

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Caio Gregori de Oliveira

Intervenção fonoaudiológica na função da sucção e da  
deglutição em bebês hospitalizados.

São Paulo

2010

Caio Gregori de Oliveira

Intervenção fonoaudiológica na função da sucção e da  
deglutição em bebês hospitalizados.

Projeto de Conclusão de Curso  
da Faculdade de Ciências  
Humanas e da Saúde, Curso  
de Fonoaudiologia que será  
apresentado à Banca da  
Pontifícia Universidade Católica  
de São Paulo, como exigência  
parcial para a obtenção do  
título de bacharel em  
Fonoaudiologia, sob a  
orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tereza  
Lofredo Bilton

São Paulo

2010

**Caio Gregori de Oliveira**

Intervenção fonoaudiológica na função da sucção e da  
deglutição em bebês hospitalizados.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

## **Dedicatória**

*Dedico a minha mãe que me deu inspiração a continuar sempre buscando uma vida nova e me ensinou valores que somente ela poderia ensinar.*

*Dedico a minha irmã e avó que tiveram paciência e preocupação comigo e que se fizeram presentes em todos os momentos.*

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus por tudo o que Ele fez e faz por mim.

À minha orientadora Tereza L. Bilton por me dar tanto carinho, atenção e por ter muita paciência pelas minhas idas e vindas.

À minha parecerista e colaboradora Heloisa Sawada Suzuki, que esteve tão presente desde a elaboração do meu projeto.

Ao setor de UTI Neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro que recebeu de forma acolhedora para minha pesquisa de campo.

À professora Silvia Friedman que ministrou de forma brilhante a disciplina TCC, sempre presente ao nosso lado.

Às minhas amigas de turma Eliane, Michele, Ana Carolina, Natalia, Cátia, Carollina, Paula, Rafaella, Christiana, Lara que acompanharam minha pesquisa de pertinho, que me ajudaram nos momentos que mais precisei.

Às minhas amigas Heloisa, Cinthia e Marina que me agüentaram em momentos finais, que me ouviram sempre que precisei.

À minha tia Ninha e minha prima Fabiana que estiveram ao meu lado em todas as minhas decisões, me ajudaram em que puderam para que eu fosse um bom profissional.

Agradeço a todos que participaram de forma direta ou indireta deste trabalho.

"Enquanto eu tiver perguntas a serem respondidas e não houver respostas...  
continuarei a escrever".  
(Clarisse Lispector)

## RESUMO

**Introdução:** O atendimento hospitalar de neonatos tem como objetivo diminuir as situações de estresse e favorecer sua auto regulação. Para isso é necessário um acompanhamento constante, interdisciplinar, muitas vezes composto por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. **Método:** O presente estudo propõe-se a verificar a atuação fonoaudiológica em berçário de médio risco. Para isso o pesquisador observou a avaliação clínica de cinco bebês recém nascidos no berçário de médio risco e UTI neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro-SP. Para esta avaliação foi utilizado o protocolo que considera os seguintes aspectos: prontidão para mamada, tônus, estado de consciência, postura, sucção, grau de força, variação no ritmo, movimentação de língua, refluxo, variação de força de sucção, sinais de estresse como escape de leite, variação de tônus global, alteração respiratória, adormecimento durante a mamada e eficiência, que envolve quantidade de leite ingerido e tempo total de alimentação. A intervenção aconteceu a partir das dificuldades encontradas em relação aos itens avaliados. A análise de cada situação foi feita a partir dos dados observados por meio do protocolo em e dos dados descritivos do pesquisador. **Resultados e Discussão:** As estimulações escolhidas para todos os bebês foram sucção não nutritiva e sucção nutritiva. Houve variação entre o tempo de estimulação de cada bebê, o ganho de peso e a adequação dos padrões de sucção-deglutição-respiração foram fundamentais para a alta hospitalar. **Conclusão:** Pode-se concluir que por meio da estimulação escolhida os bebês retiraram as sondas orogástrica, ganharam peso e assim obtiveram alta hospitalar mais rápido, sendo assim efetivo o trabalho fonoaudiológico em UTI neonatal.

## SUMARIO

Dedicatória.....	II
Agradecimentos.....	III
Resumo.....	V
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
1.1 OBJETIVO.....	5
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>6</b>
2.1 DEFININDO O BEBÊ DE RISCO.....	6
2.1.1 <i>Intercorrências no período gestacional</i> .....	6
2.1.1.1 Infecções congênitas.....	6
2.1.1.2 Malformações congênitas .....	7
2.1.2 <i>Intercorrências no periparto ou parto</i> .....	7
2.1.2.1 Sofrimento fetal agudo .....	7
2.1.2.2 Trabalho de parto prematuro.....	7
2.1.2.3 Trabalho de parto prolongado .....	7
2.1.3 <i>Intercorrências após o nascimento</i> .....	7
2.1.3.1 Icterícia neonatal .....	7
2.1.3.2 Distúrbios metabólicos .....	8
2.1.3.3 Cardiopatias .....	8
2.1.3.4 Desconforto respiratório .....	8
2.1.3.5 Infecções neonatais .....	9
2.2 SUCÇÃO E FASES DA DEGLUTIÇÃO: DA NORMALIDADE A DISFUNÇÃO.....	9
2.3 AVALIAÇÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO DO NEONATO .....	10
2.4 ESTIMULAÇÃO EM NEONATOS .....	11
2.4.1 Sucção não nutritiva (SNN).....	11
2.4.2 Sucção Nutritiva (SN).....	12
<b>3 MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
3.1 AVALIAÇÃO CLÍNICA .....	13
3.2 INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA.....	14
3.3 ANÁLISE DE DADOS .....	14
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
BEBE 1 –.....	15
BEBE 2 –.....	15
BEBE 3 –.....	16
BEBE 4 –.....	17
BEBE 5 –.....	18
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>21</b>



<b>7 ANEXOS.....</b>	<b>22</b>
7.1 PROTOCOLO DE ALIMENTAÇÃO. ESCALA DE AVALIAÇÃO OROMOTOR DO BERÇÁRIO DA SANTA CASA – SP .....	22
7.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	26
7.3 PROTOCOLO – BEBE 1 .....	28
7.3 PROTOCOLO – BEBE 2 .....	29
7.3 PROTOCOLO – BEBE 2 .....	30
7.3 PROTOCOLO – BEBE 3 .....	31
7.3 PROTOCOLO – BEBE 4 .....	32
7.3 PROTOCOLO – BEBE 5 .....	32
7.3 PROTOCOLO – BEBE 5 .....	33
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>34</b>

## 1 Introdução

É considerado recém nascido (RN) pré-termo ou prematuro todo bebê que nasce antes da trigésima sétima semana de gestação; RN a termo é todo bebê nascido vivo entre a trigésima sétima e quadragésima primeira semana de gestação; RN pós termo é aquele com idade gestacional acima da quadragésima segunda semana.

O atendimento hospitalar de neonatos tem como objetivo diminuir as situações de estresse e favorecer sua auto regulação. Para isso é necessário um acompanhamento constante, interdisciplinar, muitas vezes composto por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

Para o trabalho em berçário de médio risco ou UTI neonatal é necessário entender como o bebê de alto risco que, por condições patológicas maternas de seu próprio organismo, está em eminência de morte ou sobrevivência com seqüela, devendo ser mantido no berçário sob controle de serviços especializados: médicos, de enfermagem, entre outros.

Na atuação fonoaudiológica em berçário neonatal são considerados fatores de risco toda e qualquer condição que possa comprometer a comunicação, a audição, a deglutição, a alimentação e as funções neuropsicomotoras do neonato.

O fonoaudiólogo atua diretamente com o sistema estomatognático do neonato e interfere na alimentação e cuidados. No primeiro ano de vida a amamentação é a principal fonte de nutrientes necessários para o desenvolvimento dos bebês. O desenvolvimento motor oral está diretamente relacionado à técnica de alimentação utilizada, pois é por meio da sucção realizada nos primeiros meses de vida, que as habilidades motoras orais se aprimoram<sup>1</sup>.

Com o avanço da tecnologia surgiram diversas formas de análise dos padrões de sucção, deglutição e respiração em bebês. A avaliação clínica tem como objetivo investigar esses padrões durante a mamada, a saber: sucção em si, grau e variação de ritmo, movimentação da língua, refluxo gastroesofágico e sinais de estresse como

escape de leite, variação de tônus global, alteração respiratória, além de estado de consciência e a postura.

O presente estudo propõe-se a identificar as dificuldades de sucção e deglutição em bebês hospitalizados, a intervenção fonoaudiológica e os resultados desta para o aleitamento materno e/ou alimentação.

