

**LITERATURE SYSTEMATIC REVIEW ARTICLE****NURSING CARE IN THE POSTOPERATIVE PERIOD OF PATIENTS WITH ORAL-MAXILLOFACIAL-TRAUMA: LITERATURE REVIEW****CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE PACIENTES COM TRAUMA BUCO-MAXILO-FACIAL: REVISÃO DE LITERATURA****ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POS-OPERATORIO DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO BUCO MAXILO FACIAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Ana Carolina Micheletti Gomide¹, Hoberdan Oliveira Pereira², Ícaro Buchholz³, Vera Lúcia Vieira Martins⁴

ABSTRACT

Objective: to identify the main nursing care for patients with oral & maxillofacial trauma. **Methodology:** this study is a review of literature. The search was in the National library of medicine (PubMed) and in the Virtual health library (BVS), in the year 2007, using articles of the period 2000 to 2007. **Results:** were identified nursing care through the development of actions, attitudes and behaviors based on scientific knowledge, experience and critical thinking, performed to and with patients, to promote, maintain and/or recover their dignity and whole human. **Conclusion:** with the conduct of nursing care promotes an improvement in quality of life of patients with facial trauma, helping them in their physical rehabilitation, functional, aesthetic, social and emotional. **Descriptors:** facial injuries; nursing care; post-operative care.

RESUMO

Objetivo: identificar os principais cuidados de enfermagem no atendimento a pacientes acometidos por trauma buco maxilo facial. **Metodologia:** trata-se de uma revisão sistemática da literatura. Foi realizada uma pesquisa digital nas bases de dados da National library of medicine (PubMed) e Biblioteca virtual em saúde (BVS), no ano de 2007, utilizando-se artigos do período 2000 a 2007. **Resultados:** foram identificados cuidados de enfermagem através do desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científicos, experiências e pensamento crítico, realizados para e com o paciente, no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana. **Conclusão:** com a realização de cuidados de enfermagem promove-se uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes com trauma facial, contribuindo em sua reabilitação física, funcional, estética, social e emocional. **Descritores:** traumatismos faciais; cuidados de enfermagem; cuidados pós-operatório.

RESUMEN

Objetivo: identificar los principales cuidados de enfermería en el cuidado de pacientes con traumatismo buco maxilo facial. **Metodología:** este estudio es una revisión sistemática de la literatura. Se hizo una búsqueda en el Biblioteca nacional de medicina (PubMed) y en la base de datos de la Biblioteca virtual en salud (BVS), en el año 2007, utilizando los artículos del período 2000 a 2007. **Resultados:** cuidados de enfermería fueron identificados a través de desarrollo de las acciones, actitudes y comportamientos basados en el conocimiento científico, la experiencia y el pensamiento crítico, y para con el paciente, para promover, mantener y/o recuperar su dignidad y todos los humanos. **Conclusión:** con la realización de cuidados de enfermería se promueve una mejora en la calidad de vida de los pacientes con trauma facial, y que les ayude en su rehabilitación física, funcional, estético, social y emocional. **Descriptores:** traumatismos faciales; atención de enfermería; atención post-operatorio.

¹Enfermeira e especializanda em Urgência, emergência e trauma pela Pontífice Universidade Católica, Minas Gerais, Brasil. E-mail: carolmicheletti@yahoo.com.br; ²Professor titular do Curso de especialização em Urgência, emergência e trauma/ Professor Assistente I do Curso de Graduação em Enfermagem pela Pontífice Universidade Católica, Minas Gerais, Brasil. E-mail: hoberdanpereira@yahoo.com.br; ³Cirurgião Buco Maxilo Facial Hospital João XXIII/FHEMIG. E-mail: icarobuchholz@yahoo.com.br; ⁴Mestranda em Administração, Professora titular da disciplina Estágio Supervisionado II do Curso de Enfermagem do Instituto Metodista Izabela Hendrix, Enfermeira do HGIP/IPSEMG. E-mail: martinsvv@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O desejo de fazer esse estudo surgiu ao observarmos a alta incidência de traumas de face, em pacientes portadores de trauma buco-maxilo-facial e politraumatizados atendidos em um Centro de Referência em Trauma na cidade de Belo Horizonte e a preocupação em repensar o cuidado de Enfermagem para esses pacientes. Outro fator motivador foi a dificuldade de encontrar literatura específica sobre o assunto, mostrando a escassez de produções científicas nesse campo de atuação do Enfermeiro.

