

DEMANDA PARA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM UMA UNIDADE NEONATAL DE UM HOSPITAL-ESCOLA

Demand for speech therapy intervention in neonatal unit of a teaching hospital

Mariana Miranda Fumelli Monti ⁽¹⁾, Marilda Baggio Serrano Botega ⁽²⁾,
Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima ⁽³⁾, Sabrina Maria Pereira Kubota ⁽⁴⁾

RESUMO

Objetivo: caracterizar a demanda e intervenção fonoaudiológicas realizadas em recém-nascidos e lactentes que apresentaram alterações no processo de alimentação por via oral, na Unidade Neonatal de um hospital-escola de caráter público. **Métodos:** trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e de corte transversal. Foi realizada a coleta de dados por meio de consulta a todos os prontuários fonoaudiológicos de recém-nascidos e lactentes internados no período entre março de 2008 e fevereiro de 2010, que receberam ao menos uma avaliação/intervenção fonoaudiológica. **Resultados:** foram atendidos nesse período 205 recém-nascidos e lactentes internados. Destes sujeitos, 104 atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa. A população predominante foi do sexo masculino, composta de recém-nascidos pré-termo, adequados para idade gestacional, baixo peso ao nascimento, em média com 36 semanas de idade gestacional, com diagnósticos mais frequentes de distúrbio respiratório, síndrome icterícia e/ou distúrbio cardiovascular. Dentre os motivos de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica predominaram: alteração no comportamento motor oral, avaliação da prontidão para alimentação por via oral e dificuldades no uso do copo. As avaliações foram solicitadas, em sua maioria, por médicos residentes quando os recém-nascidos estavam, em média, com 28 dias de vida. Verificou-se ampliação dos critérios de encaminhamento da equipe para avaliação fonoaudiológica, quando comparados aos critérios descritos na literatura. **Conclusões:** esse trabalho permitiu caracterizar a população, a demanda e a intervenção fonoaudiológicas em uma unidade neonatal. Verificou-se que a maioria dos recém-nascidos e lactentes ainda recebe alimentação por via oral sem avaliação fonoaudiológica prévia, o que pode gerar situações de risco para uma alimentação segura e eficiente.

DESCRITORES: Neonatologia; Fonoaudiologia; Alimentação

⁽¹⁾ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, São Paulo, Brasil.

⁽²⁾ Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, São Paulo, Brasil.

⁽³⁾ Curso de Fonoaudiologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, São Paulo, Brasil.

⁽⁴⁾ Serviço de Fonoaudiologia Neonatal do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, São Paulo, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

■ INTRODUÇÃO

Avanços na tecnologia médica e hospitalar nos últimos 30 anos contribuíram para diminuição dos índices de mortalidade neonatal principalmente nos casos de recém-nascidos (RN) pré-termo e/ou sindrômicos. Essa população, entre outros problemas, pode apresentar dificuldades para se alimentar eficientemente por via oral^{1,2}. Sabe-se que fatores como a maturidade, peso ao nascimento e condições clínicas podem interferir no processo de alimentação do recém-nascido pré-termo (RNPT).

A atuação fonoaudiológica no período neonatal está focada nos aspectos da alimentação, do desenvolvimento da audição e da linguagem, assim como da interação mãe-bebê. A assistência à alimentação visa a promoção de uma alimentação segura e eficiente, no que se refere a nutrição, ganho de peso, vínculo mãe-filho e também, na minimização de riscos de aspiração ou estresse excessivos^{1,3,4}. Essa atuação deve incluir avaliação, detecção precoce da incoordenação sucção-deglutição-respiração e da deficiência ou ausência de reflexos do Sistema Sensorio Motor Oral (SSMO), orientação à equipe nas questões de alimentação, estimulação ligada ao SSMO, acompanhamento ambulatorial, e proteção, promoção e incentivo ao aleitamento materno⁵.

Uma das ações da fonoaudiologia com a população acima descrita é a estimulação sensorio-motora oral, que tem o objetivo de facilitar a transição da dieta e acelerar a alta hospitalar nos casos de intubação e uso prolongado de sonda, assim como, melhorar o aspecto nutricional, o funcionamento gastrointestinal e a maturação global do neonato⁶⁻⁸.

Dentre os critérios de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica em unidades de neonatologia, destacam-se na literatura: ausência ou debilidade de reflexos orais; reflexo de vômito exacerbado; irritabilidade severa; sialorréia; incoordenação sucção, deglutição e respiração; dessaturação dos níveis de oxigenação; alterações das frequências respiratória e cardíaca durante a alimentação; refluxo nasal ou gastroesofágico; recusa inexplicável ao alimento; desnutrição e desidratação; história de pneumonias; letargia durante a alimentação; entre outros^{5,9}.

A efetividade da intervenção fonoaudiológica tem sido demonstrada por meio de estudos, com a associação entre menor tempo de internação hospitalar e realização do trabalho fonoaudiológico¹. Mesmo com pesquisas que mostram os benefícios desta intervenção, muitos serviços não dispõem dessa prática e, tampouco realizam encaminhamento dessa população de risco para acompanhamento fonoaudiológico precoce¹⁰.

O Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP) é um hospital-escola público, centro de referência de nível terciário, no campo da saúde da mulher e do recém-nascido, credenciado como Hospital Amigo da Criança em novembro de 2003. Por mês, nascem cerca de 250 bebês na sua maternidade^{11,12}. A Unidade de Neonatologia dispõe de alojamento conjunto (AC), unidade de cuidados semi-intensivos, unidade de terapia intensiva (UTI), alojamento conjunto tardio

(ACT) e ambulatórios de especialidades. Conta com equipe composta por diferentes profissionais dentre eles, duas fonoaudiólogas contratadas com carga horária de 12 horas semanais cada uma, atuando nas áreas de alimentação e audição. A unidade é campo de estágio curricular para alunos do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Atualmente, RN e lactentes internados que apresentam alterações no processo de alimentação são encaminhados para avaliação fonoaudiológica clínica. De acordo com o comportamento motor oral do bebê, maturidade neurofisiológica e condição clínica, a conduta fonoaudiológica é sugerida, a qual se encontra em consonância com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que pratica os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, visando a proteção, apoio e incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde.

