

Vídeo educativo: estratégia de treinamento para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina

Educational video: a training strategy for caregivers of children with cleft lip and palate

Ana Paula Ribeiro Razera¹

Armando dos Santos Trettene¹

Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini¹

Flavia Maria Ravagnani Neves Cintra¹

Maria de Lourdes Merighi Tabaquim¹

Descritores

Educação em enfermagem; Cuidados de enfermagem; Enfermagem perioperatória; Cuidadores; Recursos audiovisuais; Capacitação

Keywords

Education, nursing; Nursing care; Perioperative nursing; Caregivers; Audiovisual aids; Training

Submetido

3 de Maio de 2016

Aceito

29 de Agosto de 2016

Autor correspondente

Ana Paula Ribeiro Razera
Rua Silvio Marchione, 3-20,
17012-900, Bauru, SP, Brasil.
anapaularazera@usp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600059>

Resumo

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

Métodos: Ensaio clínico randomizado, realizado com 80 cuidadores de crianças com fissura labiopalatina, dispostos em dois grupos: experimental (G1) e controle (G2). A coleta de dados ocorreu durante o período de hospitalização da criança, em três etapas, utilizando um questionário estruturado e um vídeo educativo construído e validado para o presente estudo.

Resultados: Foi evidenciada melhora na aquisição de conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios em ambos os grupos ($p < 0,001$), porém, foi maior o G1 em comparação a G2.

Conclusão: O vídeo educativo mostrou-se eficaz no treinamento de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina em situação pós-operatória de queiloplastia e palatoplastia.

Abstract

Objective: To check the knowledge informal caregivers of children with cleft lip and palate acquire about the postoperative care of cheiloplasty and palatoplasty through the use of an educational video.

Methods: Randomized clinical trial conducted with 80 caregivers of children with cleft lip and palate, arranged into two groups: experimental (G1) and control (G2). Data collection occurred during the child's hospital stay, in three stages, using a structured questionnaire and an educational video developed and validated for this study.

Results: There was evidence of improvement in the acquisition of knowledge about postoperative care in both groups ($p < 0.001$), but it was higher in G1 compared to G2.

Conclusion: The educational video was shown to be effective to train caregivers of children with cleft lip and palate after cheiloplasty and palatoplasty.



¹Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

As fissuras labiais, associadas ou não às fissuras palatinas, são deformidades congênitas caracterizadas pela ausência de continuidade das estruturas centrais faciais e processos palatinos, que podem acarretar alterações funcionais e estéticas, além de transtornos psicológicos.^(1,2)

O processo de reabilitação de pacientes com fissuras labiopalatinas inicia-se com as cirurgias plásticas primárias denominadas de queiloplastia e palatoplastia, sendo realizadas nos primeiros meses e anos de vida, respectivamente. A queiloplastia consiste na cirurgia reconstrutora da fissura labial, e a palatoplastia na reconstrução da fissura palatina.⁽³⁾

No período pós-operatório, os pais são orientados pela equipe de enfermagem sobre os cuidados, de acordo com a cirurgia realizada, incluindo: observação do estado geral; controle de sangramento, edema, hematomas e cicatrização; imobilização da articulação úmero-radial; limpeza da ferida cirúrgica; oferecimento de dieta líquida e bochechos com antissépticos.⁽⁴⁾ A conscientização dos pais ou cuidadores sobre a importância desses cuidados influencia positivamente no processo reabilitador.⁽⁵⁻⁷⁾

Desse modo, a função educativa do enfermeiro deve ser enfatizada por meio da promoção de esclarecimentos e de uma comunicação adequada, com a necessidade de atender às demandas de informações dos pais ou responsáveis sobre os procedimentos cirúrgicos para favorecer adaptações às situações clínicas, atenuar ansiedades frente aos procedimentos dolorosos, promover o autocuidado, modificar hábitos de risco ou promover a adesão aos tratamentos de curto e longo prazo.⁽⁸⁾

Formas interativas de educação em saúde têm sido apontadas como produtivas no processo de ensino-aprendizagem por utilizarem métodos de coordenação eficazes, divulgação dos avanços relacionados à assistência em diferentes especialidades e profissões, englobando recursos de informação e comunicação, incluindo o desenvolvimento de materiais elaborados com a finalidade de subsidiar essa interação.⁽⁹⁾

A utilização de materiais educativos por cuidadores, para obtenção de informações pertinentes, estabelece um padrão de aquisições capazes de reverter em ações adaptativas benéficas para a criança

com fissura labiopalatina, possibilitando condições favoráveis de prevenção de riscos e complicações durante o período pós-operatório. No entanto, deve-se zelar pela qualidade do material, assim como as ferramentas de avaliação.⁽¹⁰⁾

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

Métodos

Ensaio clínico randomizado, realizado em um hospital especializado no atendimento de crianças com fissuras labiopalatinas e anomalias craniofaciais, entre os meses de agosto e outubro de 2014.

