






# Impacto da intervenção fonoaudiológica na introdução de dieta via oral em recém-nascidos de risco

## Speech therapy intervention impact on the introduction of oral diet in high-risk newborns

Andréa Monteiro Correia Medeiros<sup>1</sup> , Dayane Moraes Santos Almeida<sup>1</sup> , Marquise Oliveira Meneses<sup>1</sup> , Thalyta Prata Leite de Sá<sup>1</sup> , Ikaro Daniel de Carvalho Barreto<sup>2</sup> 

### RESUMO

**Objetivo:** comparar idade gestacional ao nascimento, peso e idade gestacional corrigida na introdução de dieta por via oral de recém-nascidos prematuros, que utilizaram, ou não, sonda enteral para alimentação, de acordo com a intervenção fonoaudiológica recebida. **Métodos:** estudo retrospectivo, transversal do tipo analítico, realizado em uma maternidade pública de referência, no Nordeste do Brasil. Foram analisados 142 prontuários de recém-nascidos de risco. Os participantes foram divididos quanto ao uso, ou não, de sonda enteral (G1 e G2) e realização, ou não, de intervenção fonoaudiológica (GF e GC). **Resultados:** houve diferença entre G1 e G2 quanto ao teste de Apgar, pesos (ao nascer e na alta) e idades gestacionais ao nascimento e corrigida para introdução de via oral (com valores sempre menores em G1); quanto ao tempo de internação e intervenção fonoaudiológica (maiores em G1). Em relação à intervenção fonoaudiológica, houve diferença entre GF e GC quanto aos pesos (ao nascer e na alta), idade gestacional ao nascimento e idade gestacional para introdução de via oral (com valores menores em GF), tempo de internação e uso de mamadeira (maiores em GF). **Conclusão:** o uso de sonda enteral esteve relacionado ao aumento do tempo de internação, enquanto que a intervenção fonoaudiológica impactou a introdução de alimentação por via oral mais precocemente.

**Palavras-chave:** Recém-nascido; Prematuridade; Peso ao nascer; Nutrição enteral; Fonoaudiologia

### ABSTRACT

**Purpose:** to compare gestational age at birth, weight and corrected gestational age in the introduction of oral diet for premature newborns, who used or not used enteral tubes for feeding, according to the speech therapy intervention received. **Methods:** retrospective, cross-sectional analytical study, carried out in a public maternity reference in northeastern Brazil. One-hundred and forty two medical records of newborns at risk were analyzed. We divided Participants who used or not used an enteral tube (G1 and G2) and who received or not received a speech therapy intervention (GF and GC). **Results:** there was a difference between G1 and G2 regarding Apgar, weights (at birth and at discharge), and gestational ages at birth and corrected for the introduction of oral feeding (with values always lower in G1); and regarding the length of hospital stay and speech therapy intervention (higher in G1). Regarding speech therapy intervention, there was a difference between GF and GC in terms of weights (at birth and at discharge), gestational age at birth and gestational age for oral introduction (with lower values in GF), length of hospital stay and bottle use (higher in GF). **Conclusion:** the use of enteral tube increases the length of hospital stay and the introduction of oral feeding happened earlier in the group that received speech therapy.

**Keywords:** Newborn; Premature; Birthweight; Enteral nutrition; Speech, Language and Hearing Sciences

Trabalho realizado no Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Sergipe – UFS – São Cristóvão (SE), Brasil.

<sup>1</sup>Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Sergipe – UFS – São Cristóvão (SE), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE – Recife (PE), Brasil.

**Conflito de interesses:** Não.

**Contribuição dos autores:** AMCM foi responsável pela concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão do artigo e aprovação final da versão a ser publicada; DMSA e MOM foram responsáveis pela coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; TPLS foi responsável pela redação e revisão final do artigo; IDCB foi responsável pelo tratamento estatístico, análise, interpretação dos dados do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram a redação final do trabalho.

**Financiamento:** Nada a declarar.

**Autor correspondente:** Andréa Monteiro Correia Medeiros. E-mail: andreamcmedeiros@gmail.com

**Recebido:** Julho 02, 2020; **Aceito:** Setembro 08, 2020

## INTRODUÇÃO

A prematuridade e o baixo peso, especialmente quando menor que 1500 g, são considerados fatores de risco para o recém-nascido (RN) e podem interferir na aceitação de dieta plena por via oral (VO), levando à necessidade de uso de vias alternativas de alimentação, como a sonda enteral<sup>(1-3)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como prematuro os RNs com idade gestacional ao nascimento (IGN) inferior a 37 semanas, sendo considerados extremamente prematuros os nascidos com menos de 28 semanas; muito prematuros, entre 28 e 32 semanas; prematuros moderados a tardios, entre 32 e 37 semanas<sup>(4)</sup> e como baixo peso, aqueles nascidos com menos de 2500 g<sup>(5)</sup>.

