facilitado a busca de informações em alguns padrões e em outros não. Pode também ser considerado que o enfermeiro está melhor preparado para coletar dados que se referem a áreas fisiológicas do que áreas psicoemocionais.

O Padrão de Atividade-Exercício apresentou 7,64% de frequência, com 6 categorias diagnósticas (Tabela 12). Isso pode representar também a facilidade que o enfermeiro tem em identificar fenômenos dessa área. Para a amostra do estudo, não podemos afirmar que se constitui de primeira importância; porém, merece atenção no planejamento dos cuidados pré-operatórios.

O Padrão de Sono e Repouso representou 7,48% com total de 1 categoria diagnóstica na fase pré-operatória.

Em relação ao Padrão de Desempenho de Papel e Relacionamento foi identificada 1 categoria diagnóstica, com frequência de 6,47% (Tabela 12). Esperávamos obter uma alteração maior devido aos problemas de comunicação que envolvem os pacientes portadores de fissura lábio-palatal. Porém, investigações posteriores nessa área podem ser realizadas para clarificar e nortear as intervenções de enfermagem.

O Padrão de Percepção e Controle da Saúde apresentou 3 categorias diagnósticas na fase pré-operatória, representados por 3,2% do total dos diagnósticos de enfermagem (Tabela 12).

O Padrão Sexual-Reprodutivo representou uma frequência de 0,58% representado por uma categoria diagnóstica.

O Padrão de Eliminação foi representado pela frequência de 2,67% na fase pré-operatória, com 3 categorias diagnosticadas, o que não representa ser alvo de necessidade de cuidados prioritários para a amostra do estudo.

Como caracterização do perfil dos pacientes em pré-operatório, observamos que o comportamento da população foi direcionado pelas alterações referentes ao nível psicossocial, cognitivo, perceptivo e de autoconceito, confirmando que aqueles fenômenos já discutidos anteriormente são responsáveis pelas alterações funcionais dos padrões descritos.

Na fase pós-operatória, os Padrões Funcionais de Saúde mais alterados foram: Padrão Nutricional-Metabólico (50,8%), Padrão de Percepção e Controle da Saúde (16,3%) e Padrão Cognitivo-Perceptivo (14,2%) (Tabela 12).

Na fase pós-operatória, o Padrão Nutricional-Metabólico (50,8%) apresentou predominância de ocorrência sobre os outros. Em seguida, o Padrão de Percepção e Controle da Saúde (16,3%) e, em terceiro lugar, o Padrão Cognitivo-Perceptivo (14,2%) (Tabela 12). A predominância de alterações funcionais nos pacientes na área física e biológica justifica-se

pelo fato que as cirurgias de correção de fissura envolvem os sistemas digestório e respiratório, principalmente, ocasionando fenômenos a serem manifestados nessa área.

O Padrão de Percepção e Controle da Saúde apresentou alteração por conta da categoria diagnóstica risco para infecção. Como já foi explicado anteriormente, essa categoria caracterizou a população do estudo e, por sua vez, merece atenção no sentido da prevenção, controle e orientação rigorosa aos pacientes em pós-operatório. Isso influenciará o processo de reabilitação cirúrgica do paciente nas áreas de fonação, mastigação e alimentação.

No Padrão Cognitivo-Perceptivo foi caracterizada a presença do diagnóstico de dor. É esperado que, em fase pós-operatória, esse diagnóstico fosse encontrado.

O Padrão de Crença e Valor não apresentou alteração. Algumas considerações a esse respeito podem ser apontadas, como por exemplo, observa-se a tendência dos enfermeiros em coletar dados que se referem à área biológica e dificuldade nas áreas psicoemocionais e psicoespirituais. CRUZ (1989), ao identificar e analisar os Padrões Funcionais de Saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica, não identificou alterações no Padrão de Crença e Valor. Atribuiu esse resultado ao fato de que nenhum paciente do estudo

mostrou indicativos de que estivesse experimentando conflitos nessa área e por existir, naquela época, um único diagnóstico utilizando os PFS que represente o Padrão de Crença e Valor – angústia espiritual. ROBAZZI et al. (1998) discutem os resultados da identificação de categorias diagnósticas e Padrões de Respostas Humanas em pacientes neurológicos assistidos por alunos de graduação. Nesse estudo, a maioria dos padrões identificados foram da área biológica e a minoria se refere à área da percepção, sentimento e escolha. PASINI et al. (1996) destacaram, em estudo sobre caracterização das necessidades de cuidados de doentes em unidade de terapia intensiva, que não houve diagnósticos identificados do Padrão de Crença e Valor. CUNHA (1999), em estudo sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial, identificou 197 diagnósticos em 29 categorias, dentro de 8 Padrões de Resposta Humana, sendo que o maior número de diagnósticos estava dentro do padrão trocar e o menor número dentro do padrão sentir e nenhum diagnóstico dentro padrão valorizar. Observa-se aqui a semelhança dos diagnósticos que se referem ao padrão valorizar da classificação da NANDA (2000) com os que se referem ao padrão de crença e valor segundo a classificação de GORDON (1994).

Podemos deduzir desses comentários que investigações mais

específicas em relação ao Padrão de Crença e Valor sejam estimuladas, principalmente no que se refere ao aperfeiçoamento de instrumentos de coleta dos dados. Salienta-se aqui a importância do preparo do enfermeiro para atuar frente aos fenômenos psicoemocionais e psicoespirituais que acometem os pacientes que estão sob sua responsabilidade. Assim poderemos “dar conta” do papel que é inerente ao enfermeiro – assistir o doente como um todo, indivisível, preenchendo ou buscando atender todas as suas necessidades básicas afetadas. Poderemos, através de estudos nessa área, construir mais um “pilar” que poderá sustentar o corpo de conhecimento da enfermagem como ciência.

Obtivemos, segundo Tabela 12, nos Padrões Nutricional-Metabólico e de Atividade-Exercício 8 categorias diagnósticas em cada um deles. Os Padrões Cognitivo-Perceptivo e de Auto-Percepção e Autoconceito com 4 categorias diagnósticas em cada um deles. O Padrão de Percepção e Controle da Saúde e de Eliminação com 3 categorias em cada um. O Padrão de Tolerância e Resposta ao Estresse, duas categorias diagnósticas. O Padrão de Sono e Repouso e de Desempenho de Papel e Relacionamento com 1 categoria diagnóstica em cada um dos padrões.

No Padrão Nutricional-Metabólico encontramos três categorias diagnósticas com aumento da ocorrência na fase pós-operatória: risco

para sufocação/aspiração, membrana mucosa oral alterada e integridade tissular prejudicada. Os pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato podem apresentar problemas relativos à alimentação, hidratação, apetite, mastigação. Devido a essas condições justificam-se os achados deste estudo quanto ao Padrão Nutricional-Metabólico.