Após a alta hospitalar, sempre que necessário, as crianças até um ano de idade recebem atendimento no Ambulatório de Fonoaudiologia Neonatal¹¹. A atuação fonoaudiológica ocorre também junto ao Grupo de Pais e Familiares de Bebês Internados e no Grupo de Cuidados Paliativos da Neonatologia/CAISM.

O objetivo desta pesquisa foi caracterizar a demanda e a intervenção fonoaudiológicas realizadas em recém-nascidos e lactentes que permaneceram internados em uma Unidade Neonatal e que apresentaram alterações no processo de alimentação por via oral na Maternidade de um hospital-escola público.

■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e de corte transversal realizado na Unidade de Neonatologia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP).

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Hospital da Mulher – DTG, sob número 024/2010 e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com parecer número 666/2010. Houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois a coleta de dados foi realizada por meio de consulta aos prontuários.

Foram estudados prontuários fonoaudiológicos de RN e lactentes que estiveram internados e receberam atendimento no período entre março de 2008 e fevereiro de 2010.

Foram incluídos na pesquisa todos os RN e lactentes que receberam pelo menos uma avaliação/intervenção fonoaudiológicas na Unidade de Neonatologia (UTI, Semi-Intensivo, ACT e AC) no período citado e que possuíam todos os dados preenchidos no roteiro de avaliação fonoaudiológica.

O prontuário de fonoaudiologia contém o roteiro de avaliação fonoaudiológica e registro de todos os atendimentos que foram realizados durante a internação hospitalar e o acompanhamento ambulatorial. O roteiro é composto de dados de identificação, condições do RN no dia da avaliação, avaliação e conduta fonoaudiológicas. As variáveis estudadas, baseiam-se nesse roteiro, sendo elas:

- 1) caracterização da população: sexo, idade gestacional ao nascimento, condição nutricional, peso ao nascimento, índice de Apgar, hipótese diagnóstica, idade materna;
- 2) condições do RN/lactente no dia da avaliação: via de alimentação, idade corrigida e peso.
- 3) avaliação fonoaudiológica: solicitante e motivo da avaliação, local de internação, reações orais, número de atendimentos realizados; e
- 4) conduta fonoaudiológica: conduta prescrita, alta fonoaudiológica e via de alimentação do neonato na alta hospitalar.

Para o controle de qualidade dos dados, foi utilizada uma revisão por amostragem em 10% dos 205 prontuários. Foi utilizado o programa Epi Info 3.5.1 para elaboração do banco de dados e para análise dos dados.

Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa, sendo representados por gráficos de colunas.

■ RESULTADOS

No período entre março de 2008 e fevereiro de 2010 foram realizadas 205 avaliações/intervenções fonoaudiológicas. Deste total, atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa 104 RN, sendo 55 (52,88%) do sexo masculino e 49 (47,11%) do feminino.

Os dados relativos à idade materna demonstraram que 8 (7,69%) mães tinham menos de 18 anos, 40 (38,46%) entre 18 e 25 anos, 38 (36,54%) entre 26 e 35 anos e 18 (17,31%) tinham mais de 36 anos.

Na Figura 1, encontram-se dados dos RN e lactentes: idade gestacional, condição nutricional, peso ao nascimento e valores do Apgar.

	IG		CN		PN		APGAR 1'		APGAR 5'	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
RNPT	76	73,08								
RNT	28	26,92								
AIG			58	55,77						
PIG			39	37,50						
GIG			07	06,73						
EBP					17	16,35				
MBP					17	16,35				
BP					39	37,50				
PA					31	29,81				
0-5							35	33,65		
6-10							69	66,35		
0-5									7	06,73
6-10									97	93,27
TOTAL	104	100	104	100	104	100	104	100	104	100

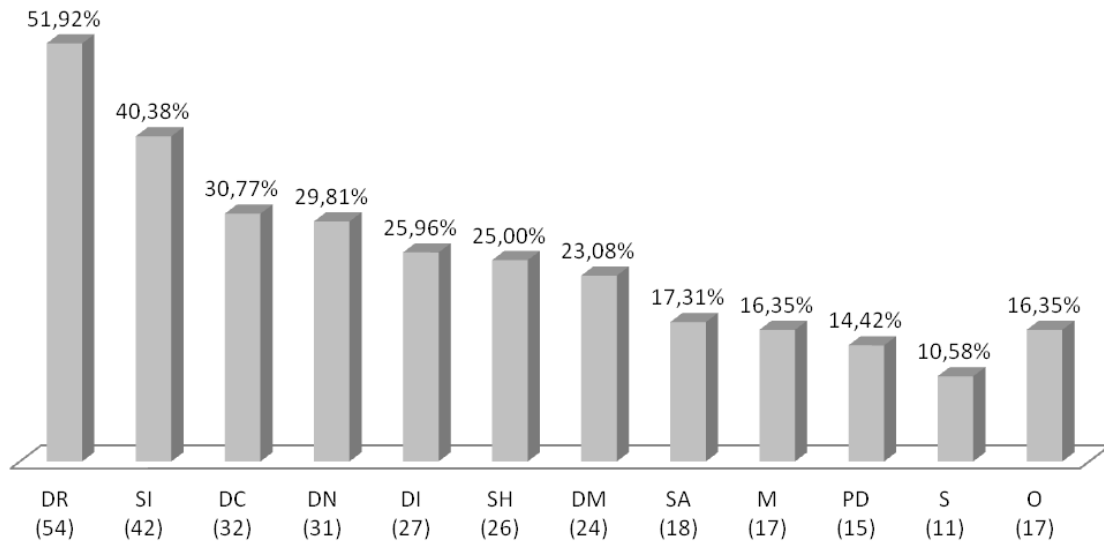
IG – idade gestacional, CN- condição nutricional, PN- peso ao nascimento, APGAR 1- Apgar no primeiro minuto, APGAR 5- Apgar no quinto minuto, RNPT- recém-nascido pré termo, RNT- recém-nascido a termo, AIG- adequado para idade gestacional, PIG- pequeno para idade gestacional, GIG- grande para idade gestacional, EBP- extremo baixo peso, MBP- muito baixo peso, BP- baixo peso PA- peso adequado.