O recém-nascido pré-termo (RNPT) pode apresentar condições que interferem nas habilidades motoras orais, tais como imaturidade fisiológica e neurológica, distúrbios respiratórios, hipotonia muscular e reflexos orais minimizados<sup>(1,6)</sup>. Assim, para estabelecer dieta VO segura, devem-se considerar as condições clínicas satisfatórias e a adequação dos órgãos do sistema estomatognático<sup>(2,3)</sup>, com coordenação das funções de sucção, deglutição e respiração (SDR)<sup>(1,3,6-8)</sup>.

Considera-se importante promover a adequação do sistema estomatognático do RNPT<sup>(2,8,9)</sup>, com estabelecimento da coordenação SDR<sup>(1,3,6-8)</sup>. Essa coordenação ocorre na 34ª semana de idade gestacional corrigida (IGc), ou, até mesmo, mais precocemente, a partir da 32ª semana, se o estado comportamental de alerta para prontidão para mamada estiver presente, sendo importante a intervenção fonoaudiológica<sup>(3,6,8,10)</sup>.

O fonoaudiólogo busca aprimorar a mobilidade e a tonicidade da musculatura orofacial, favorecendo o desenvolvimento das funções estomatognáticas<sup>(11,12)</sup>. Uma vez que o aleitamento materno é preconizado pelos benefícios que oferece ao RN e sua mãe, esse profissional trabalha para que a introdução e o estabelecimento pleno de VO ocorram sem riscos ao neonato, contribuindo para que a transição da sonda enteral para o peito<sup>(13)</sup> seja efetiva, inclusive para possibilitar a alta hospitalar precoce<sup>(3,10,14)</sup>.

Entretanto, quando não é viável estabelecer a alimentação VO diretamente no seio materno, outras formas de oferta da dieta, como o copo e a mamadeira, têm sido consideradas<sup>(15)</sup>. Independentemente da via de oferta, além dos parâmetros clínicos estáveis<sup>(6)</sup>, apresentar uma alimentação por VO exclusiva e segura é critério importante no momento da alta hospitalar<sup>(14)</sup>.

O objetivo deste estudo foi comparar IGN, peso e IGc na introdução de dieta por VO de RNs, que utilizaram, ou não, sonda enteral para alimentação, de acordo com a intervenção fonoaudiológica recebida.

## MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública da Região Nordeste do Brasil, referência para mães e RNs de alto risco. Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal do tipo analítico, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição, sob o número CAAE 0198.0.107.000-11. Os dados foram coletados no Setor de Arquivo Médico e Estatística (SAME), a partir do “Protocolo para Coleta de Dados dos Prontuários dos Recém-Nascidos” (Apêndice 1), previamente testado em estudo-piloto.

A amostra foi composta por prontuários de 142 RNs de ambos os gêneros, nascidos entre novembro de 2010 e janeiro de 2011, submetidos, ou não, à intervenção fonoaudiológica. Os critérios de inclusão foram: ser prematuro (IGN < 37 semanas)<sup>(4)</sup>, independente do peso ao nascimento e ter, pelo menos, quatro dias de internação. Os critérios de exclusão foram: prontuários que não estivessem completamente preenchidos quanto aos aspectos abordados no presente estudo; RNs nascidos a termo ou pós-termo; casos que apresentaram síndromes e/ou malformações craniofaciais ao nascimento e RNs que foram a óbito durante a internação.

As variáveis analisadas foram: gênero do RN, tipo de parto, condições clínicas neonatais (Apgar do primeiro minuto, peso ao nascer, peso no momento de alta hospitalar, IGN, IGc no início da dieta VO, IGc na alta hospitalar), tempo de internação, intervenção fonoaudiológica (com número de atendimentos, quando realizada), uso, ou não, de sonda enteral e modo de oferta de dieta no primeiro dia VO.

Considerou-se como primeiro dia de oferta VO aquele em que o RN começou a ser alimentado por via oral, independente de ainda existir a necessidade do uso de sonda enteral como complemento. Essa introdução poderia ser realizada de diversos modos, a saber: estimulando o seio materno; oferecendo o copo como forma principal de alimentação, quando o RN não aceitasse o seio materno; ofertando o copo como complemento à mamada realizada no seio materno; mamadeira.

