

**APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DA PRONTIDÃO DO PREMATURO PARA INÍCIO DA
ALIMENTAÇÃO ORAL: ESTUDO DESCRITIVO**
*An assessment of premature baby readiness for oral feeding: a
descriptive study*

Cristina Ide Fujinaga¹
Milena Domingos de Oliveira Rodarte²
Nelma Ellen Zamberlan Amorim³
Tatiane Cristina Gonçalves⁴
Carmen Gracinda Silvan Scochi⁵

Resumo

Descrever o comportamento do prematuro mediante aplicação de um instrumento de avaliação da prontidão do bebê para iniciar sua alimentação por via oral, é o objetivo desse trabalho, desenvolvido por meio de estudo descritivo exploratório. O instrumento de avaliação foi aplicado em 60 bebês prematuros. Pode-se verificar que a maioria dos bebês estudados possuía idade gestacional corrigida maior ou igual a 34 semanas, apresentou estado comportamental sono leve, adequação quanto à postura e tônus global, adequação da postura de lábios, presença dos reflexos de mordida e vômito, movimento adequado de língua, presença do canolamento de língua e adequação dos movimentos de mandíbula. Todos os bebês avaliados apresentaram postura de língua plana. Ao analisar a presença do reflexo de procura, a maioria dos bebês não o apresentou. Quanto ao reflexo de sucção, todos os bebês apresentaram este reflexo, sendo metade de forma débil. A força de sucção mostrou-se adequada em 51,7% dos casos e fraca em 45,6%. O ritmo de sucção por pausa mais comum foi o número de sucções menor do que 5, seguido do grupo entre 5 a 8 sucções. Percebeu-se, neste estudo, que a maioria dos bebês não manteve o ritmo de sucção por pausa e a maior parte dos bebês manteve parcialmente o estado comportamental alerta após avaliação da sucção não-nutritiva.

Palavras-chave: prematuro; fonoaudiologia; conduta na alimentação; comportamento de sucção.

Abstract

Prematurity and low weight are risk factors associated with birth and are indicators that a baby's growth and development may be at risk. Both prematurity and low weight are risk factors for the development of communication changes, with implications for speech therapy, both at preventive and rehabilitation stages. The research objective has been to verify the prevalence of low weight and prematurity at births at a hospital in Irati, Parana, from January 1 to May 31, 2006 and referrals for speech therapy monitoring. The descriptive exploratory study indicated that the prevalence of low weight at birth was 9.20% per occurrence and 7.34% per maternal residence. The prevalence of premature birth was 6.19% per occurrence and 4.55% per residence. None of the infants was forwarded

1 Doutora, fonoaudióloga, professora adjunto A do curso de graduação em Fonoaudiologia da UNICENTRO. E-mail: crisfuji@eerp.usp.br.

2 Doutoranda, fonoaudióloga, pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

3 Mestre, fonoaudióloga, auxiliar técnica da EERP/USP.

4 Especialista, fonoaudióloga clínica da maternidade Sinhá Junqueira de Ribeirão Preto – São Paulo.

5 Doutora, enfermeira, professora titular do curso de graduação em Enfermagem EERP/USP.

to speech therapy monitoring. The results indicate the occurrence of premature births and low-weight in Irati city, though none of these infants has been forwarded to speech therapy monitoring.

Key words: prevalence; premature birth; low birth weight.

Introdução

A inserção do fonoaudiólogo na equipe neonatal, atuando na assistência multiprofissional dos recém-nascidos pré-termo, é uma prática bastante recente no Brasil. Sua atuação abrange, principalmente, aspectos relacionados à prevenção e reabilitação precoce de distúrbios da comunicação, ou seja, na prática promove a adequação da alimentação oral e a detecção precoce da deficiência auditiva.

Ao longo da última década, a atuação clínica e preventiva junto aos recém-nascidos em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica evoluiu rapidamente, não só pelo desenvolvimento da tecnologia de cuidado voltada a esses bebês, como também pelo reconhecimento de profissionais médicos e de enfermagem do auxílio efetivo da Fonoaudiologia⁽¹⁾. A importância desse profissional na área de Neonatologia vem aumentando gradativamente, em especial, naqueles serviços que atendem à clientela de médio e alto riscos e de referências secundária e terciária.

O fonoaudiólogo pode intervir com vistas a estimular a alimentação oral e estabelecer métodos de avaliação clínica do padrão de sucção, como também desenvolver o trabalho de transição da alimentação gástrica para a via oral, com destaque à estimulação sensorio-motora-oral através de estímulos tátil, auditivo e da sucção não-nutritiva.

