

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

ANDRESSA MAIRA SARDINHA DE SOUZA CAMARGO

**O enxerto ósseo alveolar e a assistência de enfermagem  
nos períodos pré e pós-operatórios: um estudo  
transversal**

BAURU  
2021

ANDRESSA MAIRA SARDINHA DE SOUZA CAMARGO

**O enxerto ósseo alveolar e a assistência de enfermagem  
nos períodos pré e pós-operatórios: um estudo  
transversal**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação, na área de concentração Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lucia Pompeia Fraga de Almeida.

BAURU  
2021

Camargo, Andressa Maira Sardinha de Souza

O enxerto ósseo alveolar e a assistência de enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios: um estudo transversal / Andressa Maira Sardinha de Souza Camargo. – Bauru, 2021.

092 p. : il. ; 31 cm.

Dissertação – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais.

Universidade de São Paulo, 2021.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Lucia Pompeia Fraga de Almeida.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética do HRAC – USP  
Nº do Protocolo: 4.371.472  
Data: 30/10/20.



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Andressa Maira Sardinha de Souza Camargo

Dissertação apresentada ao Hospital de  
Reabilitação de Anomalias  
Craniofaciais da  
Universidade de São Paulo para  
obtenção do  
título de Mestre em Ciências da  
Reabilitação, na área de concentração  
Fissuras Orofaciais e Anomalias  
Relacionadas.

Aprovado em:

### Banca Examinadora

Prof.

Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Prof.

Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ana Lucia Pompeia Fraga de Almeida

Instituição (orientadora)

---

Prof. Dr.

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

É com muita alegria que dedico este trabalho ao meu filho Guilherme, luz da minha vida, por ser tão companheiro e ter participado deste momento importante.

E aos meus pais, Wilson e Shirley, por me amarem incondicionalmente e estarem sempre me apoiando.

Eu amo vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me abençoar e me dar sabedoria para realizar este trabalho, pois sem Ele nada seria possível;

Ao meu filho Guilherme, pela compreensão durante esta etapa;

Aos meus pais, Wilson e Shirley, por acreditarem em mim;

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lucia Pompeia Fraga de Almeida, pelos conhecimentos compartilhados, paciência e suporte;

Ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, à Universidade de São Paulo – campus Bauru e aos professores por terem me dado esta oportunidade incrível.

*“Quem olha para fora sonha, quem olha para dentro desperta”.*

*Carl Jung*



## RESUMO

As fissuras transforame incisivo e fissuras pré-forame incisivo com envolvimento do rebordo alveolar necessitam de enxerto ósseo. O enxerto ósseo alveolar objetiva estabilizar os segmentos maxilares, restauração estética, fechar fístulas, e eliminar recessões mucosas, eliminar obstrução das vias aéreas, eliminar assimetria e reduzir a necessidade do uso de prótese. As principais complicações encontradas na literatura foram dor intensa, parestesia local, reabsorção do enxerto, hemorragia, infecção e deiscência. Contudo, faz-se necessário que o enfermeiro detenha amplo conhecimento sobre as peculiaridades deste procedimento cirúrgico, e obtenha habilidade técnica e interpessoal para realizar o pensamento crítico e julgamento clínico adequados. A prática do cuidado pela enfermagem deve ocorrer de forma sistematizada, buscando a qualidade assistencial e segurança aos pacientes. **Objetivo:** analisar a assistência de enfermagem aos pacientes submetidos ao enxerto ósseo alveolar secundário nos períodos pré e pós-operatórios. **Material e métodos:** uma pesquisa transversal e descritiva, com delineamento quantitativo, envolvendo fontes de dados secundários de prontuários de pacientes com fissura transforame incisivo unilateral que foram candidatos ao enxerto ósseo alveolar, de ambos os sexos, dos 9 aos 15 anos, de Janeiro de 2019 a Julho de 2020, durante a internação no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru/SP. A amostra foi constituída por 100 prontuários, e os dados foram coletados dos registros pessoais e informações pertinentes, como anotações dos cuidados prestados, controle dos sinais vitais, evoluções clínicas, prescrições e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Os períodos foram subdivididos em Tempos (T), sendo T0 – Período Pré-Operatório – 24h anteriores ao procedimento, desde a admissão com os cuidados pré-cirúrgicos, T1 – Período Pós-Operatório Imediato – próximas 24h após o procedimento na internação e T2 – Período Pós-Operatório Mediato - após as 24h do enxerto até o momento da alta. A amostra foi composta por variáveis qualitativas nominais (sexo e etnia) e variáveis quantitativas discretas (idade, número de cirurgias e complicações), sendo submetida à distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada. Os dados estatísticos foram processados sistematicamente e

representados por gráficos e tabelas do Software Microsoft Office Excel 2010 e do programa Canva. **Resultados e discussão:** definiu-se 21 atividades do enfermeiro direcionadas aos casos de EOA durante os períodos pré e pós-operatórios, subdivididas em dimensão gerencial: liderar a equipe de enfermagem, prever materiais e equipamentos, organizar o fluxo interno, fornecer orientações aos pacientes e acompanhantes, informar os familiares sobre a condição clínica dos pacientes, dimensionar o quadro de funcionários, conferir o mapa cirúrgico diário e solicitar atendimento às especialidades para os pacientes e/ou acompanhantes; e em dimensão assistencial: realizar a SAE e exame físico, registrar as ações nos prontuários, controlar ingesta hídrica, aceitação alimentar, orientar sobre a higiene oral, atentar às queixas, observar eliminações vesico-intestinais, padrão de sono, supervisionar o controle de SSVV, inspecionar a incisão cirúrgica e área doadora do enxerto, atentar às possíveis complicações do quadro, verificar AVP e prestar assistência às possíveis intercorrências até a chegada do médico. **Conclusão:** os resultados concluíram que o enfermeiro encontra-se mais envolvido com as atribuições assistenciais, 62% do total de suas funções na internação dos pacientes submetidos ao EOAS.

**Descritores:** Enxerto ósseo. Fissura palatina. Alvéolo dental. Cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

The alveolar bone graft and nursing care in the pre and postoperative periods: a cross-sectional study

The incisor transforaminal fissures and pre-incisor foramen fissures with involvement of the alveolar ridge require bone graft. The alveolar bone graft aims to stabilize the maxillary segments, aesthetic restoration, close fistulas, and eliminate mucous recessions, eliminate airway obstruction, eliminate asymmetry and reduce the need for prosthesis use. The main complications found in the literature were severe pain, paresthesia, graft resorption, hemorrhage, infection and dehiscence. However, it is necessary for the nurse to have extensive knowledge about the peculiarities of this surgical procedure, to obtain technical and interpersonal skills to carry out critical thinking and appropriate clinical judgment. The practice of nursing care must occur in a systematic way, seeking quality care and patient safety. **Objective:** to analyze nursing care for patients undergoing secondary alveolar bone graft in the pre- and postoperative periods. **Material and methods:** a cross-sectional, descriptive and quantitative research, involving secondary data sources from the medical records of patients with unilateral incisor transforamen cleft who were candidates for alveolar bone graft, of both sexes, from 9 to 15 years old, from January 2019 to July 2020, during hospitalization at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies in Bauru / SP. The sample consisted of 100 medical records, and data were collected from personal records and pertinent information, such as notes on care provided, control of vital signs, clinical developments, prescriptions and Nursing Care Systematization. The periods were subdivided into Times (T), with T0 - Pre-Operative Period - 24h prior to the procedure, since admission with pre-surgical care, T1 - Immediate Post-Operative Period - next 24h after the procedure on admission and T2 - Mediate Post-Operative Period - after 24h of the graft until the moment of discharge. The sample consisted of nominal qualitative variables (gender and ethnicity) and discrete quantitative variables (age, number of surgeries and complications), being submitted to the distribution of absolute,

relative and accumulated frequencies. The statistical data were processed systematically and represented by graphs and tables of the Microsoft Office Excel 2010 software and the Canva program. **Results and discussion:** 21 activities of the nurse were defined, directed to the cases of OAE during the pre and postoperative periods, subdivided into a managerial dimension: leading the nursing team, providing materials and equipment, organizing the internal flow, providing guidance to patients and companions, inform family members about the clinical condition of patients, size the staff, check the daily surgical map and request assistance from specialties for patients and/or companions; and in the assistance dimension: perform the SAE and physical examination, record the actions in the medical records, control water intake, food acceptance, advise on oral hygiene, pay attention to complaints, observe eliminations, sleep patterns, supervise the control of SSVV , inspect the surgical incision and graft donor area, pay attention to possible complications, check for AVP and assist with possible complications until the doctor arrives. **Conclusion:** the results concluded that the nurse is more involved with the care assignments, 62% of the total of his functions in the hospitalization of patients undergoing the EOAS.

**Descriptors:** Bone graft. Cleft palate. Dental socket. Nursing care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1-	Exame físico.....	52
-----------	-------------------	----

### GRÁFICOS

Gráfico 1-	Distribuição percentual dos pacientes, segundo gêneros.....	37
Gráfico 2-	Distribuição percentual dos pacientes, segundo a presença ou ausência de outras anomalias congênitas e condições prévias.....	39
Gráfico 3-	Distribuição percentual das frequências absoluta e acumulada da ocorrência de outras anomalias congênitas e condições prévias associadas às FLP.....	40
Gráfico 4-	Distribuição percentual das frequências absoluta e acumulada das complicações/intercorrências no período pós-operatório imediato de EOAS.....	44
Gráfico 5-	Distribuição percentual das intercorrências levantadas no Pós-Operatório Mediato dos pacientes submetidos ao EOAS deste estudo.....	47
Gráfico 6-	Distribuição percentual das atividades profissionais do enfermeiro direcionadas aos casos de EOAS.....	73

### QUADROS

Quadro 1-	Média da idade dos pacientes e respectivos valores de variância (V) e desvio padrão (S).....	35
Quadro 2-	Mediana (Md) da idade dos pacientes do estudo.....	36
Quadro 3-	Moda (Mo) da idade dos pacientes selecionados.....	36
Quadro 4-	Questionário de consulta de enfermagem de pré-internação utilizado no HRAC.....	54
Quadro 5-	Questionário check list de atendimento de enfermagem utilizado na Unidade Pré-Antestésica (UPA) do HRAC.....	58
Quadro 6-	Prescrições pré-anestésicas dos pacientes de EOAS, utilizadas pelos cirurgiões-dentistas operadores na	

	Unidade Pré-Anestésica do HRAC.....	61
Quadro 7-	Impresso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) utilizado pelo enfermeiro no Pós-Operatório de EOAS do HRAC.....	66
<b>DIAGRAMAS</b>		
Diagrama 1-	Ações do enfermeiro da pré-internação na admissão hospitalar do paciente cirúrgico de EOAS no HRAC.....	57
Diagrama 2-	Prescrição dos pacientes de EOAS no Pós-Operatório Imediato pelos cirurgiões-dentistas do HRAC.....	64
<b>FLUXOGRAMAS</b>		
Fluxograma 1-	Caracterização das atividades profissionais do enfermeiro direcionadas aos casos de EOAS.....	72

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das frequências absoluta, relativa, acumulada e ponto médio da idade (anos) dos participantes.....	35
Tabela 2- Distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada dos gêneros dos pacientes.....	37
Tabela 3- Distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada, segundo a etnia declarada nos prontuários.....	38
Tabela 4- Distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada de recorrência familiar de FLP.....	38
Tabela 5- Distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada das outras anomalias congênitas e condições prévias encontradas....	39
Tabela 6- Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada da classificação das fissuras labiopalatinas.....	41
Tabela 7- Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada das áreas doadoras do enxerto ósseo alveolar.....	42
Tabela 8- Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada dos profissionais peradores.....	43
Tabela 9- Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada das intercorrências identificadas no pós-operatório imediato dos pacientes submetidos ao EOAS do presente estudo.....	43
Tabela 10- Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada das intercorrências identificadas no pós-operatório mediato dos pacientes submetidos ao EOAS.....	46
Tabela 11- Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada das prescrições utilizadas pelos cirurgiões-dentistas operadores para os pacientes de EOAS, na UPA do HRAC.....	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Ausculata Pulmonar
ASS	Assinatura
ATB	Antibiótico
AVP	Acesso Venoso Periférico
B	Bilaterais
BE	Broncoespasmo
BEG	Bom Estado Geral
CD	Características Definidoras
CEPE	Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem
CIA	Comunicação InterAtrial
CIV	Comunicação InterVentricular
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPL	Confederação Nacional dos Profissionais Liberais
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPM	Conforme Prescrição Médica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DLM	Drenagem Linfática Manual
EA	Eventos Adversos
EBE	Enfermagem Baseada em Evidências
EEC	Ectrodactilia, Displasia Ectodérmica e Fissura LabioPalatal
EOA	Enxerto Ósseo Alveolar
EOAS	Enxerto Ósseo Alveolar Secundário
EOAV	Espectro Óculo-Auriculo-Vertebral
EV	Endovenoso
F	Frequência Acumulada
FC	Frequência Cardíaca
fi	Frequência absoluta
FL	Fissuras de Lábio
FLB	Fissuras Labiais Bilaterais
FLP	Fissuras LabioPalatinas



FLPB	Fissuras LabioPalatinas Bilaterais
FLPU	Fissuras LabioPalatinas Unilaterais
FLU	Fissuras Labiais Unilaterais
FP	Fissuras de Palato
FR	Fatores Relacionados
FR	Frequência Respiratória
Fr	Frequência relativa
FTUD	Fissura Transforame Unilateral Direita
FTUE	Fissura Transforame Unilateral Esquerda
GR	Gerenciamento de Riscos
HMG	Hemograma
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
IG	Idade Gestacional
IVF	Insuficiência VeloFaríngea
JCAHCO	Join Commission on Accreditation on Healthcare Organization
K	Classe
Kg	Quilograma
Md	Mediana
Mo	Moda
MS	Ministério da Saúde
NBZ	Nebulização
PA	Pressão Arterial
PFN	Processo Fronto-Nasal
PMd	Processos Mandibulares
PMx	Processos Maxilares
PO	Pós-Operatório
POI	Pós-Operatório e Internação
PP	Processos Palatinos
PP	Palato Primário
PS	Palato Secundário
RL	Ringer Lactato
S	Desvio Padrão

SAE	Sistematização da Assistência da Enfermagem
SpO <sub>2</sub>	Saturação de Oxigênio
SSVV	Sinais Vitais
T	Tempos
Tax	Temperatura Axilar
TNE	Terapia Nutricional Enteral
TP	Tempo de Protrombina
TTPA	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
U	Unilaterais
UPA	Unidade Pré-Anestésica
USG	Ultrassonografia
USP	Universidade de São Paulo
V	Variância
VAS	Vias Aéreas Superiores

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
2.1	FISSURAS LABIOPALATINAS (FLP).....	24
2.2	PROTOCOLO DE TRATAMENTO DAS FISSURAS LABIOPALATINAS – HRAC/USP.....	26
2.3	ENXERTO ÓSSEO ALVEOLAR (EOA).....	28
2.4	A ENFERMAGEM.....	30
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	33
4.2	LOCAL E PERÍODO DE PESQUISA.....	33
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	33
4.4	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	33
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>
5.1	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES.....	35
5.2	FATORES RELACIONADOS AO PROCEDIMENTO.....	41
5.3	T0 – PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DO EOAS.....	48
<b>5.3.1</b>	<b>Histórico Dos Pacientes.....</b>	<b>49</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Especialidades No Pré-Operatório.....</b>	<b>53</b>
<b>5.3.3</b>	<b>Consulta De Enfermagem Na Pré-Internação.....</b>	<b>54</b>
<b>5.3.4</b>	<b>Cuidados Na Unidade Pré-Anestésica.....</b>	<b>58</b>
5.4	T1 – PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DO EOAS.....	63
<b>5.4.1</b>	<b>Admissão Do Paciente.....</b>	<b>63</b>
<b>5.4.2</b>	<b>Prescrições No Pós-Operatório Imediato Do EOAS.....</b>	<b>64</b>
<b>5.4.3</b>	<b>Sistematização Da Assistência De Enfermagem (SAE).....</b>	<b>66</b>
5.5	T2 – PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DO EOAS.....	70
<b>5.5.1</b>	<b>Equipe Interdisciplinar.....</b>	<b>70</b>
<b>5.5.2</b>	<b>Caracterização Das Atividades Profissionais Do</b>	

	<b>Enfermeiro Relacionadas Aos Casos De</b>	
	<b>EOAS.....</b>	<b>71</b>
<b>5.5.3</b>	<b>A Alta Hospitalar.....</b>	<b>74</b>
<b>5.5.4</b>	<b>Cultura De Segurança Do Paciente E Qualidade Da</b>	
	<b>Assistência.....</b>	<b>75</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>78</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>89</b>
	Apêndice 1 – Ficha Individual Do Paciente (EOAS) –	
	HRAC/USP – Instrumento Para Coleta de Dados.....	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas (FLP) representam um rufo heterogêneo de desordens que afetam a face e a cavidade oral, com etiologia multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais, causando impactos funcionais aos pacientes, como alterações dentárias, respiratórias, na fonação, audição, sucção, deglutição, impactos estéticos, cognitivos e emocionais. (FREITAS, 2012, p. 11; COUTINHO et al, 2009, p. 150)

Segundo a classificação de Spina et al (1972), a qual considera o forame incisivo como ponto referencial, as fissuras orofaciais são divididas em quatro grupos: o grupo 1, compreendendo as fissuras que envolvem apenas lábio (incompletas) e as que envolvem a região labial e rebordo alveolar (completas), o grupo 2, no qual encontram-se as fissuras labiais com comprometimento do rebordo alveolar e palato, podendo ser unilaterais, medianas ou bilaterais, o grupo 3 engloba as fissuras de palato isolado, e por fim, o grupo 4 enquadra as síndromes raras associadas às fissuras labiopalatinas.

Nas fissuras com envolvimento de rebordo alveolar, o enxerto ósseo compreende o procedimento terapêutico de preenchimento do defeito ósseo alveolar com osso autógeno, preferencialmente da medula óssea ao osso cortical, entretanto pode ser também de origem da crista ilíaca, clavícula, crânio, tibia ou da mandíbula, fundindo em poucos meses os segmentos alveolares divididos pela lesão congênita. (TRINDADE, 2007, p. 239; BRUDNICKI et al, 2019, p. 165)

De acordo com Rosa et al (2018, p. 2), além do osso autógeno, pode-se utilizar a proteína morfogenética óssea (rhBMP-2), comprovadamente eficaz, como substitutos ósseos, utilizam-se o osso alogênico e a hidroxiapatita. Todavia, o tipo, a extensão ou a complexidade da fissura, a erupção dos caninos permanentes e a expertise do cirurgião são apontados como influenciadores no resultado de cirurgias de enxerto ósseo alveolar realizadas com rhBMP-2.

