

# PERFIL DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NO SETOR FONOAUDIOLÓGICO DO AMBULATÓRIO DE CRIANÇAS DE ALTO RISCO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA/SP

## *Profile of children attended in the speech therapy department of the high risk children clinic in Franca/SP*

Laudicéia Katiuce Pinto <sup>(1)</sup>, Liliana Mussalim Guimarães <sup>(2)</sup>,

Lucinda Maria de Fátima Rodrigues Coelho <sup>(3)</sup>, Antônio Carlos Marangoni <sup>(4)</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** caracterizar o perfil das crianças atendidas no setor fonoaudiológico do ambulatório de crianças de alto risco da Prefeitura Municipal de Franca- SP. **Método:** trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal e contemporâneo, realizado por meio da consulta de 62 prontuários de recém-nascidos atendidos no ano de 2010. **Resultados:** os resultados revelaram que a maioria da amostra era composta por neonatos do gênero masculino; prematuros, com média de 32 semanas de idade gestacional; baixo peso ao nascer e crescimento intra-uterino adequado; peso médio de 1.774 gramas; fazendo uso de sondas para a alimentação, sendo a sonda parenteral a mais utilizada; ingestão de leite materno associado à fórmula; presença dos reflexos de busca, sucção, mordida e gap. O tempo médio que os bebês levaram para passar para a via oral exclusiva foi de três semanas. A frequência média de atendimentos fonoaudiológicos recebidos ficou em sete estimulações. Verificou-se que os aspectos que interferem na transição da via de alimentação do recém-nascido para via oral exclusiva são: prematuridade e a classificação do peso. **Conclusão:** os dados obtidos nessa pesquisa apontam a importância da intervenção fonoaudiológica com relação à estimulação precoce da sucção em recém-nascido pré-termo, estando relacionada com o desenvolvimento global do bebê. A estimulação precoce realizada pelos fonoaudiólogos nos recém-nascidos pré-termos é fundamental para uma alimentação adequada e nutritiva.

**DESCRIPTORIOS:** Fonoaudiologia; Recém-Nascido; Prematuro

### ■ INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento tecnológico assegurado e a sobrevivência de recém-nascidos cada

vez menores e mais imaturos, passou a existir uma preocupação crescente dos profissionais da área de desenvolvimento com a qualidade de vida dessas crianças. No entanto, sabe-se que o tempo de permanência em uma unidade de terapia intensiva pode trazer consequências graves para o seu desenvolvimento neuropsicomotor e de linguagem. Por isso, atualmente há uma preocupação em atender esses recém-nascidos, considerando sua adaptação ao meio e intervindo de forma global, atuando diretamente ao neonato, estimulando todas as vias sensoriais e intervindo no ambiente, tornando-o mais favorável possível <sup>1</sup>.

O período neonatal é considerado um dos mais críticos na vida do ser humano, pois nesse momento, no qual se dá a transição do ambiente

<sup>(1)</sup> Aluna do curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade de Franca – Unifran, Franca, SP, Brasil.

<sup>(2)</sup> Fonoaudióloga; Professora da Universidade de Franca – Unifran, Franca, SP, Brasil; Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca.

<sup>(3)</sup> Física; Professora da Universidade de Franca – Unifran, Franca, SP, Brasil; Doutora em Ciências pela Universidade de Franca.

<sup>(4)</sup> Físico; Professor da Universidade de Franca – Unifran, Franca, SP, Brasil; Doutor em Ciências pela Universidade de Franca.

Conflito de interesses: inexistente

intra para o extra-uterino, são necessárias várias adaptações, dentre elas as relacionadas com a respiração, a circulação e a termorregulação <sup>2</sup>.

O recém-nascido de risco é a criança que apresenta risco de vida, em decorrência de imaturidade de múltiplos sistemas ou de algum processo patológico, necessitando, assim, de cuidados intensivos para sua sobrevivência <sup>3</sup>.

Atualmente, a prematuridade é o principal fator que determina o risco em neonatos. Porém, vários outros fatores podem também determinar o risco como: anóxia grave ou moderada, peso ao nascimento abaixo de 2500 gramas, recém-nascido pequeno ou grande para a idade gestacional, recém-nascido pós-termo ou aqueles com intercorrências clínicas (distúrbios metabólicos, síndrome do desconforto respiratório, hemorragia sub-aracnóide, convulsões, infecções congênitas ou adquiridas e alterações genéticas ou malformações) <sup>4,5</sup>.

Dentre as alterações que acometem os recém-nascidos de alto risco, as questões nutricionais e de alimentação são frequentes. O estabelecimento de uma alimentação oral, funcional e segura é um importante aspecto nos cuidados com os bebês de risco <sup>1,6</sup>.

Além da imaturidade do sistema gastrointestinal, a sincronia entre sucção, deglutição e respiração é essencial para o sucesso da alimentação oral. A presença dessa sincronia requer a integração das atividades musculares dos lábios, bochechas, mandíbula, língua, palato, faringe e laringe. Enquanto não houver essa integração, o recém-nascido pré-termo, inicialmente, se alimenta por gavagem, para posteriormente se estabelecer o aleitamento no peito <sup>7</sup>.

