



B1

ISSN: 2595-1661

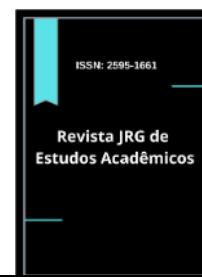
ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

## Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



### Perfil de prematuros atendidos pela equipe de Fonoaudiologia em uma unidade de cuidados intermediários neonatal canguru

Profile of premature babies cared for by speech therapy team in a kangaroo neonatal intermediate care unit

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1848

ARK: 57118/JRG.v8i18.1848

Recebido: 15/01/2025 | Aceito: 27/01/2025 | Publicado on-line: 29/01/2025

**Amanda Lima e Lira<sup>1</sup>**

<https://orcid.org/0000-0001-8929-5850>

<http://lattes.cnpq.br/9910760553774940>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil

E-mail: fonoamandalira@gmail.com

**Monique Antunes de Souza Chelminski Barreto<sup>2</sup>**

<https://orcid.org/0000-0001-6077-2529>

<http://lattes.cnpq.br/0207460948560515>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil

E-mail: nikebarr@gmail.com



### Resumo

**Objetivo:** Descrever o perfil de recém-nascidos prematuros que demandam atendimento fonoaudiológico na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru em um hospital materno-infantil de referência. **Metodologia:** Estudo descritivo, prospectivo e quantitativo em que foram analisados dados dos prontuários eletrônicos de pacientes internados e que demandaram atendimento fonoaudiológico no período de junho de 2024. Os dados foram transferidos para um formulário *Google Forms*, tabulados e analisados em números absolutos e relativos. **Resultados:** Foram atendidos e incluídos 30 prematuros. Destes, 60% eram do sexo masculino e 40% feminino. A causa provável do parto prematuro mais frequente foi a hipertensão arterial gestacional (25,5%). O número de consultas no pré-natal mais frequente foi de 6 a 10 (53,3%). A idade gestacional de nascimento e a idade de início do atendimento na UCINca foi de 31 a 35 semanas e mais de 35 semanas, respectivamente. A maioria (90,3%) recebeu alta hospitalar com mais de 35 semanas de idade pós concepcional. A maioria (58,1%) apresentou baixo peso ao nascimento e nasceu adequado para a idade gestacional (86,7%). A maioria (46,7%) iniciou atendimento fonoaudiológico com peso acima de 2000g e recebeu alta hospitalar com peso acima de 2000g (73,3%). A via de alimentação mais frequente no início do atendimento foi sucção no seio materno associado à sonda nasogástrica (76,7%), no momento da transferência para UCINca.

<sup>1</sup> Fonoaudióloga Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança, pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Distrito Federal, Brasil

<sup>2</sup> Doutora em Ciências da Saúde pela UnB. Fonoaudióloga da UTI Neonatal do HMIB. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança.

A maioria (46,7%) realizou de 6 a 10 sessões de fonoterapia e a alteração neonatal associada mais frequente foi a icterícia neonatal (n=16). O indicador de risco para deficiência auditiva mais prevalente foi a internação na UTIN por mais de 5 dias (n=11), seguido de uso de medicamentos ototóxicos (n=4). A maioria (96,7%) apresentou resultado normal em ambas as orelhas na Triagem Auditiva. **Conclusão:** Foi possível descrever o perfil dos pacientes atendidos pela equipe de Fonoaudiologia e a importância do acompanhamento terapêutico em busca do aleitamento materno exclusivo.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia; Recém-Nascido Prematuro; Perfil de Saúde.

### **Abstract**

**Purpose:** To describe the profile of premature newborns who require speech therapy at the Kangaroo Neonatal Intermediate Care Unit in a reference maternal and child hospital. **Methods:** Descriptive, prospective, and quantitative study in which data from electronic medical records of hospitalized patients who required speech therapy care in June 2024 were analyzed. The data were transferred to a Google Forms form, tabulated, and analyzed in absolute and relative numbers. **Results:** 30 premature babies were treated and included. Of these, 60% were male and 40% female. The most common probable cause of premature birth was gestational hypertension (25,5%). The most frequent number of prenatal consultations was 6 to 10 (53,3%). The gestational age at birth and the age at the start of care in the KNICU were 31 to 35 weeks and more than 35 weeks post-conceptional age. Most (58,1%) had low birth weight and were born appropriate for gestational age (86,7%). The majority (46,7%) started speech therapy with a weight above 2000g and were discharged from the hospital with a weight above 2000g (73,3%). The most frequent feeding route at the beginning of care was suction on the mother's breast associated with a nasogastric tube (76,7%), at the time of transfer to the KNICU. The majority (46,7%) underwent 6 to 10 speech therapy sessions and the most common associated neonatal change was neonatal jaundice (n=16). The most common risk indicator for hearing loss was hospitalization in the KNICU for more than 5 days (n=11), followed by the use of ototoxic medications (n=4). The majority (96,7%) presented normal results in both ears during the hearing screening. **Conclusion:** It was possible to describe the profile of patients treated by the Speech Therapy team and the importance of therapeutic monitoring in the search for exclusive breastfeeding.

**Keywords:** Speech Therapy; Premature; Health Profile

## **1. Introdução**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como prematuro, o bebê que nasce antes de completar 37 semanas de idade gestacional (IG) e a prematuridade é vista como a principal causa de mortalidade neonatal. Além disso, os bebês nascidos antes de completar 37 semanas, podem apresentar complicações e sequelas que muitas vezes perduram ao longo da vida. Assim, intervenções precoces e assertivas, considerando os períodos críticos do desenvolvimento devem ser realizadas<sup>1,2</sup>.

Os prematuros podem apresentar longos períodos de internação e estarem expostos a diversos estímulos desfavoráveis em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ou unidade de cuidados intermediários neonatal (UCIN), demandando dentre outros, de atendimento fonoaudiológico especializado<sup>3</sup>.

Com a Lei Federal 8080/90 houve a incorporação de novas categorias profissionais nos serviços de saúde pública, incluindo os fonoaudiólogos, em vários níveis de atenção, inclusive no âmbito hospitalar, permitindo-os atuar diretamente com os recém-nascidos<sup>4</sup>.