## **1.1 Objetivo**

Verificar a atuação fonoaudiológica em berçário de médio risco.

## 2 Revisão de Literatura

Para o trabalho fonoaudiológico com recém nascidos e com bebês são necessários conhecimentos sobre seu desenvolvimento. Para explicitar esse conhecimento de forma didática e favorecer sua compreensão, este capítulo foi dividido em quatro partes, uma em que será contemplada a descrição do bebê de risco; outra dedicada à sucção e as fases da deglutição; outra que contemplará a avaliação clínica e por fim uma que descreverá os meios de estimulação em neonatos.

### 2.1 Definindo o bebê de risco

Para que a definição seja exposta de maneira clara e objetiva será contemplada em três tópicos:

#### 2.1.1 Intercorrências no período gestacional

Alguns fatores de risco pré-partos descritos são: idade materna, baixo peso materno, condições sócio econômicas, tabagismo materno, doenças crônicas, saúde mental e uso de álcool e de algumas substâncias<sup>2</sup>.

##### 2.1.1.1 Infecções congênitas

Nos casos de toxoplasmose as manifestações clínicas podem demorar a aparecer e em casos mais leves aparecem sinais como alterações neurológicas e retinocoroidite e em casos mais graves podem aparecer manifestações como convulsões e modificação do volume craniano<sup>3</sup>.

A infecção chagásica no período gestacional no Brasil é responsável por natimortalidade e não por prematuridade, aborto ou mortalidade perinatal<sup>4</sup>. Já as infecções mais frequentes no Brasil transmitidas pela mãe para o recém nascido são rubéolas, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C e doença de Chagas<sup>5</sup>.

O citomegalovírus, rubéola, toxoplasmose e herpes são os agentes infecciosos mais relacionados à hipoacusia<sup>6</sup>.

### *2.1.1.2 Malformações congênitas*

É necessário a implementação de políticas públicas no Brasil voltadas a malformações congênitas, pois o índice de mortalidade é elevado<sup>7</sup>. Há uma relação significativa entre as malformações congênitas, recém nascido de baixo peso e prematuridade. Refere também que as malformações congênitas mais comuns são as do sistema nervoso central, do sistema osteomuscular e as cardiopatias<sup>8</sup>.

## **2.1.2 Intercorrências no periparto ou parto**

Nesta pesquisa serão focalizados somente os seguintes tópicos:

### *2.1.2.1 Sofrimento fetal agudo*

O sofrimento fetal agudo também conhecido como hipóxia neonatal é quando o bebe por algum motivo tem privação de oxigênio, geralmente acontece durante o trabalho de parto. É um dos principais distúrbios relacionados a crises convulsivas neonatais, podendo levar a seqüelas futuras<sup>9</sup>.

### *2.1.2.2 Trabalho de parto prematuro*

O parto prematuro é uma das principais causas de mortalidade e morbidade perinatal, pode ocorrer de forma espontânea ou por interrupção da gravidez. Neste segundo caso os cuidados obstétricos são mais eficazes, a interrupção se dá nos casos de pré eclampsia, diabetes materna ou outras doenças que antecipem o parto<sup>10</sup>.

### *2.1.2.3 Trabalho de parto prolongado*

Uma das principais causas de mortalidade materna e partos cesarianos é o trabalho de parto prolongado<sup>11</sup>.

## **2.1.3 Intercorrências após o nascimento**

### *2.1.3.1 Icterícia neonatal*

A hiperbilirrubina indireta pode causar danos ao sistema nervoso em RN, sua avaliação é subjetiva e eficaz<sup>12</sup>.

A icterícia neonatal pode ser definida como um fenômeno biológico, resultado de desequilíbrio entre a produção e eliminação de bilirrubina, leva a coloração amarelada da pele perdurando uma semana, pode afetar o sistema nervoso<sup>13,14</sup>.

#### *2.1.3.2 Distúrbios metabólicos*

No Brasil é possível realizar exames em laboratórios privados e públicos, no qual podem ser diagnosticadas até 30 doenças metabólicas. Dentre essas doenças são possíveis de serem diagnosticadas as seguintes doenças como: **hiperfenilalaninemias** que levam a prematuridade, doença renal e hepática, microcefalia retardo mental e cardiopatia; **hipotireoidismo congênito** tem como sinal ou sintomas como icterícia neonatal prolongada, língua protusa, em casos assintomáticos só é possível observar no terceiro mês de vida, mesmo ocorrendo danos cerebrais; **hemoglobinopatias** levam á infecções, anemia hemolítica e compromete o funcionamento de alguns órgãos e tecidos; **galactosemia** leva a vômitos, diarreia, icterícia, podendo evoluir para falência hepática e renal, muitas vezes com quadro de sepse por germe; **deficiência de biotinidase**, os recém nascidos apresentam os como sintomas erupções cutâneas, alopecia, acidose metabólica até crises convulsivas de difícil controle podendo levar a um retardo mental posteriormente<sup>15</sup>.

#### *2.1.3.3 Cardiopatias*

Fazer correção dos casos de cardiopatias congênitas cianóticas diminui o risco fetal e neonatal. As complicações fetais mais freqüentes são abortos espontâneos, parto prematuro e baixo peso ao nascer<sup>16</sup>.

O recém nascido com problemas cardíacos apresentam inicialmente como sinal clínico sopro cardíaco, cianose, taquipnéia e arritmia cardíaca. Refere também que RN ao apresentar problemas cardíacos trás consigo problemas como padrão respiratório ineficaz e desobstrução ineficaz de vias aéreas<sup>17</sup>.

#### *2.1.3.4 Desconforto respiratório*

O desconforto respiratório mais frequente é o de taquipnéia transitória neonatal, que ocorre entre as 24 horas a 72 horas depois de vida<sup>18</sup>.

As principais causas de (re) intubação em UTI neonatal são bradicardia, queda da saturação de pulso de oxigênio, apnéia, cianose, broncoaspiração e desconforto respiratório<sup>19</sup>.

#### *2.1.3.5 Infecções neonatais*

A meningite está presente em um terço das sepSES neonatais, causando seqüelas como hidrocefalia, surdez, dificuldades motoras e síndromes convulsivas<sup>20</sup>.

A sepse neonatal é uma infecção bacteriana generalizada, pode ter como sinal clínico taquicardia, desconforto respiratório, dificuldade de alimentação, tônus alterado, cor alterada, taquipnéia e perfusão reduzida sendo necessário um diagnóstico precoce<sup>21</sup>.

### **2.2 Sucção e fases da deglutição: da normalidade a disfunção.**

A sucção é uma habilidade reflexa presente no bebê a termo, ou seja, o RN encontra-se pronto para sugar, apresentando sucção vigorosa, vedamento labial necessário, bolsinha de gordura na região das bochechas, estabilidade de mandíbula eficiente para manter uma adequada e repetitiva sucção, sinais de fome e sede adequados. Os bebês são, portanto, neurologicamente organizados com reflexos oromotores intactos e coordenação de ritmo de sucção-deglutição-respiração<sup>22,23</sup>.

A deglutição é um fenômeno natural que implica na transferência de um bolo alimentar, contido na cavidade oral, para a faringe, esôfago e estômago, sendo ela dividida em três fases: oral, faríngea e esofágica. A fase oral é consciente, voluntária e observável na avaliação clínica, Pode ser subdividida nos estágios de preparo, no qual o alimento é insalivado, outro de qualificação associado a preparação, caracterizado-se pela percepção do bolo em seu volume, consistência, densidade e outras características físicas e químicas, de organização/ transporte, o bolo é posicionado sobre o dorso da língua e propelido posteriormente. A fase faríngea é inconsciente e involuntária, o bolo alimentar após passar pela faringe, desencadeia uma série de reflexos que fecham o palato mole, para que não aconteça regurgitação do alimento, com a passagem do bolo alimentar para a faringe. Assim ocorre uma “pressão negativa” na cavidade oral



fazendo com que o alimento desça para a próxima fase. Na fase esofágica o bolo alimentar é levado para o estomago sob a ação dos movimentos peristálticos<sup>24, 25</sup>.

O fonoaudiólogo deve observar a função motora oral em uma perspectiva da boa nutrição e hidratação da criança<sup>26</sup> e é necessário que durante a amamentação no seio materno a preensão do mamilo acontece somente após o reflexo de busca, constituindo um precursor da sucção<sup>1</sup>.

É esperado que os recém nascidos prematuros tenham dificuldades de permanecer em estado de alerta, com o tônus em extensão, incoordenação entre respiração e deglutição, reflexos orais ausentes ou incompletos devido à própria imaturidade cerebral, explicando assim o retardo no ganho de peso e consequentemente prolongando a alta hospitalar<sup>27</sup>.

