

CAPÍTULO 4

NOÇÕES GERAIS DA ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NO AMBIENTE HOSPITALAR: NEONATOLOGIA

Data de aceite: 01/03/2023

Yasmin Farias Ribeiro

<http://lattes.cnpq.br/5957650268274138>

Mikaelly da Silva Sousa

<https://lattes.cnpq.br/1294584431909490>

Karen de Souza David

<http://lattes.cnpq.br/0915019243096087>

Jessica Alves Rodrigues

Ana Luiza Custodio Pinheiro Torres

<http://lattes.cnpq.br/8697789591852149>

Drielly Barbosa de Souza

<https://lattes.cnpq.br/9820999432463875>

Maria Eduarda Rodrigues de Jesus Freitas

<http://lattes.cnpq.br/3317487477292493>

Luiz Claudio Abrantes Tavares

<http://lattes.cnpq.br/9540645325348398>

Rivani Maria de Lima

<http://lattes.cnpq.br/6968899071540303>

Brenda Mikaella de Sousa Paixão Alencar

Monique Antunes de Souza Chelminski Barreto

<http://lattes.cnpq.br/0207460948560515>

A Fonoaudiologia Hospitalar é a 14ª especialidade reconhecida pelo CFFa (RESOLUÇÃO CFFa Nº 604, de 10 de março de 2021) e é o ambiente que o Fonoaudiólogo aplica seus conhecimentos técnicos e científicos em pacientes geralmente internados, de todas as faixas etárias e em diversos setores. Incluídos entre os grupos de pacientes estão os recém-nascidos e/ou lactentes. Em 1997, um grupo de graduandas do oitavo semestre de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), orientadas por profissionais de excelência da área de Fonoaudiologia e Neurologia publicaram o Caderno Didático intitulado “Fonoaudiologia Hospitalar: Atuação com bebês de 0 a 12 meses” com distribuição na UFSM.

Nesta época, ainda eram escassas as publicações científicas na área de Fonoaudiologia Hospitalar e em especial, na Fonoaudiologia atuando em Neonatologia. Havia alguns artigos científicos, Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado. Além de publicações

como as citadas anteriormente, havia, no Brasil, apenas um livro intitulado “Fonoaudiologia em Berçário normal e de risco”, organizado por Cláudia Regina Furquim de Andrade (1996). Esta publicação embasou a pesquisa para o Caderno Didático produzido pelas graduandas em Fonoaudiologia da UFSM (1997).

Na sequência, em 1998, foi publicado o livro: Neonatologia-Um convite à atuação Fonoaudiológica, por Mônica Basseto, Roger Brock e Rubens Wajnsztejn. Após as publicações de 1996, 1997, 1998, Hernandez & Marchezan publicaram o livro: Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar, em 2001.

Em 2003, duas novas publicações: O neonato, organizado por Ana Maria Hernandez e Fonoaudiologia Hospitalar, organizado por Sílvia Oliveira. Considerando as dificuldades para reunir profissionais atuantes na área que ainda eram em número reduzido e as distâncias físicas ainda não vencidas totalmente pela tecnologia, as publicações seguiam um ritmo relativamente gradual/anual.

Em 2005, foi publicado o livro Leitura do Prontuário, organizado por Almeida e Modes, e logo a seguir, ocorreu um hiato no número de publicações na área, especialmente no formato de livro didático. Teses, Dissertações e artigos científicos continuaram sendo produzidos.

Somente em 2017 ocorreu uma retomada das publicações em formato de livro com a obra “Disfagia Infantil”, de Deborah Salle Levy e Sheila Tamanini Almeida, incluindo entre outros, capítulos com foco em neonatologia, como: Aleitamento Materno em Situações de Risco para Disfagia; Protocolos de Avaliação Clínica das Disfagias em Neonatologia e Manejo das Disfagias no Período Neonatal.

Atualmente, em 2022, 16 anos depois das primeiras publicações na área, temos acesso a diversos materiais em formato digital além de artigos, livros, dissertações e teses e este capítulo tem o objetivo de homenagear profissionais que, mesmo diante de inúmeros obstáculos, se dedicaram a produzir materiais para auxiliar a formação de novos profissionais e, principalmente, para promover a saúde dos recém - nascidos e/ou lactentes e suas famílias e hoje, podemos também contribuir para tal formação e atuação na área da Fonoaudiologia Hospitalar: Neonatologia.