Importante ressaltar que as Unidades Neonatais são responsáveis pelo cuidado pleno ao recém-nascido (RN) crítico e os hospitais contam ainda com Unidades de Cuidados Intermediários como as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINca) que é responsável por atender os recém-nascidos prematuros por volta das 34 semanas de idade gestacional pós-concepcional (IGPC), oriundos, principalmente, das UTINs. Os profissionais atuantes em uma UCINca têm como uma de suas metas incentivar o aleitamento materno e a permanência do RN o maior tempo possível na posição canguru, em contato pele a pele com seus pais, bem como favorecer o auxílio e capacitação destes no protagonismo dos cuidados com o RN, sob suporte da equipe multiprofissional<sup>5</sup>.

A atuação fonoaudiológica hospitalar é de fundamental importância, atuando na prevenção, promoção, diagnóstico e reabilitação das funções sensório-motora-oral, sucção, deglutição, respiração e detecção precoce da perda auditiva<sup>6,7,8</sup>.

Na UCINca, o fonoaudiólogo promove e incentiva o aleitamento materno exclusivo (AME), realizando estimulação sensório-motora-oral (ESMO) e contribuindo para a transição mais rápida, segura e eficiente da alimentação enteral para via oral exclusiva (transição sonda-peito), auxilia na autorregulação do estado neurocomportamental e manutenção da homeostase do recém-nascido e favorece o contato pele a pele na posição canguru, com os pais<sup>9,10</sup>.

Em relação à audição, o *Joint Committee on Infant Hearing*<sup>11</sup> refere que a prematuridade é um indicador de risco para deficiência auditiva (IRDA) assim como: História familiar de deficiência auditiva congênita, Consanguinidade, Permanência em UTI por mais de 5 dias, Ventilação Mecânica por no mínimo 5 dias, Medicação ototóxica por mais de 5 dias, Hiperbilirrubinemia (níveis séricos indicativos de transfusão exsanguínea), Boletim APGAR de 0-4 no 1º minuto ou 0-6 no 5º minuto, Peso ao nascimento inferior a 1.500g, Infecção congênita (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e HIV), Anomalias craniofaciais (Ex. microcefalia; fissura lábio palatal), Sinais de síndrome associadas a deficiência auditiva condutiva ou neurossensorial, Infecções bacterianas ou virais pós natais (meningite, citomegalovírus, herpes, sarampo e varicela) e Síndrome de Down e preconiza que a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) seja realizada por meio do exame de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) nestes pacientes.

Diante do exposto, verificou-se a necessidade de compreender de forma mais aprofundada a relação entre a prematuridade e a assistência fonoaudiológica no âmbito hospitalar. Assim, o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil de recém-nascidos prematuros que demandaram atendimento fonoaudiológico na UCINca em um hospital materno-infantil de referência do Distrito Federal.

## 2. Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, prospectivo e quantitativo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob o parecer número: 6.833.262, com dados oriundos de prontuários eletrônicos de recém-nascidos prematuros, atendidos por Fonoaudiólogos, na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINca), de um hospital materno-infantil do Distrito Federal, no período de um mês, no ano de 2024.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável (TCLE-R) foi assinado, conforme previsto na Resolução 466/2012 do CNS-MS. Foram analisados dados dos prontuários eletrônicos registrados no sistema *TrakCare*®, incluindo: número de consultas no pré-natal, procedência materna (residência), patologias maternas, sexo, idade gestacional de nascimento (IG) e idade gestacional pós concepcional (IGPC) no início do atendimento fonoaudiológico, classificação do Recém-Nascido (RN) quanto ao peso e tamanho, patologias de base, via de alimentação no primeiro atendimento fonoaudiológico na UCINca e na alta hospitalar, número de sessões fonoaudiológicas realizadas, método e resultados da Triagem Auditiva Neonatal e Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) associados à prematuridade nos sujeitos da amostra. Quanto aos critérios de exclusão: Início do acompanhamento fonoaudiológico antes ou depois do mês referência ou ausência de um dos dados descritos acima.

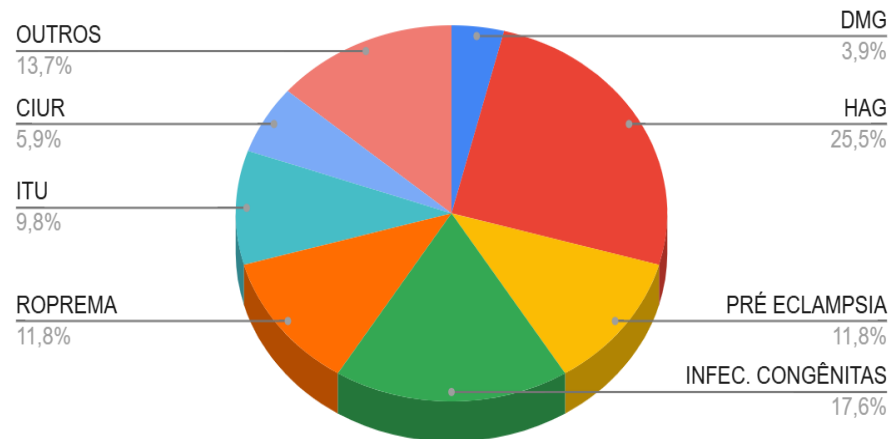
Após aprovação do CEP, foram selecionados os prontuários; apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável (TCLE-R), para a mãe ou responsável legal do RN; transcritos os dados para um formulário semiestruturado no *Google Forms* e a seguir, em uma planilha *Excel*; análise e organização dos dados em tabelas e figuras; Discussão e Conclusão. A análise estatística foi composta por variáveis quantitativas e qualitativas. A análise descritiva consistiu na apresentação dos valores absolutos e relativos, em percentuais, os quais foram distribuídos em variáveis categóricas.

