



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Lima Pinheiro, Júlia Valéria; Moreira de Oliveira, Nirley; Magalhães Júnior, Hipólito Virgílio

PROCEDIMENTOS FONOAUDIOLÓGICOS EM RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2010, pp. 175-180

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40816970011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PROCEDIMENTOS FONOAUDIOLÓGICOS EM RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO

Speech therapy procedures in high-risk newborns

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Investigar os procedimentos fonoaudiológicos realizados em uma UTI neonatal. **Métodos:** Pesquisa documental baseada em registro de prontuários, composta por um total de 34 recém-nascidos que necessitaram de estimulação precoce pelo serviço de Fonoaudiologia na UTI neonatal de um hospital, com nível terciário de atendimento. O estudo ocorreu entre agosto de 2005 a janeiro de 2006. Da amostra, 14 crianças eram do sexo feminino (41,2%) e 20 eram do sexo masculino (58,8%). A idade dos recém-nascidos variou de 3 a 57 dias de vida. As variáveis estudadas compreenderam: condições de risco do neonato, procedimentos de avaliação fonoaudiológica, intervenção realizada e resultados obtidos do ponto de vista ponderal. **Resultados:** A condição de risco do recém-nascido pré-termo (RNPT) associada à síndrome do desconforto respiratório (SDR) apresentou-se em 25 (73,5%) das crianças estudadas. O peso inicial de 15 (44,11%) crianças variou de 1170 a 1742 gramas. Os procedimentos fonoaudiológicos mais abordados foram a avaliação das funções orais com identificação de alterações na sucção/deglutição em 25(73,5%) recém-nascidos e a intervenção por meio da sucção não nutritiva em 18(53%) crianças. Ao final do atendimento fonoaudiológico, 19 (55,9%) crianças pesavam entre 1742 a 2314 gramas. **Conclusões:** Os benefícios da atuação fonoaudiológica foram relacionados à identificação das crianças de risco que precisaram da intervenção nas funções orais e na organização do bebê para a alimentação. Pressupõe-se que a introdução da via oral o mais rápido e seguro possível favoreceu a melhora do estado nutricional da criança e a evolução de seu quadro clínico.

Descritores: Fonoaudiologia; Comportamento de sucção; Nutrição do lactente.

ABSTRACT

Objective: To investigate the speech therapy procedures performed in a neonatal ICU. **Methods:** A documental research based on registration records, comprised by a total of 34 newborns that required early stimulation by the speech therapy service in a neonatal ICU of a hospital with tertiary level of care. The study was held in the period between August, 2005 and January, 2006. From the sample, 14 children were female (41.2%) and 20 were male (58.8%). The age of the newborns ranged from 3 to 57 life days. The studied variables included: risk conditions of the newborn, clinical assessment procedures, the intervention performed and the results obtained regarding weight. **Results:** The risk condition of preterm newborn (PTNB) associated with respiratory distress syndrome (RDS) was present in 25 (73.5%) children. The initial weight of 15 (44.11%) children ranged from 1170 to 1742 grams. The most widely discussed speech therapy procedures were the assessment of oral functions with identification of changes in sucking and swallowing in 25 (73.5%) newborns and intervention by means of non-nutritive sucking in 18 (53%) children. At the end of speech therapy, 19 (55.9%) children weighed between 1742 to 2314 grams. **Conclusions:** The benefits of speech therapy performance were related to the identification of high-risk children who required intervention in oral functions and organization of the baby for feeding. It is assumed that the introduction of oral administration as quickly and safely as possible favored the improvement of the nutritional status of children and their clinical evolution.

