



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC

Comunicações em Eventos - HRAC

2011-06-15

Assistência de enfermagem no HRAC-USP: a individualização e a humanização do cuidado

Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 44, 2011, Bauru.

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/46371>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

Assistência de enfermagem no HRAC-USP: a individualização e a humanização do cuidado

Dra. Cassiana Mendes Bertoncetto FONTES, Dra. Cleide Carolina da Silva Demoro MONDINI, Dorothea Maria Beckers Marques de ALMEIDA, Isabel Aurélia LISBOA, Dra. Maria Irene BACHEGA, Lilian Regina Leandro BERTOLINI, Márcia Toita SHINOMIA, Maria Cristina Avanzzi HERRERA
Enfermeiras HRAC-USP

O curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas tem por finalidade aprofundar os conhecimentos específicos e as habilidades técnicas no cuidado aos pacientes com fissuras labiopalatinas. A capacitação do Enfermeiro para a assistência humanizada e de alta complexidade é indispensável na equipe interdisciplinar.

A assistência de enfermagem do HRAC-USP está inserida em todas as Seções que atendem pacientes com anomalias craniofaciais: Seções de Internação, Semi e Intensiva, Ambulatório e Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização.

O acompanhamento dos pais e/ou cuidadores durante a internação do paciente faz parte do Programa Mãe-participante desde 1988, quando foi instituída nas unidades de pediatria e na Unidade de Cuidados Semi-intensivos a permanência da mãe/cuidador durante a internação cirúrgica e/ou tratamento pediátrico na faixa etária de 0 a 4 anos (MONDINI, FONTES, 1999).

Atualmente a média de internação é de 24 a 48 horas. A preocupação com os pacientes da faixa etária entre 4 e 18 anos estimulou-nos a ampliar a permanência do cuidador. A finalidade é minimizar os efeitos negativos que uma internação hospitalar pode trazer, além de colaborar com a recuperação cirúrgica e a preparação do cuidador e paciente para manutenção dos cuidados pós-operatórios em casa.

O atendimento sistematizado de enfermagem à gestante que dará à luz a uma criança com fissura labiopalatina e/ou anomalia craniofacial iniciou-se em 2008, em forma de projeto de pesquisa. É extremamente inevitável o impacto da família e da gestante mediante o diagnóstico ultrassonográfico de fissura labiopalatina. As principais reações emocionais da gestante e do casal/família que passa por essa situação, levam a reações emocionais como: choro, susto, ou surpresa, angústia, choque, culpa e tristeza. Esses sentimentos aparecem devido à expectativa que os pais tem em relação à idealização do filho esperado e à detecção do filho real. Desencadeia-se na gestante, então, um processo de luto devido à perda concreta da figura do filho idealizado, evidenciando os sentimentos depressivos e de pesar. Alguns diagnósticos de enfermagem dessa natureza são alvo de nossas intervenções durante a consulta de enfermagem à gestante. As orientações são realizadas de modo a obtermos resultados positivos frente à estimulação da criação

do vínculo materno-infantil, do incentivo ao aleitamento materno e do preparo para o cuidar do futuro bebê.

Em 2001, a Seção de Enfermagem do Ambulatório do HRAC/USP iniciou o atendimento às gestantes que procuravam e/ou ligavam para a Instituição, e que tinham conhecimento da malformação em seus bebês. Em 2008 tornou-se rotina na instituição e a sistematização desse atendimento foi protocolada em forma de projeto de pesquisa (FONTES, MONDINI, LISBOA, 2008). Constatamos que as principais reações emocionais das gestantes foram: choro; susto ou surpresa; angústia, choque, culpa, e tristeza. Estudos complementam que mães podem reagir com negação da realidade, isolamento, sensação de desamparo e impotência, ambivalência, rejeição, vergonha, raiva, pessimismo, frustração, e até somatização. (GALLO 2003; LAGO, 2001; LAGO E NUNES, 2002, 2003; VIANA, 1994). Os sentimentos apresentados justificam-se pelas expectativas que os pais apresentam em relação ao filho e à adaptação do filho ideal para o real. A imagem mental que a gestante faz do seu bebê durante a gestação sofre alterações radicais, o que desencadeia um processo de luto; pois, embora não tenha ocorrido uma perda concreta, perdeu-se a figura idealizada do filho, o que evidencia os sentimentos depressivos e de pesar (CARVALHO, 2006; LAGO, 2001).