### 3. Resultados e Discussão

No mês de referência, foram atendidos 30 prematuros na UCINca pela equipe de Fonoaudiologia e todos preencheram os critérios de inclusão. Verificou-se que 46,7% das mães dos prematuros residiam no Distrito Federal e 46,7% no estado de Goiás. As demais (6,6%), eram oriundas de Minas Gerais e Maranhão.

Provavelmente tais resultados se devem ao fato do Distrito Federal fazer parte da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF), criada pela Lei Complementar nº 94/1998, com a finalidade de vincular ações administrativas entre o Distrito Federal, o entorno e o estado de Minas Gerais, onde também inclui as ações do Sistema Único de Saúde<sup>12</sup>. Além disso, o Hospital Materno Infantil de Brasília Dr. Antônio Lisboa (HMIB) é referência de atenção em nível hospitalar à saúde da mulher e da criança para essa população.

O HMIB é considerado um hospital de atenção especializada e tem como um de seus focos no contexto da Ginecologia e Obstetrícia, a atenção à gestação de alto risco, à prematuridade e às síndromes neonatais<sup>13</sup>. Foi possível verificar que as gestantes, mães dos prematuros do presente estudo, apresentavam comorbidades como a hipertensão arterial gestacional (HAG), que foi a mais prevalente na amostra (25,5%), seguida de infecções congênitas (17,6%) como toxoplasmose e citomegalovírus. Foram identificadas ainda: pré-eclâmpsia em 11,8% e rotura prematura de membranas igualmente em 11,8% da amostra (Figura 1).

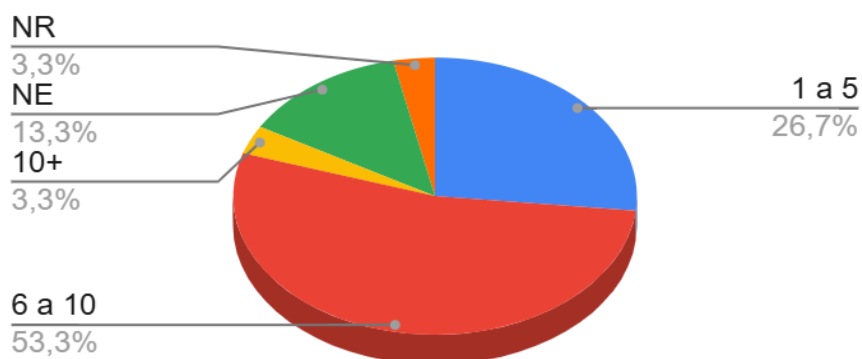


**Figura 1.** Distribuição das enfermidades maternas das 30 gestantes, mães dos prematuros

Legenda: CIUR (Restrição de Crescimento Intrauterino), ITU (Infecção do Trato Urinário), ROPREMA (Rotura Prematura de Membranas), DMG (Diabetes Mellitus Gestacional), HAG (Hipertensão Arterial Gestacional).

Kerber e Melere (2017) também referem as síndromes hipertensivas gestacionais como um dos principais fatores de risco para a prematuridade, concordando com os achados do presente estudo. Os autores apresentaram uma prevalência de 39,2% para hipertensão gestacional e 23,5% para pré-eclâmpsia, associados à prematuridade<sup>14</sup>.

Conforme pode ser observado na Figura 2, a maioria (53,3%) das mães realizaram de 6 a 10 consultas no pré-natal, seguido de 26,7% que realizaram de 1 a 5 consultas. Tal dado está em consonância com o Caderno de Atenção Básica, que preconiza que devem ser realizadas no mínimo 6 consultas de pré-natal, devendo essas serem começadas na 12<sup>a</sup> semana de idade gestacional a fim de garantir o bom desenvolvimento do feto e o curso natural da gestação, com impacto na boa saúde materna e no nascimento de um bebê saudável<sup>15</sup>.



**Figura 2.** Número de consultas de pré-natal realizadas pelas mães

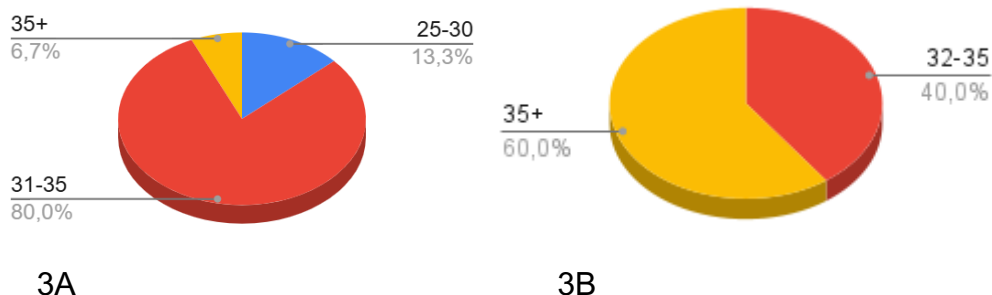
Legenda: NR (Não realizado), NE (Não especificado)

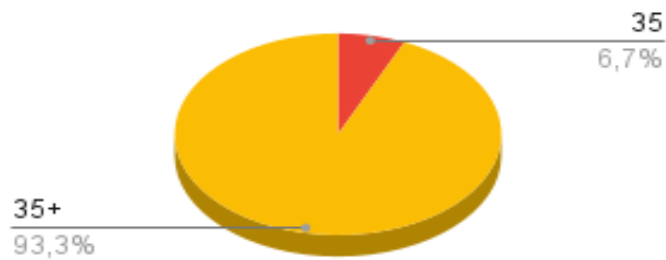
No contexto da Pediatria e da Neonatologia, o HMIB faz parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança desde 1996 e é uma instituição certificada pelo Método Canguru desde 2000.<sup>7,16</sup> Com isso e visando um atendimento mais humanizado e respeitoso aos recém-nascidos e suas mães, a instituição conta com uma enfermaria, denominada UCINca (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru), que conta com 16 leitos e recebe os pacientes, em sua maioria, oriundos da UCINCo (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional) após transferência da UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), todas no mesmo hospital. Dessa forma, é garantida uma transição de um ambiente de maior complexidade e mais centrado no paciente para um de menor complexidade e mais centrado na família.

