"REABILITAÇÃO DE LESÕES LÁBIO-PALATAIS — UMA EXPERIÊNCIA DE ENFERMAGEM"

* Analice Gomes Bueno
Marília Irene Bachega
Sandra Thomé

RBEEn/12

BUENO, A. G. e Colaboradoras — Reabilitação de lesões lábio-palatais — uma experiência de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 33 : 242-252, 1980.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de uma experiência prática do Serviço de Enfermagem junto ao Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (HPRLLP), da Universidade de São Paulo, em Baurú, que tem por finalidade precípua a prestação de serviços: médico, cirúrgico, odontológico, fonoaudiológico, psicológico, social, pedagógico e de enfermagem a portadores de malformações congênitas lábio-palatais ("lábio leporino" e "goela de lobo"), dentro de padrões técnicos e científicos para cada caso, independentemente de qualquer condição social, financeira, sexo, cor, raça, religião e nacionalidade. Trata-se do primeiro hospital da Amé-

rica Latina e oferecer tratamento global e especializado, através da atuação de uma equipe interprofissional, pois a recuperação total (estética, funcional e psicológica) depende de tratamentos complexos, que deverão ser realizados de forma integrada (figura 1).

Nesta equipe, que se preocupa com a criança desde o nascimento até a idade adulta, visando o atendimento concomitante de todas as implicações envolvidas nos tipos de lesões lábio-palatais, evidenciamos a importância do Serviço de Enfermagem nos períodos pré, trans e pós-operatório a crianças portadoras de fissura transforame incisivo unilateral completa, na faixa etária de 1 dia a 1 ano de idade.

* Alunas do curso de Habilitação de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem do Sagrado Coração, de Bauru.
Enfermeiras do Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da Universidade de São Paulo, em Bauru.

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

2.1. O PROBLEMA

As fissuras congênitas de lábio e palato são, das malformações faciais, as mais frequentes, constituindo grave problema médico-odonto-psico-fono-social.

Estudos sobre a sua ocorrência têm sido realizados em todas as partes do mundo. Pesquisas são conduzidas visando contribuir para um melhor conhecimento dos fatores etiológicos e da eventual influência de raça, sexo, idade dos pais, condições sociais de vida, ação de drogas etc. É evidente que esses fatores não determinam o aparecimento das malformações, mas parecem ser causas predisponentes e a elucidação de seu exato papel é, portanto, de grande importância e interesse.

No Brasil, se bem que não é possível ainda saber o número exato de fissurados, estima-se existirem cerca de 180.000 portadores e sabe-se que a ocorrência é da ordem de grandeza de 1 para cada 650 nascimentos, sendo a mortalidade no 1.º ano de vida em torno de 35%. Além disso, entre o sobreviventes muitos não são tratados; quando o são, esse tratamento é feito de modo parcial, por profissionais não especializados, cuja atuação isolada, de modo geral, ao invés de resolver agrava ainda mais o problema, impedindo na maioria das vezes uma futura viabilidade de correção completa.

2.2. O NASCIMENTO

Compreende-se facilmente que o nascimento de uma criança com esse defeito pode constituir um choque para os pais. Nessas situações costuma sobrevir um sentimento grave de frustração (que mais desejamos na vida que a saúde e a normalidade de nossos filhos?); quando não, aparece o de culpa. Com efeito, é espelhada a noção de que o lábio leporino e a goela são estigmas

de degenerescência, expressão de alguma tara, quando não se pensa, como fazem os menos esclarecidos, em mau-olhado. Surgem então as dúvidas entre os pais, cada qual podendo suspeitar que o outro membro do casal traga em si a tara ou martirizando-se com a idéia de ser, ele mesmo, o elemento anormal, causador do que à primeira vista lhe parece irremediável desgraça. Muitos, por isso, escondem a criança, como se ela fosse uma vergonha, chegando alguns a rejeitá-la como se amaldiçoada por forças superiores.

É claro que não existe culpa, mas o fato acarreta em geral repercussões extremamente danosas à criança. Ela é recebida no lar "sob tensão", além de encontrar dificuldades físicas, como de mastigação, deglutição, respiração e audição.

