



Características clínicas e fonoaudiológicas e a transição alimentar em recém nascidos internados em uma UTI e em uma UCI neonatal

Clinical and speech therapy features and food transition in newborn hospitalized at a neonatal ICU

Características clínicas y fonoaudiológicas y la transición alimentaria en recién nacidos internados en una UTI neonatal

Carolina Velho Pisani¹

Júlia Silva de Souza Norte¹

Patrícia Keitel da Silva²

Sheila Tamanini de Almeida¹

Resumo

Introdução: Para que a ingestão oral ocorra de forma segura, o neonato necessita de adequada coordenação entre sucção, deglutição e respiração (SxDxR). A idade gestacional corrigida e a maturação neurológica também são fatores fundamentais para o desenvolvimento dessa coordenação. Relacionar estes

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Suporte Financeiro: Bolsa do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (PIC/UFCSPA).

Contribuição dos autores

CVP: coleta de dados; esboço do artigo; revisão teórica.

JSSN: coleta dos dados.

PKS: concepção do estudo; metodologia; coleta de dados; revisão crítica do artigo.

STA: concepção do estudo; metodologia; revisão crítica e orientação.

E-mail para correspondência: sheilat@ufcspa.edu.br

Recebido: 06/08/2024

Aprovado: 15/01/2025



fatores pode auxiliar toda a equipe a estabelecer estratégias que venham a diminuir o estresse, o tempo de hospitalização e o tempo de transição alimentar. **Objetivo:** Analisar e correlacionar as características clínicas e fonoaudiológicas com a transição da dieta por sonda para dieta por via oral (VO) de recém-nascidos (RNs). **Método:** Estudo transversal, retrospectivo, analítico e descritivo de caráter quantitativo e qualitativo. Selecionaram-se prontuários de RNs que receberam acompanhamento fonoaudiológico entre 2020 e 2021. **Resultados:** Analisaram-se 88 prontuários. Quanto ao diagnóstico clínico, 40 (45,5%) neonatos apresentaram prematuridade. Verificou-se que o diagnóstico fonoaudiológico está associado à idade gestacional (IG) ($p = 0,001$) e ao peso ao nascer (PN) ($p = 0,000$). Os resultados mostram que variáveis como dias de vida na retirada da sonda ($r = -0,533$; $p = 0,000$), possuem correlação com IG e características como tempo de ventilação não invasiva ($r = -0,368$; $p = 0,009$), possuem correlação com o PN. **Conclusão:** Os achados demonstram que os RNs que fazem uso de ventilação, que têm o diagnóstico fonoaudiológico de disfagia ou de distúrbio transitório da deglutição, com menor IG, menor peso ao nascer, são os que apresentam um maior tempo de transição alimentar de sonda para VO.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Recém-nascido; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Unidade de Cuidados Intermediários.

Abstract

Introduction: For oral intake to occur safely, the neonate needs adequate coordination between sucking, swallowing, and breathing (SxDxR). Corrected gestational age and neurological maturation are also fundamental factors for the development of this coordination. Relating these factors can help the entire team establish strategies to reduce stress, hospitalization time, and feeding transition time.

Objective: To analyze and correlate clinical and speech therapy characteristics with the transition from tube feeding to oral feeding (OF) in newborns (NBs). **Method:** Cross-sectional, retrospective, analytical, and descriptive study with quantitative and qualitative characteristics. Medical records of NBs who received speech therapy follow-up between 2020 and 2021 were selected. **Results:** A total of 88 medical records were analyzed. Regarding clinical diagnosis, 40 (45.5%) neonates were premature. It was found that the speech therapy diagnosis is associated with gestational age (GA) ($p = 0.001$) and birth weight (BW) ($p = 0.000$). The results show that variables such as days of life at tube removal ($r = -0.533$; $p = 0.000$) correlate with GA, and characteristics such as non-invasive ventilation time ($r = -0.368$; $p = 0.009$) correlate with BW. **Conclusion:** The findings demonstrate that NBs who use ventilation have a speech therapy diagnosis of dysphagia or transient swallowing disorder, with lower GA, and lower birth weight, have a longer feeding transition time from tube to OF.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Infant; Intensive Care Units, Neonatal; Neonatology.