A amostra constou de 80 cuidadores informais que acompanhavam crianças com fissura labiopalatina isolada submetidas às cirurgias primárias de queiloplastia e/ou palatoplastia, compondo dois grupos (G1 e G2), sendo o G1, o grupo experimental o qual participou do treinamento sobre os cuidados pós-operatórios proposto no estudo e aplicado pela pesquisadora com o emprego do recurso audiovisual elaborado e validado para essa pesquisa; e o G2, o grupo controle, que também recebeu orientações pós-operatórias, porém, realizadas por enfermeiros na rotina da Instituição hospitalar participante.

Para determinação da amostra, realizou-se um estudo piloto no qual foram incluídos 20 participantes. Baseando-se nesse estudo, constatou-se no G1 uma melhora de 35%, e no G2 uma melhora em torno de 10%, para um poder do teste de 80% e um alfa de 5%, estimando-se 40 cuidadores por grupo. A confecção dos grupos aconteceu a partir do mapa cirúrgico, onde as crianças que se enquadravam nos critérios de inclusão foram numeradas consecutivamente, e, a partir de uma tabela de números aleatórios, ocorreu à randomização dos grupos. Assim, a amostra constou, ao acaso, de 40 cuidadores do grupo experimental e 40 cuidadores do grupo controle. Foram excluídos os cuidadores de crianças com comprometimento neuropsicomo-

tor, síndromes genéticas e outras malformações ou comorbidades, por necessitarem de cuidados especiais.

A coleta de dados ocorreu durante o período de hospitalização das crianças na fase perioperatória das cirurgias primárias, e compreendeu três etapas:

- 1. Pré-treinamento: as entrevistas ocorreram no período transoperatório, momento em que as crianças estavam sendo submetidas ao procedimento cirúrgico, sendo aplicado um questionário estruturado contendo questões referentes à caracterização da amostra e identificação das informações sobre cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia. Na caracterização dos participantes buscou-se identificar, em relação às crianças: a idade, tipo de fissura e procedimento cirúrgico. Em relação ao cuidador: a idade, número de filhos, classificação socioeconômica, estado civil e grau de familiaridade com a criança. Para a identificação das informações sobre os cuidados pós-operatórios, o questionário constou de cinco categorias: a) Cuidados gerais: relacionados ao posicionamento da criança no colo do cuidador, permissão de sucção dos dedos e/ou chupeta, colocação da mão da criança na boca, cuidados no dormitório, brinquedos e brincadeiras, exposição solar e período que esses cuidados deverão ser dispensados no pós-operatório; b) Alimentação: relacionada à consistência e temperatura do alimento, utensílios mais indicados e período de oferta desta alimentação no pós-operatório; c) Higienização e cicatrização cirúrgica: relacionada à retirada ou não dos pontos cirúrgicos, higiene bucal e cirúrgica e frequência diária desta higienização; d) Intercorrências no local cirúrgico: sangramento, traumatismos, ferimentos, dificuldade respiratória, infecção no local, febre e dor que poderão acontecer no domicílio; e) Estado comportamental: comportamento do cuidador com a criança no cuidado dispensado e no humor consequente da dedicação na tarefa. O instrumento foi construído para o presente estudo, sendo testado previamente

te (estudo piloto), além de ser adequado quanto aos procedimentos de aplicação, de vernáculo e propósito.

