

EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO TEMPO DE ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Effectiveness of speech, language and hearing therapy in hospital discharge of pre-term newborns

Cristiane Nogueira Costa ⁽¹⁾, Giovanna Ribeiro Serejo Lima ⁽²⁾, Rafaelle Mousinho Jorge ⁽³⁾,
Rosicler Aparecida Costa Guimarães Malta ⁽⁴⁾, Kátia Nemr ⁽⁵⁾

RESUMO

Objetivo: verificar a efetividade da intervenção fonoaudiológica na diminuição do tempo de alta hospitalar do recém nascido pré-termo. **Métodos:** coleta de dados em 96 prontuários de recém-nascidos hospitalizados no Berçário Intermediário (BI) da Maternidade Marly Sarney no ano de 2000 a 2002 quando não havia atendimento fonoaudiológico e no ano de 2002 a 2004 quando ocorreu a implantação dos serviços fonoaudiológicos. **Resultados:** os recém-nascidos que tiveram intervenção fonoaudiológica tiveram o tempo de internação mais curto do que os que não receberam. Os que receberam: 88% de 1 a 10 dias, 8% de 11 a 20 dias, 2% de 41 a 50 dias e 2% de 61 a 70 dias. Os que não receberam: 47,9% de 1 a 10 dias, 17,7% de 11 a 20 dias, 10,4% de 21 a 30 dias, 9,4% de 31 a 40 dias, 9,4% de 41 a 50 dias, 3,1% de 51 a 60 dias e 2,1% de 61 a 70 dias. Esse aspecto foi estatisticamente significativo (p -valor < 0.000). **Conclusão:** os dados obtidos apontam para a efetividade da intervenção fonoaudiológica em recém-nascidos pré-termos. Houve associação entre menor tempo de internação hospitalar e presença de intervenção fonoaudiológica.

DESCRIPTORES: Recém-Nascido; Prematuro; Fonoterapia

INTRODUÇÃO

O termo prematuridade foi inicialmente conceituado por Yllpö em 1919. Eram considerados prematuros todos recém-nascidos (RN) vivos, nascidos com peso

igual ou inferior a 2.500 gramas, conceito este que perdurou por um longo período. A prematuridade foi, e ainda é, um problema mundial, sua maior incidência se faz sentir nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, onde a inadequação e a falta de recursos promovem uma maior morbidade e conseqüente um alto índice de mortalidade, predominando a lei biológica, onde somente os mais fortes sobrevivem ¹.

Em 1970, a Academia Americana de Pediatria passou a definir como pré-termo todo RN vivo de gestação inferior a 38 semanas ou 266 dias, enquanto que a Organização Mundial de Saúde (OMS), com suporte das Escolas Pediátricas Europeias conceitua como recém-nascido pré-termo (RNPT), todo RN vivo de gestação inferior a 37 semanas ou 259 dias, sempre a partir da data do parto, valor este expresso em semanas completas. Nos RNPT, o desenvolvimento que devia ocorrer ainda intra-útero ficou incompleto, e por este motivo estes bebês muitas vezes, irão precisar da ajuda de uma equipe de vários profissionais para adaptar-se ao seu novo meio: o externo ¹.

Contudo, a idade gestacional, como critério isolado, é um indicador de prontidão considerado pobre

⁽¹⁾ Fonoaudióloga do Centro Especializado de Fisioterapia e Fonoaudiologia, Fonoaudióloga da Associação Beneficente Cristã de São Luís; Especialização em Motricidade Orofacial.

⁽²⁾ Fonoaudióloga do SesiClínica de São Luís; Especialização em Motricidade Orofacial e em Audiologia Clínica.

⁽³⁾ Fonoaudióloga do Hospital da Criança de São Luís, Fonoaudióloga da Clínica Integrada Médico Odontológica e Fonoaudióloga do Colégio Ninho das Águias; Especialização em Motricidade Orofacial.

⁽⁴⁾ Fonoaudióloga do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso, Fonoaudióloga da Associação Beneficente Cristã, Fonoaudióloga Prestadora de Serviço da Cervejaria Primus Schincariol e da Oleama (Oleaginosas do Maranhão); Especialização em Motricidade Orofacial e em Gerontologia; Pós-Graduada em Saúde da Família.

