

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Renata Mathias de Abreu

**REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DO FONOAUDIÓLOGO NO
TRABALHO COM BEBÊS EM MATERNIDADES NA CIDADE DE
SALVADOR-BAHIA**

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

**São Paulo
2007**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Renata Mathias de Abreu

**REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DO FONOAUDIÓLOGO NO
TRABALHO COM BEBÊS EM MATERNIDADES NA CIDADE DE
SALVADOR-BAHIA**

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Fonoaudiologia sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Suzana Magalhães Maia.

**São Paulo
2007**

Renata Mathias de Abreu

**Reflexões Sobre o Papel do Fonoaudiólogo no Trabalho com Bebês em
Maternidades na Cidade de Salvador-Bahia**

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr. (a) _____

Prof.(a) Dr. (a) _____

Prof.(a) Dr. (a) _____

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – SP.

DEDICATÓRIA.

*Dedico esse trabalho aos meus pequenos
pacientes e aos meus alunos que me
incentivaram a atrilhar mais esse caminho
em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela força para fazer realizar um sonho. Pela saúde, paz, paciência nos momentos difíceis.

Aos **meus pais e minha irmã** pela atenção e valiosa contribuição nesse momento de minha vida.

À **Dr^a. Suzana Magalhães Maia**, pelas orientações, incentivos e conquistas.

As **entrevistadas** pela colaboração e participação neste estudo.

Às amigas **Anamélia, Fabíola, Laura, Rafaela, Rina, Valéria, Verônica e Ana Maria** que acreditam em meu potencial profissional e me auxiliaram, principalmente, nos momentos difíceis.

Às **Dras. Dilselita e Mônica Neri e Direção da Maternidade Climério de Oliveira**, pelo incentivo profissional e a oportunidade de realizar meu sonho junto a esta instituição, desenvolvendo o projeto de atuação fonoaudiológica junto aos bebês. Obrigada pela compreensão de alguns momentos ausentes, sendo incrivelmente carinhosas.

Às amigas **Ana Paula, Silvia e Desirré**, pela ajuda profissional e incentivo emocional para conclusão deste projeto.

Às **amigas do condomínio, da igreja, de infância, os colegas de trabalho, do pilates, os amores e desamores**, pela amizade, solidariedade e compreensão da minha ausência em alguns momentos.

A todos os meus **colegas mestrandos**, pela colaboração e incentivo nesta jornada.

A **João e Graça** da biblioteca da DERDIC – SP pela ajuda no momento de realização deste projeto.

A **Cláudia Perrotta** pelas palavras que transformaram o meu sonho em realidade.

Aos **familiares** que me incentivaram e participaram de todas as etapas deste estudo.

A **todos** que direta e indiretamente participaram de alguma forma dessa conquista em minha vida.

Epígrafe

*“Uma criança inspira-me dois
sentimentos: Ternura pelo que é e respeito
pelo que pode vir a ser”*

(Louis Pasteur)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever e compreender o desenvolvimento do trabalho do fonoaudiólogo com bebês nas maternidades de Salvador, como foi seu início e como as práticas estão configuradas diante das condições institucionais. Para tanto, foi realizado um levantamento dos hospitais/maternidades existentes nessa cidade e, em seguida, foi aplicado um questionário para verificar a existência de UTIN's e USIN's e em quais delas havia fonoaudiólogos atuando, o tipo de vínculo desse profissional com a instituição e qual a área de atuação. Foram também realizadas oito entrevistas com fonoaudiólogas que implantaram o trabalho em maternidades de Salvador (Ba). As entrevistas foram transcritas, textualizadas, transcritas e, então, analisadas e discutidas. Das 16 maternidades existentes, apenas 14 responderam ao questionário, sendo que em 9 destas há fonoaudiólogos trabalhando - um deles como trabalho voluntário e outro, por contrato. Alguns apenas prestavam serviço ao hospital ou, em alguns casos, haviam sido contratadas pela família dos RN's. A maioria dos profissionais atua na área de audiologia, realizando a TAN; há também alguns que realizam atendimentos esporádicos de Motricidade Orofacial (MO). As entrevistadas abordaram aspectos como: escassez de formação acadêmica para a atuação com bebês; busca de recursos para complementar a formação e inserção na área; formas de divulgação do trabalho em consonância com a produção científica desse campo de conhecimento, como uso de protocolos; dificuldades de inserção nas maternidades, como delimitação de áreas afins, resistência e desconhecimento dos parte da equipe de saúde; possibilidades de inserção nas equipes multiprofissionais; iniciativas para implantação do serviço de Fonoaudiologia nas maternidades nas áreas de audiologia e motricidade oral, como preconizado na literatura da área; perspectiva do mercado de trabalho para o fonoaudiólogo em instituições públicas e privadas. Apesar de o campo estar em expansão, por meio deste estudo foi possível constatar que há ainda um descompasso entre a necessidade do trabalho fonoaudiológico e a real atuação desse profissional nas instituições hospitalares de Salvador. Mesmo com uma produção significativa de estudos na área, que refletem o crescimento das diversas práticas clínicas, ainda persiste uma pergunta: por que ainda não temos fonoaudiólogos inseridos nas equipes multiprofissionais de hospitais/maternidades como uma rotina?

PALAVRAS-CHAVE: Fonoaudiologia; maternidade; Triagem auditiva neonatal; Motricidade orofacial.

ABSTRACT

This search's objective was to describe and understand the development of the Speech Pathology intervention at babies in maternities from Salvador, how was the beginning of this intervention and how the practice is configured according the institutions' conditions. For this, a survey was realized to know the hospitals/maternities that exist in this city and then, a questionnaire was applied to verify if these places contain ICU's and SICU's and Speech Pathologist working, the kind of relationship between this professional and the institution, and also the area that these professionals are working. Also were realized eight interviews with Speech Pathologists who introduced the service in maternities in Salvador (Ba). The interviews were transcribed, textualized, transformed to a deposition, and then analyzed and argued. From 16 maternities, only 14 answered the questionnaire, and there are Speech pathologists working in 9 of these- one of them is voluntary and another is under contract. Some Speech Pathologists just served the hospital or, in some cases, they were called by the newborn's family. The most part of these professionals work at the audiology area, realizing NHS; there are also some of them who realize sporadic sessions in oral motricity (OM). The interviews covered aspects like: scarcity at the undergraduation to act with babies; search of ways to complement the undergraduation and insert the professionals in the area; ways to spreading the service next to scientific production at the area, like the use of protocol; difficulties to be accepted at maternities, like delimitation of interested areas, resistance and lack of knowledge at others health professionals; possibility of acceptance in some multiprofessionals teams; initiative to introduce the service of Speech Pathology in maternities at audiology and oral motricity areas, like preconized at the literature; perspectives of work to Speech pathologists in public and private institutions. In spite of the area be in expansion, through this study was possible to know that there is a lack between the Speech pathologist's presence necessity, and the way these professionals are working in hospitals/maternities in Salvador. Even with good searches around this topic, the ones that reflect the development of the most diversified clinical practices, there is already a question: why are there no Speech pathologists inserted at multiprofessionals teams in hospitals/maternities as a routine?!

KEYWORDS: Speech Pathology, maternity; Neonatal hearing screening (NHS); Oral motricity.

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Dedicatória | iv |
| Agradecimentos | v |
| Epígrafe | vii |
| Resumo | viii |
| Abstract | ix |
| Introdução | 1 |
| A Clínica de Beês em Salvador | 3 |
| Práticas Fonoaudiológicas em Neonatologia: Revisão de Literatura | 7 |
| 2.1 – O Surgimento da Neonatologia no Mundo | 7 |
| 2.2 – As Áreas de Atuação do Fonoaudiólogo nas Maternidades | 9 |
| 2.2.1 – Atuação na Área da Motricidade Orofacial | 9 |
| 2.2.2 – Atuação na Área de Audiologia | 18 |
| 2.2.3 – O Acompanhamento Fonoaudiológico dos Bebês de Alto Risco – <i>Follow up</i> | 24 |
| 2.3 – A realidade da atuação Fonoaudiológica com bebês na Bahia | 29 |
| O Percurso Metodológico | 33 |
| 3.1 – Etapas da Pesquisa | 34 |
| 3.2 – As Entrevistas | 35 |
| Apresentação, Análise e Discussão dos Dados | 38 |
| 4.1 – Presença do Fonoaudiólogo nas maternidades de Salvador | 38 |
| 4.2 – A Análise das Entrevistas | 39 |
| A - Formação Acadêmica: escassez de conteúdos fundamentais para o trabalho com bebês | 39 |
| B – Busca de recursos para complementar a formação e inserção na área: os parâmetros da literatura e as formas de divulgação do trabalho | 43 |
| C – Dificuldades de inserção do fonoaudiólogo nas maternidades: delimitação de áreas afins, resistência e desconhecimento | 46 |
| D – O trabalho multiprofissional: inserção nas equipes hospitalares e cursos de aperfeiçoamento | 53 |
| E – Implantação do serviço de Fonoaudiologia nas maternidades: as várias áreas de atuação | 57 |
| F – A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) | 60 |
| G – Perspectiva do mercado de trabalho para o fonoaudiólogo: atuação como voluntário, convênios, contratos | 66 |
| Considerações Finais | 71 |
| Referências Bibliográficas | 75 |
| Bibliografia Complementar | 81 |
| ANEXOS | 82 |

1. INTRODUÇÃO

Como disciplina configurada cientificamente, a Fonoaudiologia tem ampliado o seu campo de investigação e atuação nas últimas duas décadas.

No Brasil, mais especificamente no Estado de São Paulo, o trabalho fonoaudiológico em berçários iniciou-se no final da década de 80 (XAVIER, 1998), em ambulatórios de Neonatologia, tendo como finalidade promover ações preventivas e educativas específicas para o desenvolvimento da audição, da linguagem e da função estomatognática dos bebês, potencializando e auxiliando na saúde geral destes pacientes (ANDRADE, 1996).

Também os programas de *follow-up*¹ caracterizam-se como de prevenção, sendo que devem ter início com atividades pré-natais, tais como orientação às gestantes, assistência imediata ao recém-nascido (RN), e seguir com o acompanhamento do desenvolvimento da criança, em programas de intervenção precoce, objetivando criar condições plenas para a comunicação humana (BASSETTO e RAMOS 1996).

No caso de recém-nascidos de alto risco, temos ainda o suporte à família, a detecção e intervenção precoce nas alterações do desenvolvimento global e de linguagem e a realização de pesquisas com grupos específicos de pacientes (LOPES, 1999).

Na área do diagnóstico de problemas de audição, a detecção precoce da deficiência auditiva é um pré-requisito fundamental para a aquisição da linguagem, essencial ao desenvolvimento psíquico, social e cognitivo da criança. O diagnóstico precoce possibilita uma intervenção também precoce, aumentando as probabilidades comunicativas e minimizando dificuldades.

Porém, como a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) ainda é uma meta inatingível para muitas regiões brasileiras, os programas existentes baseiam-se nas decisões

¹ Ambulatório de atendimento a crianças de alto risco.

do *Joint Committee on Infant Hearing*², que recomenda o uso de critérios de alto risco para realizar o encaminhamento às avaliações auditivas objetivas, possibilitando, assim, o diagnóstico precoce da deficiência auditiva (BASSETTO, 1998; LEWIS,1996; LICHTIG, 1994)

Além do trabalho de triagem auditiva, a Fonoaudiologia começou a voltar suas atenções para a alimentação dos pacientes internados, principalmente em maternidades e em Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) Neonatais.

Podemos dizer, então, que a preocupação com a audição e também com a alimentação dos bebês prematuros tem levado os fonoaudiólogos a se especializarem cada vez mais, atendendo pacientes ainda nos leitos dos hospitais, o que não acontecia antes dos anos 80, quando muitas crianças que hoje são tratadas precocemente chegavam aos consultórios com seqüelas (neurológicas, motores...).