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

Para construção do vídeo educativo foram utilizadas as etapas preconizadas na literatura,⁽¹¹⁾ incluindo o planejamento, a seleção adequada de imagens, produção de textos de fácil entendimento, elaboração de um roteiro com rigor metodológico, assim como a combinação da criatividade de transformar o desafio da transmissão da linguagem técnico-científica em mensagem adequada ao público-alvo. A validação foi realizada quanto ao Conteúdo. Para tal, utilizou-se a avaliação por juízes de distintas áreas, que incluíram: Enfermagem, Comunicação em Saúde e Comunicação Visual.^(12,13) Participaram seis juízes que possuíam domínio dos pressupostos teóricos e de análise dos constructos de confiabilidade relacionados ao instrumento, e que atenderam

ao critério de inclusão, ou seja, possuir dez anos ou mais de experiência em suas áreas de atuação ou título mínimo de especialista. Os critérios analisados incluíram: familiaridade, plausibilidade e clareza linguística.

Optou-se por utilizar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), para avaliar os itens separadamente.⁽¹⁴⁾ O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens pelos juízes, permitindo a identificação da pontuação geral e a classificação de adequação do produto. Para avaliar o material como um todo, utilizou-se o critério de percentual de concordância, que foi obtido ao se dividir o número total de itens considerados como relevantes pelos juízes, pelo número total de itens. Considerou-se um percentual de concordância mínimo de 90%.⁽¹²⁾ Neste estudo, o percentual de concordância foi de 98%.

Após a sua finalização, o vídeo educativo foi gravado em DVD e apresentado à equipe de enfermagem da Instituição participante para que pudessem validar as suas orientações, e posteriormente foi disponibilizado para os pais e cuidadores das crianças com fissura labiopalatina em situação pós-operatória de queiloplastia e palatoplastia. O acesso ao vídeo foi disponibilizado somente para os participantes, retribuindo em parte, a colaboração prestada no estudo.

- 3. Pós-treinamento: em seguida aos treinamentos de orientação, foi reaplicado o questionário estruturado sobre as orientações fornecidas, em ambos os grupos, visando à identificação do padrão de informação adquirido sobre os cuidados pós-operatórios.

Para análise da identificação do padrão de informação sobre os cuidados pós-operatórios nos períodos pré e pós-treinamento do G1 e G2 utilizou-se o Teste de *Wilcoxon*. A comparação entre os grupos no pré-treinamento e na diferença de acertos foi realizada por meio do Teste de *Mann-Whitney*, e para comparação do padrão de informação sobre cada item relacionado nos períodos pré e pós-treinamento do G1 e G2 aplicou-se o Teste de *McNemar*. Para todos os testes adotou-se um nível de significância de 5%.

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 09750212.8.0000.5441.

Resultados

A amostra foi composta por 80 cuidadores, distribuídos em 40 cuidadores no G1 e 40 cuidadores no G2. Constatou-se homogeneidade não programada na distribuição de participantes cuidadores nos grupos G1 e G2. Essa condição evidenciou que o uso da tabela de números aleatórios foi um procedimento eficaz, considerando que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Houve predomínio das mães (97,5%), idade média de 28,4 anos ($\pm 6,2$), com média de 2 filhos ($\pm 1,1$), casadas (47,5%), com ensino médio (46,3%) e classificação socioeconômica baixa (78,8%). Em relação às crianças, quanto ao gênero, prevaleceu o feminino (52%), com faixa etária média de 10,8 meses ($\pm 8,6$). Quanto ao tipo de fissura, 20% possuíam fissura de lábio, 40% fissura de palato isolada e 40% fissura de lábio e palato, onde 32,5% foram submetidas à queiloplastia, 40% à palatoplastia e 27,5% às cirurgias de queiloplastia e palatoplastia.

Para a identificação do padrão de informação dos cuidadores sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias, observou-se no pré-treinamento uma condição de semelhança no padrão de informação inicial dos cuidadores entre os grupos. Porém, no incremento de acertos, o G1 apresentou maior aquisição de conhecimento após a intervenção com o vídeo educativo, quando comparado ao G2 (Tabela 1).

Referente ao padrão de informação dos cuidadores sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias antes e após o treinamento observou-se que ambos os grupos tiveram seus conhecimentos melhorados nas variáveis referentes aos cuidados pós-operatórios no pós-treinamento, seja após as orientações da equipe de enfermagem da Instituição ou da intervenção com o vídeo educativo. Esses dados foram apresentados de acordo com a média, porcentagem e desvio padrão em G1 e G2 antes e após o treinamento, bem como seus respectivos valores de *p-value*, onde se evidenciou resultados estatisticamente significantes (Tabela 2).