Nas Unidades de maior complexidade (terapia intensiva), os pacientes geralmente necessitam de monitorização contínua; suporte ventilatório; geralmente tem menos de 34 semanas de idade gestacional pós concepcional (IGPC) e peso abaixo de 1500g. Já nas unidades de menor complexidade, geralmente não necessitam de monitorização e nem de ventilação mecânica; e geralmente têm em torno de 33 a 34 semanas de idade gestacional e peso acima de 1500g<sup>13,17</sup>.

Em relação ao perfil de pacientes atendidos na UCINCa, 60% eram do sexo masculino e 40% do sexo feminino. Tais achados se assemelham aos de Sousa *et al.* (2020), em que 56,48% de sua amostra era do sexo masculino<sup>18</sup>. Damian, Waterkemper e Paludo (2016) sugerem que o sexo masculino faz parte de um dos fatores de risco associados à prematuridade, devido a maturidade pulmonar ser mais lentificada neste público<sup>19</sup>.

É possível visualizar na Figura 3A, que a maior parte dos RN's da amostra (80%) nasceu entre 31 a 35 semanas, seguida por RN's entre 25 a 30 semanas (13,3%). Quanto ao início do atendimento fonoaudiológico, 60% iniciaram atendimento na UCINCa com mais de 35 semanas de IGPC (Figura 3B) e 40% iniciaram com idade de 32 a 35 semanas de IGPC. Em relação a IGPC da alta hospitalar, 90,3% receberam alta com mais de 35 semanas de idade gestacional pós-concepcional (IGPC) (Figura 3C). Tais dados são concordantes com o proposto por Margotto (2021) em relação aos critérios de alta hospitalar para recém-nascidos pré-termo, em que a idade mínima para alta é de 35 semanas<sup>13</sup>.





3C

**Figura 3.** Idade gestacional de nascimento (3A), idade gestacional do início do atendimento fonoaudiológico na UCINCa (3B) e idade gestacional na alta hospitalar (3C).

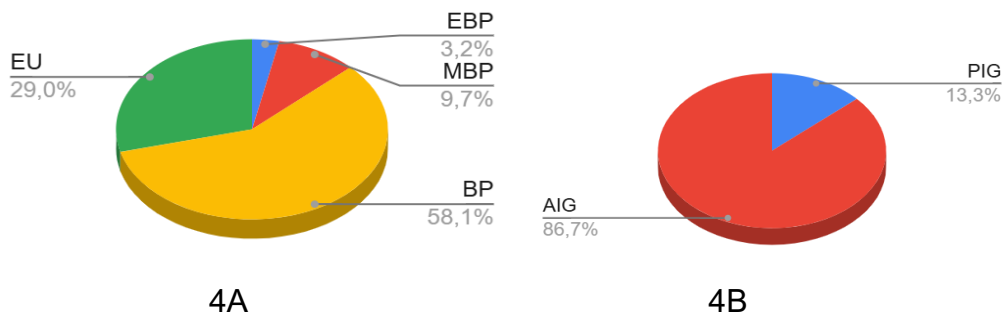
O RN à termo (após 37 semanas), saudável, possui capacidade de realizar as principais funções estomatognáticas, como sucção, deglutição e respiração ao nascer. Já o prematuro apresenta uma imaturidade global que reduz e/ou impede de realizar tais funções com precisão e controle. Assim, a avaliação e acompanhamento terapêutico fonoaudiológico é fundamental.

A deglutição surge por volta da 11<sup>a</sup> semana de vida intrauterina e amadurece após o nascimento. Já a sucção está amadurecida por volta da 32<sup>a</sup> semana, sendo a coordenação entre sucção, deglutição e respiração por volta das 34 semanas de idade gestacional pós-concepcional. Portanto, é necessário promover o desenvolvimento e acompanhar o amadurecimento dessas funções a fim de promover uma alimentação eficaz e segura<sup>20</sup>.

Haja vista tal fato, em relação ao início do atendimento fonoaudiológico, 40% dos RN's iniciou atendimento fonoaudiológico na UCINCa na faixa etária entre 32 a 35 semanas de idade pós-concepcional, seguidos pelos RN's com idade maior do que 35 semanas (60%). Antes das 31 semanas não foi solicitado atendimento fonoaudiológico (Figura 3B). Tais achados são concordantes com os de Lima, Andrade e Sampaio (2022) em que os autores descrevem que iniciaram o atendimento entre a 33<sup>a</sup> e a 35<sup>a</sup> semana de IGPC<sup>21</sup>.

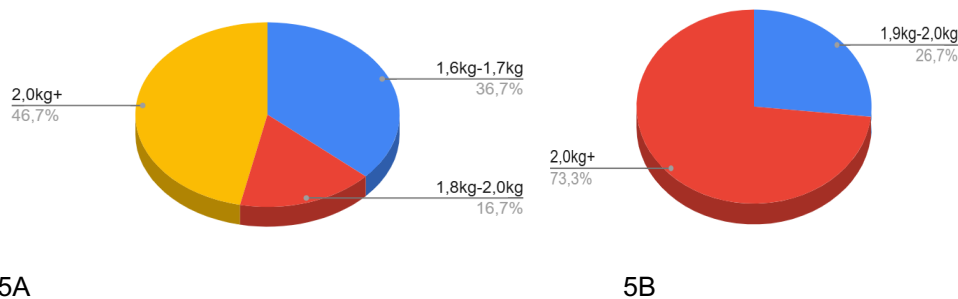
Na UCINCa, assim que o paciente é internado, é solicitada a avaliação da equipe de Fonoaudiologia. Neste momento, ressalta-se a importância da IGPC para o início do estímulo no seio materno, pois a partir das 34 semanas, o recém-nascido apresenta uma melhor coordenação entre os movimentos de sucção, deglutição e respiração e uma melhor organização neurocomportamental<sup>22,23,24</sup>.