Resumen

Introducción: Para que la ingesta oral ocurra de manera segura, el neonato necesita una adecuada coordinación entre succión, deglución y respiración (SxDxR). La edad gestacional corregida y la maduración neurológica también son factores fundamentales para el desarrollo de esta coordinación. Relacionar estos factores puede ayudar a todo el equipo a establecer estrategias que disminuyan el estrés, el tiempo de hospitalización y el tiempo de transición alimentaria. **Objetivo:** Analizar y correlacionar las características clínicas y fonoaudiológicas con la transición de la alimentación por sonda a la alimentación por vía oral (VO) en recién nacidos (RNs). **Método:** Estudio transversal, retrospectivo, analítico y descriptivo de carácter cuantitativo y cualitativo. Se seleccionaron expedientes de RNs que recibieron seguimiento fonoaudiológico entre 2020 y 2021. **Resultados:** Se analizaron 88 expedientes. En cuanto al diagnóstico clínico, 40 (45,5%) neonatos presentaron prematuridad. Se verificó que el diagnóstico fonoaudiológico está asociado a la edad gestacional (EG) ($p = 0,001$) y al peso al nacer (PN) ($p = 0,000$). Los resultados muestran que variables como días de vida en la retirada de la sonda ($r = -0,533$; $p = 0,000$) tienen correlación con EG y características como el tiempo de ventilación no invasiva ($r = -0,368$; $p = 0,009$) tienen correlación con el PN. **Conclusión:** Los hallazgos demuestran

que los RNs que usan ventilación, que tienen el diagnóstico fonoaudiológico de disfagia o trastorno transitorio de la deglución, con menor EG, menor peso al nacer, son los que presentan un mayor tiempo de transición alimentaria de sonda a VO.

Palabras clave: Fonoaudiología; Recién nacido; Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; Neonatología.

Introdução

A atuação fonoaudiológica em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e em uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) consiste em uma ação conjunta com a equipe interdisciplinar para prevenir, promover e detectar transtornos que possam vir a acometer a comunicação, a audição e/ou a alimentação oral dos recém-nascidos (RN). Além disso, podem analisar a necessidade de vias alternativas de alimentação e avaliar a segurança e efetividade da dieta por via oral (VO).¹ O processo de alimentação dos neonatos necessita de uma eficaz coordenação entre sucção, deglutição e respiração (SxDxR), funções que teoricamente estão maduras na 37ª semana de gestação.²

Complicações no momento da alimentação dos recém-nascidos podem vir a ser sinônimo de disfagia, distúrbio no qual o processo da deglutição é afetado pela deficiência em alguma das habilidades necessárias para que essa função ocorra de maneira plena, como a falta de sincronia entre deglutição e respiração.³ Sendo assim, a alimentação tende a ficar comprometida, ineficiente e sem segurança e o bolo alimentar pode penetrar ou ser aspirado para dentro das vias aéreas.^{4,5} A etiologia da disfagia, nessa população, está relacionada à prematuridade, aos transtornos neurológicos, às patologias cardíacas e respiratórias e às malformações congênitas.⁵

Outro conceito que pode definir as complicações no processo de alimentação, quando falamos de recém-nascidos pré-termo (RNPTs), é a disfunção transitória de deglutição. Segundo a literatura este é um quadro que está relacionado com a imaturidade neurológica do RNPT e que, se for bem manejado, progride de maneira positiva.^{6,7,8}

A prontidão para VO depende de diversos fatores, como: a estabilidade dos parâmetros hemodinâmicos, estado de alerta, tônus muscular, postura, manutenção do ritmo de sucção, ausência de sinais de estresse importantes, organização motora orofacial e da coordenação entre SxDxR. A idade gestacional corrigida (IGC) e a maturação

neurológica também são fatores fundamentais para o desenvolvimento dessa coordenação, habilidade que necessita de estimulação no prematuro.^{9,10,11} A análise desses sinais possibilita ao fonoaudiólogo determinar qual o melhor momento para iniciar a VO.⁹ Além disso, a utilização de ventilação mecânica também deve ser considerada ao avaliar os RNs, já que pode vir a dessensibilizar a região intra oral pela intensa estimulação sensorial e atrapalhar a organização dos movimentos orais, proporcionando um incitamento negativo para a transição à alimentação oral.¹²