O fonoaudiólogo apresenta-se de fundamental importância em uma equipe multidisciplinar, uma vez que apresenta conhecimento aprofundado da anatomofisiologia das funções estomatognáticas (sucção, respiração, deglutição), visando à avaliação e o tratamento das alterações encontradas, com ênfase na adequação do sistema estomatognático, na estimulação da alimentação oral de forma segura e eficaz e na promoção do aleitamento materno, assegurando a manutenção da nutrição, o adequado ganho de peso e a saúde do bebê <sup>8,9</sup>.

Assim, este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil das crianças atendidas no setor fonoaudiológico do ambulatório de crianças de alto risco da Prefeitura Municipal de Franca- SP.

## ■ MÉTODO

A amostra desta pesquisa constituiu-se de 62 prontuários de recém-nascidos atendidos pelo setor

fonoaudiológico do ambulatório de crianças de alto risco da Prefeitura Municipal de Franca- SP.

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal e contemporâneo, realizado com a utilização de informações referentes à história da internação e aos atendimentos fonoaudiológicos realizados no Ambulatório de Crianças de Alto Risco da Prefeitura Municipal de Franca/SP. Foram utilizados os registros dos atendimentos fonoaudiológicos prestados aos recém-nascidos no ano de 2010. Os prontuários pesquisados são padronizados e utilizados pelo Serviço de Fonoaudiologia da Instituição. A coleta de informações foi feita por meio de um protocolo adaptado pelo pesquisador do estudo (baseado em Pimentel, 2009; Secretaria de Saúde de Franca, 2011) e pode ser visualizado na Figura 1.

Critérios de inclusão: prontuários de recém-nascidos com diagnóstico médico de alto risco e/ou prematuridade, acompanhamento fonoaudiológico no Ambulatório de Crianças de Alto Risco no ano de 2010 e prontuários completos.

Critérios de exclusão: prontuários de recém-nascidos que não obtiveram acompanhamento fonoaudiológico, além de prontuários incompletos.

Nos registros da história da internação e do atendimento fonoaudiológico, foram coletados os seguintes dados:

- Características gerais do recém-nascido: sexo, idade gestacional ao nascimento, tipo de parto, peso ao nascimento, crescimento intra-uterino, classificação do peso, valor do Apgar, principais alterações encontradas, integridade das estruturas da face, local de internação na unidade neonatal, via de alimentação durante a internação, via de alimentação durante a avaliação, forma de alimentação por via oral durante a avaliação, tipo de leite ingerido durante a avaliação, presença do reflexo de busca, sucção, mordida e gap durante a avaliação, tempo para alcançar a via oral exclusiva, total de atendimentos fonaudiológicos (estimulações), indicação de bicos específicos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Franca, CEP número 0044/2011.

A análise descritiva dos dados coletados foi apresentada após a tabulação de todos os dados de interesse deste estudo, os mesmos foram submetidos a tratamento estatístico. Todos os gráficos foram armazenados em uma planilha EXCEL e posteriormente, construído gráficos em função das variáveis envolvidas, segundo software estatístico MINITAB® 14.

**PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS**

(Baseado em Pimentel, 2009;  
Secretaria de Saúde de Franca, 2011).

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

**I – IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade Atual: \_\_\_\_a \_\_\_\_m

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) Ignorado ( )

**II – História Progressa**

Idade Gestacional: \_\_\_\_s \_\_\_\_d

Idade Gestacional Corrigida: \_\_\_\_s

Parto: Normal ( ) Cesária ( )

Apgar: 1' \_\_\_\_ 5' \_\_\_\_ 7' \_\_\_\_ 10' \_\_\_\_

Peso ao nascimento: \_\_\_\_gr

PIG = pequeno para a idade gestacional ( )

AIG = adequado para a idade gestacional ( )

GIG = grande para a idade gestacional ( )

**Principais alterações encontradas** (Hidrocefalia, Fissura, Doença respiratória pulmonar Doença da Membrana Hialina, etc): \_\_\_\_\_

**Integridade das estruturas da face:**

Adequada ( ) Alterada ( ) Ignorada ( )

**Local de internação na unidade neonatal:**

Canguru ( ) Baixo risco ( ) Médio risco ( ) Alto risco ( ) Isolado ( )

Alojamento conjunto ( ) Outros ( ) Ignorado ( )

**Via de alimentação durante a internação:**

Via oral ( )

SOG ( )

SNG ( )

SNE ( )

Parenteral ( )

Outros ( )

Ignorado ( )

**Via de alimentação durante a avaliação:**

Via oral ( )

SOG ( )

SNG ( )

SNE ( )

Parenteral ( )

Outros ( )

Ignorado ( )

**Forma de alimentação por via oral durante a avaliação:**

Seio ( )

Copo ( )

Mamadeira ( )

Gotejamento ( )

Outros ( )

**Tipo de leite ingerido durante a avaliação:**  
 Leite materno ( )  
 Fórmula ( )  
 Leite materno + fórmula ( )  
 Ignorado ( )