Sendo assim, o enxerto primário quando necessário é realizado na primeira infância, acompanhando as cirurgias plásticas primárias (queiloplastia e palatoplastia), e o secundário ao final da dentição mista, por volta dos 9 – 12

anos, se possível antes da irrupção do canino permanente, garantindo desta forma a preservação dos dentes adjacentes à fissura. Já o enxerto ósseo alveolar terciário ou tardio realiza-se após o término do tratamento ortodôntico corretivo, na dentição permanente, facilitando a reabilitação protética e periodontal e favorecendo o fechamento de fístulas oronasais persistentes. (PAN, 2016, p. 883)

Neste sentido, o enxerto ósseo alveolar objetiva estabilizar os segmentos maxilares, primordialmente a pré-maxila nas fissuras bilaterais, facilitar a restauração estética final com melhora na aparência do tecido mole por vestibular, fechar fístulas, eliminar recessões mucosas e criar estrutura alveolar a fim de permitir a movimentação dos dentes, na área da fissura, eliminando na maioria dos casos a necessidade de uso de prótese para a reabilitação final. Além disso, oferece condições periodontais saudáveis, elimina a obstrução das vias aéreas, consolida a maxila, proporciona osso de suporte firme e estável para sustentar a base nasal e eliminar assimetria e permitir a colocação de implante na área da fissura, quando não há indicação para movimentar os dentes adjacentes à fissura. (FREITAS, 2011; RIBEIRO, 2002, p. 69)

O estudo de Rocha (2015, p. 343), aponta que apesar de mínimas e associadas à baixa incidência de morbidade, o surgimento de complicações pós-operatórias consequentes ao enxerto ósseo alveolar pode acontecer.

Dentre as complicações observadas na literatura, constatou-se maior prevalência de dor intensa, parestesia local, reabsorção do enxerto, hemorragia, infecção e deiscência. (SILVA, 2010, p. 67)

O enfermeiro encontra-se em contato direto com os pacientes, executando funções assistenciais e gerenciais por obter autonomia para a tomada de decisões referentes à assistência a ser prestada.

Conforme Harada (2011, p. 46), este profissional deve oferecer atendimento diferenciado, humanizado e gerenciar os riscos inerentes ao processo de cuidar.

Contudo, faz-se necessário que o enfermeiro detenha amplo conhecimento sobre as peculiaridades deste procedimento cirúrgico, e obtenha habilidade técnica e interpessoal para realizar o pensamento crítico e julgamento clínico adequados. (SILVA et al, 2020, p. 2)

A prática do cuidado pela enfermagem deve ocorrer de forma sistematizada, buscando a qualidade assistencial e segurança dos pacientes. (HINRICHSEN, 2012, p. 135)

No âmbito de equipe multidisciplinar, as atividades exercidas pela enfermagem, descritas no artigo de Beluci et al, (2017, p. 2) são: monitorar a ingesta hídrica e a aceitação alimentar diária por meio da observação dos pacientes, registros dos cuidados e das ações nos prontuários e avaliação contínua de acordo com o planejamento representado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Neste contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo que instrumentaliza o enfermeiro para a atuação científica baseada em evidências para proporcionar uma assistência idealizada e constituir-se em um diferencial para abranger um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. (HARADA, 2011, p. 127; ANDRADE, 2016, p. 1087)

Faro (2006, p. 129) descreve que o processo de reabilitação envolve a utilização de técnicas e ações interdisciplinares, como um esforço conjunto de todos os profissionais e familiares, intra e extra-hospitalar, com foco na limitação de danos, almejando à melhora ou readaptação das funções reduzidas ou perdidas.

Diante do exposto, o atual estudo tem como objetivo analisar a assistência de enfermagem aos pacientes submetidos ao enxerto ósseo alveolar secundário (EOAS) nos períodos pré e pós-operatórios, de Janeiro de 2019 a Julho de 2020, haja vista a relevância do papel do enfermeiro sendo um profissional bem próximo aos pacientes durante os cuidados na internação hospitalar e nos períodos pós-operatórios e devido à escassez de trabalhos na área.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 FISSURAS LABIOPALATINAS (FLP)

O termo “fissura” significa fenda, denotando qualquer abertura anatômica inata que diverge do normal e manifesta-se em qualquer região da face e do crânio, no tecido mole e/ou no esqueleto, sendo usuais no lábio e/ou palato, denominando-se então, fissuras labiopalatinas (FLP). (TRINDADE, 2007, p. 17).

As anomalias craniofaciais compreendem defeitos congênitos com uma morbidade humana significativa, visto que as FLPs afetam aproximadamente 1:700 nascimentos, com uma etiologia complexa e multifatorial, ou seja, interação da predisposição genética e fatores ambientais, como doenças crônicas maternas e fatores endócrinos (diabetes, hipotireoidismo e aumento da secreção das glândulas suprarrenais), hábitos maternos, infecções (toxoplasmose, influenza e rubéola), deficiência de nutrientes (ácido fólico) e o uso inapropriado de medicamentos durante a gestação (anticonvulsivantes, aspirina, corticosteróides, antilblásticos e vitamina A). (WEHBY, et al 2012, p. 2).

De acordo com Trindade (2007, p.17) e Rocha (2015, p.3), essas malformações são estabelecidas no período embrionário, por volta da 3ª e 4ª semana de idade gestacional (IG), durante a formação da face devido à fusão deficiente dos processos faciais embrionários: fronto-nasal (PFN), mandibulares (PMd), maxilares (PMx) e processos palatinos (PP), sendo possível diagnosticá-las mediante ultra-sonografia (USG) pré-natal.

As fissuras de lábio e palato podem ser subdivididas, etiologicamente, em fissuras não-sindrômicas, definidas como fissuras com um fenótipo isolado, constituindo-se em 70% dos casos, e em fissuras sindrômicas (30% dos casos), compostas por um quadro clínico mais amplo com a presença de outros fenótipos, como a Síndrome de Vander Woude, a Síndrome EEC – Ectrodactilia, Displasia Ectodérmica e fissura labiopalatal, a Síndrome EOAV – Espectro Óculo-Auriculo-Vertebral e várias outras, sendo conhecidas mais de 400



síndromes nas quais a FLP apresenta-se como manifestação clínica dentre os demais sinais e sintomas de cada síndrome. (SALEEM ET AL, 2019, p. 2)

Segundo a classificação de Spina et al (1972), a qual considera o forame incisivo como referencial, as FLPs são classificadas em:

- Grupo I - Fissuras Pré-Forame Incisivo: enquadram-se aquelas cujo defeito restringe-se ao palato primário, envolvendo dessa forma, o lábio e/ou o rebordo alveolar devida à ausência de fusão entre o palato primário (PP) e processos maxilares (PMx) durante o período embrionário, podendo ser subclassificadas em unilateral direita completa ou incompleta, unilateral esquerda completa ou incompleta; bilateral completa ou incompleta e mediana completa ou incompleta, alcançando o forame incisivo quando são consideradas completas;

- Grupo II – Fissuras Transforame Incisivo: resultantes do envolvimento dos palatos primário e secundário, atravessando o rebordo alveolar, explicadas pela ausência de fusão entre o palato primário (PP), o processo maxilar (PMx) e o palato secundário (PS). Subdividem-se em unilateral direita ou esquerda, bilateral ou mediana;

- Grupo III – Fissuras Pós-Forame Incisivo: compreendem as fissuras de palato isolado causadas pela ausência de fusão entre os palatos secundários (PS). Nestes casos, não há comprometimento do lábio e rebordo alveolar, e subclassificam-se apenas em completas ou incompletas;

- Grupo IV – Fissuras raras da face: fissuras em bochechas, pálpebras, orelhas, nariz e ossos do crânio e face, como o frontal, nasal, etmoide, malar e temporal, sendo designadas também de fissuras atípicas, mais incomuns em relação às fissuras labiopalatinas.

As crianças com FLP podem ter seu crescimento e desenvolvimento prejudicados, principalmente no 1º ano de vida. As principais alterações decorrentes de tal condição são: dificuldades na alimentação oral caracterizadas por disfagia, refluxos gástricos, engasgos constantes, com conseqüente baixo ganho ponderal; infecções frequentes de vias aéreas superiores (VAS) devida à comunicação entre a cavidade oral e a nasal; desconforto respiratório em decorrência da deformidade nasal; disfasia acompanhada pela hipernasalidade e outros distúrbios da fala e da audição; Insuficiência VeloFaríngea (IVF) pela incapacidade de fechamento do anel velofaríngeo quando necessário,

impossibilitando a oclusão completa da comunicação entre as cavidades oral e nasal, além dos diversos prejuízos da dentição, como agenesias ou dentes supranumerários, desalinhamento das arcadas dentárias e outras situações odontológicas. (TRINDADE, 2007, p. 51, 59 e 201)

Além das disfunções fisiológicas, com igual importância, preocupa-se com a questão psicossocial enfrentada pelos pacientes com FLP, acarretada pelo impacto visual e implicações estéticas, interferindo inclusive no convívio familiar e inserção na sociedade, trazendo consequências psicológicas ao indivíduo no decorrer de sua vida.

## 2.2 O PROTOCOLO DE TRATAMENTO DAS FISSURAS LABIOPALATINAS – HRAC/USP

As técnicas e protocolos para o reparo das FLPs divergem entre cirurgias e centros cirúrgicos, variam de acordo com o estado geral do paciente, as características da fissura e complexidade do caso, porém todos os protocolos possuem o intuito de solucionar as deficiências decorrentes da fissura labial, restaurar a anatomia estática e dinâmica, reduzir a assimetria da fenda nasal e deixar uma cicatriz natural, mimetizando os contornos do filtro. (TRINDADE, 2007, p. 73; MIACHON, 2014, p. 209)

Conforme Miachon (2014, p. 209 e 210), o cronograma operatório influencia no prognóstico dos pacientes com fissura, visando o aspecto estético normalizado do lábio e nariz, fechamento primário e secundário do palato, linguagem, fala e audição normalizadas, permeabilidade das vias aéreas, oclusão classe I e função mastigatória normal, dentes e periodonto saudáveis e desenvolvimento psicossocial preservado.

A queiloplastia e a palatoplastia representam as cirurgias reparadoras primárias, realizadas em tecido mole, na primeira infância. Preconiza-se a realização precoce da queiloplastia, reconstituindo toda a estrutura anatômica do lábio (mucosa, músculo e tecido cutâneo), existindo hoje diversas técnicas, dentre elas, a Millard ainda é a mais utilizada mundialmente. (LOPES ET AL, 2018, p. 1)

O artigo de Lopes et al (2018, p. 1), descreve a técnica de Millard, a qual é indicada para as fissuras unilaterais e intenciona o avanço e a rotação

dos retalhos labiais, originando uma cicatriz em forma de um “Z” alto (zetaplastia), adaptando a crista filtral e respeitando o arco do cupido.

Já para os casos de fissuras bilaterais, a técnica de queiloplastia por Spina propõe o reposicionamento da pré-maxila projetada, restabelecendo a continuidade do lábio pela adesão de ambos os segmentos labiais ao prolábio e pelo preenchimento do vermelhão com retalhos cutaneomusculares. (TRINDADE, 2007, p. 75)

A palatoplastia reconstrói a anatomia que distingue a cavidade nasal da cavidade oral, sendo a primeira técnica descrita em 1861 e divulgada por Von Langenbeck, a qual fundamenta-se no preparo de retalhos mucoperiostais bipediculados anterior e posteriormente para o fechamento da mucosa oral e o descolamento e síntese da mucosa nasal, executada em três planos, o assoalho nasal, tecido muscular e forro oral. (RODRIGUES, 2015, p. 1)

Ambas as técnicas de queiloplastia citadas anteriormente (Millard e Spina) e de palatoplastia (Von Langenbeck associada ou não à veloplastia intravelar) são preconizadas no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP.

O protocolo de intervenções cirúrgicas pelo HRAC/USP para o tratamento das fissuras de lábio (FL) e/ou palato (FLP/FP) unilaterais (U) e bilaterais (B) institui-se em:

- Queiloplastia: de fissuras labiais unilaterais (FLU) aos 3 meses de idade; fissuras labiais bilaterais (FLB) aos 3 meses (em tempo único) e de 3 a 6 meses (em dois tempos); fissuras labiopalatinas unilaterais (FLPU) aos 3 meses e fissuras labiopalatinas bilaterais (FLPB) aos 3 meses (tempo único) e de 3 a 6 meses (dois tempos);

- Palatoplastia: de fissuras labiopalatinas unilaterais (FLPU), fissuras labiopalatinas bilaterais (FLPB) e fissuras de palato isolado (FP) aos 12 meses de idade;

- Queiloplastia secundária ou definitiva + correção de columela: de fissuras labiais bilaterais (FLB) e fissuras labiopalatinas bilaterais (FLPB) aos 6 anos de idade, quando faz-se necessária uma correção estética labial;

- Enxerto Ósseo Alveolar Secundário (EOAS): dos 9 aos 15 anos de idade.

A partir de 1990, o HRAC/USP incorporou o Enxerto Ósseo Alveolar Secundário (EOAS) no protocolo de tratamento das fissuras envolvendo o rebordo alveolar, seguindo a prática positiva de outros Centros, especialmente o de Oslo – Noruega, com experiência desde a segunda metade da década de 1970. Desde então, o EOAS aclamado pela maioria dos terapeutas, passou a ser uma exigência no referido protocolo de tratamento. (TRINDADE, 2007, p. 239 e 241)

### 2.3 O ENXERTO ÓSSEO ALVEOLAR

As fissuras pré-forame incisivo com envolvimento ósseo e as fissuras transforame incisivo provocam a ruptura do rebordo alveolar, demandando assim um EOA, o qual expressa-se em um procedimento terapêutico de preenchimento do defeito ósseo alveolar com osso autógeno, fundindo em poucos meses os segmentos alveolares que foram divididos pela lesão congênita. (TRINDADE, 2007, p. 239)

Na atualidade, existem diversos materiais disponíveis para a reconstrução óssea como o autógeno, o homogêneo, xenógeno e materiais aloplásticos ou ainda a combinação de alguns destes em determinadas situações, embora o procedimento com o osso autógeno, introduzido em 1900, seja mais utilizado e considerado como “padrão-ouro”, por não ser imunogênico e por possuir propriedades osteogênicas, osteoindutoras e osteocondutoras. (BRUDNICKI ET AL, 2018, p. 165; SALMEN ET AL, 2017, p. 33 e 34)

Segundo Silva et al (2020, p. 2) e Rosa et al (2018, p. 2), além do osso autógeno, pode-se utilizar a proteína morfogenética óssea (rhBMP-2) e também células mononucleares de medula óssea autóloga combinadas com fibrina rica em plaquetas e nanoidroxiapatita.

A raspagem do osso autógeno para o preenchimento alveolar pode ser obtida de diferentes sítios doadores, os quais são escolhidos pelo cirurgião, podendo ser proveniente da crista ilíaca, clavícula, crânio, sínfise mandibular e da tíbia. (ROCHA ET AL, 2015, p. 533)

De acordo com a época de realização do procedimento, o enxerto ósseo alveolar recebe a terminologia de primário, secundário ou terciário. Nesta perspectiva, o primário é realizado na primeira infância, acompanhando as

cirurgias plásticas primárias, contudo realizado em idade precoce, o crescimento maxilar é ainda mais prejudicado. O enxerto ósseo alveolar secundário (EOAS) é concretizado ao final da dentição mista e anterior à irrupção do canino permanente, na faixa etária dos 9 aos 15 anos de idade aproximadamente. Tal técnica foi detalhada por Boyne, sendo utilizada desde 1972 e mais adepta pelos cirurgiões-dentistas. E por fim, o enxerto ósseo terciário é aquele realizado mais tardiamente, após o término do tratamento ortodôntico corretivo. (TRINDADE, 2007, p. 241; PAN ET AL, 2016, p. 883)

O enxerto ósseo alveolar secundário (EOAS) destina-se a estabilizar os segmentos maxilares, restaurar a estética auxiliando também a eliminar a assimetria nasal, fechar fístulas, criar estrutura alveolar a fim de permitir a movimentação dos dentes eliminando a necessidade do uso de prótese, fornecer suporte ósseo para os dentes adjacentes à fissura e eliminar obstrução das vias aéreas. (FILHO ET AL, 2013, p. 139)

Desta forma, o osso medular enxertado induz a osteogênese local, com subsequente reabsorção do tecido transportado, com o surgimento dos primeiros vasos sanguíneos do osso medular depois de uma semana do enxerto, atingindo a total vascularização local após três semanas. Logo, o EOAS possui várias vantagens, uma vez que o osso enxertado assume as funções do osso alveolar e possibilita a erupção espontânea do canino adjacente à fissura. (FREITAS ET AL, 2017, p. 92)

No entanto, o aparecimento de intercorrências e complicações são inerentes a todo procedimento cirúrgico, sendo que para os casos de EOAS, as principais complicações cirúrgicas descritas são parestesia/disestesia, dor local intensa, deiscência da sutura, hemorragia, infecção nas áreas doadora/receptora, bem como a reabsorção do enxerto. (SILVA ET AL, 2010, p. 64 e 67)

O artigo de Rocha et al (2015, p. 342) dispõe que o sucesso do emprego de enxertos autógenos exige a necessidade de um diagnóstico preciso da condição do paciente e que alguns critérios devem ser considerados pois afetam diretamente o prognóstico do enxerto ósseo, como a assepsia cirúrgica, o fechamento dos tecidos moles livre de tensão, tipo do defeito, período de cicatrização, imobilização do enxerto, aspectos do tecido mole adjacente, fator

de crescimento, fenômeno de aceleração regional, colágeno, fosfato de cálcio, condições do leito receptor e osso autógeno.

## 2.4 A ENFERMAGEM

O enfermeiro é um profissional liberal, incluído entre os grupos de profissionais enumerados pela Confederação Nacional das Profissões Liberais e disposto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e como tal, está submetido às condições determinadas pela lei que regulamenta o exercício profissional. (DECRETO-LEI nº 5.452/1943)

Por conseguinte, a profissão liberal é definida como uma atividade privativa de detentores de diploma universitário, cuja prestação de serviço é caracterizada pela independência quanto ao desempenho científico e à remuneração, fazendo parte todo aquele profissional que desenvolve atividade específica de serviços, com independência técnica, com qualificação e habilitação determinadas pela lei ou pela divisão social do trabalho. As profissões liberais são mais bem identificadas quando regulamentadas e fiscalizadas pelo Estado ou fiscalizadas por entidades com delegação estatal específica. (SILVA ET AL, 2016, p. 433; ESTATUTO SOCIAL – CNPL, 2018, p. 3).

Conforme Silva et al (2016, p. 434), a enfermagem é historicamente fundamentada e inserida no contexto político e econômico, tendo na sua essência e especificidade o cuidado ao ser humano, desenvolvendo atividades de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes em todos os níveis de organização dos serviços de saúde, centrada na pessoa, família e coletividade, pressupondo que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população.

