

## ANOMALIA PIERRE ROBIN – CUIDADOS

Maria Irene Bachega<sup>1</sup>  
 Lilian Regina Leandro<sup>2</sup>  
 Wilza Carla Spiri<sup>3</sup>  
 José Alberto de Souza Freitas<sup>4</sup>

---

BACHEGA, M.I. et alii. Anomalia Pierre Robin – cuidados. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 306-318, jul./dez. 1985.

---

**RESUMO.** A anomalia de Pierre Robin, ocupa papel relevante nas ações de saúde do Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (HPRLLP), pelas suas características peculiares (micrognatia, glossoptose, palato hiperarquado ou fissurado, língua ocupando posição retráda), ocasionando cianose, tiragem, opistotomo e pneumonias de aspiração, exigindo, portanto, cuidados médicos e de enfermagem específicos. Dentre as malformações associadas a fissura lábio-palatal, a anomalia de Pierre Robin é a que apresenta maior frequência, exigindo maiores cuidados, daí a importância de podermos relatar a Pesquisa realizada em nosso serviço, fornecendo aos profissionais de saúde, subsídios para que possam delinear uma abordagem eficaz, orientando os cuidados referentes ao posicionamento da criança, técnica de alimentação, e assistência pré e pós-operatória.

**ABSTRACT.** The Pierre Robin anomaly has a prominent role in the health care of the Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (HPRLLP) because of its peculiar characteristic (micrognathia, glossoptosis, overarched or cleft palate, backward positioning of the tongue) causing cyanosis, retraction, opisthotomus, pneumonia due to aspiration, this demanding specific medical and nursing care. Among the malformations related to the cleft lip and palate, the Pierre Robin anomaly is the one that shows the greatest frequency, demanding more accurate care, hence the importance of our report on the research performed in our services, so that we can supply the health professionals with help to outline an effective approach, to guide the care related to the positioning of the child, feeding technique and pre and postoperative care.

---

## INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A anomalia de Pierre Robin ocupa papel relevante nas ações de saúde no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (HPRLLP) da Universidade de São Paulo, Bauru-SP.

OELONOMOPOULOS<sup>6</sup>, descreve que a síndrome de Pierre Robin é congênita, caracterizada

por hipoplasia mandibular, glossoptose, fissura palatal, cianose, retrações do esterno e ainda dificuldade alimentar. Por sua vez MALLORY & PARADISE<sup>5</sup> determinam que a alteração clínica que a síndrome de Pierre Robin determina é caracterizada por asfixia, inanição, cor pulmonale e insuficiência cardíaca congestiva. No entanto, SMITH<sup>7</sup> afirma como hipoplasia de área mandibular,

---

<sup>1</sup> Enfermeira Supervisora do Serviço de Enfermagem do HPRLLP, Bauru – SP. COREN – SP 14.665

<sup>2</sup> Enfermeira da Central de Saúde Pública do HPRLLP, Bauru – SP. COREN – SP 25.268

<sup>3</sup> Enfermeira do Centro Cirúrgico do HPRLLP, Bauru – SP. COREN – SP 21.809

<sup>4</sup> Professor Adjunto – Diretor Superintendente do HPRLLP, Bauru – SP.

provocando micrognatia, glossoptose e fissura palatina (FIGURA 1).

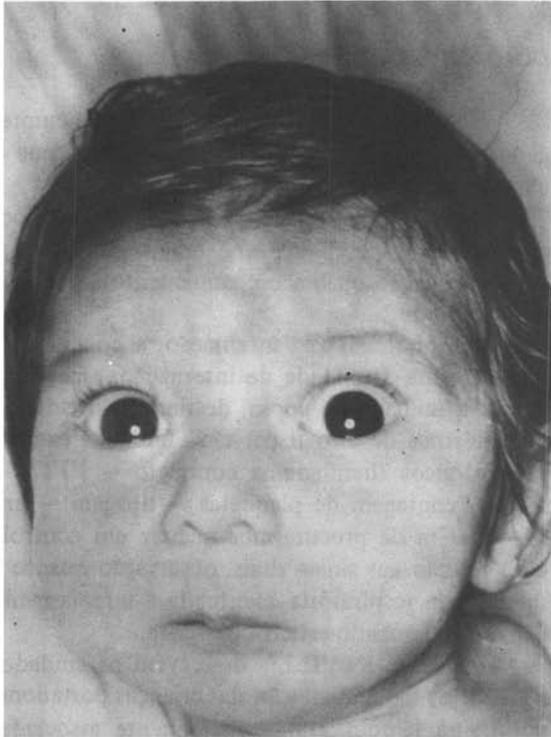


Figura 1A



Figura 1B

Quanto a sua incidência, LLAURADÓ et alii<sup>4</sup> afirmam uma prevalência de 1/30.000. Isto indica que para cada 30.000 recém-nascidos, 1 é portador dessa anomalia. No entanto, segundo FREITAS<sup>2</sup>, para a população fissurada do Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, essa taxa atinge uma porcentagem de 1%, ou seja, para cada grupo de 100 pacientes, 1 possui os sinais e sintomas da anomalia de Pierre Robin.