Descriptors: Speech Therapy; Sucking Behavior; Infant Nutrition

Júlia Valéria Lima Pinheiro⁽¹⁾
Nirley Moreira de Oliveira⁽²⁾
Hipólito Virgílio Magalhães Júnior⁽³⁾

1) Instituto FINOM - PROMINAS – Ipatinga – Minas Gerais (MG) – Brasil

2) Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) – Brasil

3) Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN - Natal - Rio Grande do Norte (RN) - Brasil

Recebido em: 19/01/2009

Revisado em: 29/09/2009

Aceito em: 11/02/2010

INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTI) neonatal surgiram com a proposta de atender aos recém-nascidos que necessitam de cuidados especializados para a manutenção das condições mínimas de saúde para a sua sobrevivência. Nos últimos anos, houve um importante avanço científico-tecnológico na atuação dos profissionais de saúde nas UTI neonatais, que propiciam a assistência integrada às necessidades do bebê para amenizar as alterações ligadas à instabilidade de suas funções respiratória, circulatória, termorreguladora e as relacionadas ao sistema gastrointestinal, dentre elas, a imaturidade no reflexo de deglutição e sucção, que afeta a alimentação⁽¹⁻³⁾.

A atuação fonoaudiológica enfoca a prevenção e detecção de possíveis alterações nas funções do sistema estomatognático e triagem auditiva, considerando o desenvolvimento neuropsicomotor e o estado clínico do recém-nascido. Devem ser considerados dados sobre a gestação e as possíveis intercorrências perinatais, dentre elas, anóxia, prematuridade, baixo peso ao nascer, além do quadro clínico geral^(1,4).

Nesse sentido, a família é esclarecida acerca das necessidades do bebê e do seu envolvimento na atenção à saúde da criança⁽¹⁾. Os fatores biológicos, ambientais e familiares precisam ser equilibrados para favorecer o aumento da chance de sobrevivência, como também propiciar a humanização no atendimento, que é de suma importância⁽⁵⁾.

As alterações da motricidade do sistema estomatognático nos recém-nascidos de alto risco justificam a necessidade do atendimento fonoaudiológico nas UTI neonatais. A condição de alto risco é capaz de aumentar a mortalidade ou deixar sequelas graves no desenvolvimento da criança⁽⁶⁾. Os benefícios da prática fonoaudiológica dentro da UTI neonatal proporcionam melhora na adequação das funções orais e posterior ganho no suporte calórico⁽⁷⁾.

O profissional de saúde deve estar atento ao grau de organização dessas crianças, aos sinais de autorregulação e/ou estresse, condições estas imprescindíveis para a intervenção. Assim, é possível que os recém-nascidos ganhem peso e, conseqüentemente, diminuam o tempo no desmame da sonda, diante do quadro clínico estabilizado⁽⁸⁾.

Considerando ser a assistência fonoaudiológica na UTI neonatal uma ação recente, o delineamento dessa prática pode ser um colaborador para a prevenção dos possíveis processos patológicos nas funções orais. A configuração das ações fonoaudiológicas junto ao recém-nascido e à família é de grande relevância para a sensibilização da comunidade e dos profissionais de saúde quanto à importância deste tipo de atendimento.

Para ressaltar estes pressupostos, este estudo se propõe a investigar os procedimentos fonoaudiológicos realizados em uma UTI neonatal de alto risco de uma maternidade ligada a uma universidade.

MÉTODO

Este estudo ocorreu em uma maternidade ligada a uma universidade pública, denominada de MATERN, referência no atendimento de crianças de alto risco em UTI neonatal na cidade de Fortaleza-CE. O serviço de Fonoaudiologia está inserido no setor de Neonatologia da referida maternidade. Realizou-se esta pesquisa documental com dados secundários através de um levantamento de prontuários, que continham os critérios a serem analisados sobre a eficácia da intervenção fonoaudiológica na UTI neonatal.

A amostra, composta por 184 prontuários retirados do Serviço de Assistência Médica e Estatística – SAME da MATERN referia-se aos recém-nascidos atendidos na UTI neonatal, no período compreendido entre agosto de 2005 a janeiro de 2006.