Nas grandes cidades do país, como Rio de Janeiro, São Paulo, Recife, entre outras, o fonoaudiólogo já se encontra inserido em projetos do Ministério da Saúde, como o Programa Mãe-Canguru³, Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno⁴, no Humaniza SUS⁵, no Programa de Saúde Auditiva⁶. Entretanto, esta ainda não é uma realidade em todo o território brasileiro.

² Comitê criado em 1969, sobre fala e audição da Academia Americana de Pediatria.

³ O Programa Mãe-Canguru é voltado para o atendimento a recém-nascidos prematuros de baixo peso, tendo sido idealizado em 1979 por médicos neonatologistas colombianos. Seus idealizadores defendiam a permanência das mães junto aos bebês, substituindo o calor mecânico da incubadora pelo calor transmitido no contato pele a pele, por um período de três a quatro dias no hospital, para, em seguida, receberem alta e passarem a ser acompanhados em ambulatório.

⁴ Foi inserido a partir de junho de 1998, na área de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, que passou a implementar as ações já existentes, e a implantar outras, no sentido de melhorar os índices de aleitamento materno no país.

⁵ É uma Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde, que opera transversalmente; implementada em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde, tem como objetivo garantir o direito constitucional à saúde para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida.

⁶ Tem como objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Auditiva das crianças.

1.1- A Clínica de Bebês em Salvador

Em Salvador - Bahia, o trabalho que o fonoaudiólogo vem desenvolvendo com bebês em maternidades ainda é bem recente. Ao iniciar minha atuação nessa cidade, em 2001, observei que vários profissionais advindos de outros Estados procuravam atuar além de seus consultórios, em hospitais e maternidades, com crianças e especialmente bebês, na intervenção precoce. Porém, encontravam dificuldades em implantar projetos com esse perfil. Várias hipóteses podem ser levantadas para isso: o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o trabalho fonoaudiológico com bebês, a ausência de uma formação específica, pois o assunto era pouco abordado nos cursos de graduação, além da dificuldade de inserção desse profissional na cobertura dos planos de saúde.

Em 2000, a Triagem Auditiva Neonatal (TAN), também conhecida como “Teste da orelhinha”, começou a ser realizada em Salvador, no Hospital Aliança, como prestação de serviço à família dos bebês, abrindo a possibilidade para a entrada dos fonoaudiólogos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Também teve início o encaminhamento dos bebês aos consultórios, para a realização do exame de Emissões Otoacústicas, ocorrendo então uma maior divulgação das atividades desenvolvidas pela Fonoaudiologia.

Na cidade do Salvador, passado recente demonstra que outros profissionais, como os fisioterapeutas, já inseridos no sistema hospitalar, eram responsáveis por trabalhar com questões de sucção e deglutição nas maternidades. Em casos mais complicados, como disfagia em pacientes neurológicos, quando o fisioterapeuta não conseguia resolver o problema, um fonoaudiólogo era então chamado para dar pareceres, mas como atendimento particular.

Em 2004, após ministrar uma palestra na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), no curso “Abordagem Interdisciplinar na UTI Neonatal”, uma fisioterapeuta com experiência no trabalho em equipe com fonoaudiólogos, em UTIN no Rio de Janeiro, conhecendo poucos

profissionais que atuavam nessa área e nenhum trabalhando efetivamente em maternidades de Salvador, convidou-me a prestar um trabalho voluntário em uma instituição pública, Maternidade Climério de Oliveira (MCO), onde ela também era voluntária⁷.

Iniciei o trabalho pelo *Follow up*, atendendo quinzenalmente crianças que ficavam internadas na Unidade Semi-Intensiva Neonatal (USIN), e logo após passei a atuar nessa entidade pública. O trabalho foi se desenvolvendo e criando a demanda para ampliação da equipe de profissionais envolvidos. O novo fonoaudiólogo voluntário, que se incorporou à equipe da maternidade, se dedicou ao *Follow up* e concentrei-me no atendimento aos bebês das enfermarias e da USIN⁸.

Nessa época, como professora do curso de Fonoaudiologia, formalizei um convênio entre a MCO e a Universidade do Estado da Bahia (UNEB), objetivando a assistência nas enfermarias em avaliação e estimulação da sucção/deglutição de bebês, orientação às mães sobre amamentação, desenvolvimento de linguagem e de audição. Esse estágio, porém, durou apenas um ano, porque o Curso de Fonoaudiologia estabeleceu outras necessidades⁹, mas o lugar do fonoaudiólogo já havia sido consolidado nessa instituição.

Em 2006, após dois anos e meio entre voluntariado e convênio com a Universidade (UNEB), fui contratada para integrar a equipe de saúde da Maternidade Climério de Oliveira e atuar no campo da Neonatologia, situação que se configurou como pioneira.

⁷ Segundo a Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, Art. 1., considera-se serviço voluntário a atividade não remunerada, prestada por pessoa física à entidade pública de qualquer natureza ou instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive, mutualidade.

⁸ A Maternidade Climério de Oliveira é de média complexidade e só possui Unidade Semi-Intensiva Neonatal. Os RN's mais graves que nascem lá são transferidos para outra unidade de alta complexidade assim que conseguem vagas nas UTIN's.

⁹ O curso de Fonoaudiologia da UNEB, assim como os das outras Universidades/Faculdades da Bahia, é relativamente novo, sendo que a primeira turma se formou em 2003. Os estágios ocorriam extra-muros, pois a Clínica Universitária demorou um pouco para ficar pronta. Assim sendo, com a finalização das obras, os estágios começaram a ser realizados na Clínica Escola. Quando as turmas de estágio aumentam o número de alunos, eventualmente ocorre alguma prática extra-muros.

As atividades vêm se estruturando na Maternidade de forma gradual, e atualmente, uma equipe de fonoaudiólogos voluntários vem realizando curso de pré-natal¹⁰ para as gestantes a cada quinze dias, abordando questões da amamentação, desenvolvimento e estimulação de linguagem e audição.

Nas enfermarias e USIN, trabalhamos na avaliação/estimulação da sucção e deglutição dos recém-nascidos, e no *Follow up*, com uma equipe interdisciplinar, atendemos às crianças de risco e que se submeteram à TAN¹¹, realizando as Emissões Otoacústicas.

Em complementação a essas atividades, estamos realizando um grupo de estudos do Projeto Mãe-Canguru, objetivando a normatização e organização do seu funcionamento a fim de torná-lo mais humanizado, preocupado com as mães e familiares dos bebês.

A experiência clínica e a oportunidade de realizar o mestrado, levaram-me a circunscrever minha dissertação nesse tema, com o intuito de descrever e compreender como vem sendo desenvolvido o trabalho do fonoaudiólogo com bebês nas maternidades de Salvador – Bahia, como foi o seu início, quais suas facetas e seus significados, quais as práticas desenvolvidas e como se encontram emolduradas pelas condições institucionais.

Para tanto, apresento aqui recortes de oito entrevistas com fonoaudiólogas que têm experiência com bebês e que foram responsáveis pela implantação desse trabalho nas maternidades de Salvador.

Este estudo está dividido em quatro capítulos: o primeiro traz uma revisão bibliográfica sobre a história da Neonatologia, de acordo com as experiências relatadas na literatura produzida no Brasil, em especial sobre as práticas fonoaudiológicas em neonatologia nas maternidades; o segundo explicita o percurso metodológico que viabilizou a

¹⁰ O curso de pré-natal é realizado por toda a equipe de saúde da maternidade, para as mães cadastradas na instituição e que realizam o acompanhamento lá.

¹¹ Nessa maternidade já havia o teste da orelhinha (Emissões Otoacústicas) há um ano, também como trabalho voluntário.

pesquisa; o terceiro apresenta dados de um questionário enviado aos hospitais de Salvador, no intuito de rastrear a presença de fonoaudiólogos em seus quadros profissionais, bem como trechos das entrevistas, com análise e discussão. E, por último, as considerações finais, com uma síntese da inserção da Fonoaudiologia nas maternidades de Salvador.

2- PRÁTICAS FONOAUDIOLÓGICAS EM NEONATOLOGIA:

REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, apresento alguns trabalhos produzidos no Brasil, nos últimos dez anos, para compreensão do papel do fonoaudiólogo em maternidades e das atividades que vêm sendo desenvolvidas, tanto na área da motricidade orofacial, da audiolgia, quanto do acompanhamento fonoaudiológico no *Follow up*. Foi realizado um levantamento bibliográfico em periódicos, livros, teses e dissertações, tanto no âmbito nacional quanto local (Salvador).

Para introduzir o trabalho do fonoaudiólogo na Neonatologia, é interessante relatar como esta sub-especialidade da Pediatria surgiu. Abordamos aqui a visão de Avery (1984).

2.1 – O Surgimento da Neonatologia no Mundo

Pierre Budin, obstetra francês preocupado com as crianças que ele conduzia ao nascimento, estabeleceu o primeiro ambulatório de puericultura no Hospital de Charité, em 1892, em Paris. Posteriormente, coordenou um departamento especial para crianças debilitadas, sendo o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal.

Um aluno de Budin organizou, então, uma exposição sobre recém-nascidos prematuros, e após essa exposição percorrer o mundo, o pediatra Julius Hess, do Hospital de Michael Reese, de Chicago (EUA), criou um importante centro de recém-nascidos prematuros, em 1914, tornando-se uma autoridade americana na questão. Foi por meio desse pediatra que o tratamento neonatal entrou para a cadeira acadêmica.

Também Sir Alexander Simpson, professor emérito de obstetrícia e doenças de mulheres e crianças da Universidade de Edinburg, na Escócia, se propôs a estudar crianças

nascidas antes do termo, bem como aquelas congenitamente debilitadas ou mesmo as nascidas a termo e seu cuidado, tanto na maternidade como após a alta hospitalar.

Embora as taxas de mortalidade ainda continuassem altas no início do século XX, já no final desse século ocorreram progressos no tratamento obstétrico e neonatal. Vários estudos sobre como tratar as doenças específicas da prematuridade foram sendo desenvolvidos, além de serem montadas incubadoras e criados vários tratamentos profiláticos. Iniciou-se, então, uma disputa entre obstetras e pediatras pela assistência aos recém-nascidos.

Entre 1870 e 1920, surgiu na Europa um movimento pela saúde da criança, que tinha como objetivo preservar a vida de todas elas, sendo registrado como um dos primeiros momentos da medicina neonatal. O cuidado preventivo passou, então, a ser praticado, maternidades foram ampliadas e mais incubadoras foram fabricadas.

Em 1947, na Universidade do Colorado, nos Estados Unidos, foi criado um centro que possuía leitos reservados a mães com gravidez de risco para partos prematuros, e programas de treinamento dirigidos a médicos e enfermeiros, a serem ministrados em todo o estado do Colorado.

Com os avanços técnico-científicos na Neonatologia, reduziram-se as taxas de mortalidade, pois a infecção hospitalar foi controlada com o isolamento restrito do recém-nascido na maternidade; porém, isso acabou ocasionando a separação entre mãe e filho, prejudicando o aleitamento e o vínculo entre eles.

Segundo Lussky (1999), as fundações, que antes eram designadas para prestar assistência às crianças abandonadas, foram modificadas e transformadas em hospitais infantis, e os pediatras assumiram um grande papel no tratamento neonatal.

A partir disso, a preocupação com os recém-nascidos, com a alimentação, a relação mãe-bebê, as novas doenças específicas da prematuridade, que até então ainda eram

desconhecidas, passaram a preocupar a equipe de saúde, e cada vez mais profissionais se especializaram para contribuir no desenvolvimento desses recém-nascidos.

O fonoaudiólogo também precisou se especializar, deixando cada vez mais de atender os pacientes apenas em seus consultórios particulares e iniciando um trabalho ainda nos leitos dos hospitais. Com isso, vários estudos na área da Fonoaudiologia têm sido realizados, para um aperfeiçoamento na atuação com bebês.

De fato, no levantamento realizado em livros, revistas científicas, monografias, dissertações e teses de doutorado da área, nos últimos dez anos, encontramos várias abordagens sobre o tema.

