



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**

WINNIE JENIFFER CERQUEIRA DE ARAÚJO

**O IMPACTO DA BANDAGEM ELÁSTICA NA FUNÇÃO
MOTORA ORAL EM LACTENTES COM DIAGNÓSTICO DE
ASFIXIA PERINATAL: RELATO DE DOIS CASOS**

Salvador
2016

WINNIE JENIFFER CERQUEIRA DE ARAÚJO

**O IMPACTO DA BANDAGEM ELÁSTICA NA FUNÇÃO
MOTORA ORAL EM LACTENTES COM DIAGNÓSTICO DE
ASFIXIA PERINATAL: RELATO DE DOIS CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Shirley de Almeida Prado

Co-orientadora: Fga. Milena Braga Machado

Salvador
2016

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido forças durante essa jornada e por nunca ter me desamparado;

Aos meus pais, pelo amor, dedicação, incentivo e por sempre mostrar-me novos caminhos a serem percorridos;

Aos meus irmãos, pelo carinho, apoio, confiança e pela torcida;

À minha família, por torcerem e por acreditarem em mim;

À Renê, por acompanhar minha jornada e estar sempre pronto a me acolher;

À professora Patricia Prado, por quem tenho grande admiração, por me acolher tão bem desde a monitoria e por todos os, por contribuir em toda a minha formação acadêmica;

À professora Milena Braga, de modo especial, por todo carinho, palavras de conforto e confiança em meu trabalho;

Às minhas companheiras de turma, por tornarem essa trajetória mais leve;

Aos membros da LASMI pelas boas conversas e por compartilharem comigo o amor pela neonatologia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

g	grama
IMV	ventilação mandatória intermitente
ml	mililitro
O ₂	oxigênio
SOG	sonda orogástrica
SN	sucção nutritiva
SNG	sonda nasogástrica
SNN	sucção não nutritiva
UCINCa	unidade de cuidados intermediários neonatal canguru
UTIN	unidade de terapia intensiva neonatal
VPP	ventilação com pressão positiva
S/D/R	sucção/respiração/deglutição

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO	12
3	DISCUSSÃO	16
4	COMENTÁRIOS FINAIS	21
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
	APÊNDICE A – Tabela	25
	APÊNDICE B – Ficha de Coleta de Dados	26
	APÊNDICE C – Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	29
	ANEXO A – Instruções aos Autores	31
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	34
	ANEXO C – Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso	38

O IMPACTO DA BANDAGEM ELÁSTICA NA FUNÇÃO MOTORA ORAL EM LACTENTES COM DIAGNÓSTICO DE ASFIXIA PERINATAL: RELATO DE DOIS CASOS.

THE IMPACT OF THE USE OF ELASTIC BANDAGE IN ORAL MOTOR FUNCTION IN INFANTS WITH PERINATAL ASPHYXIA DIAGNOSIS: TWO CASES REPORT.

O IMPACTO DA BANDAGEM ELÁSTICA EM LACTENTES.

Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo¹, Patricia Shirley Almeida Prado², Milena Braga Machado².

¹ Curso de fonoaudiologia, Departamento de fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador(BA) Brasil.

² Departamento de Biomorfologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador(BA) Brasil.

² Maternidade Climério de Oliveira, Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador(BA) Brasil.

Trabalho realizado na Maternidade Climério de Oliveira, Salvador, Bahia, Brasil.

Autor da correspondência: Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo

Endereço: Av. Reitor Miguel Calmon s/n, Vale do Canela, 40110-902 , Salvador.

Endereço eletrônico: winnie-araujo@hotmail.com

Conflito de interesse: nada a declarar.

PSAP; MBM realizaram respectivamente a orientação e coorientação do trabalho; todos os autores participaram da discussão e preparo do manuscrito.

O IMPACTO DA BANDAGEM ELÁSTICA NA FUNÇÃO MOTORA ORAL EM LACTENTES COM DIAGNÓSTICO DE ASFIXIA PERINATAL: RELATO DE DOIS CASOS.

THE IMPACT OF THE USE OF ELASTIC BANDAGE IN ORAL MOTOR FUNCTION IN INFANTS WITH PERINATAL ASPHYXIA DIAGNOSIS: TWO CASES REPORT.

RESUMO

A asfixia perinatal é um termo utilizado para referenciar a diminuição de oxigenação nos tecidos que pode ocorrer por interrupção da circulação umbilical, troca gasosa placentária alterada, perfusão inadequada da circulação placentária materna e falha da expansão pulmonar do recém-nascido durante a transição da circulação fetal para a neonatal. Esse estudo consiste no relato de dois casos e tem como objetivo verificar o impacto do uso da bandagem elástica na função motora oral em lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal internados na Maternidade Climério de Oliveira. Para tal, foi realizada análise dos prontuários clínicos. Analisaram-se as evoluções da avaliação fonoaudiológica no momento da admissão, na pré-aplicação da bandagem elástica e na alta fonoaudiológica. Conclui-se que, o uso bandagem elástica associada às outras intervenções terapêuticas mostrou-se eficaz.

Palavras-chave: Bandagens, Recém-nascido, Asfixia neonatal, Comportamento de sucção e Transtornos de deglutição.

ABSTRACT

Perinatal asphyxia is a term used to refer a decrease of oxygenation in the tissues that may occur due to interruption of the umbilical circulation, modified placental gas exchange, inadequate perfusion of maternal placental exchange and failure of the newborn lung expansion during the transition from movement fetal to neonatal. This study is the report of two cases and aims to determine the impact of the use of elastic bandage on oral motor function in infants diagnosed with perinatal asphyxia admitted to the Maternity Climério de Oliveira. It was analyzed the evolution of the clinical assessment at admission, pre-application of elastic bandage and in the end of treatment. We conclude that the use elastic bandage associated with other therapeutic interventions has proved to be effective.

Keywords: Bandages, Newborn, Asphyxia neonatorum, Sucking behavior e and Deglutition disorders.

INTRODUÇÃO

A mortalidade perinatal que envolve os óbitos fetais e neonatais precoces reflete o desigual acesso e uso dos serviços de saúde e a deficiência da qualidade da assistência materno-infantil, visto que as principais causas das mortes, nesse período, são consideradas evitáveis⁽¹⁾.

Em meio às principais causas básicas de mortes infantis se encontram as afecções perinatais, correspondendo a cerca de 60% e 80% das mortes neonatais. Dentre essas afecções perinatais, está a asfixia⁽²⁾.

Nos países desenvolvidos a asfixia perinatal gera cerca de 1 (uma) morte por 1.000 nascidos vivos, enquanto que, nos países em desenvolvimento o número de mortes aumenta para 7 a cada 1.000 nascimentos⁽³⁾.

Os pacientes que sobrevivem após asfixia perinatal geralmente desenvolvem sequelas neurológicas, como a encefalopatia hipóxico-isquêmica, a paralisia cerebral e atraso no desenvolvimento neuromotor⁽⁴⁾.

A asfixia perinatal é um termo utilizado para referenciar a diminuição de oxigenação nos tecidos, sendo mais frequente nos partos prolongados e nos fetos prematuros.

A asfixia pode ocorrer por interrupção da circulação umbilical, troca gasosa placentária alterada, perfusão inadequada do lado placentário materno e falha da expansão pulmonar do recém-nascido durante a transição da circulação fetal para a neonatal⁽⁵⁾.

Em consequência da diminuição de oxigenação que leva a acidose, pode ocorrer liberação de mecônio no líquido amniótico⁽⁶⁾. O mecônio é uma substância pastosa de cor esverdeada caracterizada como as primeiras evacuações dos recém-

nascidos. A presença de mecônio no líquido amniótico ocorre em 5% a 15% de todos os nascimentos e é considerado para alguns como marcador de sofrimento fetal⁽⁶⁾.

Nos casos em que os pacientes apresentam acometimentos neurológicos a bandagem tem sido indicada como um recurso terapêutico capaz de induzir uma melhora das funções motoras e sensitivas⁽⁷⁾. O uso da bandagem elástica pode auxiliar na resposta motora, através de estímulos constantes e duradouros nos receptores táteis da pele que recobrem o músculo que se deseja estimular⁽⁸⁾.

A bandagem elástica é uma técnica de reabilitação projetada com a finalidade de facilitar o processo de cura natural do corpo, através de apoio e estabilidade aos músculos e articulações, sem restringir por completo a amplitude de movimento⁽⁹⁾. Este método proporciona estímulos no tegumento e objetiva a melhor resposta motora propiciando a contração ou relaxamento muscular⁽⁸⁾.

No levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados não encontramos uma quantidade plausível de publicações sobre o uso da bandagem elástica aplicada à fonoaudiologia sendo que, dos poucos trabalhos encontrados a maioria ressalta a eficiência do método. Assim, pretende-se com esse trabalho aumentar os estudos sobre a bandagem elástica no campo da fonoaudiologia.

O presente estudo tem como objetivo verificar o impacto do uso da bandagem elástica na função motora oral em lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número do 57079116.1.0000.5543 e houve o cumprimento de todos os critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

CASO 1

Lactente do sexo feminino, nascido a termo, adequado para idade gestacional, de mãe primigesta com 20 anos. Parto cesáreo, indicado devido presença de líquido meconial, nascido com Apgar de 6 e 8 no 1º minuto e 5º minuto, 2.934 gramas (g), hipotônico, sem chorar, necessitando intubação orotraqueal e aspiração de vias aéreas superiores, com saída de mecônio e de Ventilação com Pressão Positiva (VPP) com balão e máscara de oxigênio (O₂) evoluindo com choro e desconforto respiratório. Foi encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para monitoração, devido a taquipnéia. Durante o período de internação, necessitou de oxigenoterapia, evoluindo com melhora rápida, porém à tentativa de retirada do O₂ apresentava queda de saturação. Após onze dias de internação, em uso de O₂ circulante na incubadora, evolui com normalidade do quadro respiratório e transferência para a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa).