Figura 1 – Caracterização dos neonatos quanto a idade gestacional, condição nutricional, peso ao nascimento e valores de apgar no primeiro e quinto minutos

As hipóteses diagnósticas mais frequentes estão descritas na Figura 2. Foram consideradas como outras hipóteses diagnósticas os casos de aparecimento com menos de 10 ocorrências. Dentre eles: traumas obstétricos, doenças oculares,

cutâneas, ortopédicas, genito urinárias, endócrinas e presença de tumores. Os critérios utilizados para classificar as hipóteses diagnósticas foram baseados no protocolo clínico da Unidade Neonatal do CAISM/UNICAMP.

N= 104



DR- Distúrbio Respiratório, SI- Síndrome Ictérica, DC- Distúrbio Cardiovascular, DN- Distúrbio Neurológico, DI- Doença Infecciosa, SH- Síndrome Hematológica, DM- Distúrbio Metabólico, SA- Síndrome Apnéia, M- Malformações, PD- Patologia Disgestiva, S- Síndromes, O-Outros

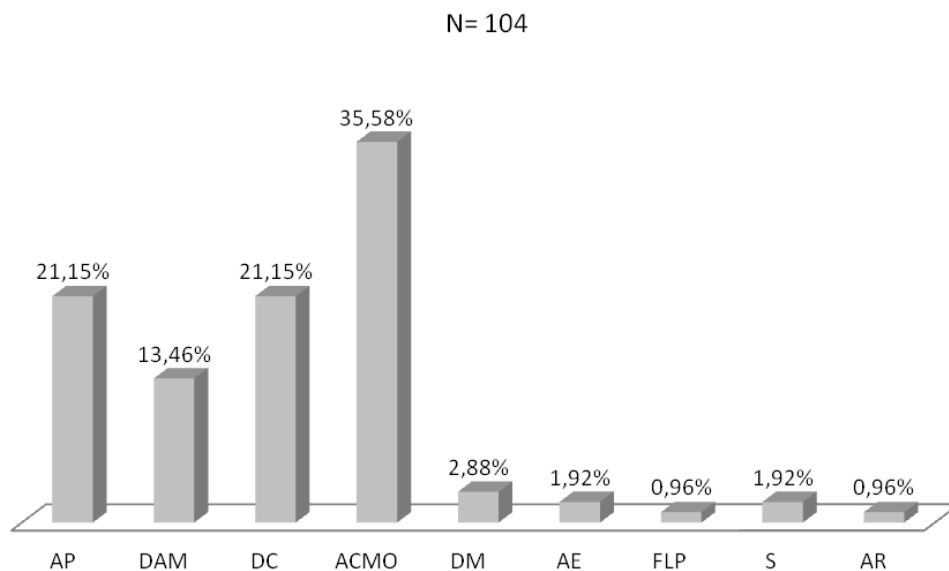
Figura 2 – Hipóteses diagnósticas mais frequentes dadas pelos profissionais médicos

Com relação às condições do RN/lactente no dia da avaliação, observou-se que 65 (62,50%) recebiam alimentação por via oral e destes, 27 (25,96%) por via oral exclusiva, 39 (37,50%) faziam uso de sonda enteral, 37 (35,58%) de via oral com sonda enteral e em um caso, havia uso de nutrição parenteral com via oral (seio materno e copo). Entre os RN que recebiam VO exclusiva, 11 (10,58%) estavam em seio materno livre demanda no dia da avaliação.

Quanto às condições dos RN e lactentes, a média da idade corrigida encontrada na data da avaliação foi de 36 semanas e cinco dias. Os RN foram avaliados com 29 dias de vida em média. No dia da avaliação os RN pesavam em média 2392,74 g.

Com relação ao profissional solicitante da avaliação, foram encontrados os seguintes resultados: 20,19% foram solicitadas pelo médico, 59,62% pelo residente de pediatria, 18,27% pela enfermagem e 1,92% por outros profissionais. Tal separação entre médicos residentes, contratados e docentes foi realizada devido ao local de estudo ser um hospital-escola. Sendo assim, as condutas advindas dos residentes é resultado da orientação dos docentes, o que seria importante para avaliar o quanto a atuação do fonoaudiólogo é internalizada pelos profissionais em formação.

Os motivos de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica estão descritos na Figura 3. Quanto ao local de internação, 98 (94,23%) estavam internados na Unidade de Cuidados Semi Intensivos, 5 (4,81%) na Unidade de Cuidados Intensivos e um (0,96%) no Alojamento Conjunto.



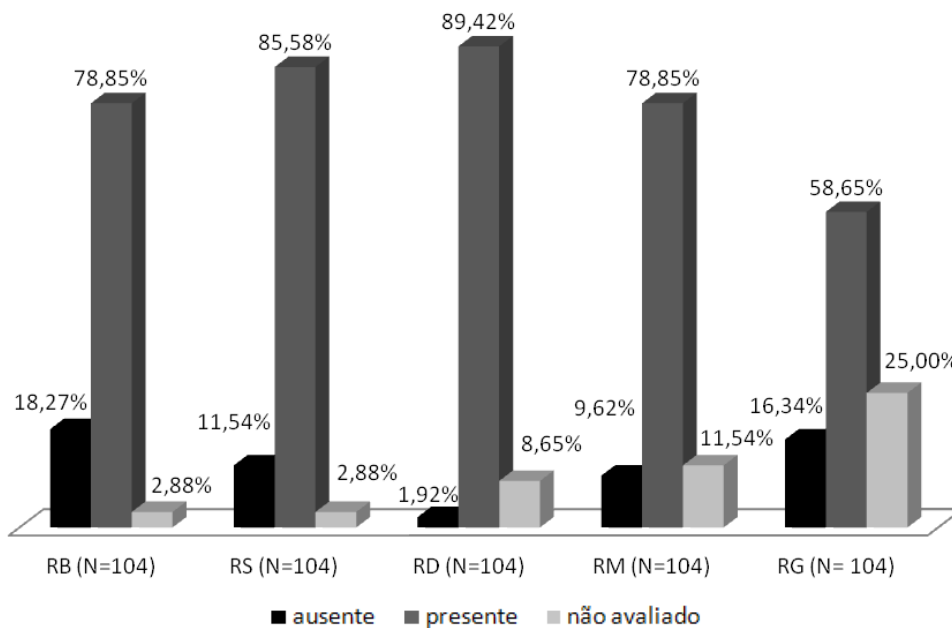
AP- Avaliação de prontidão para VO, DAM- Dificuldade no aleitamento materno, DC- Dificuldade no copo, ACMO- Alteração no comportamento motor oral, DM- Dificuldade na mamadeira, AE- Alteração do estado de consciência do bebê, FLP- Fissura lábio palatina, S- Síndromes, AR- Alterações respiratórias.