A capacitação dos pais/cuidador e a aquisição de habilidades para o cuidar é de fundamental importância e relevante para o planejamento da assistência de enfermagem, envolvendo as técnicas de alimentação, higiene e conforto; cuidados pré e pós-operatório; manutenção das necessidades alimentares frente às dificuldades de sucção, deglutição, respiração e outras inerentes à natureza das malformações. A educação para o agente de autocuidado e o planejamento para a alta são aspectos imprescindíveis e vitais para a elaboração do plano das ações do cuidar em enfermagem. O foco da atenção direciona-se à família, o meio onde a criança vive e depende dos seus para manter a demanda terapêutica (MONDINI, 2008). O enfermeiro avalia as necessidades de cuidados dos pacientes e identifica no cuidador sua capacidade para o autocuidado e o nível de prontidão para aprender e assim estabelecer prioridades no planejamento das ações.(MONDINI, 2008).

O planejamento da assistência de enfermagem individualizada está solidificada na fases da Sistemática da Assistência de Enfermagem (SAE), fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta e na teoria do autocuidado de Orem. Utilizamos uma linguagem padronizada como as classificações internacional de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; MOORHEAD; JOHNSON.; MASS, 2008; NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2010). A padronização da linguagem é importante instrumento para a assistência, pesquisa e ensino na enfermagem. O seu uso possibilita a organização e o resgate dos dados documentados. (FONTES, 2006). Os diagnósticos, enquanto processo de julgamento clínico, são conteúdos essenciais que devem figurar nos sistemas de

informação em saúde (GAIDZINSKI et al, 2008) . A utilização e o processamento eletrônico de dados clínicos têm sido desenvolvidos na proposta da construção de planilhas eletrônicas da SAE na Seção de Semi-Intensiva do HRAC-USP, no estudo de Almeida e Fontes (2009).

A assistência de enfermagem na sala de exame de videoendoscopia da deglutição no HRAC-USP tem a finalidade de atender o paciente com fissura labiopalatina matriculados na Instituição com suspeita de distúrbios da deglutição associados a problemas respiratórios e alimentares. O enfermeiro realiza a consulta de enfermagem com a mãe/cuidador responsável do paciente, antes da realização do exame define quais os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados de enfermagem compreendendo a garantia da passagem segura de líquidos e sólidos da boca ao estômago controle dos fatores de risco para aspiração; controle do estado respiratório para troca de gases e ventilação adequados. (FONTES; MONDINI, 2009).

A humanização do atendimento através do preparo da criança, que será submetida à cirurgia de correção de fissuralabiopalatina, com o brinquedo terapêutico é tema de projeto de pesquisa, com apoio do CNPq, e que contribuiu para avaliarmos o comportamento infantil mediante a demonstração dos procedimentos em cenário lúdico. Os resultados ratificam a importância de que o brinquedo terapêutico é recurso de orientação e de educação especial no processo de reabilitação dos pacientes. (FONTES, et al, 2010).

Considerando que uma das primeiras preocupações da família ao receber a informação da malformação, é a de saber como lidar com a questão da alimentação do bebê conforme evidenciado na literatura específica (BIANCUZZO, 1998; TURNER et al, 2003; MARQUES, THOMÉ, PERES, 2007) e, que a assistência de enfermagem engloba, dentre outras, as atividades de educação, orientação, apoio e acompanhamento ao indivíduo e família, para a satisfação das suas necessidades básicas, a atuação da equipe de enfermagem nessa tarefa, juntamente com os demais profissionais envolvidos, é de extrema importância nesse processo de reabilitação, desde o momento do diagnóstico da fissura labiopalatina, seja durante a gestação ou após o parto.

Embora as fissuras labiopalatinas contribuam para as limitações dos lactentes com relação à sucção e deglutição, sabe-se da viabilidade do aleitamento materno para crianças com essa malformação, sendo que a capacidade de adaptação dos mesmos para a obtenção do leite diretamente do peito varia de acordo com o tipo e complexidade da fissura. Dessa forma, crianças com fissuras que acometem o lábio e o palato, ou apenas o palato, apresentam-se em desvantagem para mamar diretamente no peito, em relação àquelas com fissura de lábio isolada; porém, tal fato não inviabiliza a amamentação, mesmo que o desmame possa ocorrer mais precocemente (THOMÉ, 1990; 2003).