A partir desses dados, podemos relatar que a anomalia de Pierre Robin, exige maiores cuidados, daí a importância de podermos relatar a experiência adquirida em nosso serviço, fornecendo aos profissionais de saúde, subsídios para que possam delinear uma abordagem terapêutica eficaz à criança portadora de micrognatia, associada à fissura palatal ou palato em ogiva.

Nestes termos, é necessário o desenvolvimento da pesquisa, dando ênfase e salientando as orientações referentes ao posicionamento da criança, técnica de alimentação adequada e assistência de enfermagem na cirurgia "glossopexia"

Ainda podemos relatar que o prognóstico de tal anomalia é variável dependendo muito do comprometimento respiratório e alimentar das crianças. Segundo SMITH<sup>7</sup>, a Instituição tem por base determinar a hospitalização nos seguintes casos:

- em que há comprometimento respiratório e dificuldade alimentar acentuada;
- em que há processo infeccioso envolvendo o sistema respiratório, causando pela imaturidade da maxila inferior e ainda reflexo de deglutição não satisfatório.

Porém, nos casos em que não apresentam as características acima descritas, a família receberá orientação quanto à técnica alimentar e posicionamento da criança ao receber alimentação e/ou dormir.

#### TRATAMENTO POSTURAL

É realizada nas formas leves ou como suporte ao tratamento cirúrgico. Tal terapia foi convencionalizada pelo Hospital, sendo adotado o "berço experimental" (FIGURA 2), baseado na experiência EDWARDS<sup>1</sup>, onde a criança é colocada em posição Tredelemburg — posição ventral, impedindo completamente ou parcialmente a crise de dispnéia.

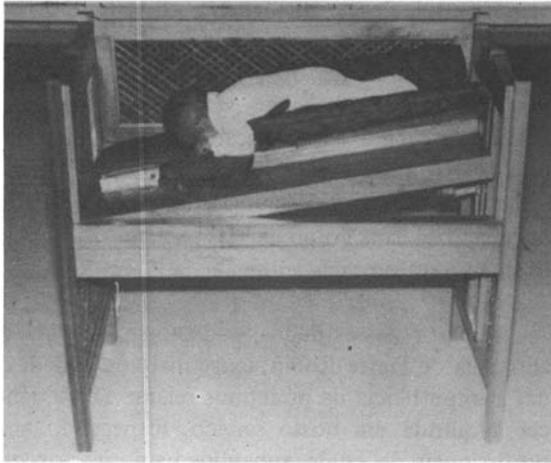


Figura 2

## TRATAMENTO CLÍNICO

A criança é submetida a tratamento médico-hospitalar, objetivando sanar o comprometimento patológico e ainda receber atendimento de enfermagem.

## TRATAMENTO CIRÚRGICO

Vários são os procedimentos cirúrgicos. LLAURADÓ et alii<sup>4</sup> englobam dois procedimentos: transfixação lingual e fixação cruenta lábio-lingual, apresentando uma casuística de cinquenta e nove casos clínicos portadores da anomalia de Pierre Robin. No entanto, LAPICOT & BEN-HUR<sup>3</sup> relatam métodos de fixação da base da língua, com a finalidade de diminuir a razão de morbidade e mortalidade em crianças portadoras da anomalia de Pierre Robin, porém o Hospital adota a glossopexia, que consiste na fixação da língua ao lábio inferior.

Os pacientes são levados à cirurgia sob anestesia geral inalatória, na maioria das vezes com intubação oro-naso-traqueais, isto devido à dificuldade técnica de visualização da epligote nesse procedimento, dificultando o posicionamento da cânula na traquéia.

O paciente é induzido com quetamina nas dosagens correspondente ao peso corpóreo e a manutenção efetuada apenas com catéter nasal e flutane procurando adotar a posição lateralizada com discreta hiperextensão cervical anterior.

A técnica cirúrgica utilizada no serviço é a simples adesão da base da língua à musculatura do lábio inferior.

A fixação da língua ao lábio inferior é manti-

da de acordo com a evolução de cada caso e dependerá do desenvolvimento da mandíbula e diminuição dos problemas respiratórios.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem a serem empregados têm início a partir do momento em que o cliente é matriculado no HPRLLP.

Ao ser avaliado pelo serviço de diagnóstico, cirurgião plástico, pediatra e enfermeira, define-se a internação ou o acompanhamento ambulatorial do cliente.

Ao optarmos pela internação, a criança será encaminhada a unidade de internação, especificamente a unidade de apoio, destinado ao cuidado de pacientes de alto risco, são efetuados exames pré-cirúrgicos (hemograma completo – PTTA – TAP – contagem de plaquetas – tipagem – urina I); além de procurarmos manter um controle com relação aos sinais vitais, observação quanto a dificuldade respiratória acentuada e terapia medicamentosa, quando esta for prescrita.