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, trazendo a necessidade do órgão de enfermagem nas instituições e serviços de saúde, participação da enfermagem no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, definição das

categorias de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem e parteiras) e suas respectivas atribuições e determina a supervisão da equipe pelo enfermeiro.

A Enfermagem Brasileira, face às transformações socioculturais, científicas e legais, respeita e submete-se ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), o qual inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem. (COFEN nº 564/2017)

Os profissionais de enfermagem participam como integrantes da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. (SILVA ET AL, 2016, p. 450)

No contexto da reabilitação do paciente com fissura labiopalatina, o processo de cuidar pressupõe a atuação interdisciplinar entre a enfermagem e as demais especialidades, promovendo aos cuidadores informais o treinamento referente aos cuidados que envolvem esse tipo de cirurgia, para que, após a alta hospitalar, haja continuidade da assistência e, deste modo, a prevenção de complicações. (SILVA ET AL, 2020, p. 2)

Segundo Beluci et al (2017, p. 2 e 3), o pós-operatório concebe o momento propício para as orientações ao paciente e ao cuidador familiar, realizadas pela enfermagem, no que se refere aos cuidados relacionados à cirurgia, incluindo a prevenção de sangramento, o controle da dor, a alimentação, a hidratação, os cuidados com a incisão cirúrgica e a restrição física.

Para tanto, a elaboração e observação sistemáticas de protocolos assistenciais relacionados à qualidade da reabilitação de pacientes com fissura labiopalatina tem sido apontada como importante instrumento para o sucesso terapêutico.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a assistência de enfermagem aos pacientes submetidos ao EOAS nos períodos pré e pós-operatórios.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada do perfil epidemiológico dos pacientes selecionados para a pesquisa;
- Realizar a distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada dos fatores relacionados ao procedimento;
- Descrever os cuidados pré e pós cirúrgicos específicos para o quadro de EOAS nos períodos imediato e mediato;
- Caracterizar as atividades do enfermeiro direcionadas aos casos de EOAS.



## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Foi desenvolvida uma pesquisa transversal e descritiva, com delineamento quantitativo.

O estudo contou com fomentos e bases teóricas para o levantamento bibliográfico para a atualização de informações sobre o tema abordado, através dos descritores (DeCS) “enxerto ósseo”, “fissura palatina”, “alvéolo dental” e “cuidados de enfermagem”.

### **4.2 LOCAL E PERÍODO DE PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC da Universidade de São Paulo, localizado em Bauru – SP, no Setor de Pós Operatório e Internação.

A coleta dos dados ocorreu no período de Janeiro a Março de 2021, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC - (CAAE: 39182420.3.0000.5441).

### **4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

O presente trabalho envolveu fontes de dados secundários dos prontuários de pacientes com fissuras transforame incisivo unilateral que foram candidatos ao EOAS, de ambos os sexos, na faixa etária de 9 a 15 anos, com atendimentos no período de Janeiro de 2019 a Julho de 2020, durante a internação no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) do município de Bauru/SP.

### **4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

A amostra foi constituída por 100 prontuários no período estabelecido, e os dados foram coletados dos registros pessoais e informações pertinentes, incluindo aqueles obtidos no ato da admissão do paciente, histórico e exame físico, condições no pré-operatório, evolução clínica durante a internação, períodos pós-operatórios imediato e mediato, prescrições, cuidados prestados, anotações da equipe de enfermagem, controle dos sinais vitais e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), até a alta hospitalar.

Os períodos foram subdivididos em Tempos (T) para facilitar a organização dos dados, sendo T0 – Período Pré-Operatório – 24h anteriores ao procedimento, englobando a admissão do paciente na unidade de internação para os cuidados pré-cirúrgicos na Unidade Pré-Anestésica (UPA), T1 – Período Pós-Operatório Imediato – no momento de chegada ao setor de internação, logo após a partida do centro cirúrgico até as próximas 24h e T2 – Período Pós-Operatório Mediato - após as 24h do enxerto até o momento da alta.

Na análise quantitativa, foram considerados tanto o perfil epidemiológico (gênero, etnia e faixa etária) dos pacientes e os fatores relacionados ao procedimento (classificação das fissuras, áreas doadora/receptora dos enxertos, profissional operador e complicações mencionadas), quanto as informações encontradas a cerca da descrição da assistência de enfermagem, por meio da discriminação dos cuidados prestados aos pacientes submetidos ao EOAS nos períodos pré e pós-operatórios, para a realização da distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada.

Foi realizada também a investigação da atuação específica do enfermeiro, com a caracterização das atividades e atribuições direcionadas para tais casos.

A amostra foi composta por variáveis qualitativas nominais (sexo e etnia) e variáveis quantitativas discretas (idade, número de cirurgias e complicações), constituindo uma amostra pareada que foi submetida à distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada.

Posteriormente, os dados estatísticos foram analisados e processados sistematicamente, para serem elaborados e representados por gráficos e tabelas com a utilização do Software Microsoft Office Excel 2010 e do programa “Canva”, a fim de estabelecer concordância com o assunto abordado e com os objetivos propostos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES

A amostra foi composta por 100 prontuários clínicos de pacientes com fissuras transforame incisivo unilaterais, os quais foram submetidos ao EOAS no período de Janeiro de 2019 a Julho de 2020, na faixa etária dos 9 aos 15 anos de idade e de ambos os sexos, selecionados aleatoriamente.

De acordo com os objetivos propostos, foi possível realizar a distribuição de frequência da idade dos pacientes, disposto na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das frequências absoluta, relativa, acumulada e ponto médio da idade (anos) dos participantes. USP, Bauru, 2021.

K	IDADE (anos)	fi	fr	%fr	xi	xifi	F
1	9  ---- 12	40	0,4	40	10,5	420	40
2	12  ---- 15	60	0,6	60	13,5	810	100
Total		100	1	100		1230	

(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; (xi) ponto médio; (F) frequência acumulada.

Com base na tabela acima, determinou-se a Média ( $\bar{X}$ ), Variância (V) e Desvio Padrão (S) - Quadro 1, Mediana (Md) - Quadro 2 e a Moda (Mo) - Quadro 3, da idade dos pacientes em questão.

Quadro 1. Média da idade dos pacientes e respectivos valores de variância (V) e desvio padrão (S). USP, Bauru, 2021.

$$\bar{x} = \sum \frac{1230}{100} = 12,3$$

$$V = 4,66$$

$$S = 2,16$$

Quadro 2. Mediana (Md) da idade dos pacientes do estudo. USP, Bauru, 2021.

$$Md = l^* + \frac{[n/2 - Fant].h}{f^*} = 12,51$$

$$Md = 12 + \frac{[100/2 - 40].3}{60} = 12,51$$

(l\*) limite inferior da classe mediana; (n) amostra; (Fant) frequência acumulada anterior à classe mediana; (h) amplitude; (f\*) frequência absoluta da classe mediana.

Quadro 3. Moda (Mo) da idade dos pacientes selecionados. USP, Bauru, 2021.

$$Mo = l^* + \frac{D1 \cdot h}{D1 + D2} = 12,75$$

$$Mo = 12 + \frac{20 \cdot 3}{20 + 60} = 12,75$$

(l\*) limite inferior da classe modal; (D1) diferença entre a frequência da classe modal e a frequência da classe anterior; (h) amplitude; (D2) diferença entre a frequência da classe modal e a frequência da classe posterior.

Segundo Costa et al (2016, p. 210 e 211), 75% dos casos de FLP incluem o defeito ósseo alveolar, sendo que a técnica de EOAS é classificada com esta terminologia pelo momento de sua realização e considerada como técnica de eleição para muitos cirurgiões até os tempos atuais devido ao fato de ser realizada durante o período de dentição mista, preferencialmente antes da erupção do canino definitivo, quando 50% - 75% (1/2 a 2/3) de sua raiz encontrar-se formada, ocorrendo usualmente por volta dos 8 aos 12 anos de idade.

Contudo, Trindade (2007, p. 241) estendeu como faixa etária ideal para tal cirurgia, dos 9 aos 15 anos de idade.

Compreende-se que a importância do EOAS vincula-se à fase da dentição e formação adequada da raiz dentária, podendo não ocorrer na mesma idade e período de vida em todas as pessoas.

Brudnicki et al (2018, p. 165) e Pan et al (2016, p. 883), confirmam que o enxerto ósseo alveolar secundário é considerado um dos principais elementos do protocolo cirúrgico para cada fissura envolvendo o alvéolo.

Conforme observado, a média de idade dos pacientes selecionados foi de 12,3 anos e todos estavam na fase de dentição apropriada para a realização do Enxerto Ósseo Alveolar Secundário, cumprindo então, o protocolo de tratamento de fissuras labiopalatinas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP que recomenda tal procedimento dos 9 aos 15 anos, bem como também realizaram a queiloplastia e a palatoplastia no hospital, com idades adequadas e compatíveis com o protocolo supracitado.

Os critérios de exclusão foram aplicados a cinco (5) prontuários, cujos pacientes possuíam idade de oito (8) anos na época de efetivação da cirurgia de enxerto ósseo alveolar, inferior à faixa etária previamente delimitada para o estudo.

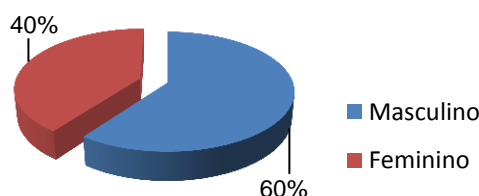
A maioria dos pacientes é do gênero masculino, constituindo-se em 60% da amostra, demonstrado pela tabela 2 e pelo gráfico 1 a seguir.

Tabela 2. Distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada dos gêneros dos pacientes. USP, Bauru, 2021.

K	GÊNERO	fi	fr	%fr	F
1	Feminino	40	0,4	40	40
2	Masculino	60	0,6	60	100
Total		100	1	100	

(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; (F) frequência acumulada.

Gráfico 1. Distribuição percentual dos pacientes, segundo gêneros. USP, Bauru, 2021.



Os dados apresentados estão em concordância com o artigo de Saleem et al (2019, p. 2), o qual menciona que em todo o mundo, a FLP é mais comum e mais grave em homens, com uma proporção sexual de 2:1

(masculino:feminino), enquanto a fissura de palato isolado é mais comum em mulheres 2:1 (feminino: masculino).

Em contrapartida, a prevalência de FLP sindrômicas é menor no gênero masculino.

A etnia prevalente foi a caucasiana (cor branca), compondo 97% da amostra, conforme auto-declarações nos cadastros dos prontuários representadas na tabela 3. adiante.

Tabela 3. Distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada, segundo a etnia declarada nos prontuários. USP, Bauru, 2021.

<b>K</b>	<b>ETNIA</b>	<b>fi</b>	<b>fr</b>	<b>%fr</b>	<b>F</b>
1	Indígena	1	0,01	1	1
2	Afro-descendente	2	0,02	2	3
3	Caucasiana	97	0,97	97	100
Total		100	1	100	

(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; (F) frequência acumulada.

Saleem et al (2019 p. 1 e 6) ressalta que as taxas de incidência de nascimento de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas são mais altas na Ásia (particularmente na China e no Japão), com uma frequência de 1 em 500 nascimentos, afetando mais de 2,6 milhões de pessoas asiáticas.

O mesmo artigo citou um estudo de meta-análise que descreveu a correlação da variante genética “rs17563” com um maior risco entre os caucasianos, apoiado por resultados de outros estudos em populações da Índia e do Irã.

Em relação aos antecedentes pessoais, com as informações coletadas no histórico dos prontuários pela equipe geneticista, identificou-se ainda a recorrência familiar de FLP em 15% da amostra, conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada de recorrência familiar de FLP. USP, Bauru, 2021.

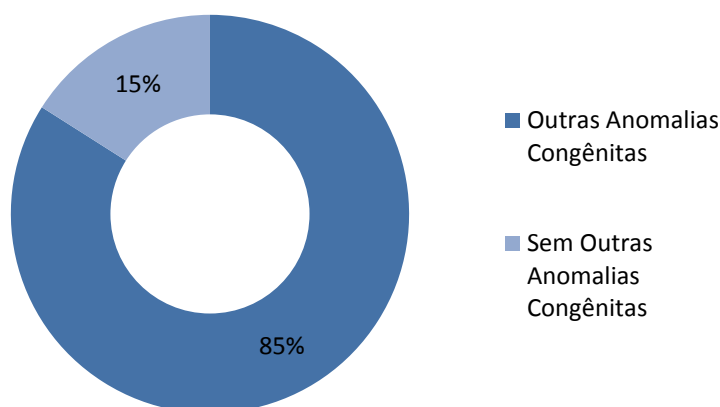
<b>K</b>	<b>RECORRÊNCIA FAMILIAL</b>	<b>fi</b>	<b>fr</b>	<b>%fr</b>	<b>F</b>
1	SIM	15	0,15	15	15
2	NÃO	85	0,85	85	100
Total		100	1	100	

(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; (F) frequência acumulada.

Os achados acima foram semelhantes aos do estudo sobre etiologia das FLP de Saleem et al (2019, p. 2), afirmando que a incidência de fissura labial não sindrômica com ou sem acometimento do palato, corresponde em aproximadamente 70% dos casos, dentre os quais 20% são familiares e 80% são esporádicos.

No tocante dos antecedentes pessoais, foi possível ainda explorar sobre a associação de outras anomalias congênicas encontradas nesta amostra.

Gráfico 2. Distribuição percentual dos pacientes, segundo a presença ou ausência de outras anomalias congênicas e condições prévias. USP, Bauru, 2021.



Foi visualizado no gráfico acima que dos 100 prontuários analisados, a maior parcela dos pacientes (85%) possui outras anomalias congênicas associadas ou condições prévias além da fissura labiopalatina, discriminadas na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada das outras anomalias congênicas e condições prévias encontradas. USP, Bauru, 2021.

K	OUTRAS ANOMALIAS CONGÊNICAS	fi	fr	%fr	F
1	Déficit Auditivo	42	0,85	85	42
2	Hipertelorismo Ocular	23	0,23	23	65
3	Cardiopatias Congênicas	8	0,08	8	73
4	Braquicefalia	2	0,02	2	75
5	Assimetria Craniana	1	0,01	1	76
6	Espinha Bífida	1	0,01	1	77
7	Crise Convulsiva	1	0,01	1	78
8	Macrocefalia	1	0,01	1	79
9	Síndrome Vander Woude	1	0,01	1	80

**Cont.**

K	OUTRAS ANOMALIAS CONGÊNITAS	fi	fr	%fr	F
10	Microtia II	1	0,01	1	81
11	Prematuridade	1	0,01	1	82
12	Hipotireoidismo	1	0,01	1	83
13	Hemangioma	1	0,01	1	84
14	Traço Anemia Falciforme	1	0,01	1	85
Total		85	0,85	85	

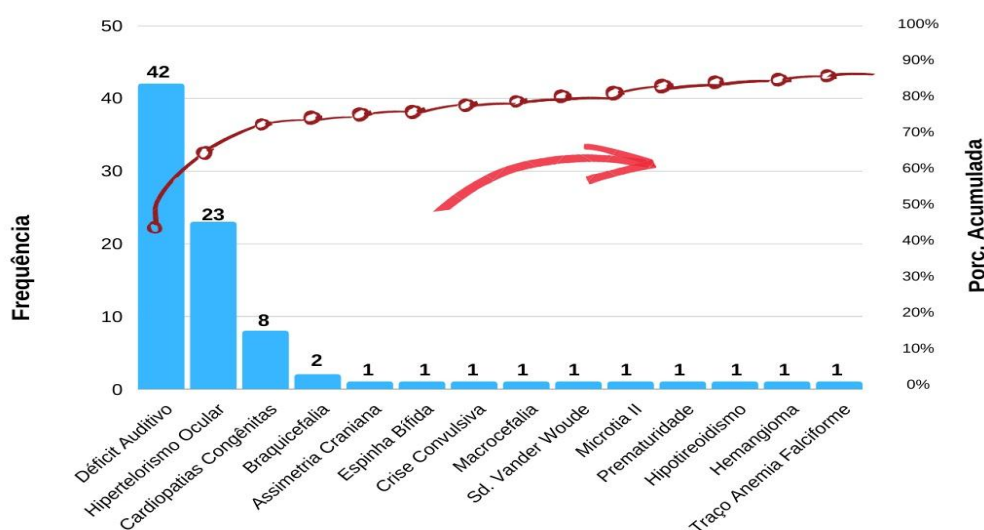
(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; (F) frequência acumulada

Para Saleem et al (2019, p. 2), em casos síndrômicos, a incidência de fissuras labiopalatinas com outras anomalias difere entre os estudos e também varia entre as populações, mas é comumente observada em aproximadamente 30% dos casos, enquanto a incidência de fissuras labiais não síndrômicas com ou sem fissura palatina, equivalem a 70%.

Além disso, relata-se que a fissura de palato está frequentemente associada a outras anomalias congênicas, visto que mais de 200 doenças genéticas específicas, incluindo várias de origem mendeliana ou cromossômica, integram a FLP como componente.

O gráfico 3. abaixo demonstra a frequência da agregação das outras anomalias congênicas e condições prévias à FLP, notadas nos prontuários.

Gráfico 3. Distribuição percentual das frequências absoluta e acumulada da ocorrência de outras anomalias congênicas e condições prévias associadas às FLP. USP, Bauru, 2021.





Com base no gráfico acima, avaliou-se que a maioria dos pacientes portadores de FLP e submetidos ao EOAS estudados, possui também déficit auditivo, representando 85% da amostra total, 23% exprimem casos de hipertelorismo ocular aparente, sinal caracterizado por um afastamento exagerado e anormal entre as órbitas, podendo estar de fato associado a outras deformações craniofaciais, 8% dos casos portam cardiopatias congênitas, dentre elas, a Comunicação InterVentricular (CIV), Comunicação InterAtrial (CIA) e sopro cardíaco, e 2% composto pela braquicefalia, definida como uma condição de achatamento cefálico.

Uma discrepância significativa foi verificada ao comparar com as demais anomalias congênicas/condições prévias descritas, como a assimetria craniana não especificada (1%), espinha bífida (1%), crise convulsiva não-febril (1%), macrocefalia (1%), Sd. Vander Woude (1%), Microtia grau II (1%), designada como o desenvolvimento parcial do pavilhão auditivo ou subdesenvolvimento principalmente da região superior e canal auditivo fechado (estenótico), história de prematuridade (1%), hipotireoidismo (1%), vários hemangiomas em um mesmo paciente (1%) e um caso de traço de anemia falciforme (1%).

Ademais, identificou-se que dentre os 85% da amostra que também detêm déficit auditivo, 42% dos pacientes em questão realizaram a microcirurgia otológica previamente no HRAC/USP, na primeira infância.