A avaliação fonoaudiológica foi solicitada, em novembro de 2013, 4 dias após a internação na UTI. O recém-nascido fazia uso de oxigênio, saturação de O₂ 95%, taquipnéico, com sonda orogástrica (SOG), recebendo dieta, 50 mililitro (ml) de leite

materno via sonda, pesando 2,906 g, com 04 dias de vida, em alerta inativo, desorganizado. Foi realizada estimulação da sucção não-nutritiva (SNN) com o dedo enluvado; houve presença dos reflexos orais, adequado canolamento de língua, fraco vedamento labial e diminuição da pressão intra-oral. Não foi realizada estimulação da sucção nutritiva (SN) devido ao quadro respiratório.

Após 19 dias, com 8 dias de internação na UCINCa mantinha hipotonia global e oral, diminuição da força muscular de musculatura oral, ausência de reflexos de busca e sucção e presença dos reflexos de mordida e GAG. SNN pouco reagente, pressão intra-oral mínima, ausência de vedamento labial e ausência de movimentos ântero-posterior de língua/mandíbula. Quando posicionado em seio materno apresentou ausência de pega e sucção. Na SN através da técnica sonda-dedo, foi observado sucção lenta, segmentada, diminuição da pressão intra-oral e vedamento labial, escape oral e queda do estado comportamental, aceitou 10 ml via oral de leite materno.

Objetivando o fortalecimento da musculatura oral, foi discutido em equipe e instituída a chupeta terapêutica.

Um dia anterior à aplicação da bandagem elástica na SNN foi observado ausência do reflexo de busca, protrusão de língua, diminuição do vedamento labial e pressão intra-oral. Desse modo, manteve o mesmo quadro na SN ingerindo 40 ml de leite através da relactação, 15 ml via sonda dedo e 05 ml foi gavado via sonda.

Mantendo o quadro clínico da função motora oral optou-se no dia 03 de janeiro de 2014, com 43 dias de vida e 3644 g pela aplicação da bandagem elástica no tegumento da musculatura oral: músculo orbicular da boca e músculos supra-hióideos anteriormente à SN com finalidade de favorecer os aspectos motores e sensoriais da cavidade oral. Desse modo, foi observado contração dos músculos

orbicular da boca e risório. Na SN, lactente foi posicionado em seio materno com bico intermediário e técnica de relactação, mamou 60 ml do volume ofertado (70 ml), com ritmo adequado, melhor pressão intra-oral e vedamento labial.

Após aplicação da bandagem elástica, o lactente recebeu 6 atendimentos fonoaudiológicos, obtendo alta fonoaudiológica. No período da alta fonoaudiológica, o lactente encontrou-se sem a bandagem elástica, em ganho ponderal, sem sonda e aceitando a dieta em todos os horários por meio de mamadeira.

CASO 2

Lactente do sexo masculino, nascido a termo, adequado para idade gestacional, de mãe secundigesta, de 27 anos. Parto normal envolto de líquido meconial, com Apgar de 1, 3 e 3, respectivamente, 1º minuto, 5º minuto e 10º minuto, 4.014 g, deprimido, com grave depressão respiratória sendo necessária reanimação cardiopulmonar com massagem cardíaca em sala de parto, com demorada recuperação, intubação orotraqueal e aspiração de vias aéreas superiores, com saída de mecônio. Encaminhado para a UTIN para monitoração.

Durante o período de internação na UTIN o recém-nascido fez uso de Ventilação Mandatória Intermitente (IMV) e apresentou vários episódios de crise convulsiva sendo utilizado tratamento medicamentoso anticonvulsivante.

O primeiro atendimento fonoaudiológico foi realizado ainda na UTIN. O recém-nascido fazia uso de sonda nasogástrica (SNG), apresentava estado comatoso, em ventilação espontânea ao ar ambiente, eupnéico. Ao estímulo de SNN foi observado ausência dos reflexos orais de busca e sucção, protrusão de língua e ausência de sucções mesmo ao estímulo.

Após estabilidade clínica e hemodinâmica o recém-nascido foi transferido para a UCINCa.

Com 32 dias de vida e 4.752 g apresentando movimentação de língua, vedamento labial, deglutição de saliva, coordenação Sucção/Deglutição/Respiração (S/D/R) e ausência de sucção, a fonoaudióloga do serviço realizou a aplicação da bandagem elástica no tegumento do músculo orbicular da boca, músculo bucinador e musculatura supra-hióidea.

Quatro dias após a aplicação da bandagem elástica iniciou-se o estímulo de SN com aceitação de 5 ml de leite via oral, aumentando aceitação da dieta progressivamente durante intervenção fonoaudiológica, porém com episódios de regurgitação e soluço após oferta.

Após aplicação da bandagem elástica o lactente, com 54 dias de vida e 5.424 g, recebeu 31 atendimentos fonoaudiológicos e obteve alta fonoaudiológica.

No último atendimento fonoaudiológico, o lactente apresentou uma sucção desorganizada e débil, sem ritmo, com redução da pressão intra-oral e vedamento labial, necessitando de pausas para coordenar S/D/R, ingerindo 17 ml de leite por meio da mamadeira. Desse modo, obteve diagnóstico de disfagia orofaríngea neurogênica e foi indicado gastrostomia entendendo-se que o lactente não estava apto a dieta via oral de forma plena e encaminhado para acompanhamento fonoaudiológico com finalidade de adequar as funções estomatognáticas e o desenvolvimento neuropsicomotor.

DISCUSSÃO

A literatura aborda achados do uso da bandagem elástica relacionado a alterações neurológicas, porém ainda não há um consenso sobre seu efeito. No estudo de Caneschi, Paiva, Frade, Motta⁽¹⁰⁾, constituído por pacientes com diferentes alterações neurológicas, identificou-se que a bandagem elástica é eficaz no controle da sialorréia, no entanto seu efeito não é duradouro. Desse modo, observou-se melhora do aspecto avaliado somente quando em uso da bandagem elástica, não observando a permanência dos resultados após interrupção da aplicação. Em discordância a esse achado, Ribeiro, Rahal, Kokanj, Bittar ⁽¹¹⁾ observaram pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral e verificaram que a bandagem elástica é eficaz na melhora do controle de deglutição de saliva com redução do número de toalhas utilizadas por dia e com significância estatística na pontuação das escalas da frequência e gravidade da sialorréia.

No presente estudo, após o uso da bandagem elástica, os casos apresentaram resultados divergentes relacionados ao vedamento labial. No caso 1, a avaliação fonoaudiológica inicial e a pré-aplicação da bandagem elástica apresentaram parâmetros de vedamento labial fraco/diminuído enquanto que, na avaliação da alta fonoaudiológica esse parâmetro foi classificado como adequado. Em relação ao caso 2, esse apresentou ausência do vedamento labial na avaliação fonoaudiológica inicial e na pré-aplicação da bandagem foi relatado um padrão adequado. Porém, na alta fonoaudiológica observou-se vedamento labial fraco/diminuído, ao contrário do que seria esperado para a terapia em questão.

Ribeiro, Rahal, Kokanj, Bittar ⁽¹¹⁾ referem que a bandagem elástica vem sendo utilizada com finalidade de melhorar o controle oral de crianças com desordens

neurológicas, proporcionando redução da sialorréia e melhora do vedamento labial. Ainda analisando os aspectos terapêuticos da bandagem elástica aplicada à fonoaudiologia, Silva⁽¹²⁾ descreve resultados positivos quando observou redução da sialorréia, melhora do vedamento labial e respiração nasal em sua pesquisa. Lin, Wu, Chang, Lin, Chou⁽¹³⁾, por sua vez, sugerem em seu estudo que, após o tratamento da bandagem elástica, a função de sucção foi melhorada com um bom vedamento labial e, uma semana mais tarde, o recém-nascido teve alta hospitalar sem o uso de sonda gástrica oral. Entretanto, é necessário ressaltar que o N amostral dos estudos foi baixo, cada estudo descreve apenas um caso.

O canolamento da língua, outro parâmetro utilizado para avaliar melhora da função motora oral, é caracterizado como a elevação das bordas laterais e presença de sulco na região central da língua⁽¹⁴⁾. Segundo Fujinaga, Zamberlan, Rodarte, Scochi⁽¹⁵⁾ esse aspecto é de difícil avaliação devido à subjetividade da sensibilidade tátil do profissional que está avaliando esse parâmetro.

Na avaliação fonoaudiológica de pré-aplicação da bandagem o caso 1 apresentou canolamento parcial de língua, enquanto que, na alta fonoaudiológica o mesmo paciente obteve melhora desse parâmetro apresentando um padrão adequado. Desse modo, é possível constatar que houve melhora dessa variável após aplicação da bandagem elástica. O mesmo não pode ser referido para o caso 2, pois a avaliação desse parâmetro ficou prejudicada devido à ausência de dados na evolução fonoaudiológica desse paciente. Em seu prontuário consta somente o dado referente ao momento de avaliação fonoaudiológica de pré-aplicação da bandagem elástica que foi classificado como ausente, não sendo possível fazer a comparação do aspecto avaliado antes e após o uso da bandagem elástica.

A sucção do leite dos seios lactíferos ocorre a partir do momento que o

mamilo se encontra no interior da cavidade oral, através do abocanhamento da mama. Desse modo, os lábios do bebê fixam-se na aréola, de forma evertida, pela ação músculo orbicular da boca, a língua se anterioriza e fica sob o mamilo curvando-se para cima (canolamento). A porção posterior da língua adquire uma postura elevada causando um efeito oclusivo língua-palato estabelecendo-se uma pressão negativa intra-oral⁽¹⁶⁾, juntamente com coxins de gordura, também denominada *sucking pads*, que são bolsas de gordura localizados entre a pele e o músculo bucinador, e o vedamento anterior por meio dos lábios e língua⁽¹⁷⁾.