Em relação ao peso, verificou-se que a maioria dos RN's (58,1%) apresentou baixo peso (>1501g e <2500g) ao nascer, seguido pelos RN's eutróficos (29%) (Figura 4A). Todavia, é possível observar que 86,7% nasceram adequados para a idade gestacional, seguidos por pequenos para idade gestacional (Figura 4B). Tal diferença de classificação quanto ao peso ocorre pela métrica utilizada. A avaliação do peso ao nascer é numérica e não considera a idade gestacional e o desenvolvimento fetal. Em contrapartida, para classificação de adequação do peso em relação a idade gestacional, se considera o nível de desenvolvimento esperado para a idade<sup>13</sup>. Dessa forma e considerando que a população do estudo é de prematuros, é esperado que esses tenham sido classificados como baixo peso.



**Figura 4.** Distribuição dos RN's quanto ao peso e classificação quanto ao tamanho  
 Legenda: 4A) Eutrófico (EU), Extremo Baixo Peso (EBP), Muito Baixo Peso (MBP), Baixo Peso (BP);  
 4B) Adequado para Idade Gestacional (AIG), Pequeno para Idade Gestacional (PIG)

Além da IGPC, o peso também é de fundamental importância para o desenvolvimento do RN, e por isso o ganho ponderal adequado deve ser observado. No presente estudo, apesar da alta prevalência de baixo peso ao nascer, na chegada à UCINca, 46,7% dos RN's já apresentavam peso maior que 2kg (Figura 5A). Tal fato pode ser explicado pelo Método Canguru e o contato pele a pele, em que desde o nascimento as mães são estimuladas a realizarem o contato pele a pele com seus bebês, favorecendo uma melhora na regulação da temperatura, redução de infecções, vínculo afetivo e favorecendo o ganho ponderal, e conseqüentemente, o desenvolvimento global do RN<sup>5</sup>. Tais achados se assemelham parcialmente aos de Fernandes et al. (2023) em que a média de peso no primeiro atendimento fonoaudiológico em UTIN foi de 2427g<sup>25</sup>.



**Figura 5.** Distribuição dos RN's quanto ao peso no início do atendimento fonoaudiológico na UCINca (5A) e na alta hospitalar (5B).

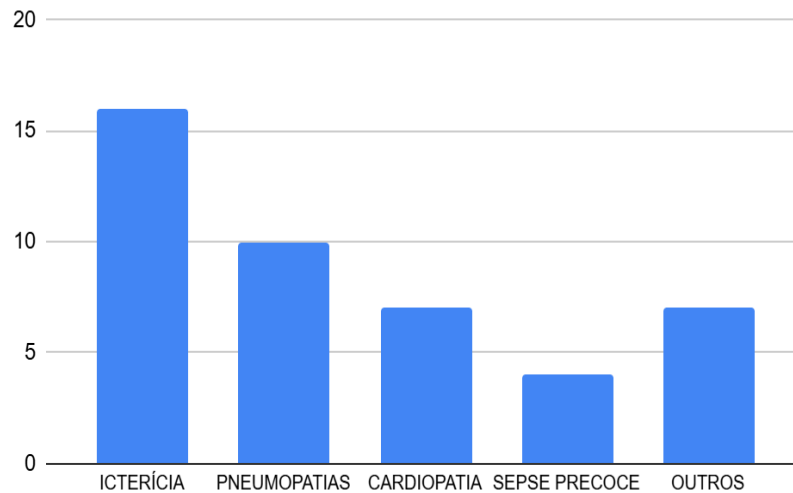
Observa-se que, no momento da alta hospitalar, o percentual de RN's com peso superior a 2kg foi igual a 73,3%, representando um aumento de 26,6% quando comparada ao quantitativo de RN's com 2kg no início do atendimento demonstrando a importância da atenção multiprofissional e do atendimento fonoaudiológico para um melhor desenvolvimento e prognóstico (Figura 5B).

No contexto dos diagnósticos neonatais associados à prematuridade, o mais presente foi o de icterícia neonatal (n=16), seguido por pneumopatias (n=10) e cardiopatia congênita (n=7), conforme Figura 6. Corroborando com tal dado, Macari et al. (2024), apresenta a icterícia neonatal em cerca de 80% dos prematuros do seu estudo. Ademais, deve-se considerar que nessa população há uma imaturidade da barreira hematoencefálica, o que aumenta o risco de desenvolver alterações neurológicas<sup>26</sup>.

Em contrapartida, a pesquisa realizada por Oliveira et al. (2015), descreve as alterações respiratórias como as mais frequentes, devido à imaturidade da produção de surfactante nos prematuros<sup>27</sup>. Já Botelho e Silva (2003) identificaram as patologias



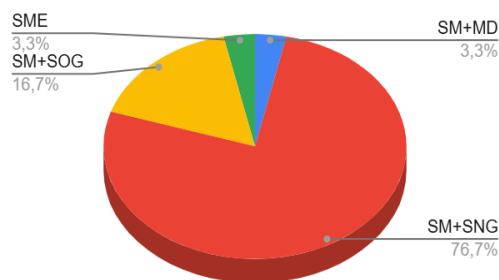
neurológicas, seguidas das respiratórias como mais frequentes em prematuros. Os autores destacaram a importância do fonoaudiólogo para detecção, acompanhamento e tratamento da disfagia em neonatos e lactentes<sup>28</sup>. Mais uma vez, reitera-se a importância da atuação fonoaudiológica para os prematuros, considerando o desenvolvimento miofuncional adequado, manejo do aleitamento materno e evolução da via oral de forma eficiente e segura.



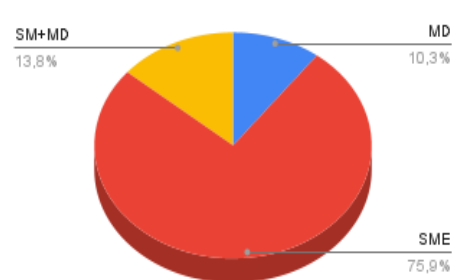
**Figura 6.** Diagnósticos neonatais associados à prematuridade

Quanto à via de alimentação no início do atendimento fonoaudiológico na UCINca, a maioria (76,7%) iniciou atendimento com pelo menos uma tentativa de sucção no seio materno associado à sonda nasogástrica (SNG), seguida por 16,7% com pelo menos uma tentativa de sucção no seio materno associado à sonda orogástrica (SOG) (Figura 7A). Já em relação à via de alimentação na alta hospitalar, verificou-se que a maioria (75,9%) recebeu alta em seio materno exclusivo (Figura 7B).