WOOD & KEVILL<sup>8</sup> descrevem os cuidados necessários na alimentação das crianças portadoras de fissura lábio-palatal, especialmente associadas à micrognatia e glossoptose, características essas da anomalia de Pierre Robin. Quanto ao aleitamento materno, os autores consideram de real valor, sendo que defendem o uso da prótese nestas crianças, isto para facilitar a sucção diretamente ao seio.

A conduta adotada no HPRLLP, antes da cirurgia proposta (glossopexia), é observação quanto à alimentação, especialmente com relação à aceitação da mamadeira e o padrão de sucção/deglutição, avaliando ainda a presença de cansaço, cianose, regurgitação e vômito.

Através desta avaliação da enfermagem, o cirurgião plástico poderá indicar ou não a glossopexia. Ao sentirmos a dificuldade alimentar acentuada, faz-se uso da sonda nasogástrica.

## TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO VIA ORAL

O que difere é quanto ao posicionamento, pois adotamos colocar a criança praticamente sentada, com objetivo de evitar que ocorra aspiração e favorecer a respiração. Ao término do oferecimento da mamadeira, a criança é colocada no “bebê conforto” até que realize a eructação.

Quanto ao bico da mamadeira, utilizamos ex-

perimentalmente o bico “Tu-ca”, porém sua circulação no mercado foi abolida. Passamos a usar similar, da marca “Curity”, usamos a válvula “chuca” que terá como função dar passagem ao leite mediante a sucção que a criança desempenhar. O tamanho do orifício deve ser do tamanho normal (1 mm) (FIGURA 3).



Figura 3A



Figura 3B

## TÉCNICA DE POSICIONAMENTO DA CRIANÇA AO BERÇO EXPERIMENTAL

Consideramos de relevante importância o posicionamento da criança.

A Instituição utiliza a posição Tredelemburg lateralizada ao colocarmos a criança no berço comum. Tal orientação é transmitida à família, para que a criança seja colocada nesta posição em sua residência, ou simplesmente em decúbito ventral. Observamos que ocorre uma melhora no quadro respiratório dessas mesmas crianças frente a esta posição.

Segundo EDWARDS & WATSON<sup>1</sup>, o uso do berço experimental de “Burston” (FIGURA 4), modificado para o portador da anomalia de Pierre Robin, mantém a criança em posição de Trelemburg com a cabeça apoiada frontalmente de modo a manter uma tração maior da mandíbula, e conseqüentemente da língua, visando desobstruir as vias aéreas.

O paciente será, após definida sua “condição” para cirurgia, encaminhado ao centro cirúrgico para efetivação da glossopexia.

Após a realização do procedimento cirúrgico, o mesmo é encaminhado à recuperação pós-anestésica onde são efetuadas:

- verificação dos parâmetros vitais (temperatura, frequência cardíaca e respiração);
- manutenção de via aérea livre, evitando dificuldade respiratória;
- manutenção de venóclise até completa recuperação anestésica;
- aspiração da cavidade nasal e oral caso haja presença de sangue ou secreção, e
- manutenção da sonda nasogástrica para alimentação/hidratação.

Ao retornar do pós-operatório são continuadas as observações acima referidas.

A alimentação é oferecida 3 horas após o término da cirurgia, iniciando com hidratação (chá), sendo que as próximas mamadas (leite) são administradas por intermédio de sonda nasogástrica, sendo que esta permanece por aproximadamente 8 dias, porém sua troca é diária, com toda a técnica necessária.

A partir do quarto dia, é iniciado o treinamento concomitante, ou seja, inicia-se com 5 a 10 ml de leite através de “conta-gota” para estímulo da sucção, e o restante administrado por sonda nasogástrica. Nos dias que procedem é oferecida a quantidade prescrita de leite, através de colher.

Nesse período mantém-se a sonda nasogástrica, que será utilizada no caso de necessidade de suplementar a alimentação. O posicionamento da criança para alimentação após a cirurgia segue a rotina normal. Considerando a ansiedade da família, faz-se necessário antes da alta, o contato da mãe/criança sendo efetuado o treinamento, para a maior segurança de ambos.

Após alta hospitalar o paciente receberá acompanhamento ambulatorial e seu agendamento dependerá de suas condições clínicas e sócio-econômicas.

## PROPOSIÇÃO

A finalidade precípua do presente trabalho da pesquisa é relatar os cuidados prestados a clientes portadores da anomalia de Pierre Robin, matriculados no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, integrado aos demais níveis de saúde, ou seja, secundário e terciário, e possibilitando aos profissionais, uma visão completa das atividades desenvolvidas.

Para atingirmos ao que nos propomos, faz-se necessário a descrição do fluxograma seguido pelo cliente ao adentrar a Instituição:

## MATERIAL E MÉTODOS

### POPULAÇÃO ESTUDADA:

A população analisada foi constituída por clientes apresentando fissura pós-forame e incisivo, completa ou incompleta, hipoplasia mandibular e ainda glossoptose, devidamente diagnosticada como portadores da anomalia de Pierre Robin. Tal estudo representa uma análise retrospectiva.

