

# **A IMPORTÂNCIA DA RESPIRAÇÃO NO PROCESSO DE ALIMENTAÇÃO DO**

## **RECÉM NASCIDO PREMATURO: RELATO DE CASO**

THE IMPORTANCE OF BREATHING IN THE PROCESS OF FEEDING A

PREMATURE NEW BORN CHILD: CASE REPORT

### **RENATA PEREIRA GARZI**

Especialização em Motricidade Oral (Hospitalar) pelo Centro de Especialização  
em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC).

Formada pela Faculdade Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Rua Augusto de Toledo, 45 / 82                      01542-020                      São Paulo - SP

Fone: (11) 3208 8118    [renatagarzi@hotmail.com](mailto:renatagarzi@hotmail.com)

### **Vera Quaglia Cerruti**

Doutora em Psicologia (Neurociências e Comportamento) pelo Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo (USP)

### **Vicente José Assencio-Ferreira**

Doutor em Medicina (Neurologia) pela Universidade de São Paulo (USP)

### **Instituição de origem**

Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC)

Rua: Cayowaá, 664                      05018-000                      São Paulo - SP

Tel /Fax: (11) 3675 1677    [cafac@cefac.br](mailto:cafac@cefac.br)

## Resumo

**Objetivo:** relatar o caso de um recém-nascido prematuro com doença pulmonar crônica, e as atividades fonoaudiológicas aplicadas no momento da alimentação com o intuito de minimizar as dificuldades apresentadas pelo recém-nascido na situação de alimentação, realizando a transição da alimentação por sonda para via oral com segurança e efetividade. **Métodos:** este estudo consiste num relato de caso de um recém-nascido prematuro com doença pulmonar crônica, e revisão bibliográfica a respeito do assunto. **Conclusão:** o trabalho fonoaudiológico deve ir além da estimulação da sucção não nutritiva, e focar o recém-nascido como um todo, considerando a respiração um aspecto importante para coordenação de ritmo de alimentação com postura corporal adequada.

**Descritores:** recém-nascido prematuro; respiração; alimentação; postura; sucção

**Abstract**

**Purpose:** to relate a case of a premature child suffering from a chronic lung disease and also the speech-language-pathologist activities used at the moment of nutrition with the purpose of minimize the problems showed by the child when taking the transition from nutrition by sonda to via oral with security and efective.

**Methods:** it concist in relate a case from a newborn premature child suffering from a chronic lung disease and a bibliografh review of the subject. **Coclusion:** the speech-language-pathologist activity should go beyond the estimation and focus in the newborn baby himself, the breathing an the important aspect to cordenate the rythm of nutrition with a correct body posture.

**Keywords:** infant premature; breathing; nutrition; posture; suction

## **Introdução**

O trabalho com recém-nascidos prematuros, requer um estudo detalhado do desenvolvimento do recém nascido, devido ao grande número de riscos de desvios que estes podem sofrer no processo de evolução. Com o avanço da tecnologia, recém-nascidos prematuros, sobrevivem hoje, em Unidades Neonatais, monitorados por aparelhos de última geração e por equipes cada vez mais especializadas e preocupadas, com o desenvolvimento e a qualidade de vida desse recém-nascido <sup>(1,2)</sup>.

Tal preocupação deve-se à alguns fatores que ocorrem durante o período de internação, tais como: doenças relacionadas à prematuridade, à iatrogenia que estes recém-nascidos são expostos, bem como fatores emocionais que envolvem o vínculo mãe-bebê. Tais fatores, quando não forem bem conduzidos e acompanhados podem acarretar, alterações funcionais e emocionais, dificultando a alta e o desenvolvimento futuro do recém-nascido <sup>(1,2)</sup>.

No âmbito da fonoaudiologia, a questão alimentar, vem requerendo bastante atenção deste profissional atuante em unidades neonatais, devido à impossibilidade do recém-nascido receber o alimento por via oral. A utilização de sonda faz-se necessária, pois o recém-nascido não é capaz de manter-se nutrido e hidratado <sup>(3)</sup>.

A utilização da sonda, torna-se muitas vezes prolongada, o que traz para o recém-nascido, sensação negativa e invasiva na região oral, diminuindo o estímulo prazeroso da alimentação, desorganizando o mecanismo oral de alimentação, além de facilitar infecções <sup>(3)</sup>.