Tendo isso em vista, observa-se que no primeiro atendimento fonoaudiológico na UCINca, todos os RN's já haviam iniciado sucção no seio materno, sendo a grande maioria deles associada ao uso de sonda nasogástrica (SNG). Tendo em vista que por volta das 34 semanas de IGPC há uma melhor coordenação entre sucção, deglutição e respiração, o uso da sonda nasogástrica torna-se uma possibilidade e permite que a cavidade oral possa receber estímulos oromiofaciais para facilitar a pega e promover a sucção do seio materno. Na UCINca é mais frequente o uso da SNG para facilitar e favorecer o aleitamento materno. Nunes et al. (2013) refere que 50% dos profissionais preferem a SNG ao invés da SOG<sup>29</sup>.



7A



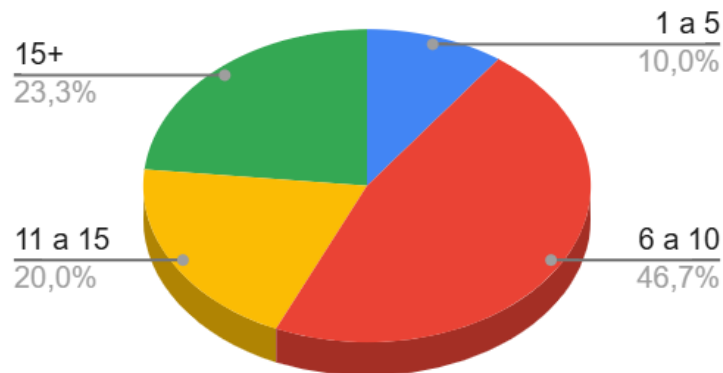
7B

**Figura 7.** Via de alimentação no início do atendimento fonoaudiológico e via de alimentação na alta hospitalar.

Legenda: 7A) Seio Materno Exclusivo (SME), Seio Materno+Sonda Orogástrica (SM+SOG), Seio Materno+Sonda Nasogástrica (SM+SNG), Seio Materno+Mamadeira (SM+MD). 7B) Seio Materno Exclusivo (SME), Mamadeira (MD)

Na alta hospitalar, 75,9% dos RN's receberam alta com alimentação no seio materno exclusivo. Achados discordantes de Basso (2019) que refere em seu estudo que 48,3% dos RN's tiveram alta em seio materno exclusivo<sup>30</sup>. Provavelmente, um dos fatores que contribuem para o sucesso do aleitamento na UCINCa é a presença materna em tempo integral, a promoção e o incentivo do contato pele a pele com pais, o incentivo ao aleitamento e a atuação fonoaudiológica constante em parceria com a equipe multidisciplinar<sup>8,30</sup>.

Quanto ao número de sessões/atendimentos realizados, 46,7% dos RN's realizaram de 6 a 10 sessões de fonoterapia, seguida por 23,3% que realizaram mais de 15 sessões/atendimentos (Figura 8).



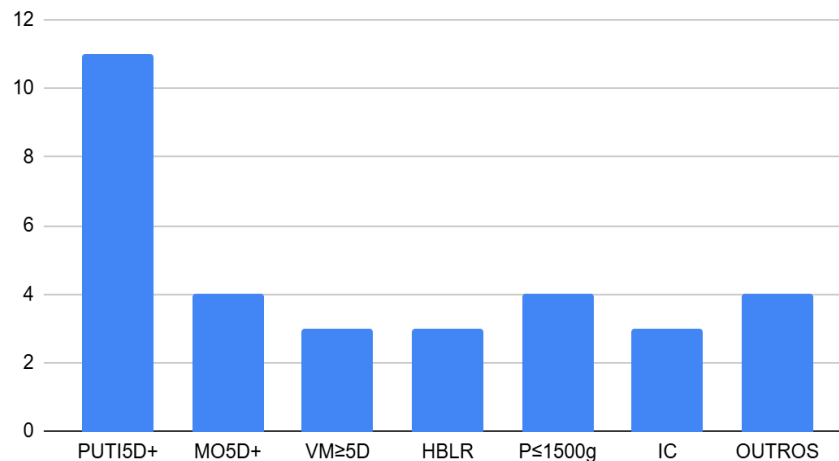
**Figura 8.** Número de sessões fonoaudiológicas realizadas no mês de referência

Ainda não há, na literatura, uma recomendação do número mínimo de atendimentos que devem ser realizados. Contudo, os benefícios da atuação fonoaudiológica são amplamente recomendados, já que o fonoaudiólogo possui amplo conhecimento e competência para realizar avaliação nos órgãos fonoarticulatórios e reabilitar as funções estomatognáticas. Assim, a atuação com os prematuros possui o foco na promoção e no incentivo ao aleitamento materno, bem como no acompanhamento e intervenção nos distúrbios da alimentação, audição e linguagem<sup>31</sup>.

O fonoaudiólogo na UCINCa atua em equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentre outros profissionais e é responsável por propor condutas em relação a manutenção ou não do aleitamento materno exclusivo em um determinado momento da internação, uso de utensílios, posturas e técnicas terapêuticas para viabilizar, conforme particularidade de cada binômio, uma transição para via oral de forma mais rápida, segura e eficiente<sup>31,32</sup>. Dessa forma, a atenção ao RN prematuro deve ser integral e multidisciplinar a fim de favorecer o desenvolvimento infantil em todos os aspectos<sup>5,7,31</sup>.

Além dos aspectos relacionados à alimentação dos RN's analisou-se ainda indicadores de risco para a deficiência auditiva além da prematuridade (Figura 9).