2.2 – As Áreas de Atuação do Fonoaudiólogo nas Maternidades

A inserção da Fonoaudiologia nesse panorama é recente. O fonoaudiólogo cuida dos aspectos relacionados à alimentação e ao aleitamento materno, ao desenvolvimento da audição e da linguagem, como também do contato mãe-bebê; trata da comunicação de maneira global, integrando sua atuação a todas as interfaces do trabalho multidisciplinar realizado no berçário (FACCHINI et al., 2000).

2.2.1- Atuação na Área da Motricidade Orofacial

No que diz respeito à alimentação, os bebês pré-termos têm um alto risco para dificuldades alimentares e de permanência em estado de alerta. Sua imaturidade neurológica, tônus muscular anormal, reflexos orais ausentes ou incompletos, fraqueza geral e dificuldades de se auto-regular podem reduzir a qualidade de suas habilidades motoras orais. Essas características interferem no sincronismo de sucção-respiração-deglutição, que é o mecanismo

oral motor primário, e no volume ingerido, acarretando o retardo do ganho de peso e, conseqüentemente, prolongamento da alta hospitalar (AMIEL-TISON, 1968; HERNADEZ, 1996; MORRIS e KLEIN, 1987; SILVA, 1999).

Segundo Madureira (2005), o fonoaudiólogo é o profissional indicado para a realização de uma avaliação clínica da deglutição; porém, a triagem para levantamento dos índices de risco para os distúrbios de deglutição poderá ser utilizada por qualquer profissional da área da saúde que faça parte da equipe de cuidados com o bebê. O autor ressalta também que a interdisciplinaridade é imprescindível na compreensão da problemática que envolve a função alimentar.

Garcez (1999) demonstrou os limites e possibilidades do trabalho fonoaudiológico em berçários a partir da realidade de um hospital do interior do Estado do Rio Grande do Sul; para tanto, realizou observação direta dos bebês, entrevistas e orientações às mães e troca de informação com a equipe de saúde. O autor investigou, mais especificamente, o conhecimento do papel do fonoaudiólogo e a necessidade de sua atuação junto à neonatologia. A análise dos dados demonstrou que, embora existam demandas que justifiquem essa atuação, tanto junto aos bebês quanto às mães e à equipe, há um desconhecimento do papel desse profissional. Comprovou ainda a necessidade de um profissional que intermedeie a relação pais/bebê/equipe, no sentido de esclarecer dúvidas e atuar, de forma prática, nas questões que dizem respeito à alimentação e às funções de sucção, deglutição e respiração, além de outras ligadas ao desenvolvimento geral do bebê.

Bühler e Limongi (2004) realizaram uma pesquisa com o propósito de identificar os fatores de intercorrências clínicas neonatais mais freqüentes que apresentam relação com o início e com a extensão da transição para a alimentação por via oral em recém-nascido pré-termo. Por meio desta, concluíram que há correspondência entre esses fatores e que o fonoaudiólogo que atua em Unidade Neonatal deve ter conhecimento das principais

intercorrências que acometem os RNs de risco para poder atuar de uma forma mais segura. Entre essas intercorrências, encontram-se: desconforto respiratório precoce (DRP), distúrbios metabólicos, icterícia tardia e/ou precoce, risco infeccioso, asfixia perinatal, refluxo gastroesofágico e fenda palatina.

Nesses casos, devido à necessidade de um período de preparo ou treinamento para que a sucção nutritiva (SN) ocorra em um menor tempo e/ou de forma eficiente, uma técnica utilizada é a sucção não-nutritiva (SNN), descrita como um padrão organizado e repetitivo de sugadas curtas e estáveis, com pausas longas ou irregulares, na qual o RN faz movimentos, sem ter a introdução de líquido na cavidade oral (CAETANO, FUJINAGA e SCOCHI, 2003).

Alguns protocolos foram então criados com o propósito de avaliar a SNN e a SN nos bebês de risco, e são eles que auxiliam na avaliação/estimulação dos recém-nascidos nas UTI's.

Xavier (1998) mostrou a necessidade de um protocolo de avaliação da alimentação e descreveu alguns critérios que deveriam ser levados em consideração, como a melhora do quadro respiratório, balanço calórico de 90 cal/kg/dia, maturidade neurológica do recém-nascido, alterações cardíacas.

Neiva (2000) também elaborou um formulário de avaliação da SNN e SN de recém-nascidos com o intuito de auxiliar no processo avaliativo fonoaudiológico junto a essa população. Esse formulário foi baseado na aplicação de 120 recém-nascidos com idade gestacional entre 34 e 42 semanas.

Neiva e Leone (2006) descreveram a evolução do padrão de sucção e os efeitos da estimulação da SNN em recém-nascido pré-termo (RNPT). Foram estudados 95 RNPT adequados para a idade gestacional (IG), com IG ao nascer menor ou igual a 33 semanas, distribuídos de forma aleatória em três grupos. Os autores concluíram que o padrão de sucção dessa população evolui em função da IG corrigida, tendo a estimulação da SNN aumentado a

probabilidade de ocorrência de vedamento labial, ritmo, acanolamento, peristaltismo e coordenação sucção-deglutição-respiração; o dedo enluvado foi considerado como a forma mais eficaz de estimulação da SNN.

Apesar de conhecer as alterações que os bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) podem causar nas arcadas dentárias das crianças, alguns fonoaudiólogos atuam na estimulação da SNN e SN com esses utensílios. Outros, os quais trabalham em Hospitais com a Iniciativa Amigo da Criança, utilizam o copinho como instrumento para complementação das dietas dos RN's, pois acreditam que, se sugar na mamadeira e chupeta, o bebê acaba deixando o seio materno mais precocemente.

Para as autoras Bühler e Limongi (2004), novos estudos devem ser realizados com as perspectivas de se verificar alterações em longo prazo no desenvolvimento do sistema estomatognático; e quanto à adequação do método do copinho para a alimentação do prematuro, já que ainda há poucos estudos sobre a eficácia desse instrumento para a alimentação nos berçários.

De qualquer forma, no que se refere à estimulação sensório-motora oral, a intervenção fonoaudiológica tem se mostrado vital para a maturação e organização das estruturas orofaciais do bebê, tornando-as aptas à alimentação segura (WELTER, 1999).

As técnicas de alimentação e suas repercussões oromotoras nos bebês de risco internados na UTIN do Hospital das Clínicas de Porto Alegre foram focos de estudo de Oliveira e Delgado (2005). Várias avaliações de sucções nutritivas e não-nutritivas foram realizadas e os autores observaram que os bebês apresentaram indício de um bom desenvolvimento das funções estomatognáticas para receber a alimentação por via oral, aceitando o aleitamento materno complementado por copinho ou mamadeira.

Andrade e Guedes (2005) realizaram uma intervenção fonoaudiológica, especificamente no processo de alimentação em recém-nascidos prematuros inseridos no

Método Mãe-Canguru. O estudo foi realizado em 16 recém-nascidos prematuros com idade gestacional entre 30 e 35 semanas e 6 dias, de ambos os sexos, sem intercorrências graves, nascidos na Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Os sujeitos foram avaliados, submetidos à intervenção fonoaudiológica e reavaliados durante a alta hospitalar. Os autores concluíram que, com a intervenção fonoaudiológica, houve uma melhora significativa em relação ao estado comportamental, sinais de estresse, coordenação entre sucção, deglutição e respiração e ritmo de sucção. Portanto, essa intervenção constituiu uma ótima alternativa para países em desenvolvimento, afinal, além de facilitar a relação mãe-bebê, pode contribuir para a efetividade da amamentação, diminuindo o tempo de permanência hospitalar, acarretando menores custos para a saúde pública.

Turczinski, *et al.* (2006) verificaram o nível de conhecimento de dez mães internas no Alojamento Mãe-Canguru da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza, Ceará, quanto à comunicação e amamentação. Os dados foram coletados por meio de um questionário semi-estruturado. Os autores constataram que todas conheciam a importância da comunicação com o bebê durante a realização do método Mãe-Canguru e os benefícios de uma amamentação eficaz, especialmente no intuito de promover o crescimento harmonioso das estruturas que compõem o sistema estomatognático.

Ribeiro *et al.* (2004) avaliaram a eficiência da mamada em recém-nascido a termo, verificando a relação entre a idade gestacional de 37 a 41 semanas e o APGAR¹² superior a sete no primeiro e quinto minuto. Foram avaliados 35 recém-nascidos a termo no Hospital Municipal de Santo André, no setor do berçário de alto e médio risco, por meio de um protocolo de avaliação fonoaudiológica que caracterizou essa população. Foi possível

¹² Algumas avaliações de condições de nascimentos e eficiência da reanimação são informações importantes num prognóstico futuro de evolução do quadro clínico patológico do bebê. O APGAR é um índice baseado nessas condições de nascimento dos RN's. Esta avaliação baseia-se na avaliação da frequência cardíaca, no esforço respiratório, no tônus muscular, na irritabilidade reflexa e cor.

observar que outros fatores como a maturação neurofisiológica (dias de vida), a experiência de sucção e o diagnóstico podem interferir na eficiência da mamada. Em relação ao APGAR, não foi verificada relação entre a nota e a eficiência da mamada¹³.

Delgado e Halpern (2005) verificaram a amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas e associaram com disfunções orais e apego mãe-bebê, por meio de entrevistas com as mães, avaliações orais nos bebês e dos sinais de apego, como o diálogo entre ambos durante a amamentação. Concluíram, então, que algumas variáveis avaliadas constituíram-se em dificuldades para estabelecer a amamentação.

Mariotto (2003) discutiu os distúrbios alimentares em bebês, articulando a noção de sujeito para a Psicanálise e a importância da oralidade no estabelecimento do laço afetivo mãe-bebê, principalmente no que se refere à experiência de frustração. Esse estudo propõe uma modalidade de compreensão do distúrbio alimentar, bem como uma reflexão sobre os efeitos da intervenção do fonoaudiólogo nesses casos.

Botelho e Silva (2003) avaliaram funcionalmente a disfagia de lactentes em UTI Neonatal, com o intuito de: detectar os critérios clínicos na avaliação da disfagia em lactentes sindrômicos e patológicos; testar a hipótese de associação entre achados funcionais e/ou videoendoscópicos; mostrar a importância da atuação conjunta entre o fonoaudiólogo e o médico otorrinolaringologista na avaliação da disfagia nesses bebês. A amostra foi composta por 15 lactentes nascidos no Hospital Maternidade de Campinas (SP), para os quais houve solicitação de uma avaliação fonoaudiológica por parte do médico neonatologista responsável. Todos os lactentes foram avaliados uma vez pelo mesmo fonoaudiólogo e pelo mesmo médico otorrinolaringologista.

¹³ Pires e Modes (2003) revisaram a literatura para verificar se o Índice de Apgar pode ter valor prognóstico na Clínica Fonoaudiológica, e chegaram à conclusão que esse índice usado isoladamente é inadequado como parâmetro de predição de evolução clínica, havendo pouca ou nenhuma funcionalidade para o fonoaudiólogo.

Os autores observaram que existe uma relação de dependência estatisticamente significativa entre as variáveis: aspiração após a fase faríngea e a penetração (alta e baixa) e sensibilidade extra-oral nas bochechas e a sensibilidade na cartilagem aritenóidea. Este último resultado mostra a associação entre um achado funcional obtido pelo fonoaudiólogo e um achado videoendoscópico do médico otorrinolaringologista, o que evidencia a importância do trabalho conjunto desses dois profissionais da saúde.

Sousa e Bitar (2003) acompanharam a alimentação de lactentes com refluxo gastroesofágico (RGE) no Laboratório de Investigação Fonoaudiológica em Alterações das Funções Alimentares, do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O objetivo do estudo era caracterizar a oferta de alimentos a lactentes com RGE e avaliar os efeitos do tratamento fonoaudiológico, através da avaliação e acompanhamento dos mesmos, considerando os utensílios empregados, postura corporal, modo e ritmo de oferta dos alimentos e época da realização das transições alimentares. Os autores concluíram que o acompanhamento fonoaudiológico foi eficaz na adequação dos aspectos envolvidos na oferta de alimentos.