A pressão intra-oral apresentou resultados positivos em ambos os casos. O caso 1 progrediu de pressão intra-oral diminuída (sucções fracas) na avaliação fonoaudiológica de pré-aplicação da bandagem, para adequada pressão intra-oral na avaliação da alta fonoaudiológica. E o caso 2, apresentou melhor desempenho progredindo assim, de ausência de pressão intra-oral, no momento da avaliação fonoaudiológica de pré-aplicação da bandagem, para pressão intra-oral diminuída (sucções fracas) na alta fonoaudiológica.

Sabe-se que a ingesta do alimento via oral possui estreita relação com o estado comportamental alerta. De acordo com a Fujinaga, Zamberlan, Rodarte, Scochi⁽¹⁵⁾, o estado comportamental em conjunto com a SNN pode ser utilizado como indicativo de maturidade para iniciar a transição alimentar para via oral sendo que tal relação foi verificada em nossos casos. Entretanto, o caso 1 sempre apresentou um estado comportamental de alerta e sua ingesta de alimento exibiu uma melhora progressiva. Já o caso 2, não apresentou ingesta alimentar inicial devido ao estado comatoso, quando em estado de alerta, houve aplicação da bandagem e conseqüente início da ingesta de alimento via oral (cf. tabela 1).

Na maioria das variáveis analisadas no estudo, o caso 2 teve um menor desempenho quando comparado ao caso 1. O fator, para esse baixo desempenho, pode ser atribuído ao valor do Apgar no quinto minuto. Acredita-se que, o valor de Apgar no quinto minuto é um parâmetro eficaz na identificação dos pacientes com pior prognóstico, uma vez que, os que não conseguem melhorar o valor do Apgar apesar da reanimação neonatal, são os que terão maior grau de asfixia e evoluirão com alterações orgânicas ocasionadas por esse episódio⁽¹⁸⁾.

É importante ressaltar que os pacientes receberam atendimento fonoaudiológico por diferentes fonoaudiólogos. O que corrobora com a falta de homogeneidade no preenchimento das informações. Assim, não foi observada uma apropriada padronização dos dados da evolução e da avaliação fonoaudiológica gerando ausência de informações. Tal comportamento dificulta a adequada coleta de dados, avaliação e discussão dos resultados da aplicação de novas metodologias terapêuticas. Genaro, Berretin-Felix, Rehder, Marchesan⁽¹⁹⁾ sugerem que um protocolo padronizado de avaliação permite a uniformização das informações pelos diferentes profissionais, contribui com a formação estudantil, bem como favorece a comparação de achados de distintos estudo. E a ausência de informações afeta a aquisição de indicadores e monitoramento das atividades⁽²⁰⁾.

Com base na apresentação dos casos clínicos foi possível observar que, além da aplicação da bandagem elástica, foram utilizadas outras estratégias terapêuticas, como a terapia fonoaudiológica e a chupeta terapêutica objetivando o desenvolvimento da função motora oral. O uso da chupeta contribui para fortalecimento da musculatura facial, promovendo o desenvolvimento da maturação da sucção, a melhora da respiração e evita a apnéia obstrutiva⁽²¹⁾. Para Castilho, Rocha⁽²²⁾, a chupeta é uma estratégia terapêutica utilizada para estimular à sucção

em crianças neuropatas, a coordenação S/D/R, podendo antecipar o início da alimentação por via oral de recém-nascidos pré-termo, bem como para minimizar o estresse e dor, que acometem os bebês, em procedimentos dolorosos.

COMENTÁRIOS FINAIS

Não é possível afirmar que a melhora da função motora oral se deu apenas pela aplicação da bandagem elástica, pois foram utilizadas outras estratégias terapêuticas como a terapia fonoaudiológica através da estimulação do sistema sensorio motor oral e da sucção não nutritiva com dedo enluvado, e uso de chupeta terapêutica. Desse modo, o uso bandagem elástica associada às outras intervenções terapêuticas mostrou-se eficaz.

Outros estudos, com maior número de casos, relacionando o uso da bandagem elástica e a população neonatal devem ser incentivados a fim de compreender melhor o efeito desta técnica na função motora oral.

Faz-se necessário implementação de um protocolo de avaliação e evolução fonoaudiológica padronizado, na instituição em que foi desenvolvida a pesquisa, visando preenchimento de todos os dados, uniformização das informações por diferente profissionais e contribuição em estudos futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. Geneva: Who; 2006.
4. Fanayama CAR. Anóxia neonatal e sequelas neurológicas. Campinas, SP: Editora Átomo; 2005.
5. Procianoy RS, Silveira RCS. Asfixia perinatal. In. Lopez FA, Campos Júnior D. Tratado de pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2.ed. Barueri, SP: Manole; 2010. p. 1533-1541.
6. Diniz EMA, Ceccon MEJR. Síndrome de aspiração meconial. *Pediatr Mod.* 2000; 36: 42-44.
7. Mass H, Koort R, Sander V. The pediatric physical therapy intervention using Kinesiotaping in Estonia. *Fizjo Pol.* 2007; 7(3): 355-361.
8. Morini Jr N. Bandagem terapêutica. São Paulo: Roca. 2014.
9. Kinesio Taping Association International. Kinesio Taping Method. Disponível em: www.kinesiotaping.com. Acesso em 08 dez. 2014.
10. Caneschi WF, Paiva CCAN, Frade RL, Motta AR . Uso da bandagem elástica associada ao tratamento fonoaudiológico no controle da sialorréia. *Rev. CEFAC.* 2014 Set-Out; 16(5): 1558-1566.
11. Ribeiro MO, Rahal RO, Kokanj AS, Bittar DP. O uso da bandagem elástica kinesio no controle da sialorréia em crianças com paralisia cerebral. *Acta Fisiatr.* 2009; 16(4): 168-172.

12. Silva, A P. Uso da bandagem elástica terapêutica no tratamento da sialorréia em criança com paralisia cerebral: Relato de caso. In: Morini Jr N. Bandagem terapêutica. São Paulo: Roca. 2014. p. 57-60.
13. Lin CL, Wu WT, Chang KV, Lin HY, Chou LW. Application of Kinesio Taping method for newborn swallowing difficulty: A case report and literature review. *Medicine*. 2016; 95(31): 1-3.
14. Fujinaga CI. Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
15. Fujinaga CI, Zamberlan NE, Rodarte MDO, Scochi CGS. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 2007 abr-jun; 19(2): 143-150.
16. Júnior WM, Romualdo GS. Anatomia e fisiologia da lactação. In: Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: bases científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 3- 12.
17. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5): S155-S162.
18. Cruz, ACS e Ceccon MEJ. Prevalência de asfixia perinatal e encefalopatia hipóxico-isquêmica em recém-nascidos de termo considerando dois critérios diagnósticos. *Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.* 2010; 20(2): 302-316.
19. Genaro KF, Berretin-Felix, Rehder MIBC, Marchesan IQ. Avaliação Miofuncional Orofacial – Protocolo MBGR. *Rev. CEFAC*. 2009; abr-jun; 11(2): 237-255.
20. Almeida MF, Alencar GP, Novaes HMD, Ortiz LP. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(1): 56-68.
21. Volkmer ASF. O uso da chupeta no recém-nascido prematuro [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS; 2008.
22. Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary vision. *J Pediatr (Rio J)*. 2009; 85(6): 480-489.

APÊNDICES



APÊNDICE A - Tabela

Tabela 1. Volume ingerido da dieta via oral.

PARTICIPANTE	AFA	AFPB	AFAH
CASO 1	10 ml	40 ml	80 ml
CASO 2	-	-	5 ml

Legenda: AFA = avaliação fonoaudiológica admissional; AFPB = avaliação fonoaudiológica pré-aplicação da bandagem; AFAH = avaliação fonoaudiológica na alta hospitalar.

APÊNDICE B - Ficha de Coleta de Dados

 FICHA DE COLETA DE DADOS MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA- MCO- UFBA PARTE I - AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA 	
1. IDENTIFICAÇÃO	
RN de _____ Registro do prontuário: _____	
DN: ___/___/___ IG: _____ Sexo: _____ Peso ao nascer: _____ g	
APGAR: 1' ___ 5' ___ 10' _____ Peso atual: _____ g	
Data de passagem da sonda gástrica: ___/___/___	
Diagnóstico clínico: _____	
2. AVALIAÇÃO NÃO NUTRITIVA	
Data de avaliação fonoaudiológica: ___/___/___ Peso: _____ g Idade: _____	
Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida () Deglutição
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	
3. AVALIAÇÃO SUCÇÃO NUTRITIVA	
Data de avaliação fonoaudiológica: ___/___/___ Peso: _____ g Idade: _____	
Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida () Deglutição
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	
Volume de leite ingerido/ prescrito	
Tempo da mamada	
Diagnóstico fonoaudiológico: _____	



FICHA DE COLETA DE DADOS
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA- MCO- UFBA
PARTE II - AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PRÉ-BANDAGEM



1. AVALIAÇÃO NÃO NUTRITIVA

Data de avaliação fonoaudiológica pré-bandagem (1ª aplicação): ____/____/____
Peso: _____ gramas Idade: _____

Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida () Deglutição
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	

2. AVALIAÇÃO SUCÇÃO NUTRITIVA

Data de avaliação fonoaudiológica: ____/____/____ Peso: _____ g Idade: _____

Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida () Deglutição
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	
Volume de leite ingerido/ prescrito	
Tempo da mamada	

Diagnóstico fonoaudiológico:



FICHA DE COLETA DE DADOS
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA- MCO- UFBA
PARTE III – AVALIAÇÃO NA ALTA FONOAUDIOLÓGICA



1. AVALIAÇÃO NÃO NUTRITIVA

Data de avaliação fonoaudiológica pós-bandagem : ____/____/____

Peso: _____ gramas Idade: _____

Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida () Deglutição
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	

2. AVALIAÇÃO SUCÇÃO NUTRITIVA

Data de avaliação fonoaudiológica pós- bandagem: ____/____/____

Peso: _____ gramas Idade: _____

Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida () Deglutição
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	
Volume de leite ingerido/ prescrito	
Tempo da mamada	

Data de retirada da sonda: ____/____/____

Nº de atendimentos:

APÊNDICE C - Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

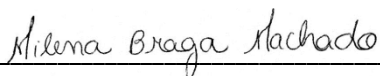
Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado “O impacto da bandagem terapêutica na função motora oral em recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal”, com as seguintes justificativas:

1. Por ser um estudo observacional e descritivo retrospectivo, que empregará apenas informações de prontuários clínicos.
2. Porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa;
3. Porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes,
4. Porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas).