Nesse contexto, para que o RN desenvolva linguagem, é de fundamental importância uma boa integridade auditiva. Sendo assim, a identificação precoce da deficiência auditiva deve incluir ações de saúde coletiva em prol da identificação, do diagnóstico e reabilitação precoces, visando uma qualidade de vida e um desenvolvimento infantil pleno<sup>33</sup>.



**Figura 9.** Indicadores de risco para deficiência auditiva presentes na amostra.

Legenda: Permanência na UTI por mais de 5 dias (PUTI5D+), Medicação Ototóxica por mais; De 5 dias (MO5D+), Ventilação mecânica por maior ou igual a 5 dias (VM≥5D), Hiperbilirrubinemia (HBLR), Peso inferior a 1500g (P≤1500g), Infecção Congênita (IC)

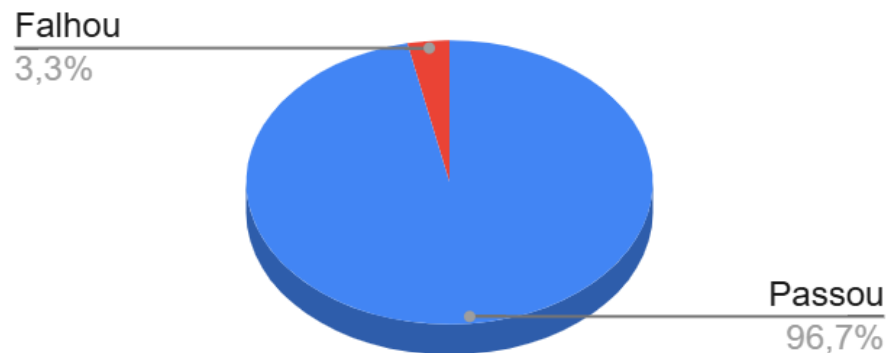
Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, a identificação precoce da deficiência auditiva se dá por meio da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), mais conhecida como “Teste da Orelhinha”. No presente trabalho, foram analisados os Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) associados à prematuridade. Tais resultados podem contribuir para o delineamento de intervenções e propostas visando o aprimoramento do atendimento, com foco na promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação na saúde auditiva<sup>34</sup>.

A Triagem Auditiva deve ser realizada em todos os RN’s e é um teste rápido, prático e indolor e envolve a realização de dois exames. Para aqueles sem a presença de indicadores de risco, o exame realizado são as Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE), que avalia a audição até o nível coclear. Já para os RN’s com presença de indicadores de risco, o exame indicado é de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), que avalia a porção auditiva até o tronco encefálico. Esse exame é mais sensível para detectar problemas nas vias auditivas ou no tronco encefálico que não são identificados pelas EOAE e podem comprometer todo o desenvolvimento da criança<sup>34</sup>.

Na amostra estudada, os indicadores de risco mais prevalentes, além da prematuridade, foram: permanência na UTIN por mais de 5 dias (n=11), uso de medicação ototóxica por mais de 5 dias (n=4) e peso inferior a 1500g (n=4). Tais achados são parcialmente semelhantes aos de Gardoni et al. (2021), que descreveu a permanência na UTI por mais de 5 dias, o uso de medicações ototóxicas e uso de ventilação mecânica por mais de 5 dias, como mais prevalente. Além disso, geralmente RN prematuros apresentam mais de um indicador de risco associado<sup>35</sup>.

Apesar do alto índice de fatores de risco para a deficiência auditiva, os resultados obtidos na Triagem Auditiva Neonatal (TAN), em sua maioria foram normais bilateralmente (96,7%). Apenas 3,3% apresentou resultado alterado no

primeiro teste (Figura 10). Tais resultados se devem, provavelmente, à qualidade do atendimento prestado em todas as etapas da internação.



**Figura 10.** Resultado da Triagem Auditiva Neonatal

#### 4. Conclusão

Conforme os resultados apresentados e analisados, foi possível descrever o perfil dos pacientes atendidos pela equipe de Fonoaudiologia na UCINca, no período de um mês, tanto em relação à assistência à alimentação quanto à audição. Ressalta-se o sucesso do aleitamento materno exclusivo como via de alimentação na alta hospitalar e a qualidade do serviço de Triagem Auditiva Neonatal com protocolo PEATE para todos os prematuros.

Dessa forma, destaca-se a importância do registro e da análise dos prontuários de maneira eficaz, a fim de favorecer o aprimoramento do serviço de saúde, potencializar as intervenções de forma assertiva e refletir sobre a eficácia do trabalho fonoaudiológico realizado. Ademais, faz-se necessário mais estudos e com uma amostra maior para definição de um real panorama de uma UCINca, tendo em vista a literatura restrita na área, em comparação com estudos realizados em UTIN.

#### Referências

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2012. [cited 2 Sep 2023] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.;
2. Alberton M, Rosa VM, Iser BPM. Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de covid-19: análise da série histórica 2011-2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 32(32):e2022603,2023. doi 10.1590/S2237-96222023000200005;
3. Tanaka CK, Messas CS. UTI neonatal: experiência fonoaudiológica em um hospital e pronto-socorro infantil. In: Andrade CRF. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco*. São Paulo: Lovise; 1996.p. 259-67.
4. Brasil. Lei no. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 set 1990;

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.:il;

6. SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOAUDIOLOGIA (org.). Contribuição da Fonoaudiologia para o avanço do SUS. [S. l.: s. n.], 2015. 20 p.