Rocha e Delgado (2007) relataram o caso de um recém-nascido pré-termo com gastroquise que foi alimentado por sonda. A avaliação fonoaudiológica foi realizada de acordo com o protocolo padronizado do serviço de Neonatologia e apresentou os seguintes resultados: órgãos do sistema estomatognático no que se refere à postura, conformação e mobilidade dentro da normalidade; reflexos orais presentes; força e ritmo adequados na SNN; alteração na sensibilidade oral com reflexo nauseoso anteriorizado e exarcebado; sinal de estresse de alteração respiratória durante a SN na mamadeira; e dificuldade de pegar no seio materno. Foram realizadas três sessões de intervenção fonoaudiológica, uma vez por semana, com orientação para que a equipe de enfermagem desse continuidade à estimulação oral nos demais dias. Em uma dessas sessões, a mãe recebeu orientações sobre os benefícios da

amamentação e a importância do uso adequado de chupetas e bico de mamadeira do tipo ortodôntico para o desenvolvimento adequado das funções orais do bebê. O recém-nascido sujeito do estudo de caso teve alta sem alterações orais, mamando no seio materno com complementação de mamadeira, sendo enfatizado para a mãe a importância da intervenção fonoaudiológica para a adequação da função alimentar.

Encontramos também um grupo de pesquisas na área que vem destacando a importância do vínculo mãe-bebê no que se refere às questões de alimentação, bem como aspectos do manejo clínico fonoaudiológico.

Souza e Maia (2005) procuraram realizar uma varredura sobre a prática clínica fonoaudiológica junto a bebês e suas especificidades, investigando os aspectos do manejo clínico-terapêutico por meio de depoimentos de fonoaudiólogos que atuam com bebês. Assim verificaram que houve um reconhecimento por parte dos profissionais de que há características específicas que necessitam ser contempladas nesse contexto; porém, há uma necessidade de produção científica maior nessa área, não só abordando aspectos orgânicos, mas também o entorno desses pacientes, na atenção com a sua constituição enquanto pessoa.

Ferraz (2003), utilizando a concepção de desenvolvimento humano de Winnicott, descreve uma possível atuação do fonoaudiólogo em Unidades Neonatais e discute os fundamentos e as técnicas utilizadas nos atendimentos. Esse estudo apontou a importância de o atendimento fonoaudiológico ser iniciado logo no primeiro dia de vida do bebê, possibilitando o vínculo mãe-bebê e a adequação ambiental para o desenvolvimento da função de alimentação do recém-nascido.

Pego (2005) realizou um estudo baseando-se nos pressupostos teórico-metodológicos que advêm das articulações estabelecidas entre fundamentos da Neurociência, da Psicanálise Winnicottiana e também do Tratamento Neuroevolutivo-“Conceito Bobath” e da Teoria Síncrono-ativa, importantes para a compreensão do trabalho fonoaudiológico voltado ao

recém-nascido de risco. O objetivo desse trabalho foi delinear princípios e técnicas do atendimento fonoaudiológico a recém-nascidos pré-termos, desde o momento da sua internação no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica (CTIP), até a alta hospitalar, incluindo especificidades do enquadre envolvendo a mãe e a equipe multiprofissional. Para tanto, foi realizado um estudo de caso de um recém-nascido pré-termo muito baixo peso, com dificuldades alimentares e em uma condição de alto risco para problemas no desenvolvimento, especialmente na alimentação e na constituição do vínculo mãe/bebê. Deu-se destaque à importância da mãe como sujeito responsável pela construção do primeiro ambiente experienciado pelo bebê, fundamental, portanto, em sua constituição como pessoa.

A autora concluiu que o trabalho fonoaudiológico exige que o profissional esteja sintonizado tanto com o bebê, quanto com a mãe e a equipe hospitalar. Nesta perspectiva, é possível acolher a díade mãe/bebê, humanizar o ambiente de UTIP e favorecer ao pequeno paciente a conquista das aquisições próprias desse período inicial da vida.

Pelosini (2005), embasada na perspectiva psicanalítica Winnicottiana, em especial no conceito de amadurecimento pessoal, circunscreveu os possíveis desdobramentos clínico-fonoaudiológicos de entraves na relação inicial mãe-bebê. Foi realizado um estudo de caso com uma criança de quatro anos de idade, de origem peruana, nascida com uma malformação congênita craniofacial – fissura palatina – que só foi diagnosticada seis meses após o nascimento; porém, antes disso, os pais não haviam recebido orientações precisas sobre como proceder com o filho, em especial no que se referia à alimentação, que se constitui em um momento inicial da relação mãe-bebê. Com o relato minucioso dos pais sobre a história familiar foi possível inferir que os entraves iniciais que a mãe vivenciou nos cuidados com seu filho refletiram-se nas condições clínicas apresentadas pela criança, especialmente em suas dificuldades de experimentar novas situações de alimentação, o que também comprometia sua motricidade oral.

Os resultados mostraram que o manejo terapêutico utilizado pela fonoaudióloga, o qual propiciava condições para o estabelecimento de uma relação de confiança se estabelecesse, favoreceu ao paciente desvendar possibilidades de vivenciar novas experiências com a alimentação e de uso de estruturas motoras. A terapeuta também procurou acolher as necessidades da família, procedimento habitual na área fonoaudiológica quando o trabalho é realizado com crianças pequenas.

Aquino (2005) propôs que o fonoaudiólogo se inserisse como elemento facilitador da relação mãe-bebê de alto risco, uma vez que o envolvimento sensorial é imprescindível para o desenvolvimento psíquico do bebê e a emergência de sua linguagem oral. Essa proposta surgiu a partir da constatação de que muitas mães de recém-nascidos prematuros, internados na UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital das Clínicas “Samuel Libânio”, de Pouso Alegre/MG, não conseguiam identificar a expressão corporal dos filhos. Inclusive, apresentavam dificuldades em envolver-se sensorialmente com eles durante a evolução clínica e a capacitação dos bebês para alimentação oral exclusiva.

Ao longo da pesquisa, ficou evidente que a mediação fonoaudiológica fortaleceu a confiança da mãe em si e em sua capacidade de se disponibilizar ao filho e reconhecê-lo como objeto de amor que demanda seus cuidados, repercutindo no envolvimento sensorial oferecido por ela.

2.2.2- Atuação na Área da Audiologia

Outro aspecto bem explorado na Neonatologia é a área da audição, sendo que há uma crescente preocupação com a detecção precoce de alterações, no intuito de buscar um desenvolvimento das habilidades comunicativas o mais perto da normalidade. Essa preocupação pode ser observada nos estudos citados a seguir.

Em pesquisa sobre a evolução da triagem auditiva neonatal, Brasil (2004) concluiu que houve um crescimento desses programas, tanto aqui como em outros países. Assim, de 1964 a 1970, houve o início da implantação de programas de triagem auditiva universal por meio de procedimentos comportamentais. De 1971 a 1992, a triagem auditiva neonatal foi restringida aos recém-nascidos de risco. Já a recomendação mais recente, compreendida entre 1993 a 2003, volta-se para a triagem auditiva neonatal universal, uma vez que há tecnologia para realizá-la, como as Emissões Otoacústicas e a Audiometria de Tronco Cerebral.

Importante destacar que, na cidade do Salvador, estamos ainda na transição do segundo para o terceiro período de desenvolvimento da Triagem Auditiva.

Fuzetti (2002) e Ulhoa (2002) estudaram as Emissões Otoacústicas Espontâneas e as Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes em bebês. A primeira autora estudou recém-nascidos sem indicadores de risco para deficiência auditiva, e a segunda pesquisou as Emissões Otoacústicas em crianças com indicadores de risco para a deficiência auditiva.

Soares (2000), em seu estudo, sugeriu uma padronização de respostas de neonatos, aproximada aos achados da literatura, enquanto Guerrero (2000) descreveu os resultados da Triagem Auditiva Neonatal em recém-nascidos com e sem indicadores de perda auditiva. Gattaz, Santos e Mahl (2001) comentam que as Emissões Otoacústicas têm sido uma das técnicas mais utilizadas nas triagens auditivas neonatais.

Rossino (2001) comparou as respostas da triagem auditiva com o desenvolvimento global infantil, observando concordância entre os resultados.

Durante e Carvalho (2001) investigaram o efeito da estimulação acústica contralateral na captação das Emissões Otoacústicas Evocada Transiente e revelaram uma supressão contralateral.

Dantas (2001) analisou a amplitude das Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes na presença de ruído contralateral em neonatos sem risco para deficiência auditiva e Gattaz,

Santos e Mahl (2001) verificaram a incidência do registro de Emissão Otoacústica de recém-nascidos com peso inferior a 1500g e com peso entre 1500g e 2500g.

Ribeiro (2003) estudou o comportamento da amplitude de resposta das emissões otoacústicas evocadas transientes, por meio da avaliação de 112 prontuários de recém-nascidos a termo, sendo que o teste foi efetivado no setor de audiologia do Centro de Especialidades Médicas da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Araucária, região sul do Brasil. O comportamento da amplitude das emissões otoacústicas evocadas transientes encontrados, em valores médios, foi, para o sexo masculino, de 7,41 dB NPS para a orelha direita e 7,43 dB NPS para a orelha esquerda; e no sexo feminino, de 7,96 dB NPS para a orelha direita e 7,28 dB NPS para a orelha esquerda. Já a média da resposta foi semelhante nas variáveis sexo e orelha, não havendo uma diferença significativa nesse aspecto. Contudo, o autor observou uma grande variação nos valores de médias encontrados, principalmente no sexo feminino.

Durante e Carvalho (2006) estudaram as mudanças das emissões otoacústicas por transientes na supressão contralateral em lactentes. Foram analisadas as mudanças no sistema olivo-coclear medial (SOCM) relacionadas à idade, por meio da supressão das emissões otoacústicas transientes (EOAT) em lactentes saudáveis. Foram avaliados 25 lactentes a termo sem indicadores de risco auditivo, em dois momentos: ao nascimento e ao sexto mês de vida. Os autores concluíram que a magnitude da supressão das EOAT diminuiu do nascimento ao sexto mês de idade. Além disso, a associação entre a estimulação acústica contralateral e um sistema rápido na medida das EOAT possibilita o monitoramento não invasivo dos mecanismos eferentes auditivos e mostra-se clinicamente promissora na avaliação do estado coclear e do desenvolvimento da função eferente auditiva de lactentes de risco.

Bittencourt *et al.* (2005) caracterizaram os riscos auditivos mais frequentes do Berçário de Médio Risco do HCFMRP – USP por meio do levantamento dos prontuários de 60 recém-nascidos, hospitalizados entre dezembro de 1999 a março de 2000, observando

aspectos que tivessem relação com risco para deficiência auditiva. Os indicadores de risco mais encontrados foram: permanência em incubadoras por mais de sete dias, utilização de medicamentos ototóxicos, peso inferior a 1500g, ventilação mecânica por mais de cinco dias, Apgar baixo, tamanho pequeno para a idade gestacional e antecedentes familiares de perda auditiva. Os autores chegaram à conclusão que a instituição de triagem auditiva neonatal é de extrema importância e que, quando não for possível realizá-la de forma universal, deve ser proporcionada aos bebês de berçários ditos de alto e médio risco, garantindo, dessa forma, a precocidade do diagnóstico e da intervenção na deficiência auditiva.

Ribeiro e Mitre (2004) avaliaram o conhecimento das mães de recém-nascidos sobre Triagem Auditiva Neonatal (TAN) no pós-parto imediato e, caso elas aprovassem esse procedimento, os exames auditivos eram então realizados. A amostra desse estudo foi composta por pacientes internados em pós-parto imediato, sendo entrevistadas 25 mães, cujos filhos nasceram pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e outras 25 cujos filhos tiveram cobertura de convênio ou particular. A maioria (78%) não conhecia a TAN, e das que não quiseram realizar o exame, 55% justificaram que o valor era elevado, caro e os convênios não cobriam seu custo. Os autores concluíram que a TAN é um assunto novo para a população em geral e, portanto é necessário realizar um trabalho de conscientização sobre a importância da detecção precoce da perda auditiva. Além disso, tanto os profissionais como os pais deveriam se unir e se mobilizar para que os convênios dêem cobertura para o exame.