Os RNs foram distribuídos quanto ao uso de sonda enteral em grupo 1 (G1), formado por 104 RNs que utilizaram sonda em algum momento, durante a internação hospitalar, e grupo 2 (G2), formado por 38 RNs que não necessitaram dessa via alternativa de alimentação. Além disso, a população do estudo também foi dividida de acordo com a intervenção fonoaudiológica recebida em grupo GF, composto por 91 RNs que receberam intervenção fonoaudiológica e grupo-controle (GC), composto por 51 RNs que não receberam a intervenção.

Os dados coletados foram tabulados em planilha do Microsoft Office Excel 2010 e tratados estatisticamente. As variáveis categóricas coletadas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual, as contínuas por meio de mediana e intervalo interquartil (IIQ), uma vez a aderência desta a distribuição normal não foi confirmada (Teste de Shapiro-Wilks:  $p < 0,05$ ). As associações entre variáveis categóricas foram testadas por meio do teste Exato de Fisher ou teste Qui-Quadrado de Pearson. As diferenças de medianas foram testadas por meio do teste de Mann-Whitney. Foram, ainda, magnificadas por meio de tamanhos de efeito Rank Bisserial de Glass, quando contínuas e Coeficiente Fi, quando categóricas, cujas interpretações são: trivial ( $r < 0,1$ ), pequena ( $0,1 \leq r < 0,25$ ), média ( $0,25 \leq r < 0,4$ ), ou grande ( $r \geq 0,4$ ). O *software* utilizado foi o R Core Team 2020 e o nível de significância adotado foi de 5%<sup>(16)</sup>.

## RESULTADOS

Os resultados seguem apresentados de acordo com as informações obtidas nos prontuários dos 142 RNs, dos quais, 43% (n=61) eram do gênero masculino e 57% (n=81), do feminino. A IGN variou entre 24 e 36 semanas e 4 dias, com mediana de 34 semanas (IIQ=32-35). O peso ao nascimento variou entre 735 g e 3190 g, com mediana de 1865 g (IIQ=1523,8-2217,5). A mediana de dias de internação dos RNs foi de 12 dias (IIQ=7-26) e a de nota do

Apgar no primeiro minuto, numa escala de 0 a 10, foi 8 (IIQ=6-9) (Tabela 1).

Sobre a forma de oferta de alimentação no primeiro dia de oferta de dieta por VO, verificou-se que 95,8% (n=136) receberam seio materno (não necessariamente de forma exclusiva); 78,8% (n=112) fizeram uso do copo, como complemento ao seio materno; 28,2% (n=40) foram alimentados com o copo, como forma principal e apenas 9,9% (n=14) receberam o leite na mamadeira (Tabela 1).

Quanto ao uso de sonda enteral, os grupos G1 (n=104) e G2 (n=38) apresentaram diferenças ( $p<0,05$ ), respectivamente, quanto aos seguintes aspectos: Apgar (8 e 8,5), peso ao nascer (1747,5 g e 2057,5 g), peso na alta (1910 g e 2135 g), tempo de internação (16 dias e 7 dias), IGN (33 semanas e 35,2 semanas). Quanto ao recebimento de intervenção fonoaudiológica, também houve diferença entre G1 (n=75; 72,1%) e G2 (n=29; 27,9%). Não houve diferença entre os grupos quanto à IGc, para introdução de VO (35 semanas e 35,4 semanas) (Tabela 2).

Com relação à intervenção fonoaudiológica, houve diferença ( $p<0,05$ ) entre GF (n=91) e GC (n=51), respectivamente, quanto: peso ao nascer (1750 g e 2215 g), peso de alta (1915 g e 2185 g), tempo de internação (16 dias e 8 dias), IGN (33 semanas e 35 semanas), IGc para introdução de VO (34,7 semanas e 35,7 semanas) e uso de mamadeira (n=13; 14,3% e n=1; 2%) (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados observou-se que a população do estudo foi composta, de modo geral, por RNPTs

moderados a tardios<sup>(4)</sup> e, também, baixo peso<sup>(5)</sup>. A literatura aponta que o baixo peso ao nascimento pode estar relacionado à prematuridade<sup>(17)</sup>.