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os sujeitos, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Salvador, 20 de maio de 2016.



Milena Braga Machado

ANEXOS

ANEXO A - Instruções aos Autores



Escopo e política

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

CoDAS, ISSN versão *online* 2317-1782, é uma publicação técnico-científica da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, São Paulo. É publicada bimestralmente com o objetivo de contribuir para a divulgação do conhecimento técnico e científico em Ciências e Distúrbios da Comunicação – mais especificamente nas áreas de Linguagem, Audiologia, Voz, Motricidade Orofacial, Disfagia e Saúde Coletiva em Fonoaudiologia – produzido no Brasil e no exterior. São aceitos trabalhos originais, em Português, Inglês ou Espanhol. Todos os trabalhos, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e revisores os trabalhos serão encaminhados para publicação. O conteúdo dos manuscritos é de inteira responsabilidade dos autores. Os artigos que não estiverem de acordo com as normas da revista não serão avaliados.

A revista CoDAS é uma publicação bilingue Português/Inglês (ou Espanhol/Inglês). Os autores são responsáveis pela tradução para o Inglês, feita por empresas indicadas pela revista CoDAS. Os falantes nativos ou fluentes podem submeter o manuscrito diretamente em Inglês, e neste caso a publicação não será traduzida para o Português. A qualidade da versão em Inglês será avaliada, e caso haja necessidade os autores serão responsáveis pelos custos da revisão da versão em Inglês.

A revista publica os seguintes tipos de artigos: Artigos originais, Revisões sistemáticas ou meta-análises, Comunicações breves, Relatos de casos, Cartas ao editor.

Relatos de casos: artigos que apresentam casos ou experiências inéditas, incomuns ou inovadoras com até dez sujeitos (ou casos), com características singulares de interesse para a prática profissional, descrevendo seus aspectos, história, condutas e resultados observados. Deve conter: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução (com breve revisão da literatura), apresentação do caso clínico, discussão, comentários finais e referências (máximo 15). O arquivo não deve conter mais do que 20 páginas. A apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação da pesquisa e seus resultados.

No caso de utilização de imagens de pacientes, no momento da submissão do artigo, deve-se anexar cópia do Consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos, constando a aprovação para reprodução das imagens em periódicos científicos.

Página de identificação

Deve ser preparada em um arquivo à parte do manuscrito e conter:

- a) título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês. O título deve ser conciso, porém informativo;
- b) título do artigo resumido com até 40 caracteres;
- c) nome completo de cada autor, seguido do nome da instituição à qual está afiliado e a cidade, o estado e o país da instituição;
- d) nome do departamento e/ou da instituição onde o trabalho foi realizado bem como cidade, o estado e o país da instituição;
- e) nome, endereço institucional e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
- f) fontes de auxílio à pesquisa, indicar se houve fonte ou não e, se houver, indique qual é a fonte e qual é o número do processo;
- g) declaração de conflitos de interesse, indicar se há ou não conflito e, se houver, envie um texto curto explicitando o conflito;
- h) texto breve descrevendo a contribuição de cada autor listado;
- i) agradecimentos: inclui reconhecimento a pessoas ou instituições que colaboraram efetivamente com a execução da pesquisa. Devem ser incluídos agradecimentos às instituições de fomento que tiverem fornecido auxílio e/ou financiamentos para a execução da pesquisa, inclusive explicitando números de processos, quando for o caso. Devem estar apenas na Página de identificação.

PREPARO DO MANUSCRITO

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitado em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5cm de cada lado, justificado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, texto (de acordo com os itens necessários para a seção para a qual o artigo foi enviado), referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) citados no texto e anexos ou apêndices, com suas respectivas legendas. A extensão do manuscrito (incluindo título, resumo e *abstract*, texto, tabelas, quadros, figuras, anexos e referências) não deve ultrapassar as indicações mencionadas na descrição: 30 páginas

para Artigos originais e Revisões sistemáticas ou meta-análises, 20 páginas para Relatos de casos, 4500 caracteres para Comunicações breves, e 3000 caracteres para Cartas aos editores. Tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima. À parte do manuscrito, em uma folha separada, apresente a página de identificação, tal como indicado anteriormente. O manuscrito não deve conter dados de autoria – estes dados devem ser apresentados somente na Página de Identificação.

Título, Resumo e descritores

O manuscrito deve ser iniciado pelo título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, seguido do resumo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em Português: objetivo, métodos, resultados, conclusão; em Inglês: *purpose, methods, results, conclusion*. Para Revisões sistemáticas ou meta-análises a estrutura do resumo deve ser, em Português: objetivo, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão; em Inglês: *purpose, researchstrategies, selectioncriteria, data analysis, results, conclusion*. Para Relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/keywords que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Referências

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>
Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.
Recomenda-se utilizar preferencialmente referências publicadas nos últimos cinco anos.

Tabelas

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-las também em anexo, no sistema de submissão. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

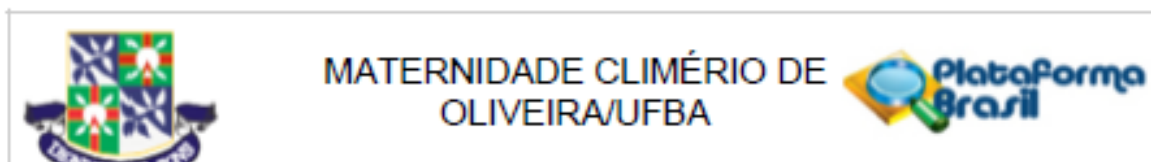
Legendas

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As abreviaturas e siglas usadas em tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar na legenda com seu nome por extenso. As mesmas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O impacto da bandagem terapêutica na função motora oral em recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal.

Pesquisador: Milena Braga Machado

Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

Versão: 3

CAAE: 57079116.1.0000.5543

Instituição Proponente: Maternidade Climério de Oliveira/UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.716.027

Apresentação do Projeto:

A investigadora solicita mudança do tipo de estudo do projeto de estudo do tipo estudo piloto para relato de caso.

justificativa:

Em virtude da pequena amostra de recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal e que fizeram uso da bandagem terapêutica como um dos recursos terapêutico para favorecer a função motora oral.

ADEQUADO

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Verificar o impacto do uso da bandagem terapêutica na função motora oral em recém-nascidos termos e pós-termos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal internados em uma maternidade de Salvador.

SECUNDÁRIOS

Comparar o comportamento motor das funções de sucção (não-nutritiva e nutritiva) deglutição (saliva e leite) antes e após do uso do bandagem

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-0210

E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.716.027

terapêutica.

Avaliar alterações no tempo de alimentação, volume de dieta ingerido e tempo de uso da sonda após a utilização da bandagem como método terapêutico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não mudam.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não mudam.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não mudam.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_786663_E1.pdf	02/09/2016 20:29:03		Aceito
Outros	Adendo_Relato_de_caso.docx	02/09/2016 20:27:15	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	25/07/2016 22:33:50	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_word.docx	25/07/2016 22:30:19	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	TERMO_RESPONSABILIDADE_E_COMPROMISSO_word.doc	25/07/2016 22:29:39	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	Declaracao_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_word.docx	25/07/2016 22:29:00	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA/UFBA



Continuação do Parecer: 1.716.027

Outros	Declaracao_de_confidencialidade_word.docx	25/07/2016 22:27:38	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TCLE_word.doc	25/07/2016 22:26:19	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	Equipe_detalhada_word.docx	25/07/2016 22:25:36	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_word.docx	25/07/2016 22:24:36	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_word.docx	25/07/2016 22:24:13	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	Declaracao_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados.pdf	15/08/2016 16:47:19	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.pdf	15/08/2016 16:46:35	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	Equipe_detalhada.pdf	15/08/2016 16:42:11	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/08/2016 16:41:25	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	TERMO_RESPONSABILIDADE_E_COMPROMISSO.pdf	14/08/2016 13:04:49	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	Declaracao_de_confidencialidade.pdf	14/08/2016 12:51:50	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	14/08/2016 12:49:23	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Outros	Fichas_de_coleta_de_dados.pdf	14/08/2016 12:47:54	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TCLE.pdf	14/08/2016 12:46:16	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	14/08/2016 12:43:26	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA/UFBA



Continuação do Parecer: 1.718.027

Orçamento	ORCAMENTO.jpg	14/06/2016 12:41:35	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.jpg	14/06/2016 12:40:28	Winnie Jeniffer Cerqueira de Araújo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

SALVADOR, 07 de Setembro de 2016

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

CEP: 40.005-150

E-mail: cepmco@ufba.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**

WINNIE JENIFFER CERQUEIRA DE ARAÚJO

**O IMPACTO DA BANDAGEM TERAPÊUTICA NA FUNÇÃO
MOTORA ORAL EM RECÉM-NASCIDOS E LACTENTES
COM DIAGNÓSTICO DE ASFIXIA PERINATAL.**

Salvador
2016

WINNIE JENIFFER CERQUEIRA DE ARAÚJO

**O IMPACTO DA BANDAGEM TERAPÊUTICA NA FUNÇÃO
MOTORA ORAL EM RECÉM-NASCIDOS E LACTENTES
COM DIAGNÓSTICO DE ASFIXIA PERINATAL**