## 5.2 FATORES RELACIONADOS AO PROCEDIMENTO

Efetou-se a distribuição de frequência dos fatores relacionados ao procedimento, subdivididos em classificação das fissuras, áreas doadoras do enxerto, profissionais operadores, complicações/intercorrências no período pós-operatório imediato e complicações/intercorrências no período pós-operatório mediato dos prontuários examinados, em conformidade com a tabela 6.

Tabela 6. Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada da classificação das fissuras labiopalatinas. USP, Bauru, 2021.

K	CLASSIF. FISSURAS	fi	fr	%fr	F
1	FTUD	33	0,33	33	33
2	FTUE	67	0,67	67	100
Total		100	1	100	

(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; (F) frequência acumulada.

O maior percentual (67%) dos pacientes submetidos ao EOAS deste estudo é representado por portadores de fissura transforame unilateral esquerda (FTUE).

Coutinho et al (2009, p. 154) informa que a incidência de fissuras unilaterais esquerdas é mais elevada que a de unilaterais direitas e bilaterais, acontecendo 1,5 vez mais que as do lado direito. Segundo o autor não há ainda uma justificativa plausível para esta diferenciação, porém acredita-se que no início da gestação, haja um maior aporte sanguíneo no lado direito do concepto devido a uma maior pressão sanguínea na carótida interna direita.

No que concerne às áreas doadoras do enxerto, estimou-se que o mento foi o local eleito pela maioria dos cirurgiões-dentistas, correspondendo a 97% da amostra, ilustrado pela tabela 7.

Tabela 7. Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada das áreas doadoras do enxerto ósseo alveolar. USP, Bauru, 2021.

<b>K</b>	<b>ÁREAS DOADORAS DO ENXERTO</b>	<b>fi</b>	<b>fr</b>	<b>%fr</b>	<b>F</b>
1	Crista Ilíaca	3	0,03	3	3
2	Mento	97	0,97	97	100
Total		100	1	100	

(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; (F) frequência acumulada.

De acordo com Rocha et al (2015, p. 340 e 341), o emprego do enxerto ósseo da crista ilíaca foi prevalente durante muitos anos, sendo a área doadora de eleição para reconstrução dos rebordos atroficos da maxila. Entretanto, o surgimento de complicações e morbidade pós-operatória, além de um maior índice de reabsorção do tecido ósseo enxertado destes locais, têm contribuído para a utilização dos enxertos de áreas intraorais na atualidade, como a retirada do enxerto da mandíbula, seja da região da sínfise ou do ramo mandibular, devido à qualidade óssea, fácil acesso e a proximidade do leito doador ao receptor.

Os mesmos autores inteiram que a região do ramo mandibular oferece uma quantidade adequada de enxerto para reconstrução de defeitos localizados nos maxilares, previamente à instalação de implantes dentários.

O estudo atual possibilitou organizar a distribuição da frequência dos profissionais operadores, conforme disposto na tabela 8 a seguir.

Tabela 8. Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada dos profissionais operadores. USP, Bauru, 2021.

<b>K</b>	<b>PROFISSIONAIS OPERADORES</b>	<b>fi</b>	<b>fr</b>	<b>%fr</b>	<b>F</b>
1	Dr. Paulo Alceu	1	0,01	1	1
2	Dr. José Carlos Bastos	2	0,02	2	3
3	Dr. Gabriel Ramalho	11	0,11	11	14
4	Dra. Cláudia Resende	11	0,11	11	25
5	Dr. Renato Faco	31	0,31	31	56
6	Dra. Roberta Martinelli	44	0,44	44	100
Total		100	1	100	

(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; (F) frequência acumulada.

Conforme visto na tabela anterior, a equipe integrou 6 profissionais operadores, sendo cirurgiões-dentistas e especialistas buco-maxilo-faciais do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP), dentre os quais, a Dra. Roberta Martinelli obteve um percentual mais elevado (44%) de procedimentos cirúrgicos realizados, comparado aos demais.

Foram identificadas 20 intercorrências durante o período pós-operatório imediato (24 horas posteriores ao procedimento cirúrgico) no setor de Pós Operatório e Internação (POI) do HRAC/USP, dos pacientes submetidos ao EOAS selecionados, com base nas anotações da equipe de enfermagem, disposto na tabela 9 e gráfico 4 abaixo.

Tabela 9. Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada das intercorrências identificadas no pós-operatório imediato dos pacientes submetidos ao EOAS do presente estudo. USP, Bauru, 2021.

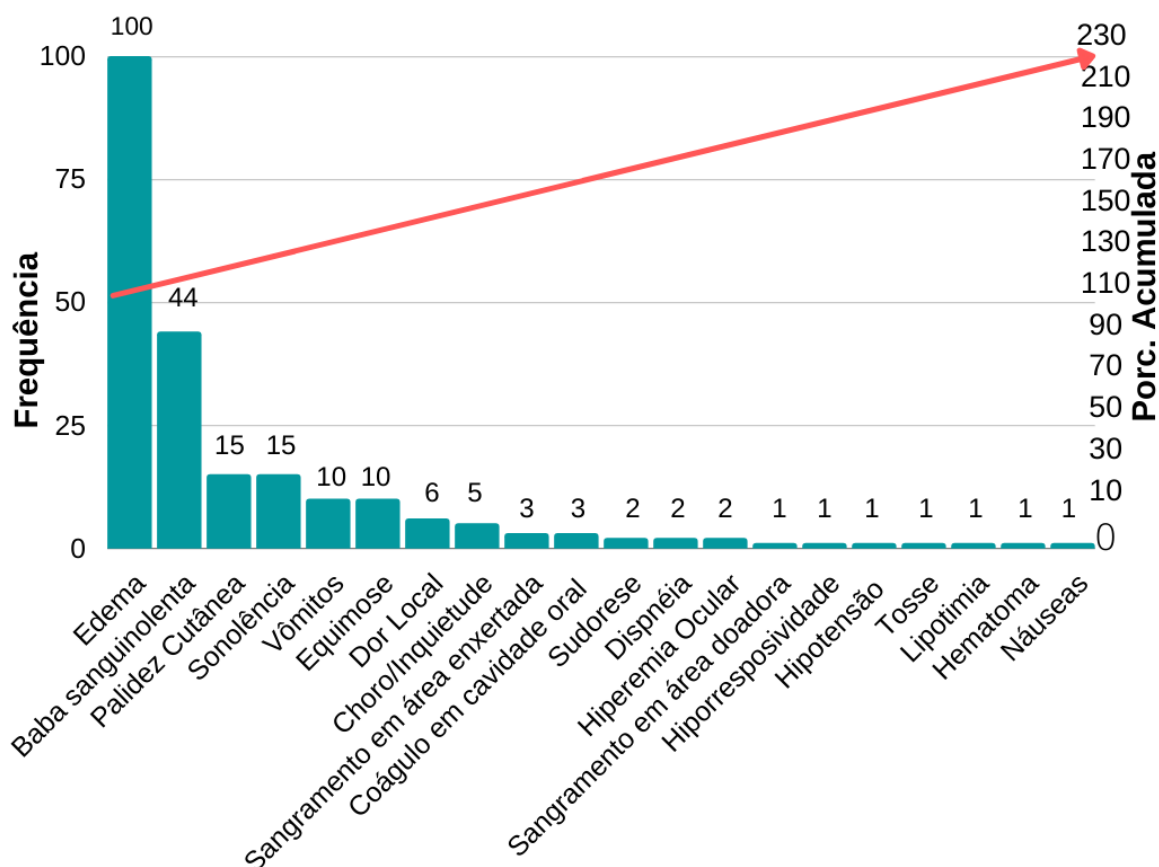
<b>K</b>	<b>INTERCORRÊNCIAS (PO IMEDIATO)</b>	<b>fi</b>	<b>fr</b>	<b>%fr</b>	<b>F</b>
1	Edema	100	1	100	100
2	Baba sanguinolenta	44	0,44	44	144
3	Palidez Cutânea	15	0,15	15	159
4	Sonolência	15	0,15	15	174
5	Vômitos	10	0,1	10	184
6	Equimose	10	0,1	10	194
7	Dor Local	6	0,06	6	200
8	Choro/Inquietude	5	0,05	5	205
9	Sangramento em área enxertada	3	0,03	3	208

**Cont.**

K	INTERCORRÊNCIAS (PO IMEDIATO)	fi	fr	%fr	F
10	Coágulo em cavidade oral	3	0,03	3	211
11	Sudorese	2	0,02	2	213
12	Dispneia	2	0,02	2	215
13	Hiperemia Ocular	2	0,02	2	217
14	Sangramento em área doadora	1	0,01	1	218
15	Hiporresponsividade	1	0,01	1	219
16	Hipotensão	1	0,01	1	220
17	Tosse	1	0,01	1	221
18	Lipotimia	1	0,01	1	222
19	Hematoma	1	0,01	1	223
20	Náuseas	1	0,01	1	224
Total		224	2,24	224	

(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; (F) frequência acumulada.

Gráfico 4. Distribuição percentual da frequência absoluta e acumulada das complicações/intercorrências no período pós-operatório imediato de Enxerto Ósseo Alveolar Secundário (EOAS). USP, Bauru, 2021.



Conforme visualizado no gráfico 4, 100% dos pacientes submetidos ao EOAS deste estudo apresentaram edema facial e/ou labial de grau leve,

moderado ou acentuado no pós-operatório imediato, ou seja, logo após a saída do paciente do centro cirúrgico até as próximas 24h no setor de internação; a baba sanguinolenta ou sialorreia anterior, definida como um excesso de saliva com sangue residual na cavidade oral devido manipulação local no momento do procedimento, esteve presente em 44% dos pacientes; 15% apresentaram palidez cutânea; 15% chegaram ao setor de Pós-Operatório e Internação (POI) com sonolência; 10% apresentaram um ou mais episódios de vômitos com sangue deglutido; a equimose, caracterizada por uma mancha cutânea, de coloração variável, devido extravasamento sanguíneo foi observada em região facial e em alguns casos na área doadora do enxerto em 10% da amostra; 6% relataram verbalmente dor local aos profissionais de enfermagem; 5% estavam chorosos e com inquietação ao serem admitidos no setor; 3% apresentaram sangramento moderado e controlado em região enxertada; 3% tiveram coágulo aderido em cavidade oral; 2% manifestaram sudorese; 2% referiram dispneia com roncos presentes na Ausculta Pulmonar (AP) porém sem queda de SpO<sub>2</sub> e corrigida com nebulização (NBZ) + Atrovent + Berotec prescrita pelo pediatra plantonista; 2% obtiveram hiperemia ocular; 1% obteve sangramento moderado e controlado em área doadora do enxerto (mento); 1% foi admitido na internação com hiporresponsividade, não reagindo a estímulos verbais; 1% apresentou hipotensão (PA: 80x50 mmHg), corrigida com hidratação endovenosa (EV) – Ringer Lactato (RL) prescrita por médica plantonista; 1% teve como sintoma tosse persistente sem alterações de SSVV; 1% apresentou um episódio de lipotimia após levantar-se e deambular até o banheiro; 1% teve hematoma facial e por fim, 1% sentiu náuseas intermitentes, controladas com medicação anti-emética de horário.

Segundo Oliveira (2016, p. 213), as principais complicações gerais do pós-operatório imediato são dor (com queixa verbal ou expressão facial), náusea e vômito, apneia obstrutiva por ptose de língua ou colapso de faringe; instabilidade respiratória caracterizada por apneia/bradipneia/respiração irregular/cianose/saturimetria < 90%, esforço ou desconforto respiratório, crepitações ou outros ruídos adventícios à ausculta pulmonar e broncoespasmo (BE); instabilidade hemodinâmica caracterizada por pulso fino/taquicardia progressiva/bradicardia, hipotensão (sistólica < 90 mmHg ou caindo 5 mm a cada 15-30 minutos), pressão convergente/perfusão periférica

lenta/oligúria/extremidades frias e sangramento caracterizado por perda de sangue por drenos, sondas ou feridas operatórias acompanhada ou não de sinais de hipovolemia.

A pesquisa de Silva et al (2010, p. 67) apontou as principais complicações cirúrgicas específicas de enxerto ósseo alveolar e implantes, das quais 42,8% foram responsáveis por interrupções do procedimento cirúrgico, 28,5% dos pacientes com fenestrações ósseas, 7,1% deles obtiveram fratura do implante, 7,1% manifestaram parestesia ou disestesia, 7,1% queixaram-se de dor intensa e 7,1% apresentaram hemorragia.

No pós-operatório mediato ou tardio (delimitado nesta pesquisa das 24h após o enxerto até a alta hospitalar), foram pontuadas 19 intercorrências no setor de internação, de acordo com a tabela 10.

Tabela 10. Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada das intercorrências identificadas no pós-operatório mediato dos pacientes submetidos ao EOAS. USP, Bauru, 2021.

<b>K</b>	<b>INTERCORRÊNCIAS (PO MEDIATO)</b>	<b>fi</b>	<b>Fr</b>	<b>%fr</b>	<b>F</b>
1	Edema	95	0,95	95	95
2	Equimose	27	0,27	27	122
3	Palidez Cutânea	10	0,1	10	132
4	Dor Local	5	0,05	5	137
5	Não tiveram nenhuma queixa	4	0,04	4	141
6	Baba sanguinolenta	4	0,04	4	145
7	Vômitos	4	0,04	4	149
8	Hiperemia Ocular	3	0,03	3	152
9	Obstrução Nasal	2	0,02	2	154
10	Coriza	2	0,02	2	156
11	Desconforto Abdominal	2	0,02	2	158
12	Respiração Ruidosa	1	0,01	1	159
13	Prurido Nasal	1	0,01	1	160
14	Coágulo em cavidade oral	1	0,01	1	161
15	Hematoma	1	0,01	1	162
16	Baixa ingesta hídrica	1	0,01	1	163
17	Espirros	1	0,01	1	164
18	Náuseas	1	0,01	1	165
19	Lipotimia	1	0,01	1	166
Total		166	1,66	166	

(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; F (frequência acumulada).

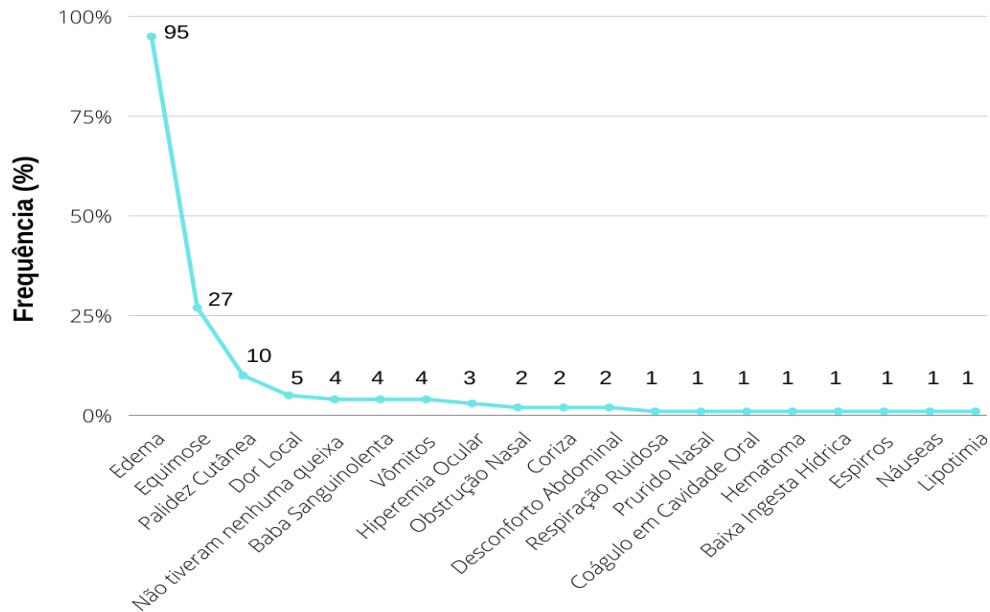
Analisou-se que 95% dos pacientes permaneceram com edema facial e/ou labial na transição para o pós-operatório mediato, regredindo até a alta; 27% apresentaram equimose facial ou em área doadora do enxerto; 10% dos

pacientes manifestaram palidez cutânea; 5% dos prontuários tiveram como relato dor local; 4% assintomáticos, sem referir queixa nenhuma à equipe; 4% deles com baba sanguinolenta presente, com redução significativa comparado ao percentual no pós-operatório imediato (44%); 4% dos pacientes apresentaram um ou mais episódios de vômitos após aceitação alimentar; 3% obtiveram hiperemia ocular; em 2% da amostra observou-se quadro de obstrução nasal, sem alterações de SSVV; 2% manifestaram coriza em pequena/moderada quantidade; 2% deles queixaram-se de desconforto abdominal; em 1% dos casos foi observada respiração ruidosa sem queda de saturação e boa ventilação; 1% com prurido nasal; 1% permaneceu com presença de coágulo aderido em cavidade oral após as 24 h do procedimento; em 1% foi visualizado um hematoma local mais importante; 1% obteve baixa ingesta hídrica porém sem sinais de desidratação, com correção com administração de volume EV; 1% apresentou espirros persistentes; 1% com náuseas constantes e 1% apresentou um episódio de lipotimia no decorrer deste período, representados adiante pelo gráfico 5.

Nesta lógica, o edema forma-se a partir do fluxo linfático comprometido e/ou associado a alterações na absorção e transporte de proteínas plasmáticas, dificultando a abertura bucal, além da correlação com a incidência de dor pós-operatória devido à compressão das inervações adjacentes. (SILVA ET AL, 2020, p. 5)

A pesquisa de Espíndola (2019, p. 22) confirmou a eficácia da estereofotogrametria associada ao software de mensuração volumétrica para a avaliação quantitativa do edema pós-operatório em pacientes que realizaram EOA, fornecendo dados necessários para aferir a quantidade de tecido edemaciado além de alterações teciduais pré e pós-cirúrgicas.

Gráfico 5. Distribuição percentual das intercorrências levantadas no Pós-Operatório Imediato dos pacientes submetidos ao EOAS deste estudo. USP, Bauru, 2021.



Quanto à abordagem das intercorrências, é importante que o enfermeiro conheça as complicações mais frequentes no pós-operatório imediato para planejar medidas que auxiliem na prevenção, identificação e tratamento precoce de cada uma delas: desidratação, complicações respiratórias (apneia/dispneia/estridor/hipoxemia por obstrução ou atelectasia), pneumonia, distensão abdominal e constipação intestinal, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (tromboembolismo), infecção de ferida cirúrgica e sepse relacionada, confusão e delírio, retenção urinária e deiscência/evisceração. (OLIVEIRA, R.G. 2016, p. 216)

### 5.3 T0 – PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DO ENXERTO ÓSSEO ALVEOLAR SECUNDÁRIO (EOAS)

Nos cuidados perioperatórios, o pré-operatório começa quando a equipe de odontologia combina com o paciente o procedimento cirúrgico e a partir deste momento o início das medidas para prepará-lo para tal, incluindo tempo variável para realização de exames laboratoriais e de imagem quando necessário, além da avaliação clínica de risco cirúrgico e anestésico, agendamento da cirurgia (vaga no hospital, bloco cirúrgico, reserva de sangue), internação e admissão no setor. (OLIVEIRA, R.G. 2016, p. 202)

De acordo com Oliveira et al (2016, p. 202), toda cirurgia, mesmo as de pequeno porte em paciente saudável, envolve riscos para o mesmo, devendo



ser avaliados através de uma avaliação pré-operatória e no momento da admissão para que medidas específicas possam ser tomadas para diminuir ou controlá-los, pois menos de 10% dos óbitos de pacientes cirúrgicos ocorrem durante a cirurgia (na mesa cirúrgica) e as mortes no pós-operatório ocorrem por complicações da cirurgia ou por complicações clínicas relacionadas à idade e a doenças/fatores de risco preexistentes que, se previamente identificados, podem ser melhor controlados.