De toda a população estudada, 104 RNs precisaram fazer uso de sonda enteral em algum momento da internação (G1), enquanto que 38 RNs não necessitaram da sonda (G2), evidenciando o predomínio da necessidade de uso de via alternativa de alimentação em RNs de risco, tal como demonstrado em estudos anteriores<sup>(18,19)</sup>.

Apesar da caracterização de risco (prematuridade e baixo peso) da população aqui estudada, os índices de Apgar obtidos no primeiro minuto de vida foram considerados bons e relatados como de baixo risco para problemas futuros<sup>(20,21)</sup>. Assim, embora no comparativo entre G1 e G2, o primeiro grupo tenha apresentado menor índice de Apgar, ambos os grupos obtiveram pontuação considerada tranquilizadora<sup>(22)</sup>.

Observou-se que a maior parte dos RNs, no primeiro dia de oferta por VO, teve a experiência no seio materno, mesmo que não necessariamente de forma exclusiva, e que houve alta prevalência de uso do copo e baixa incidência de uso da mamadeira. Esses dados podem estar relacionados tanto às boas condições clínicas ao nascimento apresentadas pelos RNs, quanto pelo fato de a maternidade onde nasceram preconizar o aleitamento materno, seguindo os preceitos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que contraindica o uso de bicos artificiais<sup>(23)</sup>.

É importante ressaltar que os RNPTs podem apresentar disfunções orais que influenciam negativamente o processo de amamentação<sup>(1,6)</sup>. Nesses casos, em que o aleitamento materno não for possível, é somente após a intervenção fonoaudiológica e investimento de toda a equipe, e esgotadas todas as técnicas

**Tabela 1.** Condições clínicas neonatais, alimentação e intervenção fonoaudiológica de recém-nascidos – Aracaju (SE) – (2013)

	n	%	Mediana	IIQ
Gênero				
Masculino	61	43,0		
Feminino	81	57,0		
Tipo de parto				
Normal	63	44,4		
Cesárea	79	55,6		
APGAR			8	6-9
Peso ao nascer (g)			1865	1523,8-2217,5
Peso na alta (g)			1943	1783,8-2235
Tempo de internação (dias)			12	7-26
IG ao nascimento (semanas)			34	32-35
IG na via oral (semanas)			35	34-36,1
IG na alta (Semanas)			36	35,4-37,3
Atendimentos			4	2-6
Utilização de sonda enteral				
Sim	104	73,2		
Não	38	26,8		
Intervenção fonoaudiológica				
Sim	91	64,1		
Não	51	35,9		
Via oral				
Seio materno	136	95,8		
Copo (complemento)	112	78,9		
Copo (principal)	40	28,2		
Mamadeira	14	9,9		

**Legenda:** n = frequência absoluta; % = frequência relativa percentual; g = gramas; IIQ = intervalo interquartil; IG = idade gestacional

**Tabela 2.** Utilização de sonda enteral e condições clínicas neonatais, alimentação e intervenção fonoaudiológica de recém-nascidos – Aracaju (SE) – (2013)

	Utilização de sonda enteral		p-valor	E
	Sim	Não		
Gênero, n (%)				
Masculino	45 (43,3)	16 (42,1)	0,901 <sup>Q</sup>	0,010 <sup>P</sup>
Feminino	59 (56,7)	22 (57,9)		
Tipo de parto, n (%)				
Normal	46 (44,2)	17 (44,7)	0,957 <sup>Q</sup>	0,005 <sup>P</sup>
Cesárea	58 (55,8)	21 (55,3)		
APGAR, Mediana (IIQ)	8 (6-8)	8,5 (7,8-9)	<0,001 <sup>W*</sup>	-0,394 <sup>R</sup>
Peso ao nascer (g), Mediana (IIQ)	1747,5 (1432,5-2050)	2057,5 (1915-2530)	<0,001 <sup>W*</sup>	-0,394 <sup>R</sup>
Peso na alta (g), Mediana (IIQ)	1910 (1741,3-2135)	2135 (1901,3-2381,3)	0,001 <sup>W*</sup>	-0,364 <sup>R</sup>
Tempo de internação (dias), Mediana (IIQ)	16 (10-33,5)	7 (5-11)	<0,001 <sup>W*</sup>	0,513 <sup>R</sup>
Idade gestacional ao nascimento (semanas), Mediana (IIQ)	33 (32-35)	35,2 (34,2-36)	<0,001 <sup>W*</sup>	-0,501 <sup>R</sup>
Idade gestacional na via oral (semanas), Mediana (IIQ)	35 (33,6-36,1)	35,4 (35-36)	0,077 <sup>W</sup>	-0,194 <sup>R</sup>
Idade gestacional na alta (semanas), Mediana (IIQ)	36,1 (35,1-37,4)	36,4 (35,9-37)	0,243 <sup>W</sup>	-0,129 <sup>R</sup>
Número de atendimentos, Mediana (IIQ)	4 (2-6)	2 (1,3-4)	0,095 <sup>W</sup>	0,263 <sup>R</sup>
Via oral, n (%)				
Seio materno	99 (95,2)	37 (97,4)	1,000 <sup>F</sup>	0,048 <sup>P</sup>
Copo (complemento)	80 (76,9)	32 (84,2)	0,486 <sup>F</sup>	0,079 <sup>P</sup>
Copo (principal)	32 (30,8)	8 (21,1)	0,297 <sup>F</sup>	0,096 <sup>P</sup>
Mamadeira	11 (10,6)	3 (7,9)	0,760 <sup>F</sup>	0,040 <sup>P</sup>
Intervenção fonoaudiológica, n (%)				
Sim	75 (72,1)	16 (42,1)	0,001 <sup>Q*</sup>	0,277 <sup>P</sup>
Não	29 (27,9)	22 (57,9)		