Analisando os itens individualmente referentes aos cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias no G1, observou-se que, das cinco variáveis abor-

Tabela 1. Comparação entre os grupos G1 e G2 no pré-treinamento e na diferença de acertos sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias

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

*Teste de Mann-Whitney

Tabela 2. Identificação do padrão de informação sobre os cuidados pós-operatórios nos períodos pré e pós-treinamento dos grupos G1 e G2

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

*Teste de Wilcoxon

dadas, quatro apresentaram diferença estatisticamente significativa, onde apenas no item da variável “alimentação”, sobre utensílios mais indicados para a oferta da alimentação da criança após o procedimento cirúrgico, não houve diferença significativa. Notou-se, porém, que 36 cuidadores já conheciam essa informação, e que apenas quatro cuidadores obtiveram incremento desta informação após a intervenção com o vídeo educativo (Tabela 3).

Na análise do padrão de informação dos cuidados pós-operatórios do G2 sobre cada item das variáveis, não se observou diferença significativa em seis itens (Tabela 3). No que concerne aos “cuidados gerais” sobre colocação da mão da criança na boca e sucção dos dedos/chupeta, sete cuidadores responderam corretamente a questão após o treinamento. No entanto, seis cuidadores não souberam responder esse questionamen-

to. Quanto ao uso dos braceletes na articulação do cotovelo para impedir a realização da flexão e para não comprometer a reabilitação pós-operatória ou levar à ruptura dos pontos cirúrgicos, seis cuidadores obtiveram aumento desta informação após o treinamento com a equipe de enfermagem da Instituição.

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

Tabela 3. Comparação do padrão de informação sobre cada item relacionado nos períodos pré e pós-treinamento dos grupos G1 e G2

Variáveis	G1 (n)					G2 (n)				
	Sim/Sim	Sim/Não	Não/Sim	Não/Não	p-value*	Sim/Sim	Sim/Não	Não/Sim	Não/Não	p-value*
Cuidados gerais										
Posicionamento da criança no colo	2	0	34	4	<0,001	5	0	21	14	<0,001
Sucção do dedo/chupeta	27	0	9	4	0,008	24	3	7	6	0,343
Uso de braceletes	31	0	9	0	0,008	33	1	6	0	0,131
Cuidados no dormitório	1	0	38	1	<0,001	3	0	15	22	<0,001
Brinquedos e brincadeiras	4	0	29	7	<0,001	2	0	17	21	<0,001
Exposição solar	7	0	27	6	<0,001	10	0	12	18	0,001
Tempo de cuidados	29	0	11	0	0,003	31	0	8	1	0,013
Alimentação										
Consistência	33	0	7	0	0,023	36	0	4	0	0,134
Temperatura	25	0	13	2	<0,001	24	0	15	1	<0,001
Utensílio indicado	36	0	4	0	0,134	35	0	4	1	0,134
Período de oferta	27	0	13	0	0,001	24	0	15	1	0,001
Higienização e cicatrização										
Pontos cirúrgicos	24	0	15	1	<0,001	26	1	13	0	0,003
Higienização bucal	32	0	8	0	0,013	30	4	6	0	0,752
Higienização cirúrgica	6	0	32	2	<0,001	7	0	29	4	<0,001
Frequência da higienização	7	23	2	8	<0,001	5	1	15	19	0,001
Intercorrências no local cirúrgico	32	0	7	1	0,023	27	0	13	0	0,001
Estado comportamental	1	0	24	15	<0,001	1	0	0	39	-

*Teste de McNemar

Em relação ao “estado comportamental do cuidador”, não houve diferença significativa nesta variável do pré para o pós-treinamento devido à falta de orientação da equipe de enfermagem quanto a este aspecto, onde 39 cuidadores não souberam responder qual o comportamento que a mãe deveria ter com a criança no período pós-operatório, no pós-treinamento.

Discussão

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

as relacionadas à telenfermagem, realização de aulas por videoconferência, treinamentos e aperfeiçoamentos referentes aos cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia.

Neste estudo, verificou-se que o grupo que utilizou o vídeo educativo como proposta de ensino apresentou melhor aquisição de conhecimento em relação às informações obtidas sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias de queiloplastia e palatoplastia, em comparação ao grupo controle, apontando a eficácia do mesmo para essa finalidade.