1 | AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

1.1 Avaliação Auditiva

1.1.1 Teste da Orelhinha (Lei Federal 12.303/10)

A audição é um sentido fundamental para o desenvolvimento linguístico e psicossocial e os primeiros anos de vida são considerados como um período crítico para o desenvolvimento da audição e da linguagem. Assim, deve-se detectar precocemente a

perda auditiva para que a intervenção seja o mais cedo possível. Para tanto, existem os Programas de Triagem Auditiva Neonatal que foram se aperfeiçoando ao longo do tempo.

A Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) tem como objetivo a avaliação da audição de recém-nascido e /ou lactentes com ou sem indicadores de risco para a deficiência auditiva (IRDAS) e para tanto, estes programas utilizavam medidas comportamentais até que medidas eletroacústicas e/ou eletrofisiológicas foram demonstrando apresentar mais especificidade e sensibilidade (JCIH, 2007).

A triagem auditiva comportamental é baseada na observação da mudança do comportamento da criança após uma estimulação sonora, com a utilização sons não calibrados e sons calibrados (OLIVEIRA et al.1995). Esta técnica foi largamente utilizada devido a sua simplicidade de aplicação e o baixo custo, mas com o avanço de tecnologias na avaliação auditiva, foi gradativamente substituída por métodos objetivos.

Os testes objetivos como o teste de Emissões Otoacústicas (EOA) e Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) têm maior especificidade e sensibilidade para detectar possíveis alterações, auditivas, principalmente em recém-nascidos e /ou lactentes. O teste de Emissões Otoacústicas é rápido, de fácil aplicação, indolor e pode avaliar um número expressivo de sujeitos em um curto espaço de tempo e é indicado para recém-nascidos e /ou lactentes sem IRDA. Já as medidas objetivas de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) são aplicadas em recém-nascidos e /ou lactentes com IRDA (ASHA, 2000; COMUSA, 2000).

Antes de 1998, artigos científicos descreviam resultados das triagens auditivas utilizando métodos comportamentais e em 1998, no Brasil, foi criado o GATANU (Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal), formado por fonoaudiólogos, pediatras e otorrinolaringologistas (CHAPCHAP, SEGRE, 2001). Na sequência, no ano de 1999, foi criado o Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (COMUSA) (Recomendação 01/99), recomendando a triagem auditiva neonatal universal, do nascimento até três meses de idade.

Após um período de deliberações e ajustes, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva – PNAS (Portaria MS nº 2.073, de 2004) para o aprimoramento das ações de saúde auditiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e propôs a organização de uma rede hierarquizada, regionalizada e integrada entre a atenção básica, a média e a de alta Complexidade, com o objetivo de garantir a promoção da saúde auditiva, o diagnóstico e a reabilitação auditiva de adultos e crianças.

A Lei Federal 12.303/10 tornou obrigatório que hospitais e maternidades realizassem o teste da orelhinha em todos os recém-nascidos, preferencialmente antes da alta hospitalar. Antes da Lei Nacional, São Paulo foi pioneira ao instituir o exame pela Lei Municipal 3.028, de 2000.

1.2 Avaliação Oromiofuncional

Desde as primeiras publicações na área, os autores concordam que os procedimentos fonoaudiológicos, no âmbito hospitalar, devem ser iniciados tão logo o agravo à saúde o permita, inclusive no caso de bebês de risco (prematurados e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo (ANDRADE, 1996).

Hernandez (1996) ainda acrescenta que sobre a importância de refletir sobre o prognóstico de desenvolvimento das crianças atendidas pela Fonoaudiologia, na Neonatologia para a elaboração de um planejamento terapêutico mais adequado. A autora reforça que os tipos de distúrbios que o Fonoaudiólogo poderá se deparar em virtude do público atendido, a longo prazo podem ser múltiplos e incluem dificuldades de aprendizagem, distúrbios de comportamento e/ou anormalidades neuromotoras. Além disso, a estimulação multimodal deve ser implementada, consistindo na estimulação tátil, vestibular, motora, auditiva e olfativa, além dos aspectos oromotores orais do bebê e aspectos relacionados à mãe, já rotineiramente atendidos.