Castro (1999) estudou a avaliação audiológica infantil em crianças de 0 a 1 ano de idade, pois atualmente, existem inúmeras testagens simples, fáceis e rápidas que podem ser realizadas na busca de um diagnóstico precoce e preciso. Foram abordados nesse estudo principalmente a realização da anamnese, a testagem instrumental automatizada, a avaliação comportamental, a observação a estímulos verbais, a audiometria com reforço visual, o uso das emissões otoacústicas evocadas e os potenciais evocados de tronco cerebral. O autor

ressaltou a importância da avaliação infantil, assim como a escolha do método mais adequado a cada situação, buscando conscientizar os profissionais ligados à área, particularmente os fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas e, principalmente, os pediatras e neonatologistas, que são os primeiros profissionais em contato com a criança.

Barreira-Nielsen *et al.* (2007) apresentaram os resultados do processo de implantação de um programa de saúde auditiva neonatal em serviço público e revisaram os aspectos determinantes no planejamento, efetividade, manutenção e aprimoramento. Dos 4951 bebês recém-nascidos no período de 2002 a 2005, foram avaliados 3364 (67,9%), sendo 425 (12,61%) portadores de indicadores de risco para deficiência auditiva. Houve confirmação da perda auditiva em sete recém-nascidos (0,3%) por meio do Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico. Para os autores, treinamento e supervisão da equipe são cruciais, além de um sistema de agendamento e acompanhamento dos casos em seguimento, para diminuição da evasão e localização das perdas auditivas de aparecimento tardio, associado aos programas de triagem, à responsabilidade da confirmação do diagnóstico e intervenção. Desta maneira, teremos condições de mensurar a deficiência auditiva no Brasil e compará-la com o perfil epidemiológico de países onde esses programas já delinearão a saúde auditiva de sua população.

Silva (2005) descreveu e analisou interpretações de características e medida obtida na timpanometria de neonatos ouvintes com sonda de tom prova de 226, 678 e 1000 Hz. A interpretação das curvas timpanométricas com sonda de 1000 Hz utilizando o protocolo proposto por Sutton *et al.* (2002) foi a que possibilitou a classificação de normal na maior porcentagem das orelhas avaliadas, sugerindo que este pode ser um método de grande utilidade na avaliação de bebês. Recomendou, porém, que pesquisas futuras com esse protocolo sejam realizadas.

Fichino (2005) estudou os tempos de latência para cliques por via aérea e óssea do Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico em crianças de até 2 meses de idade sem perdas auditivas e, também, descreveram os resultados desse teste de uma criança de quatro meses de idade com malformação crânio-facial. A autora concluiu que o Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico por via aérea e via óssea auxilia no diagnóstico diferencial de perdas auditivas condutiva, neurossensorial e mista, devendo ser usado na prática clínica audiológica na avaliação de crianças que não respondem fidedignamente para avaliação comportamental.

Pinto (2005) estudou as emissões otoacústicas produto de distorção em lactentes de até dois meses de idade e descreveu os achados do registro delas por meio da análise do nível de resposta, do nível de ruído e da relação sinal/ruído em todas as bandas de frequências; da análise do nível de resposta em relação às variáveis: dias de vida, gênero, pico de pressão na timpanometria, o estado do lactente durante o exame e a distribuição do percentil do nível de resposta. Chegou à conclusão que houve uma tendência de diminuição do nível de resposta a partir dos 30 dias de vida.

Ribeiro (2005) analisou a vivência de pais de bebês durante o período compreendido entre a suspeita e a conclusão do diagnóstico da deficiência auditiva no filho. A partir do relato de suas experiências com Programas de Triagem Auditiva Neonatal, são discutidas as implicações dessas experiências na sistematização de protocolos e na atuação das equipes profissionais que atuam em Programas de Triagem Auditiva Neonatal. Foram observados que muitos momentos difíceis enfrentados pelos pais das crianças poderiam ter sido evitados se não houvesse falhas no protocolo, etapas mal definidas e articuladas entre si e conduta inadequada de alguns profissionais por falha na formação acadêmica.

A autora concluiu que um programa de saúde auditiva precisa ser constituído não só pela etapa de identificação de alterações auditivas por meio da TAN, mas também pelas

etapas da conclusão do diagnóstico e intervenção fonoaudiológica. Essas etapas precisam estar bem definidas e engajadas no processo para que, mesmo havendo uma falha na triagem, a criança tenha acesso imediato às demais etapas. A Triagem Auditiva Neonatal é uma interferência na construção do vínculo entre os pais e o bebê por ser realizada nos estágios iniciais da vida da criança, mas se a família for acompanhada em cada fase do processo por um profissional preparado, essa relação poderá ser poupada de maiores prejuízos.

Dias (2005) analisou criticamente o processo de implementação do Programa de Triagem Auditiva Neonatal no Hospital e Maternidade São José, situado na cidade de Conselheiro Lafaiete, interior do Estado de Minas Gerais. Foi observado que apesar da TAN não ser ainda Universal, a porcentagem de bebês triados aumentou com o desenvolver da pesquisa, sendo que a porcentagem de recusa à triagem foi mais alta nos primeiros meses. A partir de novembro de 2004, houve um aumento do número de bebês triados na alta hospitalar, o que pode ter sido observado devido à mudança de alguns procedimentos.

Para a autora, algumas das dificuldades enfrentadas na execução da triagem podem ser controladas com a modificação de alguns procedimentos. Para que o programa de TAN seja realizado com sucesso, é fundamental obter o apoio da equipe médica e administrativa do hospital.

2.2.3- O Acompanhamento Fonoaudiológico dos Bebês de Alto Risco – *Follow Up*

Em algumas maternidades, após a alta hospitalar ocorre um programa de acompanhamento dos bebês de alto risco, denominado *Follow up*, em que as crianças recebem atendimentos por uma equipe especializada em acompanhar seu desenvolvimento neuro-

psico-motor. A seguir, apresento alguns estudos que abordam os resultados desse tipo de acompanhamento.

Alves *et al.* (2007) identificaram a prevalência e as causas de desmame do seio materno precoce nos recém-nascidos pré-termo, participantes do Método Mãe Canguru em uma maternidade-escola em Alagoas. Para tanto, aplicaram um questionário contendo questões objetivas em 33 mães de recém-nascidos pré-termo/lactentes internos na enfermaria canguru e que compareceram aos retornos ambulatoriais, no período de fevereiro a junho de 2006. Periodicamente, foi realizada a análise dos prontuários dos bebês após a alta hospitalar, observando a manutenção do aleitamento materno, a ocorrência de desmame e suas respectivas causas. Todos os bebês se encontravam em aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, sendo que, no período dos retornos, o percentual de desmame foi de 27,3%, com a maior ocorrência no terceiro mês de vida. O estudo revelou, portanto, baixos índices de desmame precoce quando comparados aos percentuais observados em pesquisas realizadas em âmbito nacional, devido ao aumento dos retornos às visitas ambulatoriais. A maior causa de desmame precoce na população estudada relacionou-se a fatores sócio-culturais. Desta forma, o programa de atenção humanizada Método Mãe Canguru mostrou-se eficaz no que diz respeito ao incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

Também Foiadelli *et al.* (2005) verificaram a situação do aleitamento materno exclusivo um mês após a alta hospitalar de recém-nascidos pré-termo (RNPT), para identificar possíveis motivos de seu insucesso. Aplicaram, então, três questionários às mães (ao nascimento, próximo e um mês após a alta hospitalar dos RNPT) e fizeram avaliação da mama materna, do sistema estomatognático do bebê e das sucções não-nutritiva e sucção nutritiva em seio materno dos RNPT (englobando aspectos da morfologia mamária, pega e postura), antes da alta hospitalar e um mês após a alta. Participaram da pesquisa 14 RNPT,

nascidos em um Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, entre agosto e outubro de 2002. Um mês após a alta hospitalar, 28,5% estavam em aleitamento materno exclusivo.

Os autores concluíram que não houve relação estatisticamente significativa entre o aleitamento e o sistema estomatognático, sucção não-nutritiva e sucção nutritiva dos RNPT, escolaridade materna, ou experiência anterior de amamentação. Observaram, porém, que houve relação estatisticamente significativa entre o aleitamento materno exclusivo e o não uso de bicos artificiais, e entre presença de fissura e alteração na sucção nutritiva. Por fim, ressaltaram que a porcentagem de RNPT em aleitamento materno exclusivo está aquém do esperado e que os profissionais de saúde devem ter conhecimento sobre a intervenção do bico artificial, a fim de orientar as mães sobre a técnica adequada de amamentação e sobre os fatores que podem contribuir para o desmame precoce.

Silva *et al.* (2005) levantaram os métodos de alimentação utilizados em recém-nascidos com fissura labiopalatina durante a internação e após a alta hospitalar e, em especial, a experiência das mães desses bebês em relação ao aleitamento materno. Foram entrevistadas mães de 50 crianças portadoras de fissuras labiopalatinas, menores de 5 anos, de ambos os gêneros, sem outras alterações congênitas, sendo que um quarto dessas mães não havia recebido orientações sobre amamentação. Os autores observaram que o aleitamento natural foi mais satisfatório em crianças com fissura menos complexa e que a sucção insuficiente foi a principal causa da substituição do aleitamento natural por outras formas de alimentação. Durante a internação e a fase domiciliar, a maior variedade de métodos de alimentação foi encontrada em bebês com fissura transforame. Ou seja, as dificuldades no aleitamento natural em crianças com fissura labiopalatina se relacionam, principalmente, ao tipo de fissura e às orientações recebidas pelos profissionais das maternidades.

Também com relação a bebês com fissura, Di Ninno *et al.* (2006a) investigaram quais informações que os pais gostariam de receber após o nascimento da criança, ainda na

maternidade. Foram então entrevistadas 60 mães, que relataram quais orientações receberam na maternidade, bem como quais julgavam serem essenciais no período neonatal. A maioria delas (65%) relatou que preferia ter tido o diagnóstico da fissura durante a gestação, mas não houve diferença significativa quanto a esse aspecto por tipo de fissura. Com relação às dificuldades encontradas, não houve diferença entre o grupo de mães que recebeu ou não orientação na maternidade. No entanto, no que se refere aos problemas com alimentação, estes foram maiores em crianças com fissura envolvendo o palato do que naquelas com fissura apenas labial. Por fim, independentemente do tipo de fissura, a maior parte das mães relatou que orientações sobre a forma de amamentação da criança e as possibilidades de tratamentos existentes são as mais importantes no período neonatal e devem ser fornecidas ainda na maternidade; já as informações sobre o possível aparecimento de problemas otológicos, ortodônticos e alterações de fala, embora importantes, podem ser deixadas para uma outra oportunidade.

Os autores concluíram que as informações que os pais mais gostariam de receber no período neonatal referem-se à forma de amamentação da criança e às opções de tratamentos existentes.

Di Ninno *et al.* (2006 b) identificaram a frequência de diagnósticos pré-natais de fissuras labiopalatinas e a influência da época dos mesmos sobre as famílias. Para tanto, aplicaram 75 questionários às mães de crianças fissuradas de lábio e/ou palato, nascidas após 1993, em três instituições de tratamento, sendo que apenas 20% dessas mães receberam diagnóstico pré-natal da fissura, o que ocorreu após o ano de 2000, demonstrando que esse é um fato recente nessa região. Os autores encontraram diferença em relação ao tipo de fissura, sendo que o número de diagnósticos realizados no pré-natal foi maior quando o lábio era acometido, já que, nesses casos, aumentam-se as chances de visualização pela ultrassonografia. Concluíram, então, que o diagnóstico precoce da fissura é recente e exerce

influência positiva sobre as famílias, que, apesar de sentirem medo diante da malformação desconhecida, demonstram preferência pelo diagnóstico pré-natal e maior facilidade em aceitar e cuidar do bebê.