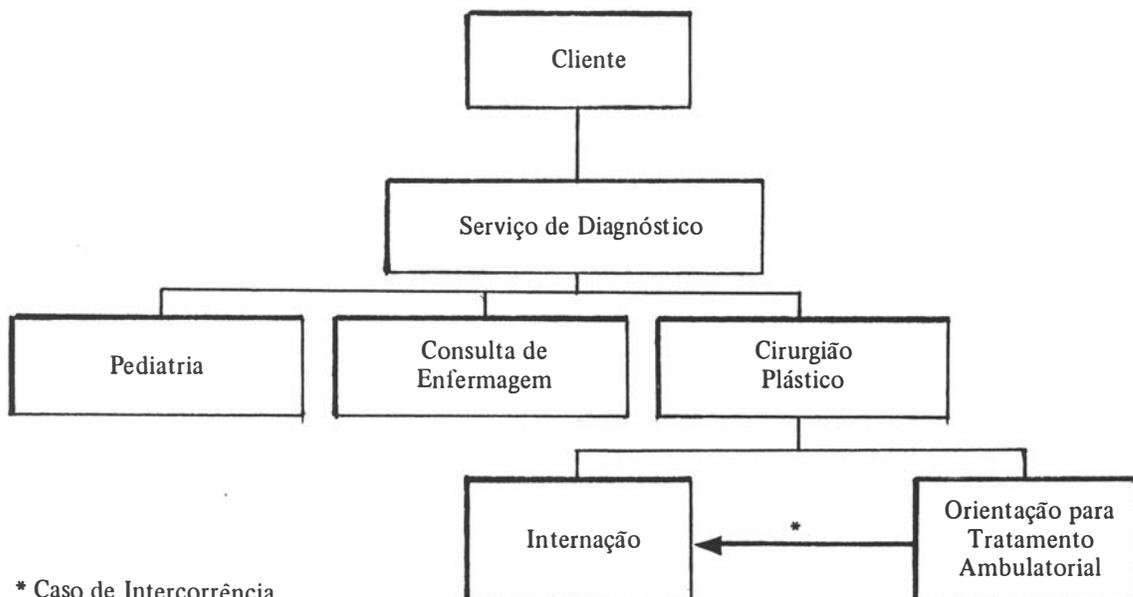
### AMOSTRA E SUAS CARACTERÍSTICAS

Foi escolhido como amostra um total de 61 casos que realizaram matrícula no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais – USP, Bauru.

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Iniciou-se a seleção da amostra através de uma análise por intermédio de dados fornecidos nos computadores, que definiu as classificações de fissuras existentes na Instituição e ainda seus respectivos registros de matrícula.

Após esses dados fez-se o levantamento dos pacientes portadores da anomalia de Pierre Robin, sendo que os mesmos estariam inclusos nos clientes portadores de fissura pós-forame incisivo com-



pleta/incompleta ou palato em ogiva. Definidos esses dados, passou-se à avaliação de prontuários, ou seja, foram verificados outros clientes que deixaram de ser relacionados pelo computador, sendo que isso possibilitou aumentar o número da amostra. Tais amostras foram identificadas até o dia 12 de setembro de 1983. Objetivou-se também avaliar os clientes que foram a óbito, sendo que os prontuários específicos foram verificados manualmente. Desta forma, procuramos analisar os clientes vivos (amostra A) e os que foram a óbito (amostra B).

Após selecionada a amostra, houve por bem definir os aspectos a serem analisados, sendo que realizamos uma ficha destinada a coleta de dados de clientes matriculados no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, portadores da anomalia de Pierre Robin (ANEXO 1).

## RESULTADOS

Quanto à relação existente entre pacientes vivos/óbitos verificamos que quarenta e oito (78,7%) correspondem aos pacientes vivos e ainda treze (21,3%) pacientes foram a óbito. (TABELA 1).

Tabela 1 – Relação entre óbitos e vivos, portadores de complexo de Pierre Robin

| Variáveis                   | Nº de Pacientes | %    |
|-----------------------------|-----------------|------|
| Pacientes vivos             | 48              | 78,7 |
| Pacientes que foram a óbito | 13              | 21,3 |
| Total                       | 61              | 100  |

Quanto aos pacientes vivos que chegaram ao nosso serviço, verificamos que oitenta e cinco (52%) corresponderam ao sexo feminino e vinte e três (48%) eram do sexo masculino (TABELA 2).

Tabela 2 – Incidência de paciente analisados em relação ao sexo (amostra A)

| Variáveis      | Nº de Pacientes | %   |
|----------------|-----------------|-----|
| Sexo masculino | 23              | 48  |
| Sexo feminino  | 25              | 52  |
| Total          | 48              | 100 |

Quanto aos pacientes que foram a óbito, verifica-se que 7 casos (53,9%) eram do sexo masculino e 6 casos (46,1%) do sexo feminino (TABELA 3).