Projeto de pesquisa apresentado em cumprimento parcial
às exigências de Trabalho de Conclusão do Curso de
Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Shirley de Almeida Prado
Co-orientadora: Fga. Milena Braga Machado

Salvador
2016

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVO GERAL	6
2.1	OBJETIVO GERAL	6
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3	REVISÃO DA LITERATURA	7
3.1	A SUCCÃO EM PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL	7
3.2	BANDAGEM TERAPÊUTICA E SIALORRÉIA	8
4	QUADRO TEÓRICO	10
4.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE SUCCÃO	10
4.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE ASFIXIA PERINATAL	13
4.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE BANDAGEM TERAPÊUTICA	14
5	METODOLOGIA	16
5.1	POPULAÇÃO E AMOSTRA	16
5.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	16
5.3	FONTE E COLETA DE DADOS/INSTRUMENTOS	17
5.4	ANÁLISE DE DADOS	17
6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	18
7	CRONOGRAMA	19
8	ORÇAMENTO	20
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
	APÊNDICE A- Ficha de Coleta de Dados	25
	ANEXO A- Documento Institucional	29

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade perinatal, envolve os óbitos fetais e neonatais precoces, refletem o desigual acesso e uso dos serviços de saúde e a deficiência da qualidade da assistência materno-infantil, visto que as principais causas das mortes, nesse período, são consideradas evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em meio às principais causas básicas de mortes infantis se encontra as afecções perinatais, correspondendo a cerca de 60% e 80% das mortes neonatais. Dentre essas afecções perinatais, a asfixia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Segundo a World Health Organization (2006), nos países desenvolvidos a asfixia provoca cerca de 1 morte por 1.000 nascidos vivos, entretanto, nos países em desenvolvimento essa proporção aumenta para 7 mortes a cada 1.000 nascimentos.

Os pacientes que sobrevivem após anóxia¹ perinatal geralmente desenvolvem sequelas neurológicas, como a encefalopatia hipóxico-isquêmica, principal acometimento derivado da diminuição de oxigênio nos tecidos, a paralisia cerebral e retardo no desenvolvimento neuromotor (FUNAYAMA, 2005).

A asfixia perinatal² é um termo utilizado para referenciar a diminuição de oxigenação nos tecidos, sendo mais frequente nos partos prolongados e nos fetos prematuros.

Segundo Procianoy e Silveira (2010), a asfixia pode ocorrer por interrupção da circulação umbilical, troca gasosa placentária alterada, perfusão inadequada do lado placentário materno e falha do recém-nascido em sua expansão pulmonar durante a transição da circulação fetal para a neonatal.

Nos casos em que os pacientes apresentam acometimentos neurológicos a bandagem tem sido indicada como um recurso terapêutico capaz de beneficiar na melhora das funções motoras e sensitiva (MAAS et al., 2007 apud MORINI JR., 2014). De acordo com Morini Jr. (2014), o uso da bandagem terapêutica pode auxiliar na resposta motora, através de estímulos constantes e duradouros nos receptores táteis da pele que recobre o músculo que se deseja estimular.

¹ Usaremos neste trabalho o termo anóxia e asfixia como sinônimos visto que a o termo consagrou-se em função dos vários relatos e lendas sobre asfixia por afogamento e enforcamento, situações que literalmente estão de acordo com o fenômeno de anóxia, ou seja, falta de oxigênio à tentativa de respiração conforme justificativa utilizada por Funayama (2005).

² O período perinatal corresponde ao período da 22ª semana de gestação até o 7º dia de nascimento.

A bandagem terapêutica é uma técnica de reabilitação projetada com a finalidade de facilitar o processo de cura natural do corpo, através de apoio e estabilidade aos músculos e articulações, sem restringir por completo a amplitude de movimento (KINESIO TAPING ASSOCIATION INTERNATIONAL, 2007). Este método proporciona estímulos no tegumento e objetiva a melhor resposta motora propiciando a contração ou relaxamento muscular (MORINI JR., 2014).

O presente estudo tem como objetivo analisar o impacto do uso da bandagem terapêutica para a promoção da função motora oral em pacientes com sequelas neurológicas pré, peri e pós-natal.

Por ser a bandagem terapêutica um método de terapia ainda pouco conhecido e utilizado na Fonoaudiologia, pretende-se contribuir com os estudos sobre a terapia, no sentido de verificar sua importância para evolução ou melhora da função motora oral.

Esta pesquisa se torna relevante à medida que contribuirá para que a Fonoaudiologia aprimore e estabeleça mais um recurso terapêutico, se comprovada a sua eficácia, na promoção da função motora oral. Além de ampliar pesquisas na temática da bandagem terapêutica em recém-nascidos e na fonoaudiologia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar o impacto do uso da bandagem terapêutica na função motora oral em recém-nascidos termos e pós-termos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal internados em uma maternidade de Salvador.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar o comportamento motor das funções de sucção (não-nutritiva e nutritiva) e deglutição (saliva e leite) antes e após do uso da bandagem terapêutica.
- Avaliar alterações no tempo de alimentação, volume de dieta ingerido e tempo de uso da sonda após a utilização da bandagem como método terapêutico.
- Comparar o comportamento motor das funções sucção (não-nutritiva e nutritiva) e deglutição (saliva e leite) entre os grupos da pesquisa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta secção serão abordadas pesquisas relacionadas ao tema o impacto da bandagem terapêutica em pacientes anoxiados de modo a relacioná-las com a área da Fonoaudiologia. Sabendo-se que o fonoaudiólogo é o profissional capacitado para realizar estimulação de sucção de modo a eliminar ou minimizar as dificuldades encontradas nessa função e que este trabalho visa pesquisar a melhora da função motora oral. Para isso, abordaremos inicialmente estudos que foram realizados nessa área relacionada à sequela neurológica.

Posteriormente serão apresentadas pesquisas realizadas sobre a relação entre bandagem terapêutica e sialorréia, dado que existe um déficit de pesquisas sobre a temática na área da Fonoaudiologia.

3.1 A SUCÇÃO EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

A maioria das crianças diagnosticadas com paralisia cerebral apresenta hipotonia como tônus básico, como afirma Marujo (apud SAKATA, 1999). Cunha (2006) aponta que, quando há hipotonia, há uma retração de lábios e de bochechas, prejudicando a sucção. Logo, haverá consequentemente um prejuízo na alimentação, dado que a alimentação eficiente depende da forma como ocorre à função da sucção (NEIVA, 2000). Considerando que para a eficácia da alimentação são necessários alguns fatores como, reflexo de busca e de sucção; vedamento labial ao redor do bico; adequada movimentação da língua; adequada movimentação da mandíbula; ritmo de sucção e coordenação entre sucção-deglutição-respiração (NEIVA, 2000), se ocorrer hipotonia dos músculos bucinadores e orbicular da boca e haverá uma dificuldade de vedamento labial, que comprometerá a criação da pressão intra-oral para extração do leite levando ao escape do alimento da cavidade oral, causando, portanto, um prejuízo nessa alimentação.

De acordo com Sakata (1999), a atividade pobre das bochechas, lábios e a limitação dos movimentos de língua levará à perda de alimento da boca. Acarretará também em pouca coordenação dos movimentos de sucção – deglutição – respiração observada em episódios de engasgos e tosses durante a alimentação. Para Schwartzman (apud CUNHA, 2006), a dificuldade mais comum no que diz respeito à configuração de língua é o baixo tônus, que

atrapalha a habilidade de aplainá-la, afiná-la e fazer uma concavidade no seu centro.

De acordo com Piazza (1999), nos bebês de risco, existe certa dificuldade quanto à alimentação, dado que seu poder de sucção é fraco ou até mesmo ausente, devido à fraqueza dos músculos da boca, língua e palato e ao desenvolvimento incompleto e/ou desorganização do sistema nervoso central.

Jones et al. (apud SCHMIDT; BRIESEMEISTER; RIES, 2014) refere que o tônus anormal encontrado em crianças com paralisia cerebral (PC) pode resultar em padrões anormais de postura e de movimento, como por exemplo, o atraso e diminuição no controle da postura da cabeça. Desse modo, a extensão excessiva da cabeça e do pescoço é geralmente prejudicial a uma alimentação eficiente, pois quando a cabeça está numa posição de hiperextensão, a habilidade de elevação da laringe para proteção da via aérea fica prejudicada, podendo resultar na aspiração laríngea do alimento. Da mesma forma, a extensão do pescoço pode levar a protrusão de língua ou padrões de retração, bem como a movimentações exageradas da mandíbula, resultando numa sucção ineficiente (Cf. VAL et al., 2005).

3.2 BANDAGEM TERAPÊUTICA E SIALORRÉIA

A sialorréia caracteriza-se pela perda de saliva, de forma involuntária, pela cavidade oral. De acordo com Manrique, Brasil e Ramos (2007), o problema não é uma excessiva produção de saliva, mas a inabilidade de degluti-la adequadamente.

A sialorréia em paciente com PC pode ser desencadeada por diversos fatores, dentre eles, déficit de sensação e percepção oral, ineficiência da sucção e do vedamento labial, incoordenação da deglutição e falta do controle cervical (SILVA, 2010).

O estudo de Ribeiro et al. (2009) propôs verificar a eficiência da bandagem elástica *Kinesio* no controle de deglutição de saliva em crianças com paralisia cerebral. Assim, observou-se redução estatisticamente significativa nos parâmetros utilizados para verificação da sialorréia, sendo eles: número de toalhas utilizadas por dia para secar a saliva, pontuação na escala de frequência e pontuação na escala de gravidade da sialorréia.

Em pesquisa realizada por Caneschi et al. (2014), também objetivando verificar a efetividade do uso da bandagem elástica associada ao tratamento fonoaudiológico no controle da sialorréia, verificou-se que, de acordo com a percepção do fonoaudiólogo, que houve

redução da sialorréia 30 dias após o uso da bandagem, entretanto não se observou melhora ao se comparar os resultados 30 dias após o uso e três meses sem a bandagem.