Neste seguimento, se houver história ou suspeita de controle inadequado de comorbidade que altera significativamente o risco cirúrgico, o paciente deve ser orientado sobre a avaliação prévia com o especialista, como cardiologista, pneumologista ou endocrinologista por exemplo. Alguns serviços exigem também uma consulta de avaliação prévia com o anestesista, independentemente do risco cirúrgico já existente.

Os principais marcadores de risco de mortalidade perioperatória são idade avançada (> 70 anos), angina instável, estenose aórtica, hipoalbuminemia, arritmias ou bloqueio atrioventricular, insuficiência circulatória periférica, infarto do miocárdio recente (últimos seis meses), distúrbio de coagulação, intolerância a pequenos esforços, insuficiência cardíaca mal controlada, diabetes (sobretudo insulino-dependente), perda recente e não-intencional de peso, bem como problemas odontológicos, como cárie profunda, abscesso dentário e periodontite aumentam o risco de infecção. (OLIVEIRA, R.G. 2016, p. 202)

### 5.3.1 HISTÓRICO DOS PACIENTES

Diversas providências, preparos e orientações devem ser realizados para algumas cirurgias e o enfermeiro participa desta etapa.

Todos os pacientes que iniciam o tratamento no HRAC/USP passam pela primeira vez em Consulta de Enfermagem, privativamente exercida pelo enfermeiro conforme legislação profissional específica, para abertura de “Caso Novo”, no setor de “Saúde Pública” do Hospital.

Neste momento, o enfermeiro tem o primeiro contato com o paciente, realizando a anamnese (histórico + exame físico) por meio da coleta de dados e investigação de informações pertinentes, conforme demonstrado no quadro 3,

baseado no questionário padronizado presente em todos os prontuários físicos na “aba da especialidade – Enfermagem” e transcrito abaixo.

Quadro 3. Formulário da consulta de enfermagem para caso novo utilizado no HRAC. USP, Bauru, 2021.

CONSULTA DE ENFERMAGEM – CASO NOVO	
I – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
Nome:	RG (nº prontuário):
Data:	Idade:
Diagnóstico:	
1) Antecedentes	
1.1 Pré-Natal	
Fez Pré-Natal?	
Nº de Gestações:	
Intercorrências com a criança ao nascer:	
Como recebeu a criança?	
1.2 Mórbidos	
Problemas de saúde apresentados até o momento (internações/cirurgias/outras alterações clínicas):	
Virose de infância (MIC):	
Realiza controle de saúde?	
Antecedentes de:	
( ) alergia, especifique:	
( ) hemotransfusão, quando? por quê?	
2) Uso de medicamentos:	
3) Higiene	
3.1 Corporal (frequência)	
3.1.1 Oral (frequência)	
3.1.2 Vestuário	
3.2 Saneamento Básico	
3.2.1 Condições de moradia (procedência da água/luz/destino do lixo/dejetos)?	
4) Alimentação	
Ao nascer:	
( ) natural período:	
( ) artificial qual?	
<b>Cont.</b>	

## CONSULTA DE ENFERMAGEM – CASO NOVO

Técnica utilizada:

- ( ) seio materno      ( ) colher  
 ( ) conta-gotas      ( ) Sonda Nasogástrica (SNG)  
 ( ) mamadeira      tipo de bico utilizado:

Atual:

(tipo/frequência/quantidade/técnica utilizada/tempo gasto para alimentação):

Apetite:

- ( ) bom                      ( ) regular                      ( ) ruim  
 (tem apresentado alteração/restrrição no aumento ou diminuição do apetite?)

## 5) Eliminações

## 5.1 Urinárias

- ( ) sem anormalidades                      ( ) com anormalidades Quais?

## 5.2 Intestinais

- ( ) sem anormalidades                      ( ) com anormalidades Quais?

## 6) Sono e repouso

- 6.1 ( ) calmo                      ( ) agitado

6.2 Problemas durante o sono (respiração ruidosa/dificuldade respiratória/outras alterações)

## 6.3 Hábitos

- ( ) chupeta                      ( ) fraldinha                      ( ) chupa o dedo

## 7) Orientação sexual

Já teve a primeira menstruação?

- ( ) sim Quando?      ( ) não

Ciclo menstrual regular?

- ( ) sim                      ( ) não      DUM:

Uso de anticoncepcional?

- ( ) sim                      ( ) não

Já iniciou atividade sexual?

- ( ) sim                      ( ) não

Gostaria de alguma informação? (DST/planejamento familiar/método contraceptivo)?

## 8) Vida social e afetiva

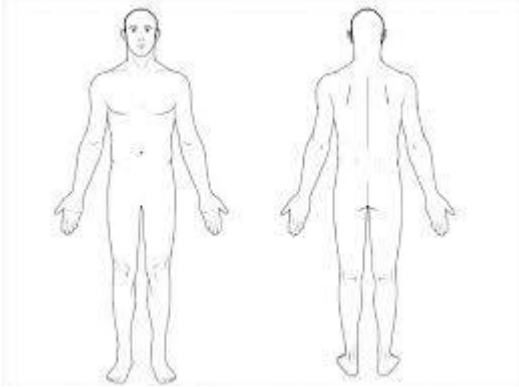
8.1 Qual a expectativa para o tratamento da fissura em nosso serviço?

8.2 O seu problema (fissura ou outro qualquer problema) traz dificuldades para o relacionamento com:

Família:                      Parceiro (a):

Trabalho:                      Escola:

**Cont.**

CONSULTA DE ENFERMAGEM – CASO NOVO
8.3 Tem algo em você que gostaria de mudar?
II – EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM

III – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
IV – CONDUTAS DE ENFERMAGEM
V – EVOLUÇÃO
(Data/Assinatura/Carimbo)

Fonte: Prontuário clínico – HRAC/USP.

A coleta e o levantamento de dados estão compreendidos na consulta de enfermagem, sendo identificados como a primeira parte do processo de enfermagem em todos os níveis de análise (indivíduos, famílias e comunidades), consistindo em dados subjetivos, oferecidos pela pessoa/pessoas, e em dados objetivos, obtidos por meio de exames diagnósticos e outras fontes. Nesta perspectiva, as investigações individuais consistem na história de saúde (dados subjetivos) e no exame físico (dados objetivos), cujas metas desta investigação de enfermagem incluem: focalizar os dados necessários à identificação das reações e experiências humanas, realizar em parceria com o indivíduo, a família ou a comunidade, sempre que possível e ter os achados baseados em pesquisas e outras evidências. (DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA, 2009-2011, p. 35)

O formulário da “Consulta de Enfermagem – Caso Novo”, padronizado e utilizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), vai ao encontro das concepções de Viana (2011, p. 7) quanto aos dados a serem

coletados nesta etapa. A autora definiu o exame físico de enfermagem como uma entrevista e aplicação de algumas técnicas em diferentes sistemas orgânicos, a fim de coletar dados sociais, físicos e biológicos acerca do paciente, para que o enfermeiro possa detectar possíveis problemas e estabelecer medidas para prevenção, promoção ou recuperação da sua saúde, cujos dados a serem coletados podem incluir nome, idade, sexo, raça, nacionalidade, estado civil, escolaridade, profissão, local de trabalho, religião, tipo de moradia, antecedentes cirúrgicos, antecedentes patológicos familiares, internações anteriores, medicamentos utilizados no momento, alergias a medicamentos/alimentos, aversão alimentar, vida sexual, hábitos de sono, ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo, consumo de drogas ilícitas e queixas atuais.

Vale ressaltar que o primeiro contato com o paciente é a melhor oportunidade para firmar-se uma boa relação e estabelecer vínculos, devendo o enfermeiro adaptar-se à situação sociocultural de cada um, utilizando uma linguagem acessível e fazer perguntas simples e curtas, com o intuito de coletar informações verbais e não-verbais, favorecendo assim a assistência prestada. (VIANA, D.L.; PETENUSSO, M., 2011, p. 14)

### 5.3.2 ESPECIALIDADES NO PRÉ-OPERATÓRIO

Comprovou-se através das devidas anotações das especialidades nos prontuários, que todos os pacientes do estudo, ou seja, 100% da amostra passaram em atendimentos com a equipe de psicologia e serviço social no pré-operatório das cirurgias de EOAS.

Segundo Broering (2011, p. 16), as cirurgias enquadram-se na categoria de estressores psicossociais, visto que a interpretação, a necessidade e a importância que cada um lhes atribuirá estão na dependência de fatores pessoais, como conhecer ou não o procedimento e a história de sucessos ou fracassos de cirurgias anteriores. Deste modo, reconhece-se a importância de preparar as crianças para todo tipo de procedimento médico e odontológico, inclusive atos cirúrgicos, como forma de amenizar o estresse existente na situação de hospitalização, e porventura, de cirurgia, ressaltando que um

programa pré-operatório adequado reduz o nível de ansiedade, o estresse cirúrgico e a possibilidade de sequelas pós-operatórias.

Haja vista que o enxerto ósseo alveolar (EOA) pode causar dor, desconforto, dificuldade quanto à nutrição, à locomoção (especialmente nos casos em que opta-se pela região da crista ilíaca como área doadora), debilitação e maior dependência, faz-se necessário o acompanhamento e apoio psicoterápico, com a prática de técnicas psicológicas como o relaxamento e visualização, usados como instrumentos para a tranquilização e o autodomínio da situação. (RIBEIRO ET AL, 2002, p. 69 e 70)

O serviço social pretende identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde-doença, buscando formas de enfrentamento individual e coletivo para essas questões. Para tanto, são mobilizados recursos institucionais e comunitários para a construção de políticas públicas que efetivem direitos básicos de cidadania. (TRINDADE, 2007, p. 325)

### 5.3.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PRÉ-INTERNAÇÃO

Os pacientes que já possuem o agendamento prévio da cirurgia de EOAS comparecem no HRAC na data prevista e são recepcionados pelo enfermeiro com uma consulta de enfermagem de pré-internação, instrumentalizada por um questionário próprio também padronizado nos prontuários, transcrito e ilustrado no quadro 4.

Quadro 4. Questionário de consulta de enfermagem de pré-internação utilizado no HRAC. USP, Bauru, 2021.

CONSULTA DE ENFERMAGEM – PRÉ-INTERNAÇÃO			
Nome:	RG (nº prontuário):		
Data:	Idade:		
Cirurgia prevista:			
I - ANAMNESE			
SONO:			
( ) calmo	( ) agitado	( ) outros	
( ) uso de chupeta	( ) uso de fraldinha	( ) chupa dedo	<b>Cont.</b>

## CONSULTA DE ENFERMAGEM – PRÉ-INTERNAÇÃO

## ALIMENTAÇÃO:

Tipo:

Restrições: ( ) não ( ) sim. Qual:

Alterações gastrintestinais:

( ) não ( ) sim. Qual:

## ELIMINAÇÕES:

( ) sem anormalidades ( ) com anormalidades. Qual:

## SEXUALIDADE

Ciclo menstrual: ( ) irregular ( ) regular DUM:

Faz uso de anticoncepcional: ( ) não ( ) sim. Qual:

## ANTECEDENTES PESSOAIS:

Alergia: ( ) não ( ) sim. Qual:

Infecção nos últimos 30 dias: ( ) não ( ) sim. Qual:

Contato recente com moléstia infecto-contagiosa:

( ) não ( ) sim. Qual:

Imunização em dia:

( ) não ( ) sim

Uso de drogas: ( ) não ( ) sim. Qual:

( ) etilismo ( ) tabagismo. Quantidade:

## ANTECEDENTES CIRÚRGICOS:

Submetidos à anestesia: ( ) não ( ) sim

Intercorrências: ( ) não ( ) sim. Qual:

## ANTECEDENTES MÓRBIDOS:

( ) HAS ( ) DM – tipo: ( ) Pneumonia. Quando:

( ) Bronquite/Asma. Última crise: ( ) Problemas cardíacos. Qual/Quando:

( ) Crise convulsiva. Quando: ( ) Hepatite. Tipo:

( ) Moléstias infecto-contagiosas. Qual:

( ) Outros: ( ) Hemotransfusão. Quando: Religião:

## MEDICAÇÕES EM USO:

Cont.

## CONSULTA DE ENFERMAGEM – PRÉ-INTERNAÇÃO

## II - EXAME FÍSICO

## \* Queixas:

( ) não            ( ) sim. Qual:

## \* Condições do paciente:

( ) choroso    ( ) calmo    ( ) denota medo    ( ) comunicativo  
 ( ) pouco comunicativo    ( ) ansioso    ( ) inquieto  
 ( ) outros

## \* Pele e anexos:

( ) sem anormalidades    ( ) limpa            ( ) hidratada  
 ( ) com sujidade            ( ) com lesões. Local/aspecto:

## \* Cabelo:

( ) limpos    ( ) sujos    ( ) pediculose

## \* Mucosas:

( ) úmidas    ( ) coradas    ( ) descoradas

## \* Face:

( ) simétrica    ( ) assimetria facial

## \* Cateteres:

( ) Traqueostomia - TQM    ( ) Gastrostomia - GTM    ( ) Cânula NasoFaríngea - CNF  
 ( ) Sonda NasoGástrica – SNG

## \* Membros superiores:

( ) sem alterações    ( ) com alterações.

## \* Membros inferiores:

( ) sem alterações    ( ) com alterações

Qual:

## \* Desenvolvimento neuropsicomotor:

( ) normal para idade    ( ) inadequado para idade

## III – ORIENTAÇÕES

Rotinas de internação: ( ) berçário    ( ) setor POI    Acompanhante:

Enfermeira/COREN:

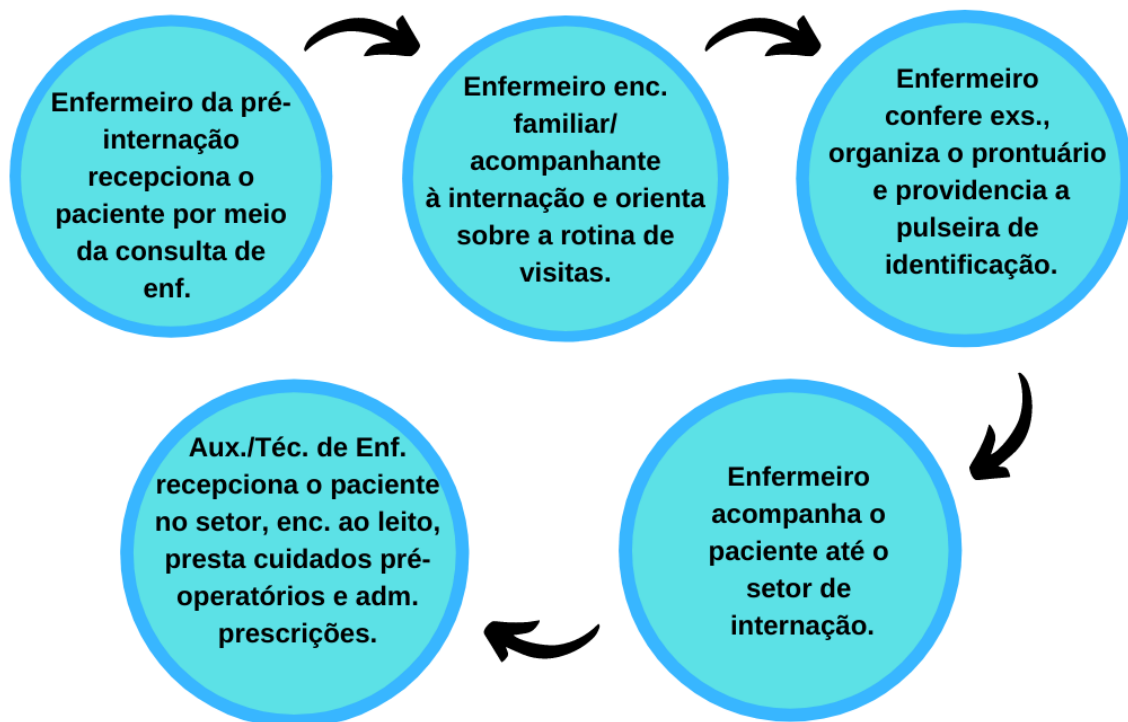
Reavaliação:            Data:            Anotação de Enfermagem:            Enf<sup>a</sup>./COREN:



Nishio et al (2009, p. 6-8) ordenou o fluxo de admissão de pacientes em ambiente hospitalar, no qual cabe ao enfermeiro confirmar a internação do paciente pela programação cirúrgica ou mapa cirúrgico diário, liberando o leito, verificar os exames laboratoriais e os procedimentos necessários, arrumar o prontuário, receber o paciente para internação, preencher a pulseira de identificação com nome completo/registo hospitalar e colocá-la em um dos membros superiores e encaminhá-lo para a unidade de destino.

A atual pesquisa possibilitou organizar as ações específicas do enfermeiro da pré-internação durante a admissão do paciente cirúrgico de EOAS no HRAC, ilustradas pelo diagrama 1.

Diagrama 1. Ações do enfermeiro da pré-internação na admissão hospitalar do paciente cirúrgico de EOAS no HRAC. USP, Bauru, 2021.



As principais providências relacionadas ao preparo cirúrgico promovidas pelo enfermeiro responsável são: avaliação de risco cirúrgico, conferência de exames laboratoriais pré-operatórios necessários, informações referentes à rotina do hospital, auxílio na redução da ansiedade e medo relacionados ao procedimento, comunicação do papel do acompanhante e encaminhamento do mesmo ao serviço social, caso necessário, principalmente

se residir em outro município, para esclarecimentos e auxílios quanto ao transporte e hospedagem, orientações sobre o preparo pré-cirúrgico, jejum, anestésias e possíveis riscos associados, assinaturas do termo de consentimento, medicamentos de uso contínuo a suspender ou continuar, bem como orientações prévias sobre o pós-cirúrgico, reabilitação e alta.