Tabela 3 – Incidência de pacientes analisados em relação ao sexo (amostra B)

| Variáveis | Nº de Pacientes | %    |
|-----------|-----------------|------|
| Feminino  | 06              | 46   |
| Masculino | 07              | 53,9 |
| Total     | 13              | 100  |

Ao efetuarmos a classificação da fissura segundo a classificação adotada pela Instituição, ou seja, a classificação Spina, determinou-se que dezenove (39,6%) eram portadores de fissura pós-forame incisivo incompleta (TABELA 4).

Tabela 4 – Classificação de fissura apresentada (amostra A)

| Variáveis                      | Nº de Pacientes | %    |
|--------------------------------|-----------------|------|
| Pós-forame incisivo completa   | 19              | 39,6 |
| Pós-forame incisivo incompleta | 29              | 60,4 |
| Total                          | 48              | 100  |

Ao avaliarmos a incidência da anomalia Pierre Robin, juntamente com a classificação de fissura segundo Spina, verificamos que 12 dos pacientes, ou seja, 92,3% pertenciam à classificação correspondente a pós-forame incisivo incompleta e ainda 1, equivalente a 7,7%, apresentava fissura pós-forame completa (TABELA 5).

Tabela 5 – Classificação de fissura apresentada (amostra B)

| Variáveis                      | Nº de Pacientes | %    |
|--------------------------------|-----------------|------|
| Pós-forame incisivo completa   | 01              | 7,7  |
| Pós-forame incisivo incompleta | 12              | 92,4 |
| Total                          | 13              | 100  |

Em relação à avaliação de enfermagem, nota-

mos que, dos pacientes analisados, 22,9% não apresentaram alteração significativa; 43,8% apresentaram dificuldade respiratória; 35,5% tiveram palidez cutâneo-mucosa, 4,2% apresentaram piroxia; 2,0% também apresentaram otalgia; 4,2% determinaram pele icterícia; 18,7% revelaram dificuldade para alimentar-se; 4,2% chegaram ao nosso serviço com glossopexia; 2,0% tinham hemangioma; 8,4% eram portadores de hérnia; em 2,0%, notamos vesícula facial; 6,2%, com hiperemia na região genital; 2,0% eram portadores de hipertrofia da mucosa anal; 2,0% apresentaram gastrostomia; 8,4% chegaram ao serviço portando sonda nasogástrica e, finalmente, 2,0% apresentaram secreção ocular purulenta (QUADRO 1).

Quadro 1 – Avaliação de enfermagem – Determinada pela consulta de enfermagem – amostra A

| Variáveis                                    | %    |
|--|------|
| Não apresentaram alteração                   | 22,9 |
| Apresentaram dificuldade respiratória        | 43,8 |
| Apresentaram palidez cutâneo-mucosa          | 35,5 |
| Apresentaram piroxia                         | 4,2  |
| Apresentaram otalgia                         | 2,0  |
| Apresentaram pele icterícia                  | 4,2  |
| Apresentaram dificuldade alimentar           | 18,7 |
| Apresentando glossopexia                     | 4,2  |
| Apresentando hemangioma                      | 2,0  |
| Apresentando hérnia (inguinal e/ou escrotal) | 8,4  |
| Apresentando vesículas facial                | 2,0  |
| Apresentando hiperemia na região genital     | 6,2  |
| Apresentando gastrostomia                    | 2,0  |
| Apresentando hipertrofia da mucosa anal      | 2,0  |
| Usando sonda nasogástrica                    | 0,4  |
| Secreção ocular purulenta                    | 2,0  |

Ao analisarmos os parâmetros de desenvolvimento pondo-estatural, podemos determinar as seguintes observações, conforme mostra a Tabela 06; quanto ao sexo feminino, vimos que nove (36%) estavam dentro de padrões de normalidade; oito (32%) correspondiam a desnutridos I grau; cinco (20%) foram identificadas como desnutridas II grau; duas (8%) representaram desnutridas de III grau, sendo que em uma (4%) não foi verificado tal padrão de crescimento.

Quanto ao sexo masculino, nove (39,2%) eram normais; dois (8,7%) estavam dentro dos padrões considerados como desnutridos I grau; nove (39,1%) corresponderam aos desnutridos de II

Quadro 2 – Avaliação de enfermagem – Determinada pela consulta de enfermagem – Amostra B

| Variáveis   | %    |
|---|------|
| Glossoptose/micrognatia acentuada                 | 46,2 |
| Sinal determinante de luxação de quadril esquerdo | 7,7  |
| Hiperemia perianal                                | 7,7  |
| Orofaringe hiperamiada                            | 7,7  |
| Uso da sonda nasogástrica                         | 7,7  |
| Disjunção de sutura                               | 7,7  |
| Deiscência de glossopexia                         | 7,7  |
| Hérnia umbilical                                  | 7,7  |
| Parada respiratória                               | 7,7  |
| Déficit alimentar associado                       | 38,5 |
| Mucosas descoradas                                | 15,4 |
| Pele icterícia                                    | 15,4 |
| Tiragem supra esternal                            | 46,2 |

grau, três (13,0%) definidos como desnutridos III grau (TABELA 6).