No entanto, a retirada de sonda, só é possível no momento em que o recém-nascido estiver apresentando algumas características mínimas tais como: estar por volta das 34 semanas de idade pós-concepcional, padrão respiratório eupneico, coordenação de sucção, deglutição e respiração, ritmo adequado de mamada, massa de tecido adiposo no músculo do masseter, padrão de postura em flexão, englobando ainda, fatores posturais, respiratórios e ambientais <sup>(4)</sup>.

Dentre os inúmeros critérios para encaminhamentos ao fonoaudiólogo, a doença pulmonar crônica, é um distúrbio respiratório que pode causar complicações no momento da alimentação, a doença caracteriza-se como um distúrbio respiratório pulmonar que ocorre em recém-nascidos prematuros que fazem uso de oxigênio por tempo prolongado, tornando-se dependentes de oxigênio, o que por sua vez, acaba lesionando os pulmões. O quadro clínico apresenta: taquipnéia, retrações, cianose na ausência de oxigênio, presença de ruídos adventícios, hipercapnia e hipoxemia em ar ambiente <sup>(5,6)</sup>.

A ocorrência destes sinais clínicos, implica num mal desempenho de mamada, dificultando a retirada de sonda, devido à incoordenação de sucção, deglutição e respiração, correndo risco de aspiração pulmonar <sup>(7)</sup>.

A alimentação torna-se dificultosa, e geralmente sem prazer, o recém-nascido gasta muita energia para conseguir mamar, o quadro respiratório, a sucção fraca, postura global inadequada e os medicamentos associados, contribuem para o insucesso da alimentação, logo, uma má nutrição, e a perda de peso <sup>(7)</sup>.

O fonoaudiólogo pode intervir nestes casos proporcionando uma alimentação segura e efetiva, realizando a transição sonda via oral sem riscos,

oferecendo estímulos prazerosos no momento da alimentação, sabendo investigar e respeitar os limites do recém nascido, através de acompanhamentos no período de internação, orientações familiares e médicas <sup>(3,7)</sup>.

O objetivo deste estudo é relatar o caso de um recém nascido prematuro com o quadro de doença pulmonar crônica e as atividades fonoaudiológicas aplicadas no intuito de minimizar as conseqüências desta patologia, no processo de transição sonda/via oral.

## **Métodos**

Este estudo consiste num relato de caso de um recém-nascido prematuro com doença pulmonar crônica e de revisão bibliográfica a respeito do assunto, utilizando visitas à biblioteca da Bireme e utilizando terminal computadorizado ligado à Internet e conexão ao site da Bireme e nos bancos de dados LILACS e Medline.

**Relato de Caso:** trata-se de um recém-nascido com o diagnóstico de prematuridade, com o peso de nascimento de 890gramas, parto cesárea, primeiro gemelar, Apgar 8 e 9 no primeiro e quinto minuto, com idade gestacional de 31 semanas, adequado para idade gestacional e muito baixo peso. Apresentou, síndrome do desconforto respiratório, infecção neonatal precoce, brocopneumonia, doença pulmonar crônica, laringite pós extubação, refluxo gastroesofágico clínico e anemia.

Permaneceu em ventilação mecânica durante 41 dias, fez uso de uma dose de surfactante, cpap nasal quatro dias, halo cinco dias e oxigênio úmido durante 37 dias.

A mãe de 27 anos, sendo primigesta, apresentou seis convulsões no pré-natal, tendo bolsa íntegra com fisometria.

A avaliação fonoaudiológica foi solicitada 12 dias após a extubação, e quatro dias após a retirada do halo. O recém-nascido, fazia uso de oxigênio úmido três litros, sonda orogástrica, dieta 20 ml, de três em três horas, saturação 96%, peso 1.260gramas, idade pós-concepcional de 38 semanas e dois dias, eupneico, sono

profundo, organizado. Foi realizada estimulação da sucção não nutritiva com o dedo enluvado embebido no leite, não houve reflexo de busca, apenas dois grupos de sucção esporádicos com força fraca, pouca pressão intra-oral, pobre vedamento labial e retração de língua. A conduta tomada pelo fonoaudiólogo foi de acompanhamento durante as mamadas e dieta exclusiva por sonda.