Para os bebês com fissura, alguns autores (BIANCUZZO, 1998; COX, 1991) destacam três aspectos básicos tanto da importância do leite materno como da amamentação diretamente no

peito. São eles: proteção contra infecções do ouvido médio e respiratórias às quais estão mais expostos; auxílio no estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê, trazendo satisfação, prazer e segurança para o bebê e auxílio no desenvolvimento dos músculos da face que o mecanismo de sucção no peito pode promover. É imprescindível correlacionar a importância do conhecimento teórico/prático sobre o manejo da amamentação, com as especificidades da amamentação para o bebê com fissura, uma vez que o sucesso da amamentação depende, dentre outros fatores, tanto da produção e liberação do leite materno como da sucção eficiente do bebê, mesmo com suas limitações.

Estudos relacionados à prática de amamentar o bebê com fissura (BIANCUZZO, 1998; THOMÉ, 1990; 2003; DALBEN et al, 2003) mostram que as dificuldades mais relatadas pelas mães, para a amamentação desses bebês, englobam as relacionadas à mãe, como: problemas com as mamas, cansaço e diminuição do leite e, as relacionadas ao bebê quanto à sucção não eficiente, dificuldade em manter a mama na boca, engasgos, tempo prolongado para a mamada, dificuldade de adequação da posição para mamar; irritabilidade do bebê e perda de peso. Para sanar as dificuldades, as mães que desejam amamentar criam estratégias próprias para a adaptação entre mãe e bebê (THOMÉ, 1990; 2003). Porém, os próprios relatos maternos mostram que a atuação dos profissionais de saúde envolvidos com a alimentação dessas crianças é relevante uma vez que podem fornecer auxílio e propor ações para que as mulheres sintam-se mais seguras e consigam, com mais rapidez, a adequação necessária entre mãe e bebê para a amamentação (THOMÉ, 2003).

As estratégias utilizadas pelas mães normalmente estão relacionadas à mudança da posição da criança de acordo com o tipo e lateralidade da fissura. Porém, além dessas estratégias, é de suma importância o preparo do enfermeiro para orientações gerais sobre amamentação, incluindo o auxílio técnico e cuidados com as mamas, além de orientações específicas de acordo com as necessidades individuais do lactente e da mãe como: paciência; a mãe segurar a mama com a mão para permitir que o bebê mantenha o mamilo e auréola na boca e executar movimentos de expressão da mama para que o leite flua para a boca do bebê até que ele consiga estabelecer seu próprio mecanismo de sucção; amamentar com mais frequência e/ou fazer pausas durante a amamentação; ordenhar o leite e oferecê-lo ao final da mamada com colher ou copinho para que a criança não permaneça mamando por tempo prolongado, e conseqüentemente, gastando mais energia e sem ingerir quantidade suficiente de leite nessa fase de adaptação; apoiar a região mandibular ou manter o dedo polegar próximo à fissura enquanto segura a mama na boca do bebê para tentar ocluí-la, auxiliando no selamento do lábio. Um aspecto que não pode ser esquecido é a posição do bebê que deve ser verticalizada para prevenir o escoamento do leite para o conduto auditivo principalmente para aqueles com fissura de palato ou de lábio e palato (MARQUES, THOMÉ, PERES, 2007).

Na impossibilidade do aleitamento materno, recomenda-se a ordenha manual do leite materno, oferecendo-o com colher ou mamadeira com bico ortodôntico. Orienta-se a higiene oronasal, antes e após cada mamada, com cotonete embebido em água filtrada ou fervida; oferecer a mamadeira em posição semi-sentada no colo; não apertar o bico nem a mamadeira e não aumentar o furo do bico devido risco de aspiração; colocar o bico da mamadeira no lado da fissura visando ao estímulo da musculatura facial afetada; orientar os cuidadores que a mamada pode demorar mais do que a de uma criança normal devido ao esforço que dispense para sugar, causando cansaço e, com isso, interrupções frequentes durante as mamadas; após as mamadas, colocar em posição vertical, para eructar e, em seguida, no berço, em decúbito lateral, com a finalidade de prevenir riscos de aspiração, em caso de regurgitamento, ou asfixia, se houver refluxo pelas narinas de parte do leite ingerido (MARQUES, MARTINELLI, 1992).