PASINI et al. (1996), no estudo em que identificou diagnósticos de enfermagem em 32 doentes de unidade de terapia intensiva, encontraram uma frequência de 35,5%, dos 256 diagnósticos identificados, pertencentes ao Padrão Nutricional-Metabólico. A frequência identificada para os outros padrões desse estudo foram: Padrão de Atividade-Exercício (22,5%), Cognitivo-Perceptivo (11,3%), Sono e Repouso (9,4%), Percepção e Controle de Saúde (8,6%), Eliminação (6,6%), Auto-Percepção e Autoconceito (5,6%), Sexual-Reprodutivo (0,4%).

O Padrão de Auto-Percepção e Autoconceito apresentou frequência de 27,8% na fase pré-operatória e 8,2% na fase pós-operatória (Tabela 12). Atribuímos esses resultados ao fato de que as circunstâncias cirúrgicas da fase pré-operatória desencadeiam respostas da área psicoemocional. Um ajuste no instrumento de coleta poderá propiciar uma abordagem mais voltada para essa área de interesse. Também a ampliação da amostra poderá revelar e clarificar a nossa

compreensão.

O Padrão de Eliminação (Tabela 12) apresentou frequência de 1,06% e foi na fase pós-operatória representado pelas categorias diagnósticas: constipação, risco para constipação e alteração da eliminação urinária. Não observamos, durante a fase de coleta, dados que pudessem suportar hipóteses diagnósticas desse padrão. Acreditamos que a amostra do estudo não apresenta um perfil que possa caracterizar alteração nesse padrão.

O Padrão de Tolerância e Resposta ao Estresse apresentou frequência de 1,12% e foi representado (Tabela 12) pelas categorias diagnósticas enfrentamento individual ineficaz e risco para enfrentamento individual ineficaz. Também nesse padrão obtivemos uma baixa frequência. Para a população em estudo, os modos de enfrentamento individual poderiam estar afetados devido à malformação de face e todo o complexo psicoemocional que ele acarreta, refletindo no comportamento e no modo como esses pacientes lidam com as situações de vida. Porém não obtivemos dados que pudessem suportar a hipótese descrita acima.

No Padrão de Sono e Repouso (Tabela 12), a categoria diagnóstica distúrbio no padrão do sono obteve aumento de frequência na fase pós-operatória (9,73%). Podemos compreender daí que essa população

apresenta alterações na qualidade e quantidade do sono e que a fissura lábio-palatal pode ser a causa por trazer alterações funcionais e anatômicas e que intervenção cirúrgica pode temporariamente agravar esse fenômeno.

No Padrão de Desempenho de Papel e Relacionamento, a única categoria diagnóstica existente – comunicação prejudicada - apresentou 2,62% de frequência. A fissura lábio-palatal traz os problemas articulatórios da fala e fonéticos e assim esses resultados eram esperados.

O Padrão Sexual-Reprodutivo não apresentou frequência na fase pós-operatória (Tabela 12). Apesar de não haver relato de dados que pudessem caracterizar diagnósticos de enfermagem dentro desse padrão, ajustes no instrumento poderiam ser feitos a fim de buscarmos mais detalhadamente essa questão. Também acreditamos que o enfermeiro necessita adquirir, treinar e desenvolver habilidades no que se refere a técnicas de entrevista e de coleta de dados com a finalidade de desembaraçarmos ou desatarmos o “nó” que parece até se estigmatizar na abordagem do padrão sexual-reprodutivo.

Em síntese, podemos dizer que, no pré-operatório, os padrões com maior frequência de alterações foram: em primeiro lugar o Padrão de Auto-Percepção e Autoconceito, em segundo o Padrão Cognitivo-Perceptivo e em terceiro o Padrão Nutricional-Metabólico. No pós-

operatório, o Padrão Nutricional-Metabólico passa a ser o mais freqüentemente alterado; em segundo lugar, o Padrão de Percepção e Controle da Saúde e em terceiro lugar, o Padrão Cognitivo-Perceptivo. Essas diferenças são coerentes com a circunstância peri-operatória em que este estudo foi realizado. Além disso confirma a modificação das necessidades de cuidados pelos procedimentos cirúrgicos.

5 CONCLUSÃO

Em relação aos objetivos propostos, o estudo permitiu as seguintes conclusões:

- foram identificados 187 diagnósticos de enfermagem na fase pré-operatória e 267 na fase pós-operatória;
- na fase pré-operatória as três categorias diagnósticas mais freqüentes foram: déficit de conhecimento (65%), distúrbio da auto-estima (57,3%) e ansiedade (40%). Na fase pós-operatória, as categorias mais freqüentes foram: risco para infecção (100%), risco para sufocação-aspiração (67,5%), distúrbio no padrão do sono e deglutição prejudicada (65%);
- as categorias diagnósticas cujas freqüências diminuíram estatisticamente na fase pós-operatória foram: déficit de conhecimento (de 65% para 37,5%, $p=0,0218$), distúrbio da auto-estima (de 57,3% para 5%, $p<0,0001$);
- as categorias diagnósticas cujas freqüências aumentaram significativamente na fase pós-operatória foram: risco para infecção (de 5% para 100%, $p<0,0001$), risco para sufocação/aspiração (de 22,5% para 67,5%, $p=0,0003$), distúrbio no padrão do sono (de 35% para 65%, $p=0,0003$), membrana mucosa oral alterada (de 25% para 62,5%, $p=0,0012$), dor (de 17,5% para 57,5%, $p=0,0013$), fadiga (de 2,5% para

27,5%, $p= 0,0044$), integridade tissular prejudicada (de nenhuma ocorrência para 25%, $p=0,0044$);

– na fase pré-operatória os Padrões Funcionais de Saúde com maior frequência das alterações foram: Auto-Percepção e Autoconceito (27,8%), Cognitivo-Perceptivo (22,9%) e Nutricional-Metabólico (21,9%). Na fase pós-operatória: Padrão Nutricional-Metabólico (50,8%), Padrão de Percepção e Controle de Saúde (16,3%) e Padrão Cognitivo-Perceptivo (14,2%).