A avaliação da prontidão para o recém-nascido pré-termo iniciar a alimentação láctea, por via oral, não deve considerar a sucção como função isolada e, sim, como parte de um complexo desenvolvimento. Para compreender a assistência à alimentação de bebês em unidade de cuidado intensivo neonatal, como no caso de muitos prematuros, deve-se estar atento não apenas à avaliação do controle motor oral e de respostas sensoriais, uma vez que é imprescindível a realização de uma observação multissensorial, a fim de se obter uma perspectiva global de sua alimentação. Esta avaliação deve incluir: estado de consciência e comportamento, respostas táteis, controle motor, função motora-

oral, controle fisiológico e coordenação da sucção/deglutição/respiração⁽²⁾.

A maioria das escalas de avaliação da alimentação em prematuros está baseada na observação descritiva, apontando como referência para essa observação a Neonatal Oral-Motor Assessment Scale – NOMAS⁽³⁻⁴⁾.

ANOMAS é um instrumento constituído por 13 características de movimentos de mandíbula e de língua, divididos nas seguintes categorias: normal, desorganizado e disfuncional. A sucção normal é avaliada pelos comportamentos da mandíbula (abertura e ritmo de excursão) e língua (canolamento, movimento ântero posterior, ritmo de movimento, presença da deglutição mediante movimento de sucção). A sucção desorganizada refere-se à falta ou ausência de ritmo da atividade de sucção e a disfuncional, à interrupção no processo de alimentação por movimentos anormais da língua ou da mandíbula⁽⁴⁾.

O objetivo da NOMAS é identificar e qualificar o padrão motor-oral dos neonatos e seus desvios, uma vez que esta escala traz informações quantitativas das respostas esperadas e daquelas não esperadas da movimentação da língua e mandíbula, durante a sucção não-nutritiva e nutritiva. A avaliação da sucção não-nutritiva dura 2 minutos e a nutritiva, 5 minutos⁽⁴⁾.

Observa-se, no entanto, que a Fonoaudiologia tem encontrado dificuldade para sistematizar uma avaliação objetiva do comportamento de sucção do bebê e do seu desempenho na transição para a via oral, nos serviços, que, atualmente, têm-se apoiado numa avaliação que descreve o comportamento de sucção, com base na observação da sucção não-nutritiva. Essa avaliação não tem se constituído num indicador preciso para a equipe, no sentido de orientá-la quanto ao início dessa transição.

Existem na literatura nacional alguns protocolos de avaliação da sucção do bebê prematuro^(1,5-8). No entanto, percebe-se que tais protocolos apresentam a avaliação da sucção

nutritiva utilizando a mamadeira como forma dessa transição, ou seja, avaliação da sucção no momento de transição da alimentação gástrica para oral. Três protocolos iniciam sua avaliação com a sucção não-nutritiva, utilizando o dedo enluvado, porém visando à sucção à mamadeira^(1, 7-8). Somente um deles apresenta um guia instrucional para sua aplicação⁽⁸⁾, porém vale ressaltar que nenhum destes protocolos foram validados, nem dispõem de um guia instrucional para sua aplicação.

O instrumento de avaliação utilizado neste estudo foi desenvolvido e validado em seu conteúdo e aparência⁽⁹⁾. Teve por base uma vasta revisão da literatura e experiência clínica das pesquisadoras. Este protocolo de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral teve avaliado seu conteúdo e aparência por 15 juízes, ou seja, por fonoaudiólogos que atuam em Neonatologia na assistência à alimentação de prematuros. Construiu-se, ainda, um guia instrucional com as características definidoras de cada item do instrumento, conceituando o que se pretende avaliar e o que se espera como resposta do comportamento do bebê. Os juízes avaliaram também o guia instrucional, com as características definidoras de cada item, bem como a relevância e os escores atribuídos aos mesmos. Cada item contou com um grau de concordância entre os juízes maior ou igual a 85%. Foram realizados ainda os testes de confiabilidade e validade (sensibilidade e especificidade); os dados apresentados no presente trabalho referem-se aos coletados durante tais testes⁽¹⁰⁾.

A aplicação do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro iniciar a alimentação oral foi utilizada para caracterizar tanto o comportamento global quanto o específico (sucção não-nutritiva) no momento em que os bebês iniciaram a primeira alimentação oral, além de trazer indicativos objetivos para iniciar a alimentação oral.