⁽⁵⁾ Fonoaudióloga Professora da Universidade de São Paulo; Doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo.

para sucção, porque há entre os bebês pré-termo uma considerável variabilidade, uma vez que alguns podem iniciar a alimentação oral com 32 semanas, enquanto outros só estarão prontos a partir da 36ª semana. É necessário, então, antes de introduzir mamadeira ou sucção no seio, saber se o bebê pode coordenar o mecanismo de deglutição/respiração, o que deve ser feito durante a alimentação por gavagem, inserindo-se uma chupeta própria ou dedo enluvado na sua boca, para estimular a sucção não-nutritiva; ao mesmo tempo, utiliza-se um monitor cardiorrespiratório para avaliar as respostas ao estímulo dado ².

Na década de 60, surgem as primeiras Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN); com a inserção de tecnologia dentro das unidades, o ambiente começou a ficar cheio de equipamentos e com constante intervenção de pessoal médico e de enfermagem. Surge no final da década de 50 uma nova subespecialidade de Pediatria: a Neonatologia ³.

Os índices de mortalidade dos recém-nascidos de alto risco vêm progressivamente diminuindo devido aos avanços tecnológicos das UTIN, dos aparelhos, da área medicamentosa e também, em um número cada vez maior aos profissionais especializados nesta área ⁴.

Fonoaudiologia neonatal é uma área merecedora de destaque, que tende a se expandir cada vez mais e conquistar seu espaço na equipe multidisciplinar. Atualmente a atuação do fonoaudiólogo no berçário é, na maioria das vezes, desconhecida e pouco solicitada por parte dos profissionais ⁵. Isso porque a inserção da fonoaudiologia nesse panorama é recente ⁶.

A atuação fonoaudiológica em berçários normais, berçários de risco, e em UTIN, corresponde a um importante e novo campo da Fonoaudiologia, em que a atuação está voltada para os recém-nascidos (RN) normais (RN de termo - RNT) e de risco (RN pré-termo - RNPT, baixo peso - RNBP, pequenos para a idade gestacional - RNPIG, RN portadores de patologias específicas com comprometimento do sistema sensorio-motor-oral – SSMO) ⁷.

Vários aspectos são considerados importantes no que diz respeito à atuação do fonoaudiólogo em berçário com RNT e têm despertado interesse em caracterizar as condições de alimentação do recém-nascido ⁵.

A nutrição corresponde a uma das maiores preocupações na assistência aos RNPT, sendo a sucção a maneira mais adequada e eficiente de oferecer os nutrientes necessários. Porém, estes RN têm uma imaturidade global, incluindo o sistema estomatognático, que dificulta a realização da função de sucção e alimentação por via oral ⁸.

Existem dois tipos diferentes de sucção: a sucção normal, aquela realizada no seio materno para a obtenção de alimentos, e a sucção sem fins nutritivos, que são hábitos orais, tais como: sucções de chupeta, de lábios, dedos, bochechas ⁹.

A sucção, seja ela nutritiva ou não, está diretamente ligada ao fator emocional. Por meio da sucção, a criança alimenta-se, interage com o meio e satisfaz-se emocionalmente. Quando a sucção é natural, isto é, realizado no seio materno, onde uma série de músculos interage e auxilia no desenvolvimento do sistema estomatognático ⁹.

A atenção para os estados de consciência tem um significado importante para os profissionais que assistem ao bebê e seu desenvolvimento, que não apenas o de promover a melhora da sua saúde como principalmente, garantir a efetividade da estimulação ¹⁰.

O aleitamento materno é sem dúvida, o melhor alimento para RN a termo saudável. O leite humano é altamente importante para atender também às necessidades do bebê pré-termo ou doente. Amamentar é a mais importante iniciativa que a mãe pode proporcionar ao seu filho. Amamentar é nutrir e é uma forte prova de amor ¹¹.

Em função de o aleitamento materno atender às necessidades fisiológicas nutricionais e psicossociais de todos os lactentes, o mesmo deve ser estimulado sempre que possível ¹².

No âmbito da Fonoaudiologia, a questão alimentar, vem requerendo bastante atenção deste profissional atuante em unidades neonatais, devido à impossibilidade dos RNs receberem o alimento por via oral ¹³.

Algumas crianças nascem muito pequenas ou prematuras e podem enfrentar dificuldades na amamentação, por não estar presente o reflexo de sucção, não coordenarem bem as funções de sucção / respiração / deglutição, ou ainda não terem força para sugar ¹⁴.