Xavier (1996) já ressaltava a importância de se atuar de forma preventiva com bebês que apresentam “riscos” e não somente com os bebês com patologias já definidas como fissuras, síndromes, entre outras. Assim, ações desenvolvidas em benefício da relação mãe-bebê devem ser planejadas e realizadas, incluindo nos devidos momentos, a família como um todo. A autora ressalta que, entre os bebês que apresentam riscos, incluem-se os prematuros que dependendo da idade de gestação poderão apresentar período longo de hospitalização e conseqüentemente distância física e emocional da mãe ou outros familiares que representam a figura materna. Assim, o fonoaudiólogo atua também promovendo a interação mãe-bebê dentro do ambiente hospitalar, seja em unidades de terapia intensiva, seja em unidades de cuidados intermediários, seja no berçário de bebês sem riscos. É importante que as mães acompanhem os momentos de estimulação de seus bebês, que participem da sua alimentação ainda que não estejam sendo amamentados no Seio Materno (SM) e que reconheçam os sinais de stress de seus bebês e conclui que a avaliação da díade mãe-bebê e do ambiente familiar e acompanhamento desses promove condições de delimitar com maior precisão quando intervir, prevenindo ou amenizando comprometimentos futuros.

Em 1998, Xavier descreveu como critérios de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica: Incoordenação de sucção e deglutição; Sucção fraca; Falhas respiratórias ou apenas durante a alimentação; Reflexo de vômito exagerado e episódios de tosse durante a alimentação; Início de dificuldades de alimentação; Diagnóstico de disfagia; Irritabilidade severa ou problemas comportamentais durante a alimentação; Histórias de pneumonias; Preocupação com a aspiração; Letargia durante a alimentação e Período de alimentação mais longo que 30-40 minutos.

E em 2001, Hernandez reforçou os três pilares de intervenção terapêutica: a

avaliação clínica da alimentação; a intervenção terapêutica direta com o recém-nascido (RN) ou lactente e a atuação junto à equipe e à família. Importante ressaltar que a avaliação deve estar sustentada pelo conhecimento do desenvolvimento motor oral normal e da fisiologia anátomofuncional da deglutição, bem como das características particulares aos bebês de risco para disfagia, sejam eles prematuros, com mal formação, com anóxia perinatal ou sindrômicos e reforça que a avaliação deve ser realizada dentro da rotina da unidade, no horário previsto de alimentação, quando se espera que o bebê esteja faminto e de preferência em estado de alerta, o que nem sempre é possível devido à dificuldade de manutenção deste estado em se tratando de recém-nascidos prematuros ou clinicamente instáveis. São avaliados, entre outros, os reflexos orais protetivos e adaptativos, não apenas em atuação individual, mas sempre que possível, em situação real de alimentação.

Em 2003, Hernandez ressaltou que a intervenção terapêutica é constituída pela avaliação clínica da alimentação e o tratamento propriamente dito, pois são procedimentos conectados tendo em vista que, durante a avaliação levantamos hipóteses e estabelecemos estratégias de tratamento compatíveis com estas hipóteses.

Salcedo (2003) descreve que para um padrão integrado de alimentação são necessários controles posturais global e específico (órgãos fonoarticulatórios), respiração e coordenação destes. Inclusive, a alimentação quando adequada, colabora para o estabelecimento dos ciclos de sono e vigília e o apego entre mãe e bebê.

E em 2005, Modes e Almeida acrescentaram que a avaliação fonoaudiológica contempla a leitura do prontuário e ao exame devem ser verificados os reflexos orais, o comportamento motor, a anatomia e morfologia do sistema sensorio motor oral e o padrão das funções de: sucção, deglutição e respiração, ressaltando que a avaliação deve ser realizada inclusive durante as mamadas, sendo realizada várias vezes no decorrer do tratamento para observação e verificação da maturação das funções orais.

Em 2017 Xavier reiterou sobre a importância da avaliação clínica para definir: se há necessidade de intervenção; a conduta terapêutica a ser tomada; condições de via oral e momento para iniciar; a melhor forma de alimentação; realização da transição da alimentação de sonda para via oral ou definição de outras necessidades; necessidade de exames objetivos; condições e programação para a alta hospitalar.