Silva (2010), em sua pesquisa, observou o uso da bandagem elástica agregada à terapia fonoaudiológica na redução da sialorréia em paciente com PC. Como resultado verificou-se que a terapia fonoaudiológica associada à bandagem elástica se mostrou eficaz neste caso, pois houve a redução da sialorréia, melhora do vedamento labial e respiração nasal.

4 QUADRO TEÓRICO

Pretende-se nessa seção realizar algumas considerações sobre os temas que seguem abaixo.

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE SUCÇÃO

A sucção é considerada uma ação reflexa presente no bebê a termo no momento do nascimento, que de acordo com Marchesan (apud PIAZZA, 1999) inicia seu desenvolvimento aproximadamente na 2ª semana da gestação e só estará perfeitamente desenvolvida por volta da 34ª semana, quando pode estar coordenada globalmente com a respiração e a deglutição.

A sucção apresenta duas fases. Na primeira, chamada de reflexa, essa atividade é iniciada quando o mamilo toca a ponta da língua e a papila palatina. A função deste reflexo é a retirada do leite do seio materno e é transformado por volta do 4º mês de vida, quando este ato passa ao controle volitivo, sendo automatizado, caracterizando, então, a segunda fase voluntária (GOMES; PROENÇA; LIMONGI, apud CARNETTI, 2005).

De acordo com Sanches (2004), os lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato duro, palato mole, osso hióide, cartilagem tireóide, epiglote, musculaturas faciais e perioral e músculos constritores da faringe, além de outros 40 músculos que envolvem a movimentação de todo o sistema oral são as estruturas anatômicas envolvidas na ordenha do leite dos seios lactíferos das mamas e na deglutição.

A cavidade oral é delimitada anteriormente pelos lábios superior e inferior, lateralmente pelas bochechas e posteriormente pela orofaringe. É separada da cavidade nasal pelo palato duro e palato mole e tem como delimitação inferior a mandíbula e o soalho da boca e seu interior é ocupado pela língua, tonsilas palatinas, glândulas e ductos linguais e sublinguais.

Ao nascer, o RN apresenta um retrognatismo mandibular fisiológico. Desse modo, a língua, estrutura que se encontra aumentada/volumosa no período neonatal, se apoia sobre a gengiva ou lábio inferior, numa posição anteriorizada e rebaixada, ocasionando um efeito oclusivo da cavidade oral canalizando a respiração via nasal, característica em todo RN. Na parte posterior da boca, a base da língua encontra-se bem próxima a epiglote, em razão de que

nos momentos iniciais da vida do bebê sua laringe está mais elevada e a epiglote em aproximação direta com o palato mole com função de proteção das vias aéreas inferiores durante a deglutição (BONIFÁCIO, 1999).

Segundo Sanches (2004), essas diferenças anatômicas do RN são importantes porque o sistema oral infantil ainda não está tão estruturado e eficiente quanto no adulto para coordenar sucção, deglutição e respiração.

A extração do leite dos seios lactíferos das mamas ocorre a partir do momento que o mamilo se encontra no interior da cavidade oral, através do abocanhamento da mama materna. Desse modo, os lábios do bebê fixam-se na aréola, de forma evertida, pela ação músculo orbicular da boca, a língua se anterioriza e fica sob o mamilo curvando-se para cima (canolamento). A porção posterior da língua adquire uma postura elevada causando um efeito oclusivo língua-palato estabelecendo-se uma pressão negativa intra-oral (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010), juntamente com coxins de gordura ou *sucking pads*, bolsões de gordura localizados entre a pele e a musculatura das bochechas, e vedamento anterior, por meio dos lábios e língua, com a finalidade de auxiliar na sustentação das estruturas orais para o acoplamento perfeito ao peito (SANCHES, 2004).

Nesse processo, o mamilo é comprimido e achatado pela língua contra o palato duro e palato mole. Por meio dos movimentos mandibulares, tendo início com o abaixamento da boca por meio da participação dos músculos abaixadores da mandíbula, supra- e infra-hióideos, milo-hióideo, genióideo e digástrico. Seguida da protrusão (anteriorização) mandibular, que tem por objetivo alcançar a mama, principalmente os seios lactíferos pela ação dos músculos pterigóideos mediais, masseter, pterigóideos laterais e digástrico. Posteriormente, a mandíbula realiza uma elevação para realizar o fechamento da boca e a compressão dos seios lactíferos com ação dos músculos masseter, pterigóideo medial e temporal e, em seguida, o movimento de retrusão pela ação das fibras oblíquas e horizontais dos músculos temporal e digástrico e das fibras superiores do músculo pterigóideo lateral.

Durante a extração leite, a língua eleva suas bordas lateralmente, ativando a musculatura transversal e vertical, e juntamente com a ponta de língua formam uma concha, que objetiva o controle da quantidade de leite, e com ação dos músculos supra-hióideos o leite é levado até a faringe, iniciando a deglutição (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010).

Conforme Junqueira (apud CARNETTI, 2005), a sucção irá desenvolver os músculos da face e promover o crescimento harmonioso de todas as partes envolvidas. Assim, durante a

sucção todas as estruturas orais do recém-nascido (RN) se desenvolvem e se fortalecem.

A sucção não-nutritiva (SNN) é caracterizada como uma série de eclosões de sugadas alternadas com pausas². Segundo Caetano, Fujinaga e Scochi (2003), a sucção não-nutritiva é uma estimulação que auxilia na transição da alimentação gástrica para via oral.

A SNN difere-se da sucção nutritiva (SN), pois não há ingestão de líquido na cavidade oral e sua estimulação pode ser realizada por meio chupeta (SEHGAL et al., 1990), dedo enluvado (LINDNER, 1991) e, também com o seio materno vazio (NARAYANAN et al., 1991). (Cf NEIVA; LEONE, 2006). Enquanto que a sucção nutritiva SN refere-se a capacidade nutricional através do seio, mamadeira (SEHGAL et al., LINDNER., ODDY e GLENN., NARAYANAN apud NEIVA; LEONE, 2006), copinho e sonda dedo.

A avaliação da sucção é realizada para verificar a capacidade do RN em receber a alimentação por via oral. Para tal, se observa o processo de alimentação através da sucção.

Para alimentação por via oral é necessário uma sucção eficiente e coordenada que segundo Neiva et al. (2003) envolve adequação nos seguintes aspectos: reflexo de busca e de sucção, que favorece o início da sucção e a pega da aréola e mamilo corretamente; vedamento labial; movimentação de língua e mandíbula; coordenação sucção-deglutição-respiração e ritmo de sucção, ou seja, grupos de sucção alternadas com pausas.

A avaliação da sucção é constituída pela observação do padrão de sucção do RN durante a sucção não-nutritiva (SNN) e sucção nutritiva (SN). A avaliação da sucção tem início pela avaliação da sucção não-nutritiva (SNN). De acordo com Fujinaga et al. (2007), a avaliação da SNN indica a maturidade do RN para iniciar a transição alimentar por via oral, em conjunto com a observação de outros aspectos comportamental do bebê, como idade gestacional (IG), postura e tônus global e estado comportamental. Além da avaliação de algumas características como, a prontidão em iniciar a sucção ao estimular a região peri-oral observando-se o reflexo de procura; vedamento labial ao redor do dedo enluvado, bico da mamadeira ou da mama vazia; ritmo de sucção que caracteriza-se por grupos de sugadas alternadas com pausas; movimentação mandibular, movimentos de abertura e fechamento da boca; coordenação dos movimentos de língua, lábios e mandíbula; canolamento de língua, elevação das bordas laterais e presença de sulco no centro da língua; peristaltismo de língua, contato entre o palato mole e o dorso da língua; força de sucção, pressão contra o dedo frente a retirada do dedo da cavidade oral e sinais de estresse, como náuseas, choro, soluço, dentre outros (NEIVA; LEONE, 2006).

Desse modo, apto nos aspectos acima citados é realizado a avaliação da sucção nutritiva (SN) observando algumas características como a prontidão em iniciar a sucção; vedamento labial, ritmo de sucção; movimentação mandibular; coordenação dos movimentos de língua, lábios e mandíbula; sinais de estresse, coordenação sucção-deglutição-respiração (SDR) e o volume de leite ingerido pelo tempo total da mamada (NEIVA; LEONE, 2006).

4.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE ASFIXIA PERINATAL

Segundo Araújo e Diniz (2002), a asfixia perinatal é definida pela deficiência no suprimento de oxigênio tecidual. Ocorre geralmente no período que antecede ao parto ou mesmo durante trabalho de parto. A oferta de oxigênio aos tecidos é fundamental para que as células mantenham o metabolismo aeróbico e as funções vitais (PROCIANOY; SILVEIRA, 2010).

A Classificação Internacional de Doença, 10ª revisão (apud PINTO, 2008), define as seguintes pontuações: Apgar de 8 a 10 caracteriza nenhuma asfixia; Apgar 5-7 asfixia leve; Apgar de 3-4 asfixia moderada e 0-2, asfixia grave.

Segundo a Academia Americana de Pediatria (apud PROCIANOY; SILVEIRA, 2010) o diagnóstico de asfixia perinatal é dado para pacientes que preencham os seguintes parâmetros: acidemia metabólica ou mista com valor de pH de cordão umbilical inferior a 7,0; índice de Apgar entre 0 e 3 no quinto minuto de vida; manifestações neurológicas neonatais, tais como: convulsões, coma ou hipotonia e disfunção de múltiplos órgãos.