**Total de leite ingerido durante a avaliação (em ml):** \_\_\_\_\_

**Presença do reflexo de busca durante a avaliação:**  
 Presença ( ) Ausência ( ) Ignorado ( )

**Presença do reflexo de sucção durante a avaliação:**  
 Presença ( ) Ausência ( ) Ignorado ( )

**Presença do reflexo de mordida durante a avaliação:**  
 Presença ( ) Ausência ( ) Ignorado ( )

**Presença do reflexo de gap (vômito) durante a avaliação:**  
 Presença ( ) Ausência ( ) Ignorado ( )

**Transição para VO exclusiva:**  
 Sim ( ) Não ( ) Ignorado ( )

**Tempo para alcançar a VO exclusiva:** \_\_\_\_\_ semanas

**Total de atendimentos fonodiológicos (estimulações):** \_\_\_\_\_

**Indicação de bicos específicos:**  
 Sim ( ) Qual: \_\_\_\_\_  
 Não ( )

**Indicação (outros):** \_\_\_\_\_

**Observações complementares:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Figura 1 – Protocolo

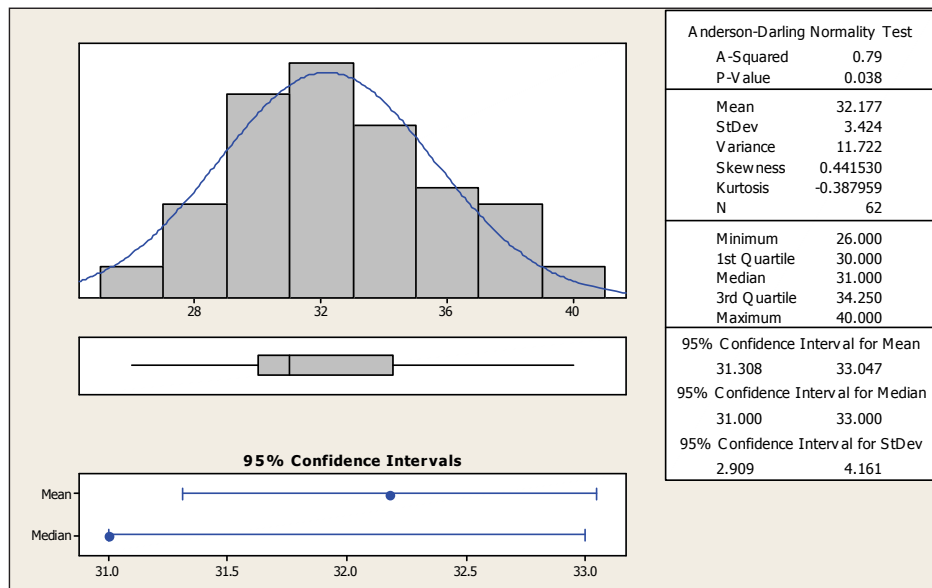
■ RESULTADOS

A amostra foi composta por 62 prontuários de recém-nascidos atendidos pelo setor fonodiológico do ambulatório de crianças de alto risco. Destes, 28 indivíduos do gênero feminino e 34 do gênero masculino. Quanto ao tipo de parto, verificou-se que, 67% nasceram de parto cesáreo e 32% de parto normal.

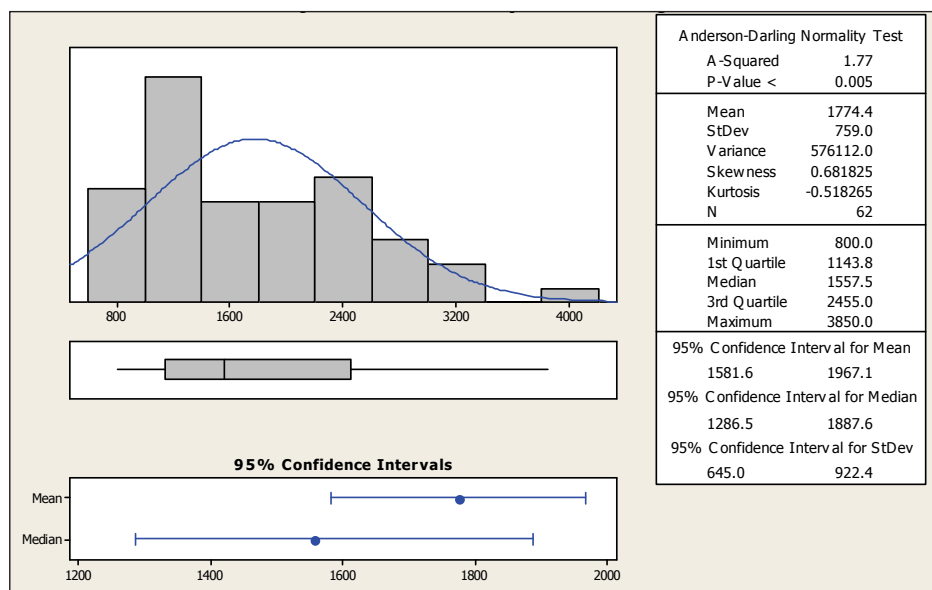
Com relação à idade gestacional ao nascimento, a média encontrada foi de 32 semanas, com mínima de 26 e máxima de 40 semanas (Figura 2), constando assim que 87% das crianças atendidas pelo

serviço de Fonoaudiologia eram recém-nascidos pré-termo.