Geralmente, o critério de alimentação plena por VO é utilizado para que os RNs recebam alta da UTIN.^{13,14} Durante esse período de internação, são gerados custos adicionais, situações de estresse e riscos de saúde. Entretanto, existem casos em que se preconiza a alta dos RNs com o uso de uma via alternativa de alimentação para evitar o prolongamento da hospitalização. Em estudos recentes, percebe-se esta indicação para RNPTs estáveis. Esta conduta, com acompanhamento clínico e fonoaudiológico, pode resultar em um menor tempo de internação, bem como dar uma maior segurança aos responsáveis ao alimentarem os neonatos. Assim, é possível promover o ganho de peso, uma nutrição eficaz, além de apresentar benefícios como uma amamentação duradoura no futuro.^{15,16} Contudo, os seus responsáveis podem ficar com dúvidas sobre quais serão os cuidados necessários e qual a qualidade de vida se esperar.¹³ Portanto, precisa-se entender e relacionar as características clínicas e fonoaudiológicas que possam vir a agravar ou amenizar o quadro clínico do RNPT.

Em outros termos, relacionar estes fatores com a transição da dieta de sonda para VO pode vir a auxiliar toda a equipe multiprofissional a estabelecer padrões e estratégias que venham a diminuir o estresse, o tempo de hospitalização e o tempo de transição alimentar, além de poder proporcionar uma padronização dos critérios de transição para VO desses RNs. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar e correlacionar as características clínicas e fonoaudiológicas com

a transição da dieta por sonda para dieta via oral (VO), buscando caracterizar e definir o perfil dos RNs internados em uma UTIN e em uma UCIN.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, analítico e descritivo de caráter quantitativo e qualitativo. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do local sob número de parecer 6.072.059.

Para a composição da amostra, foram selecionados prontuários de RNs internados na UTIN ou UCIN atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Centro de Neonatologia Sérgio Pilla Grossi da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre que receberam acompanhamento fonoaudiológico, durante sua internação, para introdução/progressão de dieta VO entre os meses de junho de 2020 a dezembro de 2021. Foram excluídos da pesquisa todos os prontuários que estavam incompletos (sem as informações necessárias para a realização das comparações deste estudo) e/ou de pacientes que vieram a óbito. Realizou-se a coleta a partir da utilização do sistema de prontuário eletrônico do hospital, observando evoluções da equipe médica e de Fonoaudiologia envolvidas nos cuidados dos RNs. Após a coleta de dados, uma tabela foi confeccionada para a análise de dados.

Os dados coletados foram divididos quanto:

- às características da amostra: sexo, idade gestacional (IG) ao nascimento, peso ao nascimento, diagnóstico clínico (atribuído pelo médico após exame médico durante admissão em UTI ou UCI neonatal);
- ao período de internação: intercorrências clínicas (complicação aguda, previsível ou não que necessita de cuidados durante a internação), necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva e não invasiva;

- às características e condições fonoaudiológicas do RN no momento da avaliação fonoaudiológica: IGC, peso, ventilação utilizada e via de alimentação no momento da avaliação fonoaudiológica.
- às condições do RN no momento da alta fonoaudiológica: IGC, via de alimentação definida, dias de vida para retirada de sonda, dias de vida entre liberação de VO e retirada de sonda, número de atendimentos realizados pela equipe de fonoaudiologia, diagnóstico fonoaudiológico;

A amostra foi calculada para detectar pelo menos uma correlação baixa ($r=|0.3|$)¹ do tempo de uso de sonda com as variáveis, fixados nível de significância e poder em 0.05 e 80%, respectivamente, resultando em 82 RNs.

Os dados foram analisados através de tabelas simples, cruzadas, porcentagens, medidas descritivas e pelos testes: Teste de associação Teste Exato de Fisher; Teste Não-paramétrico Kruskal-Wallis e Análise de Correlação de Pearson. Os resultados obtidos, foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Foram analisados 115 prontuários ao todo, contabilizando 26 perdas por registros no sistema com dados incompletos, totalizando ao final uma amostra de 88 prontuários incluídos.