Dos 184 prontuários, analisaram-se os que apresentavam na descrição da evolução, a avaliação e o atendimento fonoaudiológico, compondo 34 crianças que se enquadraram nos critérios de inclusão e os demais foram excluídos.

Os critérios de inclusão consideraram os prontuários dos recém-nascidos que passaram pela UTI neonatal, estavam nas unidades de alto risco, havia solicitação médica para o atendimento fonoaudiológico e a descrição da atuação fonoaudiológica, na evolução clínica.

Foram excluídos os prontuários em que os recém-nascidos iniciaram o atendimento, e que por complicações próprias das condições neonatais, foram a óbito, não sendo possível avaliar a eficácia do atendimento.

Os aspectos avaliados compreenderam a sucção, isoladamente, em seguida sucção e deglutição, e, por último, a coordenação das funções de sucção/deglutição/respiração. Nesse período, os procedimentos fonoaudiológicos incluíram sucção não nutritiva e sucção nutritiva e, às vezes, os dois procedimentos alternados.

O instrumento de coleta de dados utilizado era um formulário, preenchido pelos pesquisadores, considerando as variáveis: de identificação – sexo, nome da mãe, data de nascimento, dias de vida, peso ao nascer em gramas, data de admissão na UTI neonatal e condições de risco, considerando o que estava descrito sobre a classificação de desenvolvimento do recém-nascido em relação à idade gestacional (IG); de caracterização do atendimento

fonoaudiológico – idade no início do atendimento e aspectos avaliados: presença ou não de sucção, sucção/deglutição, sucção/deglutição/respiração; procedimentos realizados na intervenção fonoaudiológica: sucção não nutritiva, sucção nutritiva, sucção não nutritiva e nutritiva, o peso no início do atendimento e ao final do atendimento.

Para análise dos resultados utilizou-se estatística descritiva com uso das frequências absolutas e relativas para as composições das tabelas. A permanência dos recém-nascidos na UTI neonatal considerou o tempo mínimo de 3 dias ao tempo máximo de 56 dias de internação. Diante dos valores de dispersão, a diferença do maior com o menor valor foi de 54 dias de vida e 53 dias de permanência na UTI.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da referida Maternidade, conforme a resolução da CNS 196/96 sob parecer nº 25/05, aprovado na data de 05 de janeiro de 2006. Para fins de consentimento utilizou-se o termo de autorização do fiel depositário, como também um termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos responsáveis.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 34 prontuários, 14 recém-nascidos do sexo feminino e 20 do sexo masculino. Essas crianças admitidas na UTI neonatal encontravam-se entre 3 a 57 dias de vida. O peso encontrado variou entre 1170 a 4602 gramas. A figura 1 apresenta a distribuição dos recém-nascidos de risco, em consonância com a classificação de desenvolvimento, idade gestacional e às condições de risco como: síndrome do desconforto respiratório (SDR), anóxia, cardiopatia e convulsão, dentre outras que não foram especificadas. Nas condições de risco observadas, 30 (88,23%) recém-nascidos eram prematuros e, destes, 25 (73,5%) apresentavam a síndrome do desconforto respiratório associada com a prematuridade.

No início do atendimento fonoaudiológico, as crianças apresentaram idade média de $21,4 \pm 13,7$ dias de vida, idade mediana de 17,5 dias e idade modal de 13 dias de vida.

A Tabela I apresenta a distribuição dos recém-nascidos de acordo com o tempo de vida (dias), relacionando com o peso (gramas) no início do atendimento fonoaudiológico. As idades dos recém-nascidos avaliados foi da mínima de 3 dias de vida até a máxima de 57 dias de vida, dividindo estas idades em 6 intervalos, com desvio padrão de 6,36.

Evidenciou-se que 10 (29,4%) recém-nascidos estavam, no início da intervenção fonoaudiológica, entre 3 e 12 dias de vida, e 10 (29,4%) recém-nascidos entre 12 e 21 dias, sendo que 15 (44,1%) destes situavam-se com peso entre 1170 e 1742 gramas. (Tabela I).