### **2.3 Avaliação clinica e acompanhamento fonoaudiológico do neonato**

É necessário avaliar o RN pré-termo varias vezes durante a hospitalização. A avaliação frequente visa o seguimento da experiência de sucção. A não evolução durante a hospitalização traz dados importantes quanto ao desenvolvimento futuro do bebê, quanto à necessidade de um seguimento mais frequente após a alta<sup>22</sup>.

É necessária maior observância ao utilizar protocolos de alimentação de neonatos, como, a associação entre os bebes de menor score e os reflexos inadequados. Para que haja um aleitamento adequado é necessária postura preensão do mamilo, coordenação entre sucção – deglutição – respiração, sustentação da força de sucção, ritmo, estado de alerta. Nesta pesquisa um fator evidenciado em relação a intervenção fonoaudiológica na UTI neonatal foi que por meio “da avaliação oral e da observação da amamentação, a detecção de dificuldades iniciais que colocam em risco o processo de aleitamento”<sup>23</sup>.

Por meio do protocolo de avaliação de prontidão de mamada foram observados que os itens que mais atingiram concordância excelente (maior score) foram: estado comportamental, postura e tônus global, postura de lábio e língua, reflexo de vomito e manutenção de estado de alerta. Este trabalho obteve também como resultado que o

desconforto respiratório ao nascer foi a intercorrência clínica mais comum, acometendo 55% dos prematuros<sup>28</sup>.

Na UTI neonatal é necessário observar o contexto fisiológico como: fome, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e estado comportamental. O estado comportamental em sua pesquisa foi o de alerta com inatividade, imprescindível no desempenho da sucção<sup>27</sup>.

## **2.4 Estimulação em neonatos**

Para que os recém nascidos pré termo que estejam internados tenham melhores condições de alimentação é necessário que dependendo de seu caso clínico seja solicitado intervenção fonoaudiológica nas funções de sucção e deglutição.

Existem duas formas de fazer estimulação na UTI neonatal, sendo uma de estimulação de sucção não nutritiva e outra de estimulação de sucção nutritiva<sup>22, 29, 30, 31</sup>.

### *2.4.1 Sucção não nutritiva (SNN)*

Para que haja uma boa estimulação de sucção não nutritiva é necessário que haja uma escolha de técnica adequada, para isso descrevem as seguintes técnicas: **massagem da face e massagem da língua** que são usadas para sucção fraca e disrítmica; **chupeta ou dedo** para incoordenação de sucção e deglutição; **cotonete de algodão embebido em água, fórmula ou leite materno** para problemas sensoriais como hipo ou hipersensibilidade ou resistência a alimentação como aversão, letargia e nervosismo; **redução da estimulação sensorial** para apetite e refluxo gastroesofágico<sup>30</sup>.

Uma forma de fazer estimulação não nutritiva é utilizando a técnica de mama vazia, após a ordenha no seio materno o bebê é posicionado para ser estimulado<sup>32</sup>.

#### 2.4.2 *Sucção Nutritiva (SN)*

Uma forma de sucção nutritiva eficaz é a técnica de sucção na qual é acoplada uma sonda 4 no dedo enluvado e a uma seringa com leite materno ou artificial, o dedo é posicionado dentro da boca do bebe que apreende que apresenta sucção, ao sugar o bebe é alimentado pelo leite<sup>33</sup>.

O uso do copo como técnica de sucção nutritiva é questionado, por não haver os movimentos necessários de língua e mandíbula para a sucção em seio materno, também a quantidade de leite nem sempre é suficiente para o ganho de peso, pois utilizando essa técnica pode haver derramamento do leite do copo<sup>34</sup>.

### **3 Material e Método**

O presente estudo é de caráter prospectivo, qualitativo e obedece aos preceitos preconizados pela Ética na pesquisa com seres humanos e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, aprovado o Protocolo de Pesquisa nº 255/2010.

#### **3.1 Avaliação clínica**

O pesquisador observou a avaliação clínica de cinco bebês RN, realizada pela Fonoaudióloga responsável, no berçário de médio risco e UTI neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro-SP, pelo período de abril a julho de 2010. Para esta avaliação foi utilizado o protocolo baseado na literatura<sup>35, 36, 37, 38</sup> adaptado por Xavier<sup>22</sup> (anexo 1), que considera os seguintes aspectos: prontidão para mamada, tônus, estado de consciência, postura, sucção, grau de força, variação no ritmo, movimentação de língua, refluxo, variação de força de sucção, sinais de estresse como escape de leite, variação de tônus global, alteração respiratória, adormecimento durante a mamada e eficiência, que envolve quantidade de leite ingerido e tempo total de alimentação. Com esse protocolo, de modo mais detalhado, os dados observados e estudados foram:

1. Prontidão de mamada que é ter desenvolvimento dos ciclos de fome e sono juntamente com a maturidade cerebral e esta relacionada ao estado de alerta, choro, reflexo de procura e de sucção. Os recém nascidos hospitalizados antes de serem expostos a experiência de sucção quase não apresentam prontidão.

2. Tônus que é a maturidade da condição muscular adequada para a realização da sucção e deglutição. Os recém nascidos hospitalizados apresentam alteração de tônus mais ligada à imaturidade do que à lesão cerebral; a melhora do quadro clínico, a estimulação e postura adequadas favorecem a melhoria do tônus.

3. Estado de consciência é quando o bebê fica em alerta na hora da mamada, isto acontece a medida que o recém nascido estabelece seus ciclos de fome e sono. Ambiente adequado e maturidade neurológica ajudam no desenvolvimento dos estados de consciência, e quando o bebê encontra-se fora deste padrão será pontuado e descrito de acordo com o protocolo em anexo.

4. Postura esta relacionada à flexão das extremidades do bebê. O padrão normal de desenvolvimento a postura evolui com a experiência de sucção já na segunda semana, quando o bebe já consegue elevar as mãos em direção à linha média. Caso o bebê não esteja com a postura adequada será pontuado por meio do protocolo e descrito de acordo com o objetivo desta pesquisa.

5. Sucção implica em grau de força, variação no ritmo, movimentação da língua. Na avaliação deve-se observar o vedamento labial, a movimentação de mandíbula, a postura da língua, a movimentação do hióide, a respiração o ritmo e a coordenação entre sucção, deglutição e respiração, quando o bebê está fora deste padrão de sucção será pontuado por meio do protocolo e descrito de acordo com o objetivo desta pesquisa.

6- Sinais de estresse durante a amamentação podem aparecer, pois é uma atividade que exige muito do bebê, são eles: escape de leite, variação de tônus global, alteração respiratória e adormecimento durante a mamada. Quando o bebê apresenta estes sinais de estresse será pontuado por meio do protocolo e descrito pelo pesquisador.

7- Eficiência está relacionada a quantidade de leite ingerido por minuto e tempo total da alimentação, o bebê que apresentar ineficiência deverá ser pontuado por meio do protocolo e descrito pelo pesquisador.

### **3.2 Intervenção Fonoaudiológica**

A intervenção aconteceu a partir das dificuldades encontradas em relação aos itens avaliados, tais como falta de prontidão, tônus rebaixado, alteração do estado de consciência, postura instável e desorganizada, ausência de sucção, sucção esporádica, pausas muito longas, incoordenação, tremores ou travamento de mandíbula, grau fraco de força de sucção, variação no ritmo, movimentação inadequada da língua, sinais de estresse e ineficiência.

### **3.3 Análise de dados**

A análise de cada situação foi feita a partir dos dados observados por meio do protocolo em anexo e dos dados descritivos do pesquisador buscando identificar causas e efeitos da avaliação e intervenção fonoaudiológica e outros aspectos necessários à compreensão da realidade estudada.

## 4 Resultados

### Bebe 1 –

O recém nascido (RN), filho de TCFS, nasceu no dia 24 de março de 2010, com 30 semanas de idade gestacional, sendo classificado como PMT, baixo peso (BP), risco infeccioso (RI), hipocalcemia, sopro cardíaco a/e, atelectasia D, displasia broncopulmonar (DBP), sepse fúngica presumida, com o peso de 1480g.

A avaliação fonoaudiológica foi solicitada pelo médico no dia 05 de maio de 2010 quando o recém nascido estava com 36 semanas de idade gestacional corrigida, com o peso de 1835g. Nesta avaliação foram coletados os seguintes dados: prontidão para mamada, que se apresentava entre os estados de alerta e choro, sucção presente em grupos curtos, pausas espontâneas com coordenação de sucção- deglutição- respiração.