No entanto, alguns autores afirmam que a utilização do índice do Apgar, de forma isolada, para o diagnóstico de asfixia perinatal [pode ser] falho (PROCIANOY; SILVEIRA, 2010; ARAÚJO; DINIZ, 2002; TAKAZONO; GOLIN, 2013; ZACONETA, 2004), pois o valor do Apgar pode variar de acordo com a maturidade do concepto, desordem congênita do sistema nervoso, malformações neuromusculares ou encefálicas, condições respiratórias e maternas (TAKAZONO; GOLIN, 2013). E que é mais útil para avaliar a resposta do recém-nascido (RN) às manobras de reanimação do que para indicá-las (SADECK; MANCINI, 2003).

Segundo Funayama (2005), a anóxia perinatal produz manifestações neurológicas. Essas manifestações podem ocorrer no período imediato ao nascimento, como a encefalopatia

hipóxico-isquêmica (EHI), ou posteriormente ao nascimento, como retardo no desenvolvimento neuromotor ou paralisia cerebral.

De acordo com Miyadahira e Francisco (2002), diante da hipóxia crônica (diminuição do aporte de oxigênio), devido falência respiratória placentária, o feto tenta adaptar-se a essa condição e para isso priva os órgãos menos nobres em detrimento a proteção dos órgãos mais nobres por meio da redistribuição do fluxo sanguíneo. Desse modo, há um maior fluxo sanguíneo nas artérias coronárias e carótidas. Em oposição, os pulmões e os rins abstêm-se do fluxo sanguíneo ideal.

Para verificar o comportamento do feto em situações de falência respiratória placentária/ sofrimento fetal crônico, é realizado exames de avaliação da vitalidade fetal. Os exames realizados são: propedêutica clínica, propedêutica âmnica, propedêutica hormonal e enzimológica, cardiotocografia, perfil biofísico fetal e dopplervelocimetria. Esses exames se constituem pela realização de avaliação clínica da gestante e do feto verificando-se aspectos como, batimentos cardíacos e presença de movimentos fetais, fluxo sanguíneo, acompanhamento de níveis de substâncias enzimáticas e hormonais, aferição da altura uterina e visualização do líquido amniótico (MIYADAHIRA; FRANCISCO, 2002).

4.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE BANDAGEM TERAPÊUTICA

É uma técnica aplicada desde a década de 1970, sendo indicadas em disfunções ortopédicas e neurológicas (MORINI JR, 2014), pode ser utilizada com diferentes objetivos dentre eles, correção da função motora de músculos fracos, aumento da circulação sanguínea e linfática e aumento da propriocepção através da estimulação dos mecanorreceptores cutâneos (HALSETH et al., apud RIBEIRO et al., 2009) além de auxiliar no controle da dor, diminuição de edemas e na facilitação da contração muscular (SILVA; SILVA, 2014).

A bandagem terapêutica é um material constituído por fibras de algodão e elastano que permite a elasticidade do comprimento inicial. Além de ser um tecido com espessura semelhante à da pele e que possui poros que permitem a evaporação do suor.

Segundo Morini Jr. (2014), a bandagem terapêutica proporciona estímulos constantes através do tegumento, para que o resultado seja uma resposta motora melhor.

Quando a pele é estimulada, esses estímulos chegam ao córtex sensorial primário, para

que sejam discriminadas sua intensidade e qualidade. Em seguida, o córtex de associação sensorial é ativado para o reconhecimento da sensação (MORINI JR., 2014). Posteriormente o estímulo chega à área do planejamento motor que dará sequência ao movimento.

5 METODOLOGIA

No que se refere ao tipo de estudo, esse projeto se caracteriza como uma pesquisa quantitativa, ~~quantitativa~~ qualitativa e descritiva, em relação aos objetivos da pesquisa, pois busca descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). Possui também aspectos de uma pesquisa de natureza exploratória, pois há pouco conhecimento sobre este assunto.

Esta pesquisa trata-se de um estudo piloto para examinar a eficácia da bandagem terapêutica em três grupos. Grupo 1, formado por recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal e que fizeram uso da bandagem terapêutica como recurso terapêutico para favorecer a função motora oral; grupo 2, constituído por recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal e que receberam o tratamento convencional (terapia fonoaudiológica) como recurso terapêutico para favorecer a função motora oral; e grupo 3, composto por recém-nascidos e lactentes sem alterações na função motora oral. Os grupos serão constituídos por indivíduos com semelhanças de idade.

O projeto de pesquisa apresentado, em relação à técnica de coleta, trata-se de uma pesquisa documental, que se caracteriza pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico (OLIVEIRA, 2007), que neste estudo são os prontuários clínicos de todos os recém-nascidos e lactentes internados na unidade de terapia intensiva e semi-intensiva neonatal da maternidade Climério de Oliveira de novembro de 2013 a novembro de 2014.

5.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra populacional desta pesquisa será constituída por todos os recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de a asfixia perinatal e que fizeram uso da bandagem terapêutica como um dos recursos terapêutico para favorecer a função motora oral, recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal e que receberam o tratamento convencional (terapia fonoaudiológica), ambos internados na unidade de terapia intensiva e semi-intensiva neonatal da maternidade Climério de Oliveira da cidade de Salvador, no período de novembro

de 2013 a novembro de 2014. Além de recém-nascidos e lactentes sem alterações na função motora oral, no período de 2016.

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídos nessa pesquisa todos os prontuários de recém-nascidos termos e pós-terms e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal e que fizeram uso da bandagem terapêutica como um dos recursos terapêutico para favorecer a função motora oral, recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal e que receberam o tratamento convencional (terapia fonoaudiológica para favorecer a função motora oral, ambos, internados na unidade de terapia intensiva e semi-intensiva neonatal da maternidade Climério de Oliveira no período de novembro de 2013 a novembro de 2014 e recém-nascidos e lactentes sem alterações na função motora oral internados no período de 2016.

Serão excluídos RN's termo com comorbidades associada e/ou ausência de dados, prontuários de RN's e lactentes sem acompanhamento fonoaudiológico e prontuários de RN prematuros.

5.3 FONTE E COLETA DE DADOS/INSTRUMENTOS

Os dados a serem coletados para a pesquisa partirão dos prontuários da Maternidade Climério de Oliveira da cidade de Salvador. Serão utilizadas fichas de dados para a coleta das informações (APÊNDICE A) que auxiliarão no processo de discussão da temática da pesquisa. Ressalta-se que para os recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal e que não fizeram uso da bandagem terapêutica para favorecer a função motora oral e os recém-nascidos e lactentes sem alterações na função motora oral serão utilizadas somente as fichas de coleta de dados parte I e parte III correspondente a, respectivamente, avaliação fonoaudiológica e avaliação na alta fonoaudiológica.

5.4 ANÁLISE DE DADOS

As informações disponíveis nos prontuários clínicos dos pacientes serão digitadas e processadas no EPI INFO versão atualizada. A análise dos dados coletados será realizada em duas fases. Na etapa inicial será realizada a análise descritiva da população, caracterizando-a de acordo com as variáveis contidas na ficha de dados da avaliação fonoaudiológica. Posteriormente, será analisado o impacto da terapia fonoaudiológica nas crianças com diagnóstico de asfixia perinatal no que diz respeito às variáveis reflexo de busca, gag, mordida, de sucção e deglutição; estado comportamental; vedamento labial; pressão intra-oral (PIO), postura de língua; canolamento de língua; escape extra-oral; volume de leite ingerido/ prescrito, tempo das mamadas; coordenação entre sucção-deglutição-respiração e elevação laríngea. E será analisado o impacto da bandagem terapêutica nas crianças com diagnóstico de asfixia perinatal no que diz respeito às variáveis acima citadas.

6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo será iniciado após a obtenção da assinatura do termo de autorização da instituição, maternidade Climério de Oliveira, permitindo a coleta e análise de dados contidos nos prontuários clínicos dos pacientes (ANEXO A). Após o consentimento da instituição, o projeto de pesquisa será encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em pesquisa respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas realizadas com seres humanos.

Torna-se importante ressaltar que a identidade dos pacientes será preservada. Assim, esse projeto de pesquisa manterá a confidencialidade das informações obtidas em exames e observações pelo pesquisador em relação aos dados pessoais do participante da pesquisa.

7 CRONOGRAMA

AÇÕES	Nov 2015	Mar 2016	Abr 2016	Mai 2016	Jun 2016	Jul 2016	Ago 2016	Set 2016	Out 2016
Qualificação	X								
Submissão ao comitê de ética			X	X	X				
Coleta de dados					X	X			
Análise dos dados						X	X		
Atualização bibliográfica							X	X	
Elaboração do artigo								X	X
Revisão do artigo									X
Trabalho de conclusão de curso									

8 ORÇAMENTO

Este projeto será realizado utilizando-se recursos próprios.

Equipamentos de uso permanente:

Item	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Notebook	1	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00
Impressora	1	R\$ 400,00	R\$ 400,00
Total			R\$ 1.800,00

Material de consumo:

Item	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Papel ofício a4	1	R\$15,00	R\$ 15,00
Materiais de escritório (caneta, lápis, borrachas)	02 de cada	R\$2,00	R\$ 12,00
Cartucho de tinta preta para Impressão	2	R\$ 30,00	R\$ 60,00
Total	-	-	R\$ 87,00

Orçamento: 1.887,00

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, M. C.K.; DINIZ, E. M. A. Conceito, Fisiopatologia e Fatores de Risco da Asfixia Perinatal. In: MARCONDES, E. et al (Orgs.). **Pediatria Básica Tomo I – Pediatria Geral e Neonatal**. 9ªed. São Paulo: Sarvier: 2002. cap. 4, p. 370-2.
- BONIFÁCIO, T. **Atuação fonoaudiológica com bebê prematuro: estimulação sensório motora oral**. 1999. 29f. Centro de Especialização Em Fonoaudiologia Clínica – CEFAC, São Paulo, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAETANO, L. C.; FUJINAGA, C. I.; SCOCHI C. G. S. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 232-6, mar.-abr. 2003.
- CANESCHI, W. F.; PAIVA, C. C. A. N. DE; FRADE, R. L.; MOTTA, A. R. Uso da bandagem elástica associada ao tratamento fonoaudiológico no controle da sialorréia. **Rev. CEFAC**, v.16, n. 5, p. 1558-1566, set-out. 2014.
- CARNETTI, M. G. **Os efeitos da intervenção fonoaudiológica sensório-motora oral sobre a sucção não-nutritiva em recém-nascido pré-termo**. 2005. 123f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2005.
- CUNHA, T. L. S. da. **Resposta ao atendimento fonoaudiológico a crianças com paralisia cerebral em uso de sondas para alimentação**. 2006. 104f. Dissertação (mestrado em Pediatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- FANAYAMA, C. A. R. **Anóxia neonatal e sequelas neurológicas**. Campinas, SP: Editora Átomo. 2005.
- FUJINAGA, C. I.; ZAMBERLAN, N. E.; RODARTE, M. D. O.; SCOCHI C. G. S. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 19, n. 2, p. 143-150, abr.-jun. 2007.
- KINESIO TAPING ASSOCIATION INTERNATIONAL. **Kinesio Taping Method**.