2.3. FAMÍLIA E ACEITAÇÃO

O nível de aceitação da família em relação ao defeito varia de acordo com a classe social. Nas classes baixa e média inferior a aceitação deve-se à existência de padrões culturais projetadas em termos de superstições, onde a explicação para a ocorrência do mesmo baseia-se em credências populares, como a de colocação de chave no seio no período de gestação, castigo, ocorrência de chacotas ou fixação por parte da mulher grávida a um fissurado (teoria da marcação) etc.

Associada a esse atraso cultural, observa-se que a aceitação do problema é mais significativa e sempre se baseia em valores teológicos, isto é, de acordo com a vontade de Deus (a qual não deve ser contrariada), sem contar com a acomodação dos pais quanto ao problema, devido ao meio ambiente limitado e sem muitas solicitações ou exigências sociais.

Especificamente nas famílias de classe média, observa-se que, embora

ligada a crenças populares ou superstições (em menor escala), a explicação da ocorrência do defeito não é só a nível de valores teológicos mas psicofisiológicos.

Quanto à aceitação do problema, nota-se que nas classes média e média superior as dificuldades são maiores, pois as famílias são mais conscientes quanto aos obstáculos a serem enfrentados por seus filhos em relação à rejeição social, além das indagações e satisfações sociais a que estão sujeitos. Essas situações decorrem de uma vida social mais ampla, com exigências sempre novas e diferentes.

2.4. A INTERNAÇÃO NO H.P.R.L.L.P.

Os pacientes, ao virem para o H.P.R.L.L.P. pela primeira vez a fim de fazerem sua matrícula (às terças-feiras, 7,30) juntamente com seus pais ou responsáveis, passa por diversas etapas.

Em primeiro lugar são encaminhados ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico) para a abertura dos prontuários; em seguida todos os pacientes e acompanhantes são levados ao anfiteatro para receberem orientação geral sobre as malformações lábio-palatais e o tratamento realizado no hospital, dada pelos profissionais das múltiplas áreas (médico-odonto-psico-fono-social e enfermagem). A partir daí irão passar por todos os setores, inclusive o de documentação, onde serão tiradas fotografias para análise e controle das modificações estéticas.

Após a explicação dos profissionais, o acompanhante é encaminhado ao Setor de Enfermagem, onde a enfermeira dá orientações sobre os cuidados necessários para com a criança fissurada, fornecendo por escrito um dos cuidados principais — a alimentação (sua técnica, qualidade e quantidade).

Por último, é encaminhado ao Serviço Social onde, após análise de rotina

(constante do prontuário), é entregue um cartão com a data de retorno, dada pelo SAME, segundo requisito dos profissionais.

Nessa primeira vez só ficará interna a criança que já se encontrar em condições para a queiloplastia ou aquela na qual algum dos profissionais achar necessário um tratamento que necessite de constante vigilância. As demais irão com a receita e os medicamentos (se não tiver condições de comprá-los) para o tratamento em casa.

Quando chega o dia do retorno (às quartas e quintas-feiras, 7,30), a criança vem em jejum para ser submetida a exames laboratoriais de rotina (Tc, Ts, série vermelha e tipagem) e outros, se o pediatra achar necessário. Após os resultados dos exames, ela passará pelos profissionais que pediram seu retorno e se todos derem condição cirúrgica ela será então encaminhada inicialmente à Odontopediatria, para a moldagem dos arcos dentários superior e inferior e, em seguida ao Setor de Enfermagem, para internação, onde a enfermeira fará nova entrevista com o acompanhante (anexo 2), com a finalidade de obter dados para traçar um plano de cuidados de acordo com as necessidades básicas da criança.

A partir do momento da internação a criança passará a receber cuidados integrais, de acordo com o plano de cuidados e orientações da equipe multiprofissional, pelo pessoal de enfermagem, onde todos são devidamente orientados pelas enfermeiras.

Ressalte-se que as condições essenciais necessárias para que a criança seja submetida à queiloplastia são:

- condição clínica muito boa
- idade: 10 semanas
- peso: 6,000 kg
- hemoglobina: 10g%.

A criança só será submetida à palatotomia a partir dos 18 meses de idade.

3. A ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DO FISSURADO

3.1. PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

Para que a criança atinja o padrão exigido para a cirurgia (quelloplastia), dependerá em muito da enfermagem que, além de seguir as orientações médicas para o seu tratamento clínico, é a responsável por dois fatores importantíssimos — a nutrição e o brusco desligamento entre a criança e a sua mãe.