A conduta fonoaudiológica foi: intervenção no sistema sensório motor orofacial por meio de estimulação da sucção nutritiva e sucção não nutritiva. Durante a intervenção o recém nascido apresentou como sinal de estresse travamento de mandíbula e sono leve. A estimulação foi suspensa no dia 10 de maio de 2010 porque o recém nascido apresentou dispnéia, sendo retomada no dia 14 de maio, iniciando transição para sucção nutritiva.

Após cinco encontros depois da primeira avaliação fonoaudiológica o recém nascido recebeu alta fonoaudiológica no dia 18 de maio de 2010 com o seguinte diagnóstico de evolução: permanência em estado de alerta durante a mamada, boa pega em seio materno, tônus muscular adequado, sem sinais de estresse, com 37 semanas 6/7 dias de idade gestacional corrigida e com o peso de 2095g.

### Bebe 2 –

O recém nascido filho de DCF nasceu no dia 6 de junho de 2010 com 31 semanas e 5/7 de idade gestacional, sendo classificado como recém nascido pré-termo (RNPT), grande para idade gestacional (GIG), com desconforto respiratório precoce (DRP), risco infeccioso (RI), Ictericia neonatal, com o peso de 2040g.

A avaliação fonoaudiológica foi solicitada pelo médico no dia 16 de junho de 2010 quando o recém nascido estava com 33 semanas e 1/7 de idade gestacional corrigida, com o peso de 2035g. Nesta avaliação foram coletados os seguintes dados: estado de prontidão de mamada em sono leve, sucção presente e fraca em grupos curtos, pausas longas, retração de língua e sono como sinal de estresse.

A conduta fonoaudiológica foi: intervenção no sistema sensorio motor orofacial, por meio de estimulação da sucção não nutritiva e sucção nutritiva. Durante a intervenção o recém nascido apresentou travamento de mandíbula como sinal de estresse, grupos de sucção- deglutição- respiração curtos e pausas curtas durante a mamada.

Após três encontros depois da avaliação o recém nascido recebeu alta fonoaudiológica dia 21 de junho de 2010 com o seguinte diagnóstico de evolução: prontidão para mamada em estado de alerta, sem sinais de estresse, com grupos de sucção- deglutição- respiração sistematizados, tônus muscular adequado, boa pega em seio materno, com 33 semanas e 6/7 de idade gestacional corrigida e com o peso de 2070g.

### **Bebe 3 –**

O recém nascido filho de MRCS nasceu no dia 16 de abril de 2010 com 29 semanas de idade gestacional, sendo classificada como RNPT, sepse precoce e tardia, com o peso de 1025g.

A avaliação fonoaudiológica foi solicitada pelo médico no dia 17 de maio de 2010, quando o recém nascido estava com 33 semanas e 1/7 de idade gestacional corrigida, com o peso de 1380g.. Nesta avaliação foram coletados os seguintes dados: estado de prontidão para mamada que se apresentava com estado de sono leve, reflexo de sucção ausente, apresentando queda de saturação com recuperação espontânea como sinal de estresse.

A conduta fonoaudiológica foi: intervenção no sistema sensorio motor orofacial, por meio de sucção não nutritiva – dedo enluvado – e sucção nutritiva – sonda a dedo – perfazendo uma estimulação diária. Durante a intervenção fonoaudiológica o RN apresentou queda de saturação e sono profundo como sinal de estresse, pausas longas durante a sucção. A estimulação foi suspensa no dia 25 de maio de 2010

porque o recém nascido apresentou queda de saturação frequente, sendo retomada no dia 04 de junho de 2010, iniciou novamente a estimulação não nutritiva, no dia 07 de junho de 2010 acontece à transição para mamadeira e a retirada da sonda orogástrica, o bebê não foi transicionado para seio materno.

Após o sexto encontro depois da primeira avaliação o recém nascido recebeu alta fonoaudiológica no dia 08 de junho de 2010 com o seguinte diagnóstico de evolução: estado de prontidão para mamada em alerta, reflexo de sucção presente, forte, em grupos sistematizados, sem sinais de estresse, tônus muscular adequado, com 36 semanas e 4/7 de idade gestacional corrigida e com o peso de 2125g.

#### **Bebe 4 –**

O recém nascido filho de MAS nasceu no dia 19 de maio de 2010 com 35 semanas de idade gestacional, 1° gemelar, sendo classificada como RNPT, AIG, desconforto respiratório precoce (DRP), INN, risco infeccioso (RI), sepse, com o peso de 2155g.

A avaliação fonoaudiológica foi solicitada pelo medico no dia 20 de maio de 2010, quando o recém nascido estava com 35 semanas e 1/7 de idade gestacional corrigida, com o peso de 2130g.. Nesta avaliação foram coletados os seguintes dados: sonda orogástrica como forma de alimentação, estado de prontidão para mamada em sono leve, hipoativo, sucção presente em grupos curtos, força média, pausas espontâneas, sem sinais de estresse.

A conduta fonoaudiológica foi: intervenção no sistema sensório motor orofacial, por meio de sucção nutritiva – sonda a dedo – no dia 21 de maio de 2010 o médico pediu que suspendesse a estimulação neste dia devido ao bebe estar em jejum foi retomada a estimulação no dia 24 de maio de 2010. Inicialmente o RN apresentou sono como sinal de estresse, permaneceu estimulação de sucção nutritiva mais complemento, no dia 26 de maio foi retirado a sonda orogástrica e iniciado a transição para seio materno.

Após o quarto encontro depois da primeira avaliação o recém nascido recebeu alta fonoaudiológica no dia 26 de maio de 2010 com o seguinte diagnóstico de evolução: prontidão para mamada em alerta, reativo, sucção presente, em grupos sistemáticos,



forte, com pausas espontâneas, sem sinais de estresse, com 36 semanas de idade gestacional corrigida, com o peso de 1965g.

#### **Bebe 5 –**

O recém nascido filho de MAS nasceu no dia 19 de maio de 2010 com 35 semanas de idade gestacional, 2º gemelar, sendo classificada como RNPT, pequeno para idade gestacional (PIG), desconforto respiratório precoce (DRP), INN, risco infeccioso (RI), com o peso de 1850.

A avaliação fonoaudiológica foi solicitada pelo medico no dia 20 de maio de 2010, quando o recém nascido estava com 35 semanas e 1/7 de idade gestacional corrigida, com o peso de 1840g.. Nesta avaliação foram coletados os seguintes dados: sonda orogástrica como forma de alimentação, com estado de prontidão para mamada em estado de alerta, sucção forte, pausas espontâneas, grupos de sucção presente e sem sinais de estresse.

A conduta fonoaudiológica foi: intervenção no sistema sensório motor orofacial, no dia 21 de maio de 2010 o RN apresentou três episódios de GAG, sucção ausente, suspensa a estimulação. No dia 24 de maio foi retomada a estimulação por meio de sucção nutritiva, sonda a dedo, o RN apresentou sucção forte, sem sinais de estresse, com estado de prontidão para mamada em estado de choro. No dia 25 de maio de 2010 o RN apresentou travamento de mandíbula como sinal de estresse, no dia 26 de maio se encontrava em estado de alerta para mamada e sem sinais de estresse, foi retirada a sonda orogástrica e iniciada a transição para seio materno e mamadeira.

Após o quarto encontro depois da primeira avaliação o recém nascido recebeu alta fonoaudiológica no dia 26 de maio de 2010 com o seguinte diagnóstico de evolução: prontidão para mamada em alerta, sucção presente, em grupos sistemáticos, forte, com pausas espontâneas, sem sinais de estresse, com 36 semanas de idade gestacional corrigida, com o peso de 1795g.

## 5 Discussão

Para o aprimoramento das funções motoras orais é necessária a escolha de técnica ideal de alimentação<sup>1</sup>, para esta pesquisa a técnica utilizada foi de luva a dedo para sucção não nutritiva; sonda a dedo, mamadeira e seio materno para sucção nutritiva<sup>22, 29, 30, 31</sup>.

É necessário que se entenda o quadro clínico de cada bebe para a escolha do trabalho a ser realizado. Os bebes foram classificados de acordo com o quadro clínico, Intercorrências gestacionais, no periparto e após o nascimento como descritos na literatura.

É esperado que os bebes pré termos sejam neurologicamente desorganizados, sem os reflexos oromotores presentes<sup>22, 23</sup>, o que se confirma nesta pesquisa.

Para que haja um trabalho eficaz do fonoaudiólogo na UTI neonatal é necessário levar em consideração o tempo de variação de estimulação de cada recém nascido, observado nesta pesquisa o tempo de 2 a 6 encontros.

Os bebes 1,4 e 5 tiveram quatro encontros de estimulação. O bebê 2 teve um trabalho mais breve, a transição da sonda a dedo direto para seio materno foi realizada em dois encontros, recebendo assim a alta fonoaudiológica.