Q – Teste Qui-Quadrado de Pearson; F – Teste Exato de Fisher; W – Teste de Mann-Whitney; R – Rank bisserial de Glass; P – Coeficiente Fi; \* - quando p<0,05; **Legenda:** n = frequência absoluta; % = frequência relativa percentual; g = gramas; IIQ = intervalo interquartil; E = tamanho de efeito

**Tabela 3.** Intervenção fonoaudiológica e condições clínicas neonatais e alimentação de recém-nascidos – Aracaju (SE) – (2013)

	Intervenção fonoaudiológica		p-valor	E
	Sim	Não		
Gênero, n (%)				
Masculino	32 (35,2)	29 (56,9)	0,012 <sup>Q*</sup>	0,210 <sup>P</sup>
Feminino	59 (64,8)	22 (43,1)		
Tipo de parto, n (%)				
Normal	44 (48,4)	19 (37,3)	0,222 <sup>Q</sup>	0,107 <sup>P</sup>
Cesárea	47 (51,6)	32 (62,7)		
APGAR, Mediana (IIQ)	8 (6-9)	8 (7-9)	0,368 <sup>W</sup>	-0,089 <sup>R</sup>
Peso ao nascer (g), Mediana (IIQ)	1750 (1395-2005)	2215 (1735-2695)	<0,001 <sup>W*</sup>	-0,467 <sup>R</sup>
Peso na alta (g), Mediana (IIQ)	1915 (1775-2065)	2185 (1818-2525)	0,003 <sup>W*</sup>	-0,306 <sup>R</sup>
Tempo de internação (dias), Mediana (IIQ)	16 (11-42)	8 (5-11)	<0,001 <sup>W*</sup>	0,535 <sup>R</sup>
Idade gestacional ao nascimento (semanas), Mediana (IIQ)	33 (31,6-34,3)	35 (33,9-36)	<0,001 <sup>W*</sup>	-0,525 <sup>R</sup>
Idade gestacional na via oral (semanas), Mediana (IIQ)	34,7 (33,4-36)	35,7 (35-36,1)	0,010 <sup>W*</sup>	-0,262 <sup>R</sup>
Idade gestacional na alta (semanas), Mediana (IIQ)	36 (35,1-37,6)	36,6 (35,6-37,1)	0,293 <sup>W</sup>	-0,108 <sup>R</sup>
Via oral, n (%)				
Seio materno	85 (93,4)	51 (100,0)	0,088 <sup>F</sup>	0,157 <sup>P</sup>
Copo (complemento)	70 (76,9)	42 (82,4)	0,524 <sup>F</sup>	0,064 <sup>P</sup>
Copo (principal)	24 (26,4)	16 (31,4)	0,563 <sup>Q</sup>	0,053 <sup>P</sup>
Mamadeira	13 (14,3)	1 (2,0)	0,019 <sup>F*</sup>	0,198 <sup>P</sup>

Q – Teste Qui-Quadrado de Pearson; F – Teste Exato de Fisher; W – Teste de Mann-Whitney; R – Rank bisserial de Glass; P – Coeficiente Fi; \* - quando p<0,05; **Legenda:** n = frequência absoluta; % = frequência relativa percentual; g = gramas; IIQ = intervalo interquartil; E = tamanho de efeito

possíveis, que a equipe multidisciplinar definirá sobre a melhor forma de alimentação para o RN, seja ela sonda enteral, copo ou mamadeira<sup>(24)</sup>.