Felício *et al.* (2003) investigaram a relação do distúrbio de fala com a história de sucção e as desordens miofuncionais orais. Foram avaliadas pelo setor de fonoaudiologia 50 crianças com média etária de 6,5 anos de idade, sendo seus pais entrevistados. De acordo com a análise estatística, o distúrbio de fala foi associado à maior duração do aleitamento artificial e da sucção não-nutritiva, à postura anormal da língua e lábios e à mobilidade anormal da língua. Os autores concluíram que a sucção prolongada (aleitamento artificial e hábitos) pode modificar o ambiente oral e dificultar a coordenação para a fala.

Pfitscher e Delgado (2006) caracterizaram o desenvolvimento do sistema estomatognático em crianças que nasceram prematuras de muito baixo peso, após a transição alimentar. Participaram dez crianças selecionadas a partir do banco de dados de uma pesquisa realizada com prematuros de muito baixo peso ao nascer. A média de idade era de três anos e dez meses. Na ocasião da pesquisa, 90% das crianças avaliadas alimentavam-se de sólidos, mas tomavam mamadeira. A grande maioria apresentava algum hábito oral, e aquelas que faziam uso de chupeta e mamadeira concomitante apresentavam mordida aberta ou cruzada. Apesar de pertencerem a um grupo de risco para o desmame precoce, a média de aleitamento materno complementado foi de cinco meses e 24 dias. A maioria não utilizou uma boa transição alimentar e permanecia com hábitos orais deletérios, o que poderia prejudicar o desenvolvimento do sistema estomatognático.

2.3 - A Realidade da Atuação Fonoaudiológica com Bebês na Bahia

Na Bahia, várias pesquisas voltadas para os recém-nascidos vêm sendo desenvolvidas por alunos de graduação em Fonoaudiologia, as quais são citadas a seguir.

Segundo Vergne *et al.* (2004), a prevalência do distúrbio da alimentação em neonatos prematuros da Maternidade Climério de Oliveira, nascidos no período de janeiro a junho de 2003, relacionou-se à dificuldade e/ou impossibilidade de alimentação por via oral, com a utilização de vias alternativas de alimentação (enteral/parenteral); ao tempo de internamento; à presença de refluxo gástrico, regurgitamento e/ou vômito e a alguns distúrbios respiratórios: desconforto respiratório, apnéia, dispnéia, taquipnéia. Os autores concluíram que há necessidade da atuação do profissional responsável pela intervenção no RN para a adequação da alimentação por via oral.

Melo e Costa (2005) buscaram verificar a associação entre o período da amamentação e o desenvolvimento de hábitos orais viciosos. Foram aplicados 83 questionários a mães de crianças com idade entre três e seis anos, estudantes de uma escola particular de Salvador. Os autores constataram que 93,9% das crianças foram amamentadas, sendo que aquelas que foram por um período mais curto apresentaram maior prevalência de hábitos orais viciosos, quando eram analisados globalmente. Entretanto, quanto maior foi o período de amamentação, menor a prevalência dos hábitos de sucção de chupeta e mamadeira e menor o tempo de persistência dos hábitos. Assim, 69,5 % das crianças que foram amamentadas por um período de 0 até 3 meses desistiram do hábito depois dos 4 anos de idade. Já 82,3 % daquelas que foram amamentadas por um período de 4 a 6 meses e 93,2%, por mais de 6 meses desistiram antes dos 4 anos de idade. Houve, então, associação entre o período de amamentação e a prevalência de hábitos orais viciosos, assim como com a sua persistência, demonstrando a

necessidade de esclarecimentos sobre prejuízos que eles possam causar ao sistema estomatognático das crianças.

Valente *et al.* (2004) investigaram o conhecimento que o corpo clínico de uma UTI neonatal tem a respeito da função do fonoaudiólogo como coadjuvante no processo de desenvolvimento e maturação das funções básicas para a alimentação do RN de alto risco. Participaram desse estudo oito médicos neonatologistas da UTI neonatal do hospital Santo Amaro. Pôde-se observar que esses médicos realizaram poucos encaminhamentos de bebês com dificuldade de alimentação para o atendimento fonoaudiológico, uma vez que não estabeleceram contato direto com este profissional, impossibilitando, então, que o fonoaudiólogo demonstrasse seus conhecimentos e possibilidades de atuação.

Leal (2005) levantou informações referentes à queixa de dificuldades de sucção do peito materno, obtidas nos prontuários de crianças nascidas a termo, de parto natural, no período de junho a novembro do ano de 2004, no Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA). Por meio da análise desses prontuários, a autora levantou dados sobre a frequência de registros contendo essas dificuldades e o tempo de permanência hospitalar dos neonatos que as apresentaram. De acordo com os critérios de inclusão da pesquisa, foram selecionados 1466 prontuários, sendo que 22,4% (329) não informavam sobre a amamentação e sucção do neonato, e 77,6% (1137) continham tais informações. Destes, 90,8% (1032) referiam o sucesso da amamentação, enquanto em 9,2% (105) havia dados de dificuldades no aleitamento materno, porém sem que determinassem o aumento da permanência hospitalar das mães e neonatos envolvidos. Portanto, a escassez de dados registrados em prontuários torna-se prejudicial, tanto para o paciente quanto para o hospital, pois impossibilita a comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar do hospital, dificultando, conseqüentemente, a compreensão dos casos, a adoção de condutas adequadas e a implantação de serviços futuros.

No âmbito fonoaudiológico, as informações sobre as dificuldades de sucção de neonatos via seio materno, registradas em prontuários, certamente auxiliam na avaliação e intervenção, bem como, num futuro *follow-up* dessa população.

Em um estudo comparativo entre uma população de RN's de alto risco e RN's normais, na mesma faixa etária, 0 e 12 meses, Argolo e Abreu (2007) utilizaram uma escala de avaliação da aquisição e desenvolvimento da linguagem, a *Early Language Milestone Scale*. Foram avaliadas 15 crianças, sendo oito prematuras e sete a termo. Os autores concluíram que não houve diferença entre o grupo de crianças a termo e pré-termo, apesar das prematuras terem apresentado diversos fatores de risco para desenvolvimento da linguagem. Apesar da equiparação quanto aos comportamentos de linguagem dos dois grupos, quanto ao estado comportamental, as crianças prematuras se mostraram mais hipoativas, realizando com menor frequência as atividades propostas.

Em estudo realizado em um Hospital Amigo da Criança, na cidade de Salvador-Bahia, Santos e Abreu (2007) caracterizaram a primeira mamada dos recém-nascidos e compararam com as possíveis dificuldades apresentadas na mamada após 24 horas. As autoras observaram que a primeira mamada dos recém-nascidos não ocorreu dentro da primeira meia hora de vida, como rege o quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Também foram verificados comportamentos indicativos de dificuldades para a amamentação, mediante aplicação de protocolo. Devido à orientação por parte dos profissionais da maternidade, na mamada após 24 horas foi percebida uma redução no número de dificuldades tanto das mães como dos bebês durante a lactação.

As autoras concluíram que é necessária a participação dos profissionais de saúde para a facilitação da realização do quarto passo da IHAC. Há também a necessidade da avaliação da mamada dos binômios mãe/bebê, de modo que as dificuldades sejam rapidamente identificadas.

Silva e Abreu (2007) caracterizaram os neonatos atendidos pelo serviço de Fonoaudiologia durante o ano de 2006, de uma maternidade pública de Salvador-Bahia. Para esse estudo, foram utilizados 194 prontuários de neonatos nascidos de janeiro a dezembro de 2006 e que foram atendidos pela Fonoaudiologia na Unidade Semi-Intensiva Neonatal (USIN), Alojamento Conjunto, *follow-up* e Enfermaria Mãe-Canguru. Dessa forma, foi verificada a existência de uma população bastante variada no ambiente de uma maternidade, sendo que, independente da idade gestacional, o padrão de sucção pode apresentar algum tipo de alteração, levando a uma amamentação não eficaz. Parece ser necessário, então, um trabalho de orientação e acompanhamento interdisciplinar, por parte dos profissionais que atuam na maternidade, fundamental para uma melhora na qualidade de vida dos neonatos.

3- O PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa, de tipo exploratório, buscando compreender a especificidade do fenômeno estudado, respeitando a sua singularidade.

O estudo foi realizado na cidade do Salvador, sendo que iniciamos identificando quantas e quais maternidades possuem UTIN's e USIN's e quantas e quais delas disponibilizam trabalho fonoaudiológico aos pacientes. Para tanto, consultamos a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), no intuito de obter dados oficiais, e posteriormente nos deslocamos a cada uma delas, pois o fonoaudiólogo poderia não estar referido em seus quadros de funcionários.

Diante da lista de profissionais que atuavam com bebês em Salvador, optamos por trabalhar com aqueles que tivessem experiência na área e que foram pioneiros na implantação de seus serviços nas maternidades. Assim verificamos que, atualmente, contamos com 22 fonoaudiólogos, a maioria recém-formada, se especializando na área de bebês.

Escolhemos, então, oito fonoaudiólogas para relatar o trabalho que vêm realizando, que foi então analisado, buscando apresentar um panorama e os problemas enfrentados pelos fonoaudiólogos na implantação de seus trabalhos com bebês em maternidades.

Segundo Turaro (2003), esse número de sujeitos permite a realização de pesquisa de cunho qualitativo, possibilitando profundidade e análise, o que resulta numa nova e rica compreensão da experiência, principalmente por tratar-se de pesquisa de caráter exploratório que pretende abrir um campo e delimitar questões para serem aprofundadas em estudos futuros.

3.1 - Etapas da Pesquisa

O projeto foi inicialmente submetido à avaliação e aprovação da Comissão de Ética de Fonoaudiologia da PUC-SP, conforme prevê a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo que só foi iniciada após a análise e parecer favorável desse comitê (protocolo nº 059/2006).

Após o levantamento de dados oficiais sobre as maternidades existentes em Salvador, junto a SESAB, esta secretaria encaminhou a pesquisadora às próprias diretorias de cada maternidade, tanto no serviço público, como privado, que atendem pelo SUS, para verificar quais delas contavam com UTIN's e USIN's, qual a composição da equipe de profissionais e se dentre eles havia fonoaudiólogos. Também foi pesquisada a vinculação destes profissionais junto a esses serviços. Os hospitais/maternidades particulares também foram procurados.

Foi entregue um questionário em todas as maternidades e em hospitais com maternidades, para auxiliar no levantamento de dados iniciais (ANEXO 3).

A partir desse momento, foi realizado um contato via telefone com os fonoaudiólogos que atuam nas maternidades, a fim de realizar o convite para participação na presente pesquisa. Foram entrevistadas fonoaudiólogas que constavam no levantamento realizado previamente, sendo que todas implantaram serviços de atendimento a bebês em maternidades de Salvador – Bahia. Antes do início das entrevistas, cada uma delas assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1), necessário à realização da entrevista.

As entrevistas foram previamente marcadas e agendadas em locais e horários mais convenientes às participantes, tendo duração de trinta minutos a uma hora, aproximadamente, preferencialmente realizadas em uma sala tranqüila, sem ruído e confortável. Apenas uma das entrevistas não pôde ser realizada em condições ideais, sendo o local a casa da entrevistada.

3.2 - As Entrevistas

A primeira entrevistada foi uma fonoaudióloga recentemente contratada como preceptora de Residência Multiprofissional em Fonoaudiologia Neonatal em uma das maternidades pesquisadas. Formada pela Universidade do Estado da Bahia em 2004, atuou como voluntária na Maternidade Climério de Oliveira antes de assumir o cargo de preceptora no Hospital Roberto Santos.

A segunda entrevista foi realizada com uma fonoaudióloga pioneira na implantação da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), porém, na ocasião deste estudo, ela ainda não encontrava-se vinculada à maternidade e seu trabalho era realizado como prestação de serviço à família. Formada há dezoito anos pela PUC de São Paulo, é especialista em Audiologia Clínica há doze anos e já vinha trabalhando com bebês antes de começar a realizar a TAN.