Durante aproximadamente cinco dias, a estimulação não nutritiva foi sendo realizada, ocorriam grupos de sucção com força média, pouca pressão intra oral, pausas longas e pobre vedamento labial. Houve algumas tentativas de oferta por via oral com cuidado, através da “técnica de sucção”, (acopla-se uma sonda número quatro, ao dedo mínimo enluvado, com a seringa acoplada a outra extremidade da sonda, o recém-nascido deve sugar, para haver a liberação do leite), houve dificuldade de coordenação sucção, deglutição e respiração, sucção com força fraca, pouca pressão intra-oral, pobre vedamento labial, canolamento de língua, ritmo lento, apresentando quedas importantes de saturação, dispnéia, desconforto respiratório, retração esternal havendo necessidade de organizar o recém-nascido, e acalmá-lo, sendo a dieta oferecida por gavagem. Nesta época, o recém-nascido estava completando 39 semanas de idade pós-concepcional e pesando entre 1.350 a 1.390gramas, fazendo uso de oxigênio úmido três litros, em incubadora.

Com a continuidade do trabalho, o recém-nascido passou a coordenar melhor sucção, deglutição, respiração, e era capaz de sugar, através da técnica de sucção, o volume de quatro a 10 ml, do total prescrito que era 22 ml. A aceitação por via oral variava bastante entre as mamadas e os dias. A sucção era com força média, pouca pressão intra-oral, pobre vedamento labial, canolamento



de língua, pausas longas, ritmo de mamada lento, ainda apresentando quedas de saturação, e dispnéia durante a mamada, havendo a necessidade de organizar o recém-nascido e oferecer o restante da dieta por gavagem. O recém-nascido, fazia uso de oxigênio úmido dois litros, em incubadora.

Com o aumento do volume da dieta, o fonoaudiólogo sugeriu, que a prescrição das mamadas fosse alterada para o intervalo de duas em duas horas, com o objetivo de diminuir o volume por mamada e retirar a sonda.

Nesta fase, o recém-nascido estava próximo de completar 40 semanas de idade pós-concepcional e com peso entre 1.500 a 1.700gramas.

Após 20 dias do início do trabalho fonoaudiológico, foi retirada a sonda orogástrica, o recém-nascido estava sugando com força, pressão intra-oral, canolamento de língua, vedamento labial eficiente, pausas longas, aceitando o volume total da dieta prescrita de duas em duas horas, porém continuava com ritmo lento e quedas de saturação, dispnéia durante as mamadas e com o volume de oxigênio prescrito de meio litro, em incubadora.

O recém-nascido teve alta hospitalar após 41 dias de trabalho fonoaudiológico, com o peso de 2.450 gramas, 44 semanas gestacionais de idade pós-concepcional, com o volume da dieta de 60 ml de leite de duas em duas horas, na mamadeira, e foi encaminhado para o Ambulatório de Alto Risco, para realizar acompanhamento periódico até os dois anos de idade.

A técnica de sucção foi utilizada para trabalhar a coordenação sucção, deglutição e respiração. O aleitamento materno foi tentado inicialmente, porém houve uma diminuição da produção do leite materno e mesmo após o uso de medicamentos para o aumento da produção de leite, juntamente, com a técnica de

translactação, (coloca-se uma sonda acoplada a uma seringa, próximo ao seio materno, o recém-nascido deve abocanhar e sugar o seio materno e a sonda, para assim receber o leite através da seringa) não houve sucesso no aleitamento materno.

**Ética:** esta pesquisa foi aprovada e considerada sem risco pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, necessitando do consentimento livre e esclarecido.

## Discussão

O relato de caso, nos faz repensar casos e condutas seguidas por Fonoaudiólogos, que atuam em Unidades Neonatais. Durante o processo de alimentação de recém-nascidos prematuros com patologia respiratória, no momento da avaliação e do acompanhamento fonoaudiológico, a respiração deve ser mais enfocada.

Acredita-se, que na presença de alguma patologia respiratória, é fundamental que o Fonoaudiólogo além de conhecer o quadro clínico, entenda que a respiração, é uma atividade fundamental que tem relação direta com a alimentação.