Tabela 6 – Crescimento pondo-estatural (amostra A)

| Variáveis               | Fem. | %   | Masc. | %    |
|-------------------------|------|-----|-------|------|
| Normal                  | 09   | 36  | 09    | 39,2 |
| Desnutrição de I grau   | 08   | 32  | 02    | 8,7  |
| Desnutrição de II grau  | 05   | 20  | 09    | 39,1 |
| Desnutrição de III grau | 02   | 8   | 03    | 13,0 |
| Sem dados               | 01   | 4   | –     | –    |
| Total                   | 25   | 100 | 23    | 100  |

Quanto ao padrão de desenvolvimento pondo-estatural, verificamos que, nas crianças do sexo feminino, quatro (66,6%) apresentaram desnutrição de II grau; uma (16,7%) correspondeu à desnutrição III grau, sendo que em uma (16,7%) não houve possibilidade de avaliação.

Em relação ao sexo masculino, observou-se que três (42,8%) eram portadores de crescimento pondo-estatural adequado (normal), um (14,3%) apresentou desnutrição de I grau; dois (28,6%) corresponderam à desnutrição de II grau, sendo que também não houve possibilidade de avaliação em dois dos casos (14,3%) (TABELA 7).

Como mostra a Tabela 8, houve a necessidade de realizar glossopexia em quinze (31,3%) dos pacientes, sendo que trinta e três (68,7%) não realizaram a cirurgia específica (TABELA 8).

Tabela 7 - Crescimento pondo-estatural (amostra B)

| Variáveis       | Fem.      | %          | Masc.     | %          |
|-----------------|-----------|------------|-----------|------------|
| Normal          | I-I       | I-I        | 03        | 42,8       |
| Desnutrição     | I-I       | I-I        | 01        | 14,3       |
| Desnutrição II  | 04        | 66,6       | 02        | 28,6       |
| Desnutrição III | 01        | 16,7       | I-I       | I-I        |
| Não consta      | 01        | 16,7       | 01        | 14,3       |
| <b>Total</b>    | <b>06</b> | <b>100</b> | <b>07</b> | <b>100</b> |

Tabela 8 - Índice de paciente que realizaram glossopexia (amostra A)

| Variáveis                | Nº de Pacientes | %          |
|--------------------------|-----------------|------------|
| Realizou glossopexia     | 15              | 31,3       |
| Não realizou glossopexia | 33              | 68,7       |
| <b>Total</b>             | <b>48</b>       | <b>100</b> |

Tabela 9 - Índice de paciente que realizaram glossopexia (amostra B)

| Variáveis                | Nº de Pacientes | %          |
|--------------------------|-----------------|------------|
| Realizou glossopexia     | 06              | 46,1       |
| Não realizou glossopexia | 07              | 53,9       |
| <b>Total</b>             | <b>13</b>       | <b>100</b> |

Houve certas intercorrências apresentadas no pós-operatório de glossopexia, sendo que 50% não apresentaram intercorrência; 6,3% tiveram otite; 12,5% sofreram monilíase oral; 6,3% tiveram edema no local da traqueostomia, assim como sangramento em traqueostomia, 37,6% apresentaram dificuldade respiratória (QUADRO 3).

Quadro 3 - Intercorrência apresentada no pós-operatório de glossopexia (amostra A)

| Variáveis                       | %    |
|---------------------------------|------|
| Sem intercorrência              | 50   |
| Otite                           | 6,3  |
| Monilíase oral                  | 12,5 |
| Edema no local da traqueostomia | 6,3  |
| Sangramento em traqueostomia    | 6,3  |
| Dificuldade respiratória        | 37,6 |

O Quadro 4 mostra que os pacientes que realizaram glossopexia, apresentaram as seguintes intercorrências: 16,7% apresentaram distintamente hematemese, melena, palidez acentuada, hipotermia, diarreia aguda, soltura da língua e ainda pneumotórax, 66,7% sofreram dificuldades respiratórias como também parada cardiopulmonar. (QUADRO 4).

Quadro 4 - Intercorrência apresentada no pós-operatório de glossopexia (amostra B)

| Variáveis         | %    | Variáveis                | %    |
|-------------------|------|--------------------------|------|
| Hematemese        | 16,7 | Soltura da língua        | 16,7 |
| Melena            | 16,7 | Pneumotórax              | 16,7 |
| Palidez acentuada | 16,7 | Dificuldade respiratória | 66,7 |
| Hipotermia        | 16,7 | Parada Cardiopulmonar    | 66,7 |
| Diarreia aguda    | 16,7 |                          |      |

Através da certidão de óbito verificamos que quatro (30,8%) foram a óbito devido a broncopneumonia; um (7,7%) devido a edema cerebral, um (7,7%) causado por septicemia; cinco (38,4%) correspondentes a insuficiência cárdio-respiratória; um (7,7%) cuja causa específica foi desidratação e ainda um (7,7%) com desnutrição, porém, em dois (15,4%) dos casos, não houve possibilidade de definir a causa do óbito, por falta de informações (QUADRO 6).