Desta forma o objetivo do presente trabalho foi descrever o comportamento do prematuro mediante aplicação do instrumento de avaliação da prontidão do bebê prematuro para iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral.

Método

Foi realizado estudo quantitativo, observacional descritivo.

A população de estudo foi constituída de recém-nascidos pré-termo assistidos na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Os critérios de inclusão para o estudo foram:

- idade gestacional corrigida*⁽⁶⁾ igual ou superior a 30 semanas e menor ou igual a 36 semanas e 6 dias, avaliada e registrada pela equipe médica;
- estabilidade clínica e com capacidade de manter-se fora da incubadora, por pelo menos 10 minutos;
- balanço calórico de, no mínimo, 80 calorias/kg/dia, calculado pela equipe médica;
- ausência de deformidades faciais, de distúrbios respiratórios, cardiovasculares, gastrointestinais e neurológicos ou síndromes que impedissem ou dificultassem a alimentação oral;
- não ter recebido alimentação láctea por via oral.

No que se refere às condições maternas, consideram-se os seguintes aspectos:

- aceitação e desejo em amamentar;
- ausência de problemas patológicos e sociais que interferissem na amamentação;
- ausência de intercorrências severas da lactação;
- ausência de doenças ou procedimentos terapêuticos que contra-indicassem o aleitamento materno.

A amostra foi selecionada pelo método de amostragem não-probabilístico por conveniência, sendo constituída de 60 bebês prematuros nascidos entre março de 2004 a julho de 2005. Nesta unidade os profissionais desenvolvem um trabalho baseado no cuidado humanizado, no qual o aleitamento materno é estimulado e favorecido e incentivam a presença constante da mãe na unidade neonatal, em contato direto com seu bebê, e no banco de leite humano, recebendo auxílio para manutenção da lactação⁽¹¹⁾. Além da

* Idade corrigida: é a idade gestacional somada a idade pós-natal.

estimulação e manutenção da produção láctea, há incentivo ao contato pele-a-pele precoce, e auxílios para transporte e alimentação destinados às mães que amamentam. Portanto, ao iniciar o aleitamento materno, todas as mães inseridas nesta pesquisa já tinham recebido as orientações acerca da importância do aleitamento materno, estavam com produção láctea adequada e já haviam realizado o contato pele-a-pele com seu bebê.

Num primeiro momento, realizou-se a coleta no prontuário do bebê para obtenção dos dados de identificação, como nome, data de nascimento, idade pós-natal, idade corrigida, peso, tipo de alimentação. A idade gestacional do bebê baseou-se no método de avaliação Ballard, realizada e registrada no prontuário pelos pediatras da UCIN. Além destes, coletaram-se dados sobre a mãe, como nome, idade, intercorrências clínicas, número de filhos, escolaridade e experiência prévia com aleitamento materno.

O instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral é dividido em categorias, a saber: idade corrigida, estado de organização comportamental, postura oral, reflexos orais e sucção não-nutritiva. Cada categoria é constituída por itens com variações de desempenho, que receberam escores de 0 (zero) a 2 (dois), perfazendo uma somatória que pode variar de 0 a 36. Os itens, com as suas respectivas variações de desempenho, estão definidos em um guia instrucional⁽⁹⁾.

Durante a avaliação, posicionou-se o bebê em decúbito lateral, dentro da incubadora, em posição de flexão, para verificar se o mesmo era capaz de se auto-regular, mantendo-se nessa posição. Manteve-se o bebê em posição de decúbito dorsal nos casos em que ele tivesse um membro superior imobilizado por venopunção e soroterapia. Na ocasião, realizou-se estimulação para que o bebê acordasse, apresentando estímulos auditivos (chamar o bebê pelo nome), visuais (manutenção do contato olho-a-olho) e táteis (toques na face e corpo), e posteriormente se observou o estado de organização comportamental e postura oral. Cabe ressaltar que a pesquisadora não manipulou o bebê para verificação destes itens, com exceção da observação da postura de língua, já que era necessário abaixar o lábio

inferior e, se necessário, a mandíbula para visualizar a postura da língua.

Num terceiro momento, realizou-se a observação dos reflexos orais e do comportamento do prematuro, durante o estímulo da sucção não-nutritiva, utilizando-se o dedo mínimo enluvado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP, com o intuito de garantir a proteção dos direitos humanos, conforme resolução 196/96.