Anexo A – Frequência das intervenções cirúrgicas nos pacientes do estudo

Cirurgia realizada	Nº de pacientes	Frequência
Queiloplastia	9	22,5%
Queiloplastia + Rinoseptoplastia	5	12,5%
Queiloplastia + Rinoplastia	1	2,5%
Queiloplastia + Septoplastia + FBN + Turbinectomia	1	2,5%
Queiloplastia + Correção nasal	2	5,0%
Queiloplastia + Correção de FBN e de palato	1	2,5%
Palatoplastia	4	10,0%
Correção fistula de palato	1	2,5%
Rinoplastia	5	12,5%
Rinoplastia + Turbinectomia	1	2,5%
Rinoplastia + Dermoabrasão lábio	1	2,5%
Faringoplastia	1	2,5%
Rinoseptoplastia	5	12,5%
Rinoseptoplastia + Turbinectomia	1	2,5%
Septoplastia + turbinectomia	1	2,5%
Correção nasal	1	2,5%
TOTAL	40	100,0%

* Legenda: - FBN = Fístula buco-nasal

Anexo B – Instrumento de coleta dos dados

INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS n° _____

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ R.G: _____
 Idade: _____ anos. Sexo: () fem. () masc. Estado Civil: () casado (vive maritalmente) () solteiro
 () outros Escolaridade: _____ anos Classificação sócio-econômica: () BI () BS () MI () MS () S
 Procedência: () Bauru () outras cidades do estado S.P. () outros estados do Brasil () outros países
 Ocupação: estudante () sim () não trabalha fora de casa () sim () não
 Classificação da fissura: _____ Síndrome associada: _____
 Outras malformações associadas: _____
 Data da consulta de enfermagem no pré-op.: _____ no pós-operatório: _____

PARTE II – Dados de pré-operatório

A- ENTREVISTA

1 - Padrão de Percepção e Controle de Saúde

- 1.1 – O que significa saúde em sua
opinião? _____
- 1.2 - O que você faz para manter a saúde? _____
- 1.3 - Como está sua saúde? Explique: _____
- 1.4 – Você faz controle periódico de saúde? Quando sim: _____
médico () dentista () fono () fisio () outros _____
- 1.5 - Você já foi internado em outro serviço? _____
() não () sim _____
- 1.6 - Qual o número de cirurgias anteriores já realizadas no HRACF? _____
- 1.7 - Como você sente a internação no HRACF? _____
- 1.8 – Faz uso de medicamento? _____

Qual	Dosagem	Finalidade	Quem o prescreveu

- 1.9 - O que sabe sobre fissura lábio-palatal? _____
- 1.10- É fumante? Não () Sim () especificar: _____
- 1.11 - Faz uso de bebida alcoólica? Sim () especificar: _____ Não ().
- 1.12 - Faz uso de drogas? Se sim, especificar.
Sim () _____ Não () _____
- 1.13 - Diariamente tem o hábito de:

	Sim	Não	Frequência
Escovar dentes			
Usar fio dental			
Lavar os cabelos			
Cortar unhas			
Tomar banho			

2 - PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1- Geralmente quantas refeições faz por dia? _____

2.2- Com que frequência você ingere os seguintes alimentos:

Tipos de alimentos	Diariamente	2 a 3 vezes/ semana	raramente	Nunca
Carnes, ovos e derivados				
Massas, pães e doces				
Verduras e legumes				
Cereais e grãos				

2.3 – Tem algum problema para engolir?

Não () Sim () especificar: _____

2.4- Tem encontrado dificuldades para se alimentar?

Não () Sim () especificar: _____

2.5 – Especifique se algum desses itens traz dificuldades ou impedem que você se alimente normalmente:

	Sim	Não	Porque
Pontos do lábio			
Inchaço nasal/labial			
Esparadrapagem nasal/labial			
Tampão no palato			
Tampão nasal			
Outros			

2.6 – Você acha que terá dificuldades para se alimentar com sopas, caldos e sucos?

Sim () Não ()

2.7 – Você concorda com os cuidados alimentares do pós – operatório?

Sim () Não () Porque? _____

2.8 – Seguirá os cuidados rigorosamente?

Sim () Não (), porque? _____

2.9 – Normalmente como é o seu apetite? _____

2.10 – Como está o seu apetite?

() inalterado () diminuído () aumentado

3- PADRÃO DE ELIMINAÇÃO

3.1– Como é o funcionamento de seu intestino em relação à:

frequência de evacuações: _____

características (aspecto) das fezes: _____

tem problemas para evacuar: não () sim (), especifique: _____

3.2– Como é funcionamento de sua bexiga em relação à:

frequência das micções: _____

características da urina: _____

tem problemas ao urinar, cite: _____

4 - PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

4.1 – Sente que tem energia suficiente para as atividades que gostaria de realizar? Por quê?

Sim () não (), especifique: _____

4.2 – Tem dificuldades para efetuar as seguintes atividades:

	Não	Sim	Porque
Alimentação			
Higiene pessoal			
Vestir-se			
Atividade física			
Caminhar ou andar			
Correr			
Cuidados pré e pós- op.			
Mobilizar-se no leito			
Mobilizar-se fora do leito			

4.3 – Você pratica exercícios?

Sim (), qual ? _____ Não (), Por quê?

5 - PADRÃO DE SONO E REPOUSO

5.1 – Sente-se descansado quando acorda?

Sim () Não (), por quê? _____

5.2 - Durante o sono costuma apresentar:

dificuldade para respirar () ruídos respiratórios () interrupção do sono, qual a frequência ()

sonhos () pesadelos () despertar precoce () demora para pegar no sono ()

outros: _____

6 - PADRÃO COGNITIVO - PERCEPTIVO

6.1 – Especifique o que gostaria de saber a respeito de:

fissura lábio-palatal: _____

cirurgia a ser realizada nessa internação: _____

cirurgia já realizada nessa internação: _____

outros assuntos: _____

6.2 – Você sabe qual cirurgia irá fazer? Cite: _____

Não () Sim ()

6.3 – Você conhece os cuidados que deverá seguir após a cirurgia? Cite-os.

Não () Sim ()

6.4 – Você se acha capacitado para cuidar de si?

Não () Sim ()

Por quê? _____

6.5 – Tem dificuldade para:

	Sim	não	Especifique	Como tenta resolver
Ouvir				
Enxergar				
Memorizar				
Aprender coisas novas				
Outros				

6.6 - Nesse período pós-operatório tem encontrado alguma dificuldade, cite-as: _____

Explique como está lidando com elas: _____

7 - PADRÃO DE AUTO-PERCEPÇÃO E AUTOCONCEITO

7.1 - Como você descreveria a sua maneira de ser?

7.2 - Sente alguma dor?

Não () () sim, especifique: _____

7.3 - Tem algo em você que gostaria que fosse diferente? Fale-me sobre isso.

7.4 - A cirurgia vai trazer mudanças importantes para você? Explique.

Não () () Sim, especifique: _____

7.5 - Cite o que deixa você :

aborrecido: _____

com medo: _____

ansioso, preocupado ou tenso: _____

deprimido, e triste: _____

alegre e feliz: _____

7.6 - Quando você tem problemas na sua vida, consegue resolvê-los? Explique e exemplifique:

8 - PADRÃO DE DESEMPENHO DE PAPEL E RELACIONAMENTO

8.1 - Com quem você vive?

8.2 - Quem mais o ajuda no seu tratamento?

8.3 - Como é o relacionamento com sua família?

8.4 - Qual a pessoa mais importante para você?

8.5 - O seu problema de saúde interfere no relacionamento:

	Não	Sim	Explicar
Na família			
Na escola			
No trabalho			
Com os amigos			
Com o parceiro			
Para estudar			
Para trabalhar			
Para namorar			
Para se divertir			

Outros, especifique: _____

8.6 - O que você acha que sua família pensa sobre o seu problema de saúde?