Figura 3 – Motivo de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica

Entre os itens que compunham a avaliação fonoaudiológica no roteiro de avaliação fonoaudiológica estavam: reflexos orais, avaliação da sucção não nutritiva e avaliação da sucção nutritiva

As reações orais encontradas descritas na Figura 4. A avaliação da sucção não nutritiva

foi realizada em 78,85% dos casos e a sucção nutritiva em 55,77% dos RN, sendo que o método de avaliação da sucção nutritiva em 62,07% dos casos foi em peito materno. Quanto à avaliação do desempenho no copo, esta foi realizada em 32,69% dos casos.



RB- Reflexo de Busca, RS- Reflexo de Sucção, RD- Reflexo de Deglutição, RM- Reflexo de Mordida, RG- Reflexo de Gag.

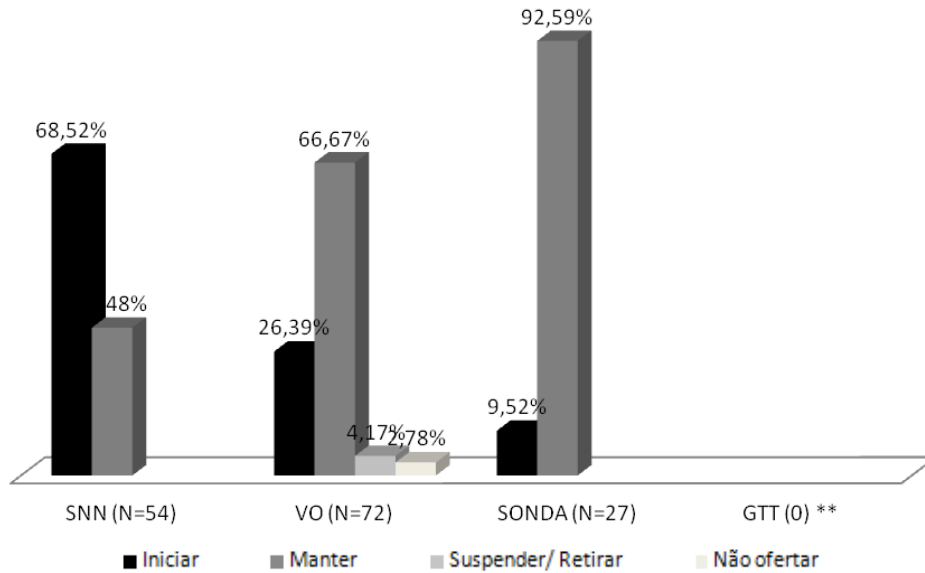
Figura 4 – Reações orais dos neonatos ou lactentes no momento da avaliação fonoaudiológica

Quanto ao número de atendimentos recebidos por RN, 33,66% receberam um atendimento; 23,08% dois; 16,35% três; 9,62% quatro e 17,31% receberam cinco ou mais atendimentos.

De acordo com a Figura 5, observa-se que as principais condutas prescritas foram manter VO, iniciar SNN e manter o uso da sonda. Em 27,88% dos casos avaliados, houve indicação de reavaliação fonoaudiológica e em 28,85% foram

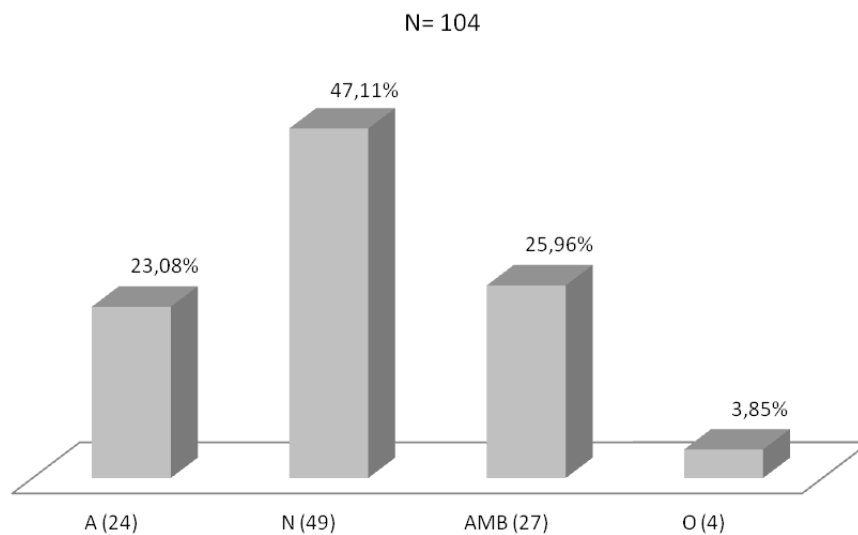
indicadas manobras facilitadoras (apoio submandibular, apoio em bucinador, ordenhar leite materno antes das mamadas, translactação, relactação, realizar pausas ou controle de fluxo do leite).