A entrevistada seguinte estava formada há dez anos pela Universidade de Fortaleza, também com especialização em Audiologia Clínica e formação no método Neuroevolutivo Bobath. Na ocasião deste estudo, trabalhava na área de Motricidade Orofacial com questões relacionadas à alimentação de bebês e crianças.

A quarta entrevista foi realizada com uma profissional formada há dezessete anos pela Universidade Federal de Santa Maria e que iniciou o trabalho com bebês pela TAN, em 2001. Também havia realizado o curso de especialização em Audiologia Clínica.

A quinta entrevistada trabalhava em Salvador desde 1994 com Triagem Auditiva Neonatal; porém, até 2003, realizava avaliação auditiva comportamental, e só após um curso de Emissões Otoacústicas, em Salvador, adquiriu o equipamento e também começou a realizar o exame em duas maternidades em que vinha trabalhando como prestadora de serviço. Formou-se em 1992 na Universidade Sagrado Coração, em Bauru, e depois de seis meses fez um curso de extensão, mas obteve o certificado como curso de especialização em

Audiologia. Na ocasião deste estudo, trabalhava tanto na área da Audiologia como de Motricidade Orofacial.

A sexta entrevistada formou-se pela Universidade Católica de Goiás há nove anos e há quatro trabalhava em um hospital particular, referência em UTIN em Salvador, realizando a TAN.

A sétima fonoaudióloga havia se formado há 14 anos pela Universidade Católica de Goiânia, e logo em seguida veio para Salvador. Começou trabalhando com Audiologia Ocupacional e Clínica, adquiriu um equipamento de Emissões Otoacústicas e resolveu trabalhar também com bebês nas maternidades. Apresentou a idéia para os diretores dos hospitais e também conhecia a neonatologista, o que facilitou o acesso aos hospitais.

A oitava fonoaudióloga havia se formado há 20 anos pela Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro. Veio para Salvador recém-formada e, quando chegou, foi chamada para trabalhar com bebês nas maternidades devido ao contato com os pediatras. Na ocasião deste estudo, não atuava mais em maternidades, mas sim com bebês em seu consultório particular.

Logo no início das entrevistas foi exposto o tema do estudo (ANEXO 2), e em seguida sugerido que as fonoaudiólogas narrassem livremente suas histórias profissionais. A gravação foi feita no aparelho Magnavox MCS 225 CP Player / Stereo Radio Cassette, em fitas cassete Sony EF-X com duração de 60 minutos, para serem transcritas, textualizadas e transcriadas.

No decorrer das entrevistas, foram realizadas algumas intervenções pontuais, tanto no sentido de pedir algum esclarecimento sobre o assunto abordado, como para retornar para o tema em questão, quando a entrevistada dele se afastou.

As oito entrevistas (ANEXO 4) foram transcritas, textualizadas e transcriadas. As entrevistadas conferiram o texto final, interferindo e corrigindo informações, e autorizaram o uso e arquivamento do material para posterior análise. As entrevistas foram então

transformadas em depoimentos, analisadas e discutidas, de acordo com o nosso objetivo neste estudo, que é descrever e compreender como vem sendo desenvolvido o trabalho do fonoaudiólogo com bebês nas maternidades de Salvador – Bahia, como foi o seu início, quais suas facetas e seus significados, quais as práticas desenvolvidas e como se encontram emolduradas pelas condições institucionais.

4 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1- Presença do Fonoaudiólogo nas Maternidades de Salvador

Das 16 maternidades pesquisadas em Salvador, duas não puderam participar deste estudo. A justificativa advém da inauguração recente de uma das maternidades, e, na ocasião, ainda estava estruturando o serviço e não possuía um setor específico para avaliar o questionário (ANEXO 3) apresentado para esta pesquisa; e a outra, da desativação da maternidade devido a reforma e da inexistência de fonoaudiólogos em sua equipe de profissionais.

Das 14 maternidades que responderam à solicitação, nove contavam com atendimento fonoaudiológico, sendo um deles como trabalho voluntário e outro, por contrato. As outras fonoaudiólogas apenas prestavam serviço ao hospital ou, em alguns casos, haviam sido contratadas pela família dos RN's. Há outra maternidade que já teve alguns fonoaudiólogos trabalhando como voluntários, porém, na ocasião deste estudo não constavam mais em seu quadro de funcionários.

As equipes da Unidade de Terapia Intensiva e/ou Semi-Intensiva eram compostas pelos seguintes profissionais: médicos pediatras e neonatologistas intensivistas e diaristas, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas. Em algumas, ainda foram citados: terapeuta ocupacional, assistente social, otorrinolaringologista, lactarista e fonoaudiólogo.

Em dez maternidades, a estimulação da sucção dos neonatos prematuros era realizada pela equipe de fisioterapia. O enfermeiro e o médico eram também responsáveis por avaliar e estimular a sucção dos RN's, sendo que, em uma delas, a enfermagem orientava a mãe para realizar essa estimulação, com o apoio educacional do serviço social. Apenas em duas

maternidades o fonoaudiólogo realizava o trabalho de motricidade orofacial, e em uma outra instituição hospitalar esse profissional era chamado esporadicamente.

A triagem auditiva neonatal vinha sendo realizada em seis dessas maternidades. Uma maternidade pública havia contado com o serviço de uma fonoaudióloga voluntária de 2004 até 2006.

Em um dos hospitais, embora não houvesse fonoaudiólogo na UTI neonatal, havia dois para atender adultos portadores de distúrbio de deglutição, auxiliando a equipe na manutenção ou recuperação do estado nutricional desses pacientes, maximizando a alimentação oral quando possível e favorecendo a proteção de vias aéreas.

4.2- A Análise das Entrevistas

Apresentamos aqui reflexões sobre aspectos fundamentais trazidos pelas entrevistadas no que diz respeito à inserção dos serviços de fonoaudiologia nas maternidades de Salvador.

A- Formação Acadêmica: escassez de conteúdos fundamentais para o trabalho com bebês

Em Salvador, os primeiros cursos de Fonoaudiologia iniciaram em 1999, formando a primeira turma em 2003, tanto na Universidade Federal da Bahia (UFBA) quanto na Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Então, embora os soteropolitanos já tivessem interesse em estudar Fonoaudiologia na década passada, por muito tempo necessitaram ir a outro Estado do Brasil buscar essa formação.

“Nasci em Salvador, mas me formei na Universidade Sagrado Coração, em Bauru, em 1992”.

Sendo assim, a maioria dos profissionais que atuam em Salvador ainda advém de outros Estados, o que pôde ser constatado nesta pesquisa.

“Nasci na cidade de Anápolis, Goiás e me formei em Goiânia, pela Universidade Católica de Goiás”; “Nasci em Indianópolis, Tocantins e me formei em Goiânia, pela Universidade Católica de Goiânia, em 1993.2”; “Nasci em São Paulo, capital, me formei pela PUC, São Paulo, em 1989. Então, estou fazendo dezoito anos de formada. Estou em Salvador há 17 anos”; “Nasci em Fortaleza, sou formada há dez anos pela Universidade Fortaleza – UNIFOR. (em 1996.2)”; “Nasci em Santa Maria, Rio Grande do Sul e me formei pela Universidade Federal de Santa Maria, em 1990”; “Nasci em Guaratinguetá, estado de São Paulo, em 26/02, me formei na Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro, em 1987. Não fazer 20 anos.”

Apenas uma das entrevistadas formou-se em Salvador – Bahia.

“Formei-me em Dezembro de 2004 na UNEB, Salvador, Bahia”.

Importante ressaltar, também, que, apesar de os profissionais entrevistados terem se formado em outros estados, chegaram aqui sem capacitação profissional adequada na área de neonatologia. De fato, segundo Facchini *et al.* (2000), a inserção da Fonoaudiologia nesse panorama é recente. O fonoaudiólogo deve cuidar dos aspectos relacionados à alimentação, ao aleitamento materno, ao desenvolvimento da audição e da linguagem, como também do contato mãe-bebê; e tratar da comunicação de maneira global, integrando sua atuação a todas as interfaces do trabalho multidisciplinar realizado no berçário. Para tanto, conforme relatado por todas as entrevistadas, é necessário buscar cursos de especialização e pós-graduações. Assim, embora durante a graduação algumas tenham estudado o desenvolvimento global de crianças, bem como patologias específicas, como fissuras e avaliação comportamental da audição, não receberam informações sobre o desenvolvimento no período neonatal, o que pode estar dificultando suas ações nessa área.

“Uma formação para neonatologia eu posso dizer que não tive, o máximo que eu tive, se é que eu tive, não foi na faculdade, mas sim em cursos, congresso que eu participei extracurriculares; agora claro que não deixamos de ver quais são os reflexos...”

“A única experiência que eu tive em âmbito hospitalar foi um estágio extracurricular na área de fissuras labiopalatais, mas quando formada eu não tive oportunidade de trabalhar nessa área.”

Segundo estudo de Bühler e Limongi (2004), para poder atuar de uma forma mais segura, é fundamental que o fonoaudiólogo que trabalha em Unidade Neonatal conheça as intercorrências clínicas neonatais mais freqüentes, as quais relacionam-se com o início e com a extensão da transição para a alimentação por via oral em recém-nascidos pré-termos.

As entrevistadas também foram unânimes em relatar a falta de formação no âmbito hospitalar e de experiência na atuação em equipes multiprofissionais. Poucas foram formadas para trabalhar com populações diferenciadas, como crianças internadas em maternidades. Parece, então, que as universidades particulares, em especial, apresentam dificuldades em proporcionar estágios extra-muros, talvez devido à grade curricular, que não permite muito tempo para essas atividades.

“Não posso dizer jamais que eu saí da Faculdade preparada para trabalhar no hospital. Se me perguntarem: ‘Você é recém-formada, você está apta a trabalhar com bebês?’, sinceramente, só tenho diploma, porque não serei apta, sendo honesta, não tive formação...”

“A minha formação não teve nada em relação à parte hospitalar, mas nada mesmo.”

Outro aspecto destacado diz respeito ao fato de alguns conteúdos fundamentais para uma boa atuação não estarem incluídos nos cursos de formação, pelo menos há uns três anos:

“Na minha graduação foi uma “beleza”, porque eu não vi emissões, não vi otoneuro, não vi potencial evocado, não vi processamento auditivo. Otoneuro eu sou autodidata, emissões também mais ou menos, mas fui fazendo os cursos, com o tempo. Eu formei em 1997.2, coleí grau em 1998, em março, em abril eu estava aqui”.

A fala dessa profissional nos leva a constatar que, além de não ter tido formação necessária, ela ingressou no mercado de trabalho imediatamente. Aqui cabe uma reflexão: Quais as repercussões para a população que é atendida por uma profissional sem capacitação? Talvez na formação dos profissionais, em geral, haja esse *défict* em relação aos conteúdos e à prática.

“Minha formação foi só na teoria, porque desde o primeiro/segundo semestre da faculdade eu fiz uma disciplina que era chamada de Fono Preventiva, que falava muito disso, da prevenção mesmo. Eu me interessei por essa área, mas na faculdade eu não vi nada. Eram só pinceladas, mas nada muito específico.”

“Otoemissões nem existia. Não tinha, nem se cogitava. Nosso nível de conhecimento não nos levava a ter nenhum tipo de informação, com relação às otoemissões...”

“Na época da faculdade, a fonoaudiologia exercida era extremamente mecanicista! É uma coisa que eu acho que a universidade ainda peca, os alunos não sabem diferenciar função de atividade. Isso é impressionante!”

Ainda no que diz respeito à falta de formação para a inserção no âmbito hospitalar, um ponto que foi levantado por duas entrevistadas diz respeito à leitura de prontuários, tarefa árdua para o profissional que ainda está se preparando para atuar nessa área.

Leal (2005), Bittencourt et al. (2005) e Alves et al. (2007) realizaram pesquisas baseadas em leitura de prontuários. Leal (2005) identificou a falta de dados registrados em prontuários, o que pode prejudicar tanto o paciente quanto o próprio hospital, pois dificulta a comunicação entre a equipe multidisciplinar, podendo causar danos a compreensão dos casos, a adoção de condutas adequadas e a implantação de serviços futuros.