Em relação à necessidade de uso da sonda enteral, tanto G1 quanto G2 foram compostos por RNPTs, porém, os RNs do G1 apresentaram mediana de IGN menor do que os do G2, evidenciando que a prematuridade mais extrema esteve relacionada à falta de coordenação de SDR, sendo o provável

indicativo para uso de sonda enteral em G1, como via de alimentação<sup>(19)</sup>. Vale dizer que ambos os grupos apresentaram medianas semelhantes de IGc para iniciar VO, demonstrando prontidão para iniciar a alimentação por VO em idade precoce, conforme aponta literatura<sup>(3,6)</sup>.

Apesar de a população dos grupos ser composta, em sua maioria, por RNs baixo peso, houve diferença entre G1 e G2 quanto ao peso ao nascer, sempre com valores de mediana

menores em G1, quando comparado ao G2, concordando com estudos que demonstraram que a sonda enteral é usada em RNs com menores pesos<sup>(18,24)</sup>.

A diferença de peso entre os grupos perdurou durante toda a internação, já que, no momento da alta, o G1 manteve mediana de peso menor do que o G2, apresentando diferença no comparativo entre os grupos. Contudo, ambos os grupos apresentavam, no momento da alta, o peso mínimo maior que 1600 g, recomendado pelo Ministério da Saúde<sup>(24)</sup>.

Com relação ao tempo de internação, o G1 apresentou maior mediana de tempo, quando comparado ao G2, concordando com a literatura, que referiu que o uso prolongado de sonda enteral pode requerer maior tempo de internação até atingir condições clínicas favoráveis para alta<sup>(10)</sup>. Por outro lado, a IGc de alta hospitalar foi semelhante nos dois grupos, apontando que, apesar das condições de risco ao nascimento, ao atingirem IGc próxima ao nascimento a termo (37 semanas)<sup>(25)</sup>, a população aqui estudada apresentou condições clínicas e de alimentação por VO adequadas.

No que diz respeito à intervenção fonoaudiológica, em relação aos RNs que fizeram uso, ou não, de sonda enteral, foi maior em G1 do que em G2, existindo diferença no comparativo entre os grupos. O uso de sonda apareceu como indicador importante para a necessidade do trabalho fonoaudiológico, ao mesmo tempo em que esteve relacionado ao fato de G1 apresentar menores valores nas condições de nascimento (Apgar, IGN e peso e, também, na IGc, para início de VO e peso na alta).

Quando os RNs foram divididos de acordo com recebimento ou não de intervenção fonoaudiológica, GF apresentou diferença nos valores (em mediana) de IGN, IGc para VO, peso (ao nascimento e na alta), sempre inferiores ao GC. Estudo anterior apontou tais aspectos como importantes para indicação de fonoterapia<sup>(26)</sup>, sobretudo devido à incoordenação SDR<sup>(3,6)</sup>. O início da dieta VO mais precocemente em GF concorda com estudo que afirma que a estimulação fonoaudiológica precoce no RNPT apresenta resultados satisfatórios<sup>(27)</sup>.

Com relação ao peso no momento da alta, GF manteve-se mais leve que GC, o que pode ser justificado pelo fato de a maternidade onde foi realizado este estudo praticar o acompanhamento preconizado na assistência ao RN baixo peso<sup>(24)</sup>, sendo viável a alta já a partir de 1600 g, caso haja coordenação SDR efetiva<sup>(1,3,6-8)</sup>, com o aleitamento materno exclusivo (quando possível), e, sobretudo, com alimentação por VO segura, o que, na presente pesquisa, foi proporcionada a partir da intervenção fonoaudiológica.

Por serem mais novos e com menores pesos, os RNs do GF necessitaram de mais tempo de internação, em relação ao GC, possivelmente para que pudessem estabelecer condições clínicas favoráveis, incluindo a alimentação por VO plena e segura, critério importante para alta hospitalar<sup>(1)</sup>. Apesar disso, receberam alta hospitalar no tempo e IG preconizados ao RN a termo e saudável.

Quanto à forma de oferta de VO, não houve diferença entre os grupos, nem para os RNs que mamaram no peito, nem para aqueles que fizeram uso de copo. Somente o uso da mamadeira teve diferença entre os grupos GF e GC. Considera-se que os RNs que não evoluíram satisfatoriamente no seio materno, necessitaram de acompanhamento fonoaudiológico para treino das funções SDR<sup>(2)</sup> e, em casos específicos, houve a indicação de oferta de dieta por meio do bico artificial.