O bebe 3 devido ao seu quadro clínico teve seis encontros, por sentir cansaço devido a queda de saturação, é necessário que seja levado em consideração que este bebe nasceu com 29 semanas de idade gestacional e o primeiro encontro de intervenção ocorreu com 33 semanas de idade gestacional, sendo que é esperado que o reflexo de sucção apareça com 34 semanas. Observar a relação entre a sucção e queda de saturação mostra de acordo com a literatura os dados de desempenho da sucção<sup>27</sup>.

É possível observar que cada recém nascido variou o tempo de estimulação devido ao seu quadro clínico geral e tempo de maturação.

A UTI neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro é dividida em médio risco e berçário ambos com atendimento fonoaudiológico e um dos quesitos para a alta hospitalar é o ganho de peso, para isso é necessário que o recém nascido tenha o peso acima de 2000g.

Os bebês 4 e 5 receberam alta hospitalar antes de completarem o peso ideal, os bebês apresentaram um quadro clínico estável e foram transicionado de forma adequada para seio materno e/ou mamadeira.

O bebê 2 estava com o peso ideal para alta hospitalar, porém foi necessário intervenção fonoaudiológica nas funções de sucção e deglutição.

Os bebês 1 e 3 ganharam peso durante o tempo de internação sendo um fator importante para alta hospitalar, sendo necessário levar em consideração que o fato de estar internado ajuda também no processo de maturação cerebral e conseqüentemente o ganho de peso<sup>27</sup>.

Para que seja feita a transição para seio materno e/ou mamadeira é necessário a retirada da sonda orogástrica. Para o bebê 1 foi necessário três encontros com sonda orogástrica devido a sua dificuldade de sucção, era necessário que tivesse a sonda para complementação da dieta solicitada pelo médico.

O bebê 2 não estava com sonda orogástrica durante internação.

O bebê 3 permaneceu durante cinco encontros com a sonda orogástrica, sua transição para seio materno aconteceu mesmo com a sonda orogástrica.

Os bebês 4 e 5 permaneceram três encontros com a sonda orogástrica, retirando-as após o transicionamento para seio materno e/ou mamadeira.

Pode-se observar que para a alta hospitalar os bebês desta pesquisa além do ganho de peso a adequação dos padrões de sucção-deglutição-respiração foram de fundamental importância.

## **6 Conclusão**

Conclui-se então que a intervenção fonoaudiológica foi eficaz, por meio da estimulação escolhida, todos os bebês retiraram a sonda orogástrica, ganharam peso e assim obtiveram alta hospitalar mais rápido, sendo assim efetivo o trabalho fonoaudiológico em UTI neonatal.

**7.1 Protocolo de Alimentação. Escala de Avaliação Oromotor do Berçário da Santa Casa – SP**

Protocolo de alimentação

Escala de Avaliação Oromotor

Do Berçário da Santa Casa-SP

Nome da mãe :

Nome do RN.:

D/N:	P/N	I/G
D/V	P/ Atual	Data
Horário	Condições Gerais :	

1) Volume do leite \_\_\_\_\_ ml /BC \_\_\_\_\_

SNN ( ) VO ( ) Verificar o furo do bico

2) Horário de início da mamada \_\_\_\_\_

3) Prontidão para a mamada:

- estado de alerta (+1) [ ]
- chora (+1) [ ]
- reflexo de procura (+1) [ ]
- reflexo de sucção (+1) [ ]

4) Tônus

- NI (+1) [ ]
- Rebaixado (-1) [ ]
- Hiper (-1) [ ]

5) Estado de consciência no início da mamada:

- Sonolento ( 0 ) [ ]
- Dormindo (-1) [ ]

6) Postura no início da mamada

- Estável sem apoio (+1) [ ]
- Estável com apoio ( 0 ) [ ]
- Instável/tremores/desorganização (-1) [ ]
- Leva mãos em direção a linha media (+1) [ ]

- Leva mãos a face (+1) [ ]
- Preensão palmar (+1) [ ]

7) Sucção:

- Não apresenta sucção (-1) [ ]
- Sucção esporádica (-1) [ ]
- Apresenta grupos de sucções (+1) [ ]
- Quantas sucções para cada pausa (media) \_\_\_\_\_
- Apresenta pausas (+1) [ ]
- Pausas muito longas (-1) [ ]
- Coordenação de grupos sucções/  
pausas / respiração (+1) [ ]
- É preciso ajudar a dar pausas  
p/RN não se desorganizar (-1) [ ]
- Travamento de mandíbula (-1) [ ]
- Tremores de mandíbula (-1) [ ]
- Excursão exagerada de mandíbula (-1) [ ]
- Falta de coordenação de movimentos  
de mandíbula c/ língua (-1) [ ]

8) Grau de força de sucção

Forte (+1) [ ]

Media (0) [ ]

Fraca (-1) [ ]

9) Variação no ritmo de sucção

Sim (-1) [ ]

Não (+1) [ ]

Após quantos minutos: \_\_\_\_\_ ou após quantos ml: \_\_\_\_\_

10) Movimentação de língua

- Protrusão acentuada de língua (-1) [ ]
- Suckling organizado (+1) [ ]
- Retração de língua (-1) [ ]
- Incoordenação de movimentos (-1) [ ]

- Tremores (-1) [ ]
- Canolamento de língua (+1) [ ]
- Língua alargada (-1) [ ]

11) Refluxo

Sim (-1) [ ]

Não (+1) [ ]

12) Variação na força de sucção

Sim (-1) [ ]

Não (+1) [ ]

Após quantos minutos: \_\_\_\_\_ ou após quantos ml: \_\_\_\_\_

SINAIS DE STRESS

13) Escape de leite

Sim (-1) [ ]

Não (+1) [ ]

Após quantos minutos: \_\_\_\_\_ ou após quantos ml: \_\_\_\_\_

14) variação de tônus global

Sim (-1) [ ]

Não (+1) [ ]

Após quantos minutos: \_\_\_\_\_ ou após quantos ml: \_\_\_\_\_

15) Alteração respiratória

Sim (-1) [ ]

Não (+1) [ ]

Após quantos minutos: \_\_\_\_\_ ou após quantos ml: \_\_\_\_\_

16) Outros sinais de stress

Sim (-1) [ ]

Não (+1) [ ]

Tipo de sinal: \_\_\_\_\_

17) Adormece durante a mamada

Sim (-1) [ ]

Não (+1) [ ]

Após quantos minutos: \_\_\_\_\_ ou após quantos ml: \_\_\_\_\_

18) Horário do final da mamada: \_\_\_\_\_

19) Tempo que permanece sugando: \_\_\_\_\_

#### EFICIENCIA

20) \_\_\_\_\_ ml/min

- Sim (+1) > que 3 ml/min [ ]
- Não (-1) < que 3 ml/min [ ]

21) tempo total de alimentação: \_\_\_\_\_ minutos.

#### TOTAL

(+) \_\_\_\_\_

(-) \_\_\_\_\_

#### CONDUTA

Iniciar SNN ( )

Continuar SNN ( )

Iniciar VO ( )

Quantidade por VO ( )

Suspender VO ( )

Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nota:

SNN Sucção não nutritiva. VO Via oral. BC Balanço Calórico. Suckling Padrão de sucção. I/G Idade gestacional. P/N Peso Nascimento. D/V Dias de vida



## 7.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_ CIC nº \_\_\_\_\_ residente à \_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, responsável pelo menor \_\_\_\_\_ autorizo sua participação na pesquisa intitulada “Intervenção fonoaudiológica na função da sucção e da deglutição em bebês hospitalizados.” realizada pelo orientando Caio Gregori de Oliveira sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tereza L. Bilton. O propósito deste estudo é avaliar a sucção e deglutição para a alimentação de seu filho na fase de hospitalização e descrever o acompanhamento fonoaudiológico. Desse modo, estou ciente de que meu filho será submetido a uma avaliação clínica realizada pela Fonoaudióloga Dr<sup>a</sup> Heloisa Suzuki, e logo após será feita a intervenção fonoaudiológica necessária; os resultados obtidos serão analisados e descritos; os registros serão de acesso exclusivo do pesquisador e membros autorizados da pesquisa; os resultados poderão vir a ser publicados ou apresentados em congressos profissionais, sendo mantido anonimato, a menos que a Lei os requisite. O hospital não pagará nenhum valor em dinheiro ou qualquer outro custo pela minha participação, assim como não terei nenhum custo adicional.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com Caio Gregori de Oliveira pelo telefone (011) 851313-73.