1.2.1 Avaliação dos reflexos de prontidão

Hernandez (1996) classificou os bebês em alto e médio risco, alocando-os nas UTIs neonatais, nas unidades de cuidados especiais ou ainda na de cuidados intermediários e que na prática, a prematuridade é sem dúvida, a condição de risco que apresenta índices mais elevados. Assim, principalmente em recém-nascidos prematuros e/ou sindrômicos as dificuldades de alimentação podem se constituir em risco para sobrevivência ou para o desenvolvimento da criança tendo em vista que bebês com incoordenação da sucção,

deglutição e respiração podem aspirar o leite com consequências deletérias que vão desde problemas pulmonares até asfixia e anóxia, podendo provocar alterações neurológicas. Outro aspecto importante a ser considerado são os baixos limiares para o stress e dificuldade de se auto-regular que é característico de recém-nascidos prematuros. Desta forma, o melhor momento e o número de vezes em que são realizadas estimulações, devem ser analisadas cuidadosamente, pois estas também podem ser estressantes e levar à bradicardia, taquicardia ou outros comportamentos que conduzem à hipoxemia.

Dentre a atuação fonoaudiológica, a autora ressalta: a atuação direta com o RN; o apoio às famílias e a atuação no ambiente físico.

Quanto à intervenção direta com o RN, esta tem o objetivo de adequar o sistema sensório-motor-oral e a função de alimentação e estes se inserem em um contexto mais amplo, que busca aumentar a capacidade de auto-regulação do bebê, em um funcionamento equilibrado de seus subsistemas. Para tanto, o conhecimento da rotina da unidade é extremamente importante, além de possibilitar discussão com a equipe sobre questões como o ruído ambiental, a luminosidade e o manuseio excessivos. Um manuseio excessivo, que ultrapasse o limiar de stress do bebê, pode levar a baixos índices de saturação de oxigênio, taquicardia ou bradicardia e até hemorragia intracraniana. Desta forma, o fonoaudiólogo deve permanecer sempre atento a sinais autônomos e viscerais de stress como: engasgos, regurgitamento, vômitos, mudanças de coloração (palidez, cianose), respiração irregular, tremores, tosse e dos sinais de stress ligados ao sistema de organização dos estados de consciência, o mais facilmente observável e que não deixa dúvidas no observador, é com certeza, o choro.

Em relação ao estado mais favorável para qualquer aprendizagem, o estado de alerta é condição imprescindível para melhor aproveitamento dos estímulos. O bebê deve estar responsivo para receber estímulos do meio ambiente e esta manutenção do estado de alerta pode se constituir na tarefa inicial a ser atingida pelo recém-nascido prematuro, principalmente por se tratar de uma condição importante no momento da alimentação. Sinais de que o recém-nascido está pronto para uma interação são: respiração tranquila, reflexo de busca, de preensão, de sucção, mãos à face, olhar alerta, entre outros.

A autora ressalta o significado crucial da nutrição no primeiro ano de vida, por se tratar de um período crítico para o desenvolvimento cerebral e refere ainda que o ganho de peso é uma meta constante principalmente no acompanhamento dos RNPT e dos RNMBP, sendo um índice importante para avaliar a boa condição física do bebê.

Deve-se buscar o estabelecimento de uma alimentação oral funcional e segura, pois esta é uma das condições para alta hospitalar, um objetivo a ser atingido o mais precocemente possível. Assim, a intervenção fonoaudiológica tem o objetivo de habilitar o bebê a se alimentar por via oral e é constituída por um tripé: o conhecimento do desenvolvimento normal, a avaliação realizada dia a dia e o tratamento propriamente dito.

Em 2002, Fujinaga em sua Dissertação de Mestrado intitulada “Prontidão do

premature para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação” em que ressalta itens do instrumento de avaliação como: idade corrigida, estado de consciência, postura global, tônus global, postura dos lábios, postura da língua, reflexo de procura, reflexo de sucção, reflexo de mordida, reflexo de vômito, movimentação da língua, canolamento de língua, movimentação da mandíbula, força de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo de sucção por pausa, manutenção do estado alerta e sinais de estresse. Na sequência, manteve os estudos no Doutorado (2005) e com diversos artigos científicos publicados, tendo se tornado referência na área.