Considera-se como limitação desta pesquisa o fato de não ser possível realizar um estudo randomizado do tipo caso-controle,

por se tratar de um estudo retrospectivo que analisou prontuários arquivados, sem contato direto com os RNs aqui descritos.

Os achados junto à população de risco estudada evidenciaram o que tem sido tratado pela literatura especializada na área, que aponta que a estimulação sensoriomotora oral, realizada por profissional habilitado<sup>(28,29)</sup>, é uma medida positiva ao desenvolvimento do RN de risco, melhorando a coordenação SDR, acelerando a transição alimentar da sonda enteral para VO, favorecendo o ganho ponderal precoce e o aleitamento materno<sup>(30)</sup>.

## CONCLUSÃO

Recém-nascidos que necessitaram usar sonda enteral durante a internação hospitalar, apresentaram IGN, IGc para início de VO e peso (ao nascimento e no momento da alta) menores do que aqueles que não usaram sonda. Recém-nascidos mais prematuros e com menor peso também permaneceram mais tempo internados e necessitaram de maior número de intervenções fonoaudiológicas, mas conseguiram iniciar a VO em IGc em idade considerada segura, com coordenação SDR.

Todavia, a introdução de alimentação por via oral aconteceu mais precocemente no grupo que recebeu atendimento fonoaudiológico e permitiu que esse grupo, mesmo com maior tempo de internação hospitalar, obtivesse alta com idade gestacional preconizada, semelhante ao nascimento a termo.

Os achados apontam para a importância da inserção do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional para acompanhamento dos recém-nascidos de risco, impactando positivamente a introdução de dieta via oral nesses bebês.

## AGRADECIMENTOS

À Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, por possibilitar a realização desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Lima AH, Côrtes MG, Bouzada MCF, Friche AAL. Preterm newborn readiness for oral feeding: systematic review and meta-analysis. *CoDAS*. 2015;27(1):101-7. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20152014104>. PMID:25885204.
2. Cavalcante SEA, Oliveira SIM, Silva RKC, Sousa CPC, Lima JVH, de Souza NL. Habilidades de recém-nascidos prematuros para início da alimentação oral. *Rev Rene* (Online). [Internet]. 2018 [citado em 2020 Jun 18];19:e32956. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/32956/pdf>
3. Yamamoto RCC, Prade LS, Bolzan GP, Weinmann ARM, Keske-Soares M. Readiness for oral feeding and oral motor function in preterm infants. *Rev CEFAC*. 2017;19(4):503-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201719411616>.
4. WHO: World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado em 2020 Jun 18]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
5. WHO: World Health Organization. Too many babies are born too small [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado em 2020 Jun 18]. Disponível