O enfermeiro da pré-internação também é responsável pelo treinamento prévio do paciente a ser submetido ao EOAS e seu familiar, com o propósito de colaborar com o autocuidado no pós-operatório, como orientações sobre alimentação, movimentação, controle da dor apresentando-lhes a uma escala de dor, explicando os diferentes níveis, alternativas de analgesia e ensinando-lhes técnicas de respiração profunda e lenta, micção/evacuação, repouso e reabilitação respiratória e motora.

#### 5.3.4 CUIDADOS NA UNIDADE PRÉ-ANESTÉSICA

Os pacientes a serem submetidos ao EOAS foram recepcionados pelo auxiliar/técnico de enfermagem escalado na unidade pré-anestésica localizada no setor de internação do HRAC/USP, após a confirmação de todas as informações pelo enfermeiro responsável pela pré-internação.

O atendimento de enfermagem na Unidade Pré-Anestésica (UPA) é norteado por um questionário check-list de uso padronizado nos prontuários clínicos do hospital, transcrito no quadro 5.

Quadro 5. Questionário check list de atendimento de enfermagem utilizado na Unidade Pré-Anestésica (UPA) do HRAC. USP, Bauru, 2021.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE PRÉ-ANESTÉSICA - ENFERMEIRO	
- Paciente está acompanhado? ( ) não      ( ) sim. Com quem: _____	
- Jejum: início _____ h Tipo de alimento:	
- Higienização corporal: ( ) sim      ( ) não	
Tricotomia facial:      ( ) sim      ( ) não	<b>Cont.</b>

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE PRÉ-ANESTÉSICA - ENFERMEIRO**

- Condições do paciente:

( ) calmo ( ) ansioso ( ) choroso ( ) comunicativo

- Sintomas atuais:

( ) Bom Estado Geral (BEG) ( ) coriza ( ) tosse seca ( ) vômito ( ) diarreia  
( ) tosse produtiva ( ) febre ( ) outro\_\_\_\_\_

- Pele e anexos:

( ) sem anormalidades ( ) limpa ( ) com sujidade  
( ) prurido ( ) assadura ( ) picada de inseto  
( ) "rush" cutâneo ( ) "piercing"  
( ) lesões – local:\_\_\_\_\_ ( ) hematoma – local:\_\_\_\_\_

( ) escoriação – local:\_\_\_\_\_

- Condutas de enfermagem:

- Solicitado avaliação:

( ) pediátrica ( ) clínica ( ) cirúrgica ( ) psicológica ( ) anestesista

\* Orientações ao paciente/acompanhante:

- Manter o jejum com;  
 Permanecer na portaria de pacientes internos;  
 Entregar medicação de uso contínuo na Unidade Pré-Anestésica.

Enfº/COREN:\_\_\_\_\_

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE PRÉ-ANESTÉSICA – TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

- Recebido o paciente às\_\_\_\_\_h;

- Verificado SSVV: T\_\_\_\_°C FC\_\_\_\_bpm FR\_\_\_\_mpm PA\_\_\_\_\_mmHg.

( ) Conferido sua identificação e confirmado informações sobre o jejum;

( ) Conferido os exames do paciente e anexado no prontuário:

( ) raio-x ( ) CT ( ) RM

( ) Retirado:

( ) prótese dentária ( ) adornos ( ) esmalte ( ) lente de contato

( ) Encaminhado para a higienização corporal:

( ) aspersão ( ) imersão

**Cont.**

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE PRÉ-ANESTÉSICA – TÉCNICO DE  
ENFERMAGEM

- ( ) Orientado para não molhar os cabelos;  
( ) Solicitado esvaziamento vesical;  
( ) Ministrado medicamento pré-anestésico com às \_\_\_\_\_ h;  
( ) Verificado SSVV após 20 minutos:  
T \_\_\_\_\_°C    FC\_\_\_\_\_bpm    FR\_\_\_\_\_mpm    PA\_\_\_\_\_mmHg.  
( ) Ministrado medicamento pré-operatório com;  
( ) Orientado higienização oral:  
( ) bochecho com colutório    ( ) escovação dental  
( ) Orientado higienização nasal:  
( ) haste flexível    ( ) SF 0,9%    ( ) Água Destilada – AD  
( ) Solicitado à mãe ou acompanhante para trocar a fralda do paciente;  
( ) Orientado a:  
( ) Colocar o pijama cirúrgico e touca descartável    ( ) retirar sutiã  
( ) Realizado tricotomia:  
( ) couro cabeludo    ( ) retroauricular à D    ( ) retroauricular à E  
( ) facial  
( ) Auxiliado o paciente no seu correto posicionamento na maca;  
( ) Realizado curativo oclusivo:\_\_\_\_\_  
( ) Solicitado atendimento com a psicologia para:  
( ) paciente    ( ) acompanhante  
( ) Acompanhado até o Centro Cirúrgico (CC) e informado suas condições clínicas à equipe de enfermagem às \_\_\_\_\_ h;  
( ) Identificado e encaminhado os pertences pessoais:  
( ) acompanhante    ( ) recepção de internos  
( ) Identificado e encaminhado a escova e o creme dental à sala de higienização;  
( ) Identificado e encaminhado a medicação de uso contínuo ao pré-operatório.

Anotação de enfermagem:

Téc. Enf./COREN:

CIRURGIA SUSPENSA

Pelo profissional:

- ( ) pediatra    ( ) clínico    ( ) cirurgião    ( ) anestesista

Motivo:

Horário: \_\_\_\_\_h

- ( ) Oferecido desjejum;  
( ) Solicitação de avaliação:

**Cont.**

CIRURGIA SUSPENSA
<input type="checkbox"/> pediátrica <input type="checkbox"/> clínica <input type="checkbox"/> psicológica <input type="checkbox"/> Encaminhado à Unidade de Internação: <input type="checkbox"/> setor <input type="checkbox"/> berçário <input type="checkbox"/> Orientação quanto à reprogramação cirúrgica; <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao serviço de recepção e registro; <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao serviço social.  Enfº/Téc. Enf./COREN:

Fonte: Prontuário clínico – HRAC/USP.

O atendimento de enfermagem prestado em uma unidade pré-anestésica varia de acordo com o tipo de cirurgia proposta e características dos pacientes, entretanto, as principais funções realizadas nesta ocasião pela equipe de enfermagem são: apresentar-se explicando o objetivo da sua intervenção e colocar-se à disposição, tratar os pacientes pelo nome, pedir para ele lhe dizer o nome completo, data de nascimento ou nome da mãe, qual cirurgia irá fazer, conferindo os dados na pulseira de identificação e no prontuário, confirmar sobre o jejum (geralmente nos procedimentos eletivos é indicado pelo menos 8 horas para alimentos gordurosos, 6 horas para sólidos, 4 horas para líquidos como leite e 2 horas para água), se fez uso de medicações nos últimos dias, tirar dúvidas sobre os cuidados pré-operatórios prescritos pelo cirurgião, recomendar não usar maquiagem, esmalte, objetos metálicos (joias, prendedores de cabelo, correntes, etc.), realizar tricotomia quando indicado, encaminhá-lo ao vestiário onde deve colocar o avental próprio e gorro, solicitar esvaziamento vesical, recolher e guardar suas roupas e pertences em local fechado em saco plástico identificado ou entregar ao acompanhante e por fim, combinar com o familiar o local onde deve aguardar e deixá-lo que se despeça do paciente. (OLIVEIRA, R.G., 2016, p. 205)

Foi possível caracterizar as prescrições pré-anestésicas utilizadas pelos cirurgiões-dentistas operadores para os pacientes de EOAS da amostra, na Unidade Pré-Anestésica do HRAC/USP, dispostas no quadro 6 adiante.

Quadro 6. Prescrições pré-anestésicas dos pacientes de Enxerto Ósseo Alveolar Secundário (EOAS), utilizadas pelos cirurgiões-dentistas operadores na Unidade Pré-Anestésica do HRAC. USP, Bauru, 2021.

<b>PRESCRIÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA SEM ANTIBIOTICOPROFILAXIA</b>	<b>PRESCRIÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA ASSOCIADA À ANTIBIOTICOPROFILAXIA</b>	<b>PRESCRIÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA ASSOCIADA À ANTIBIOTICOPROFILAXIA</b>
Jejum (JJ) - 8 horas	Jejum (JJ) - 8 horas	Jejum (JJ) - 8 horas
Midazolan – VO/peso Kg 40 – 60 mins. antes da cirurgia.	Midazolan – VO/peso Kg 40 – 60 mins. antes da cirurgia.	Midazolan – VO/peso Kg 40 – 60 mins. antes da cirurgia.
	Cefazolina - EV/peso Kg	Clindamicina – EV/peso Kg
	Metronidazol – EV/peso Kg	

Analisou-se no quadro anterior que os profissionais operadores divergiram entre três tipos de prescrições pré-anestésicas, subdivididas em dose sedativa sem associação à antibioticoprofilaxia e em dose sedativa associada a duas antibioticoprofilaxias distintas.

Tabela 11. Distribuição percentual das frequências absoluta, relativa e acumulada das prescrições utilizadas pelos cirurgiões-dentistas operadores para os pacientes de EOAS, na Unidade Pré-Anestésica (UPA) do HRAC. USP, Bauru, 2021.

<b>K</b>	<b>PRESCRIÇÕES PRÉ-ANESTÉSICAS</b>	<b>Fi</b>	<b>fr</b>	<b>%fr</b>	<b>F</b>
1	Sem associação de ATB	47	0,47	47%	47
2	Com ATB associado (cefazolina + metronidazol)	50	0,5	50%	97
3	Com ATB associado (clindamicina)	3	0,03	3%	100

(K) classes; (fi) frequência absoluta; (fr) frequência relativa; (F) frequência acumulada.

A maioria dos profissionais operadores das cirurgias de EOAS do estudo foi adepta à prescrição pré-anestésica de dose sedativa associada à antibioticoprofilaxia com Cefazolina/EV e Metronidazol/EV, utilizada na unidade pré-anestésica do HRAC, constituindo 50% da amostra.

Oliveira (2016, p. 205) reforça que a antibioticoprofilaxia cirúrgica começa logo antes da cirurgia e é mantida geralmente por um ou alguns dias, sendo que o seu uso prolongado justifica-se apenas nos casos de infecção cirúrgica comprovada.

Salienta-se ainda que, para os pacientes internados, a medicação de sedação e/ou antibioticoterapia profilática podem ser prescritas anteriormente sem horário especificado, pois devem ser administradas quando o bloco cirúrgico avisar que o horário da cirurgia está confirmado para garantir o seu efeito benéfico.

Neste contexto, as principais intervenções antes do início da cirurgia encontradas no levantamento bibliográfico foram:

- Verificar os SSVV em dois momentos;
- Puncionar um acesso venoso periférico (AVP) calibroso para administração das prescrições pré-anestésicas e posterior utilização no centro cirúrgico;
- Transportar o paciente na maca com grades elevadas, até o centro cirúrgico, oferecendo cobertores se estiver com frio;
- Organizar e levar o prontuário com os exames pré-operatórios necessários (HMG, TP/TTPA, fibrinogênio e tipagem sanguínea) junto ao paciente;
- E apresentá-lo aos profissionais do centro cirúrgico.

#### 5.4 T1 – PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DO ENXERTO ÓSSEO ALVEOLAR SECUNDÁRIO (EOAS)

A etapa do pós-operatório começa após a saída do paciente do centro cirúrgico, incluindo a observação cuidadosa na sala de recuperação pós-anestésica até estabilização, transporte para o leito (enfermaria, quarto ou unidade de terapia intensiva), cuidados na unidade de internação, orientações de alta e controle após a alta. (OLIVEIRA, 2016, p. 213)

O pós-operatório imediato compreende desde o momento de partida da sala cirúrgica até as próximas 24 horas na enfermaria.

##### 5.4.1 ADMISSÃO DO PACIENTE

Após a transferência para a unidade de internação, há uma troca de equipe de enfermagem responsável e a necessidade de rever toda a história clínica do paciente, história de cirurgia, eventuais intercorrências durante o procedimento cirúrgico ou na recuperação pós-anestésica, além da programação ou expectativa da equipe cirúrgica em relação ao tempo de recuperação, medidas específicas em relação ao paciente e plano de alta.

No HRAC, quando o paciente submetido ao EOAS retorna do centro cirúrgico, é recebido pelo enfermeiro responsável pelo setor de Pós-Operatório e

Internação (POI), o qual checa o mapa cirúrgico com o leito previamente reservado/preparado, realiza uma avaliação rápida das condições gerais (cor, temperatura, estado de consciência, função respiratória, capacidade hemodinâmica, temperatura das extremidades) e aciona seu acompanhante na sala de espera, tão logo é também recepcionado por um auxiliar ou técnico de enfermagem que o acomoda e o posiciona adequadamente em seu leito com as grades elevadas e rodas travadas, aproveitando para trocar os campos e cobertores com sujidade por outros limpos e secos, verifica os SSVV, confere o AVP, checa as prescrições e realiza as anotações de admissão no prontuário.

De acordo com Oliveira (2016, p. 215), o período pós-operatório imediato exige vigilância clínica e monitorização de dados vitais para detecção e abordagem precoce de complicações e intercorrências menores comuns nesta fase, bem como relatos de dor, das perdas (diurese, intestinal, sondas e drenos) precisam ser cuidadosamente controladas e anotadas.

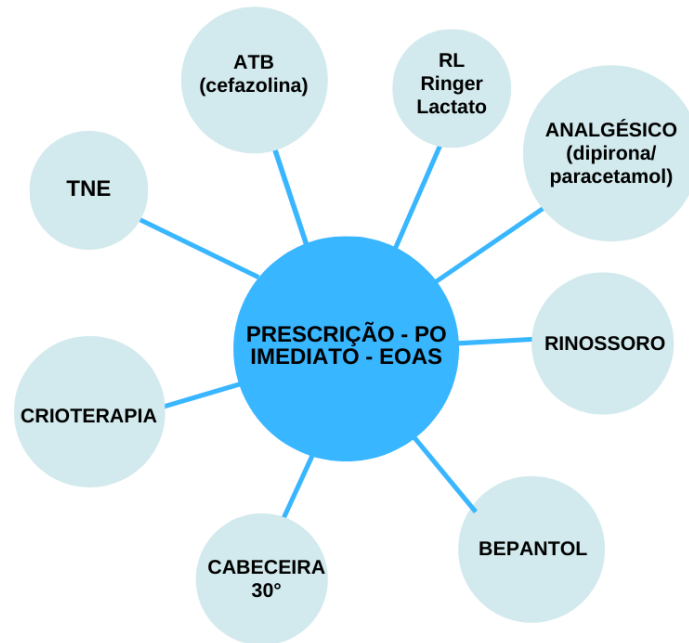
Definiu-se o plano de cuidados neste estágio, incluindo a monitorização dos sinais vitais (PA/FC/FR/SpO<sub>2</sub>/Tax) de 6/6 h, controle da dor, observação da primeira micção, suporte ao paciente caso apresente náuseas/vômitos providenciando recipiente (cuba-rim ou balde) e compressas para assisti-lo, pois quando o mesmo acorda pode ter a necessidade de cuspir secreções residuais acumuladas na boca e faringe, administrar medicação antiemética prescrita, auxiliar no banho de aspersão, trocas de roupas e uso do banheiro e oferecer dietas líquidas e leves (gelatina, sucos, leite, sorvete, sopas cremosas em temperatura ambiente) quando o paciente encontrar-se alerta (aproximadamente 2 horas após a recuperação anestésica).

#### 5.4.2 PRESCRIÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE EOAS

Determinou-se uma padronização de 8 itens integrantes das prescrições dos pacientes em pós-operatório imediato de EOAS pelos cirurgiões-dentistas, identificados no diagrama 2.

Diagrama 2. Prescrição dos pacientes de EOAS no Pós-Operatório Imediato pelos cirurgiões-dentistas do HRAC. USP, Bauru, 2021.





Durante a análise dos prontuários da pesquisa, observou-se que todos os pacientes da amostra possuíam prescrições semelhantes no pós-operatório imediato, padronizando-se oito (8) itens integrantes: TNE definida na literatura como Terapia Nutricional Enteral; antibioticoterapia de horário – cefazolina EV de 8/8 h como escolha predominante; Ringer Lactato (RL) até adquirir boa aceitação alimentar; analgesia com dipirona EV de 6/6 h ou paracetamol em casos de reação alérgica à primeira opção; rinoSSORO de 4/4 h; aplicação de bepantol nos lábios; manter cabeceira elevada a 30° e realização de crioterapia facial, com uso padronizado no hospital.

O ajuste postural com a cabeceira elevada a 30° é indicado a pacientes cirúrgicos devido ao maior risco de instabilidade respiratória neste período, pois posicionando o pescoço e mantendo a cabeceira de 15 – 30° auxiliará na abertura das vias aéreas e melhor ventilação, além de evitar também a broncoaspiração da dieta líquida homogênea e suplementos alimentares oferecidos. Logo, a enfermagem deve monitorar a aceitação alimentar e atuar junto ao serviço de nutrição a fim de garantir que a perda ponderal seja a mínima possível, evitando assim a desnutrição pós-operatória, considerando a sua influência sobre a recuperação do paciente. (SILVA ET AL, 2020, p. 4)

Segundo Silva et al (2020, p. 5), a crioterapia visa desacelerar o metabolismo celular além de proporcionar vasoconstrição e bloqueio nas terminações nervosas, minimizando o edema, assim como a dor local.

Outras terapias recomendadas para estes sintomas são a drenagem linfática e a aplicação de laser, sendo que 100% dos pacientes da amostra apresentou edema moderado/acentuado no pós-operatório imediato e realizaram a crioterapia padrão, 6% necessitaram de drenagem linfática facial executada pelo fisioterapeuta da equipe, além da crioterapia, e 1% foi submetido à aplicação de laser.

#### 5.4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

A sistematização da assistência da enfermagem é uma ferramenta para organizar o trabalho do enfermeiro com base em um método sistematizado tornando mais objetiva e eficaz sua prática profissional, gerando autonomia profissional e facilitando a padronização de ações, continuidade de cuidados, pesquisa clínica, informatização, registro e a comunicação entre profissionais, envolvendo a implementação do processo de enfermagem, o qual está previsto e determinado como rotina profissional pela Resolução 358/2009 do COFEN.

Oliveira (2016, p. 440) considera que o processo de enfermagem significa, de forma prática, conhecer a história e identificar as necessidades do paciente, estabelecer diagnósticos de enfermagem, decidir sobre o que é necessário fazer e planejar o que vai ser feito, providenciar, executar ou delegar essas ações e cuidados e avaliar os resultados das intervenções realizadas.

Atualmente o processo de enfermagem é concebido em cinco etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. (BELUCI ET AL, 2017, p. 2)

No Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, utiliza-se um impresso da SAE padronizado e anexado a todos os prontuários para seu devido preenchimento pelo enfermeiro responsável do setor POI, segundo a transcrição no quadro 7 abaixo.

Quadro 7. Impresso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) utilizado pelo enfermeiro no Pós-Operatório de EOAS do HRAC. USP, Bauru, 2021.