Em relação ao diagnóstico clínico, 40 (45,5%) pacientes foram registrados com prematuridade, sete (8%) com icterícia neonatal, cinco (5,7%) com taquipneia transitória do RN e quatro (4,5%) com desconforto respiratório neonatal. Outros diagnósticos, como sífilis congênita e asfixia ao nascer ocorreram com menor frequência e foram agrupados, contabilizando 32 (35,8%) pacientes com outros diagnósticos (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das variáveis de estudo

Variável	Categoria	Nº casos	%
Sexo	Masculino	48	54,5
	Feminino	40	45,5
Idade gestacional	Menos de 30 semanas	6	6,8
	30-37 semanas	71	80,7
	38-41 semanas	11	12,5
Peso ao nascer (gr)	Abaixo de 2000gr	38	43,2
	2000gr ou mais	50	56,8
Intercorrências clínicas	Icterícia	25	28,4
	Sepse	14	15,9
	Outras	13	14,8
	Nenhuma	36	40,9
Ventilação mecânica	Sim	16	18,2
	Não	72	81,8
Ventilação não invasiva	Sim	49	55,7
	Não	39	44,3
Idade gestacional corrigida na avaliação fonoaudiológica	Até 37 semanas	71	80,7
	38 semanas ou mais	17	19,3
Peso na avaliação fonoaudiológica	Abaixo de 2000gr	39	44,3
	2000gr ou mais	49	55,7
Ventilação na avaliação fonoaudiológica	Ar Ambiente	86	97,7
	Ventilação não invasiva	2	2,3
Via de alimentação na avaliação fonoaudiológica	Via oral	29	33
	Sonda	52	59,1
	Via oral + sonda	7	8
Via de alimentação indicada pela fonoaudióloga	Copo+seio materno	36	40,9
	Mamadeira + seio materno	34	38,6
	Mamadeira	9	10,2
	Copo	5	5,7
	Sonda	2	2,3
	Seio materno + sonda	1	1,1
Alta com ou sem sonda	Copo + mamadeira	1	1,1
	Com	4	4,5
	Sem	84	95,5
Diagnóstico fonoaudiológico	Deglutição normal	22	25
	Disfagia	4	4,5
	Dificuldade transitória da deglutição	62	70,5
Idade gestacional corrigida na alta fonoaudiológica	Até 37 semanas	56	63,6
	37 semanas ou mais	32	36,4

Por meio dos resultados do teste de Associação Exato de Fisher verificou-se que o diagnóstico fonoaudiológico após a avaliação clínica está significativamente associado à IG ($p = 0,001$). Ou seja, a deglutição normal está associada a RN com IG entre 38 a 41 semanas, a presença de disfagia a RN com menos de 30 semanas de IG e a disfunção transitória de deglutição à IG entre 30 a 37 semanas. Com o uso do mesmo teste, aferiu-se que, somente a variável diagnóstico fonoaudiológico está signi-

ficativamente relacionada ao peso ao nascer (PN) ($p = 0,000$). Observou-se que a deglutição normal está associada ao PN de 2000 gramas ou mais e a presença de disfagia e dificuldade transitória de deglutição estão relacionadas ao PN inferior a 2000 gramas.

Por meio da análise do coeficiente de correlação de Pearson, verificou-se que as variáveis: tempo de ventilação mecânica ($r = -0,507$; $p = 0,045$); tempo de ventilação não invasiva

($r = -0,340$; $p = 0,017$); dias de vida no momento da liberação de VO ($r = -0,679$; $p = 0,000$); número de atendimentos fonoaudiológicos ($r = -0,627$; $p = 0,000$); dias de vida na retirada da sonda ($r = -0,533$; $p = 0,000$) e dias entre liberação de VO e retirada de sonda ($r = -0,533$; $p = 0,005$), possuem uma correlação inversa (negativa) com a IG, ou seja, quanto maior a IG menores tendem a ser os valores para as variáveis.

Também constatou-se que as variáveis: tempo

de ventilação não invasiva ($r = -0,368$; $p = 0,009$); dias de vida no momento da liberação de VO ($r = -0,589$; $p = 0,000$); número de atendimentos fonoaudiológicos ($r = -0,655$; $p = 0,000$); dias de vida na retirada da sonda ($r = -0,590$; $p = 0,000$) e dias entre liberação de VO e retirada de sonda ($r = -0,478$; $p = 0,000$) apresentam uma correlação inversa com o PN, isto é, quanto menor for o PN, maiores tendem a ser os valores para as variáveis (Tabela 2).