A aprendizagem baseada em recursos audiovisuais é apontada como importante ferramenta de ensino na enfermagem, por contribuir na qualidade da assistência, com ênfase para o treinamento de pacientes e cuidadores, além de constar de veículo de divulgação dos avanços nos cuidados.^(8,15,16)

Com base nos dados de caracterização dos cuidadores, observou-se predomínio das mães, corroborando as outras investigações.^(4,17,18) A presença da mãe durante a internação tem sido associada ao menor estresse da criança. Soma-se a isso, o fato da mãe, principal cuidadora, receber treinamento sobre os cuidados, garantindo a continuidade dos mesmos após a alta hospitalar.^(4,17,19)

Observou-se, em relação à idade dos cuidadores, que a média foi de 28 anos, portanto, jovens. No contexto do aprendizado necessário aos cuidados pós-operatórios, jovens apresentam maior disponibilidade para aprender. Evidencia-se a utilização do vídeo educativo como estratégia de ensino, por se tratar de método bastante atrativo a esse público.^(20,21)

No que diz respeito ao número de filhos, a maioria referiu possuir dois, e, quanto ao estado civil, observou-se predomínio da união estável. É consenso que crianças com fissura labiopalatina cujas famílias são estruturadas apresentam melhores resultados em relação ao processo reabilitador, considerando que os cuidados e responsabilidades são divididos entre os pais.^(4,17)

Em relação à escolaridade dos cuidadores, observou-se predomínio do ensino médio. A escolaridade está relacionada à capacidade de aprendizado, necessária para a aquisição das habilidades referentes aos cuidados pós-operatórios e ao acesso às informações, assim como a qualidade das mesmas.⁽⁴⁾ Quanto à classificação socioeconômica, observou-se predomínio da classe baixa, corroborando a literatura.^(4,17,18)

No que concerne ao gênero das crianças, verificou-se o predomínio do feminino. Sobre a classificação da fissura, observou-se equidade entre as labiopalatinas e de palato. A literatura aponta prevalência das fissuras labiais e labiopalatinas no gênero masculino, enquanto as palatinas são prevalentes no gênero feminino.⁽¹⁾ A média de idade das crianças foi de 10 meses. A idade ideal para a realização da queiloplastia e da palatoplastia não é consenso; no entanto, bons resultados, principalmente em relação à qualidade da fala, têm sido evidenciados nos casos cuja correção cirúrgica aconteceu antes dos 12 meses de idade.⁽²²⁾ De acordo com o protocolo da Instituição, a queiloplastia é realizada aos 3 meses de idade, enquanto a palatoplastia, ocorre entre 10 e 12 meses. Nas crianças com fissura labiopalatina unilateral, tem sido realizada concomitantemente a queiloplastia e a palatoplastia a partir dos 3 meses de vida.⁽¹⁷⁾ A estratificação de protocolos tem sido apontada como importante indicador de qualidade referente ao processo reabilitador de

pacientes com fissuras labiopalatinas, fato esse evidenciado no presente estudo, relacionado à realização das cirurgias, demonstrando conformidade a essa recomendação.⁽²⁾

Em relação aos cuidados de enfermagem referentes ao pós-operatório das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia, evidenciou-se que ambos os grupos apresentaram similaridade entre os acertos no pré-treinamento, e, após o treinamento, evidenciou-se maior aquisição de conhecimento, denotando que conseguiram reter informações.⁽²³⁾ Porém, no grupo que recebeu a intervenção por meio do vídeo educativo, observou-se que o aprendizado foi significativamente maior, evidenciando sua importância como instrumento de treinamento.

O primeiro item do vídeo educativo referiu-se aos cuidados gerais, que incluíram o posicionamento da criança no colo do cuidador, sucção dos dedos e/ou chupeta, colocação da mão da criança na boca, cuidados no dormitório, brinquedos e brincadeiras, exposição solar e período que esses cuidados devem ser dispensados no pós-operatório. Esses cuidados se relacionam à manutenção da integridade da ferida operatória e prevenção de complicações, em especial o sangramento.⁽⁴⁾

O lábio e o palato são áreas extremamente irrigadas, e traumas nessas regiões, que já se encontram sensibilizados pelo ato cirúrgico, podem gerar sangramentos. A exposição solar deve ser evitada, em especial nos horários onde a radiação é maior, por interferirem qualitativamente na cicatrização cirúrgica, principalmente nas cirurgias de lábio. Soma-se, ainda, o fato do calor promover vasodilatação, podendo ocasionar sangramento. O período estipulado para esses cuidados é de 30 dias.⁽⁴⁾