A assistência de enfermagem pré-operatória é realizada por equipe multiprofissional, para coletar dados relevantes, com a finalidade de orientar clientes e familiares, quanto ao procedimento anestésico-cirúrgico e de enfermagem, esclarecimento de dúvidas e atenuar a ansiedade. A visita pré-operatória é realizada pelo enfermeiro em grupo e individualmente, com orientações pertinentes ao preparo do cliente para a cirurgia: horários, medicação pré-anestésica, jejum, higiene e preparo do corpo e local a ser operado, monitorização do paciente, fluxo de encaminhamentos do cliente/acompanhante (CIANCIARULLO, CARVALHO, BIANCHI, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO, 2009).

Na admissão de paciente para cirurgia é verificado o jejum, a condição clínica, orientação específica, informações no cuidado pós-operatório e a presença do acompanhante no processo de cuidar. O paciente é preparado para a cirurgia e encaminhado ao CC. Os profissionais envolvidos na realização do ato anestésico-cirúrgico devem promover o conforto e a segurança, desde a recepção à alta, por meio de instrumentos que qualificam a assistência, bem como do uso equilibrado das tecnologias leves, leve-dura e dura (MERHY, 2002). Na recuperação anestésica tem-se utilizado o índice de Aldrete e Kroulik (CIANCIARULLO, CARVALHO E BIANCHI, 2007).

O enfermeiro avalia os sinais e sintomas referentes ao sistemas cardio-respiratório, neurológico, renal, suporte nutricional, eliminações, integridade da pele/tissular alterada relacionada à incisão cirúrgica, observação e controle dos riscos/sufocação, acesso venoso, promove segurança e conforto ao paciente); (NETTINA, 2003; BIAZON; PENICHE, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO, 2009). A Sistematização da Assistência de Enfermagem é operacionalizada em impresso de enfermagem, contemplando todas as fases do processo de enfermagem (FONTES, 2001).

O acompanhante/cuidador permanece com o paciente no pós-operatório, o que favorece a integralidade da assistência, o aprendizado efetivo para o auto-cuidado, proporciona o inter-relacionamento da equipe de enfermagem e família (MONDINI, 2001, 2008).

A assistência de enfermagem referentes aos cuidados com o lactente com Seqüência de Robin isolada é baseada nos construtos teóricos de Orem e nas necessidades humanas básicas de Wanda Horta (HORTA, 1979; OREM, 1995). A assistência visa à melhora da respiração e alimentação e os cuidados abrangem quatro categorias: intubação nasofaríngea (INF), posicionamento, alimentação por sonda nasogástrica (SNG), e manutenção das técnicas facilitadoras da alimentação (TFA). Quanto às intervenções relacionadas a INF, evidencia-se o preparo, inserção, fixação, verificação do posicionamento e higienização da cânula quanto ao tratamento postural, evidencia-se a permanência em decúbito ventral ou lateral, com cabeceira elevada de 35 a 45°(MONDINI et al., 2009). Em relação a SNG, compreendem o posicionamento da sonda e do lactente, verificação do resíduo gástrico, controle do gotejamento e manutenção da permeabilidade da sonda. Já as intervenções relacionadas as TFA constam de monitorização por oximetria de pulso, posicionamento do cuidador e da criança, massagem para anteriorização da língua, estimulação não nutritiva, tamanho do furo do bico, densidade da dieta, respiração ruidosa durante a oferta, presença de tosse, engasgo e cianose (NASSAR et al., 2006). A gastrostomia/funduplicatura é uma modalidade de tratamento indicada em casos mais graves de disfagia acompanhada de refluxo gastroesofágico e a traqueostomia em caso de obstrução grau II, quando não há melhora do padrão respiratório com a INF e graus III e IV de obstrução. Todos os cuidados realizados são repassados para os cuidadores, a fim de prepará-los para autocuidado durante o período de internação, treinando-o e capacitando-o para a continuidade dos cuidados em seu domicílio, favorecendo a qualidade de vida desses lactentes com SRI (OREM 1995).