Em virtude da imaturidade fisiológica, esses recém-nascidos devem ser alimentados por sonda nasogástrica ou orogástrica. Existem práticas que facilitam a passagem da alimentação de gavagem (sonda oro ou nasogástrica) por via oral; uma das técnicas é a estimulação oral por meio de estímulos táteis e de sucção não-nutritiva (SNN). Essa estimulação deve ser baseada no estado nutricional e no ganho de peso do bebê, contribuindo sistematicamente para o desenvolvimento do RN ¹⁵.

A longa permanência dos RNPT em hospitais apresenta efeitos deletérios que vão desde riscos para infecções até distúrbios afetivos ¹⁰.

Pelo trabalho dos fonoaudiólogos, tem havido uma conscientização maior por parte dos pediatras, neonatologistas, neurologistas e enfermeiros, quanto a esse importante trabalho desenvolvido nos berçários e UTIN; contudo trata-se de um tema ainda bastante recente dentro da Fonoaudiologia no Brasil ¹⁶.

A Fonoaudiologia incorpora-se como uma especialidade para a atenção integral ao bebê e à mãe, com o objetivo de promover os aspectos de aleitamento, alimentação e comunicação global, incluindo

o vínculo mãe-bebê, com uma escuta diferenciada e aberta para as dificuldades e diferenças sociais ¹⁷.

Atualmente, no Brasil, vem-se trabalhando com a visão de um novo paradigma, que é o de atenção humanizada à criança e à família, em função de avanços tecnológicos que têm aumentado à sobrevivência e as perspectivas de desenvolvimento de recém-nascidos prematuros. Novos procedimentos sistematizados estão sendo valorizados, influenciando a qualidade da interação mãe-bebê, a comunicação, audição, o desenvolvimento global e a adequação da alimentação ¹⁸.

A atuação do fonoaudiólogo em berçário de alto risco é proporcionar ao recém-nascido uma alimentação segura, funcional e prazerosa, ou seja, na medida em que o recém-nascido fizer associação da sucção com a saciação e conseqüentemente com a coordenação de grupos sucção/deglutição/respiração, ele ganha peso e com isso favorece a alta hospitalar precoce e o seu desenvolvimento futuro ⁶. Esses aspectos visam promover a capacidade do bebê se alimentar por via oral o mais precocemente possível e de modo mais seguro, observando o funcionamento global de seu organismo ¹⁹.

Esta intervenção tem como objetivo central habilitar o bebê a se alimentar por via oral. Advindos deste, dois outros estão presentes e são interligados, objetivando melhorar as condições clínicas vigentes favorecendo a alta mais precoce e o desenvolvimento do futuro bebê ¹⁰.

O objetivo dessa pesquisa foi verificar a eficácia da intervenção fonoaudiológica na diminuição do tempo de alta hospitalar do recém nascido pré-termo.

MÉTODOS

O presente trabalho constituiu-se de um estudo retrospectivo e foi realizado no Hospital e Maternida-

de Marly Sarney, em São Luís do Maranhão.

O Hospital e Maternidade Marly Sarney é um dos dois hospitais que são maternidades reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Unicef como hospitais amigos da criança, em São Luís. Realiza em média 7.000 partos por ano e possui em seu quadro funcional uma equipe multiprofissional.

Foram estudados os prontuários de 96 RNPT de ambos os gêneros, separados em dois grupos: aqueles ingressos no período de julho de 2000 a julho de 2002 quando os mesmos não recebiam Intervenção Fonoaudiológica, e os que possuíam prontuário de agosto de 2002 a agosto de 2004 quando começou a ser dado atendimento fonoaudiológico.

Como critérios de inclusão, foram incluídos todos os RN com idade gestacional inferior a 38 semanas, de ambos os gêneros. Nos critérios de exclusão, foram retirados do estudo aqueles bebês que apresentavam fenda palatina, lábio-leporino, fístula traqueoesofágica e bebês síndrômicos, com má-formação e com alterações neurológicas.

Os dados foram coletados em prontuários arquivados na Unidade Neonatal do referido Hospital e foram anotados em uma Ficha de Coleta de Dados previamente elaborada e testados em estudo piloto, onde foi levado em consideração o tempo de internação.

As variáveis coletadas foram: Idade Gestacional (IG); Peso ao nascer; Gênero; Tempo de alta do RN com e sem Intervenção Fonoaudiológica.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica sob o número 023/2005.

Os dados foram apresentados na forma de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa, e aplicação do teste estatístico Qui-quadrado, considerando-se como valor de significância valores menores ou iguais a 5 % ($p \leq 0.05$).