9 - PADRÃO SEXUAL-REPRODUTIVO

9.1 - Você já ficou menstruada?

Sim () Não () quando? _____ sabe o que é: _____

Tem dúvidas?

Não () Sim (), pergunte: _____

9.2 - Como você se sente durante o período pré-menstrual?

9.3 - Você tem vida sexual ativa?

Sim () Não ()

9.4 - Faz uso de algum método anticoncepcional?

Não () Sim (), qual? _____

9.5 - Fale-me sobre as preocupações sobre a vida sexual que as pessoas da sua idade têm.

9.6 - O problema de saúde interfere em sua vida sexual?

10 - PADRÃO DE TOLERÂNCIA E RESPOSTA AO ESTRESSE

10.1- Aconteceram mudanças importantes em sua vida nos últimos tempos?

Não () Sim (), quais? _____

10.2 - Como você se sente diante dessas mudanças?

10.3 - Em situações de estresse, nervoso, preocupações, problemas de ordem geral, ansiedade, tensão, como você reage?

10.4 - Você gostaria de agir de outra forma? Especifique: _____

11 - PADRÃO DE CRENÇA E VALOR

11.1 - Existem valores espirituais em que você acredita?

11.2 – Pratica alguma religião?

Não () Sim (), qual? _____

11.3 - A religião o ajuda na sua vida? Em quais momentos?

12 - OUTROS

12.1 – Gostaria de fazer perguntas? Quais?

12.2 – Gostaria de falar sobre algum assunto? Qual?

B - EXAME FÍSICO E OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR DURANTE A CONSULTA

DADOS FÍSICOS E OBSERVAÇÕES DURANTE A ENTREVISTA

1 – Pressão arterial: _____ 2 – Frequência cardíaca: _____ 3 – Frequência respiratória : _____

4 – Temperatura : _____ 5 - Peso : pré-op. : _____ pós-op. : _____

6 - Possui respiração oral/nasal devido à: _____

7 - Presença de tampão (nasal ou palatal)-: _____

8 - Outros acessórios terapêuticos (especificar) : _____

9 - Auscultar pulmões e verificar alterações de ruídos e padrão respiratório:

:

10 -Cavidade oral (observar aspecto, condições de higienização; odores, dentição, uso de prótese):

11- Condições de pele e anexos, presença de edema: _____

12 – Outras malformações: _____

13 – Condições das extremidades : _____

14 - Impressões do entrevistador: _____

PARTE III - DADOS DO PÓS-OPERATÓRIO

A - ENTREVISTA

1 – PADRÃO DE PERCEPÇÃO E CONTROLE DE SAÚDE

1.1 - Como você sente a internação no HRACF? _____

2 – PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 – Tem algum problema para engolir?

Não () Sim () especificar: _____

2.2 – Tem encontrado dificuldades para se alimentar? Explique: _____

2.3 – Especifique se alguns desses itens traz dificuldades ou impedem que você se alimente normalmente:

	Não	Sim	Porque	Não se aplica
Pontos do lábio				
Inchaço nasal/labial				
Esparadragem nasal/labial				
Tampão no palato				
Tampão nasal				
Outros				

2.4 – Você acha que terá dificuldades para se alimentar com sopas, caldos e sucos?

Sim () Não ()

2.5 – Você concorda com os cuidados alimentares do pós-operatório?

Sim () Não (), por quê? _____

2.6 – Seguirá os cuidados rigorosamente?

Sim () Não (), por quê? _____

2.7 – Normalmente como é o seu apetite?

2.8 – Como está o seu apetite?

Inalterado () diminuído () aumentado ()

2.9 – Especifique se alguns desses itens interfere em seu apetite:

	Não	Sim	Explique porque	Não se aplica
Secreção oral/nasal				
Gosto de sangue na boca				
Inchaço nasal/oral				
Inchaço em outras regiões				
Esparadragem nasal/ labial				
Presença tampão oral/nasal				
Outros fatores				

3 – PADRÃO ELIMINAÇÃO

3.1– Como é o funcionamento de seu intestino em relação à:

frequência de evacuações: _____

características (aspecto) das fezes: _____

tem problemas para evacuar: não () sim (), especifique: _____

3.2– Como é funcionamento de sua bexiga em relação à:

frequência das micções: _____

características da urina: _____

tem problemas ao urinar, cite: _____

4 - PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

4.1 – Sente que tem energia suficiente para as atividades que gostaria de realizar? Por quê?

Sim () não (), especifique: _____

4.2 – Tem dificuldades para efetuar as seguintes atividades:

	Não	Sim	Porque
Alimentação			
Higiene pessoal			
Vestir-se			
Atividade física			
Caminhar ou andar			
Correr			
Cuidados pré e pós- op.			
Mobilizar-se no leito			
Mobilizar-se fora do leito			

5 - PADRÃO DE SONO E REPOUSO

5.1 – Sente-se descansado quando acorda?

sim () não (), por quê? _____

5.2 - Durante o sono costuma apresentar:

dificuldade para respirar () ruídos respiratórios () interrupção do sono, qual a frequência ()

sonhos () pesadelos () despertar precoce () demora para pegar no sono ()

outros: _____

6 - PADRÃO COGNITIVO- PERCEPTIVO

6.1 – Especifique o que gostaria de saber a respeito de:

fissura lábio-palatal: _____

cirurgia a ser realizada nessa internação: _____

cirurgia já realizada nessa internação: _____

outros assuntos: _____

6.2 – Você conhece os cuidados que deverá seguir após a cirurgia? Cite-os.

Não () sim ()

6.3 – Você se acha capacitado para cuidar de si?

Não () sim ()

Por quê? _____

6.4 - Nesse período pós-operatório tem encontrado alguma dificuldade, cite-as: _____

Explique como está lidando com elas: _____

7 - PADRÃO DE AUTO-PERCEPÇÃO E AUTO-CONCEITO

7.1 – A cirurgia mudou algo em você?