Tabela 2. Análise de correlação entre peso ao nascer e as variáveis de estudo

Correlação	Peso ao Nascer (gr)	
	r	p
Tempo de ventilação mecânica	-0,411	0,113 ^{NS}
Tempo de Ventilação não invasiva	-0,368	0,009**
Peso na avaliação fonoaudiológica	0,917	0,000**
Dias de vida no momento da liberação de via oral	-0,589	0,000**
Número de atendimentos fonoaudiológicos	-0,655	0,000**
Peso na alta fonoaudiológica	0,678	0,000**
Dias de vida na retirada da sonda	-0,590	0,000**
Dias entre liberação de via oral e retirada de sonda	-0,478	0,000**

NS – Não significativo; **significativo $p \leq 0,01$; *significativo $p \leq 0,05$

Discussão

No presente estudo, o diagnóstico fonoaudiológico, a IG e o PN correlacionam-se diretamente com variáveis como tempo de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, número de atendimentos e dias entre liberação de VO e retirada de sonda, desempenhando um papel importante na capacidade dos RNs de se alimentarem por VO. A transição da dieta por sonda para a alimentação por VO em RNs internados em UTIN/UCIN demonstra ser uma variável influenciada por diversas características clínicas e fonoaudiológicas.¹⁷

A prematuridade é um problema de saúde global, principalmente em países como o Brasil, e mesmo com um aumento na sobrevivência desses indivíduos, ainda enfrentam-se diversas barreiras e incógnitas de como manejá-los a curto e a longo prazo.¹⁸ Neste estudo, os prematuros representaram 45,5% dos pacientes analisados, sendo eles na sua maioria prematuros moderados a tardios, tal como está explícito em pesquisas onde a prematuridade é o fator mais predominante para internação de neonatos em UTINs.^{19, 20} O baixo PN também as-

socia-se com a prematuridade, sendo considerados RNs de baixo peso aqueles que nascem com menos de 2500 gramas.²¹ Nesta pesquisa, 43,2% de RNs estavam abaixo de 2000 gramas e o restante acima de 2000 gramas, portanto pode-se deduzir um alto número de neonatos com baixo PN.

A prevalência da disfagia orofaríngea em RNs internados em UTIN ainda não é conhecida. A maioria dos trabalhos avaliando a disfagia em RNs são realizados em países desenvolvidos, que muito provavelmente não condizem com a realidade brasileira.^{20, 22} A população de prematuros também enfrenta dificuldades na deglutição por conta de uma imaturidade neurológica, um tônus muscular anormal e por alterações nos reflexos necessários para que a deglutição ocorra de forma efetiva e segura.²³ Os efeitos do controle motor oral na alimentação de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. REVISTA CEFAC, São Paulo, v.6, n.4, p.382-7, 2004. No presente estudo, observou-se que o diagnóstico de disfagia está relacionado com uma IG de menos de 30 semanas e com um baixo peso, de menos de 2000 gramas. Segundo literatura recente, quanto menor for a IG, maior será a imaturidade neurológica, fisiológica, a



hipotonia muscular e a diminuição de reflexos orais do neonato, provocando um declínio nas suas habilidades de alimentação.^{9,10} Fato que justifica a maior incidência de disfagia e distúrbios transitórios da deglutição em RNs de IG menor, justificado pela possível menor coordenação dos movimentos necessários para uma deglutição normal. Essa função também se demonstrou mais bem coordenada em RNs com peso maior que 2000 gramas.

Os RNs que fazem o uso da sonda de alimentação necessitam de um maior esforço da equipe de fonoaudiologia para trabalhar as suas funções, pois seu uso pode gerar diversos problemas na musculatura fonoarticulatória, como hipersensibilidade e atraso na coordenação, podendo levar a um desenvolvimento tardio da coordenação SxDxR.²⁴ O baixo PN demonstrou influência direta no aumento do tempo de internação do RN e nos dias de transição de sonda para a VO. Em outro estudo, essa relação também foi feita com o desmame precoce, já que RNPTs que não estavam mais recebendo leite materno aos seis meses, apresentaram um menor PN, um início tardio da amamentação, um maior período de alimentação enteral e de internação.^{24,25}