A doença pulmonar crônica quando presente, irá alterar o desempenho do bebê na alimentação. Observa-se, incoordenação de sucção, deglutição e respiração, ficando muitas vezes evidente, que é o quadro respiratório, a base de dificuldade de alimentação

A harmonia e organização corporal, o padrão de flexão e simetria corporal favorecem a sucção <sup>(4,8,9)</sup>. Entretanto, recém-nascidos que sofrem qualquer intercorrência, apresentam movimentos desorganizados e desequilíbrio corporal afetando assim habilidades orais <sup>(8,9)</sup>.

Além disso, uma alimentação eficiente não se baseia apenas no ato de sugar. Para que a transição da alimentação por sonda para via oral, ocorra com sucesso, um padrão respiratório adequado é um dos aspectos que devem ser considerado para que haja boa coordenação da sucção, deglutição e respiração, bem como, organização postural global do recém-nascido.

No caso relatado, o recém-nascido prematuro, devido a intercorrências necessitou de apoio respiratório, utilizou ventilação mecânica prolongada, cpap nasal, halo, oxigênio úmido, apresentando doença pulmonar crônica.

Nestes casos, pode ser observado com freqüência: pescoço encurtado, elevação com protrusão ou retração dos ombros, elevação de costela e esterno, em alguns casos retração costais e esternais <sup>(10,11)</sup>.

Tais manifestações são decorrentes do uso inadequado da musculatura respiratória, músculos que deveriam estar relaxados durante o repouso, estão contraídos, modificando o padrão respiratório e postural <sup>(10,11)</sup>.

O mal desempenho na alimentação e a dificuldade da retirada de sonda são explicadas pela prematuridade associada ao distúrbio respiratório, a fraqueza dos músculos respiratórios provoca um desequilíbrio entre os músculos acessórios da inspiração e expiração, que juntamente com a resistência ao fluxo aéreo pulmonar e baixa complacência dinâmica dos pulmões, resultam em alteração postural <sup>(12,13,14)</sup>.

Observa-se, uma desconfiguração de tronco, toráx, abdome, que dificultam o trabalho do diafragma e músculos acessórios da inspiração e expiração <sup>(12)</sup>.

Esta desarmonia corporal, reflete no equilíbrio do complexo orofacial e demais sistemas do corpo, trazendo complicações ao momento de alimentação <sup>(10,15)</sup>.

Tais complicações, tornam-se evidentes no momento da atuação fonoaudiológica, há dificuldade em organizar o recém-nascido e a oferta da dieta por via oral, fica comprometida, o momento de alimentação torna-se estressante para o recém-nascido e os pais, devido à dificuldade respiratória que o

desorganiza, dificultando o padrão de flexão e organização corporal que favorecem a sucção<sup>(7,16)</sup>.

É importante ressaltar, que a conquista de uma boa mamada, nem sempre está ligada ao ato de sugar isolado, quando tratamos de casos com patologia respiratória. A sucção, não será objetivo primordial, pois certamente, não estará impedindo o sucesso da mamada. Entre os diversos aspectos emocionais, ambientais, ligados ao momento da alimentação, a postura organizada e a respiração eupneica devem merecer atenção redobrada. A organização postural, pode auxiliar na manutenção do padrão respiratório, favorecendo a situação de alimentação.

A importância de uma visão abrangente nos casos de recém-nascidos com doença pulmonar crônica, e mesmo naqueles que não possuem este diagnóstico, exigem uma avaliação do fonoaudiólogo, que vai além da resposta se há presença ou não de sucção.

A atuação em unidades neonatais com recém nascidos de risco pressupõe saber em que momento atuar, quais os aspectos do quadro clínico geral, respiratório, postura global, reações orais, fatores emocionais e ambientais. Além de saber que um recém-nascido desorganizado e com dificuldades respiratórias importantes certamente terá mais dificuldade para se alimentar, seu limiar para o cansaço será tênue, seu tempo na mamada será maior e nem sempre a alimentação por via oral naquele momento ocorrerá com sucesso. Respeitar os limites do recém-nascido é aceitar que em determinados momentos, a organização postural oferecida pelo terapeuta é mais importante do que sugar o volume da dieta.