O trauma facial pode ser considerado uma das condições mais devastadoras encontradas em centros de trauma, devido às conseqüências emocionais, possibilidades de deformidades, e também ao impacto econômico que tais traumas causam ao sistema de saúde.¹

A etiologia das fraturas faciais varia de um lugar para outro. O número de fraturas ter aumentado na última década, sugere que a violência pessoal está tomando o lugar dos acidentes de trânsito como maior causa das fraturas faciais.^{2,3}

O trauma facial é uma realidade presente nos serviços de emergência e acomete todas as idades.² Também se sabe que as pessoas jovens estão particularmente mais expostas aos fatores de risco das fraturas faciais, o que se dá, geralmente, devido ao abuso de álcool.⁴ Um estudo realizado em 2005 mostrou que o sexo mais acometido é o masculino, e que nos dois sexos, a maior incidência de trauma facial é na faixa etária de 20 a 39 anos.^{2,5,3}

O trauma buco-maxilo-facial é caracterizado por injúrias de diferentes gravidades. As principais incapacidades que podem prosseguir ao trauma maxilo facial estão relacionadas à mastigação, desenhos dos contornos da face, fala e obstáculos fisiológicos e sociais.⁶

O processo de cuidar é definido como desenvolvimento das ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científicos, experiências, intuição e pensamento crítico, realizados para e com o paciente, no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana.⁷

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde,

atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, por meio do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes.⁸

A Enfermagem com a prestação de cuidados pode contribuir no tratamento, reabilitação e prevenção de seqüelas em pacientes portadores de trauma facial.

OBJETIVO

- Realizar revisão da literatura dos principais cuidados de enfermagem necessários no atendimento a pacientes em pós-operatório de trauma buco-maxilo-facial.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura sistemática. O referencial teórico foi estabelecido a partir de pesquisa digital, de relatos de casos clínicos, revisões bibliográficas de capítulos de livros e artigos científicos sobre trauma buco-maxilo-facial e cuidados de enfermagem para pacientes vítimas de tal condição. Os dados foram coletados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e nas bases de dados da National library of medicine (PubMed), em que foram pesquisados e analisados artigos científicos dos anos de 2000 a 2007. Os descritores utilizados foram cuidados de enfermagem, cuidados pós-operatórios e trauma de face.

Para a escolha dos artigos realizamos uma pré-leitura e posteriormente uma leitura seletiva. Após a seleção das referências foi realizada uma análise da literatura encontrada.

O intuito de uma pesquisa bibliográfica é colocar o cientista em contato com o que foi produzido sobre determinado assunto, tendo como vantagem o fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.^{9,10}

RESULTADOS E DISCUSSÃO

- Revendo a anatomia da face e classificação das fraturas

A face abriga estruturas ósseas complexas que estão diretamente relacionadas com vários órgãos, como os da respiração, visão e audição. A presença de um trauma de face pode ocasionar a perda da continuidade anatômica, resultando em lesões de tecidos moles e fraturas dos ossos da face.⁵

O crânio e a face constituem uma unidade morfofuncional, e as alterações que atingem uma parte geralmente afetam também a outra. Esta variedade de aspectos explica o porquê da necessidade da abordagem multidisciplinar na maioria das situações.¹¹

A unidade craniofacial é composta dos seguintes ossos: frontal, dois temporais, dois parietais, um occipital, um esfenóide, um etmóide, um vômer, uma mandíbula, dois zigomáticos, duas maxilas, dois nasais, dois lacrimais, dois palatinos, duas conchas nasais inferiores.¹¹

A face, também, é constituída por tecidos moles que são representados por todas as camadas teciduais que recobrem o esqueleto ósseo, compreendendo a pele, tecido celular subcutâneo, tecido muscular e periósteo, além de anexos cutâneos, vasos e nervos.¹¹

As fraturas faciais são classificadas em fraturas mandibulares e fraturas do terço médio da face, e segundo estudos as que ocorrem em maior número, são as fraturas de terço médio da face (nariz, complexo zigomático, maxila, fronto-naso-orbitotimoidal, órbita) e as de terço inferior (mandíbula).^{12,4}

Os ossos da face suportam bem a compressão, mas não resistem ao alongamento de seus segmentos e, uma vez fraturados, não retornam à sua forma original. Uma agressão localizada na face não envolve apenas tecidos moles e ossos, mas também, por extensão pode acometer o cérebro, os olhos, seios paranasais e dentição.^{2,11}

Sempre que as estruturas faciais são traumatizadas, os objetivos do tratamento são a reabilitação máxima do paciente. Nas fraturas faciais, a finalidade do tratamento inclui a rápida reparação óssea, um retorno da função ocular, mastigatória e nasal, a recuperação da fala e um resultado estético facial e dental aceitável. O tratamento é realizado através da correção cirúrgica.¹²