Conforme observado na Figura 3, a média do peso encontrado ao nascimento foi de 1.774 g, com mínimo de 800 g e máximo de 3.850 g (Gráfico 3). Considerando a classificação do peso ao nascimento, observou-se que 19,4% dos recém-nascidos apresentavam peso adequado, 34% apresentavam baixo peso, 33,9%, muito baixo peso e 14,5% baixo peso extremo. Quanto à classificação do crescimento intrauterino 52% dos recém-nascidos eram adequados para idade gestacional e 48% pequeno para idade gestacional.



**Figura 2 – Distribuição dos indivíduos quanto à idade gestacional ao nascimento (em semanas)**



**Figura 3 – Distribuição dos indivíduos quanto à massa corporal (em gramas)**

No que concerne às morbidades encontradas nos neonatos, a doença respiratória pulmonar (DRP) foi a mais frequente (39,6%), seguida pelo quadro de sepse com 15,1%, hiperbilirrubinemia (13,8%), e outros (crise neonatal, hepatite, cardiopatia congênita, hemorragia intracraniana, sífilis, cisto torácico, cianose, hemorragia digestiva, mal formação da coluna, atresia de esôfago, fraturas, hipotireoidismo, infecção hospitalar, conjuntivite, infecção fúngica, asfixia neonatal, anemia, insuficiência renal, refluxo gastroesofágicos, hidrocefalia, microcefalia, meningite) (31,4%).

Verificou-se também que 4% dos recém-nascidos no período de internação na unidade neonatal encontravam-se na área de médio risco (berçário interno), 56% no alto risco (unidade de terapia intensiva), 22% em baixo risco (berçário externo), 6% no canguru e 9% estavam no alojamento conjunto. Fizeram uso de sonda parenteral para alimentação, 51% dos sujeitos, 29% estavam com alimentação por via oral e o restante se alimentava por sonda nasogástrica.

Nas Figuras 4 e 5, observa-se que o Índice de Apgar, utilizado para mensurar a vitalidade do recém-nascido, apresentou no primeiro minuto, média seis, enquanto que o valor mínimo foi

um e o máximo dez, no quinto minuto, média foi oito, enquanto que o valor mínimo foi dois e o máximo dez.