Eu compreendo meus direitos como um sujeito de pesquisa e voluntariamente consinto em participar deste estudo. Compreendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo realizado. Recebo uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ / /

**Assinatura do participante**

**Data**

**Assinatura do pesquisador**

**Data**

1<sup>a</sup> via do responsável

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_ CIC nº \_\_\_\_\_ residente à \_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, responsável pelo menor \_\_\_\_\_ autorizo sua participação na pesquisa intitulada “Intervenção fonoaudiológica na função da sucção e da deglutição em bebês hospitalizados.” realizada pelo orientando Caio Gregori de Oliveira sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tereza L. Bilton. O propósito deste estudo é avaliar a sucção e deglutição para a alimentação de seu filho na fase de hospitalização e descrever o acompanhamento fonoaudiológico. Desse modo, estou ciente de que meu filho será submetido a uma avaliação clínica realizada pela Fonoaudióloga Dr<sup>a</sup> Heloisa Suzuki, e logo após será feita a intervenção fonoaudiológica necessária; os resultados obtidos serão analisados e descritos; os registros serão de acesso exclusivo do pesquisador e membros autorizados da pesquisa; os resultados poderão vir a ser publicados ou apresentados em congressos profissionais, sendo mantido anonimato, a menos que a Lei os requisite. O hospital não pagará nenhum valor em dinheiro ou qualquer outro custo pela minha participação, assim como não terei nenhum custo adicional.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com Caio Gregori de Oliveira pelo telefone (011) 851313-73.

Eu compreendo meus direitos como um sujeito de pesquisa e voluntariamente consinto em participar deste estudo. Compreendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo realizado. Recebo uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ / /

**Assinatura do participante**

**Data**

**Assinatura do pesquisador**

**Data**

---

2<sup>a</sup> via do pesquisador

### 7.3 Protocolo – Bebe 1

## Bebe 1

### SCMSA/ Bebês de risco / Evolução fonoaudiológica

Nome da mãe: J. C. F. da S.

Nome do RN: G.G. O.F. da S.

Data: <b>06/05/2010</b> PA. <b>1840</b>	Data: <b>07/05/2010</b> PA. <b>1890</b>	Data: <b>14/05/2010</b> PA. <b>2025</b>	Data: <b>17/05/2010</b> PA. <b>2095</b>	Data: <b>18/05/2010</b> PA. <b>2095</b>
Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( <b>X</b> ) CH ( ) Reativo ( <b>X</b> ) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( <b>X</b> ) CH ( ) Reativo ( <b>X</b> ) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( <b>X</b> ) CH ( ) Reativo ( <b>X</b> ) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( <b>X</b> ) CH ( ) Reativo ( <b>X</b> ) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( <b>X</b> ) CH ( ) Reativo ( <b>X</b> ) ã ( )
Ventilação aa ( ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( <b>X</b> ) <b>O<sub>2</sub> II</b>	Ventilação aa ( <b>X</b> ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( ) <b>O<sub>2</sub> II</b>	Ventilação aa ( <b>X</b> ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )	Ventilação aa ( <b>X</b> ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )	Ventilação aa ( <b>X</b> ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )
Saturação ≥90% ( <b>X</b> ) Mantido ( <b>X</b> ) não ( ) Tempo de mamada:	Saturação ≥90% ( <b>X</b> ) Mantido ( <b>X</b> ) não ( ) Tempo de mamada:	Saturação ≥90% ( <b>X</b> ) Mantido ( <b>X</b> ) não ( ) Tempo de mamada:	Saturação ≥90% ( <b>X</b> ) Mantido ( <b>X</b> ) não ( ) Tempo de mamada:	Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( ) Tempo de mamada:
Volume prescrito: <b>35</b> 9 mlVO / 26 ml SOG	Volume prescrito: <b>35</b> 8 mlVO / 27 ml SOG	Volume prescrito: <b>40</b> __ mlVO / 40 ml SOG	Volume prescrito: <b>40</b> 40 mlVO / __ ml SOG	Volume prescrito: <b>40</b> 40 mlVO / __ ml SOG
Sucção: SNN ( ) SN ( <b>X</b> ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+) (-) Forte ( <b>x</b> ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( <b>x</b> ) Sinais de stress (+) (-)	Sucção: SNN ( <b>X</b> ) SN ( ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+) (-) Forte ( <b>X</b> ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( <b>X</b> ) Sinais de stress (+) (-)	Sucção: SNN ( <b>X</b> ) SN ( ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+) (-) Forte ( <b>X</b> ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( <b>X</b> ) Sinais de stress (+) (-)	Sucção: SNN ( ) SN ( <b>X</b> ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+) (-) Forte ( <b>X</b> ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( <b>X</b> ) Sinais de stress (+) (-)	Sucção: SNN ( ) SN ( <b>X</b> ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+) (-) Forte ( <b>X</b> ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( <b>X</b> ) Sinais de stress (+) (-)
Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>SN + complemento</b> Obs: <b>Travamento de mandíbula como sinal de estresse</b>	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>SN + complemento</b> Obs:	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>Iniciar transicionamento</b> Obs:	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>SN</b> Obs:	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>Acompanhamento</b> Obs:

# Bebe 1

## SCMSA/ Bebês de risco / Evolução fonoaudiológica

Nome da mãe: J. C. F. da S.

Nome do RN: G. G. O. F. da S.

Data: PA.	Data: PA.	Data: PA.	Data: PA.
19/05/2010 2095			
Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( X ) CH ( ) Reativo ( X ) ñ ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( ) CH ( ) Reativo ( ) ñ ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( ) CH ( ) Reativo ( ) ñ ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( ) CH ( ) Reativo ( ) ñ ( )
Ventilação aa ( X ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( ) Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )	Ventilação aa ( ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( ) Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )	Ventilação aa ( ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( ) Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )	Ventilação aa ( ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( ) Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )
Tempo de mamada:	Tempo de mamada:	Tempo de mamada:	Tempo de mamada:
Volume prescrito: 40 mlVO / ml SOG	Volume prescrito: __mlVO / ml SOG	Volume prescrito: __mlVO / ml SOG	Volume prescrito: mlVO / __ml SOG
Sucção: SNN ( ) SN ( X ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+ ) (- ) Forte ( X ) ñ ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( X ) Sinais de stress (+ ) (- )	Sucção: SNN ( ) SN ( ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+ ) (- ) Forte ( ) ñ ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( ) Sinais de stress (+ ) (- )	Sucção: SNN ( ) SN ( ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+ ) (- ) Forte ( ) ñ ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( ) Sinais de stress (+ ) (- )	Sucção: SNN ( ) SN ( ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+ ) (- ) Forte ( ) ñ ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( ) Sinais de stress (+ ) (- )
Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM Alta Fonoaudiológica	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM
Obs:	Obs:	Obs:	Obs:

### 7.3 Protocolo – Bebe 2

## Bebe 2

### SCMSA/ Bebês de risco / Evolução fonoaudiológica

Nome do RN: S

Nome da mãe: D.C.F.

Data: 17/06/2010 PA. 2025	Data: 18/06/2010 PA. 2045	Data: 21/06/2010 PA. 2070	Data: PA.
Prontidão mamada SP ( ) SL (X) AL ( ) CH ( ) Reativo (X) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL (X) CH ( ) Reativo (X) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL (X) CH ( ) Reativo (X) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( ) CH ( ) Reativo ( ) ã ( )
Ventilação aa (X) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )	Ventilação aa (X) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )	Ventilação aa (X) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )	Ventilação aa ( ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )
Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )	Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )	Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )	Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )
Tempo de mamada:	Tempo de mamada:	Tempo de mamada:	Tempo de mamada:
Volume prescrito: 5 mlVO / ml SOG	Volume prescrito: mlVO / ml SOG	Volume prescrito: mlVO / ml SOG	Volume prescrito: mlVO / ml SOG
Sucção: SNN (X) SN ( ) SM ( ) copo ( )	Sucção: SNN ( ) SN ( ) SM (X) copo ( )	Sucção: SNN ( ) SN ( ) SM (X) copo ( )	Sucção: SNN ( ) SN ( ) SM ( ) copo ( )
Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( ) Pausas: Curtas (X) longas ( ) esp. ( ) Sinais de stress (+) (-)	Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( ) Pausas: Curtas (X) longas (X) esp. ( ) Sinais de stress (+) (+)	Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. (X) Sinais de stress (+) (-)	Sucção: (+) (-) Forte ( ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( ) Sinais de stress (+) (-)
Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM
Obs: Travamento de mandíbula como sinal de estresse	Obs:	Obs:	Obs:

### 7.3 Protocolo – Bebe 3

## Bebe 3

### SCMSA/Bebês de risco / Evolução fonoaudiológica

Nome do RN: L.L.S.

Nome da mãe: M. R. C. S.