Os dados sobre a alta fonoaudiológica constam na Figura 6. Entre os sujeitos atendidos, 47,11% receberam alta hospitalar sem receber alta fonoaudiológica e 23,08% receberam alta fonoaudiológica concomitante à alta hospitalar.



SNN- Sucção Não Nutritiva, VO- Via Oral, SONDA- Sonda Orogástrica e Sonda Nasogástrica, GTT- Gastrostomia.
 ** Não houve condutas relativas à gastrostomia

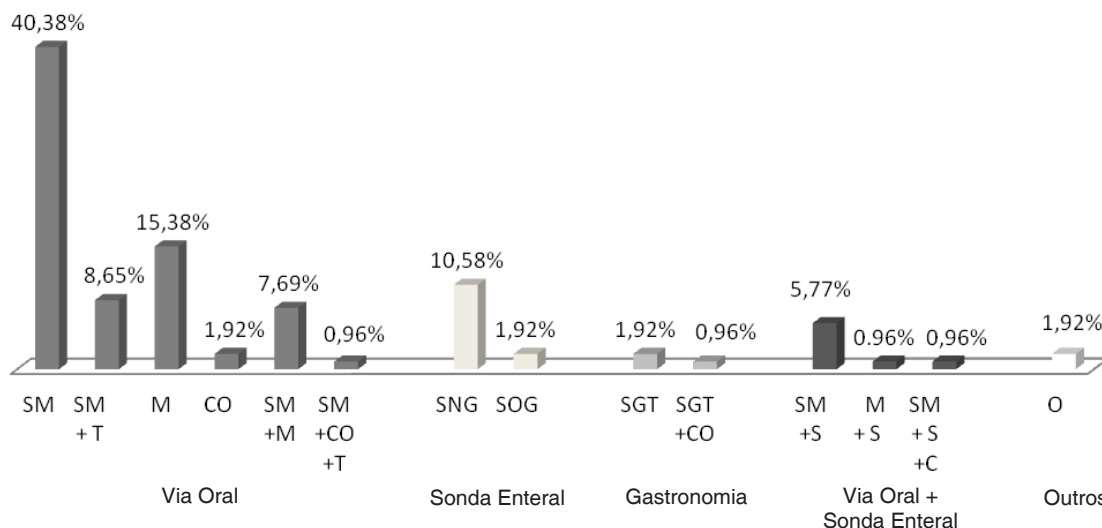
Figura 5 – Conduta fonoaudiológica



A- Alta fonoaudiológica, N- Não recebeu alta fonoaudiológica, AMB- Seguimento no ambulatório de Fonoaudiologia Neonatal, O- Outros.

Figura 6 – Dados sobre a alta fonoaudiológica

N = 104



SM- Seio Materno, T- Translactação, M- Mamadeira, CO- Copo, S-Sonda, SNG- Sonda Nasogástrica, SOG- Sonda Orogástrica, SGT- Gastrostomia, O- Outros.

Figura 7 – Via de alimentação dos neonatos ou lactentes na alta hospitalar

Na alta hospitalar houve predominância de alimentação por via oral, seguida de alimentação mista (via oral e sonda enteral) (Figura 7).

■ DISCUSSÃO

O aumento da população de RN que necessitam de internação em Unidades de Neonatologia devido à prematuridade e doenças traz como consequência o aumento da demanda para avaliação e intervenção fonoaudiológicas.

Sabe-se que o levantamento de dados de um serviço de saúde é de suma importância para se estabelecer o perfil do atendimento, caracterizar a população atendida e as condutas terapêuticas, além de verificar a eficácia do atendimento.

Quanto aos dados encontrados, foi verificada predominância de RN do sexo masculino. O mesmo dado foi encontrado em outro estudo sobre a avaliação de recém-nascidos pré-termo¹³.

A faixa de idade materna mais frequente foi a de 18 a 35 anos, compreendendo 75% dos casos, demonstrando uma população de mulheres dentro da média de idade da fecundidade da mulher brasileira na região sudeste que é de 26,6 anos, segundo último senso divulgado¹⁴.

Os dados relativos ao Apgar demonstraram uma parcela de 33,65% dos neonatos ou lactentes que receberam nota inferior ou igual a 5 no 1º minuto e 6,73% que receberam nota inferior ou igual a 5 no

5º minuto. A asfixia perinatal com Apgar entre 0-4 no primeiro minuto e/ou 0-6 no quinto minuto representa um fator de risco para os distúrbios alimentares em recém-nascidos. As informações obtidas durante a avaliação da função de deglutição podem ser bastante úteis para prever distúrbios neurológicos significativos no RN, assim como também o funcionamento do controle de ventilação durante a alimentação¹⁵.

Em relação à idade gestacional, a maioria dos neonatos apresentou menos de 37 semanas, o que os caracteriza como recém-nascidos pré-termo (RNPT). Estes RN são mais suscetíveis a apresentar patologias nas mais diversas esferas, as quais podem prejudicar o processo de alimentação. Estudos têm sugerido associação entre menor idade gestacional e maior risco de desenvolvimento com disfunções motoras orais, sendo importante a intervenção fonoaudiológica para prevenção e reabilitação de alterações correlatas e a manutenção do acompanhamento dessa população durante o processo de introdução das demais consistências alimentares^{16,17}.

Na população estudada, as hipóteses diagnósticas mais frequentes foram as alterações respiratória, ictérica e cardiovascular. É importante ressaltar que alguns RN ainda não se encontravam com o quadro clínico totalmente estável no momento da primeira avaliação da alimentação. A alimentação oral segura e eficiente envolve o processo

de coordenação sucção-deglutição-respiração, e demanda controle motor oral, esforço físico, cardiovascular, estresse e manutenção dos níveis de saturação no recém-nascido. Tal fato aponta para a importância de favorecer uma via de alimentação que não coloque em risco o quadro clínico dessa população e não represente risco de aspiração¹⁸.

Os resultados relativos à via de alimentação no dia da avaliação demonstram que a maioria dos RN (62,50%) iniciou a alimentação por via oral sem ter realizado uma avaliação fonoaudiológica prévia, o que pode representar riscos à estabilidade clínica dos bebês⁵.