Solicitou-se, ainda, à mãe do prematuro a assinatura do termo de consentimento pós-informado; em caso de mãe adolescente, buscou-se também o consentimento do responsável pela mãe.

Resultados

Participaram desta pesquisa 60 bebês prematuros, sendo 28 do sexo feminino, 31 do sexo masculino e 1 bebê com sexo indefinido, que tinham em média 13 dias de vida e 1484 gramas de peso. A idade gestacional média dos prematuros foi de 32 semanas e 3 dias, segundo método de avaliação Ballard, e a corrigida de 34 semanas e 3 dias, com peso médio de nascimento de 1418 gramas. O Apgar atingiu em média 6 no 1º minuto e 9, no 5º minuto. Quanto ao tipo de parto, foi normal em 45% dos casos e cesárea em 55%.

O desconforto respiratório ao nascer foi a intercorrência clínica mais comum, acometendo 55% dos prematuros, seguido de 11% de bebês que apresentaram apnéia, 4% hipoglicemia e 2% bradicardia. No entanto, cerca de 28% dos bebês não apresentaram intercorrência ao nascimento. Quanto às mães, a idade média foi de 26 anos, variando de 14 a 39 anos, e o grau de escolaridade mais freqüente foi o 1º grau incompleto. Cerca de 47% delas eram primigestas e o número de filhos variou de 1 a 3. Dentre as intercorrências obstétricas apresentadas, a diabetes mellitus e a bolsa rota precoce foram as mais comuns.

Em relação à experiência com aleitamento materno, desconsiderando-se as mães primigestas (28), verificou-se que 81% referiram possuir experiência anterior, pois amamentaram os outros filhos.

Para apresentação das variáveis do instrumento, utilizou-se a estatística descritiva, pois devido ao tamanho reduzido da amostra e ao não- pareamento das variáveis, não foi possível realizar testes estatísticos para se mensurar diferenças entre os grupos e fazer associação entre as variáveis.

Tabela 1 – Distribuição dos prematuros segundo itens de avaliação do instrumento

Itens do instrumento	Frequência	
Idade corrigida	≤ 32 semanas	5
	Entre 32 a 34 semanas	20
	≥ 34 semanas	35
Estado comportamental	Sono profundo	17
	Sono leve	29
	Alerta	14
Postura global	Flexão	55
	Semiflexão	5
	Extensão	0
Tônus global	Hipotonia	1
	Normotonia	59
	Hipertonia	0
Postura de lábios	Vedados	55
	Entreabertos	5
	Abertos	0
Reflexo de procura	Presente	4
	Débil	23
	Ausente	33
Reflexo de sucção	Presente	30
	Débil	30
	Ausente	0
Reflexo de mordida	Presente	58
	Débil	0
	Ausente	2
Reflexo de vômito	Presente	58
	Débil	0
	Ausente	2
Movimento de língua	Adequada	43
	Alterada	17
	Ausente	0

Continua

Canolamento de língua	Presente	47
	Ausente	13
Movimento de mandíbula	Adequada	40
	Alterada	20
	Ausente	0
Força de sucção	Forte	31
	Fraca	27
	Ausente	2
Sucções por pausa	< 5s/p	36
	5 a 8s/p	21
	> 8s/p	3
Manutenção sucções por pausa	Rítmico	19
	Arrítmico	39
	Ausente	2
Manutenção do estado de alerta	Sim	15
	Parcial	35
	Não	10

Discussão

Pode-se verificar na tabela 1 que a maior parte dos bebês estudados possuía idade gestacional corrigida maior ou igual a 34 semanas (58,3%), ou seja, tinha maturidade para se alimentar por via oral, pois quanto maior a idade gestacional maior a maturidade do bebê e melhor sua performance na alimentação oral^(1,12-13). Destaca-se a necessidade da aplicação do instrumento numa nova amostra com número maior de bebês, pareada para as diferentes faixas etárias, a fim de se verificar a associação da maturidade do prematuro e seu desempenho no teste e na transição para alimentação oral.

Quanto ao estado comportamental, a maior parte da amostra apresentou sono leve (48,3%), fato que pode indicar um sinal de prontidão para início da alimentação oral⁽¹⁴⁾. Ressalta-se, ainda, no presente estudo, que todos os bebês foram estimulados a acordar no início da avaliação, utilizando-se estímulos auditivos, visuais e táteis, e manipulados para serem posicionados em decúbito lateral, a fim de serem avaliados. Acredita-se que toda esta estimulação pode ter favorecido este estado comportamental.