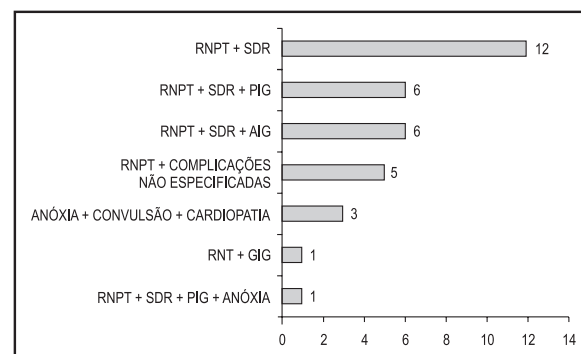


Figura 1 - Distribuição da amostra de recém nascidos estudados em relação às condições de risco de vida na UTI neonatal.

Legendas: RNPT: Recém-nascido pré-termo; AIG : Adequado para idade gestacional; PIG: Pequeno para a idade gestacional; SDR: Síndrome do desconforto respiratório; RNT: Recém-nascido a termo; GIG: Grande para a idade gestacional.

Na Tabela II, dos seis grupos identificados para verificação de ganho de peso, três das quatro crianças do grupo que estavam no intervalo de 1170 a 1742 gramas saíram deste intervalo e foram para o seguinte, de 1742 a 2314 gramas, ou seja, 3 (75%) crianças ganharam em média 572 gramas.

De acordo com os dados obtidos, verificou-se que 25 (73,5%) recém-nascidos foram avaliados nos aspectos de sucção e deglutição, enquanto que 5 (14,7%) foram avaliados somente no que se refere à sucção. (Tabela III).

Em relação aos procedimentos realizados pela fonoaudiologia, observou-se que 18 (53%) crianças atendidas na UTI neonatal foram estimuladas somente com sucção não nutritiva, enquanto que 14 (41%) recém-nascidos foram estimulados também com a sucção nutritiva. (Tabela III).

DISCUSSÃO

A produção científica que descreve os procedimentos fonoaudiológicos ainda se atém, majoritariamente, aos aspectos técnicos no atendimento de recém-nascidos. De fato, é inegável a importância de se conhecer as questões de natureza orgânica e as diversas formas de minimizá-las. Porém, todo trabalho fonoaudiológico deve ter como preocupação a especificidade do bebê, o que implica abordar suas necessidades sem descuidar do seu entorno⁽¹⁾.

De acordo com este estudo, a distribuição percentual de recém-nascidos, em relação às condições de risco, relevou a prematuridade como fator de risco em associação com a síndrome do desconforto respiratório. Entende-se como síndrome do desconforto respiratório (SDR) uma determinada lesão estrutural nas áreas dos pulmões até

Tabela I - Distribuição dos recém-nascidos segundo a idade (dias) e o peso (gramas), no início do atendimento fonoaudiológico.

Idade** (dias)	Faixas de peso (gramas)*													
	1170 a 1742		1743 a 2314		2315 a 2886		2887 a 3458		4030 a 4031		4031 a 4602		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3 a 12	4	26,7	4	33,3	0	0	1	100	0	0	1	100	10	29,4
13 a 21	4	26,7	4	33,3	0	0	0	0	2	100	0	0	10	29,4
22 a 30	2	13,3	3	25	2	66,7	0	0	0	0	0	0	7	20,6
31 a 39	2	13,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5,9
40 a 48	1	6,7	1	8,3	1	33,3	0	0	0	0	0	0	3	8,8
49 a 57	2	13,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5,9
Total	15	44,11	12	35,29	3	8,8	1	3	2	5	1	3	34	100

* Desvio padrão em relação ao peso: 404,47g;

** Desvio padrão de idade entre os dois grupos: 6,36 dias;

Tabela II - Distribuição dos recém-nascidos segundo a idade (dias) e o peso (gramas), no final do período de atendimento fonoaudiológico.