A ventilação mecânica, quando necessária na neonatologia, geralmente vem acompanhada de outras comorbidades como a prematuridade, podendo causar maiores riscos neurológicos ao RN e promover um atraso no seu desenvolvimento motor.²⁶ Justamente por esse atraso motor, ela também relaciona-se a um maior risco de disfagia, já que a deglutição exige uma complexa coordenação motora e nervosa.²⁷ Neste estudo, a presença de ventilação mecânica associou-se com um maior tempo de internação, com menor PN e com uma menor IG, correspondendo com achados anteriores que referiram que RNs que fizeram uso desse suporte acabaram ficando mais tempo com a sonda e, portanto, por mais tempo na etapa de transição.²⁸ Deste modo, deve-se dar uma atenção especial ao tipo de ventilação utilizada nos RNs, já que elas podem ser um obstáculo no avanço na transição alimentar dessa população.

Quanto às vias de alimentação mais indicadas pela equipe de fonoaudiologia no estudo, encontram-se o uso de copo + seio materno (40,9%) e de mamadeira + seio materno (38,6%) como os mais utilizados. Em outra pesquisa, foi observado que se deve preconizar o contato com o seio materno mesmo que não de forma exclusiva, ou seja, usar o seio materno aliado a outras estratégias. Além

disso, nessa pesquisa, foi constatada uma alta prevalência no uso do copo e uma baixa prevalência no uso da mamadeira, diferenciando-se das estatísticas encontradas.²⁹ O presente estudo encontrou alta prevalência no uso do copo, como na pesquisa citada, mas também identificou um número elevado de recém-nascidos utilizando mamadeira, o que difere do estudo mencionado.

A Organização Mundial da Saúde implementou uma Política Nacional de Aleitamento Materno, denominada Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que visa buscar meios de adotar práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.³⁰ Esta pesquisa foi realizada em um Hospital Amigo da Criança e, portanto, a instituição tem como objetivo criar estratégias para promover uma amamentação segura e eficaz e evitar o desmame precoce. Na literatura, existem achados onde a alimentação preconizada dentro da UTIN é a por sonda + seio materno, na qual existem evidências de que a transição para VO leve um tempo menor para ser atingida.^{9,21} Porém, nesta presente pesquisa apenas um RN foi alimentado por sonda + seio materno, portanto sugere-se que sejam analisados todos os pontos positivos e negativos de cada tipo de alimentação, para que futuramente seja possível diminuir-se o tempo de internação dos neonatos lançando mão de estratégias como a oferta do seio materno. Estratégias essas, que podem vir a auxiliar os Hospitais Amigos da Criança a implementarem mais práticas de promoção e apoio ao aleitamento materno.

O tempo de permanência na UTIN/UCIN é um fator que se relaciona diretamente com a IG e com o peso do RN. No presente estudo, os RNs com menor IG e com baixo peso no nascimento apresentaram maior tempo de internação. De acordo com estudo que visa criar uma fórmula para calcular o tempo de permanência hospitalar de RNs, são utilizados preditores para formulá-la, sendo eles a IG, o PN e a alimentação precoce com leite materno. Portanto, alimentando o quanto antes o RN, mais o seu peso aumentará e menor será seu tempo de permanência na UTIN.³¹ Aqueles com menor PN ficaram mais dias na etapa de transição e, conseqüentemente, mais tempo internados. De acordo com estudo realizado em 2020, RNs com menor peso e mais prematuros, necessitaram ficar mais tempo internados e também um maior tempo de intervenção fonoaudiológica, entretanto conseguiram atingir a habilidade para VO em uma IG

corrigida considerada segura (entre 35 e 36 semanas), portanto esse fato evidencia a importância da intervenção fonoaudiológica com essa população.¹⁷ O conceito de IG corrigida segura deve ser questionado, pois cada RN tem suas peculiaridades e esse critério isoladamente deve ser considerado incompleto para indicar a prontidão para VO e, portanto, outros fatores devem ser considerados para constatar o momento seguro para iniciar a transição.²⁸

Por fim, nossa pesquisa apresentou algumas limitações. Os prontuários de pacientes incorporados no estudo foram de um único hospital, logo, os resultados não devem ser generalizados, já que foram coletados de acordo com a rotina da instituição. A literatura sobre prematuros apesar de vasta, ainda é escassa quanto às dificuldades de deglutição de RNs internados. E, apesar da grande maioria dos achados condizerem com a literatura, ainda se fazem necessários mais estudos na área dos RNs que necessitam de internação na UTI seja pela prematuridade, seja pelo baixo peso ou por outras comorbidades, para que haja uma maior verificação dos meios de transição para VO e para que se diminua cada vez mais o tempo de internação dos RNs bem como se aumente as taxas de sobrevivência desses indivíduos.