Disponível em: <www.kinesiotaping.com>. Acesso em 08 dez. 2014.

JÚNIOR, W. M.; ROMUALDO, G. S. Anatomia e fisiologia da lactação. In: Carvalho, M. R. de; TAVARES, L. A. M (Orgs.). **Amamentação: bases científicas**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010. cap. 1, p. 3- 12.

MANRIQUE, D, BRASIL O. de O. C. do, RAMOS H. Evolução de 31 crianças submetidas à ressecção bilateral das glândulas submandibulares e ligadura dos ductos parotídeos para controlar a sialorréia. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 73, n. 4, p. 41-5, jan-fev. 2007.

MIYADAHIRA, S.; FRANCISCO, R. P. V. Diagnóstico da condição fetal. In: MARCONDES, E. et al (Orgs.). **Pediatria Básica Tomo I – Pediatria Geral e Neonatal**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier: 2002. cap. 2, p. 291- 6.

MORINI JR, N. **Bandagem terapêutica**. São Paulo: Roca. 2014.

NEIVA, F. C. B. Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. **Pediatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 264-70, jan. 2000.

NEIVA, F. C. B.; CATTONI, D. M; RAMOS, J. L. A. de.; ISSLER, H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **J. Pediatr**, Porto Alegre, v. 79, n. 1, p. 7-12, jan.-fev. 2003.

NEIVA, F. C. B.; LEONE, C. R. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 18, n. 2, p. 141-150, mai.-ago. 2006.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

PIAZZA, F. B. **O trabalho da fonoaudiologia hospitalar em UTI neonatal**. 1999. 58f. Monografia (Especialização em Motricidade Oral)- Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica - CEFAC, Curitiba, 1999.

PINTO, M. S. A. P. **Avaliação dos Recém-nascidos a Termo com Índice de Apgar Baixo de um Hospital Geral Terciário, Público e de Ensino no Ceará, em 2005**. 2008. 55f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

PROCIANOY, R. S.; SILVEIRA, R. C. S. Asfixia perinatal. In. LOPEZ, F. A.; CAMPOS JÚNIOR, D. (Orgs.). **Tratado de pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2.ed. Barueri, SP: Manole. 2010. cap. 9, pag. 1533-41.



RIBEIRO, M. O.; RAHAL, R. O.; KAKANJ, A. S.; BITTAR, D. P. O uso da bandagem elástica kinesio no controle da sialorreia em crianças com paralisia cerebral. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 168-172, jun. 2009.

SADECK, L. S. R.; MANCINI, M. C. Reanimação do recém-nascido com asfixia perinatal. In: MARCONDES, E. et al (Orgs.). **Pediatria Básica Tomo I – Pediatria Geral e Neonatal**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier: 2002. cap. 4, p.379-385.

- SAKATA, S. H. **Disfagia em criança com paralisia cerebral**. 1999. 73f. Monografia (Especialização em Motricidade Oral)- Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – CEFAC, São Paulo, 1999.
- SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 155- 162. 2004.
- SILVA, A. P. da. Uso da bandagem elástica terapêutica no tratamento da sialorreia em criança com paralisia cerebral - Relato de caso. In: **Bandagem terapêutica, conceito de estimulação tegumentar**. 1ª ed. São Paulo: Roca, 2013, v. 1, p. 57-60.
- SILVA, A. P. da; SILVA, M. A. A. Efeitos da bandagem elástica na contração e fadiga muscular, por meio do uso de sinais da eletromiografia de superfície do músculo masseter. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 409-411, jun. 2014.
- SCHMIDT, K. C.; BRIESEMEISTER, M.; RIES, L. G. K. Alterações no controle motor mandibular e cervical de crianças com paralisia cerebral. **Rev. CEFAC**, v.16, n.1, p. 228-236, jan-fev. 2014.
- TAKAZONO, P. S.; GOLIN, M. O. **Asfixia Perinatal: Repercussões Neurológicas e Detecção Precoce**. **Rev Neurocienc**, São Paulo, v.21, n.1, p. 108-117, ago. 2013.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VAL, D. C. DO.; LIMONGI, S. C. O. FLABIANO, F. C. SILVA, K. C. L. DE. Sistema estomatognático e postura corporal na criança com alterações sensório-motoras. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 17, n. 3, p. 345-354, set.-dez. 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates**. Geneva: Who, 2006
- ZACONETA, C. A. M. ASFIXIA PERINATAL. In. MARGOTTO P. R. (Org.). **Assistência ao Recém-Nascido de Risco**. 2 ed. Pórfiro. 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE A – FICHAS DE COLETA DE DADOS

 FICHA DE COLETA DE DADOS PARTE I - AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA 	
1. IDENTIFICAÇÃO RN de _____ Registro do prontuário: _____ DN: ____/____/____ IG: _____ Sexo: _____ Peso ao nascer: _____g APGAR: 1' ____ 5' ____ 10' ____ Peso atual: _____g Data de passagem da sonda gástrica: ____/____/____ Diagnóstico clínico: _____	
2. AVALIAÇÃO NÃO NUTRITIVA Data de avaliação fonoaudiológica: ____/____/____ Peso: _____g Idade: _____	
Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida () Deglutição
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	
3. AVALIAÇÃO SUCCÃO NUTRITIVA Data de avaliação fonoaudiológica: ____/____/____ Peso: _____g Idade: _____	
Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	
Volume de leite ingerido/ prescrito	
Tempo da mamada	
Diagnóstico fonoaudiológico: _____	



FICHA DE COLETA DE DADOS
PARTE II - AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PRÉ-BANDAGEM



1. AVALIAÇÃO NÃO NUTRITIVA

Data de avaliação fonoaudiológica pré-bandagem (1ª aplicação): ____/____/____

Peso: _____ gramas Idade: _____

Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida () Deglutição
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	

2. AVALIAÇÃO SUCCÃO NUTRITIVA

Data de avaliação fonoaudiológica pré-bandagem (1ª aplicação): ____/____/____

Peso: _____ gramas Idade: _____

Estado comportamental	() Sono profundo () Sono ativo () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	
Volume de leite ingerido/ prescrito	
Tempo da mamada	

 FICHA DE COLETA DE DADOS PARTE III – AVALIAÇÃO NA ALTA FONOAUDIOLÓGICA 	
1. AVALIAÇÃO NÃO NUTRITIVA	
Data da avaliação fonoaudiológica pós-bandagem: ____/____/____	
Peso: ____ gramas Idade: _____	
Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida () Deglutição
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	
2. AVALIAÇÃO SUCCÃO NUTRITIVA	
Data da avaliação fonoaudiológica pós-bandagem: ____/____/____	
Peso: ____ gramas Idade: _____	
Estado comportamental	() Sono profundo () Sono leve () Sonolência () Alerta inativo () Alerta ativo () Choro
Reflexos	() Busca () Sucção () Gag () Mordida
Postura de língua	() Retraída () Protruída () Alargada () Tremores () Incoordenação de movimentos
Canolamento de língua	() Adequado () Leve () Ausente
Vedamento labial	() Adequado () Fraco () Ausente
Pressão intra-oral	() Sucções fortes () Sucções fracas
Escape extra-oral	() Presente () Ausente
Coordenação S/D/R	() Coordenação () Incoordenação
Elevação laríngea	
Volume de leite ingerido/ prescrito	
Tempo da mamada	
Data de retirada da sonda: ____/____/____	
Nº de atendimentos: _____	

ANEXOS

ANEXO A- DOCUMENTO INSTITUCIONAL**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA****SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO
CLÍNICO**

Eu, Milena Braga Machado, responsável principal pelo projeto de pesquisa para o trabalho de conclusão de curso da Universidade Federal da Bahia, venho pelo presente, solicitar autorização da Maternidade Climério de Oliveira para realização da coleta de dados através de prontuário clínico de pacientes que foram submetidos ao uso de bandagem terapêutica, como um recurso terapêutico da fonoaudiologia, no período de novembro de 2013 a novembro de 2015 para o trabalho de pesquisa sob o título “O impacto da bandagem terapêutica na função motora oral em recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de asfixia perinatal”, com o objetivo de analisar o impacto do uso da bandagem terapêutica para promoção da função motora oral em pacientes com sequelas neurológicas pré-natal, peri e pós-natal a partir dos dados contidos nos prontuários. A bandagem terapêutica é um método de terapia ainda pouco conhecido e utilizado na Fonoaudiologia. Deste modo, pretende-se contribuir com os estudos sobre a terapia, no sentido de verificar sua importância para evolução da função motora oral. Esse projeto se torna relevante à medida que contribuirá para que a Fonoaudiologia aprimore e estabeleça mais um recurso terapêutico, se comprovada a sua eficácia.

Esta pesquisa está sendo orientada pelo(a) Professor(a) Dr^a Patrícia Shirley de Almeida Prado e coorientado(a) pela Fga. Milena Braga Machado.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.