Não () Sim () Especifique: _____

8 - PADRÃO DE DESEMPENHO DE PAPEL E RELACIONAMENTO

9 - PADRÃO SEXUAL-REPRODUTIVO

10 - PADRÃO DE TOLERÂNCIA E RESPOSTA AO ESTRESSE

- 10.1 – Você sente-se tenso(a)? Não () Sim () Especifique: _____
- 10.2 – Você tem medo de algo? Não () Sim () Especifique: _____

11 - PADRÃO DE CRENÇA E VALOR**12 - OUTROS**

- 12.1 – Gostaria de fazer perguntas? Quais? _____
- 12.2 – Gostaria de falar sobre algum assunto? Qual? _____

**B - EXAME FÍSICO E OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR
DURANTE A CONSULTA**

DADOS FÍSICOS E OBSERVAÇÕES DURANTE A ENTREVISTA

- 1 – Pressão arterial: _____ 2 – Frequência cardíaca: _____ 3 – Frequência respiratória : _____
- 4 – Temperatura : _____ 5 - Peso : pré-op. : _____ pós-op. : _____
- 6 - Possui respiração oral/nasal devido à: _____
- 7 - Presença de tampão (nasal ou palatal)-: _____
- 8 - Outros acessórios terapêuticos (especificar) : _____
- 9 - Auscultar pulmões e verificar alterações de ruídos e padrão respiratório: _____
- 10 -Cavidade oral (observar aspecto, condições de higienização; odores, dentição, uso de prótese): _____
- 11- Condições de pele e anexos, presença de edema: _____
- 12 – Outras malformações: _____
- 13 – Condições das extremidades : _____
- 14 - Impressões do entrevistador: _____
- _____
- _____
- _____

Anexo C – Instrumento para registro do julgamento da pesquisadora dos dados do pré e pós-operatório

1 – Padrão de Percepção e Controle de Saúde

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

2 – Padrão Nutricional-Metabólico

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

3 - Padrão de Eliminação

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

4 – Padrão de Atividade Física

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

5 – Padrão de Sono e Repouso

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

6 – Padrão Cognitivo-perceptivo

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

7 – Padrão de Auto-percepção e Auto-conceito

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

8 – Padrão de Desempenho de papel e relacionamento

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

9 – Padrão Sexual-reprodutivo

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

10 – Padrão de tolerância e resposta ao estresse

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

11 – Padrão de crença e valor

Dados relevantes	Diagnóstico Enfermagem (CD/FR)

Anexo D – Termo de consentimento pós-informação

Termo de Consentimento

Meu nome é Cassiana Mendes Bertoncello Fontes, sou enfermeira, COREn nº 27805, cursando pós-graduação em nível de mestrado na Escola de Enfermagem da USP – na cidade de São Paulo, exerço no HRACF há 12 anos a função de enfermeira. Nesse estudo vou identificar que cuidados de enfermagem você precisa antes e após a cirurgia. Por isso gostaria de fazer uma entrevista com você. As respostas serão anotadas, o seu conteúdo não será identificado com seu nome ou número de R.G. e somente nós saberemos o que conversamos.

Concorda em participar do estudo?

Sim () Não ()

Bauru, de de 1999.

Assinatura do paciente e/ou responsável

Assinatura da pesquisadora

Anexo E – Termo de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC - USP

Anexo F – Instrumento para registro dos julgamentos dos juízes

FORMULÁRIO Nº _____

PESQUISADOR: _____

[illegible]

Anexo G - Diagnósticos de enfermagem do consenso entre juízes e pesquisadora

DE	01		04		05		06		07		08		10		13		17	
FASE	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Formulário 01			X	X													X	X
Formulário 02				X		X		X										X
Formulário 03				X														X
Formulário 04				X												X		
Formulário 05				X												X		X
Formulário 06				X												X	X	X
Formulário 07				X											X	X		
Formulário 08				X													X	X
Formulário 09				X				X							X	X		X
Formulário 10				X												X		
Formulário 11				X					X						X	X		
Formulário 12				X			X								X	X		
Formulário 13				X												X		X
Formulário 14				X												X	X	X
Formulário 15				X	X											X		
Formulário 16				X												X	X	X
Formulário 17				X												X	X	X
Formulário 18				X											X		X	X
Formulário 19	X			X												X		
Formulário 20				X	X										X	X	X	X
Formulário 21				X														X
Formulário 22			X	X													X	X
Formulário 23				X												X		X
Formulário 24				X	X			X								X		
Formulário 25				X														
Formulário 26				X											X			
Formulário 27				X				X								X		
Formulário 28				X				X								X		
Formulário 29				X								X						X
Formulário 30				X												X		
Formulário 31				X												X		
Formulário 32				X												X		X
Formulário 33				X											X	X		X
Formulário 34				X														X
Formulário 35				X												X		X
Formulário 36				X									X				X	
Formulário 37				X											X	X		X
Formulário 38				X				X										X
Formulário 39				X				X								X		X
Formulário 40				X	X											X		
TOTAL	S=1 N=39	S=0 N=40	S=2 N=38	S=40 N=0	S=4 N=36	S=1 N=39	S=1 N=39	S=7 N=33	S=1 N=39	S=0 N=40	S=0 N=40	S=1 N=39	S=0 N=40	S=1 N=39	S=9 N=31	S=27 N=13	S=10 N=30	S=24 N=16

* Legenda: - DE = Diagnóstico de enfermagem

- X = Presença do DE

- 01 à 83 = Vide Anexo H

- A = Fase pré-operatória

- B = Fase pós-operatória

- S = Total da presença de DE por paciente

- N = Total da ausência de DE por paciente

Anexo H – Frequência das características definidoras/fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem que não apresentaram diferença estatisticamente significante

Nutrição alterada: risco para mais do que as necessidades corporais

Fator de risco	Pré n=01 (2,5%)	
✓ Gosta de alimentos gordurosos	01	100,0%
✓ Come a toda hora	01	100,0%

Constipação

Característica definidora	Pré n=04 (10,0%)		Pós n=01 (2,5%)	
✓ Refere fezes endurecidas	03	75,0%	01	100,0%
✓ Evacua dias alternados	02	50,0%	01	100,0%
✓ Frequência evacuação diminuída	02	50,0%	—	—
✓ Presença de hemorróidas	02	50,0%	—	—
✓ Usa laxantes	01	25,0%	—	—
✓ Dor ao evacuar	01	25,0%	—	—
✓ Utiliza alimentos laxantes para evacuar	01	25,0%	—	—

Nutrição alterada: risco para menos do que as necessidades corporais

Fator de risco	Pré N=01 (2,5%)		Pós n=07 (17,5%)	
✓ Apetite diminuído	01	100,0%	02	28,5%
✓ Tipo de alimentação	01	100,0%	—	—
✓ Dor ao deglutir	—	—	02	28,5%
✓ Peso diminuído: relação peso pré – pós	—	—	07	100,0%
✓ Alimenta-se por obrigação	—	—	01	14,2%
✓ Edema labial	—	—	02	28,5%
✓ Perdeu o paladar	—	—	01	14,2%
✓ Pós-operatório imediato (POI)	—	—	01	14,2%
✓ Vômitos no POI	—	—	02	28,5%
✓ Ingesta via oral diminuída	—	—	03	42,8%
✓ Gosto de sangue na boca	—	—	01	14,2%
✓ Ânsia no POI	—	—	01	14,2%

Risco para constipação

Fator de risco	Pré n=01 (2,5%)	
✓ Evacua dias alternados	01	100,0%
✓ Fezes endurecidas	01	100,0%

Eliminação urinária alterada

Característica definidora	Pós n=01 (2,5%)	
✓ Dor ao urinar	01	100,0%

Desobstrução ineficaz de vias aéreas

Característica definidora	Pós n=01 (2,5%)	
✓ Dificuldade tossir	01	100,0%
✓ Dificuldade eliminar secreções naso/orofaríngeas	01	100,0%