Vale ressaltar, que situações de alimentação requerem determinado esforço, que pode levar à desorganização do padrão respiratório e conseqüentemente insucesso na mamada. É fundamental, saber respeitar limites que são demonstrados pelo recém-nascido através do seu corpo e da sua respiração. Além disso, levar em conta, aspectos emocionais do vínculo mãe-bebê como fator que pode influenciar no momento da alimentação.

Cada ponto, deve ser avaliado para o terapeuta poder orientar a família, sugerir condutas, orientar a equipe de enfermagem e contribuir para a garantia de uma alimentação segura quando da alta hospitalar.

O trabalho interdisciplinar nestes casos tem muita importância, o neonatologista que cuida do tratamento da doença; o fisioterapeuta da reorganização postural que favorece o padrão respiratório mais adequado, logo a postura corporal adequada, e do fonoaudiólogo, que tem como objetivo o sucesso de mamada segura e prazerosa, proporcionam maior resultado e benefício da atuação de cada profissional e conseqüentemente garantem melhor desenvolvimento para o recém-nascido

## **Conclusão**

As atividades fonoaudiológicas aplicadas ao recém-nascido com distúrbio respiratório tiveram como prioridade obter um padrão respiratório adequado e organização postural adequada durante o momento de alimentação, considerando a respiração como fator importante para o sucesso da mamada

A técnica de sucção, utilizada pelo fonoaudiólogo, para ofertar a dieta via oral, foi escolhida pela capacidade de controlar o fluxo do líquido, podendo controlar assim o ritmo da mamada, respeitando as pausas para respirar, o que é indicado para recém-nascidos que possuem dificuldade em coordenar sucção, deglutição e respiração

Portanto, o trabalho fonoaudiológico deve focar o recém-nascido como um todo, uma vez que a alimentação é um comportamento altamente complexo realizado pelo bebê. A alimentação depende de um equilíbrio entre o sistema corporal, o sistema orofacial e a respiração.

## Referências

1. Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: Andrade CFR, organizadora. Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. São Paulo: Lovise;1996. p.43-98.
2. Perissinoto J. Atuação fonoaudiológica com o bebê prematuro: acompanhamento do desenvolvimento. In: Andrade CRF, organizadora. Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. São Paulo: Lovise;1996. p.129-46.
3. Morris SE, Klein MD. Pre-feeding issues and prematurity. In: \_\_\_\_\_A comprehensive resource for feeding development. Arizona: Therapy Skill Builders; 1987. p.311-5.
4. Xavier C. Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: Basseto MCA, Brock R, Wajnsztjen R, editores. Neonatologia um convite à atuação fonoaudiológica 1998. São Paulo: Lovise; 1998. p.255-75.
5. Leone CR. Displasia broncopulmonar. In: Kopelman B, Miyoshi M, Guinsburg R, editores. Distúrbios respiratórios no período neonatal. São Paulo: Atheneu; 1998. p.157-64.
6. Brock R. Distúrbios respiratórios em recém-nascidos. In: Basseto MCA, Brock R, Wajnsztjen R, editores. Neonatologia um convite à atuação fonoaudiológica 1998. São Paulo: Lovise;1998. p.119-25.
7. Klein MD, Delaney TA. Nutrition and feeding for the child with bronchopulmonary dysplasia. In: Klein MD, Delaney TA, editores. Feeding and nutrition for the child with special needs: handouts for parents. Arizona: Therapy Skill Builder; 1994. p.349-51.



8. Caesar P, Lagal L. Age specific approach to neurological assesment in the first year of life. Acta Paediatrica 1991;33(2):125-38.
9. Béziers MM, Hunsinger Y. O bebê e a coordenação motora. São Paulo: Summus; 1994.
10. Morris SE, Klein MD. Environmental, positioning, and handing considerations. In: \_\_\_\_\_ A comprehensive resource for feeding development. Arizona: Therapy Skill Builders; 1987. p.141-78.
11. Morris SE, Klein MD. Normal development of pre-feeding skills. In: \_\_\_\_\_ A comprehensive resource for feeding development. Arizona: Therapy Skill Builders; 1987. p.13-21.
12. Dominguez SS, Komiyama S. Cuidados fisioterápicos ao recém-nascido em ventilação mecânica. In: Kolpeman B, Miyoshi M, Guinsburg R, editores. Distúrbios respiratórios no período neonatal. São Paulo: Atheneu; 1998. p.527-41.
13. Cook CD. Fisiologia respiratoria aplicada a la patologia pulmonar. In: Nelson WE, Vaughan VC, Mckay RJ, editores. Tratado de pediatria. 6ª ed. Barcelona: Salvat; 1971. p.890-903.
14. Guyton AC. Mecânica da respiração; fluxo sanguíneo pulmonar; e transporte de oxigênio e de gás carbônico. In: \_\_\_\_\_ Fisiologia humana. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. p.351-69.
15. Morales RC. Representação das funções dos diversos elementos do complexo orofacial. In: \_\_\_\_\_ Terapia de regulação orofacial. São Paulo: Memnon; 1999. p.12-43.