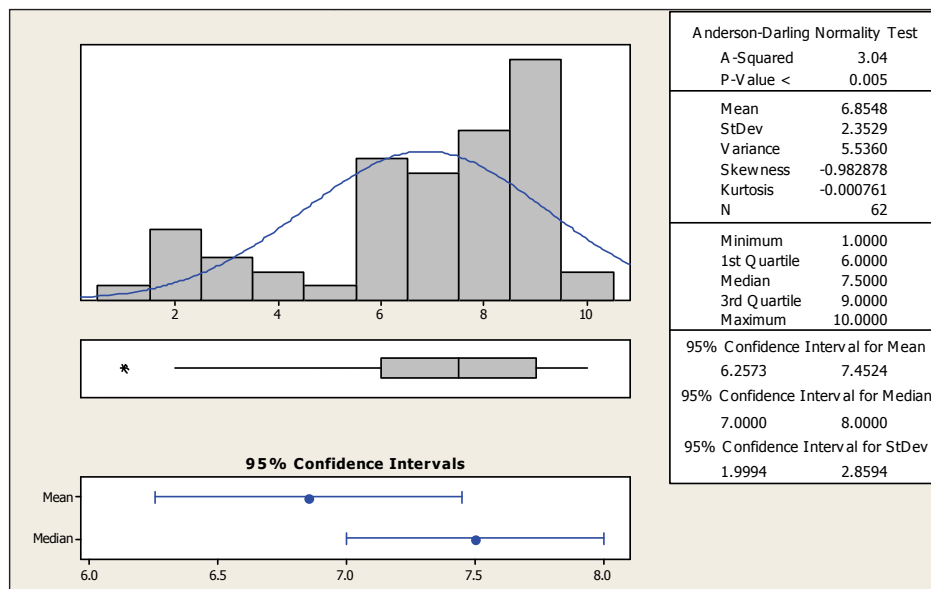


Figura 4 – Distribuição dos indivíduos quanto ao Apgar: Notas no 1º minuto

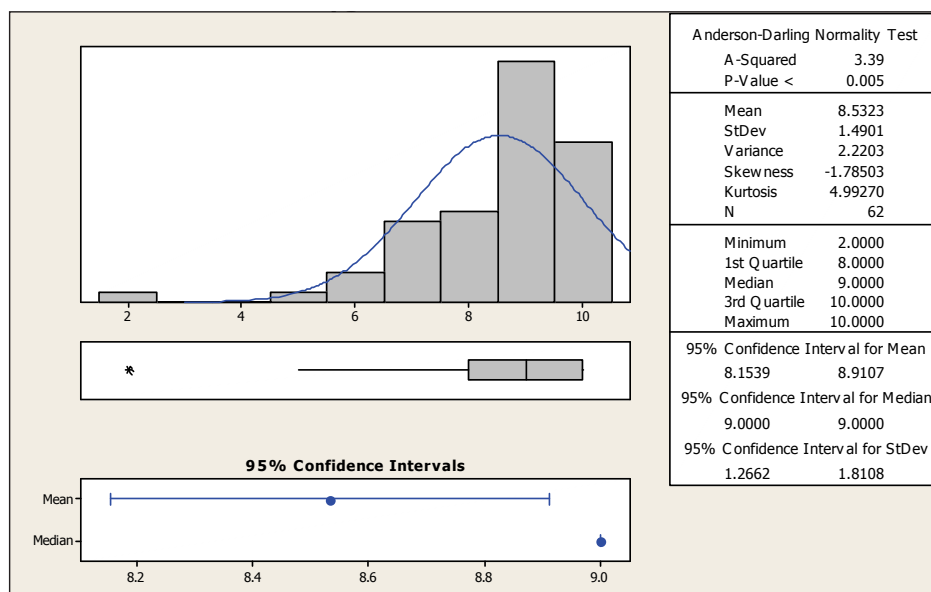
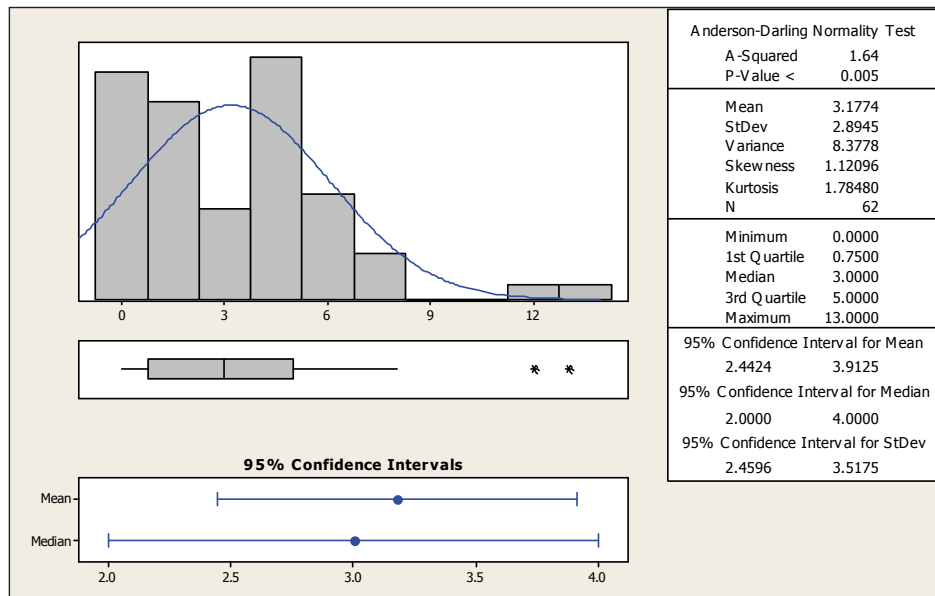


Figura 5 – Distribuição dos indivíduos quanto ao Apgar: Notas no 5º minuto

Em relação ao tempo que os recém-nascidos levaram para alcançar a via oral exclusiva, observou-se que a média foi de 3 semanas, enquanto que o valor mínimo foi de 0 semanas e o máximo de 13 semanas (Figura 6).

Constatou-se que 100% dos recém-nascidos apresentavam integridade das estruturas faciais e reflexos orais de busca, sucção, mordida e gap preservados, durante a avaliação fonoaudiológica.



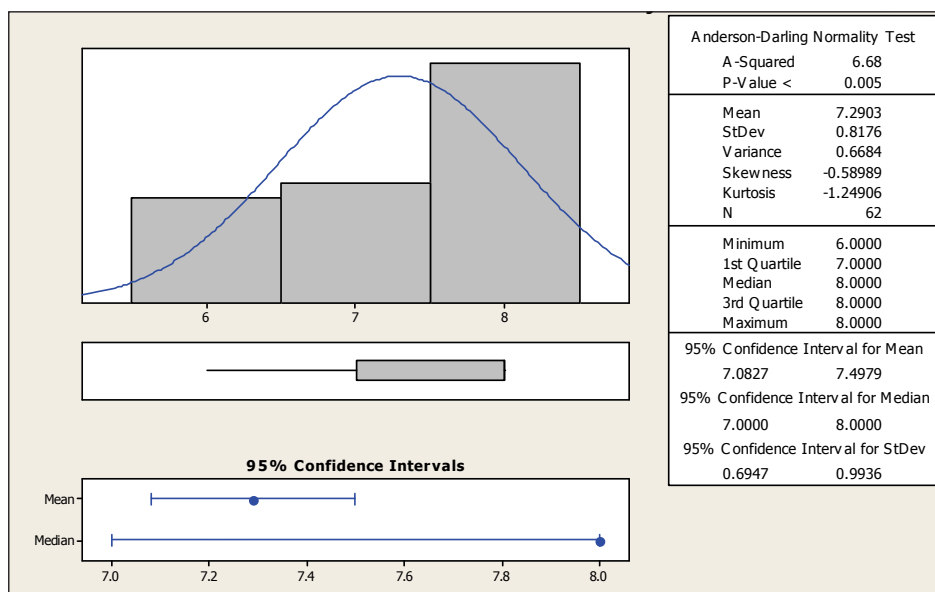
**Figura 6 – Distribuição dos indivíduos quanto ao tempo para alcançar a Via oral exclusiva (em semanas) (N=62)**

A alimentação por via oral exclusiva é de 100%, sendo 17,7% por meio do seio materno, 35,5% por mamadeira e 46,8% por mamadeira associada ao seio materno.