O diagnóstico e tratamento de lesões faciais obtiveram grande progresso nas últimas décadas. Trata-se, de um trauma de abrangência multidisciplinar, em que é de fundamental importância que a equipe de saúde realize o planejamento do tratamento e cuidados a serem feitos.^{4,13}

• O cuidado de enfermagem

Apesar de o trauma buco-maxilo-facial necessitar de uma abrangência multidisciplinar percebemos na literatura a carência de protocolos de cuidados de enfermagem para esse tipo de paciente. Partindo do princípio, de que o cuidar do corpo humano, exige necessariamente um

olhar para a dimensão total do ser, torna-se imprescindível para os profissionais de enfermagem uma maior conscientização acerca do importante papel que desempenham ao interferir no espaço de privacidade das pessoas, dependentes de suas intervenções.¹⁴

Pacientes com trauma facial estão sujeitos a deformidades, seqüelas e complicações pós-operatórias, tendo como foco as ações de cuidar/cuidado durante este período, os enfermeiros poderão prestar uma assistência sistemática e deliberada, sem negligenciar os aspectos humanísticos e relacionados nela envolvidos. Através da realização de cuidados de enfermagem, tenta-se promover uma melhoria na qualidade de vida destes pacientes, ajudando-os na sua reabilitação física, funcional, estética, social e emocional.¹⁵

A avaliação e condução de pacientes com trauma crânio-facial e/ou múltiplos órgãos necessitam de rápido início de tratamento e cuidados para minimizar a morbi-mortalidade. O atraso dos cuidados e tratamentos em pacientes com grave acometimento crânio-facial pode levar a limitações definitivas ou ao óbito.²

• A enfermagem nos cuidados pós-operatório de pacientes com trauma buco-maxilo-facial

O sucesso do tratamento cirúrgico depende, além do procedimento médico, de toda uma assistência de enfermagem a ser prestada de maneira específica que deve ocorrer em três momentos distintos: período pré-operatório (antes da cirurgia), período trans-operatório (durante o ato cirúrgico) e período pós-operatório (após o término do procedimento cirúrgico). São três etapas diferentes, porém interligadas.¹⁶

No presente estudo estaremos abordando apenas a fase pós-operatório. A fase pós-operatório tem início quando o paciente deixa a sala cirúrgica, e é encaminhado à sala de recuperação anestésica, e posteriormente à unidade de internação, quando estiver com seus padrões fisiológicos equilibrados.¹⁶

Esta fase requer assistência específica, contínua e qualificada e inclui a visita pós-operatória de enfermagem, que é de extrema importância para o paciente no atendimento de suas necessidades, quanto para o enfermeiro, pois possibilita o mesmo prestar um cuidado de qualidade, objetivando garantir uma recuperação segura, prevenindo, detectando e atendendo às complicações que possam advir do ato cirúrgico.^{16,17}

A visita pós-operatória de enfermagem promove a orientação e educação do paciente acerca de sua recuperação e retomada de suas atividades rotineiras, permite a aproximação do enfermeiro e diminui a ansiedade gerada pela separação de familiares e pela alteração do ritmo de vida.¹⁶

Durante a visita pós-operatória de enfermagem a pacientes acometidos por trauma buco-maxilo-facial, a enfermagem deve atentar para a realização dos seguintes cuidados:

• Aferição de Sinais Vitais

Os sinais vitais referem-se à: temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e a pressão arterial.¹⁸

A enfermagem deve verificar os sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial) e comunicar a equipe de saúde (médico e/ou dentista) caso haja alteração em algum desses.¹⁸

A temperatura corporal pode ser verificada na região oral, axilar, inguinal (comumente verificada em recém-nascido) ou retal. O valor normal da temperatura oral no adulto é de 36°C a 38°C. Temperaturas retais são em geral 0,5°C mais altas que as orais. Temperaturas axilares são 0,5°C mais baixas que as orais.¹⁸

A Frequência cardíaca, cujo valor de normalidade em um indivíduo adulto é de 60 a 100 batimentos por minuto.¹⁸

A Frequência respiratória, o valor de normalidade do adulto oscila entre 12 a 20 respirações por minuto.¹⁸

A Pressão arterial, sendo a mesma com valor de referência para o adulto de 120/80 mmHg. Se hipotenso o paciente pode evoluir para um choque hipovolêmico, muitas vezes causado por sangramentos.¹⁸