Idade (dias)**	Faixas de peso (g)*												Total	
	1170 a 1742		1743 a 2314		2315 a 2886		2887 a 3458		3458-4030		4031 a 4602			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3 a 12	3	42,9	5	26,3	0	0	1	33,3	0	0	1	100	10	29,4
13 a 21	1	14,3	6	31,6	1	50	0	0	2	100	0	0	10	29,4
22 a 30	1	14,3	4	21,1	0	0	2	66,7	0	0	0	0	7	20,6
31 a 39	1	14,3	1	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5,9
40 a 48	1	14,3	1	5,3	1	50	0	0	0	0	0	0	3	8,8
49 a 57	0	0	2	10,5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5,9
Total	7	20,6	19	55,9	2	5,9	3	8,8	2	5,9	1	2,9	34	100

* Desvio padrão em relação ao peso: 404,47g;

** Desvio padrão de idade entre os dois grupos: 6,36 dias;

Tabela III - Distribuição dos recém-nascidos segundo os aspectos fonoaudiológicos avaliados e estimulados.

Aspectos fonoaudiológicos		
Variáveis	n	%
Aspectos avaliados		
Sucção	5	14,7
Sucção/Deglutição	25	73,5
Sucção/Deglutição/Respiração	2	5,9
Procedimento não citado	2	5,9
Aspectos estimulados		
Sucção não nutritiva	18	53
Sucção nutritiva	2	6
Sucção não nutritiva e nutritiva	14	41

então saudáveis, reproduzindo as lesões anatomopatológicas da SDR, agravando hipoxemia e piorando a evolução do recém-nascido⁽⁹⁾. Esse grupo pode ser considerado de risco, pois a imaturidade anatomofisiológica dos prematuros os predispõem a uma série de dificuldades para sua adaptação e evolução na vida pós-natal, motivo pelo qual os recém-nascidos nascidos pré-termo da amostra permaneceram na UTI neonatal⁽¹⁰⁾.

A literatura concorda que recém-nascidos prematuros apresentam alterações na temperatura corporal, aumento da predisposição às infecções, imaturidade neurológica e risco aumentado aos problemas hemorrágicos, com maior frequência e gravidade das icterícias neonatais pela imaturidade hepática. Por estes motivos existe a necessidade de maior manuseio e intervenção hospitalar⁽¹¹⁾.

A presença da anóxia pode estar correlacionada significativamente com maior tempo de utilização da sonda orogástrica, que pode ocasionar desconforto respiratório, apesar de ser necessária para manter o aporte calórico, uma vez que prematuros de baixo peso, com intercorrências clínicas mais sérias, apresentam dificuldades na alimentação via oral e tendem a apresentar diminuição no número de sucções por minuto^(10,12).

No presente estudo, o atendimento fonoaudiológico foi iniciado por ser considerado essencial para o ganho nas funções necessárias para a alimentação, uma vez que 15 (44,11%) crianças estavam abaixo de 1500 gramas, no início da intervenção, e que, associado com outras condições de risco, justificavam sua permanência na UTI neonatal. Estudos relatam que o peso e a idade gestacional são importantes indicadores de mortalidade neonatal⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A classificação do desenvolvimento intraútero do recém-nascido (RN) e a análise do peso de nascimento (PN) com a idade gestacional (IG) indicam se o RN é adequado para a IG (AIG) entre os percentis 10 e 90 da curva de referência (curvas percentuais de crescimento fetal); pequeno para IG (PIG) abaixo do percentil 10 (abaixo de dois desvios-padrão) e RN grande para IG (GIG) acima do percentil 90 (acima de dois desvios-padrão)⁽¹⁶⁾.