Quanto ao tipo de leite ingerido, 46,8% dos recém-nascidos estavam se alimentando por leite materno associado ao leite artificial (fórmula), enquanto que, 30,6% se alimentavam somente por fórmula e 22,6% somente por leite materno.

Em relação à indicação de bicos específicos aos RN, observou-se que 80,6% receberam indicação.

No que concerne ao total de atendimentos fonoaudiológicos (estimulação da coordenação sucção/deglutição/respiração), é possível visualizar na Figura 7 que os neonatos apresentaram média de sete estimulações, sendo o valor mínimo de seis e o máximo de oito estimulações.



**Figura 7 – Distribuição dos indivíduos quanto ao total de atendimentos fonoaudiológicos (estimulações)**

## ■ DISCUSSÃO

Com relação à idade gestacional ao nascimento em semanas, os resultados vêm de encontro à literatura pesquisada, com demanda fonoaudiológica de recém-nascido pré-termo, sendo que a menor idade gestacional encontrada para intervenção foi de 26 semanas<sup>1,10,11</sup>.

Referente à massa corporal (peso), verificou-se que o peso dos bebês avaliados num estudo realizado em São Paulo, variava entre 1500 e 2500 gramas e 62% dos recém-nascidos tinham baixo peso<sup>9</sup>. Em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, a maior parte da amostra era composta por recém-nascidos de baixo peso, o que concorda com os achados do presente estudo<sup>12</sup>. Em ambos os estudos fica evidenciado a importância da intervenção fonoaudiológica para adequação do sistema estomatognático<sup>9,12</sup>.

Alguns autores concordam que recém-nascidos prematuros apresentam alterações clínicas, aumento da predisposição às infecções, imaturidade neurológica e risco aumentado aos problemas hemorrágicos, com maior frequência e gravidade das icterícias neonatais pela imaturidade hepática. Por estes motivos existe a necessidade de maior manuseio e intervenção hospitalar multidisciplinar<sup>13</sup>.

Todas as alterações encontradas no presente estudo podem causar dificuldade para o recém-nascido se alimentar de maneira adequada, colocando em risco seu desenvolvimento. As alterações pulmonares afetam 85% dos indivíduos pesquisados (dos 62 participantes, 53 apresentaram problemas respiratórios). As alterações respiratórias são frequentes (79%) em recém-nascidos de alto risco, e a que se mostra com maior prevalência é a Doença da Membrana Hialina – DMH (55.9%)<sup>13</sup>. Apesar de alterações no quadro respiratório se intensificarem assim que o neonato realiza os movimentos de sucção, a atuação com esses recém-nascidos é possível tomando-se o cuidado de não sobrecarregá-los com os estímulos<sup>14</sup>.

O índice de Apgar utilizado para traduz as condições de vitalidade do recém-nascido, é uma medida de fácil obtenção sendo importante para identificação de bebês de risco. Estudos mostram que a sucção não nutritiva em recém-nascidos pré-termos e a termos ocorre mesmo quando esses recém-nascidos nascem com um baixo índice de Apgar<sup>15-17</sup>. Os achados concordam com o presente estudo.

As estruturas faciais encontraram-se íntegras, sendo tais estruturas de suma importância para um bom desenvolvimento funcional dos recém-nascidos que serão acompanhados<sup>1</sup>.

Os achados do presente estudo, confirmam dados da literatura pesquisada com relação à via de alimentação durante a internação e via de alimentação durante o acompanhamento fonoaudiológico no ambulatório, visto que, geralmente, recém-nascidos de risco estão impedidos de receber a alimentação por via oral nas primeiras semanas após o nascimento, pois os mesmos podem apresentar algum tipo de intercorrência pré e perinatal, o que pode dificultar a alimentação por via oral, ficando sujeitos à alimentação por sonda parenteral (intravenosa) e enteral (sonda nasogástrica ou orogástrica)<sup>1,12</sup>.

O objetivo do atendimento fonoaudiológico com recém-nascido é garantir o aleitamento materno exclusivo, pois permitirá melhor adequação do sistema estomatognático e conseqüentemente das funções por ele desempenhadas e também fornecer alternativas caso o aleitamento materno exclusivo não seja possível<sup>18</sup>. O leite materno tem vantagens que não são oferecidas por nenhum outro tipo de alimento, além de prevenir alterações de desenvolvimento. A amamentação exclusiva otimiza a relação mãe-bebê, sendo o mais indicado para alimentação de recém-nascido, inclusive prematuros, devido aos seus reconhecidos benefícios<sup>1</sup>. No presente estudo observou-se que somente 17,7% dos recém-nascidos receberam alimentação por meio do seio materno durante a avaliação fonoaudiológica no ambulatório de crianças de alto risco.