Conclusão

A partir dos resultados do estudo, pode-se afirmar que os RNs que fazem uso de ventilação invasiva ou não invasiva, com menor IG, maior baixo peso, são aqueles que apresentaram um maior tempo de transição alimentar de sonda para VO plena. Estas características relacionam-se, também, com o diagnóstico fonoaudiológico da disfagia e o de distúrbio transitório da deglutição, além da imaturidade do desenvolvimento do prematuro, fatores que auxiliam para o aumento do período de transição.

Agradecimentos

Os pesquisadores agradecem a Universidade federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre pela bolsa de iniciação científica.

Referências

1. Brasil. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa Nº 656, de 03 de março de 2022. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto. [Internet] Diário Oficial da União. 2022 março 2009. Seção 1. [citado em 06 Nov 2023]. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_656_22.htm.
2. Levy DS. Desenvolvimento Motor Oral do Feto e sua Função de Deglutição na Vida Fetal. In: Jotz GP. Disfagia - Abordagem Clínica e Cirúrgica - Criança, Adulto e Idoso. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2017. p. 3-8.
3. Gulati IK, Sultana Z, Jadcherla SR. Approach to Feeding Difficulties in Neonates and Infants: A Comprehensive Overview. Clin Perinatol. 2020Jun; 47(2): 265–76.
4. Dodrill P, Gosa MM. Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. Ann Nutr Metab. 2015Jul; 66(5): 24-31.
5. Jadcherla SR. Dysphagia in the high-risk infant: potential factors and mechanisms. Am J Clin Nutr. 2016Feb;103(2): 622S-8S.
6. Quintella T, Silva AA, Botelho MIMR. Distúrbios da Deglutição (e Aspiração) na Infância. In: Furkim AM, Santini CS - Disfagias Orofaringeas – Volume 1. Carapicuíba: Pró-fono, 1999. p. 61-96.
7. Hernandez AM. Neonatos. In: Jotz GP, Angelis EC, Barros APB - Tratado da Deglutição e Disfagia no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. p. 230-8.
8. Engel-Hoek VDL, Harding C, Gerven V, Cockerill H. Pediatric feeding and swallowing rehabilitation: An overview. Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine. 2017May;10(2): 95-105.
9. Cavalcante SEA, Oliveira SIM, Silva RKC, Sousa CPC, Lima JVH, Souza NL. Habilidades de recém-nascidos prematuros para início da alimentação oral. Rev Rene. 2018;19: e32956.
10. Almeida ST; Goldani HAS. Manejo das Disfagias no Período Neonatal. In: Levy DS, Almeida ST, organizadores. Disfagia infantil. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações; 2018. p. 119-128.
11. Kwon J, Kellner P, Wallendorf M, Smith J, Pineda R. Neonatal Feeding Performance is Related to Feeding Outcomes in Childhood. Early Hum Dev. 2020Dec; (151):105202.
12. Costa JLF, Neves APSM, Camargo DAS, Yamamoto RCC. Caracterização da transição alimentar para via oral em recém-nascidos prematuros. CoDAS 2022May; 34(5): e20210136.
13. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Meinzen-Derr JK. Missed oral feeding opportunities and preterm infants' time to achieve full oral feedings and neonatal intensive care unit discharge. American Journal of Perinatology. 2015Mar; 32(1): 1–8.
14. Lagatta JM, Uhing M, Acharya K, Lavoie J, Rholl E, Malin K, et al. Actual and Potential Impact of a Home Nasogastric Tube Feeding Program for Infants Whose Neonatal Intensive Care Unit Discharge Is Affected by Delayed Oral Feedings. J Pediatr. 2021Jul; 234(2): 38-45.