A distração osteogênica consta de uma modalidade alternativa, para o tratamento de deformidades craniofaciais, incluindo a microssomia hemifacial e micrognatia. Pode ser empregada em diferentes estágios do crescimento e desenvolvimento craniofacial (Maia, Gil e Izquierdo 2007).

Os distúrbios respiratórios relacionados à retrusão do terço médio da face, e à falta de proteção do globo ocular, têm sido utilizados como indicações absolutas para a intervenção, associada a remodelagem craniana. Os vetores da tração óssea, pontos decisivos no planejamento da cirurgia, têm relação direta como os distratores utilizados (Alonso et al 2009).

A ativação do aparelho se inicia após cinco dias da instalação, na frequência de 1 mm ao dia. Esse padrão de distração tem sido preconizado, pois uma ativação mais lenta (menos que 0,5mm ao dia) pode levar a uma ossificação prematura e fusão dos segmentos ósseos. Por outro lado, uma ativação mais rápida (mais que 1,5 mm por dia) pode provocar a formação de um tecido fibroso no lugar do tecido ósseo (Bertoli et al 2010).

A distração osteogênica da maxila, proporciona o alongamento ósseo estável em pacientes tratados de fissura labiopalatina, com deficiências pósterio – anteriores da maxila, melhorando a classe oclusal e o perfil facial (Vaccari-Mazzetti, Kobata e Brock 2009).

O planejamento dos cuidados de enfermagem são baseados nos referenciais da NANDA-Internacional (NANDA-I 2010), e as intervenções na NIC (Dochterman e Bullecek 2008). Os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem mais frequentes são respectivamente: dor aguda-administração de analgésicos e controle da dor; risco de volume de líquidos deficiente- controle hídrico, redução de sangramento; risco de infecção- cuidados com lesões e controle de infecção: trans-operatória; risco de aspiração- aspiração de vias aéreas e controle de vômito; integridade tissular prejudicada- supervisão da pele e posicionamento; integridade da pele prejudicada-prevenção de úlcera de pressão e cuidados com tração e mobilização, (NANDA-I 2010 e Dochterman e Bullecek 2008).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. M. B; FONTES, C. M. B. O registro eletrônico de enfermagem e a utilização de linguagem padronizada: estudo parcial. In: Simpósio Internacional PROCESSO DE ENFERMAGEM: VERDADES E DESAFIOS, 3., 2009, Bauru. *Anais...* Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2009. v. 1 p. 43.
- ALONSO, N et al. Tratamento cirúrgico das craniofacioestenoses sindrômicas: avanço facial com distrator externo. Vetores finais e resultados em 8 anos de seguimento. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2009; 12(4): 163-8.
- BERTOLI FM de P, Gil L de M, Izquierdo P do NP. Distração osteogênica: uma revisão da literatura. *POS – Perspect. Oral Sci.* v.2 n1. Abr, 2010.
- BIANCUCUZZO, M. Clinical focus on clefts. Yes! Infants with clefts can breastfeed. *AWHONN Lifelines*, Philadelphia, v.2, n.4, p.45-49, Aug. 1998.
- BIAZON, J.; PENICHE, A. C. G. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v.42, n.3, p.519-525, set. 2008.
- CARVALHO, Q. C. M. et al. Malformação congênita: significado da experiência para os pais. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v.5, n.3, p.389-397, set./dez. 2006.
- CIANCIARULLO, T.; CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. In: BIANCHI, E. R. F.; LEITE, R. C. B. O. *Modelos de assistência de enfermagem perioperatória*. Barueri: Manole, 2007. p.38-60.
- COX, B. G. *Looking forward: a guide for parents of the child with cleft lip and palate*. Gainesville: Mead Johnson, 1991. 37p.
- DALBEN, G. S. et al. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Pittsburgh, v.40, n.1, p.84-87, Jan. 2003.
- DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 4a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988p.
- FONTES, C. M. B. *Fissuras lábio-palatais: diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório*. São Paulo. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