Quadro 6 - Referência quanto à causa do óbito

| Variáveis                         | %    |
|-----------------------------------|------|
| Broncopneumonia                   | 30,8 |
| Edema Cerebral                    | 7,7  |
| Septicemia                        | 7,7  |
| Insuficiência Cárdio-Respiratória | 38,4 |
| Desidratação                      | 7,7  |
| Desnutrição                       | 7,7  |
| Não Consta Informação             | 15,4 |

## DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao analisarmos a relação existente entre pacientes que foram a óbito e os vivos, identificamos que há uma incidência de óbito significativamente menor.

Verifica-se também que não houve resultado

surpreendente ao estratificarmos a amostra, segundo o sexo, pois tanto a amostra A como a B mantém um equilíbrio quantitativo.

Os pacientes chegaram ao nosso serviço, na faixa etária de 1-60 dias para a amostra A e 20-60 dias para a amostra B, porém com variações não objetivas.

Quanto à determinação ao tipo de fissura, verificamos que a maioria dos casos apresentou fissura pós-forame incisivo incompleta, para ambas as amostras.

Durante a avaliação realizada pela enfermeira, podemos analisar que 22,9% das crianças que constituem a amostra A, não apresentaram alterações significativas, porém a incidência maior dos problemas apresentados, refere-se às crianças que sofreram dificuldade respiratória, seguido de palidez cutâneo-mucosa e, em menor proporção, dificuldade alimentar. Outras alterações foram verificadas, porém em menos escala de prioridade.

Com relação à amostra B, podemos relatar que a minoria teve micrognatia/glossoptose acentuada, seguida de tiragem supra esternal e, com relativo aumento, verificamos déficit alimentar, mucosas descoradas, pele icterica, sendo ainda analisados outros comprometimentos, sem especial importância.

O padrão de crescimento foi determinado na amostra, em especial; o sexo feminino manteve, na maioria, um crescimento normal, porém apresentou quantitativamente desnutrição em I, II e III graus. No sexo masculino, também verificamos um crescimento normal e com índice em menor proporção para desnutridos, I, II e III graus.

Na amostra B, vemos que, no sexo feminino, a maioria dos casos teve desnutrição de II grau, seguido de desnutrição de III grau, não sendo encontrado, em nenhum dos casos, padrão de normalidade. Em relação ao sexo masculino, verificamos em seqüência pondo-estatural normal, e em seqüência, observamos desnutrição em I e II graus.

Dos pacientes que realizaram cirurgia específica, vimos que a porcentagem mais evidente da A não realizou cirurgia (glossopexia), porém, na amostra B, não houve relação significativa.

As intercorrências apresentadas no pós-operatório de glossopexia foram: dificuldade respiratória, monilíase bucal, porém a grande maioria não apresentou intercorrência. Tais dados referidos acima correspondem à amostra A.

Ainda podemos verificar que, na amostra B, a maioria apresentou dificuldade respiratória e pa-

rada cárdio-pulmonar. Com referência à causa do óbito, encontramos que a insuficiência cárdio-respiratória foi determinada como sendo a de maior incidência, seguida por broncopneumonia.

## CONCLUSÃO

Relacionando os dados obtidos neste estudo, observa-se que o paciente portador da anomalia de Pierre Robin é avaliado criteriosamente junto à central de Saúde Pública pelos profissionais (Enfermeira, Pediatra, Cirurgião Plástico), com o objetivo de evidenciar as dificuldades por eles sentidas. Nesta situação, o programa de reabilitação visa determinar a glossopexia nos casos em que o paciente apresente problemas que dificultem a sua sobrevivência.

Basicamente, a terapia situa-se a nível cirúrgico e/ou postural. Quanto ao tratamento postural, este é de fundamental importância, visto que o mesmo se aplica em uma parcela acentuada dos casos e mesmo como suporte cirúrgico. Este, quando aplicado, está sendo de eficácia comprovada, pois a incidência de intercorrência ou óbito é muito restrita.

Outro aspecto que podemos definir é quanto à quantidade de internações e realização de glossopexia, sendo que houve uma diminuição da indicação deste processo cirúrgico; constatando-se desta forma que o paciente está sendo avaliado metodicamente quanto à necessidade ou não da cirurgia e, ainda, que a mesma é indicada somente como último recurso.

Portanto, há necessidade de esclarecimento e orientação aos pais, com objetivo de proporcionar condições de assistência favorecendo desse modo a promoção, proteção e recuperação do paciente com a anomalia de Pierre Robin. Desta forma o paciente recebe na Instituição, ações de saúde que são estabelecidas a nível primário, secundário e terciário, visando portanto sua completa reabilitação (ANEXO 2).