No serviço hospitalar em questão, os encaminhamentos foram realizados em sua maioria por residentes de pediatria os quais respondem diretamente pelos cuidados aos recém-nascidos e lactentes internados e, conseqüentemente, podem identificar precocemente a necessidade de atendimento especializado.

Os motivos mais frequentes de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica dos médicos residentes foram: dificuldade no comportamento motor oral, avaliação da prontidão para alimentação por via oral, dificuldade no uso do copo e dificuldades no aleitamento materno. Quando comparados aos indicadores descritos na literatura⁵⁻⁹, os resultados encontrados neste trabalho mostram uma ampliação dos critérios de encaminhamento para intervenção fonoaudiológica, como: avaliação de prontidão para VO, dificuldade no aleitamento materno, dificuldade no uso do copo, alteração no comportamento motor oral e dificuldade na mamadeira.

Verificou-se, entretanto, a necessidade de um esclarecimento maior para os residentes de pediatria no que se refere ao encaminhamento de RN e lactentes internados para avaliação fonoaudiológica mesmo antes de se iniciar a alimentação por via oral. Por se tratar de um hospital-escola, a atuação fonoaudiológica pode contribuir, também, para a formação interdisciplinar dos pediatras com formação em neonatologia.

Quanto ao local de internação dos neonatos ou lactentes, observa-se que apesar de a fonoaudióloga atender na UTI, UTSI, ACT e AC da Unidade Neonatal, a atuação fonoaudiológica ocorreu predominantemente na Unidade de Terapia Semi-Intensiva (94,23%). Esse fato encontra-se relacionado, possivelmente, à carga horária limitada do profissional contratado, com apenas 12 horas de atuação na Unidade Neonatal, o que implica em ações predominantemente de reabilitação, já perto da alta hospitalar. Isto reflete a necessidade de ampliar sua atuação para outras áreas da unidade, focando, inclusive, a prevenção

de alterações relacionadas ao SSMO, pois acredita-se que o atendimento fonoaudiológico precoce ao RN internado, ainda na UTI, pode colaborar para a evolução do processo de alimentação e, conseqüentemente, para antecipar a alta hospitalar⁸.

Os resultados relativos às reações orais encontrados diferem dos verificados em um estudo sobre a prontidão de RNPT para início da alimentação via oral¹³, que encontrou reflexo de sucção presente em todos os sujeitos avaliados, embora com sucção débil. Nesta pesquisa, 11,54% não tinham o reflexo de sucção, o que pode ser justificado pelo fato de o CAISM ser um hospital de referência no atendimento ao RN de risco, o que faz com que a população atendida apresente diagnósticos mais severos, que podem interferir no processo de alimentação.

Quanto ao reflexo de busca, este estava ausente em 55% dos RN avaliados no estudo citado¹³, divergindo significativamente dos resultados aqui encontrados, com ausência desse reflexo em 18,27%.

Dentre as principais condutas prescritas pelo profissional da fonoaudiologia estão: manter uso da sonda e iniciar estimulação da sucção não nutritiva. A primeira aponta para a importância da avaliação fonoaudiológica antes que seja determinada a via de alimentação e, a segunda reforça a importância da estimulação da SNN para a diminuição do tempo de internação e demais benefícios que tal estimulação proporciona. Estudos mostram que a estimulação da sucção não nutritiva (ESNN) e a estimulação oral podem contribuir para antecipar o início da alimentação por via oral, auxiliando no desenvolvimento motor oral, maturação do RN e na melhoria das taxas de amamentação na alta¹⁹⁻²². Sabe-se que o aleitamento materno proporciona diversas vantagens e por isso essa prática deve ser incentivada o mais precocemente possível, favorecendo a transição da via de alimentação, produção láctea materna e o binômio mãe/bebê^{23,24}.

Em 29,76% dos casos avaliados nesta pesquisa, prescreveu-se reavaliação fonoaudiológica, pois, em alguns casos, apenas com uma avaliação pontual, não foi possível definir a conduta. Em alguns casos, foi necessária a utilização de outros utensílios tais como o copo, ou, que se avaliasse o neonato no momento em que estivesse mais alerta, ou ainda, mais estável, sem nenhuma intercorrência clínica. Em 24,39% dos casos foram indicadas manobras facilitadoras (apoio submandibular, apoio em bucinador, ordenhar leite materno antes das mamadas, translactação, relectação, realizar pausas ou controle do volume).

Um estudo de revisão²⁵ sugere que há influência favorável do uso do copo na transição para o aleitamento materno nos casos de recém-nascidos a

termo, nascidos de parto cesárea e recém-nascidos no momento da alta. Nessa mesma pesquisa, nenhum dos três estudos comparados apontou diferença estatisticamente significativa na duração do aleitamento materno pós-alta. O primeiro estudo analisou 471 RNT, filhos de mães que planejaram permanecer no hospital por cinco dias após o parto e amamentar ao menos três meses. Foram analisadas as frequências de amamentação nos primeiros cinco dias e aos dois, quatro e seis meses de vida, comparando a utilização de diferentes formas de complemento, copo/colher e mamadeira/chupeta, sendo que os resultados mostraram que não houve diferença entre os grupos na frequência de amamentação.

O segundo trabalho analisou os efeitos do uso do bico artificial, copo e mamadeira em 686 RNT e RNPT, comparando o uso de copo e mamadeira como forma de suplementação e se havia hábito de sucção de chupeta precoce ou tardia associado, analisando a duração da amamentação exclusiva, mista e o tempo total de amamentação. O resultado dessa pesquisa mostrou que não houve diferença no que se refere ao uso do copo e da mamadeira. O terceiro estudo, com 303 RNPT com idade gestacional menor que 34 semanas, filhos de mães que desejavam amamentar, comparou o uso do copo e da mamadeira associado ou não à chupeta. A prevalência da amamentação aos três e seis meses e a proporção em amamentação exclusiva e mista. Como resultado, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o uso do copo aumentou significativamente a prevalência da amamentação exclusiva no momento da alta, mas não teve efeito na duração da amamentação mista.