Outro ponto importante foi a distribuição dos aspectos fonoaudiológicos avaliados neste estudo, em relação à coordenação da sucção/deglutição/respiração. Isto justifica a intervenção de um especialista, de modo a permitir a própria subsistência da criança. Problemas respiratórios geralmente afetam a frequência da sucção, alterando todo o padrão alimentar de coordenação destas funções. A coordenação do mecanismo de sucção, deglutição e respiração é observada a partir da 32ª a 34ª semana de gestação, sendo que esta coordenação está imatura ou ausente nos recém-nascidos prematuros, aumentando significativamente o risco de aspirações de alimentos^(2,17). A coordenação entre sucção, deglutição e respiração, alterada em casos de prematuridade, ocorre mais especificamente nos recém-nascidos que apresentam doenças crônicas respiratórias e cardiopatias, dentre outras. Em recém-nascidos a sucção, deglutição e respiração ocorrem em conjunto de maneira efetiva e com alta precisão em termos de duração e coordenação para resultar em algumas situações de alimentação segura e efetiva⁽¹⁸⁾. O baixo peso ao nascimento e condições de risco neonatal exigem que seja oferecido um atendimento nessa área, para a melhoria da sucção, deglutição e respiração⁽¹⁴⁾.

A distribuição percentual dos procedimentos fonoaudiológicos realizados na UTI prova que as crianças que ficam entubadas e com sonda orogástrica (SOG) por longos períodos de tempo podem apresentar problemas na adaptação à alimentação via oral (VO)⁽¹⁰⁾.

Por esse motivo, no presente estudo, as crianças foram estimuladas com sucção não nutritiva e nutritiva.

A sucção não nutritiva refere-se ao período de treinamento ou de transição para a alimentação oral e a nutritiva é a que envolve a alimentação oral propriamente dita, via sucção. A criança que suga num padrão regular de surtos e pausas, propicia o ganho de uma determinada força e permite receber todo o alimento com o qual precisa se nutrir⁽¹⁸⁾.

O crescimento e o desenvolvimento saudáveis de uma criança dependem de uma série de fatores internos e externos que se entrelaçam. No que diz respeito aos achados desse estudo, em relação ao ganho de peso no início e no final do atendimento fonoaudiológico, só foram diferenciados para o grupo com idade entre 12 e 21 dias de vida, ao contrário do que a literatura afirma quando descreve que nos recém-nascidos estimulados há um ganho diário de peso estatisticamente relevante⁽¹⁹⁾. Em consonância com a literatura, o atual estudo confirma que a melhor forma de alimentar um neonato é através da sucção. O efetivo comportamento de sucção é uma condição prévia para alimentação oral segura, e implica que a criança atingiu maturidade neurológica, comportamental e fisiológica⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a investigar os procedimentos fonoaudiológicos aplicados em uma determinada unidade de terapia intensiva neonatal, em que concluiu que a Fonoaudiologia trouxe benefícios às crianças submetidas à intervenção. Reportou de maneira especial àquelas que apresentaram a condição de risco RNPT + SDR por representarem o maior percentual de crianças dentro dessa categoria.

O procedimento fonoaudiológico mais utilizado foi sucção não nutritiva, que na literatura justifica sua relevância ao preparar a criança para receber a sucção nutritiva.

Os benefícios da atuação fonoaudiológica estão relacionados à organização do bebê para alimentação, postura, coordenação sucção/respiração/deglutição e treino para sucção, visando o ganho de peso, e futura alta hospitalar, já que grande parte da população em estudo, além da prematuridade, apresentou baixo peso ao nascer.

Pressupõe-se que o trabalho fonoaudiológico na UTI neonatal vem se tornando importante, junto à equipe interdisciplinar, ao favorecer a introdução do alimento via oral, assim como a adequação das posturas e funções orais para a ingestão deste.