15. Meerlo-Habing ZE, Kusters-Boes EA, Klip H, Brand PLP. Early discharge with tube feeding at home for preterm infants is associated with longer duration of breastfeeding. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 2009Jul; 94(4): F294-7.
16. Kampen VF, Mol DA, Korstanje J, Maingay-de-Groof F, Meurs-Assler VL, Stas H, Willemsen R, et al. Early discharge of premature infants < 37 weeks gestational age with nasogastric tube feeding: the new standard of care? *Eur J Pediatr*. 2019Apr; 178(4): 497–503.
17. Medeiros AMC, Almeida DMS, Meneses MO, Sá TPL, Barreto IDC. Impacto da intervenção fonoaudiológica na introdução de dieta via oral em recém-nascidos de risco. *Audiol Commun Res*. 2020Sep; 25: e2377.
18. Radaelli G, Leal-Conceição E, Neto FK, Taurisano MRG, Majolo F, Bruzzo FTK, Booiij L, Nunes ML. Desfechos motores e cognitivos de recém-nascidos de baixo peso no Brasil: revisão sistemática e metanálise. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2023Feb; 81(2):186–200.
19. Freitas MCN, Sousa AOB, Oliveira SAA, de Alencar MCB, Guedes MSSE, de Oliveira GF. Caracterização dos Recém-Nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Mult Psic*. 2018May; 12(40): 228-42.
20. Costa MA, Krüger E, Kritzinger A, Graham MA. Prevalence and associated prenatal and perinatal risk factors for oropharyngeal dysphagia in high-risk neonates in a South African hospital. *South African Journal of Communication Disorders*. 2019Nov; 66(1):1-8.
21. Medeiros AMC, Ramos BKB, Bomfim DLSS, Alvelos CL, Silva TC, Barreto IDC, et al. Tempo de transição alimentar na técnica sonda-peito em recém-nascidos baixo peso do Método Canguru. *CoDAS*. 2018Sep; 30(2): e20170092.
22. Awlor CM, Choi S. Diagnosis and Management of Pediatric Dysphagia. *Jama Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. 2020Feb; 146(2): 183-91.
23. Araújo KCS, Poyart MCMS, Barros MRM, Lopes JMA, Chiappetta ALML. Os efeitos do controle motor oral na alimentação de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. *Rev CEFAC*. Out-dez2004 6(4): 382-7.
24. Silva WF, Guedes ZCF. Tempo De Aleitamento Materno Exclusivo em Recém-Nascidos Prematuros e a Termo. *Rev CEFAC*. 2013Jan; 15(1):160-71.
25. Arns-Neumann C, Ferreira TK, Cat MNL, Martins M. Aleitamento materno em prematuros: prevalência e fatores associados à interrupção precoce. *Jornal Paranaense de Pediatria*. 2020Jun; 21(1): 18–24.
26. Araújo ATC, Eickmann SH, Coutinho SB. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em unidade de neonatologia. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*. 2013Jul; 13(2):119–28.
27. Zuercher P, Schenk NV, Moret C, Berger D, Abegglen R, Schefold JC. Risk Factors for Dysphagia in ICU Patients After Invasive Mechanical Ventilation. *Chest*. 2020Nov; 158(5): 1983-91.
28. Amoris EVN, Nascimento EN. Food transition in premature newborn children: interfering factors. *Rev CEFAC*. 2020Oct; 22(5): e14719.
29. Medeiros AMC, Almeida DMS, Meneses MO, Sálkaro TPL, Barreto IDC. Impacto da intervenção fonoaudiológica na introdução de dieta via oral em recém-nascidos de risco. *Audiology Communication Research*. 2020Nov; 25: e2377.
30. Nunes JAN, Pontes MB, Martins SW, Coimbra NQT, Maioli HAJ, Sant’Ana GCSF, et al. Os malefícios da “Luva Chupeta” de látex na Unidade Neonatal. *Distúrb Comun*. 2023Aug; 35(2): e58329.
31. Pratiwi AC, Purwandari H, Purnamasari MD. Predicting preterm infants’ length of hospital stay (LOS) using gestational age, birth weight, and early breastmilk feeding. *Enfermeria Clínica*. 2023Mar; 33(1): S55-S59.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.