Observou-se, no item alimentação, que, em ambos os grupos, os cuidadores possuíam previamente conhecimento satisfatório. Associa-se esse resultado ao fato da alimentação representar a principal preocupação dos pais e cuidadores de crianças com fissura labiopalatina, desde o momento do diagnóstico, estendendo-se ao pós-operatório, devido ao acometimento da cavidade oral.^(4,17,24,25) Essa preocupação desperta nos pais a necessidade de buscar informação sobre esse cuidado, o que justificaria o

conhecimento adequado previamente estabelecido. A alimentação deve ser líquida e fria e ofertada por copo ou colher, uma vez que utensílios de sucção, como mamadeiras e canudos, são proibidos. Esses cuidados também visam à manutenção da integridade da ferida operatória e promoção do processo cicatricial.^(4,17)

Quanto à higienização da ferida operatória, na cirurgia de queiloplastia deve ser realizada com auxílio de cotonetes embebidos em soro fisiológico ou água filtrada, enquanto na palatoplastia, ao término da oferta de alimentos, deve ser ofertada água visando a limpar a ferida operatória. Em ambas as cirurgias, a higiene oral deve ser realizada metodicamente. Essas intervenções estão diretamente relacionadas à prevenção de infecções. Os pontos cirúrgicos na queiloplastia devem ser retirados após sete e dez dias, enquanto os utilizados na palatoplastia caem por si só, quando não absorvíveis.⁽¹⁸⁾

Em casos de intercorrências cirúrgicas, como sangramentos, traumatismos, ferimentos, dificuldade respiratória, infecção no local, febre e dor, as crianças devem ser encaminhadas de imediato para avaliação médica no local onde se encontram. Posteriormente, após a criança estar estabilizada, o fato deverá ser informado à Instituição para procedimentos cabíveis.^(4,26)

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

A efetividade da intervenção educativa foi evidenciada por aumento da média de acertos, com diferença estatística significativa, evidenciando a consistência do instrumento empregado para medir a comparação dos resultados. Esses achados corroboram outros estudos que avaliaram efetividade de programas educativos, por ser uma tecnologia favorável para o processo ensino-aprendizagem, contribuindo na compreensão e entendimento dos cuidados, uma vez que induz a motivação, a curiosidade, e estimula a participação do cuidador nos cuidados.^(27,28)

Conclusão

Neste estudo, verificou-se que o G1 apresentou melhor desempenho em relação ao nível de informação obtida sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias primárias de queiloplastia e palatoplastia após o treinamento em comparação ao G2, ou seja, os cuidadores apresentaram mudanças na aquisição de conhecimento sobre o cuidado de crianças com fissura labiopalatina em situação pós-operatória de cirurgias primárias após o treinamento com o vídeo educativo, evidenciando a sua eficácia como recurso educativo de treinamento a cuidadores informais, em contingências hospitalares.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) a bolsa de doutorado para Razera APR) e por seu apoio no desenvolvimento da pesquisa.