• Desobstrução de vias aéreas

O atendimento às vias aéreas do paciente é de vital importância. As fraturas faciais causam com frequência, grande comprometimento à ventilação do paciente. Em fraturas de mandíbula com deslocamento da mesma e da língua, podem originar obstruções das vias aéreas superiores. A colocação de uma cânula nasofaríngea ou orofaríngea pode ser suficiente para manter, temporariamente, uma via respiratória adequada.¹²

É fundamental aspirar todo o excesso de sangue e saliva na região naso-oro-faríngea deve ser realizada para proporcionar uma ventilação adequada e para que se evite que o paciente desenvolva uma pneumonia aspirativa. A aspiração deve ser em técnica

asséptica. Antes de realizar a aspiração deve-se detectar a presença de secreção, sendo necessário auscultar o paciente com frequência, pois a aspiração expõe o paciente a riscos como hipóxia, lesões da mucosa traqueal, atelectasia.¹²

Durante a aspiração cada sucção deve durar menos de cinco segundos. Aspirar duas ou três vezes, se necessário, permitindo que o paciente ventile e descanse entre as sucções.¹²

• Cuidados relacionados à via aérea artificial e olhos

Para a ventilação mecânica invasiva, o acesso às vias aéreas inferiores é feito por intubação oro ou nasotraqueal, ou traqueostomia.¹⁹

Quando o paciente necessitar de suporte ventilatório mecânico, a equipe de enfermagem deve estar atenta quanto à higienização traqueobrônquica, evitando acúmulo de secreção e complicações pulmonares como atelectasias e infecções.¹⁹

A umidificação e o aquecimento dos gases inalados em ventilação mecânica, para prevenir a hipotermia, o aumento da viscosidade das secreções, a destruição do epitélio das vias aéreas e atelectasias.¹⁹

O tubo endotraqueal deve ser fixado corretamente, para evitar deslocamentos, intubação seletiva ou extubação acidental e prevenir lesões dos lábios ou da asa do nariz, evitando compressão e tração. A cânula de traqueostomia deve ser presa com um cadarço. O curativo é feito com técnica asséptica até a cicatrização do estoma. A pressão do balonete deve ser verificada a cada plantão para prevenir distensão e lesão da traquéia. O vazamento é detectado pela ausculta da região cervical.¹⁹

Pacientes intubados possuem risco de desenvolver infecção respiratória. A prevenção da infecção respiratória deve ser preocupação constante da equipe multidisciplinar. A elevação da cabeceira do leito do paciente, submetido à ventilação mecânica é uma medida profilática da aspiração do conteúdo gástrico. O emprego de técnicas corretas no manuseio de equipamentos de ventilação mecânica, também é fator de prevenção.¹⁹

Os olhos do paciente em ventilação mecânica (quando sedados) necessitam de uma higienização e cuidados para evitar ressecamento, úlcera ou trauma da córnea. Nesses casos são prescritos colírios ou pomadas para umidificar as córneas.¹⁹

• Higiene oral

A higienização oral tem como finalidade, limpeza da língua e dentes, prevenindo e combatendo infecção, além de proporcionar conforto e bem-estar ao paciente, permitindo que ele se sinta socialmente aceito, deve ser realizada três vezes ao dia e quando necessário. Mantendo-se a boca e os dentes limpos, a cicatrização das feridas intra-oral são mais rápidas.^{18,12}

A Higiene oral deverá ser realizada pela manhã, após as refeições e a cada duas horas em pacientes graves, febris ou com sonda gástrica/entérica.¹⁸

Em pacientes que se encontram possibilitados deve-se estimular o autocuidado, orientando-os a escovar os dentes delicadamente, da maneira habitual.¹²

Quando a higiene oral for comprometida por extrações e lesões na área da boca, pode-se fazer a lavagem da boca com soluções anti-sépticas, como cepacol, cloridrato de benzidamina 1.5mg/ml ou clorexidina 0.12%, conforme prescrição médica.¹²

Se o paciente se encontrar incapaz de realizar a sua higiene oral, tal cuidado deve ser feito pela equipe de enfermagem. Para a realização deste procedimento deve-se utilizar um abaixador de língua envolto a uma gaze, umidificada com a solução anti-séptica ou solução salina, quando possível, utilizando princípios de escovação ou passar com movimentos suaves sobre os dentes, gengiva, língua e palato.^{12,18}

• Dieta em pacientes com trauma facial

A alimentação no pós-operatório visa satisfazer os requerimentos do organismo, quanto a líquidos, eletrólitos, energia e reposição de qualquer espécie de perdas, até que o paciente esteja apto a reassumir a sua dieta normal e atividades.²⁰