3.1.1. A NUTRIÇÃO

Técnica de alimentação através da mamadeira

Não difere da técnica normal de administração de mamadeira, exigindo, porém, requisitos essenciais, tais como:

- antes de cada mamada deve ser feita higiene oro-nasal com cotonetes embebidos em água, devido ao grande acúmulo de secreções nessa região;

- paciência, pois cada mamada leva em torno de 30 a 40 minutos, isto porque devido à malformação lábio-palatal o esforço da criança será maior, causando cansaço, dificultando a sucção e tendo que haver, portanto, paradas durante as mamadas;

- orifício do bico da mamadeira de tamanho normal, para que se evite grande fluxo do leite, o que poderá causar asfixia da criança e conseqüente regurgitação. Além disso o orifício estimula a sucção, muito importante para o desenvolvimento da fala;

- o bico da mamadeira deverá estar coberto de leite para evitar a ingestão de ar excessiva, observando que a criança com fissura lábio-palatal normalmente apresenta esse problema;

- lado da fissura: não deve se evitar a fissura e sim dar estímulos na musculatura afetada;

- posição ereta da criança para eructação, devido à grande ingestão de ar;

- após cada mamada, a higiene oro-nasal é feita através de pequena quantidade de água ou chá, para que se evite a permanência de resíduos e partículas de leite nessa região, o que poderá ser um meio de cultura excelente para a proliferação de germes, aumentando, conseqüentemente, o número de infecções;

- colocar a criança, após a mamada, em decúbito lateral, diminuindo assim o risco de asfixia, pois apesar da eructação há refluxo, pela narina, de parte do leite ingerido.

— A papa

A papa é oferecida através de colher, mantendo os mesmos padrões de posição de higienização da criança quando alimentada por mamadeira. É importante estimular a preensão labial, para que a criança possa sentir o alimento antes da deglutição; isto irá auxiliar no desenvolvimento da mobilidade e propriocepção.

3.1.2. CUIDADOS PSICOLÓGICOS

A hospitalização da criança é quase sempre um choque emocional para ela, por ser separada do ambiente familiar, principalmente a mãe e, também, por ingressar em um ambiente desconhecido com muitas pessoas estranhas; porém, os lactentes em geral não são possuídos de medo, no entanto sofrem muito pela falta de afeto. Levando-se em consideração o fato de que neste hospital a média normal de permanência dos pacientes é em torno de 12 dias, cabe totalmente à enfermagem um cuidado muito especial para com elas.

Sabe-se que pode ocorrer nos lactentes hospitalizados um quadro clínico complexo, que é o hospitalismo, carac-

FIGURA 2 — Quadro clínico do problema alimentar da criança com fissura lábio-palatal

terizado por: deficiência de ganho de peso, menor tempo de sono, apatia, aspecto infeliz, raramente a criança sorri ou vocaliza, indiferença no apetite, maior frequência de evacuações, pequenas infecções de vias aéreas superiores com longa duração. Se entrar nesse quadro, fica mais difícil o seu tratamento pré-cirúrgico, demorando mais ainda o seu tempo de internação para que a criança possa entrar em condição de cirurgia.

Para se evitar tais acontecimentos, a enfermeira deve estar ciente desse complexo quadro clínico e saber orientar todo o pessoal de enfermagem quanto aos cuidados psicológicos a essas crianças. Assim sendo, toda criança ao ser internada neste hospital, é auxiliada por esse pessoal quanto à sua adaptação ao berçário através de muito carinho e atenção; ela é levada, duas vezes ao dia (manhã e tarde), para uma

recreação ao ar livre; no próprio berçário o clima é propício (muitos brinquedos; as berçaristas setam-se com eles sobre um grande forro no chão para juntos brincarem grande parte do dia; ficam parte do tempo sentados no bebê-conforto); para isto existem duas berçaristas para oito berços. Tudo é feito com auxílio da orientação também das psicólogas e fonoaudiólogas para o bem-estar emocional dessas crianças.

Quando a criança se encontra apta para ser submetida à cirurgia, a data é marcada. No dia anterior ela recebe a visita do cirurgião e do anestesista para reavaliação. Aí então é encaminhada ao setor de fotografia e odontopediatria (moldagem dos arcos dentários) para controle, caso isso não tenha sido possível fazer no dia da internação.