Colaborações

Razera APR contribuiu com a concepção do projeto, execução da pesquisa, interpretação dos dados e redação do artigo. Trettene AS, Mondini CCSD e Cintra FMR colaboraram com a análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual. Tabaquim MLM colaborou com a concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Paranaíba LM, Miranda RT, Ribeiro LA, Barros LM, Martelli Junior H. Frequency of congenital craniofacial malformations in a Brazilian Reference Center. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(1):1511-60.
2. Freitas JA, Neves LT, Almeida AL, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RY, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the hospital for rehabilitation of craniofacial anomalies/USP (HRAC/USP) - Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci*. 2012; 20(1):9-15.
3. Gongorjav NA, Luvsandorj D, Nyanrag P, Garidhuu A, Sarah EG. Cleft palate repair in Mongolia: modified palatoplasty vs. conventional technique. *Ann Maxillofac Surg*. 2012; 2(2):131-5.
4. Trettene AS, Razera AP, Maximiano TO, Luiz AG, Dalben GS, Gomide MR. Concerns of caregivers of children with cleft lip and palate on the postoperative care of lip repair and palatoplasty. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(6):993-8.
5. Augsornwan D, Pikhunthod K, Pongpagatip S, Surakunprapha P. Nursing outcome in patients with cleft lip and palate who underwent operation: follow-up cases. *J Med Assoc Thai*. 2012; 95(Suppl 11):116-20.
6. Pongpagatip S, Pradubwong S, Jenwitheesuk K, Chowchuen B. Knowledge and satisfaction of caregivers of patients with cleft lip-palate at the Tawanchai Cleft Center. *Plast Surg Nurs*. 2012; 32(4):165-70.
7. Pradubwong S, Augsornwan D, Pathumwiwathana P, Prathanee B, Chowchuen B. Empowering volunteers at Tawanchai Centre for patients with cleft lip and palate. *J Med Assoc Thai*. 2015; 98(Suppl 7):47-53.
8. Razera AP, Buetto LS, Lenza NF, Sonobe, HM. Video educational: teaching-learning strategy for patients chemotherapy treatment. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014; 13(1):173-78.
9. Paige JT, Garbee DD, Brown KM, Rojas JD. Using simulation in interprofessional education. *Surg Clin North Am*. 2015; 95(4):751-66.
10. Augsornwan D, Pattangtanang P, Surakunprapha P. Development of information system for patients with cleft lip and palate undergoing operation. *J Med Assoc Thai*. 2015; 98 (Suppl 7):151-7.
11. Falkemback GA. [Conception and development of digital educational material]. *RENOTE*. 2005; 3(1):1-15.
12. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003; 27(2):94-100.
13. Alexandre MC, Coluci MZ. [Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments]. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3061-8.
14. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Rev Nurs Health*. 2006; 29(5):489-97.
15. Paige JT, Garbee DD, Brown KM, Rojas JD. Using Simulation in Interprofessional Education. *Surg Clin North Am*. 2015; 95(4):751-66.
16. Liaw SY, Wong LF, Chan SW, Ho JT, Mordiffi SZ, Ang SB, et al. Designing and evaluating an interactive multimedia Web-based simulation for developing nurses' competencies in acute nursing care: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2015; 17(1):e5.
17. Trettene AS, Mondini CC, Marques, IL. Feeding children in the immediate perioperative period after palatoplasty: a comparison between techniques using a cup and a spoon. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(3):1298-304.
18. Trettene AS, Luiz AG, Razera AP, Maximiano TO, Cintra FM, Monteiro LM. Nursing workload in specialized Semi-intensive Therapy Unit: workforce size criteria. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(6):960-6.
19. Tabaquim ML, Marquesini MA. Study of the stress of parents of patients with cleft lip and palate in a surgical process. *Estud Psicol (Campinas)*. 2013; 30(4):517-24.
20. Liaw SY, Wong LF, Chan SW, Ho JT, Mordiffi SZ, Ang SB, et al. Designing and evaluating an interactive multimedia Web-based simulation for developing nurses' competencies in acute nursing care: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2015; 17(1):e5.
21. Logsdon MC, Davis D, Eckert D, Smith F, Stikes R, Rushton J, et al. feasibility of two educational methods for teaching new mothers: a pilot study. *Interact J Med Res*. 2015; 4(4):e20.
22. Palandi BB, Guedes ZC. [Aspects of speech of subjects with cleft palate corrected in different ages]. *Rev CEFAC*. 2011; 13(1):8-16. Portuguese.
23. Vanz AP, Ribeiro NR. Listening to the mother of individual with oral fissures. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):596-602.
24. Lindberg N, Berglund AL. Mothers' experiences of feeding babies born with cleft lip and palate. *Scand J Caring Sci*. 2014; 28(1):66-73.
25. Martin V, Greatrex-White S. An evaluation of factors influencing feeding in babies with a cleft palate with and without a cleft lip. *J Child Health Care*. 2014; 18(1):72-83.
26. Riratanapong S, Sroihiin W, Kotepat K, Volrathongchai K. Nursing care system development for patients with cleft lip-palate and craniofacial deformities in operating room Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2013; 96(4):44-8.
27. Mendoza IY, Peniche AD. Educational intervention regarding hypothermia: a teaching strategy for education in the Surgery Department. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(4):849-55.
28. Sousa CS, Bispo DM, Cunha AL, Siqueira IL. Educational intervention on malignant hyperthermia with nursing professionals of the operating room. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(2):292-97.