Pacientes que realizaram cirurgia de boca e/ou garganta, podem receber dieta via oral, mastigar e engolir, apesar de seus tecidos terem sofrido incisões e suturas. Tal procedimento poderá não ser efetuado, caso o processo cirúrgico contra-indique.²⁰

Habitualmente, ofertam-se os líquidos primeiramente. O uso de uma seringa descartável ou um canudinho pode ser benéfico ou pode ser especificamente contra-indicado, como na cirurgia de palato fendido.²⁰

Os alimentos pastosos são menos dolorosos para engolir que os líquidos. Ao selecionar os alimentos e líquidos para o paciente que sofreu cirurgia de boca e garganta, deve-se

evitar bebidas quentes, sucos ácidos e fibras.²⁰

Entretanto, alguns pacientes com trauma facial podem se encontrar incapacitados para realizar a alimentação via oral, devido à gravidade das lesões, fraturas ou pouco dispostos a comer o bastante para atender às suas necessidades. Em algumas situações em que a alimentação é insuficiente ou clinicamente contra-indicada, a nutrição enteral pode fornecer quantidades adequadas de nutrientes. Este método é empregado quando os pacientes apresentam lesões na boca, após cirurgia oral ou dificuldades na deglutição.²⁰

O papel do enfermeiro quando o paciente está sob suporte nutricional enteral, inclui a inserção da sonda através das vias oral ou nasal, bem como todos os cuidados referentes às mesmas.¹⁹

- Escolher o tipo de sonda, dando preferência às de calibre fino, material flexível e não-reativo.

- Certificar-se de sua localização no trato gastrointestinal.

- Fixar, adequadamente, a sonda para evitar movimentos de tração, que podem ocasionar deslocamento ou lesões de narinas.

- Proporcionar higiene regular.

- Administrar 30 a 60 ml de líquido (de água bidestilada), após a infusão dieta e em intervalos regulares (após cada troca do frasco de dieta).

- Realizar curativos diariamente e trocá-los com maior frequência, se houver extravasamento no caso de ostomias, pois pode lesar pele.

- Escolher o método contínuo ou intermitente, dependendo das condições do paciente, da localização da sonda e da osmolaridade da dieta.

- Controlar a velocidade de infusão, observando para sua progressão e aceitação do paciente.

- Prevenir e corrigir complicações decorrentes da nutrição enteral como aspiração pulmonar, retardo no esvaziamento gástrico, diarreia e constipação.

Pacientes com fraturas do terço médio da face podem ter fratura de lâmina crivosa (osso etmóide). Caso haja fraturas ou suspeitas de fraturas de lâmina crivosa, a sondagem deve ser realizada por via oral, para evitar que a sonda seja introduzida acidentalmente dentro do crânio. Nesta situação, qualquer instrumentação nasofaríngea é potencialmente perigosa.²¹

Caso a nutrição enteral seja desaconselhável, impossível de ser realizada ou apresente perigo ao paciente, a última escolha é a nutrição parenteral, que consiste em fornecimento de nutrientes, através de via endovenosa. A nutrição parenteral pode ser administrada por vias centrais ou periféricas. Está contra-indicada quando a dependência dessa terapia é menor que cinco dias, e quando o paciente apresenta um prognóstico ruim que não justifica intervenção nutricional agressiva.^{19,20}

Alguns aspectos são importantes na assistência de enfermagem ao paciente com nutrição parenteral. O enfermeiro tem papel essencial na prevenção de infecção, cuidados relacionados com o cateter consistem em manter o local de inserção limpo com curativos íntegros, utilizado técnica asséptica.¹⁹

A via usada para a alimentação endovenosa nunca deverá servir para outras finalidades. O ritmo do fluxo prescrito deverá ser controlado e administrado em bomba de infusão contínua. As soluções não devem ultrapassar a um período superior de 24 horas, após serem instaladas, para que se evite a proliferação de microrganismos.¹⁹

Se houver suspeita de infecção relacionada com o cateter, o mesmo deverá ser encaminhado para cultura laboratorial após inserção em novo sítio de punção.¹⁹

• Edema de face

O edema ocorre após traumas e após cirurgias, como resultado dos traumatismos dos tecidos.¹²

A posição do paciente no período, imediatamente, após a cirurgia é usada para diminuir o edema. O paciente deve manter a cabeça elevada acima do resto do corpo o máximo de tempo possível, nos primeiros dias do pós-operatório.¹²