Outro trabalho de revisão²⁶ demonstrou que bebês que utilizaram copinho apresentaram melhores resultados em relação à estabilidade fisiológica (frequência cardíaca e saturação de oxigênio) e ao impacto no aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar. Mas as autoras também sugerem que mais estudos sejam realizados na área. Apesar dos dados controversos, o uso do copinho como via de transição da alimentação é uma prática no nosso serviço, seguindo as recomendações da IHAC, que desaconselha o uso de bicos artificiais.

Os dados encontrados nesse trabalho, sobre a via de alimentação na alta, mostram os benefícios da atuação fonoaudiológica, pois houve um aumento de 10,58% para 40,38% nas taxas de aleitamento materno exclusivo. Porém, esse resultado ainda se mostra aquém do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, a qual recomenda aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.

Os resultados mostram um índice de alimentação por via oral exclusiva no momento da alta hospitalar

de 74,98%, sendo 40,38% em aleitamento materno exclusivo, 17,30% em aleitamento materno mais complementação (translactação, copo ou mamadeira), 15,38% em uso de mamadeira e 1,92% em uso de copo. Esses dados estão próximos aos encontrados em um estudo anterior, do Hospital Universitário de Ribeirão Preto, referência de nível terciário, onde 28,4% dos recém-nascidos pré-termo tiveram alta em aleitamento materno exclusivo, 48,3% em aleitamento materno misto e 23,2% em aleitamento artificial. Estavam em amamentação na alta complementada ou não por fórmula láctea 76,7% dos recém-nascidos pré termo²⁷.

Czechowski e Fujinaga²⁰ encontraram em prematuros com peso acima de 1500g, a prevalência de 58,3% no aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, taxa maior do que a verificada no presente estudo.

Ao se buscar analisar os potenciais fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo no berçário de alto risco, foi demonstrado que estes podem estar relacionados com os serviços de saúde (número de consultas pré-natais, IHAC), com as práticas hospitalares (dieta por sonda, translactação) e por questões biológicas, como o baixo peso por exemplo. Todos eles dificultam o sucesso da amamentação exclusiva dessas crianças²⁸. Tais práticas podem ajudar a compreender os índices encontrados na unidade neonatal do CAISM.

Com relação à idade do neonato ou lactente na hora da avaliação, observou-se que a maioria dos RN (33,66%) recebeu apenas um atendimento fonoaudiológico. Esse atendimento ocorreu, em média, aos 28 dias de vida do neonato, com idade corrigida de 36 semanas e seis dias. É fundamental realizar reavaliações ao longo do período de internação para acompanhar o desenvolvimento da função motora oral. Um estudo anterior mostrou que os recém-nascidos pré-termo iniciaram a transição da via de alimentação em média com 36 semanas de idade corrigida, o que demonstra compatibilidade com o resultado encontrado nessa população⁶.

Além disso, para que a alta fonoaudiológica coincida com a alta hospitalar, o encaminhamento para avaliação deve ser feito o mais precocemente possível⁵. Observou-se, entretanto, que as avaliações foram solicitadas tardiamente na unidade, pois a maioria dos RN (53,66%) não recebeu alta fonoaudiológica antes da alta hospitalar. Tal fato parece estar diretamente relacionado à carga horária restrita da fonoaudióloga, o que, conseqüentemente, limita o trabalho terapêutico precoce e a realização da avaliação fonoaudiológica antes do início da alimentação por via oral.

Apesar de a atuação fonoaudiológica na Unidade ter crescido, ainda há possibilidades de ampliação,

como, por exemplo, nos grupos de pré natal. Sendo, portanto, fundamental que os hospitais disponham de profissionais da fonoaudiologia atuando na área de neonatologia, com carga horária compatível com as possibilidades de atuação.

Considerando que médicos residentes e equipe de enfermagem aparecem como os profissionais que mais solicitam a avaliação fonoaudiológica, ações devem ser desenvolvidas no sentido de ampliar as informações sobre os objetivos da atuação fonoaudiológica em unidades neonatais e assim contribuir na formação desses profissionais, bem como de outros profissionais da equipe.

■ CONCLUSÃO

A população atendida foi predominantemente do sexo masculino, recém-nascido pré-termo, com média de 36 semanas de idade gestacional, baixo peso ao nascimento, adequado para idade gestacional e com diagnóstico predominante de distúrbio respiratório. A maioria dos RN e lactentes iniciou

alimentação por via oral sem avaliação fonoaudiológica prévia, o que pode representar riscos para uma alimentação segura e eficiente e, consequentemente, para a estabilidade clínica dos bebês.

Verificou-se ampliação dos critérios de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica, quando comparados aos critérios descritos na literatura, caracterizados por: avaliação de prontidão para via oral, dificuldade no aleitamento materno, dificuldade no uso do copo, alteração no comportamento motor oral e dificuldade no uso da mamadeira.

Houve predominância da atuação fonoaudiológica na Unidade de Terapia Semi-Intensiva e as principais condutas fonoaudiológicas prescritas foram manter alimentação por via oral, iniciar sucção não nutritiva, e manter sonda orogástrica para a oferta da dieta.

Este estudo mostrou, ainda, que a carga horária restrita de um fonoaudiólogo em uma Unidade Neonatal compromete sua atuação, principalmente no que se refere à realização de programa de ações preventivas.

ABSTRACT

Purpose: the aim of the present study was to characterize the demand for speech therapy among newborns with oral feeding difficulties at a neonatal unit of a public teaching school. **Methods:** a descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out using data obtained from all charts of newborns interned between March 2008 and February 2010 who received at least one speech/hearing evaluation/intervention. **Results:** two hundred five newborns were treated in the study period, 104 of whom met the inclusion criteria. The sample was predominantly male, composed of premature newborns with adequate gestational age (mean: 36 weeks) and low birth weight. The most frequent diagnoses were respiratory disorder, jaundice and cardiovascular disorder. The following were the predominant reasons for requesting an evaluation by a speech therapist: abnormal oral motor behavior, evaluation of readiness for oral feeding and difficulties using a cup. Most evaluations were requested by residents when the newborns had a mean of 28 days of life. A broader set of criteria was used by the team requesting a speech therapy evaluation in comparison to criteria described in the literature. **Conclusion:** the majority of newborns receive oral feeding without a prior evaluation by a speech therapist, which can lead to situations of risk with regard to safe, efficient feeding.