Os dados obtidos revelam que a grande maioria dos bebês apresentou adequação quanto à postura (91,7% em flexão) e tônus global (98,3% em normotonia), porém é importante destacar que, no início da avaliação, todos os prematuros foram posicionados em decúbito lateral, ficando seus membros alinhados em direção à linha média do corpo, de forma a favorecer a auto-organização. Destaca-se, ainda, que a adequação da postura e do tônus dos bebês deve-se aos cuidados prestados na UCIN do HCFMRP-USP, que presta uma assistência humanizada e individualizada, onde, entre outros aspectos, a equipe possibilita a auto-regulação dos bebês com seu posicionamento voltado para a linha média do corpo e contidos em ninhos, simulando a posição fetal⁽¹¹⁾.

Também se deve levar em consideração que a maior parte dos bebês possuía idade gestacional corrigida maior do que 34 semanas, o que favoreceu maior maturidade e ainda relação com a adequação da postura e do tônus global⁽¹⁵⁾.

Quase toda a amostra apresentou adequação da postura de lábios, os quais permaneceram vedados em 91,7% dos prematuros. Todos os bebês avaliados apresentaram postura de língua

plana. As alterações do sistema motor oral foram caracterizadas em 48 bebês prematuros com idade gestacional média de 30 semanas, e média de 47 dias de vida, porém houve relato da idade gestacional corrigida desses prematuros. Verificaram que a postura dos lábios estava adequada em 79,2% dos casos, mas que a postura da língua apresentava alteração na maioria dos casos, tais como: 50% de postura de ponta de língua elevada na papila; 14,6% de postura de língua retraída e 2,1% de postura de língua protruída. Apenas 33,3% dos bebês apresentaram postura de língua adequada⁽¹⁶⁾.

Há necessidade de se desenvolver novo estudo com ampliação da amostra, principalmente com a inclusão de bebês com idade menor que 32 semanas, a fim de observar o comportamento destas variáveis nos mais imaturos.

Ao analisar a presença do reflexo de procura, percebe-se que a maioria dos bebês (55%) não o apresentou. Diferentemente, um outro estudo encontrou a presença do reflexo de procura em prematuros em 89,6% da amostra⁽¹⁶⁾.

Existe uma associação entre o estado comportamental e a presença dos reflexos orais, indicando que o estado de alerta facilita a presença dos reflexos orais⁽¹⁷⁾. No presente estudo, observou-se que a maioria da amostra encontrava-se em estado de sono leve, o que poderia justificar o baixo número de bebês que apresentaram o reflexo de procura.

Quanto ao reflexo de sucção, todos os bebês apresentaram este reflexo, sendo metade de forma débil, de acordo com a tabela 7. Tal resultado diverge do estudo que encontrou o reflexo de sucção adequado em 83,4% da amostra⁽¹⁶⁾.

A grande maioria (96,7%) da amostra apresentou os reflexos de mordida e vômito. A constante presença destes reflexos pode estar relacionada à importância dos mesmos para o mecanismo de defesa dos bebês contra aspiração do alimento⁽²⁾. Outro estudo encontrou presença do reflexo de mordida em 79,2% mas não foi avaliada a presença do reflexo de vômito⁽¹⁶⁾.

De acordo com a tabela, a maior parte da amostra (71,7%) apresentou movimento adequado da língua, valor semelhante aos 75% encontrados em um estudo de bebês com 36

semanas de idade gestacional⁽¹⁸⁾, e inferior aos 100% obtidos em outro estudo⁽¹⁶⁾.

O canolamento também foi uma variável presente na maioria dos bebês da amostra (78,3%), dados que assemelham-se aos resultados do estudo de Delgado e Halpern⁽¹⁶⁾ que encontraram presença do canolamento de língua em 81,3% da amostra. No entanto, observou-se presença do canolamento em 50% dos casos em bebês com idade gestacional corrigida média de 35 semanas⁽¹⁸⁾.

Quanto ao movimento de mandíbula, conforme tabela, mostra que o mesmo esteve presente de forma adequada na maioria da amostra (66,7%), sendo semelhantes aos dados de Delgado e Halpern⁽¹⁶⁾ que encontraram adequação em 79,2%, e alteração em 20,8% dos bebês, citando como alterações o trancamento de mandíbula (12,5%) e a presença de tremores (8,3%). Já o estudo de Neiva⁽¹⁸⁾ apresentou adequação do movimento de mandíbula em 100% da amostra.