Ficha de Coleta de Dados em Prontuário

Data da Coleta de Dados: ____ / ____ / ____

Número do Prontuário: _____

- Nome da Mãe: _____
 - Idade Gestacional: _____
- Nome do Recém-Nascido: _____
 - Data do Nascimento: ____ / ____ / ____
 - Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino
 - Peso ao Nascer: _____
 - Peso no Momento da Internação: _____
 - Tempo de Internação: _____
- Recebeu Estimulação Fonoaudiológica? ☐ Sim ☐ Não
- Em caso afirmativo:
 - Início: ____ / ____ / ____ Término: ____ / ____ / ____
 - Data da Alta Hospitalar: ____ / ____ / ____

RESULTADOS

Os grupos foram constituídos com 46 RNPT que não receberam atendimento fonoaudiológico e 50 RNPT que receberam a intervenção. Quanto à idade gestacional de nascimento, os resultados obtidos foram: de 30 a 34 semanas 2,2%, com 35 e 36 semanas 73,8% e 37 semanas 24,0%, sem associação estatística com a presença ou não da intervenção fonoaudiológica (Tabela 1).

Quanto ao peso de nascimento dos recém-nascidos que receberam intervenção fonoaudiológica: nenhum apresentou-se com peso entre 500g a 1000g, 90% de 1001g a 2000g, 10% de 2001g a 3000g (Tabela 2).

Já em relação ao peso de nascimento dos re-

cém-nascidos que não receberam intervenção fonoaudiológica observou-se: 2,2% com peso entre 500g a 1000g, 77,7% de 1001g a 2000g, 20% de 2001g a 3000g (Tabela 2).

Os recém-nascidos que tiveram intervenção fonoaudiológica obtiveram como peso após alta: 94% de 1600g a 2600g, 4% de 2601g a 3600g e 2% entre 3601g a 4600g. Já os que não tiveram intervenção fonoaudiológica obtiveram como peso após a alta: 76% de 1600g a 2600g, 18% de 2601g a 3600g e 6% entre 3601g a 4600g. (Tabela 3).

Em relação ao tempo de internação, observou-se que os bebês que receberam a intervenção fonoaudiológica, tiveram o tempo de internação mais curto em relação aos que não receberam, conforme a Tabela 4, com associação estatística (p -valor <0.001).

Tabela 1 – Associação da amostra quanto à idade gestacional de nascimento e presença ou não de intervenção fonoaudiológica

IDADE GESTACIONAL	FONO					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%
30 semanas	1	2,0	-	-	1	1,1
34 semanas	-	-	1	2,2	1	1,1
35 semanas	16	32,0	18	39,1	34	36,9
36 semanas	20	40,0	14	30,4	34	36,9
37 semanas	13	26,0	13	28,3	26	24,0
TOTAL	50	54,3	46	45,7	96	100,0

Qui-quadrado = 5,18 $p < 0,3947$
f= frequência absoluta

Tabela 2 – Associação da amostra quanto ao peso de nascimento dos recém-nascidos e presença ou não de intervenção fonoaudiológica

PESO DE NASCIMENTO	FONO					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%
500 a 1000 g	-	-	1	2,2	1	1,1
1001 a 2000 g	45	90,0	36	78,3	81	84,4
2001 a 3000 g	5	10	9	19,5	14	14,5
TOTAL	50	52,1	46	47,9	96	100,0

Qui-quadrado = 2,98 $p < 0,2252$
f= frequência absoluta

Tabela 3 – Associação da amostra quanto ao peso após a alta hospitalar e presença ou não de intervenção fonoaudiológica

PESO APÓS A ALTA	FONO					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%
1600 a 2600 g	47	94,0	34	76,0	81	84,5
2601 a 3600 g	2	4,0	9	18,0	11	11,5
3601 a 4600 g	1	2,0	3	6,0	4	4,0
TOTAL	50	100,0	46	100,0	96	100,0

Qui-quadrado = 7,39 p<0,0248 (significante)
f= frequência absoluta

Tabela 4 – Associação da amostra quanto ao tempo de internação e presença ou não de intervenção fonoaudiológica

TEMPO DE INTERNAÇÃO	FONO					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
1 a 10 dias	44	88,0	2	4,3	46	47,9
11 a 20 dias	4	8,0	13	28,3	17	17,7
21 a 30 dias	-	-	10	21,7	10	10,4
31 a 40 dias	-	-	9	19,6	9	9,4
41 a 50 dias	1	2,0	8	17,4	9	9,4
51 a 60 dias	-	-	3	6,5	3	3,1
61 a 70 dias	1	2,0	1	2,2	2	2,1
TOTAL	50	100,0	46	100,0	96	100,0

Qui-quadrado = 70,51 p< 0,000 (significante)
f= frequência absoluta

■ DISCUSSÃO

Pelos dados obtidos nos prontuários pesquisados, a atuação fonoaudiológica teve início entre a 35ª e 36ª semana de IG, dados estes que concordam com outros estudos realizados a cerca da atuação fonoaudiológica com RNPT^{1,2,7,8,10}.