---

BACHEGA, M.I. et alii, Pierre Robin anomaly – care. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 306-318, July/Dec. 1985.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EDWARDS, M. & WATSON, A. C. H. *Advances in the management of cleft palate*. London, Edinburgh Churchill Livingstone, 1980. p. 282-4.

2. FREITAS, J.A.S. *Síndromes e malformações associadas s.l.* 1985. (Trabalho apresentado à FINEP).
3. LAPICOT, A. & BEN-HUR, W. Fastening the base of the forward to the hyoid for relief of respiratory distress in Pierre Robin syndrome. *Plast. Reconstr. Surg.*, Baltimore, 56:89-91, 1975.
4. LLURADÓ, L.T. et alii. *Tratamento del labio leporino y fisura palatina.* Barcelona, Jims, 1977. 268p.
5. MALLORY, S.B. & PARADISE, J.L. Glossoptosis revisited: on the development and resolution of airway obstruction in the Pierre Robin syndrome. *Pediatrics*, Illinois, 64 (5): 946-8, nov. 1979.
6. OELONOMOPOULOS. C.T. The value of glossopexy in Pierre Robin syndrome. *New Engl. J. Med.*, Boston, 262:1267-8, 1960.
7. SMITH, D.W. *Recognized patterns of human malformation.* 3. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1982. 652p.
8. WOOD, B.G. & KEVILL, G.A. Nursing care of babies with cleft lip and palate. The Pierre Robin syndrome. *Nurs. Times*, London, 66(44):1385-9, oct. 1970.



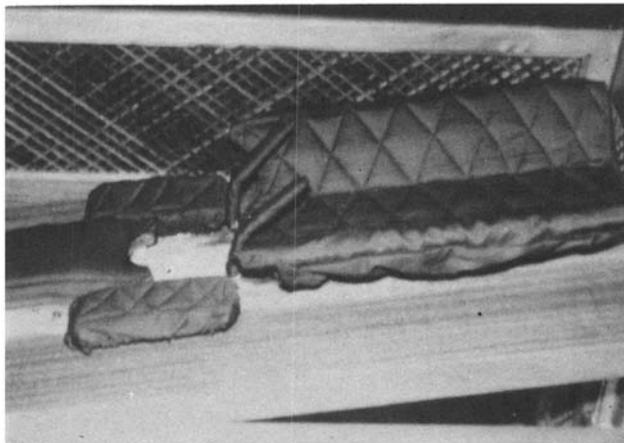


Figura 4 – Berço Experimental de “Burston”

## ANEXO 2 – CASO REABILITADO



Pré-Operatório (Frontal)



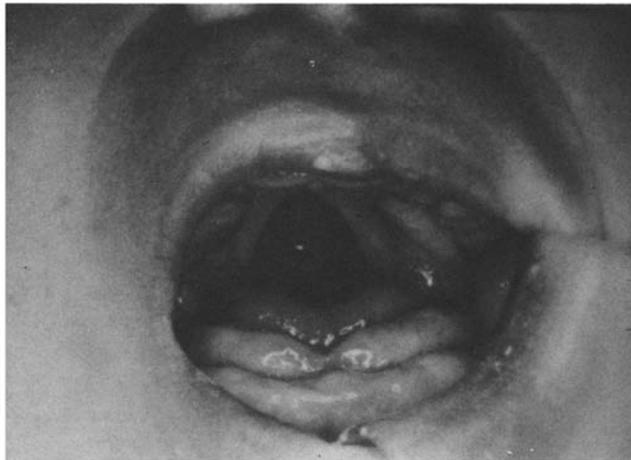
Pré-Operatório (Perfil)



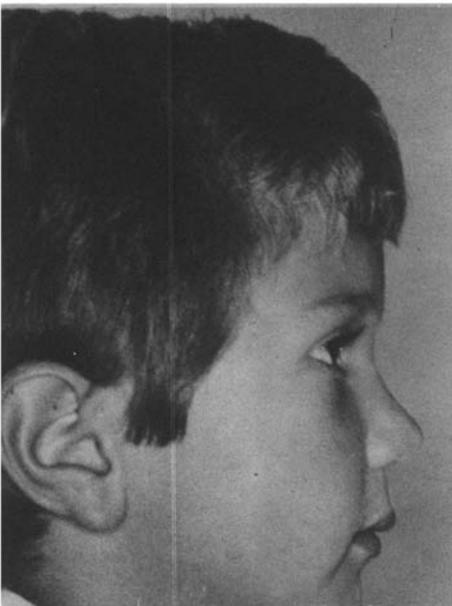
Palato Fendido e Glossoptose



Pós-Operatório Imediato de Glossectomia



Pós-Operatório Imediato (Cicatrização)



Pós-Operatório Tardio (Perfil)



Pós-Operatório Tardio (Frente)