Dentição alterada

Característica definidora	Pré n=01 (2,5%)	
✓ Desalinhamento dentes	01	100,0%

Comunicação verbal prejudicada

Característica definidora	Pré n=11 (27,5%)		Pós n=07 (17,5%)	
✓ Dificuldade: aprender/ler/falar/“K” ou “C”, comunicação escola, família	06	54,5%	05	71,4%
✓ Pessoas têm dificuldade para entender o que fala	05	45,4%	01	14,2%
✓ Tem que aumentar tom da voz/dificuldade voz	04	36,3%	—	—
✓ Dificuldade namorar, trabalho	02	18,1%	—	—
✓ Não pode falar/sinaliza com a mão	01	9,0%	01	14,2%
✓ Quer melhorar a comunicação oral	01	9,0%	—	—
✓ Possui prótese olho esquerdo, deficiência visual	—	—	01	14,2%

Padrões de sexualidade alterados

Característica definidora	Pré n=01 (2,5%)	
✓ Ausência relação sexual com marido há 6 anos	01	100,0%
✓ Refere insatisfação com a situação	01	100,0%

Risco para enfrentamento individual ineficaz

Fator de risco	Pré n=01 (2,5%)		Pós n=01 (2,5%)	
✓ Não sabe se poderá se cuidar	01	100,0%	—	—
✓ Não esperava que ficasse como ficou no pós-operatório imediato	—	—	01	100,0%
✓ Precisava de ajuda para se cuidar	—	—	01	100,0%

Enfrentamento individual ineficaz

Característica definidora	Pré n=06 (16,0%)		Pós n=02 (5,0%)	
✓ Gostaria de agir diferente	02	33,3%	—	—
✓ É agressiva Quando tem problemas	01	16,6%	—	—
✓ Joga o que tiver nas mãos	01	16,6%	—	—
✓ Tem medo da própria reação	01	16,6%	—	—
✓ Dá vontade de sair e não falar nada	01	16,6%	—	—
✓ Dificuldade na escola: rejeição, reação das pessoas	01	16,6%	01	50,0%
✓ Problema voz	01	16,6%	—	—
✓ Os superiores o julgam incompetentes	01	16,6%	—	—
✓ Não faz uso adequado medicação	01	16,6%	—	—
✓ Discriminação familiar/preconceito/família se isolou do convívio familiar não nuclear	01	16,6%	—	—
✓ Não se acha capaz de se cuidar / é difícil se cuidar	—	—	01	50,0%

Desobediência

Característica definidora	Pré n=01 (2,5%)	
✓ Não uso de lentes corretivas oftalmológicas que foram recomendadas	01	100,0%

Mobilidade física prejudicada

Característica definidora	Pós n=01 (2,5%)	
✓ Energia insuficiente, tontura	01	100,0%
✓ Necessidade ajudar com as mãos para levantar a cabeça e dificuldade mobilizar-se: leito, pescoço, cabeça	01	100,0%
✓ Está “mais devagar”	01	100,0%

Intolerância à atividade

Característica definidora	Pré n=04 (10,0%)		Pós n=07 (17,5%)	
✓ Refere cansaço/fraqueza/sem energia, vontade de deitar, cansaço ao correr, tonturas, caminha devagar, dor ao caminhar, portador de sopro cardíaco	03	75,0%	07	100,0%
✓ Dificuldade: andar/falar/mobilizar no leito e fora	01	25,0%	05	71,4%
✓ Não pode fazer as coisas que fazia	—	—	01	14,2%

Manutenção da saúde alterada

Característica definidora	Pré n=03 (7,5%)	
✓ Não faz uso fio dental	01	33,3%
✓ Não faz controle médico periódico	01	33,3%
✓ Não sabe nada sobre a doença	01	33,3%

Déficit no autocuidado para alimentação

Característica definidora	Pré n=02 (5,0%)		Pós n=05 (12,5%)	
✓ A mãe ajuda para alimentar-se	02	100,0%	03	60,0%
✓ Dificuldade alimentar	—	—	01	20,0%

Deglutição prejudicada

Característica definidora	Pré n=19 (47,5%)		Pós n=26 (62,5%)	
✓ Dificuldade engolir/comer: sólidos, “catarro”, só engole com líquidos	07	36,8%	18	69,2%
✓ Presença prótese: palato, superior	02	10,4%	01	3,8%
✓ Dificuldade colocar líquidos na boca, escorre para fora da boca, “baba” os líquidos	01	5,2%	04	15,3%
✓ Não tem força para sugar	01	5,2%	—	—
✓ Falha dentária	01	5,2%	—	—
✓ Sabor alterado dos alimentos	01	5,2%	—	—
✓ Alimenta-se só com líquidos	—	—	01	3,8%
✓ Hiperestende a cabeça para beber líquidos	—	—	06	23,0%
✓ Inchaço labial/nasal/palato	—	—	09	34,6%
✓ “Gosto amargo” / sangue na boca, não sente gosto	—	—	06	23,0%
✓ Esparadrapagem nasal/labial	—	—	02	7,69%
✓ Presença de pontos na boca	—	—	02	7,69%
✓ Presença de tampão nasal/palato	—	—	06	23,0%
✓ Respiração oral	—	—	04	15,3%
✓ Dor ao engolir/queimação garganta/“raspa” para engolir	—	—	16	61,5%
✓ “Falta” de ar	—	—	01	3,8%
✓ Refluxo nasal líquidos/sólidos	—	—	15	57,6%
✓ Dificuldade: apreender alimentos e movimentar lábio superior, edema labial / lábio endurecido desconfortável para comer	—	—	04	15,3%
✓ Sente fome e fraqueza	—	—	01	3,8%
✓ Despeja os líquidos na boca	—	—	02	7,69%

Déficit no autocuidado para vestir-se

Característica definidora	Pré n=02 (5,0%)		Pós n=04 (10,0%)	
✓ Refere que precisa de ajuda para vestir-se	02	100,0%	03	75,0%
✓ Dificuldade para vestir-se	—	—	02	50,0%
✓ Não faz nada sozinha	—	—	01	25,0%

Déficit no autocuidado para higiene

Característica definidora	Pré n=01 (2,5%)		Pós n=05 (12,5%)	
✓ Esquece de fazer higiene pessoal	01	100,0%	—	—
✓ Dificuldade: escovação dentes	—	—	03	60,0%
✓ A mãe fará higiene cirurgia	—	—	02	40,0%

Crescimento e desenvolvimento alterados

Característica definidora	Pré n=03 (7,5%)	
✓ Dificuldade aprendizagem: repetência escolar, déficit intelectual, retardo desenvolvimento neuropsicomotor	03	100,0%
✓ Alterações físicas: assimetria facial/torácica	02	66,6%
✓ Diminuição da audição/infecções repetidas ouvido	01	33,3%
✓ Distúrbio de comportamento	01	33,3%
✓ Dependente da mãe	01	33,3%