A última mamadeira é oferecida em quantidade normal, 8 horas antes da cirurgia.

No dia da cirurgia, após o banho e verificação dos sinais vitais (TPR), a criança é encaminhada ao Centro Cirúrgico, onde o anestesista faz uma nova avaliação, então submetendo-a ao pré-anestésico.

A base pré-anestésica varia de acordo com a idade e o peso da criança, onde são utilizados, por via intramuscular:

- derivados de meperidina,
- derivados de fenotiazina,
- sulfato de atropina,

45 minutos antes da indução anestésica.

3.2. PERÍODO TRANS-OPERATÓRIO

Na queloplastia a anestesia utilizada é a geral com entubação oro-traqueal.

Após a indução que normalmente é feita com barbitúricos, seguida de relaxantes musculares de ação rápida com tomadas de veia do dorso da mão, dobra do cotovelo ou maléolo interno usando-se agulhas tipo Butterfly mantida a conexão com soluto glicosado. Ventila-se o paciente com oxigênio puro, sob máscara em seguida à entubação traqueal é feita usando-se laringoscópio sob visão direta e entubação com sonda lisa. A fixação desta se faz tanto na comissura labial do lado oposto, evitando-se repuxamento ou no médio lábio inferior, com esparadrapo ou adesivo similar. Circuito aberto, sem reinalação é instalado, o paciente é auxiliado na ventilação até que passe a respirar espontaneamente, passada a curarização. Jackson Rees, KT5, T de Ayres, ou tubo em Y são os equipamentos utilizados e a manutenção é feita com hidrocarbonados halogenados (Fluotane ou Halotano) em concentrações que variam de 0,5 a 1,5% em mistura com oxigênio 100% ou também com óxido nítrico-oxigênio, com respiração espontânea.

A ausculta de ventilação dos hemitoraces e precórdio é feita, onde o estoscópio é fixado.

A técnica cirúrgica utilizada na queloplastia é a "zetaplastia".

A equipe do Centro Cirúrgico é composta por:

- 1 cirurgião plástico,
- 1 anestesista,
- 1 instrumentadora,
- 2 circulantes,
- 1 enfermeira.

3.3. PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Terminada a cirurgia a extubação é feita após verificação do oro-faringe, aspiração, remoção de eventuais coágulos ou corpos estranhos do hipo-faringe que ali podem se localizar eventualmente. Há conveniência de se extubar em planos anestésicos não muito superficiais para se evitar espasmos glóticos ou traqueo-brônquicos. Verificada a liberdade das vias aéreas, a boa ventilação, recomenda-se postura de decúbito lateral para eventual drenagem de secreções (salivares-hemorrágicas) pela comissura labial do lado oposto operado. Em seguida, é levado o paciente para a sala de recuperação pós-anestésica que se situa no próprio Centro Cirúrgico, onde permanecerá juntamente com uma funcionária da enfermagem para uma constante observação. Os cuidados imediatos serão feitos de acordo com a orientação da enfermeira e dependerá do trans-operatório.

Quando dificuldades respiratórias surgem decorrentes de entubações difíceis e traumatizantes, corticóides são administrados, a oxigenação 100% é ativada e a vigília pós-operatória rigorosa.

A enfermagem participa ativamente, juntamente com os outros membros da equipe cirúrgica, no controle desses pacientes, observando-os constantemente e tomando medidas de urgência, visto que, além do controle de respiração, são

necessários controles de sangramento, pulsação, diurese, vômitos, consciência do paciente (agitações, prostrações etc.).

Estando o paciente bem recuperado, ele é liberado pelo anestesista e encaminhado ao berçário, onde os cuidados integrais terão continuidade.

A criança chegará ao berçário com um curativo sobre a incisão cirúrgica, o qual é realizado no Centro Cirúrgico da seguinte maneira: limpeza da ferida operatória com soluto fisiológico e sobre a mesma colocada uma pequena gaze vaselinada a qual é coberta com gaze seca e mantida em posição com uma tira de esparadrapo. Após 24 horas o curativo é removido e a ferida é mantida descoberta, procedendo-se a desinfecção da área com antissépticos comuns.