Data: <b>19/05/2010</b> PA. <b>1395</b>	Data: <b>20/05/2010</b> PA. <b>1410</b>	Data: <b>21/05/2010</b> PA. <b>1420</b>	Data: <b>24/05/2010</b> PA. <b>1820</b>
Prontidão mamada SP ( ) SL (X) AL ( ) CH ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL (X) AL ( ) CH ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL (X) AL ( ) CH ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL (X) CH ( )
Reativo (X) ã ( )	Reativo (X) ã ( )	Reativo (X) ã ( )	Reativo (X) ã ( )
Ventilação aa ( ) vm ( ) cateter ( ) sup. (X) O <sub>2</sub> II	Ventilação aa ( ) vm ( ) cateter ( ) sup. (X) O <sub>2</sub> II	Ventilação aa ( ) vm ( ) cateter ( ) sup. (X) O <sub>2</sub> II	Ventilação aa (X) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )
Saturação ≥90% (X) Mantido (X) não ( )	Saturação ≥90% (X) Mantido (X) não ( )	Saturação ≥90% (X) Mantido (X) não ( )	Saturação ≥90% (X) Mantido (X) não ( )
Tempo de mamada:	Tempo de mamada:	Tempo de mamada:	Tempo de mamada:
Volume prescrito: <b>25</b> mlVO / <b>25ml SOG</b>	Volume prescrito: <b>25</b> mlVO / <b>25 ml SOG</b>	Volume prescrito: <b>25</b> mlVO / <b>25 ml SOG</b>	Volume prescrito: <b>27</b> mlVO / <b>27ml SOG</b>
Sucção: SNN (X) SN ( ) SM ( ) copo ( )	Sucção: SNN (X) SN ( ) SM ( ) copo ( )	Sucção: SNN (X) SN ( ) SM ( ) copo ( )	Sucção: SNN (X) SN ( ) SM ( ) copo ( )
Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( )	Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( )	Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( )	Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( )
Pausas: Curtas ( ) longas (X) esp. ( )	Pausas: Curtas ( ) longas (X) esp. ( )	Pausas: Curtas ( ) longas (X) esp. ( )	Pausas: Curtas ( ) longas (X) esp. ( )
Sinais de stress (+) (-)	Sinais de stress (+) (-)	Sinais de stress (+) (-)	Sinais de stress (+) (-)
Cd: <b>SNN</b> , SNN+compl. VO, SM	Cd: <b>SNN</b> , SNN+compl. VO, SM	Cd: <b>SNN</b> , SNN+compl. VO, SM	Cd: <b>SNN</b> , SNN+compl. VO, SM
Obs:	Obs: <b>Sono leve como sinal de estresse</b>	Obs: <b>Sono profundo como sinal de estresse</b>	Obs: <b>Queda de Saturação como sinal de estresse</b>

### 7.3 Protocolo – Bebe 4

## Bebe 4

### SCMSA/ Bebês de risco / Evolução fonaudiológica

Nome do RN: R.S.M. 1 gemelar

Nome da mãe: A.M.S.

Data: <b>21/05/2010</b> PA. <b>2100</b>	Data: <b>24/05/2010</b> PA. <b>2015</b>	Data: <b>25/05/2010</b> PA. <b>2000</b>	Data: <b>26/05/2010</b> PA. <b>1965</b>	Data: <b>26/05/2010</b> PA. <b>1965</b>
Prontidão mamada SP ( ) SL (X) AL ( ) CH ( ) Reativo ( ) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL (X) AL ( ) CH ( ) Reativo (X) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL (X) AL ( ) CH (X) Reativo (X) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL (X) CH ( ) Reativo (X) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL (X) CH ( ) Reativo (X) ã ( )
Ventilação aa ( ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )	Ventilação aa (X) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )	Ventilação aa (X) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )	Ventilação aa (X) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )	Ventilação aa (X) vm ( ) cateter ( ) sup. ( )
Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )	Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )	Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )	Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )	Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( )
Tempo de mamada:	Tempo de mamada:	Tempo de mamada:	Tempo de mamada:	Tempo de mamada:
Volume prescrito: mIVO / ml SOG	Volume prescrito: <b>10</b> <b>6</b> mIVO / <b>4</b> ml SOG	Volume prescrito: <b>15</b> <b>10</b> mIVO / <b>5</b> ml SOG	Volume prescrito: <b>17</b> <b>17</b> mIVO / ___ ml SOG	Volume prescrito: <b>17</b> <b>17</b> mIVO / ___ ml SOG
Sucção: SNN ( ) SN ( ) SM ( ) copo ( )	Sucção: SNN ( ) SN (X) SM ( ) copo ( )	Sucção: SNN ( ) SN (X) SM ( ) copo ( )	Sucção: SNN ( ) SN (X) SM ( ) copo ( )	Sucção: SNN ( ) SN (X) SM ( ) copo ( )
Sucção: (+) (-) Forte ( ) ã ( ) Pausas:	Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( ) Pausas:	Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( ) Pausas:	Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( ) Pausas:	Sucção: (+) (-) Forte (X) ã ( ) Pausas:
Curtas ( ) longas ( ) esp. ( ) Sinais de stress (+) (-)	Curtas ( ) longas ( ) esp. (X) Sinais de stress (+) (-)	Curtas ( ) longas ( ) esp. (X) Sinais de stress (+) (-)	Curtas ( ) longas ( ) esp. (X) Sinais de stress (+) (-)	Curtas ( ) longas ( ) esp. (X) Sinais de stress (+) (-)
Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>SN+ compl.</b>	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>SN+ compl.</b>	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>SM</b>	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM
Obs: <b>JEJUM</b>	Obs: <b>Sono como sinal de estresse</b>	Obs:	Obs:	Obs:
				Obs: <b>Alta fonaudiológica</b>

### 7.3 Protocolo – Bebe 5

## Bebe 5

### SCMSA/ Bebês de risco / Evolução fonoaudiológica

Nome da mãe: A.M.S.

Nome do RN: R.S.M. 2 gemelar

Data: <b>21/05/2010</b> PA. <b>1770</b>	Data: <b>24/05/2010</b> PA. <b>1785</b>	Data: <b>25/05/2010</b> PA. <b>1790</b>	Data: <b>26/05/2010</b> PA. <b>1795</b>	Data: <b>26/05/2010</b> PA. <b>1795</b>
Prontidão mamada SP ( ) SL ( <b>X</b> ) AL ( ) CH ( ) Reativo ( <b>X</b> ) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( ) CH ( <b>X</b> ) Reativo ( <b>X</b> ) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( <b>X</b> ) AL ( ) CH ( ) Reativo ( <b>X</b> ) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( <b>X</b> ) CH ( ) Reativo ( <b>X</b> ) ã ( )	Prontidão mamada SP ( ) SL ( ) AL ( <b>X</b> ) CH ( ) Reativo ( <b>X</b> ) ã ( )
Ventilação aa ( <b>X</b> ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( ) Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( ) Tempo de mamada:	Ventilação aa ( <b>X</b> ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( ) Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( ) Tempo de mamada:	Ventilação aa ( <b>X</b> ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( ) Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( ) Tempo de mamada:	Ventilação aa ( <b>X</b> ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( ) Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( ) Tempo de mamada:	Ventilação aa ( <b>X</b> ) vm ( ) cateter ( ) sup. ( ) Saturação ≥90% ( ) Mantido ( ) não ( ) Tempo de mamada:
Volume prescrito: <b>15</b> mlVO / <b>15</b> ml SOG	Volume prescrito: <b>25</b> <b>25</b> mlVO / ml SOG	Volume prescrito: <b>25</b> <b>7</b> mlVO / <b>18</b> ml SOG	Volume prescrito: <b>25</b> <b>25</b> mlVO / ___ ml SOG	Volume prescrito: <b>25</b> <b>25</b> mlVO / ___ ml SOG
Sucção: SNN ( <b>X</b> ) SN ( ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+) (-) Forte ( ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( ) Sinais de stress (+) (-)	Sucção: SNN ( ) SN ( <b>X</b> ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+) (-) Forte ( <b>X</b> ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( <b>X</b> ) Sinais de stress (+) (-)	Sucção: SNN ( ) SN ( <b>X</b> ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+) (-) Forte ( <b>X</b> ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( <b>X</b> ) Sinais de stress (+) (-)	Sucção: SNN ( ) SN ( <b>X</b> ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+) (-) Forte ( <b>X</b> ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( <b>X</b> ) Sinais de stress (+) (-)	Sucção: SNN ( ) SN ( <b>X</b> ) SM ( ) copo ( ) Sucção: (+) (-) Forte ( <b>X</b> ) ã ( ) Pausas: Curtas ( ) longas ( ) esp. ( <b>X</b> ) Sinais de stress (+) (-)
Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>SN+ compl.</b> Obs: <b>3 episódios de GAG</b> <b>Suspensa estimulação</b>	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>SN+ compl.</b> Obs:	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>SN+ compl.</b> Obs: <b>Travamento de mandíbula</b> <b>como sinal de estresse</b>	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM <b>SM</b> Obs:	Cd: SNN, SNN+compl. VO, SM Obs: <b>Alta fonoaudiológica</b>