A fim de se obter a redução do edema de face, a enfermagem deve atentar para a manutenção da elevação da cabeceira do leito em mais ou menos 30°, contribuindo também para melhora do padrão respiratório.²²

• Cuidados com cateteres

Recomenda-se a utilização de cateteres venosos, em situação de uso constante da rede venosa para a administração de medicamentos.¹⁸

Alguns cuidados com os cateteres são necessários, para que as medicações circulem adequadamente através rede venosa e para que se evite possíveis infecções.¹⁸ A enfermagem deve atentar para a realização dos seguintes cuidados:¹⁸

- Manter acessos venosos pervingos.
- Troca de curativos, diariamente, no local de implantação do cateter, com técnica asséptica.
- Quando indicado o uso do curativo de filme transparente ele poderá ficar até sete dias, com avaliação diária do sítio de punção.
- Atentar para presença de sinais flogísticos em sítio de punção.
- Controlar o tempo de permanência do cateter, quanto maior o tempo de permanência maior o risco de infecção relacionada ao cateter.
- Observar sinais e sintomas de tromboflebite: dor, hiperemia, rubor e edema no trajeto do vaso sanguíneo.
- Anotar a data da punção, data da troca de curativo e o nome do profissional que realizou o cuidado.

• Cuidados com os ferimentos e lesões de tecidos moles

Os tipos de lesões aos tecidos moles que podem ser encontradas em pacientes acometidos por trauma face são: abrasão, contusão e laceração.¹²

Independente da etiologia da ferida, a cicatrização segue um curso previsível e contínuo, sendo dividida em três fases: inflamatória, proliferativa e de maturação. É importante que o profissional de enfermagem conheça a fisiologia do processo de cicatrização, os fatores que interferem nele, bem como as intervenções a serem feitas para facilitá-lo.²³

A cicatrização adequada da ferida depende da capacidade do paciente em resistir a infecções, fornecer nutrientes essenciais para serem usados como reparadores e realizar os processos de regeneração celular. Pacientes mal nutridos apresentaram retardamento do processo de cicatrização.¹² A enfermagem deve fornecer suporte nutricional, de modo a contribuir com a otimização do estado de saúde geral do paciente, e conseqüentemente melhora do estado nutricional do mesmo.

Outro fator importante é o controle da infecção da ferida, pois ela retarda o processo de cicatrização. A infecção pode estender-se aos tecidos adjacentes e, possivelmente, à corrente sanguínea, originando septicemia. Em casos de pacientes que se encontram com feridas infectadas em uso de antibioticoterapia, cabe a enfermagem administrar os antibióticos conforme prescritos pelo cirurgião e nos horários corretos. A técnica de limpeza empregada deve respeitar a viabilidade do tecido de granulação, preservar o potencial de

recuperação da ferida e minimizar a ocorrência de trauma. A melhor técnica de limpeza, do delicado leito da ferida, compreende a irrigação com jatos de solução salina isotônica (0,9%), que serão suficientes para remover os corpos estranhos e os tecidos frouxamente aderidos, além de preservar o tecido de granulação neoformado.²³

A força hidráulica empregada na irrigação deve estar abaixo de 15 psi (libra/polegada), sendo que oito psi é a pressão adequada, que pode ser obtida com o uso um frasco de solução salina isotônica (0,9%) de 250 ou 125 ml perfurados com agulhas de diversos calibres.²³

A divisão celular no organismo humano ocorre à temperatura fisiológica de 37° C. Portanto, para preservar esse processo celular é importante manter a temperatura em torno de 37 °C, o que exige o uso de solução salina isotônica aquecida.²³ Após a limpeza com jato solução salina isotônica, deve secar delicadamente as bordas da ferida com gaze estéril. Ocluir a ferida com gaze seca ou com cobertura apropriada. A troca deve ser de acordo com a saturação do curativo. E as incisões cirúrgicas devem ser deixadas expostas, após 48 horas.²⁴

• Tratamento da dor

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável resultante do comprometimento tecidual real ou potencial.²⁵ Pacientes acometidos por trauma buco-maxilo-facial podem apresentar lesões de tecidos moles, fraturas na face, ansiedade e medo das seqüelas e incapacidades que podem ocorrer, tais situações ocasionam dor.