Disponível em:

[http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo09/Biblioteca/Artigos/Contribuicao\\_Fonoaudiologia\\_Avanco\\_SUS.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo09/Biblioteca/Artigos/Contribuicao_Fonoaudiologia_Avanco_SUS.pdf). Acesso em: 02 set. 2023;

7. Dantas VPS, Brandão TC, Boger ME. Rotina fonoaudiológica na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital materno infantil. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, Brasília, v.6, n.1, p. 29-39, 21 mar. 2017. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/7636/5101>. Acesso em: 4 set. 2023;

8. Ciochetto CR, Bolzan GP, Gonçalves DS, de Silveira FPS, Weinmann ARM. Effects of Kangaroo Care on the development of oral skills and achievement of exclusive oral feeding in preterm infants. CoDAS 2023;35(5):e20220070DOI:10.1590/2317-1782/20232022020;

9. CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2a REGIÃO. Nº 01/2019. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo no aleitamento materno, São Paulo, 1 jan. 2019. Disponível em: [https://www.fonosp.org.br/images/Parecer\\_Aleit.PDF](https://www.fonosp.org.br/images/Parecer_Aleit.PDF). Acesso em: 02 set. 2023;

10. Hernández AM. Atuação fonoaudiológica com o sistema estomatognático e a função de alimentação. In: Hernández AM. O Neonato. 1 Ed. São Paulo: Editora Pulso; 2003. p. 45-78.

11. Hajare P, Mudhol R. A Study of JCIH (Joint Commission on Infant Hearing) risk factors of hearing loss in babies of NICU and well baby nursery at a tertiary carecenter. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg (December 2022) 74 (suppl 3): S6483-S6490.; <https://doi.org/10.1007/s12070-021-02683-w>.

12. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Planejamento em Saúde. Plano Distrital de Saúde: PDS 2024 a 2027/ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: SES-DF, 2024.

13. Margotto PR. Assistência ao Recém-Nascido de Risco, HMIB/SES/DF, Brasília, 4a Ed., 2021.



14. Kerber GF, Melere C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. *Rev Cuid.* 2017; 8(3): 1899-906. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.454>
  
15. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
  
16. Brasil. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Norma de Orientação para implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693\\_05\\_07\\_2000.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html)
  
17. Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde. Critérios de admissão e alta nas unidades neonatais da SES/DF. Portaria SES/DF No 29 de 1º de Março de 2016. Diário Oficial do Distrito Federal No 42 de 03 de Março de 2016. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Crit%C3%A9rios+de+Admiss%C3%A3o+e+Alta+nas+Unidades+Neonatais+da+SES-DF.pdf/29f1df11-fcc9-d3d4-07a8-1ebec78d8e2e?t=1648645444461>
  
18. Sousa et al. Caracterização clínico-epidemiológica dos recém-nascidos em cuidados intensivos. *Res Soc Dev.* 2020;9(8):e731986198. doi: 10.33448/rsd-v9i8.6198.
  
19. Damian A, Waterkemper R, Paludo CA. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. *Arq. Ciênc. Saúde.* 2016 abr-jul; 23(2) 100-105
  
20. Arvedson J, et al. Evidence-Based Systematic Review: Effects of Oral Motor Interventions on Feeding and Swallowing in Preterm Infants. *American Journal of Speech-Language Pathology.* 2010;19
  
21. Lima RCAV, Andrade ISN, Sampaio FM. Eficácia do atendimento fonoaudiológico no Método Canguru em um hospital público de Fortaleza-CE. In: *Open Science Research VIII.* Editora Científica Digital; 2022. p. 340-349.
  
22. Neiva FC, et al. Non-nutritive sucking evaluation in preterm newborns and the start of oral feeding: a multicenter study. *Clinics.* 2014; 393-397.
  
23. Glebocki ACG. Preditores clínicos para início da alimentação por via oral em recém-nascidos pré-termo de hospital terciário [Dissertação (mestrado) on the Internet]. [place unknown]: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2022 [acesso em: 12 Jan. 2025] Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-07112018-095417/publico/AlineCristinaGabrielGlebocki.pdf>
  
24. Costa JLF, et al. Caracterização da transição alimentar para via oral em recém-nascidos prematuros. *CoDAS [Internet].* 2022 [acesso em: 12 Jan. 2025 ] Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/codas/a/mtN5b3gnTHwTD7YjbpYzVYc/?lang=pt&format=pdf>

25. Fernandes JS, et al. Atuação fonoaudiológica na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma ótica no gerenciamento alimentar. *Rev Neurocienc* 2023;31:1-19.

26. Macari MDB, et al. Manejo da hiperbilirrubinemia neonatal: fototerapia e estratégias de tratamento em prematuros. *Braz J Implantol Health Sci.* 2024;6(5):981-985.

27. Oliveira CS, et al. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *ABCS Health Sci.* 2015; 40(1):28-32

28. Botelho MIMR, Silva AA. Avaliação Funcional das Disfagias de Lactentes em UTI Neonatal. *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2003 [acesso em: 12 Jan. 2025];49(3):278-85.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/JLBD4QjWvNYZhT47jVxhxRt/?lang=pt&format=pdf>

29. Nunes JA, et al. Preferência dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal pelo uso da sonda nasogástrica ou orogástrica. *Distúrb Comun [Internet]*. 2013 [acesso em 12 Jan. 2025] Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/15774/14644>

30. Basso CSD, et al. Índice de aleitamento materno e atuação fonoaudiológica no Método Canguru. *Rev CEFAC.*2019;21(5):e11719. doi:10.1590/1982-0216/201921511719;

31. Amorim KR, Lira KL. Os benefícios da atuação fonoaudiológica na UTI neonatal. *Research, Society and Development [Internet]*. 2021 [acesso em: 14 Jan. 2025];10(1):1-9.

Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11683/10507>

32. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução CFFa Nº 661, de 30 de março de 2022. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo no aleitamento materno. Disponível em:

[https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes\\_html/CFFa\\_N\\_661\\_22.htm](https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_661_22.htm). Acesso em: 22 Jan. 2025.

33. Vieira EP, et al. Ocorrência dos indicadores de risco para a deficiência auditiva infantil no decorrer de quatro anos em um programa de triagem auditiva neonatal de um hospital público. *Rev Soc Bras Fonoaudiol [Internet]*. 2007;12(3):214-20.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsbf/a/47T6SWvBDQ4z4DkH5G6Rdzw/?lang=pt&format=pdf>

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de



Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção especializada -  
Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 32 p.:il;

35. Gardoni CC, et al. Fatores de risco e prevalência da deficiência auditiva infantil no município de Vila Velha, Espírito Santo. Rev. Bras. Pesq. Saúde [Internet]. 2021;23(2):39-48. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/3466>