Finalmente, em 2022, com a RESOLUÇÃO CFFa N° 656, de 03 de março de 2022 que “Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto.” em seu Art. 4º ressalta que “O fonoaudiólogo integra a equipe multiprofissional na UTI Neonatal, atuando de forma interdisciplinar na assistência aos recém-nascidos para a promoção, prevenção e detecção precoce de distúrbios da comunicação, da alimentação oral (amamentação) e a detecção precoce de deficiência auditiva”.

1.2.2 Teste da Linguinha (Lei 13.002/2014)

A avaliação do frênulo da língua, que popularmente é conhecida como teste da linguinha, trata-se de uma avaliação padronizada que permite a identificação das limitações de movimento da língua e o comprometimento das funções de sucção, deglutição, mastigação e fala. Em função dessa avaliação torna-se possível a indicação de um tratamento precoce, a fim de minimizar, e até mesmo evitar acometimentos decorrentes de alguma alteração do frênulo (Rizzato, 2022).

O Projeto de Lei nº 4.832/12 de autoria do Deputado Federal Onofre Santo Agostini, que “obriga a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês, em todos os hospitais e maternidades do Brasil”, foi sancionado pela Presidência da República e se converteu na Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Assim, o teste da linguinha, é um teste obrigatório para todos os bebês. A partir de então, garantindo a atenção e o cuidado com o bebê desde o seu nascimento, além de prevenir e ajudar no diagnóstico e tratamento dos problemas decorrentes das funções citadas anteriormente.

A Lei 13.002, de 20 de junho de 2014 dispõe de apenas 2 artigos, sendo eles: Art. 1º É obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências; Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial. Após a aprovação da Lei, o Brasil passou a ser o primeiro país do mundo a oferecer a avaliação do frênulo em todas as maternidades e hospitais do país.

Ainda em relação a Legislação, a Lei N° 13.002/14 garante que o teste da linguinha deve ser realizado por profissionais qualificados da área da saúde, visto que este exame

não apresenta contraindicações. Entretanto, ressalta-se a necessidade de capacitações e o uso padronizado de protocolos, a fim de oferecer maior confiabilidade nos resultados, prevenindo o subdiagnóstico, além de reduzir o sobrediagnóstico (MARTINELLI, 2016).

O teste é realizado por meio de protocolos de avaliação com escores, sendo utilizados no Brasil: o “Protocolo de Avaliação do frênulo lingual com escores para bebês” e o “Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)”.

O Protocolo proposto pela fonoaudióloga Roberta Lopes de Castro Martinelli durante seu mestrado na Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo (MARTINELLI, 2013), visando identificar se o frênulo lingual limita os movimentos da língua, que são importantes para sucção, mastigação, deglutição e fala. Dividido em: história clínica, avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva; o protocolo tem pontuações independentes e pode ser aplicado por partes até o 6º mês de vida. Se a soma dos scores da história clínica e do exame clínico for igual ou maior que 13, pode-se considerar a interferência do frênulo lingual nos movimentos da língua e encaminhar para cirurgia. Se apenas o exame clínico for realizado e a soma total de scores for igual ou maior que 9, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua e encaminhar para cirurgia.

Já o Protocolo Bristol, foi desenvolvido baseado em práticas clínicas e tendo como referência a Ferramenta de Avaliação da Função do Frênulo Lingual (ATLFF) de Hazelbaker. O protocolo tem como finalidade fornecer uma medida objetiva e de execução simples da gravidade da anquiloglossia, auxiliando na seleção dos lactentes que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia) e na monitorização do efeito desse procedimento.