16. Morris SE, Klein MD. Specifics of oral-motor treatment-coordination of sucking,swallowing and breathing. In:\_\_\_\_\_ A comprehensive resource for feeding development. Arizona: Therapy Skill Builder; 1987. p.258-61.

## Termo de Consentimento pós - informação.

### I Dados de identificação do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Documento de identidade \_\_\_\_\_ sexo M( ) F( )

Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ n\_\_\_ apto \_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ cidade \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_

Cep \_\_\_\_\_ telefone DDD \_\_\_\_\_

Responsável legal \_\_\_\_\_

Natureza (grau de parentesco, tutor, curador, etc) \_\_\_\_\_

Documento de identidade \_\_\_\_\_ sexo M ( ) F ( )

Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ n\_\_\_ apto \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ cidade \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_

Cep \_\_\_\_\_ telefone DDD \_\_\_\_\_

### II Dados sobre a pesquisa científica

1. Título do Protocolo de Pesquisa:

A importância da respiração no processo de alimentação do recém nascido prematuro- relato de caso

2. Pesquisador

Renata Pereira Garzi

Cargo / função: Fonoaudióloga

Inscrição Conselho Regional: Cfra 11461- SP

Endereço: Rua Augusto de Toledo 45 ap 82

Telefone: (11) 3208-8118

Cic: 288.496.788-51

Rg: 23.265.900-X

Celular: (11) 9619-3183

3. Avaliação do Risco da Pesquisa

sem risco(x)      risco mínimo( )      risco médio( )

risco baixo( )      risco alto( )

4. Duração da pesquisa: duas semanas

**III Registro das Explicações do Pesquisador ao Paciente ou seu Representante Legal sobre a pesquisa, consignando**

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

Algumas patologias associadas à prematuridade, podem prejudicar o desempenho da mamada. A doença pulmonar crônica, esta entre uma delas, trata-se de uma patologia respiratória que muitas vezes, dificulta o recém nascido prematuro, a coordenar sucção, deglutição e respiração. O trabalho da fonoaudiologia consiste na transição de sonda / via oral de maneira segura e eficiente, o objetivo desta pesquisa é relatar o caso de um recém nascido prematuro com doença pulmonar crônica, e as aplicações de atividades fonoaudiológicas no intuito de minimizar as consequências desta patologia, no processo de transição sonda/via oral.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais.

Observar o bebê e consulta ao prontuário médico

3. Desconforto e risco esperado

Não haverá risco, nem desconforto

4. Benefícios que poderão ser obtidos

Melhorar a qualidade de mamada por via oral

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajoso para o individuo

Fui esclarecido de que não haverá procedimentos que possam trazer vantagens, assim como não haverá remuneração financeira

#### **IV Esclarecimento dos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa**

1. Acesso, a qualquer tempo às informações sobre procedimento, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

Fui esclarecido sobre a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo a continuidade da assistência.

Fui esclarecido sobre a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo quanto a continuidade do tratamento

3. Salvaguardar da confidencialidade, sigilo, e privacidade.

Fui esclarecido de que a segurança de minha identidade será preservada mantendo se todas as informações em caráter confidencial

4. Disponibilidade de assistência no Cefac, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

Fui esclarecido sobre a disponibilidade de assistência no Cefac, em casos de eventuais danos à saúde, decorrente da pesquisa

5. Viabilidade de indenização por eventuais danos a saúde decorrentes da pesquisa.

Fui esclarecido a viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrente da pesquisa

#### **V Observações Complementares**

#### **VI Consentimento Pós Esclarecido**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