Algumas sensações dolorosas também encontram associadas aos estados psicológicos e emocionais. Por conseguinte, avaliar a dor de uma pessoa envolve a obtenção de informações a respeito das causas físicas da dor, bem como os fatores mentais e emocionais que influenciam a percepção da dor pelo indivíduo.²⁵

A enfermagem apresenta importante papel no tratamento da dor. As relações de ensino entre o enfermeiro e o paciente, constituem a chave para tratar a analgesia no paciente com dor. É importante estar informando o paciente como a dor pode ser tratada e demonstrar que se acredita na existência dessa dor, transmitindo confiança ao paciente, tal situação contribui para a redução da ansiedade e conseqüente alívio da dor.²⁵

Outra função da enfermagem no cuidado da dor é proporcionar conforto físico. Em geral, o paciente fica mais confortável quando as necessidades físicas e de auto-cuidado foram

realizadas (trocas de roupas de cama, higiene corporal e oral, etc.).²⁵ Evitar que causas externas incomodem o paciente, como odores fortes, barulho e roupas úmidas.

É importante avaliar a dor ao administrar as prescrições para o alívio da mesma, incluindo as condutas farmacológicas e não-farmacológicas, avaliar a eficácia dessas prescrições, monitorizar para efeitos adversos e conversar com paciente, orientá-lo, encorajá-lo e ouvi-lo sempre que possível. O tratamento da dor por meios farmacológicos é feito com a colaboração de outros profissionais de saúde (dentistas e médicos), que irão prescrever os medicamentos específicos para a dor.²⁵

O tratamento da dor requer a colaboração e a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde.²⁵

• Auto-Estima

Através da face nos alimentamos e respiramos, recebemos as informações auditivas e visuais, nos relacionamos com o meio ambiente e com nossos semelhantes, nos comunicamos e demonstramos as nossas emoções.¹¹

Pacientes vítimas de lesões de face enfrentam obstáculos emocionais, psicológicos e sociais, devido às seqüelas e deformidades que podem ser ocorrência do trauma buco-maxilo-facial ou das cirurgias de correção de fraturas faciais.

Todas as pessoas experimentam algum grau de ansiedade, depressão, desmotivação e baixa de auto-estima (relacionada à estética facial comprometida), à medida que se deparam com novas situações de vida, desafiadoras ou ameaçadoras.²⁵

Na busca de uma melhora do estado emocional do paciente, o enfermeiro deve criar uma relação interpessoal para trabalhar com o mesmo, considerando que pacientes que se mostram fisicamente comprometidos, enfrentam situações emocionais situadas além do domínio das situações comuns de experiência de vida.²⁵

O tratamento de pessoas com estresse pós-traumático inclui cinco componentes essenciais: estabelecimento de uma relação de confiança, o fornecimento da orientação sobre a recuperação e o auto-cuidado, o ensino de técnicas de gerenciamento do estresse, ajudar que o paciente trabalhe a superação do trauma e se integre a experiência traumática, tendo em vista que o progresso do paciente pode ser influenciado pela capacidade de enfrentamento dos inúmeros aspectos do sofrimento físico e mental.²⁵

Também é importante, orientar o paciente a realizar um acompanhamento psicológico, com um profissional qualificado para tal finalidade.

CONCLUSÃO

Ao realizar este estudo, verificamos a escassez de produções científicas relacionada a cuidados de enfermagem para pacientes acometidos por trauma facial, o que dificulta a atuação do enfermeiro na realização de cuidados. Desejamos com esse trabalho, contribuir para que enfermeiros e estudantes de enfermagem atuem nesse campo do cuidado com embasamento científico.

A interdisciplinaridade é fundamental para que os cuidados de enfermagem em pacientes na fase pós-operatória de cirurgia buco-maxilo-facial, sejam eficazes. É necessária a comunicação entre os diversos profissionais de saúde envolvidos nesse cuidado, considerando que o saber de cada um é imprescindível para que ocorra uma melhora no estado de saúde geral do paciente.

A essência do cuidado reside no sentido da busca do entendimento e conhecimento mútuo dos sujeitos envolvidos nesse processo, que seriam o paciente, a família e os diversos profissionais.

Pacientes acometidos por traumatismos faciais, e conseqüentemente vítimas de ferimentos na face, requerem cuidados específicos, por parte dos profissionais de enfermagem, para oferecer suporte clínico e emocional, pois além destes ferimentos serem dolorosos, encontram-se em uma região do corpo, onde todos se preocupam com as possíveis cicatrizes e deformidades.

É fato, que seqüelas e deformidades podem ocorrer em pacientes portadores de trauma buco-maxilo-facial. Tal situação afeta diretamente a auto-imagem, e conseqüentemente a auto-estima desses pacientes. A satisfação da necessidade de auto-estima leva o indivíduo a sentir-se confiante, mais útil e necessário ao mundo.