**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS - CD/FATORES RELACIONADOS - FR)**

- 1) Risco de sangramento Fr:  
 Complicações pós-operatórias;  
 Efeitos secundários relacionados ao tratamento.
- 2) Ansiedade Cd:  
 Ansioso  Foco em si mesmo  Irritabilidade  Preocupado  
 Insônia  Aumento da pressão sanguínea  
 Fr:  
 Ameaça ao estado de saúde  Crises situacionais  Estresse  
 Necessidades não satisfeitas
- 3) Risco para infecção Fr:  
 Defesas primárias inadequadas  Desnutrição  Exposição ambiental a patógenos  
 Procedimentos invasivos
- 4) Dor aguda Cd:  
 Alteração na pressão sanguínea  Comportamento expressivo – agitação/gemido/choro  
 Evidência observada de dor  Expressão facial  
 Fr:  
 Agentes lesivos - biológicos/químicos/físicos/psicológicos
- 5) Mucosa oral prejudicada Cd:  
 Desconforto oral  Dificuldade para comer  Dificuldade para engolir  
 Edema  Exsudato purulento  Lesões orais  
 Sangramento  Língua saburrosa  
 Fr:  
 Efeitos colaterais de medicamentos  Estresse  Higiene oral ineficaz  
 Fatores mecânicos – aparelhos de correção dental/tubos/cirurgia na cavidade oral  
 Infecção  Respiração oral
- 6) Risco para volume de líquidos deficiente Fr:  
 Desvios que afetam a ingestão de líquidos  
 Fatores que influenciam as necessidades de líquidos  
 Perda de líquido por vias anormais – ex: drenos  
 Perda excessiva por vias normais – ex: diarreia
- 7) Risco de Queda Fr:  
 Agentes anestésicos

Nome: \_\_\_\_\_ RG (prontuário) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

1.  Atentar para sangramento/monitorar intensidade da perda sanguínea;
2.  Manter acesso venoso permeável;
3.  Monitorar SSVV a cada 6 horas ou conformidade necessidade;
4.  Monitorar débito urinário;
5.  Monitorar vômito, náusea e vertigem;
6.  Monitorar nível de consciência;
7.  Monitorar evacuações em volume e aspecto;
8.  Administrar medicamentos conforme necessidade;
9.  Monitorar/atentar para queixas algícas/face de dor;
10.  Manter cabeceira elevada de 30 a 45°;
11.  Trocar curativos conforme necessidade;
12.  Promover crioterapia quando indicado;

**Cont.**

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- 13.( ) Manter precauções padronizadas;
- 14.( ) Realizar curativo na incisão cirúrgica com SF 0,9%, atentando para aspecto de cicatrização e sinais flogísticos conforme protocolo;
- 15.( ) Explicar todos os procedimentos ao paciente e acompanhante;
- 16.( ) Usar uma abordagem calma e segura;
- 17.( ) Esclarecer expectativas e dúvidas conforme apropriado;
- 18.( ) Administrar medicamentos para redução da ansiedade, quando apropriado;
- 19.( ) Observar a presença de sinais verbais e não-verbais de ansiedade;
- 20.( ) Aplicar lubrificante para hidratar os lábios e mucosa oral, quando necessário;
- 21.( ) Estimular/supervisionar higiene oral conforme protocolo;
- 22.( ) Monitorar integridade da cavidade oral, aspecto da incisão cirúrgica, tampões, halitose e presença de sinais flogísticos;
- 23.( ) Manter grades do leito elevadas e rodas travadas.

Horário: \_\_\_\_\_ h / **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**

Fonte: Prontuário clínico do HRAC/USP.

Oliveira (2016, p. 448), ressalta que todas as fases do processo de enfermagem devem ser registradas na seção de evolução de enfermagem do prontuário de forma clara, objetiva e em sequência cronológica (pelo menos uma evolução do enfermeiro registrada/turno), descrevendo a evolução de todos os principais aspectos do problema de saúde do paciente e deve ser quantificada em critérios padronizados ou escalas sempre que possível, cuja coleta de dados é obtida de relatórios, prescrições, resultados de exames e registros de informações de outros profissionais.

Os diagnósticos de enfermagem identificam “problemas presentes” ou “situações de risco” de saúde (real ou potencial) e fenômenos específicos que podem ser abordados os quais podem ser resolvidos de forma definitiva, melhorados ou aliviados por intervenções autônomas do enfermeiro, independentemente de diagnóstico ou prescrição médica, exigindo-se então, nesta etapa, conhecimento técnico-científico como o pensamento crítico e raciocínio clínico. Neste contexto, fatores relacionados fazem parte do diagnóstico de enfermagem, rotulando-o para um conceito mais informativo e completo, enquanto as características definidoras são consideradas como evidências clínicas, incluindo queixas do paciente, sinais e sintomas e padrões de comportamento agrupados dentro de padrões. (OLIVEIRA, 2016, p. 455)

Para a operacionalização da Enfermagem Baseada em Evidências (EBE), os enfermeiros necessitam construir competências relacionadas, principalmente, à capacidade de analisar criticamente o contexto da prática, habilidade de converter situações-problema em foco investigativo, capacidade de associar os achados científicos ao seu contexto prático e habilidade de implementar mudanças e de avaliá-las continuamente. Deste modo, a habilidade clínica dos enfermeiros pode ser definida como capacidade de utilizar conhecimentos clínicos, experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, assim como avaliar os riscos individuais e os possíveis benefícios das intervenções propostas, integrando os valores, expectativas e preocupações dos pacientes e suas famílias, na medida do possível, às decisões clínicas. (FERREIRA ET AL, 2017, p. 78 e 79)

## 5.5 T2 – PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DO EOAS

O período pós-operatório mediato ou tardio do estudo foi delimitado das 24 horas após o enxerto até o momento da alta (rotineiramente 48 – 72 horas após o procedimento), encontrando-se o paciente estável, com Bom Estado Geral (BEG) e sem complicações durante a internação.

Nesta fase, os pacientes continuam sob a vigilância pós-cirúrgica da equipe, recebem visita do cirurgião operador logo no início do plantão, por volta das 7 - 8 h, com a devida atualização das prescrições (geralmente com a antibioticoterapia suspensa após às 10 h), caso ausência de evidência infecciosa, seguindo com o acompanhamento do quadro clínico e assistência da enfermagem sob a supervisão do enfermeiro responsável, como cuidados de higiene corporal/oral, hidratação/alimentação, verificação de SSVV de 6/6 h, administração/checagem das prescrições medicamentosas, bem como anotações de todas as ações prestadas nos prontuários.

### 5.5.1 EQUIPE INTERDISCIPLINAR

No processo de reabilitação das anomalias craniofaciais, o trabalho em equipe é fundamental e cada área possui o seu campo de atuação, no sentido de prover um tratamento integral aos pacientes atendidos, englobando

aspectos estéticos, funcionais e psicossociais, possibilitando a compreensão do paciente como ser humano em sua totalidade. Neste sentido, a ação de uma equipe interdisciplinar envolve a interação de conhecimentos, numa relação de reciprocidade, mutualidade e diálogo, respeitando a postura ideológica pessoal e profissional de cada elemento da equipe. (TRINDADE, 2007, p. 324 e 325)

Hinrichsen (2012, p.135) aponta que há necessidade de se formar equipes profissionais interligadas, em que haja uma comunicação efetiva e que sejam continuamente treinadas com o foco no paciente, pois construir um sistema assistencial seguro e com custos dentro da realidade de cada instituição é o grande desafio enfrentado no dia-a-dia. Para tanto, é preciso criar ambientes seguros em todas as fases assistenciais e multidisciplinares, nos quais os relatos de erros e/ou eventos adversos sejam considerados como uma forma de melhorar o cuidado ao paciente, sem buscar apenas culpas e/ou culpados.

Nesta dimensão interdisciplinar, destacou-se a atuação da fisioterapia e do serviço de nutrição, visto que, 100% dos pacientes da amostra obtiveram atendimento/acompanhamento das duas especialidades supracitadas durante o pós-operatório mediato, com base nos registros profissionais.

Segundo Ferreira (2010, p. 40), uma das técnicas aplicadas nos pacientes pós-cirúrgicos de EOAS pela equipe de fisioterapia do HRAC/USP é a Drenagem Linfática Manual (DLM), auxiliando na redução do edema facial, na melhora do quadro algico e estético da região, no aumento da auto-estima e redução do tempo de internação hospitalar.

Na equipe multidisciplinar, os nutricionistas avaliam o estado nutricional dos pacientes, calculam a dieta, supervisionam a preparação e a distribuição das refeições, contando com o apoio da equipe de enfermagem para a monitoração da aceitação dos alimentos oferecidos, sendo que para a internação pós-operatória de cirurgias orofaciais, a dieta deverá ser líquida, homogênea e na temperatura fria, associada a suplementos alimentares, evitando assim, danos à ferida operatória e favorecendo a cicatrização. (BELUCI ET AL, 2014, p. 172 e 173; SILVA ET AL, 2020, p.4)

#### 5.5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DO ENFERMEIRO DIRECIONADAS AOS CASOS DE EOAS

Há tempos, a atuação do enfermeiro na reabilitação é norteadora por uma assistência direta e comprometida com a qualidade, desempenhando um papel expressivo junto aos demais profissionais reabilitadores da equipe, buscando por melhores condições de vida, integração social e a independência para as atividades básicas da vida diária das pessoas que passam por este processo reabilitador. (FARO, 2006, p. 131)

Trettene et al (2014, p. 994) completa que o enfermeiro desempenha uma função crucial em todos os estágios da reabilitação de crianças/adolescentes com FLP, inclusive atuando na formação de indivíduos e/ou cuidadores. Para tanto, é fundamental diagnosticar as dúvidas dos cuidadores nos cuidados pós-operatórios, para permitir o planejamento e estabelecimento de ações educativas, visando minimizar complicações, favorecer o processo de reabilitação e reduzir custos desnecessários para o sistema de saúde.

Sendo assim, com o levantamento bibliográfico e a análise dos prontuários do presente estudo, foi possível caracterizar as atividades profissionais do enfermeiro direcionadas aos casos de Enxerto Ósseo Alveolar Secundário (EOAS), organizadas pelo fluxograma 1.

Fluxograma 1. Caracterização das atividades profissionais do enfermeiro direcionadas aos casos de Enxerto Ósseo Alveolar Secundário (EOAS). USP, Bauru, 2021.



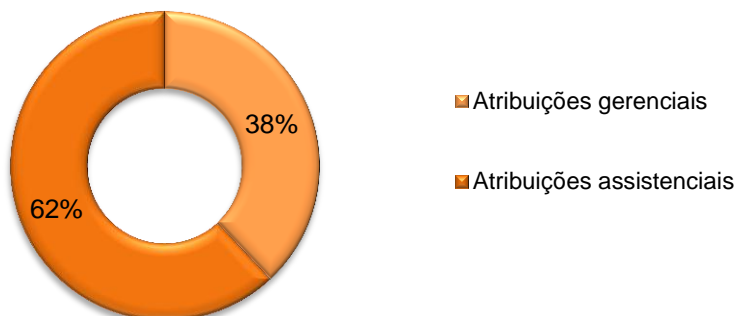
**Cont.**





Com base no fluxograma 1 apresentado anteriormente, notou-se que do total das 21 atribuições do enfermeiro no atendimento aos pacientes submetidos ao EOAS, tal profissional desenvolve 8 (38%) atribuições gerenciais e 13 (62%) atribuições assistenciais, ilustrado no gráfico 6.

Gráfico 6. Distribuição percentual das atividades profissionais do enfermeiro direcionadas aos casos de Enxerto Ósseo Alveolar Secundário (EOAS). USP, Bauru, 2021.



Logo, verificou-se que o profissional em questão encontra-se mais envolvido com as atribuições assistenciais, ou seja, de fato assistindo aos pacientes diretamente, como por exemplo, elaborando e executando a SAE com a consulta de enfermagem e exame físico diários; inspecionando a incisão cirúrgica do EOA e também a área doadora do enxerto, atentando-se às alterações; preocupando-se com as queixas referidas e expressões de dor; verificando os AVPs quanto à sua fixação adequada e presença de sinais flogísticos (dor/calor/rubor/edema) no local; auxiliando a administração dos

medicamentos/infusões junto à equipe de enfermagem, conforme prescrição médica e checagem devida nos prontuários; análise dos SSVV verificados pela equipe a cada 6 horas e do controle de diurese, bem como o controle de ingestão hídrica e aceitação alimentar, e orientações acerca da higiene oral adequada nestes casos.

### 5.5.3 A ALTA HOSPITALAR

Embora o paciente e acompanhante tenham sido informados e treinados para o autocuidado no pós-operatório do EOAS, antes mesmo da cirurgia, o enfermeiro deve reassegurar-se de que todas as orientações fornecidas foram compreendidas, pois a falta de orientação é a principal causa de erros e incidentes no pós-operatório tardio após a alta. Desta maneira, todas as recomendações devem ser verbais e escritas na presença do acompanhante responsável a fim de evitar esquecimentos, tais como, cuidados com a incisão cirúrgica e vigilância de anormalidades, como sangramento e secreção local, exercícios respiratórios, uso de medicações, higiene oral adequada, alimentação apropriada e restrições quanto à prática de esportes/levantamento de peso neste período.

Um plano de alta deve ser providenciado desde a admissão do paciente em forma de uma lista de providências, orientações, treinamentos, equipamentos, agendamento para seguimento e suporte profissional, sendo que para poder dar alta, como regra geral, o paciente precisa estar deambulando com segurança, ter apresentado diurese e evacuação durante a internação, estar tolerando a alimentação indicada, ter capacidade para autocuidado ou ter o apoio necessário da família para os cuidados em casa. (OLIVEIRA, 2016, p. 217)

Segundo Hinrichsen (2012, p. 181), o sumário de alta deve ser feito pelo cirurgião responsável pelo paciente, devendo constar o diagnóstico final, o período de internação, medicações utilizadas e as prescritas para uso domiciliar após a alta, assim como a dieta e demais cuidados a serem prestados (enfermagem/fisioterapia/fonoaudiologia) e estar especificadas as datas para retorno/consulta/controle.

Com base na pesquisa dos prontuários clínicos, definiu-se que todos os pacientes submetidos ao EOAS do estudo, receberam alta dos cirurgiões-dentistas/bucomaxilofaciais do HRAC, em média de 48 – 72 horas após o procedimento, com BEG, estáveis hemodinamicamente, com as orientações esclarecidas na presença de seus acompanhantes, levando consigo o resumo de alta devidamente preenchido e carimbado pelo profissional responsável pela alta, constando as informações sobre o agendamento do retorno em 60 dias, estando a segunda via anexada ao prontuário.

#### 5.5.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

O livro “To Err is Human: Building a Safer Health System” do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, publicado em 1999, descreve que erros acontecem e são frequentes durante a assistência à saúde, estimando a ocorrência de 44.000 a 98.000 mortes anuais no país devido a tais erros. (MANZO, 2019, p. 34; KOHN, 2000, p.26)

A segurança em serviços de saúde abrange desde reconhecimento, avaliação, prevenção, diminuição e o controle dos riscos a que estão submetidos os trabalhadores, usuários e acompanhantes, além da comunidade e do meio ambiente. (HARADA, 2011, p. 351)

Galvão (2018, p. 2) aborda que a cultura de segurança do paciente corresponde a valores e comportamentos dos membros de uma instituição e representam de modo coletivo o grau de compromisso institucional com a segurança dos seus processos, haja vista que os melhores escores nas dimensões de cultura de segurança relacionaram-se a menor ocorrência de infecção do sítio cirúrgico em hospitais, redução de lesões, de eventos adversos graves e de mortalidade ajustada pela gravidade.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído por meio da Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde (MS), tem como estratégia de implementação a promoção da cultura de segurança, incluindo três focos, mudança na cultura, nos processos e na mensuração desses processos.

Conforme Olini et al (2019, p. 2) e Harada (2011, p. 96), a comunicação efetiva e o trabalho da equipe multiprofissional são compreendidos

como determinantes da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos, pois as falhas na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados. Para tanto, é necessário ter consistência no conteúdo, conhecimento e habilidade para correlacionar informações, bem como a sintonia de interesses entre as partes envolvidas.

Harada (2011, p. 306 e 307) considera que a temática “Qualidade” caminha à frente dos modelos administrativos nos quais emergem as propostas de organização e de racionalização do trabalho, a preocupação com a avaliação baseada em indicadores, o envolvimento dos profissionais, a satisfação dos usuários e a redução de custos, a fim de obter os maiores benefícios com menor risco ao paciente, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes, objetivando também atingir as expectativas do cliente.

Segundo a Join Commission on Accreditation on Healthcare Organization (JCAHCO), indicadores são unidades de medida de uma atividade com a qual está relacionado, ou ainda, medidas quantitativas que podem ser usadas como guias para monitorar e avaliar a qualidade assistencial nas instituições de saúde, por exemplo, indicadores direcionados para avaliação dos cuidados de enfermagem (úlceras por pressão, queda do leito, infecção de cateter de longa permanência, infecção urinária, saída de sondas enterais) e vários outros elaborados de acordo com a necessidade da equipe e da instituição hospitalar.

Frente ao exposto, é necessário elencar métodos confiáveis para mensurar os eventos adversos (EA), sua evitabilidade e os principais fatores contribuintes, e possibilitar ações consistentes para melhoria da qualidade e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, implementando uma cultura voltada à qualidade, à prevenção de falhas e ao melhoramento contínuo. (BATISTA ET AL, 2020, p. 3; HARADA, 2011, p. 312)

De acordo com Hinrichsen (2012, p. 79 e 149), o tipo de evento adverso também deverá ser classificado segundo à administração clínica (procedimento/processo clínico/documentação), infecção hospitalar (relacionada com assistência à saúde/medicação/fluidos endovenosos), hemoderivados,

nutrição, gases/oxigênio, equipamento médico, comportamento, acidentes com o paciente, estrutura, gerenciamento e recursos organizacionais.

Neste sentido, gestão de riscos ou gerenciamento de riscos (GR) é a tradução habitual de administração de riscos, a qual deve ser um processo contínuo e constante aplicado a qualquer situação que gere consequência/resultado não mapeado ou não esperado em uma instituição. (HARADA, 2011, p. 326)

Oliveira (2016, p. 222) ordenou as seis metas internacionais prioritárias de segurança do paciente encontradas na literatura:

- Identificar corretamente o paciente antes de cada procedimento, intervenção ou cuidado;
- Melhorar a segurança da prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e entre esses e os pacientes;
- Realização de cirurgia segura em sítio cirúrgico, procedimento e paciente corretos;
- Respeitar as rotinas de higienização das mãos para evitar infecção e;
- Avaliar os pacientes em relação ao risco de queda e úlcera por pressão, estabelecendo as ações preventivas necessárias.