O protocolo Bristol (BTAT) possui 4 elementos, sendo eles: (1) aparência da ponta da língua; (2) fixação do frênulo na margem gengival inferior; (3) elevação da língua e (4) projeção da língua. As pontuações atingidas para os quatro itens são somadas podendo variar de 0 a 8, sendo que escores de 0 a 3 indicam potencial redução mais grave da função da língua. (BRASIL, 2018)

Por fim, ressaltamos o desejo de que este capítulo contribua para que Fonoaudiólogos e graduandos em Fonoaudiologia conheçam aspectos gerais da atuação deste profissional no ambiente hospitalar, mais especificamente na Neonatologia, auxiliando na capacitação para avaliar e reabilitar os pacientes em sua globalidade e multidisciplinaridade.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, Onofre S. **Teste da linguinha: Lei nº 13.002, de 20 junho de 2014**. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.sbfafono.org.br/fono2014/pdf/testelinguinha_2014_livro.pdf. Acesso em 28 nov. 2022.

ALMEIDA, EC et al. **Leitura do Prontuário: Avaliação e Conduta com o Recém-Nascido de Risco**. 2ª Ed. Revinter, 2016.

American Speech Language Hearing Association (ASHA). Joint Committee on Infant Hearing: year 2000 Position Statement: **Principles and Guidelines for early hearing detection and intervention programs**. Disponível em: www.asha.org/infant_hearing/y2kpstn_stmnt.htm. Acesso em: 28 nov. 2022.

ANDRADE CRF. **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. 1ª Ed. São Paulo: Lovise, 1999.

BASSETTO MCA, BROCK R, WAINSZTEIN R. **Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica**. 1ª Ed. São Paulo: Lovise, 1998.

BRASIL. **Lei nº13.002, de 20 de junho de 2014**. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. Brasília, DF, [2014]. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13002-20-junho-2014-778947-publicacaooriginal-144433-pl.html>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Nota Técnica nº 35/2018. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia_ministerio_saude_26_11_2018_nota_tecnica_35.pdf Acesso em: 28 nov. 2022.

Casarin MT, Souza MA, Galvéz RJS, Echer SC et al. **Fonoaudiologia Hospitalar: Atuação com bebês de 0 a 12 meses**. Caderno Didático. Santa Maria, 1997.

CHAPCHAP MJ, Segre CM. **Universal newborn hearing screening and transient evoked otoacoustic emission: new concepts in Brazil**. *Scand Audiology* (Suppl) 53:33-36, 2001.

Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância – CBPAI. **Recomendação 01/99**. Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia. Brasília: CBPAI. 2000; (5):3–7.

COSTA SMB Da, Costa Filho OA. **O estudo dos potenciais evocados acusticamente do tronco cerebral em recém-nascidos pré-termo**. *Rev Brasil Otorrinolaringol* 1998 mai/jun;64(3):231-238.

FUJINAGA CI, **Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação**. Tese em português, Ribeirão Preto, 107 p., 2002.

FUJINAGA CI, **Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação**. Tese em português, Ribeirão Preto, 120 p., 2005.

HERNANDEZ, Ana Maria et al. **Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar**. *Revinter*, 2001.

HERNANDEZ, Ana Maria et al. **O neonato: Conhecimentos essenciais para atender bem**. São Paulo: Pulso, 2003. 150p.

Joint Committee on Infant Hearing. Executive Summary of Joint Committee on Infant Hearing Year 2007. **Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs** Internet. 2007.

Rizatto AJP, Corrêa CC, Martinelli RLC, Berretin-Felix G. **Portal dos Bebês: atualização e avaliação dos conteúdos sobre as funções orofaciais Website Babies Portal: updates and evaluation of the contents regarding orofacial functions**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/acr/a/bdMKRBFm9svxSFfnfyQ8Dj/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 30 de novembro de 2022

MARTINELLI, RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. **Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais.** Rev Cefac 2013;15(3):599-610. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/J5Ch8z9c4T8PG9s99ympKkS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 dez. 2022.

MARTINELLI, RLC. **Validação do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês.** 2016. Tese (Doutorado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **11/2021: NOTA TÉCNICA Nº 11/2021 - COCAM/ CGCIVI/ DAPES/ SAPS/ MS.** Brasília: Ms, 2021. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/114/nota_tecnica_11_2021-cocam_0.pdf. Acesso em: 02 dez. 2022.

OLIVEIRA, ST. **Fonoaudiologia Hospitalar.** 1ª ed. Lovise, 2003.

OLIVEIRA, TMT. et al. **Triagem auditiva com sons não calibrados: detecção precoce da deficiência auditiva infantil.** Acta Awho, vol 14 (2), 1995, p. 88-92.