A força de sucção mostrou-se adequada em 51,7% dos casos e fraca em 45,6%. Resultados diferentes destes foram encontrados sendo 68,8% de adequação da força e alteração em 31,3% dos casos⁽¹⁶⁾, e ainda força de sucção adequada em 75% de bebês com idade gestacional corrigida de 34 semanas⁽¹⁸⁾.

O ritmo sucção por pausa mais comum foi o número de sucções menor do que 5 (60,0%), seguido do grupo entre 5 a 8 sucções (35,0%). Estudo de Delgado e Halpern⁽¹⁶⁾ encontrou uma média de 6,37 sucções por pausa, com amplitude mínima de 2 e máxima de 15 sucções por pausa.

Percebeu-se, neste estudo, que a maioria dos bebês (65,0%) não manteve o ritmo de sucção por pausa, dados que diferem dos achados de Neiva⁽¹⁸⁾ que obteve ritmo de sucção em 90% de bebês com idade gestacional corrigida de 34 semanas. Já Delgado e Halpern⁽¹⁶⁾ observaram presença de ritmo de sucção em 100% da amostra. Ressalta-se que nenhum desses estudos apresentou como se calculou esta variável.

A maior parte dos bebês (58,3%) manteve parcialmente o estado comportamental alerta, após a avaliação da sucção não-nutritiva.

Considerações finais

Apesar da relevância do presente estudo, aponta-se como limitação o reduzido tamanho amostral, recomendando-se aumentar o número de

bebês num próximo estudo, além do pareamento de acordo com a idade gestacional corrigida, para posterior análise da associação de cada variável do instrumento com o desempenho do bebê na transição da alimentação no seio materno.

Referências

1. Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos. In: Hernandez AM, Marchesan I., organizadoras. Atuação fonoaudiológica em ambiente hospitalar. São Paulo (SP): Revinter; 2001.
2. Glass RP, Wolf LS. A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. *American Journal Occupational Therapy* 1994; 48(6): 514-26.
3. Arvedson JC, Brodsky L. Pediatric swallowing and feeding assesment and development. San Diego (CA): Singular, 1993.
4. Palmer MM, Crawley K, Blanco IA. Neonatal Oral-Motor Assessment Scale: a reability study. *Journal of Perinatology* 1993; 13(1): 28-35.
5. Xavier C. Avaliação de alimentação de recém nascidos em fase de hospitalização (Escala de avaliação motora oral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* 1995; 7(2): 69-74.
6. Bernardis KC, Marchi SON. Sucção não-nutritiva em recém-nascidos a termo e pré-termo: um estudo descritivo comparativo. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* 1998; 10(2): 8-15.
7. Quintella T, Silva AA, Botelho MIMR. Distúrbios da deglutição (e aspiração) na infância. In: Furkin AM, Santini CS., organizadoras. *Disfáguas orofaríngeas*. Carapicuíba (SP): Pró-fono, 1999.
8. Neiva FCB. Proposta de um formulário de avaliação da sucção de recém-nascidos. *Pró-fono Revista de Atualização Científica* 2000; 12(2): 113-9.
9. Fujinaga CI. Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.
10. Fujinaga CI. Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação [tese doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.
11. Scochi CGS, Riul MJS, Garcia CFD, Barradas LS, Pileggi SO. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem* 2001; 14(1): 9-16.
12. Bu'lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of suckling, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1990; 32: 669-78, 1990.
13. Lemons PK, Lemons JA. Transition to breast/bottle feedings the premature infant. *Journal American College Nutrition* 1996; 15(2): 126-35.
14. Thoyre SM. Developmental transition from gavage to oral feeding en the preterm infant. In: *Annual review of nursing research*. Springer Publishing Company, 2003.
15. Creger PJ, Browne JV. *Developmental interventions for preterm and high-risk infants*. Denver: Therapy Skill Builders, s.d.
16. Delgado SE, Halpern R. Caracterização das alterações do sistema sensorio motor oral em bebês pré-termo de muito baixo peso. *Revista Digital Fonoaudiologia Neonatal* 2003;(1).

17. Als H, Lester BM, Tronick EZ, Brazelton TB. Manual for the assessment of preterm infant behavior (APIB). In: Fitzgerald HE, Lester BM, Yogman MW, editors. Theory and research in behavioral pediatrics. New York: Plenum Press, 1982.
18. Neiva FCB. Desenvolvimento do padrão de sucção em recém-nascidos pré-termo. *Revista Digital Fonoaudiologia Neonatal* 2003; (1).