## 6 CONCLUSÕES

A presente pesquisa permitiu analisar a assistência de enfermagem aos indivíduos submetidos ao EOAS nos períodos pré e pós-operatórios, realizar a distribuição das frequências absoluta, relativa e acumulada do perfil epidemiológico dos pacientes selecionados, bem como dos fatores relacionados ao procedimento, descrever os cuidados pré e pós-operatórios específicos para o quadro de EOAS nos períodos imediato e mediato e caracterizar as atividades profissionais do enfermeiro direcionadas aos casos de EOAS.

Determinou-se que a maioria dos pacientes estudados encontrava-se na faixa etária dos 12 aos 15 anos de idade na época da realização do procedimento, constituindo em 60% da amostra, sendo que a média (x) calculada foi igual a 12,3 anos; é do gênero masculino equivalente também a 60% e de etnia caucasiana, compondo 97% dos casos.

Identificou-se a presença de recorrência familiar de FLP em 15% dos adolescentes e 85% possuem outras anomalias congênitas ou condições prévias associadas.

Pontuou-se que a maioria das cirurgias realizadas ocorreu em indivíduos portadores de fissura transforame incisivo unilateral esquerda (FTUE) correspondente a 67% dos pacientes do estudo, apresentando a região do mento como área doadora do enxerto eleita em 97% das cirurgias; visto que a Dr<sup>a</sup>. Roberta Martinelli obteve o percentual mais elevado de procedimentos realizados (44%) dentre os demais profissionais operadores integrantes da equipe de cirurgiões-dentistas e bucomaxilofaciais do HRAC/USP.

Observou-se que todos os pacientes, ou seja, 100% da amostra apresentaram edema facial e/ou labial de grau leve a acentuado como principal intercorrência/complicação do pós-operatório imediato, permanecendo em 95% deles durante o pós-operatório mediato.

Definiu-se que os pacientes cirúrgicos de EOAS passaram primeiramente, em consulta de enfermagem com o enfermeiro responsável pela pré-internação conforme data agendada e prevista, contando com o preenchimento de um formulário padronizado nos prontuários clínicos do hospital com a finalidade de embasar a admissão com a coleta do histórico

peçoal/familiar, realização do exame físico, conferência dos exames laboratoriais pré-operatórios necessários, realizar treinamento prévio com informações sobre o pós-operatório sanando possíveis dúvidas, direcionando-os com seus acompanhantes até as especialidades psicologia e serviço social para demais providências quando necessário, e encaminhá-los ao setor de internação.

Verificou-se que tais pacientes são recepcionados na unidade pré-anestésica pelo auxiliar/técnico de enfermagem do setor, para prosseguir com os cuidados pré-operatórios, como conferência do jejum, confirmação dos dados na pulseira de identificação e prontuário, uso contínuo de medicações, recolhimento e identificação dos pertences pessoais entregues ao familiar, entrega do avental cirúrgico e gorro, realização de tricotomia se necessário, punção de acesso AVP calibroso, administração de medicações pré-anestésicas conforme prescrição médica (cpm), verificação de SSVV em dois momentos, transporte até o centro cirúrgico e apresentação dos pacientes aos profissionais do setor.

Elaborou-se o plano de cuidados no pós-operatório imediato (próximas 24 horas após a saída do centro cirúrgico), incluindo a monitorização dos sinais vitais (PA/FC/FR/SpO<sub>2</sub>/Tax) de 6/6 h, controle da dor, observação da primeira micção, suporte ao paciente caso apresente náuseas/vômitos providenciando recipiente (cuba-rim ou balde) e compressas para assisti-lo, pois quando o mesmo acorda pode ter a necessidade de cuspir secreções residuais acumuladas na boca e faringe, administrar medicação antiemética prescrita, auxiliar no banho de aspersão, trocas de roupas e uso do banheiro e oferecer dietas líquidas e leves (gelatina, sucos, leite, sorvete, sopas cremosas em temperatura ambiente) quando o paciente encontrar-se alerta (aproximadamente 2 horas após a recuperação anestésica).

Ordenaram-se os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes de EOAS no pós-operatório mediato ou tardio (delimitado das 24 horas do enxerto até o momento da alta), haja vista que neste período, eles continuam sob a vigilância pós-cirúrgica da equipe, recebem visita do cirurgião operador logo no início do plantão, por volta das 7 – 8 h, com a devida atualização das prescrições (geralmente com a antibioticoterapia suspensa após às 10 h), caso ausência de evidência infecciosa, seguindo com o acompanhamento do quadro clínico e assistência da enfermagem sob a supervisão do enfermeiro

responsável, como cuidados de higiene corporal/oral, hidratação/alimentação, verificação de SSVV de 6/6 h, administração/checagem das prescrições medicamentosas, bem como anotações de todas as ações prestadas nos prontuários.

Caracterizaram-se as atividades profissionais do enfermeiro direcionadas aos casos de EOAS, notando-se que do total das 21 atribuições levantadas, tal profissional desenvolve 8 (38%) atribuições gerenciais e 13 (62%) atribuições assistenciais.

Evidenciou-se que o profissional em questão encontra-se mais envolvido com as atribuições assistenciais, ou seja, de fato assistindo aos pacientes diretamente, como por exemplo, elaborando e executando a SAE com a consulta de enfermagem e exame físico diários; inspecionando a incisão cirúrgica do EOA na cavidade oral e também a área doadora do enxerto, atentando-se às alterações; preocupando-se com as queixas referidas e expressões de dor; verificando os AVPs quanto à sua fixação adequada e presença de sinais flogísticos (dor/calor/rubor/edema) no local; auxiliando a administração dos medicamentos/infusões junto à equipe de enfermagem, conforme prescrição médica e checagem devida nos prontuários; análise dos SSVV verificados pela equipe a cada 6 horas e do controle de diurese, bem como o controle de ingesta hídrica e aceitação alimentar, e orientações acerca da higiene oral adequada nestes casos.

Analisou-se que todos os pacientes submetidos ao EOAS do estudo, receberam alta dos cirurgiões-dentistas/bucomaxilofaciais do HRAC, em média de 48 – 72 horas após o procedimento, com BEG, estáveis hemodinamicamente, com as orientações esclarecidas na presença de seus acompanhantes, levando consigo o resumo de alta devidamente preenchido e carimbado pelo profissional responsável pela alta, constando as informações sobre o agendamento do retorno em 60 dias, estando a segunda via anexada ao prontuário.

Salientou-se ainda, a essencialidade do trabalho da equipe interdisciplinar em todos os estágios (pré, pós-operatórios imediato e mediato), o qual envolve a interação de conhecimentos, reciprocidade e diálogo, englobando aspectos estéticos, funcionais e psicossociais, possibilitando a compreensão do paciente como ser humano em sua totalidade.



Ressaltou-se sobre a inserção fundamental da Cultura de Segurança do Paciente na instituição, visando uma assistência qualificada e livre de danos aos clientes.

Por fim, concluiu-se que a assistência de enfermagem aos indivíduos submetidos ao EOAS é de extrema importância visto que a profissão é responsável pela prestação dos cuidados diretos aos pacientes cirúrgicos, integrando a equipe multidisciplinar do processo de reabilitação das anomalias craniofaciais.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, sugere-se a realização de mais pesquisas correlacionando os cuidados de enfermagem com as cirurgias de EOA para o acréscimo de conhecimentos, haja vista a relevância da assistência de enfermagem e a insuficiência de trabalhos que abordam o tema.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.R. et al. Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016; v. 69 n. 6, p. 1087. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0228>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BATISTA, J.; SILVA, D.P.; CRUZ, E.D.A. Aplicação e desempenho de rastreadores para detecção de eventos adversos cirúrgicos. **Texto & Contexto Enfermagem**. 2020; v. 29, e. 20190163, p. 3. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072020000100375&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072020000100375&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 01 mai. 2021.

BELUCI, M.L. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório de enxerto ósseo alveolar. **Rev Enferm UERJ**. (Internet). 2017; v. 25, e. 19872, p. 2. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.19872>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BELUCI, M.L. et al. Postsurgical alveolar bone graft patients: elaboration and application of a data-gathering instrument for nutrition and nursing. **The Cleft Palate–Craniofacial Journal**. 2014; v. 51, n. 2, p. 172 e 173.

BRASIL. **Confederação Nacional das Profissões Liberais – CNPL**. Estatuto Social. (Internet). 2018, p. 3. Disponível em: <<http://www.cnpl.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ESTATUTO-SOCIAL-CNPL.pdf>>. Acesso em: 21/02/2021.

BRASIL. Decreto-Lei n. 5.452, de 01 de maio de 1943. Estatui a Consolidação das Leis Trabalhistas. **CLT Saraiva acadêmica e constituição federal**. São Paulo: Ed. Saraiva, 2014.

BRASIL. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. (Internet). Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em: 21/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2011. (Internet).

Disponível em: <[http://https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 06/04/2021.

BRASIL. **Resolução COFEN n. 358 de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2009. (Internet). Disponível em: <[http://http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 05/04/2021.

BRASIL. **Resolução COFEN n. 564 de 06 de novembro de 2017.** Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, para observância e respeito dos profissionais de enfermagem. Brasília, 2017. (Internet). Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)>. Acesso em: 21/02/2021.

BRUDNICKI., A. et al. Secondary alveolar bone grafting in cleft lip and palate: A comparative analysis of donor site morbidity in different age groups . **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery** (Internet). 2019, v. 27, p. 165. Disponível em: <http://www.jcmfs.com>. Acesso em: 05 ago. 2020.

COUTINHO, A.L.F. et al. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** (Internet). 2009, v. 9, n. 2, p. 150. Acesso em: 05 ago. 2020.

ESPÍNDOLA, G.G. **Avaliação de edema pós-operatório de área de rebordo alveolar fissurado enxertado com osso autógeno por estereofotogrametria. Relato de casos.** Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da especialização em periodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) da Universidade de São Paulo - USP. 2019, p. 22.

FARO, A.C.M. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev. Esc. Enferm. USP.** (Internet). 2006, v. 40, n.1, p. 129. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/> Acesso em: 05 ago. 2020.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. **Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde.** Rio de Janeiro : Atheneu, 2017, p. 78 e 79.

FERREIRA, T.R.R. **Drenagem linfática manual no pós-operatório de enxerto ósseo alveolar: uma nova abordagem para a redução do edema facial.** Dissertação da Universidade de São Paulo – USP. Bauru, 2010, p. 40.

FILHO, O.G.S. et al. Reconstruction of alveolar cleft with allogeneous bone graft: clinical considerations. **Dental Press J Orthod.** (Internet). 2013, v. 18, n. 6, p. 139. Disponível em: <  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-94512013000600021](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512013000600021)> . Acesso em: 21/02/2021.

FREITAS, J.A.S. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) – Part 1: overall aspects. **J Appl Oral Sci.** Bauru, 2012.

FREITAS, M.C.A. et al. Comportamento eruptivo do canino permanente após enxerto ósseo secundário com rhBMP-2 na área da fissura alveolar: relato de casos. **Rev Clín Ortod Dental Press.** (Internet). 2017, v. 16, n. 3, p. 92. Acesso em: 14 mar. 2021.

GALVÃO, T.F. ET AL. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2018, v. 26, e.3014, p. 2.

GARCEZ, R.M. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011 / NANDA international.** Porto Alegre : Artmed, 2021, p. 35.

HARADA, J.C.S. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura.** São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2011. cap. 5, p. 46; cap. 14, p. 127.

HINRICHSEN, S.L. **Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos.** Rio de Janeiro: Editora Científica MedBook, 2012. Cap. 5, p. 135.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer healthcare system.** Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine - United State (US). Washington (DC) : National Academies Press (US). 2000, p. 26.

LOPES, D.C. et al. Avaliação da técnica de Millard associada à zetaplastia no tratamento de portadores de fenda labial unilateral. **Rev. Bras. Cir. Plast.** (Internet). 2018, p. 1. Disponível em: <<http://rbcp.org.br/details/1919/pt-BR/avaliacao-da-tecnica-de-millard-associada-a-zetaplastia-no-tratamento-de-portadores-de-fenda-labial-unilateral>>. Acesso em: 21/02/2021.

MANZO, B.F. ET AL. Segurança na administração de medicamentos: investigação sobre a prática de enfermagem e circunstâncias de erros. **Enfermería Global**. 2019, v. 56, p. 34.

MIACHON, M.D.; LEME, P.L.S. Tratamento operatório das fendas labiais. **Rev. Col. Bras. Cir.** (Internet). 2014, p. 209. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n3/pt\\_0100-6991-rcbc-41-03-00208.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n3/pt_0100-6991-rcbc-41-03-00208.pdf)>. Acesso em: 21/02/2021.

NISHIO, E.A.; BETTA, C.A.; SILVA, V.C.G. **Guia de rotinas e fluxos gerais e específicos de enfermagem**. Rio de Janeiro : Elsevier, 2009, p. 6 – 8.

OLINO, L. ET AL. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2019. v. 40, e.20180341, p. 2. (Internet). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200422](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200422)>. Acesso em: 01 mai. 2021.

OLIVEIRA, R.G. **Blackbook enfermagem**. Belo Horizonte : Blackbook editora, 2016, p. 202 – 205.

PAN, W. et al. Secondary alveolar bone grafting and iliac cancellous bone harvesting for patients with alveolar cleft. *The Journal of Craniofacial Surgery* (Internet). 2016. V. 27, n. 4, p. 883. Acesso em: 03 ago. 2020.

RIBEIRO, R.M.; TAVANO, L.D.; NEME, C.M.B. Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós-operatórios com pacientes submetidos à cirurgia de enxerto ósseo. **Rev. Estudos de Psicologia PUC – Campinas**. (Internet). 2002. V. 19, n. 3, p. 69. Acesso em: 03 ago. 2020.

ROCHA, J.F. et al. Enxerto ósseo mandibular, complicações associadas às áreas doadoras e receptoras, e sobrevivência de implantes dentários: um estudo retrospectivo. **Rev. Odontol UNESP**. 2015. v. 44. n. 6, p. 340-344. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1062>>. Acesso em: 08 dez 2019.

ROCHA, R. et al. Fissuras labiopalatinas – diagnóstico e tratamento contemporâneos. **Orthod. Sci. Pract.** (Internet). 2015. v. 8, n.32, p.3. Acesso em: 14 mar. 2021.

RODRIGUES, H.L.R. Incidência de fístula após palatoplastia à Von Langenbeck com veloplastia intravelar estendida. *Rev. Bras. Cir. Plast.* (Internet). 2015, p. 1. Disponível em: <<http://www.rbc.org.br/details/1687/pt-BR/incidencia-de-fistula-apos-palatoplastia-a-von-langenbeck-com-veloplastia-intravelar-estendida>> Acesso em: 21/02/2021

ROSA, W.L.O. et al. Efficacy of rhBMP-2 in cleft lip and palate defects: systematic review and meta-analysis. **Calcified Tissue International**. (Internet). 2018, p. 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00223-018-0486-1>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SALEEM, K. et al. Assessment of candidate genes and genetic heterogeneity in human non syndromic orofacial clefts specifically non syndromic cleft lip with or without palate. **Heliyon**. (Internet). 2019, p. 2. Acesso em: 14 mar. 2021.

SALMEN, F.S. et al. Enxerto ósseo para reconstrução óssea alveolar. Revisão de 166 casos. **Rev. Col. Bras. Cir.** (Internet). 2017, p. 33 e 34. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912017000100033&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912017000100033&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 21/02/2021.

SILVA, A.C.; CAMPOS, A.C.; MOREIRA, R.W.F. Análise das intercorrências e complicações em instalação de implantes dentais – um estudo retrospectivo. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** Camaragibe, 2010. v. 10. n. 4, p. 63-78.

SILVA, N.F. et al. Dúvidas de pacientes e cuidadores informais relativas aos cuidados pós-operatórios de enxerto ósseo alveolar. **Rev. Bras. Enferm.** (Internet). 2020. V. 73, n. 5, p. 2. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0403>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SILVA, R.C.L. et al. **Enfermeiro: teoria e dicas – questões de provas comentadas**. Rio de Janeiro: 2016. Cap. 10, p. 433, 434 e 450.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. **Rev. Hosp. Fac. Med.** São Paulo. (Internet) .1972. v. 27, n. 1, p. 5-6. Acesso em: 05 ago. 2020.

TRETTENE, A.S. et al. Doubts of caregivers of children with cleft lip and palate on postoperative care after cheiloplasty and palatoplasty. **Rev Esc Enferm USP.** (Internet). 2014.v.48, n.6, p. 994. Acesso em: 14 mar. 2021.

TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar.** São Paulo: Editora Santos, 2007. cap. 13, p. 239.

USA. **JOIN COMMISSION ON ACREDITATION ON HEALTHCARE ORGANIZATION (JCAHCO).** 1999. (Internet). Disponível em: <<https://www.jointcommission.org/measurement/measures/>>. Acesso em: 06/04/2021.

VIANA, D.L.; PETENUSSO, M. **Manual para realização do exame físico.** São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011, p. 14.

WEHBY, G.L. et al. Oral cleft prevention program (OCPP). **BMC Pediatrics.** (Internet). 2012, p. 2. Disponível em: <<http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23181832>>. Acesso em: 21/02/2021.



## APÊNDICES

Apêndice 1. Ficha individual do paciente (EOAS) – HRAC/USP – Instrumento para coleta de dados.

### FICHA INDIVIDUAL – PACIENTE HRAC ENXERTO ÓSSEO ALVEOLAR SECUNDÁRIO

- **T0 – PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO (24h anteriores ao procedimento)**

- Registros Pessoais:

- N. Prontuário \_\_\_\_\_
    - Iniciais do nome \_\_\_\_\_
    - Idade \_\_\_\_\_
    - Gênero \_\_\_\_\_
    - Etnia \_\_\_\_\_

- Admissão:

- Horário da admissão \_\_\_\_\_
    - Setor da admissão \_\_\_\_\_
    - Profissional responsável pela admissão \_\_\_\_\_
    - CID \_\_\_\_\_
    - Antecedentes pessoais/familiares \_\_\_\_\_

---



---



---



---

- Atendimento/Especialidades \_\_\_\_\_

---



---



---



---

- Exame físico (condições pré-operatórias) + SSVV na admissão \_\_\_\_\_

---



---



---



---

- Cuidados prestados pela equipe de enfermagem \_\_\_\_\_



- Complicações na enfermaria\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

- Prescrições Medicamentosas + Prof. Resp.\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

- Cuidados prestados (SAE) – enfermeiro\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

• **T2 – PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO (após 24h do enxerto até a alta hospitalar)**

- Horário\_\_\_\_\_

- Atendimento/Especialidades\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

- Cuidados prestados pela equipe de enfermagem\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Complicações na enfermaria \_\_\_\_\_

---

---

---

---

- Prescrições Medicamentosas + Prof. Resp. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

- Cuidados prestados (SAE) – enfermeiro \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Horário da alta + orientações + Prof. Resp. \_\_\_\_\_

---

---

---

---