- em: <https://www.who.int/news-room/detail/16-05-2019-too-many-babies-are-born-too-small>
6. Yamamoto RCC, Prade LS, Berwig LC, Weinmann ARM, Keske-Soares M. Parâmetros cardiorrespiratórios e sua relação com a idade gestacional e nível de habilidade de alimentação oral de recém-nascido pré-termo. *CoDAS*. 2016;28(6):704-9. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162014221>. PMID:27982247.
  7. Pereira ADC, Brito DO, Rodrigues LCB, Araújo VC. O copinho oferecido pelos cuidadores aos recém-nascidos prematuros hospitalizados. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1270-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517419314>.
  8. Otto DM, Almeida ST. Desempenho da alimentação oral em recém-nascidos prematuros estimulados pela técnica treino de deglutição. *Audiol Commun Res*. 2017;22:e1717. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1717>.
  9. Alves YVT, Santos JCJ, Barreto IDC, Fujinaga CI, Medeiros AMC. Full term newborns in non-nutritive suction evaluation and their relation on feeding performance. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019;19(3):621-30. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000300008>.
  10. Medeiros AMC, Ramos BKB, Bomfim DLSS, Alvelos CL, Silva TC, Barreto IDC, et al. Tempo de transição alimentar na técnica sonda-peito em recém-nascidos baixo peso do Método Canguru. *CoDAS*. 2018;30(2):e20170092. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20182017092>. PMID:29791620.
  11. Basso CSD, Arroyo MAS, Saes MABF, Beani L, Maia AB, Lourenção LG. Breastfeeding rate and speech-language therapy in the Kangaroo Method. *Rev CEFAC*. 2019;21(5):e11719. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/201921511719>.
  12. Medeiros AMC, Santos JCJ, Santos DAR, Barreto IDC, Alves YVT. Acompanhamento fonoaudiológico do aleitamento materno em recém-nascidos nas primeiras horas de vida. *Audiol Commun Res*. 2017;22:e1856. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1856>.
  13. Medeiros AMC, Sá TPL, Alvelos CL, Novais DSF. Intervenção fonoaudiológica na transição alimentar de sonda para peito em recém-nascidos do Método Canguru. *Audiol Commun Res*. 2014;19(1):95-103. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312014000100016>.
  14. Bolzan GP, Berwig LC, Prade LS, Cuti LK, Yamamoto RCC, Silva AMT, et al. Avaliação para o início da alimentação oral de recém-nascidos pré-termo. *CoDAS*. 2016;28(3):284-8. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015115>.
  15. Medeiros AMC, Bernardi AT. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(1):73-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342011000100014>.
  16. Dunst CJ, Hamby DW. Guide for calculating and interpreting effect sizes and confidence intervals in intellectual and developmental disability research studies. *J Intellect Dev Disabil*. 2012;37(2):89-99. <http://dx.doi.org/10.3109/13668250.2012.673575>. PMID:22530580.
  17. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):382-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>. PMID:27556707.
  18. Calado DFB, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Rev CEFAC*. 2011;14(1):176-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000015>.
  19. Collins CT, Gillis J, McPhee AJ, Suganuma H, Makrides M. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(9):CD005252. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005252.pub3>.
  20. Gasparrini E, Rosati F, Gaetti MT. Long-term follow-up of newborns at neurological risk. *Ital J Pediatr*. 2019;45(1):38. <http://dx.doi.org/10.1186/s13052-019-0629-7>. PMID:30885247.
  21. Tavares FM, Silva HTFML. Perfil gestacional, obstétrico e neonatal na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público do interior da Bahia. *Saúde.com*. 2017;13(3):920-6. <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v13i3.441>.
  22. Simon LV, Hashmi MF, Bragg BN. APGAR Score. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
  23. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 4 – Autoavaliação e monitoramento do hospital. Brasília: Editora MS; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
  24. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru - Manual Técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. p. 340.
  25. Moreira CMD, Cavalcante-Silva RPGV, Fujinaga CI, Marson F. Comparison of the finger-feeding versus cup feeding methods in the transition from gastric to oral feeding in preterm infants. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93(6):585-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.12.008>. PMID:28711457.
  26. Moura LTL, Tolentino GM, Costa TLS, Aline A. Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. *Rev CEFAC*. 2009;11(suppl 3):448-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009000700021>.
  27. Lemes EF, Silva THMM, Correr AMA, Almeida EOC, Luchesi KF. Estimulação sensoriomotora intra e extra-oral em neonatos prematuros: revisão bibliográfica. *Rev CEFAC*. 2015;17(3):945-55. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620159414>.
  28. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5, suppl):S155-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700007>. PMID:15583766.
  29. Medeiros AMC, Jesus GAL. Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para Recém-Nascidos Prematuros com Dificuldade na Amamentação no Peito. In: Moret ALM, Oliveira AM. Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs). Barueri (SP): Pró-Fono; 2015. p. 479-86.
  30. Vargas CL, Berwig LC, Steidl EMS, Prade LS, Bolzan G, Keske-Soares M, et al. Premature: growth and its relation to oral skills. *CoDAS*. 2015;27(4):378-83. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20152014179>. PMID:26398262.

**Apêndice 1.** Protocolo para coleta de dados dos prontuários dos recém-nascidos

<b>Protocolo para coleta de dados dos prontuários dos recém-nascidos</b>	
Data da coleta: _____	Nº do prontuário: _____
Data do nascimento: _____	Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino
Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps Apgar: _____	
Peso ao nascer: _____	Peso no momento da alta: _____
Tempo de internação: _____	Idade Gestacional ao Nascimento: _____
Idade Gestacional Corrigida em que iniciou dieta por VO: _____	
Idade Gestacional Corrigida no momento de alta: _____	
<b>Alimentação:</b>	
⇒ Sonda gástrica ( )	
⇒ Seio materno ( )	
⇒ Copo ( )	
⇒ Mamadeira ( )	
Recebeu atendimento fonoaudiológico: ( ) Sim ( ) Não Tempo: _____	
<b>Parecer fonoaudiológico:</b> _____	
_____	
Data do parecer fonoaudiológico: _____	

**Legenda:** VO = via oral