Vários autores sugerem que a atuação fonoaudiológica tenha início com a idade gestacional, quando seja possível iniciar a transição da alimentação gástrica para a alimentação por via oral, geralmente compreendida entre a 32ª a 34ª semanas^{1,2,7,10,15}.

Em relação ao peso dos bebês, a literatura aponta uma média que varia entre 1400 a 1800 gramas,

ao iniciar a estimulação da SNN. Associado ao peso, encontra-se ainda as idades gestacionais variando de 30ª a 35ª semanas, ocorrendo em todos os estudos pesquisados o peso apropriado para a IG^{1,2,7,8,10}. Este dado não coincidiu com a presente pesquisa, haja vista, que o início da intervenção fonoaudiológica deu-se à medida que o bebê apresentou condições clínicas estáveis para tal, geralmente por volta de 1001 a 2000 gramas.

Alguns autores enfatizam como efeitos da SNN, o ganho de peso e a redução no período de transição para a alimentação oral²⁰⁻²³.

Os achados significantes do presente estudo quanto ao ganho de peso após intervenção fonoaudiológica concordam com os descritos na lite-

ratura. Bebês estimulados com SNN obtêm maior ganho de peso e conseqüentemente alta hospitalar precoce^{1,2,4,6-8,10,11,15,16,19-25}. Em estudos realizados com grupo controle, observou-se que os bebês estimulados com SNN levaram menor tempo na ingesta oral total de alimentação prescrita do que os bebês do grupo controle².

Estudo recente, relata que o ganho de peso e a redução do período de transição para alimentação por via oral estão relacionados com os efeitos do trabalho realizado com a SNN, o que deste modo, enfatiza a importância da atuação fonoaudiológica junto à equipe multidisciplinar⁷. A presente pesquisa aponta para esta direção, observada pela associação estatística

significante entre menor tempo de internação e presença da intervenção fonoaudiológica.

Trata-se de uma área de atuação ainda recente e novas pesquisas devem ser desenvolvidas com o intuito de definir protocolos eficazes em relação à intervenção fonoaudiológica com neonatos prematuros.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos apontam para a efetividade da intervenção fonoaudiológica com recém-nascido pré-termo. Houve associação entre menor tempo de internação hospitalar e presença de intervenção fonoaudiológica.

ABSTRACT

Purpose: to assess the efficacy of speech therapy in reducing hospital time in pre-term newborns.

Methods: comparing 46 pre-term infants between 2000 and 2002 in Marly Sarney maternity when the speech therapy service was not available in that hospital for 50 pre-term infants between 2002 and 2004 when that service was initiated. Data was obtained from patient charts. **Results:** among the pre term newborns, those that received speech therapy had a shorter hospitalization time: 88% were discharged between day 1 and day 10, 8% between day 11 and day 20 and just 2% stayed between 41 and 50 days and 2% 61 and 70 days. Among those who did not undergo speech therapy just 47,9% were discharged between day 1 and day 10 17,7% of these patients were discharged between the 11th and the 20th day, 10,4% were discharged between the 21st and 30th days, 9,4% were discharged between 31 and 40 days, 9,4% were discharged between 41 and 50 days, 3,1% were discharged between 51 and 60 days and 2,1% were discharged between 61 and 70 days. This aspect was statistically significant (p-value< 0.000). **Conclusion:** the data showed the efficacy of speech therapy with pre-term infants. There was an association between shorter hospitalization time and speech therapy presence.