É imprescindível para alimentação adequada do neonato a presença dos reflexos de busca e sucção<sup>1</sup>. O reflexo de busca se inicia por volta da 37ª semana de idade gestacional<sup>1,19</sup>, enquanto que o reflexo de sucção aparece mais cedo, em torno da 18ª a 24ª semana de idade gestacional<sup>19,20</sup>. Como os neonatos da população estudada apresentaram média de 32 semanas de idade gestacional, pode-se considerar que a maioria já possuía maturação para apresentar o reflexo de sucção logo ao nascimento e alguns ainda não possuíam maturação suficiente para apresentar o reflexo de busca. Além disso, os recém-nascidos pré-termo, por possuírem imaturidade do sistema nervoso central e da sua musculatura, podem apresentar ausência ou exacerbação dos reflexos de sucção, mordida e vômito, atrapalhando o desenvolvimento normal<sup>4</sup>. Os achados do presente estudo concordam com os dados literários, pois conforme ocorre à maturação do sistema nervoso central, o recém-nascido apresentará coordenação entre sucção-deglutição-respiração, sendo a mesma importante para que o bebê se alimente sem riscos de aspirações, de forma segura e eficaz. A coordenação de sucção-deglutição-respiração é crucial para uma alimentação segura, sendo que a coordenação sucção-deglutição já é alcançada



quando as crianças prematuras passam para a alimentação oral. Por outro lado, a coordenação de deglutição-respiração evolui mais lentamente à medida que as crianças evoluíram com a alimentação oral<sup>1,21</sup>.

Em relação ao tempo que os recém-nascidos levaram para alcançar a via oral exclusiva, outra pesquisa revelou que num grupo (com intervenção fonoaudiológica) os mesmos levaram em média 8,4 dias (sendo +/-1 semana) para alcançar a via oral exclusiva<sup>22</sup>. Esses dados diferem do presente estudo, visto que os bebês levaram em média 3 semanas (21 dias) para passar para a via oral exclusiva.

O acompanhamento fonoaudiológico neste estudo, foi iniciado por ser considerado essencial para o ganho nas funções necessárias para a alimentação, uma vez que 34% crianças estavam com baixo peso, no início da intervenção, associado a outras condições de risco. Estudos relatam que o peso e a idade gestacional são importantes indicadores de mortalidade neonatal<sup>10,12,23</sup>.

No que concerne ao número de acompanhamento fonoaudiológico, os neonatos apresentaram média de sete sessões de acompanhamento. Tal achado concorda com outro estudo, no qual, os recém-nascidos, atendidos pelo serviço de Fonoaudiologia, apresentaram média de oito acompanhamentos, favorecendo a introdução do alimento via oral, assim como a adequação das posturas e funções orais para a ingestão destes<sup>24</sup>.

A mãe é de suma importância no processo de alimentar seu filho, quando não se consegue o aleitamento materno pela sucção no seio, a orientação é para ordenhar o leite e oferecê-lo à criança em mamadeira, isto não sendo possível, outro leite lhe deve ser-lhe oferecido, também em mamadeira,

tomando assim alguns cuidados na escolha de um bico adequado, pois os mesmos devem ser flexíveis o suficiente para permitirem fácil adaptação na boca da criança e o furo deve permitir um adequado fluxo de leite, sendo a indicação feita pelo profissional<sup>25</sup>.

Observou-se que a maioria dos neonatos é prematuro e menor que 37 semanas de idade gestacional. Foi possível observar que houve associação entre a prematuridade com o total de atendimentos fonoaudiológicos recebidos, ou seja, quanto menor o recém-nascido mais atendimento o mesmo recebe. Os recém-nascidos pré-termo estão mais sujeitos às intercorrências clínicas<sup>6</sup> o que contribui para o maior tempo de acompanhamentos multidisciplinares, necessitando de maiores cuidados.

## ■ CONCLUSÃO

As crianças atendidas no setor fonoaudiológico são caracterizadas por prematuridade, baixo peso ao nascimento, incoordenação sucção/deglutição/respiração. Elas se beneficiam das orientações e estimulações recebidas em atendimento fonoaudiológico, conseguindo fazer a transição entre a forma de alimentação por gavagem para via oral em um tempo esperado e descrito pela literatura. Portanto a estimulação precoce realizada pelos fonoaudiólogos nos recém-nascidos pré-termos é fundamental para uma alimentação adequada e nutritiva.

## ■ AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Prof<sup>a</sup>. Dra. Mônica Pires de Castro e ao Ginecologista Doutor Eduardo Migani pela importante colaboração na correção do artigo.

**ABSTRACT**

**Purpose:** to define the profile of children attended in the speech therapy department of the high risk children clinic in Franca/SP. **Method:** it is a cross-sectional descriptive study and contemporary, performed by consulting the records of 62 infants treated during 2010. **Results:** the results showed that the majority of the sample consisted of male newborns, premature infants, with an average of 32 weeks gestational age, low birth weight and appropriate intrauterine growth, with average weight of 1,774 grams, using probes for food, and the most widely used is parenteral; associated with ingesting milk formula, with the presence of reflexes of searching, sucking, biting and gap. The average number of weeks that babies took to switch to oral feeding was three weeks. The average speech therapy sessions received was seven stimulations. It was found that the issues that interfere with the newborn transition to the oral feeding only are exclusively prematurity and weight classification. **Conclusion:** the data obtained in this study point to the effectiveness of speech therapy intervention in the early stimulation of sucking in newborn pre-term, in relation to the global baby development. Early stimulation of speech therapy in newborn preterm infants is critical for an adequate and nutritious feeding.