As pacientes vítimas de traumatismos buco-maxilo-facial, carregam consigo o efeito ocasionado por este trauma e toda a repercussão que socialmente isto pode significar fixando a deformidade como parte de sua identidade.

A partir das análises e considerações feitas no estudo, concluímos que, a enfermagem atuando na realização de cuidados, dentro de princípios científicos, teórico-práticos, pode contribuir, significativamente, na prevenção de complicações clínicas e pós-operatórias, seqüelas e deformidades faciais, bem como

auxiliar o paciente a elevar a sua auto-estima, através das orientações educativas e confiança no tratamento, obtida pela relação interpessoal profissional-paciente.

REFERÊNCIAS

1. Adami NP, Yoshitome AY. Métodos de avaliação e resultados da assistência de enfermagem. Rev bras enferm. 2003; 56 (1): 52-6.
2. Wulkan M, Parreira JG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. Rev Assoc Med Bras [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2008 Jun 28]; 51(5):[aproximadamente 6p.]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n5/a22v51n5.pdf>
3. Sark K, Farag IA, Zeitoun IM. Reviem of 509 mandibular fractures treated at the University Hospital, Alexandria, Egypt. Br j oral maxillofac surg. 2006;44(2):107-11.
4. Monnazzi MS, Hochuli-Vieira E, Gabrielli MC, Gabrielli MFR, Pereira Filho VA. Avaliação de complicações tardias em fraturas maxilares do tipo Le Fort. Rev Fac Odontol Bauru. 2002; 10(4):257-62.
5. Mota VC, Aguiar EG de, Dutra CEA. Levantamento sobre os atendimentos de trauma facial - realizado em hospital de pronto socorro. RGO (Porto Alegre). 2001;49(4):187-90.
6. Zhang J, Zhang Y, El-Maaytah M, Ma L, Liu L, Zhou LD. Maxillofacial injury severity score: proposal of new scoring system. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006;35(2):109-14.
7. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.
8. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinariedade. Rev latinoam enferm. 2000; 8(6):96-101.
9. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.
11. Petroianu A. Anatomia cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan; 1999.
12. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilo facial contemporânea. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
13. Vasconcelos BCE, Freitas KCM, Pontual AA, Andrade SS. Diagnóstico das fraturas zigomático-orbitárias por tomografia computadorizadas ou radiográficas convencionais – relato de caso clínico. Rev cir

traumatol buco-maxilo-fac [periódico na Internet]. 2003 abr [acesso em 2008 Jun 28]; 3 (2): [aproximadamente 8p.]. Disponível em <http://www.revistacirurgiabmf.com/2003/v3n2/pdf/v3n2.4.pdf>

14. Leite VBE, Faro ACM. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2005 mar [acesso em 2008 Jun 26]; 39 (1): [aproximadamente 5 p.] Disponível em <http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/pdf/50.pdf>

15. Barros ALBL, Guitiérrez MGR. Sistematização da assistência de enfermagem sob o referencial do cuidar. Anais do VII Sinaden; 2004 mai 29-31; Belo Horizonte: ABEn; 2004.

16. Bueno M, Noronha R, Araújo IEM. Visita pós-operatória de enfermagem: aplicação de instrumentos e apreciação dos enfermeiros. Acta paul enferm. 2002;15(4):45-54.

17. Rossi LA, Carvalho EC. A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. Anais do III Fórum Mineiro de Enfermagem. 2002; Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2002.

18. Koch RM, Horiuchi LNO, Paloschi IM, Ribas MLW, Motta HS, Walter RL. Técnicas básicas de enfermagem. 20ª ed. Curitiba: Século XXI; 2004.

19. Cintra E de A, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

20. Bodinski LH. Dietoterapia: princípios e prática. São Paulo: Atheneu; 2001.

21. American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced trauma life support for doctors: student course manual. Chicago: American College of Surgeons; 2004.

22. Guilamelon LF. Fratura de malar superior do tipo Le Fort II: avaliação e tratamento fisioterapêutico. Reabilitar. 2002;4(16):45-8.

23. Borges EL, Saar SR da C, Lima VL de NA, Gomes FSL, Magalhães MBB. Feridas: como tratar. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopemed; 2007.

24. Jorge SA, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.

25. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2008/10/18
Last received: 2008/11/08
Accepted: 2008/11/10
Publishing: 2009/01/01

Corresponding Address

Carolina Micheletti Gomide
Rua Aquidabam, 797 – Bairro Padre Eustáquio
CEP: 30720-420 – Belo Horizonte (MG), Brazil