- FONTES CMB. *Fissuras Lábio-Palatais; Diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
- FONTES, C. M. B. *Perfis de diagnósticos de enfermagem antes e após a implementação da classificação da NANDA-I*. 2006. 112 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- FONTES, C. M. B.; MONDINI, C. C. D. S. Assistência de enfermagem na videoendoscopia da deglutição: risco de aspiração e de deglutição prejudicada. In: Simpósio Internacional processo de enfermagem: verdades e desafios, 3., 2009, Bauru. *Anais...* Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2009. v.1 p.43.
- FONTES, C. M. B.; MONDINI, C. C. S. D.; LISBOA, I. A. *Assistência de enfermagem no aconselhamento pré-natal à gestante no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2008, 13 p. [Projeto de pesquisa em desenvolvimento 2009-2010].
- FONTES, C. M. B et al. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. *Rev. Bras. Educ. Espec.*, Piracicaba, v.16, n.3, Jan-abr. 2010.
- GAIDZINKI et. al. Impacto da Classificação de Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica do enfermeiro. In: *Diagnóstico de Enfermagem na Prática Clínica*. Artmed. São Paulo. 368 p.
- GALLO, M.A. *A tristeza no espelho: reflexões sobre o olhar materno a bebês malformados*. 2003. 139f. Tese. São Paulo.
- HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: ed. Pedagógica e universitária; 1979.
- LAGO, C. P. *Manifestações psicológicas em mães de crianças portadoras de fissuras labio-palatal*. 2001. 167f. Tese (Doutorado), Porto Alegre, 2001.
- LAGO, C. P.; NUNES, M. L. T. Mães de crianças portadoras de fissuras lábio-palatais: luto ou pesar crônico. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, n.19, p.65-73, jul./dez. 2003.
- MAIA LGM, et al. Utilização da distração osteogênica mediana sagital para tratamento da atresia mandibular. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial* v.12 n.3 p. 63-74 Maringá maio/jun. 2007.
- MARQUES, I. L.; MARTINELLI, A. J. A. . Alimentação das crianças portadoras de fissuras congênitas lábio-palatais nos dois primeiros anos de vida. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v.68, n.3/4, p.87-92, mar./abr. 1992.
- MARQUES, I. L.; THOMÉ, S.; PERES, S. P. Aspectos pediátricos. In: Trindade, I. E. K.; Silva Filho, O. G. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p.51-71.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.
- MONDINI, C. C. S. D. *Os agentes de autocuidado e a utilização de orientações disponíveis no cenário do processo cuidativo da criança portadora de fissura lábio-palatal*. São Paulo. 134p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- MONDINI, C. C. S. D. *Avaliação da capacidade de cuidadores de lactentes com seqüência de Robin*. 2008. 154p. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2008.
- MONDINI, C. C. S. D.; FONTES, C. M. B. Programa "mãe participante". *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.52, n.1, p.100-104, jan./mar. 1999.
- MONDINI, C. C. S. D. et al. Nasopharyngeal intubation in Robin sequence: technique and management. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Pittsburgh, v.46, n.3, p.258-261, May 2009.
- MOORHEAD S.; JOHNSON, M.; MASS, M. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 872p.
- NASSAR, E. et al. Feeding-facilitating techniques for the nursing infant with Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Pittsburgh, v.43, n.1, p. 55-60, Jan. 2006.
- NETTINA, S. M. *Prática de enfermagem*. 7a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 1694p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed; 2010. 456p.

OREM, D. E. *Nursing concepts of practice*. 5. ed. St Louis: Mosby, 1995. 94p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO. *Práticas recomendadas - SOBECC*. 5a. ed. São Paulo: SOBECC, 2009. 300p.

THOMÉ, S. *Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato*. 1990. 245p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

THOMÉ, S. *Processo de amamentar para mães de crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato segundo a perspectiva do interacionismo simbólico*. 2003. 172p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

TURNER, L. et al. The effects of lactation education and a prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac. J.*, Pittsburgh, v.38, n.5, p.519-524, Sept. 2001.

VACCARI-MAZZETTI MP, KOBATA, CS, BROCK RS. Distração óssea maxilar na sequela de fissura lábio palatina. Relato de caso. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v.38 – Sup 01. 2009.

VIANNA, M.L.; GIACOMONI, C.H.; RASHID, L. "O que fiz por merecer?": aspectos psicológicos da relação mãe-filho malformado. *Rev. Odonto Ciênc.*, Porto Alegre, v.9, n.17, p.21-29, jun. 1994.