**KEYWORDS:** Speech, Language and Hearing Sciences; Infant, Newborn; Infant, Premature

**REFERÊNCIAS**

1. Valério KD, Araújo CMT, Coutinho SB. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. *Rev. CEFAC* 2010 [acesso em 28 de dez 2011];12(3):148-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/148-09.pdf>.
2. Almeida MFB, Guinsburg R. Reanimação Neonatal na sala de parto. In: Rugolo LMSS. *Manual de Neonatologia*. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.
3. Costas M, Santos SL, Godoy C, Martell M. Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino. *Rev Soc Bol Ped*. 2006 [acessado em 02 de set 2011];45 (1):54-68. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp06450112.pdf>.
4. Hernandez AM. O neonato de alto risco: proposta de intervenção global. In: Hernandez AM. *Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato*. São Paulo: Pulso, 2003. p. 15-23.
5. Rego MAS, Tavares EC. Prematuridade e retardo de crescimento. In: Campos Júnior D, Lopez FA. *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. São Paulo: Manole, 2008. P.1316.
6. Brock R. Recém-nascido prematuro, baixo peso e retardo de crescimento intrauterino. In: Bassetto MCA, Brock R, Wajnsztein R. *Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica*. São Paulo: Lovise; 1998. p.67-74.
7. Aquino RR, Osório MM. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2008 [acesso em 28 de dez 2011];8(1):11-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/02.pdf>.
8. Delgado SE. Atuação fonoaudiológica na unidade de terapia intensiva em bebê com síndrome de pterígeo poplíteo. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009 [acesso em 14 de set 2011];14(1):123-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v14n1/19.pdf>.
9. 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 [acesso em 28 de dez 2011];15(4):572-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n4/a16v15n4.pdf>.
10. Costa CN, Lima GRS, Jorge RM, Malta RACG, Nembr K. Efetividade da intervenção fonoaudiológica no tempo de alta hospitalar do recém-nascido pré-termo. *Rev CEFAC*. 2007 [acesso em 28 de dez de 2011];9(1):72-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v9n1/v9n1a08.pdf>.
11. Calado DFBC, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Rev. CEFAC*. 2011 (procurar) [acesso em 28 de dez de 2011]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462011005000015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011005000015).
12. Yamamoto RCC, Soares MK, Weinmann ARM. Características da sucção nutritiva na liberação da via oral em recém-nascidos pré-termo de diferentes idades gestacionais. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2009 [acesso em 29 de dez de 2011];14(1):98-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v14n1/16.pdf>.
13. Lemos RA, Frônio JS, Neves LAT, Ribeiro LC. Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a idade gestacional em lactentes de um serviço de follow-up.

- Rev. Bras. em Promoção da Saúde. 2010 [acesso em 29 de dez de 2011];13(3):277-90. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=571951&indexSearch=ID>.
14. Silva SMS, Segre CAM. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum. 2010 [acesso em 28 de dez de 2011];20(2): 103-13. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S0104-12822010000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0104-12822010000200012).
15. Cardoso MVLM, Moura LM, Oliveira MMC. Avaliação ponderal do recém-nascido pré-termo na unidade neonatal de cuidados intermediários. Cienc Cuid Saúde. 2010 [acesso em 28 de dez de 2011];9(3):432-9. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12555/6648>
16. Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n.475 de 31 de agosto de 2000. Republicada com as alterações efetuadas pela Portaria n.627, de 5 de dezembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2001. [acesso em 03 de set 2011];238, 14 dez 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_sanitarioVol2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf).
17. Kilsztajn S, Lopes ES, Carmo MSN, Reyes AMA. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007 [acesso em 29 de dez 2011];23(8):1886-92. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000800015&lang=pt&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800015&lang=pt&tlng=pt).
18. 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 Mater. Infant. 2008 [acesso em 28 de dez 2011];8(2):163-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292008000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000200003).
19. Moura LTL, Tolentino GM, Costa TLSC, Aline A. Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. Rev. CEFAC. 2009 [acesso em 28 de dez de 2011];11(3):448-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s3/a21v11s3.pdf>.
20. Leone CR, Tronchin DMR. Assistência Integrada ao Recém Nascido. São Paulo: Ed. Atheneu,1996. p.56, cap 2.
21. Medeiros AMC, Bernardi AT. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2011[acesso em 28 de dez de 2011];16(1):73-9. <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v16n1/14.pdf>.
22. 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 [acesso em 29 de dez de 2011];23(4):540-5. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=559798&indexSearch=ID>.
23. Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev. Saúde Pública. 2009 [acesso em 29 de dez de 2011];43(2):246-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/6833.pdf>.
24. Pinheiro JVL, Oliveira NM, Júnior HVM. Procedimentos fonoaudiológico em recém-nascidos de alto risco. Rev. Bras. em Promoção da Saúde. 2010 [acesso em 03 de jan de 2012];23(2):175-80. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40816970011.pdf>.
25. Casagrande L, Ferreira FV, Hahn D, Unfer DT, Praetzel JR. Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. Rev. Fac. Odontol. 2008 [acesso em 29 de dez de 2011];49(2):11-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/3032/8282>.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013005000005>

RECEBIDO EM: 02/12/2011

ACEITO EM: 19/02/2012

Endereço para correspondência:

Laudicéia Katiuce Pinto

Rua Gabriel Teodoro, nº 4990

Itirapuã – SP

CEP: 14420-000

E-mail: [laudiceiakaty@hotmail.com](mailto:laudiceiakaty@hotmail.com)