KEYWORDS: Neonatology; Speech, Language and Hearing Sciences; Feeding

■ REFERÊNCIAS

1. Xavier C. Intervenção Fonoaudiológica em Bebês de Risco. In: Ferreira, LP; Befi-Lopes, DM; Limongi, SCO. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Rocca, 2004. p. 415-38.
2. Costa PP, Ruedell AM, Weinmann ARM, Keske-Soares M. Influência da estimulação sensorio-motor-oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev CEFAC*. 2011; 13(4):599-606.
3. Neiva FCB, Leone CR. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. *Pro Fono*. 2006;18(2):141-50.
4. Hernandez AM, Giordan CR, Shiguematsu RA. A intervenção fonoaudiológica em recém-nascidos de risco para distúrbios da deglutição e sua influência no aleitamento materno. *Rev Bras Nutr Clin*. 2007;22(1):41-4.
5. Levy DS, Rainho L. Abordagem em disfagia infantil- proposta fonoaudiológica e fisioterápica. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. *Disfagia: avaliação e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 37-65.
6. Rocha AD, Moreira MEL, Pimenta HP, Ramos JRM, Lucena SL. A randomized study of the efficacy of sensory-motor-oral stimulation and non-nutritive sucking in very low birthweight infant. *Early Hum Dev*. 2007;83(6):385-8.
7. Boiron M, Roux S, Henrot A, Saliba E. Effects of oral stimulation and oral support on nonnutritive sucking and feeding performance in preterm infants. *Dev Med Child Neurol*. 2007;49(1):439-44.
8. Costa CN, Lima GRS, Jorge RM, Malta RACG, Nemr K. Efetividade da intervenção fonoaudiológica no tempo de alta hospitalar do recém-nascido pré-termo. *Rev. CEFAC*. 2007;9(1):72-8.
9. Xavier C. Trabalho fonoaudiológico com bebês durante a fase hospitalar. In: Limongi SCO. *Paralisia Cerebral: Processo terapêutico em Linguagem e Cognição (Pontos de Vista e Abrangência)*. São Paulo: Pro Fono, 2000.
10. Weiss MC, Fujinaga CI. Prevalência de nascimentos baixo peso e prematuro na cidade de Irati-PR: Implicações para a fonoaudiologia. *Revista Salus-Guarapuava*. 2007;1(2):123-7.
11. Favaro MMA, Kubota SMP, França PB, Botega MBS, Pessoto MA, Rosa IRM. Perfil do ambulatório de fonoaudiologia neonatal do centro de atenção integral à saúde da mulher (CAISM/ UNICAMP). 17º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; out. Salvador; 2007.
12. CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher [homepage na internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; c2012 [atualizado em 11 de maio 2012; acesso em 12 maio 2012]. Disponível em: <http://www.caism.unicamp.br/index.php/mainmenuinstitucional>
13. Fujinaga CI, Rodarte MDO, Amorim NEZ, Gonçalves TC, Scochi CGS. Aplicação de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral: estudo descritivo. *Revista Salus-Guarapuava*. 2007;1(2):129-37.
14. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[homepage na internet]. Rio de Janeiro: Idade Média da Fecundidade Brasil e Grandes Regiões –1980/2000; c2010 [atualizado em 10 de maio 2012; acesso em 12 de maio 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html#anc1>
15. Madureira DL. Deglutição em Neonatos. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPGP. *Tratado de Fonoaudiologia*. 2ed. São Paulo: Roca, 2010.
16. Buswell CA, Leslie P, Embleton ND, Drinnan MJ. Oral-motor dysfunction at 10 months corrected gestational age in infants born less than 37 weeks preterm. *Dysphagia*. 2009;24:20-5.
17. Castro AG, Lima MC, Aquino RR, Eickmann SH. Desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e motor global em lactentes pré termo. *Pro Fono*. 2007;19(1):29-38.
18. Silva-Munhoz LF, Bühler KEB. Fluoroscopia da deglutição em lactentes. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(3):206-13
19. Ciampo LA, Ferraz IS, Daneluzzi JC, Ricco RG, Junior CEM. Aleitamento materno exclusivo:do discurso à prática. *Rev Bras Pediatría*. 2008;30(1):22-6.
20. Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):572-7.
21. Pimenta HP, Moreira MEL, Rocha AD, Junior, SCG, Pinto LW, Lucena SL. Effects of non-nutritive sucking and oral stimulation on breastfeeding rates for preterm, low birth weight infants: a randomized clinical trial. *J Pediatr*. 2008;84(5):423-7.
22. Neiva FCB, Leone CR. Efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev Paul Pediatría*. 2007;25(2):129-34.
23. Scochi CGS, Gauy JS, Fujinaga CI, Fonseca LMM, Zamberlan NE. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):540-5.
24. Carrascoza KC, Possobon RF, Tomita LM, de Moraes AB. Consequences of bottle-feeding to the orofacial development of initially breastfed children. *J Pediatr*. 2006; 82:395-7.

25. Pedras CTPA, Pinto EALC, Mezzacappa MA. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2008;8(2):163-9.
26. Aquino RR, Osório MM. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2008;8(1):11-6.
27. Scochi CGS, Yeza FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Ciência Cuidado Saúde.* 2008;7(2):145-54.
28. Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Meléndez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J Pediatr.* 2004;80(3):241-8.

Recebido em: 13/03/2012

Aceito em: 06/11/2012

Endereço para correspondência:

Mariana Miranda Fumelli Monti

Rua Adelino Martins, 500 apto 116, bloco B –

Bairro Mansões Santo Antônio

Campinas – SP

CEP: 13087-510

E-mail: marianam.monti@gmail.com