**Bibliográficas**

- 1-** Neiva, FCB. Aleitamento Materno em recém nascidos. In: org Hernandez, AM. Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. São Jose dos campos: Pulso; 97-105, 2003.
- 2-** Haas, JS; Fuentes-Afflick, E; Stewart, AL; Jackson, RA; Dean, ML; Brawarsky,P; Escobar, GJ. Prepregnancy Health Status and the Risk of Preterm Delivery. ARCH PEDIATR ADOLESC MED.159:58-63, JAN 2005.
- 3-** Spalding, SM; Amendoreira, MRR; Ribeiro, LC; Silveira, C; Garcia, AP; Camillo-Coura, L. Estudo prospectivo de gestantes e seus bebês com risco de transmissão de toxoplasmose congênita em município do Rio Grande do Sul. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 36(4):483-491, jul-ago, 2003.
- 4-** Rassi, A; Neto, GG; Amato, VS; Junior, AR; Luquetti, AO; Rassi, SG. Busca retrospectiva da transmissão maternal da infecção chagásica em pacientes na fase crônica. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 37(6):485-489, nov-dez, 2004
- 5-** Figueiró-Filho, EA; Senefonte,FRA; Lopes, AHA; Morais,DO; Junior,VGS; Maia,TL; Duarte,G. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovirus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado do Mato Grosso do Sul. Revista Brasileira de Medicina Tropical. 40(2): 181-87, mar/abr,2007
- 6-** Andrade, GMQ; Resende, LM; Goulart, EMA; Siqueira, AL; Vitor, RWA; Januário,JN. Hearing loss in congenital toxoplasmosis detected by newborn screening. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 74(1):21-8, 2008
- 7-** Horovitz, DDG; Jr, JCL; Mattos, RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1055-1064, jul-ago, 2005
- 8-** Amorin, MMR; Vilela, PC; Santos, ARVD; Lima, ALMV; Melo, EFP; Bernardes,HF; Filho, PFBM; Guimarães, VB. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.Recife 6(supl1): 519-525, maio, 2006
- 9-** Greggio,S; DaCosta,JC. Crises convulsivas associadas à hipóxia neonatal e o potencial uso terapêutico do neuropeptídeo NAP. Scientia Medica, Porto Alegre, 18(1):45-53, jun/mar.2008

- 10-** Oliveira,TA; Carvalho, CMP; Souza, E; Santos, JFK; Guaré, SO; Mariani-Neto,C; Camano,L. Avaliação do risco de parto prematuro: teste da fibronectina Fetal e medida do colo uterino. *RGBO*, 22(10):633-39, 2000.
- 11-** Prual, A.; Bouvier-Colle, M.-H.; Bernis, L. de and Breart, G.. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. *Bull World Health Organ* [online] 78(5):593-602, 2000.
- 12-** Facchini,FP; Mezzacappa,MA; Rosa, IRM; Filho, FM; Neto, AA; Marba,STM. Follow-up of neonatal jaundice in term and late premature newborn. *Jornal de pediatria*. 83(4):313-18, 2007.
- 13-** Gonzáles,AC; Uria,RMA; Morán,RA; López,IB; Aguiar,RD; Pérez, MR. Hiperbilirrubinemia neonatal agravada. *Rev. Cubana de Pediatría* 82(3):13-19, 2010.
- 14-**Luchesi, BM; Beretta, MIR; Dupas, G. Conhecimento e uso de tratamentos alternativos para icterícia neonatal. *Cogitare Enferm*. 15(3):506-12 Jul/Set 2010
- 15-** Souza, CFM; Schwartz, IV; Giugliani, R. Triagem neonatal de distúrbios metabólicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(1):129-37,2002
- 16-** Born,D. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para gravidez na mulher portadora de cardiopatia: Cardiopatia congênita. *Arq Bras Cardiol* 93(supl1): 110-178,2009.
- 17-** Silva, VM; Lopes, MVO; Araujo, TL. Razão de chance para diagnósticos de enfermagem em crianças com cardiopatia congênita. *Universidad de Antioquia / Facultad de Enfermería / Investigación y Educación en Enfermería / Medellín*, XXV(1): 30-38, marzo. 2007
- 18-**Kimura, AF; Y Yoshitake , APM; Bueno, M; Belli, MAJ. A Avaliação da função respiratória do recém-nascido no período neonatal imediato. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 62(6): 850-5 nov/dez 2009
- 19-** Andrade,LB; Melo, MA; Moraes,DFN; Lima, MRO; Albuquerque,EC; Martiniano,PHM. Avaliação do teste de respiração espontânea na extubação de neonatos pré-termo. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*,22(2):159-165,2010.
- 20-** Santos, MEA; Quintão, NT; Almeida, RX. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Esc Anna Nery (impr.)*14 (3):591-598 jul-set 2010
- 21-** Silveira, RC; Giacomi, C; Procianoy, RS. Seps e choque séptico no período neonatal: atualização e revisão de conceitos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 22(3):280-290 2010.

- 22-** Xavier, C. Assistência à Alimentação de Bebês Hospitalizados. In: Bassetto. MCA; Brock,R; Wajnsztein,R. Neonatologia: Um Convite à Atuação Fonoaudiológica:São Paulo:Lovise; p374, 1998.
- 23-** Delgado,SE; Halpern,R. Amamentação de prematuros com menos de 1500gramas: funcionamento motor-oral e apego. Pró Fono Revista de Atualização Científica, Barueri(SP), 17(2):141-152, Mai/ago, 2005
- 24-** Bilton, TL. Estudo da dinâmica da deglutição e das suas variações associadas ao envelhecimento, avaliadas por videodeglutoesofagograma, em adultos assintomáticos de 20 a 86 anos. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo;2000.
- 25-** Yamada SR, Siqueira KO, Xerez D, Koch HÁ, Costa MMB. A influencia das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. Arq Gastroenterol. 41(1) jan/mar. 2004
- 26-** Aurelio, SR; Genaro, KF; Filho, EDM. Analise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 68(2):167-73, mar/abr 2002
- 27-** Andrade, ISN; Guedes, ZCF. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online] 5(1): 61-69. 2005.
- 28-** Fujinaga, CI ; Zamberlan, NE ; Santos, CB ; Leite, AM ; Scochi, CGS. Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.8 no.4 Recife Oct./Dec. 2008
- 29-** Tirado AR, Denzin P, Basseto MCA. Sucção não nutritiva e alimentação de recém-nascido. In: Basseto MCA, Brock R, Wajnsztein R. Neonatologia. Um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo (SP): Lovise; 1998. p. 285-8.
- 30-** Levy, DS; Rainho, L. Abordagem em disfagia infantil- proposta fonoaudiológica e fisioterápica. Disfagia: Avaliação e tratamento(org) Jacobi, JS; Levy, DS; Silva, LMC. Revinter 37-65. 2003
- 31-** Neiva,FCB; Leone, CR. Evolução do ritmo de sucção e influencia da estimulação em pramaturos. Pro Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), 19(3):241-48 jul/set,2007.
- 32-** Venson,C; Fujinaga,CI; Czluniak, GR. Estimulação da sucção não nutritiva na « mama » vazia em bebes prematuros : relatos de casos. Ver. Soc. Bras. Fonoaudiol. 15(3):452-7,2010

- 33-** Garzi, RP; Cerruti, VQ. Importância da adequada respiração no processo de alimentação do recém nascido pré-termo: relato de caso. Rev CEFAC 5:63-67. 2003
- 34-** Silva, ACMG; Alencar, KPC; Rodrigues, LCB; Perillo, VCA. A alimentação do prematuro por meio do copo. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 14(3):387-93,2009
- 35-** Casaer, P; Lagae, L. Age Specific Approach to Neurological Assessment in the First year of Life. Official Journal of Japan Pediatric Society. 33(2): 125-38,1991
- 36-** Eishima, K. The Analysis of Sucking behavior in Newborn Infants. The American Journal of Occupational Therapy, 43(4): 245-50,1991
- 37-** Berezin, A; Gallaci, C; Xavier, C; Rodrigues, F; Resultado de um programa de estimulação de prematuros com estímulo de sucção não-nutritiva e interação mãe- RN: Avaliação do ganho ponderal. Rev. Paul. Ped. 1992; 1(2): 178-81
- 38-** Averdson, JC; Brodsky, L. Pediatric Swallowing and Feeding Assessment and Management. San Diego, California: Singular, 1993