REFERÊNCIAS

1. Sousa RF, Maia SM. A clínica dos recém-nascidos e suas especificidades. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2005;10(1):29-35.
2. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enferm.* 2003;11(2):232-6.
3. Gaiva MAM, Schoci CGS. Processo do trabalho em saúde e Enfermagem em UTI neonatal. *Rev Latinoam Enferm.* 2004;12(3):471-3.
4. Tanaka CK, Messias CS. UTI Neonatal: experiência fonoaudiológica em um hospital e pronto-socorro infantil. In: Andrade CRF. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. Série: Atualidades em Fonoaudiologia.* São Paulo: Lovise; 1996; p. 259-67.
5. Andrade CRF. Ações fonoaudiológicas na saúde materno-infantil. In: Andrade, CRF. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. Série: Atualidades em Fonoaudiologia.* São Paulo: Lovise; 1996.
6. Bülher KEB, Limongi SCO. O uso do copinho como método de alimentação de recém-nascido pré-termo: revisão de literatura. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2004; 9(2): 116-21.
7. Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: Andrade CRF. *Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco. Série: Atualidades em Fonoaudiologia.* São Paulo: Lovise; 1996; p. 43-98.
8. Xavier C. Atuação fonoaudiológica em berçários: aspectos teóricos e práticos de relação mãe-bebê. In: Andrade CRF. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. Série: Atualidades em Fonoaudiologia.* São Paulo: Lovise. 1996; p. 99-127.
9. Fioretto JR, Rebello CM. Ventilação oscilatória de alta frequência em pediatria e neonatologia. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21(1):96-103.
10. Tocci PH, Xavier C, Bergamasco NHP. Estudo comparativo da alimentação em recém-nascidos pré-termo e recém nascido a termo no momento da alta hospitalar. *Rev Bras Saúde Mat Inf.* 1997;6(31):21-9.
11. Oliveira PRT, Tchakmakian LA. Terapia de nutrição enteral em recém-nascidos pré-termo de baixo peso. *Cadernos Centro Universitário São Camilo* 2002;8(4):70-81.
12. Zardo MS, Procianny RS. Comparação entre diferentes escores de risco de mortalidade em unidade de tratamento intensivo neonatal. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(5):591-6.
13. Lacerda ET. A intervenção do especialista na relação de uma criança não falante com sua mãe em tempos de constituição. *Cad Est Ling.* 2002;13(2):351-7.
14. Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-fono.* 2005;17(2):141-52.
15. Almeida SP. A eficiência de intervenção fonoaudiológica em UTI neonatal na assistência à alimentação. *Pró-fono.* 1998;10(1):34-40.
16. Falcão MC. Terapia Nutricional do recém-nascido. In: Hernandez AM, organizadora. *Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato.* São José dos Campos: Pulso Editorial; 2003. p. 35-46.
17. Xavier C. Trabalho fonoaudiológico em unidade neonatal. In: Campiotto AR. *Tratado de Fonoaudiologia.* 2ª edição. São Paulo: Tecmedd; 2005. 819-38.
18. Silva MHA. Alimentação do bebê prematuro e de muito baixo peso ao nascer: subsídios para assistência de enfermagem em berçário. *Ped Mod.* 2000;35(5): 282-95.
19. Xavier C. Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: Basseto M. *Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica.* São Paulo: Lovise, 1998. p.255-75.
20. Leite ICG. Relação da amamentação com o desenvolvimento do sistema estomatognático. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2002;3(12):235-42.

Endereço do primeiro autor:

Júlia Valéria Lima Pinheiro
Rua 541 D, 46
Bairro: Conjunto Ceará, 2ª etapa
CEP 60531- 490 - Fortaleza - CE - Brasil

Endereço para Correspondência:

Hipólito Virgílio Magalhães Júnior
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário
Onofre Lopes
Curso de Fonoaudiologia
Avenida Nilo Peçanha, 620/3º subsolo
CEP: 59012-300 - Natal - RN - Brasil
E-mail: hvmagalhaes@ig.com.br