KEYWORDS: Infant, Newborn; Infant, Premature; Speech Therapy

REFERÊNCIAS

1. Brock R. Recém-nascido prematuro, baixo de crescimento intra-uterino. In: Bassetto MCA, Brock R, Wajnsztein R. Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo: Lovise; 1998. p. 67-73.
2. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. Rev Latinoam Enfermagem. 2003; 11(2):232-6.
3. Almeida EC, Terra EMM, Holzer S, Benetti LAS, Gierwiatowski A, Gutierrez FS. Ficha neonatal: explicação detalhada das siglas, terminologia e patologias. In: Almeida EC, Modes LC, organizadores. Leitura do prontuário: avaliação e conduta fonoaudiológica com recém-nato de risco. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 1-21.
4. Ramos LB, Souza NB. Prontidão escolar em pré-termo. Rev Fono Atual. 2001; 15:22-9.
5. Ribeiro A, Silva CCFAN, Salcedo PHT, Ferreira VJA. Crianças relação do APGAR em recém-nascido a termo com a eficiência da mamada. Rev Fonoaudiol Bras. 2004; 4(1):1-3.
6. Delgado SE, Halpern R. Aleitamento materno de bebês pré-termo com menos de 1500 gramas: sentimentos e percepções maternos. Arq Méd. 2004; 7(2):5-28.
7. Neiva FCB. Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. [periódico on line]. Disponível em: URL: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/482/body/10.htm>
8. Neiva FCB. Análise evolutiva do padrão de sucção e a influência da estimulação através da sucção não nutritiva em recém-nascido pré-termo [doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
9. Pereira ERBN, Trezza EMC. Identificação das atitudes dos pais e familiares frente ao uso da chupeta. J Bras Fonoaudiol. 2005; 5(23):381-6.
10. Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: Andrade CRF, organizadora. Fonoaudiologia em ber-

çário normal e de risco. v. 1. São Paulo: Lovise; 1996. p. 83-7.

11. Rios IJA. Técnicas de sucção nutritiva para recém-nascido prematuro. In: Rios IJA, organizadora. Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar. São Paulo: Pulso; 2003. p. 43-98.

12. Fonseca RP, Ferreira VJA. Relação da pressão de sucção e da pega de bebês a termo com o aparecimento de fissuras mamilares no processo de amamentação natural. Rev CEFAC. 2004; 6(1):49-57.

13. Garzi RP, Cerruti VQ. Importância da adequada respiração no processo de alimentação do recém-nascido pré-termo: relato de caso. Rev CEFAC. 2003; 5(1):63-7.

14. Gamburgio LJL, Munhoz SEM, Anstalden LG. Alimentação do recém-nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. Rev Fono Atual. 2002; 20:39-47.

15. Salcedo PHT. Trabalho fonoaudiológico específico em berçário com estimulação sensório-motor-oral. In: Oliveira ST, organizadora. Fonoaudiologia hospitalar. São Paulo: Lovise; 2003. p. 123-36.

16. Monte CD. Atuação comprovada da fonoaudiologia em UTI neonatal. Anais – VIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2000 Out 04-07; Recife (PE): p. 165.

17. Delgado SE. A influência da cultura no aleitamento materno: reflexões para melhor promovê-la. Rev Fono Atual. 2002; 19:20-3.

18. Andrade ISN, Guedes ZCF. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método mãe-can-

guru com os cuidados tradicionais. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(1):61-9.

19. Azevedo ACMPF. Intervenção fonoaudiológica na maternidade Balbina Mestrinho. [periódico on line]. Disponível em:

URL: http://www.niltonlins.br/extensao/downloads/TOP_Projeto_Balbina_Mestrinho.doc.

20. Field T, Ignatoff E, Stringer S, Brennan J, Greenberg R, Widmayer S, Anderson GC. Nonnutritive sucking during tube feedings: effects on preterm neonates in an intensive care unit. Pediatrics. 1982; 70(3):381-4.

21. Case-Smith J. An efficacy study of occupational therapy with high-risk neonates. Am J Occup Ther. 1988; 42(8):499-506.

22. Sehgal SK, Prakash O, Gupta A, Mohan M, Anand NK. Evaluation of beneficial effects of nonnutritive sucking in preterm infants. Indian Pediatr. 1990; 27(3):263-6.

23. Mattes RD, Maone T, Wager-Page S, Beauchamp G, Bernbaum J, Stallings V, et al. Effects on sweet taste stimulation on growth and sucking in preterm infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996; 25(5):407-14.

24. Lang S. Aleitamento do lactente: cuidados especiais. 1. ed. São Paulo: Santos; 1999. p. 13-5.

25. Silva RNM. Fatores que interferem na sucção/deglutição/respiração do prematuro. In: Lopes SMB, Lopes JMA. Follow up do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 275-300.

RECEBIDO EM: 14/09/06

ACEITO EM: 09/01/07

Endereço para correspondência:

Rua do Passeio, 1004

São Luís – MA

CEP: 65015-370

Tel: (98) 32214399 / 81358272

E-mail: rep.malta@elo.com.br