Todas as suas reações e reflexos são importantes; como não é possível fazer com que o bebê não leve a mão ao local da cirurgia, restringe-se o movimento de flexão da articulação braço-antebraço (utiliza-se a capa protetora do carretel de esparadrapo).

Os berços são protegidos lateralmente com espumas para evitar batidas nas grades.

A alimentação é reiniciada assim que a criança comece a aceitar, em qualidade e quantidade idênticas às anteriores à cirurgia, porém com técnicas diferentes como se segue.

O leite, que antes era oferecido através de mamadeira, passará então a ser oferecido com colher, evitando-se assim o esforço da região operada.

A alimentação adequada será de acordo com cada faixa etária, desde que seja líquida ou batida no liquidificador, podendo também ser oferecida frutas amassadas ou raspadas.

A retirada de pontos é feita após 72 a 96 horas e a criança será encaminhada ao setor de fotografia para o controle da documentação. A partir desse momento, após a avaliação pediátrica e cirúrgica a criança receberá alta.

Quando seus pais chegam ao hospital para levá-la, é marcado o próximo retorno e a enfermeira dará orientações para que os cuidados tenham continuidade em casa (anexo 2).

3.4. O PAPEL DA ENFERMEIRA NA EQUIPE DE REABILITAÇÃO

Levando-se em consideração a faixa etária dos pacientes em estudo (1 dia a 1 ano), o papel da enfermeira na equipe de reabilitação, em resumo, é o seguinte:

- orientação geral aos familiares;
- orientação específica à mãe da criança;
- elaboração do plano de cuidados;
- orientação à equipe de enfermagem sobre os cuidados a serem prestados;
- supervisão direta da execução do plano de cuidados principalmente quanto à: alimentação, higienização, medicação e humanização hospitalar;
- observação constante às crianças para notificação de qualquer alteração física, fisiológica ou de comportamento;
- acompanhamento e atendimento durante as visitas médicas;
- controle do encaminhamento da criança ao laboratório de análises clínicas para exames pré-cirúrgico;
- elaboração da escala cirúrgica (2 crianças fixas e 1 de reserva);
- supervisão no preparo, esterilização e armazenamento do material do Centro Cirúrgico e do posto de enfermagem;
- responsável pela manutenção do material e equipamentos do Centro Cirúrgico;
- responsável pelo controle e estocagem dos entorpecentes e psicotrópicos;
- orientação e supervisão das funcionárias do Centro Cirúrgico;

— orientação e supervisão às funcionárias quanto aos cuidados a serem prestados na sala de recuperação, de acordo com o trans-operatório;

— recepção do paciente operado no berçário;

— elaboração do plano de cuidados pós-cirúrgico;

— supervisão da execução do plano;

— comunicar o SAME sobre a alta da criança;

— orientar a mãe ou responsável que vier buscar a criança quanto aos cuidados que deverão ter continuidade em casa.

Devemos ressaltar que:

— as enfermeiras mantêm constante diálogo com todos os profissionais responsáveis por cada paciente e,

— este hospital presta seus serviços a fissurados de todas as idades e portanto os cuidados de enfermagem diferem de acordo com a faixa etária.

4. RESULTADOS COMPROBATÓRIOS

Baseados nos critérios, normas e rotinas do serviço de enfermagem expostos, desejamos demonstrar praticamente a sua eficiência e para tanto escolhemos aleatoriamente 50 prontuários de pacientes portadores de fenda transforame incisivo unilateral completa, de ambos os sexos, na faixa etária de 1 dia a 1 ano, regularmente matriculados no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, da Universidade de São Paulo, em Baurú.

TABELA 1 — Média e desvio-padrão da idade, peso e tempo de internação *

PARÂMETROS ESTATÍSTICOS	Idade (meses)	Peso (kg)			Internação (dias)		
		dia in ternação	dia ci rurgia	dia da alta	pré-ope ratório	pós-ope ratório	total
Média	7	7.645	8.082	8.238	4	8	12
Desvio-padrão	3	1.905	1.619	1.584	3	3	6

* Dos 50 casos estudados 4 não foram considerados para obtenção desses dados por apresentarem grau de desnutrição com baixo potencial de reparação.