Alteração sensorial da percepção auditiva

Característica definidora	Pré n=03 (7,5%)	
✓ Dificuldade ouvir/não ouve	03	100,0%
✓ Dificuldade localizar origem/identificação do som	01	33,3%

Alteração sensorial da percepção visual

Característica definidora	Pré n=03 (7,5%)	
✓ Dificuldade enxergar	03	100,0%
✓ Uso prótese ocular esquerda	01	33,3%
✓ Uso óculos	01	33,3%
✓ Mancha branca pupila direita	01	33,3%

Impotência

Característica definidora	Pós n=01 (2,5%)	
✓ Sente-se incapaz de cuidar-se	01	100,0%
✓ Fica com vontade de chorar quando se olha no espelho	01	100,0%

Náusea

Característica definidora	Pós n=01 (2,5%)	
✓ Vômitos	01	100,0%
✓ Sente estômago “oco”	01	100,0%
✓ Eructação de ar	01	100,0%

Ansiedade

Característica definidora	Pré n=16 (40,0%)		Pós n=11 (27,5%)	
✓ Refere: estresse, preocupação, temor,	06	37,5%	04	36,3%
✓ Refere ansiedade: espera vaga, cuidados pós-operatórios	05	31,25%	01	9,0%
✓ Não sabe sobre: anestesia, cirurgião, indecisão se vai operar, rotina hospital	03	18,7%	—	—
✓ Preocupação com resultado cirúrgico e com a gripe	02	12,5%	02	18,1%
✓ Dor	02	12,5%	—	—
✓ Preocupada em esperar o momento da cirurgia; e com as pessoas de casa	02	12,5%	—	—
✓ Questionamento alta hospitalar	01	6,25%	01	9,0%
✓ Não deixou verificar pressão arterial	01	6,25%	—	—
✓ Medo da cirurgia	01	6,25%	—	—
✓ Saudade de casa	01	6,25%	—	—
✓ Desatento	01	6,25%	—	—
✓ Chorosa	01	6,25%	—	—
✓ Medo futuro	01	6,25%	—	—
✓ Refere estar só e gostaria de alguém junto dela	01	6,25%	—	—
✓ Quer ir dormindo para a sala de operação	01	6,25%	—	—
✓ Desmaios, mãos geladas	01	6,25%	—	—
✓ Aumento do apetite quando viaja	01	6,25%	—	—
✓ Sono interrompido	—	—	01	9,0%
✓ Sonolência	—	—	01	9,0%
✓ Quer ir embora	—	—	01	9,0%
✓ Medo de olhar espelho	—	—	01	9,0%
✓ Medo da cirurgia não ficar bem do jeito que espera	—	—	01	9,0%
✓ Insônia	—	—	01	9,0%

Medo

Característica definidora	Pré n=12 (30,0%)		Pós n=08 (20,0%)	
✓ Refere medo: alta provisória, cirurgia; refere medo: “estourar” pontos; refere medo: morrer, anestesia, de operar com outro cirurgião, violência urbana, futuro, receber alta e não estar bem; refere medo ter filhos com fissura lábio-palatal; refere medo escuro, ficar sozinha, de se machucar	12	100,0%	08	100,0%
✓ Quer presença da mãe	01	8,3%	—	—
✓ Ansioso/tenso	01	8,3%	—	—
✓ Não se olha no espelho	—	—	01	12,5%

Anexo I – Relação numérica das categorias diagnósticas do consenso entre juizes e pesquisadora

DE 01	Nutrição alterada: risco para mais do que as necessidades nutricionais
DE 04	Risco para infecção
DE 05	Constipação
DE 06	Nutrição alterada: risco para menos do que as necessidades nutricionais
DE 07	Risco para constipação
DE 08	Eliminação urinária alterada
DE 10	Desobstrução ineficaz de vias aéreas
DE 13	Risco para sufocação/aspiração
DE 17	Membrana mucosa oral alterada
DE 18	Integridade tissular prejudicada
DE 20	Dentição alterada
DE 21	Comunicação verbal prejudicada
DE 26	Padrões de sexualidade alterados
DE 29	Risco para enfrentamento individual ineficaz
DE 30	Enfrentamento individual ineficaz
DE 37	Desobediência
DE 43	Mobilidade física prejudicada
DE 49	Intolerância à atividade
DE 50	Fadiga
DE 52	Distúrbio no padrão do sono
DE 55	Manutenção da saúde alterada
DE 58	Déficit no autocuidado para alimentação
DE 59	Deglutição prejudicada
DE 61	Déficit no autocuidado para vestir-se
DE 62	Déficit no autocuidado para higiene
DE 63	Crescimento e desenvolvimento alterados
DE 64	Alteração sensorial da percepção auditiva
DE 67	Distúrbio da auto-estima
DE 71	Alteração sensorial da percepção visual
DE 73	Impotência
DE 74	Déficit de conhecimento
DE 77	Dor
DE 79	Náusea
DE 82	Ansiedade
DE 83	Medo

* Legenda: - DE = Diagnóstico de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, A. C. F.V.; GUTIÉRREZ, M.G.R.; MARIN, H. de F. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v.5, n.2, p.49-59, abr. 1997.

ALMEIDA, M. de A.; ARAÚJO, V. G.; GHEZZI, M. I. L. Dor em pacientes com prótese de quadril: diagnóstico de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** , v. 19, n.1, p.33-7, jan. 1998.

ANGELO, D. de A. D. **A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou palato.** Ribeirão Preto, 1994. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ANGELO, D. de A. D.; GARCIA, R. C. M. **Avaliação da alta precoce de pacientes em pós-operatório de cirurgias orofaciais.** Bauru, Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo, 1993.

BACHEGA, M. I.; THOMÉ, S.; CAPELOZZA FILHO, L. O uso de mamadeiras ortodônticas para a alimentação de crianças com fissuras lábio-palatais. **Pediatr. Mod.**, v.20, n.7, p. 367 – 71, ago. 1985.

BACHEGA, M. I. **Má-formação lábio-palatal em pacientes de 14 a 18 anos, atendidos há cinco anos ou mais, em hospital especializado: percepção do defeito e percepção sobre a instituição**, Bauru, SP. Bauru, 1992. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina.

BARONDI, R. Rinoplastias estéticas. In: SUCENA, R. C. (ed). **Cirurgia plástica: contribuição para o ensino da especialidade**. São Paulo, Roco, 1982. Cap. 104, p.1077-88.

BENSON, B. A. et al. Social suport networks among families of children with craniofacial anomalies. **Health Psychol.**, v.10, n.4, p 252 – 8, 1991.

BERNSTEIN, N. R.; KAPP, K. Adolescents with cleft palate: body-image and psychosocial problems. **Psychosomatics**, v.22, n. 8 p. 697-703, Aug. 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930 de 27 de agosto de 1992 que versa sobre a classificação das cirurgias por potencial de contaminação.

Diário Oficial da União. Brasília, 4 set. 1992. Seção 1, p.12279.

BUENO, A. G.; BACHEGA, M. I.; THOMÉ, S. Reabilitação de lesões lábio-palatais: uma experiência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 33, n.2, p.242-52, abr./jun. 1980.

CARPENITO, L. J. **Manual de diagnósticos de enfermagem.** Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999. p.14.

CARLISLE, D. Feeding babies with cleft lip and palate. **Nurs. Times**, v. 94, n.4, p. 59-60, Jan./Feb. 1998.

CAVALCANTE, B. J.; PAGLIUCA, L. M. F.; SOARES, E. Diagnóstico e intervenção de enfermagem em paciente cirúrgico: aplicação do modelo de Orlando. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, v.2, n. ½, p.79 – 91, abr./set. 1998.

CLIFFORD, E. Cleft palate and the person: psychologic studies of its impact.

South. Med. J. , v.64, n.12, p.1516-20, Dec. 1971.

CORRÊA, C. G.; CRUZ, D. de A. L.M. da. Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients. **Nurs. Diagn.**, v. 11, n. 1, p.5-14, jan./mar. 2000.

CRUZ, D. de A. L. M. da. **Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica**. São Paulo, 1989. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CRUZ, D. de A. L. M. da et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.30, n.3, p.501-18, dez. 1996.

CUNHA, I. C. K. O .**Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial**. São Paulo, 1999. 91 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

- DONAHOE, K. Cirurgias plástica e reconstrutiva. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1992, Cap. 23, p. 877-938.
- FOX, V. J. Educação do paciente e planejamento da alta. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1992. Cap. 9, p. 196-227.
- FRANCO, T. Fissuras palatinas: tratamento cirúrgico. In: CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINI, S. A . **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. Rio de Janeiro, Revinter, 1996. Cap. 18, p. 159-71.
- FRASER, F. C. Some experimental and clinical studies on the causes congenital clefts of the palate and the lip. **Arch. Pediatr.**, v.77, p.151-6, 1960.
- FREITAS, M. C. de, GUEDES, M. V. C., SILVA, L. de F. Diagnósticos de enfermagem em pós-operatórios de cirurgias traumato-ortopédicas. **Rev. Enferm. UERJ**, v.5, n.2, p. 439-48, 1997.

GARCIA, J. R., NEME, C. M. B., CHINELLATO, M. C. M. P. Body-image in adult patients with cleft lip palate: an analysis through human figure drawing. **Braz. Dysmorphol. Speech-Hear. Disord**, v.2, n.2, p. 17-26, jan. 1999.

GRINBAUM, R. S. Infecções do sítio cirúrgico e antibiótico profilaxia em cirurgia. In: APARECIDO, E. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo, Sarvier, 1997. Cap. 2, p.149-67.

GORDON, M. **Manual of nursing diagnosis**. New York: Mcgraw-Hill Book, 1982.

GORDON M. **Manual of nursing diagnosis 1986-1987**. New York: Mcgraw-Hill Book, 1987.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3.ed. St. Louis, Mosby, 1994.

HELLER, A.; TIDMARSH, W.; PLESS, I. B. The psychosocial functioning of young adults born with cleft lip or palate: a follow-up study. **Clin. Pediatr.**, v.20, n.7, p.459-65. July, 1981.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

ISRAEL, J.; BAUM, L. D. Genetic aspects of cleft palate and cleft lip and palate. In: PIRRUCCELO, F.W. **Cleft lip and palate**: plastic surgery, genetics and the team approach. Springfield, Charles C. Thomas, 1987. Cap.3, p.17-40.

LITWACK – SALEH, K. Pratical points in the care of the patient post-cleft lip and palate repair. **J. Post. Anesth. Nurs.**, v.8, n.1, p.35-7, Feb. 1993.

LOPES, R. A. M.; MACEDO, D. D.; LOPES, M. H. B. de M. Diagnóstico de enfermagem mais freqüente em uma unidade de internação de oncologia. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 5, n.4, p.35-41, out. 1997.

MIERS M. Developing skills in decision-making. **Nurs. Times**, v. 56, n.30, p.32-3, Jul. 1990.

MODOLIN, M.; KAMAMURA, L. Sequelas nas fissuras faciais. In: SUCENA, R.C. (ed). **Cirurgia plástica**: contribuição para o ensino da especialidade. São Paulo, Roca, 1982. Cap. 94, p. 963-73.

NAGEM FILHO, H. et al. Contribuição para o estudo da prevalênciadadas más-formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. **Rev. Fac. Odontol. São Paulo**, v.6, n.2, p.111-128, abr./jun. 1968.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION.
Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 1999-2000. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

NARCHI, N. Z.; GUTIERREZ, M. G. R. de. Diagnósticos de enfermagem em mulheres com câncer de mama submetidas á quimioterapia antineoplásica. **Acta Paul. Enferm.**, v.10, n.1, p. 33-42, jan./abr. 1997.

NORRIS, J. Epidemiologic approaches to validation of nursing diagnosis: response to Alexander. In: **QUANTITATIVE research methodologies**. Palm Springs, North American Nursing Diagnosis, 1989. p.137 –146.

NORRIS, J. Nursing intervention for self-esteem disturbances. **Nurs. Diagn.**, v.3, n.2, p.48-53, Apr./June. 1992.

PASINI, D. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.30, n.3, p. 501–18, dez. 1996.

PIMENTA, C. A de M. **Dor**: manual clinico de enfermagem. São Paulo, s.n, 2000.

RICHARD, M. E. Common pediatric craniofacial reconstructions. **Nurs. Clin. North Am.**, v.29, n.4, p.791 –9, Dec.1994.

ROBAZZI, M. L. do C. C. et al. Diagnósticos de enfermagem: atribuição feita por graduandos de enfermagem a pacientes internados com alterações neurológicas. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v.6, n.2, p. 37-46, abr. 1998.

SCHROEDER, M. A. Tool development: validity related to nursing diagnosis.

In: **QUANTITATIVE research methodologies**. Palm Springs, North American Nursing Diagnosis, 1989. p.147-65.

SILVA FILHO, O G. da S. **Crescimento e desenvolvimento facial e pré-natal**. Bauru, Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-palatais, Universidade de São Paulo, 1981.

SILVA FILHO, O G. da S. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Rev. Bras. Cir.** v.82, n.2, p.59-65, mar./abr. 1992.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. **Rev Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo**, v.27, n.1, p.5-6, 1972.

TEIXEIRA, M. J. et al. Avaliação da dor: fundamentos teóricos e análise crítica. **Rev. Med.**, v.78, pt.2, p.85-114, 1999.

ZAR, J. H. **Biostatistical analysis**. 3. ed .New Jersey, Prentice Hall, p.171.