Foram fixadas como medida de avaliação a idade, o peso, tempo de internação pré e pós-cirúrgico (tabela 1). O peso foi obtido em três épocas pré-fixadas, ou seja, no dia da internação, no dia da cirurgia e no dia da alta. O

estado nutricional foi estabelecido através do peso, considerando o cálculo dos limites das desnutrições de 1.º, 2.º e 3.º graus, segundo critério de GOMES. Pesos normais segundo MARQUES e col. (tabela 2).

TABELA 2 — Número e porcentagem de pacientes segundo o estado nutricional definido através do critério de GOMEZ *

ESTADO NUTRICIONAL	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
normal	25	69%	8	57%	33	67%
desnutrição 1º grau	7	19%	6	43%	13	25%
desnutrição 2º grau	3	8%	—	—	—	6%
desnutrição 3º grau	1	3%	—	—	1	2%
TOTAL	36	99%	14	100%	50	100%

* Desnutrição: — de 1.º grau: déficit de peso superior a 10%

— de 2.º grau: déficit de peso superior a 25%

— de 3.º grau: déficit de peso superior a 40%

5. CONCLUSÕES

O estudo de 50 pacientes portadores de fenda transforame incisivo unilateral completa, na faixa etária de 1 dia a 1 ano, permitiu-nos as seguintes conclusões:

1. A queiloplastia foi realizada entre 4 e 10 meses com média de 7 meses;

2. O ganho de peso entre o dia da internação e o dia do ato cirúrgico foi de, em média, 450 gramas, e deste dia ao dia da alta, foi 160 gramas, atestando a perfeita adaptação hospitalar da cri-

ança, fato demonstrativo também da eficiência do serviço de enfermagem;

3. O tempo de internação pré-operatório foi em média 4 dias e pós-operatório 8 dias, perfazendo um total de 12 dias;

4. O estudo do estado nutricional revelou que de cada 10 crianças que internam, 7 apresentam o peso normal, 2 com desnutrição de 1.º grau e 1 com desnutrição de 2.º ou 3.º grau;

5. Dos 50 casos apenas 5 apresentaram grandes dificuldades para recuperação.

BIBLIOGRAFIA

1. ABDO, R.C.C. — *Estudo antropométrico, dentário e ósseo de brasileiros brancos, portadores de fenda transforame incisivo*. Baurú, 1979 (Tese — Faculdade de Odontologia de Baurú da Universidade de São Paulo).
2. BLAKE, F. G. — *Enfermería pediátrica*. 8.ª ed., México, Interamericana, 1973.
3. BROSCO, H. B. — *Avaliação estética, psicológica, fonoaudiológica, pedagógica e social de portadores de fenda transforame incisivo unilateral*. Baurú, 1978 (Tese — Faculdade de Odontologia de Baurú da Universidade de São Paulo).
4. GESTEIRA, R. M. — *A nova puericultura*. 2.ª ed., São Paulo, BYK, 1975.
5. KASSIS, W. — *Correção do lábio leporino unilateral pela plástica em Z*. Contribuição táctica. Baurú, 1972 (Tese — Faculdade de Odontologia de Baurú da Universidade de São Paulo).
6. MARCONDES, E. — *Pediatric, doutrina e ação*. São Paulo, Sarvier, 1973.
7. MARCONDES, E. coord. — *Desnutrição*. São Paulo, Sarvier, 1976.
8. OLIVEIRA, V. de A. R. — *Aspectos bio-psico-sociais das malformações lábio-palatais*. Baurú, Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da Universidade de São Paulo, 1978. (Trabalho apresentado no I Congresso Brasileiro do Serviço Social da Saúde).
9. PRESSLAND, B. M. — Cleft lip and palate: nursing care. *Nursing Times*, 69: 1406-7, 1973.
10. RAMOS NETTO, M. de O. et al — Um estudo sobre aleitamento materno. *Rev. Esc. Enf. USP*, 12: 77-100 1978.
11. SEGOVIA, M. L. — *Interrelaciones entre odontoestomatologia y la fonoaudiologia: la deglucion atípica*. Buenos Aires, Panamericana, 1977.
12. SOUZA-FREITAS, J. A. de — *Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais*. Baurú, 1974.
13. SOUZA-FREITAS, J. A. de — *Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais*. Baurú, 1977.
14. SOUSA-FREITAS, J. A. de — *Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais*. Baurú, 1978.
15. SOUZA-FREITAS, J. A. de — *Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais*. Baurú, 1979.