“A Leitura de prontuário ainda é um pouco difícil. Ô letrinha desgraçada! Complicado. Fomos atrás de literatura para tentar suprir essa coisa de abreviação, mas mesmo assim, cada serviço tem uma didática diferente para abreviar. É complicado(...).”

“Leitura de prontuário não foi uma tarefa fácil. (...) não tivemos esse conhecimento que eu acho que é importantíssimo no curso. Trabalhar, lidar com médicos que pegam um prontuário, escrevem o que querem e somem com o prontuário; a gente

precisa escrever no prontuário, têm folhas específicas para os exames, têm folhas específicas para Enfermagem, têm folhas específicas para o médico que atende a mãe do bebê, é muito complicado. A gente teve que aprender aprendendo. Erramos muito, de anotar coisa onde não devia. Hoje a gente já aprendeu, mais pela prática.”

B- Busca de recursos para complementar a formação e inserção na área: os parâmetros da literatura e as formas de divulgação do trabalho

Uma das formas encontradas pelas entrevistadas para “compensar” essa falta de conhecimentos específicos no que diz respeito à prática hospitalar foi realizar trocas de informações em reuniões clínicas com profissionais que atuavam na área da audição, especificamente, com triagem auditiva neonatal. Nessas reuniões, eram realizadas discussões de textos, normatizações de serviços, da forma de transmitir o resultado da triagem, sendo uma preocupação a divulgação de novos estudos e práticas na área.

“ Troca de experiência mesmo, ‘olha, no meu serviço funciona assim, eu tive tal e tal problema, a gente conseguiu resolver assim, assim’, porque é uma troca de experiência. (...) Antes até de começar a trabalhar com triagem, teve uma tentativa de se reunir os profissionais que trabalhavam com emissões otoacústicas especificamente. Tiveram algumas reuniões, eu cheguei a participar da última, e só foram três serviços, os outros serviços já não iam mais. Então, quem participava, quem fazia emissões em outras clínicas, que têm várias que já fazem, também participavam da reunião. Então era uma reunião de discussão de texto, de levar novidade. É uma coisa que infelizmente morreu, têm trocas isoladas, mas de parceria, de amizade, de todos os serviços do município, isso não têm.”

“Há uns três anos, existia um grupo em que a gente se reunia para trocar informações. Era o grupo que fazia triagem auditiva, mas depois acho que ficou muito desgastado, encontrar horário que fosse adequado para todo mundo e acabou, nunca mais tivemos essas reuniões, mas era muito importante, trocávamos informações muito valiosas. Infelizmente não deu mais certo. É isso mesmo.”

“Eu acho que temos que ter muito cuidado na colocação. As pessoas que trabalham comigo dentro do hospital, as colegas que são fonoaudiólogas, conversamos muito, a gente tem reuniões para podermos conversar sobre a questão de como colocar para família que o bebê falhou, porque é uma situação delicada.”

Para Barreira-Nielsen *et al.* (2007), treinamento e supervisão da equipe são fundamentais, além de um sistema de agendamento e acompanhamento dos casos em seguimento.

Também é necessário que os profissionais busquem formas de se atualizar, seguindo, por exemplo, os parâmetros de avaliação que têm sido apresentados na literatura da área.

Como abordado por Neiva (2000) e Xavier (1998), entre outros autores, o protocolo de avaliação é um fator importante para direcionar o trabalho a ser realizado com recém-nascidos. Também Rocha e Delgado (2007), mais atualmente, utilizaram um protocolo padronizado do próprio serviço de Neonatologia em sua pesquisa.

Observamos que todas as entrevistadas da área de audiologia afirmaram fazer uso desse procedimento, mas apenas uma fonoaudióloga da área da motricidade orofacial relatou que utiliza um questionário de avaliação inicial e final e um protocolo de atendimento, porém não referiu se era padronizado ou não.

“Eu trabalho com o protocolo da GATANU. Esse protocolo, que é muito bem feito, é muito bonito”.

“Nós atendemos com o protocolo do GATANU, o mais específico do serviço. É o protocolo do GATANU e internamente a gente tem a nossa rotina, que pode mudar.”

“Eu sigo o protocolo do GATANU, e nos bebês sem indicadores de risco fazem emissões ou BERA, com reflexo cócleo-palpebral..”

“No Hospital F., não temos um protocolo só da fono, mas tem a folha de exames, onde o raio X anota, o laboratório anota, que a fono também anota. A gente tem uns carimbos também, que a gente pode colocar na solicitação, se já foi realizado ou não; no livrinho do bebê, se passou ou não, que equipamento foi usado. Ai estão algumas rotinas, fora prontuário.”

“Tínhamos um questionário lá de avaliação inicial e final e tínhamos um protocolo de atendimento diário, que todo dia que fazíamos atendimento, a gente registrava. Como a coisa começou a mudar.”

O uso de protocolos publicados na literatura nacional pelas fonoaudiólogas de Salvador pode favorecer, também, a divulgação do atendimento hospitalar realizado por essas profissionais. Algumas das entrevistadas têm realizado levantamentos de dados nas maternidades e já vêm publicando seus trabalhos em congressos.

“Agora estamos fazendo levantamento de quantos bebês a gente atendeu, de quantos bebês nascem no hospital, porque estamos conseguindo ter acesso a isso...”

“Fizemos um levantamento de tudo que a gente atendeu, na verdade pegamos a pasta e contamos, mas não casamos os dados, as informações, não montamos isso ainda.”

“(...) A gente é tem que escrever mais, estar mais dentro dos congressos, não só de Fonoaudiologia, nem de Otorrino, mas do congresso de Cardiologia, de Pneumo, que a gente tinha que estar, pois a gente trabalha diretamente com eles e não estamos participando disso.”

Essas possibilidades de divulgação podem não só contribuir para o estabelecimento de nosso espaço como indicar os bons resultados do trabalho.

“Acho que faltam muitas pesquisas na área e por isso eu quero e me dispus a ajudar. Acho o número de pesquisas muito ínfimo para poder comprovar que é importante e estar divulgando. Sabemos que uma pesquisa na área médica é muito mais divulgada até pela classe, acho que temos que fazer a nossa parte e não ficar pensando se o médico não vai ler, porque não vai ler. Temos que divulgar e quando entramos em contato com outros profissionais nós conseguimos isso. Mostrar uma revista, também, já vai de alguma forma divulgando. Então no meu dia-a-dia, às vezes, na clínica atendendo terapia, eu falo da maternidade, do meu trabalho por lá, o que já é uma forma que eu aproveitava para divulgar. Era como se eu já andasse com uma camisa por baixo do jaleco para ir divulgando.”

“Na Maternidade C.¹⁴, que é o tempo de experiência que eu tenho, tinham profissionais e profissionais. Alguns muito abertos que queriam a nossa opinião, queriam que a gente ajudasse. Estavam abertos a conhecer o nosso trabalho. Já no período em que eu fiquei lá, acho que consegui mostrar um pouquinho desse trabalho, junto com as meninas que também passaram por lá. De alguma forma, às vezes, eu acho que os profissionais pensam que nós somos a solução naquele momento. Como se fosse assim: Já que tem que passar pela Fono, então passa pela fono, mas não dão muito crédito.”

¹⁴ A Maternidade C. é a primeira maternidade pública em Salvador a contratar um Fonoaudiólogo para atuar na USIN, desde Setembro de 2006.

“Mas não é repetindo o que todo mundo fala, essa é mesmo uma área que tem que ser explorada realmente, principalmente em Salvador; tem que ser divulgada, a gente tem que conquistar nosso espaço. Eu acho que essa contratação na Maternidade C., já é um ótimo sinal, demorou, mas chegou.”

“Eu acho que a Fonoaudiologia, em Salvador, nas maternidades, poderia já estar um pouco mais avançado, mais reconhecida. Porque, a gente sabe que na maternidade o médico que está ali, ele não trabalha só ali, ele trabalha em outros locais. Se ele é um neonatologista, provavelmente, ele trabalha em outras maternidades. Então, se ele está ali vendo o seu trabalho e chega em outro lugar, sabe que você trabalha com aquilo, já viu você trabalhando, porque não chamar você pra realizar o mesmo trabalho? Não pra ser contratado, mas, pelo menos, você atender, começar com atendimento esporádico; enfim, eu acho que de tanto que já viram não só o nosso serviço lá na maternidade C., mas até de todas as outras fonos, eu acho que já podia estar muito mais na frente.”

“Desde que eu comecei, sempre tento todo ano entregar para coordenadora de Neonatologia um relatório de quantos bebês a gente fez, quantos bebês passaram, quantos falharam, qual porcentagem de atendimento do hospital, porque eu acho que isso faz com que ela veja que a coisa está caminhando. Quando eu vou para um congresso que eu falo sobre o hospital, o serviço, eu sempre trago para eles também o resultado que eu levei, o que aconteceu, como é que o hospital foi colocado ali.”

“(…) acredito que os médicos estão mais abertos ao nosso trabalho, a ouvir o que a gente tem pra dizer e eu acho que a melhor propaganda são as crianças.”

“É uma forma de divulgar também pela própria postura diária de atendimento e responsabilidade. Acho que isso você também planta na Fonoaudiologia, através desse contato dia a dia com o paciente. Então é responsabilidade, regra número um.”

C- Dificuldades de inserção do fonoaudiólogo nas maternidades:

delimitação de áreas afins, resistência e desconhecimento

Uma questão delicada que acaba dificultando a entrada de profissionais de fonoaudiologia nas maternidades é a presença de fisioterapeutas que também realizam trabalho de avaliação/estimulação da deglutição.

“Acho que existe uma questão que infelizmente acontece, que é a questão da Fisioterapia que termina sinceramente atrapalhando um pouco a nossa atuação. Não estou falando que vamos deixar de trabalhar por causa da Fisioterapia, nem

que vai deixar de ter emprego por causa deles, mas se o fisioterapeuta está contratado e fazendo o papel, não é o papel do fono, mas tentar imitar o papel do fono. Se você perguntar para o fisioterapeuta o que ele avaliou da sucção de um bebê, ele não vai saber dizer, só dizem que o bebê está sugando, mas não os parâmetros que foram avaliados. Não são todos que vão saber dizer o movimento que realizou, porque eles não têm formação para isso, eles avaliam e escrevem se tem uma boa sucção ou não, de certa forma nos deixa como se não precisássemos fazer o nosso trabalho. Claro que não é pra ficarmos de braços cruzados, aceitando, mas eu acho que isso dificulta, até porque o fisioterapeuta já está contratado, é um profissional só, se contratar fono é mais um profissional, são mais impostos a pagar e se está se virando com o fisio, ou se está resolvendo o problema, por que vão precisar de fono?”

“Teve até uma fisioterapeuta da Maternidade C. que ficou questionando o que eu estava avaliando, o porquê de cada procedimento. Eu respondi até um momento, mas expliquei que tem procedimentos que só o fonoaudiólogo para avaliar, não tem como explicar, porque não vai adiantar. Imagina se eu for ficar dizendo tudo o que eu faço? Ela vai chegar e vai dizer que sabe tudo o que o fono faz, ou então até banalizar o nosso trabalho, mas não conhecem os parâmetros de uma sucção adequada e como avaliar.”

“Quando nós fonoaudiólogas chegamos aqui, , já haviam as fisioterapeutas trabalhando com estimulação de sucção e de deglutição dessas crianças internadas. Hoje em dia é que tem se tratado a coisa de outra forma. Essa, é uma área da Fonoaudiologia. Não são todos os profissionais, como neonatologistas ou neurologistas, que têm buscado pela fonoaudióloga. Ainda são poucos. A área ainda está bem pequena, bem restrita. Aparece uma criança ou outra só.”

“E essa parte também da motricidade oral, da parte de estimulação oral que o fisioterapeuta atua é uma coisa também que a gente tem que colocar. Isso ocorre nos dois hospitais. O fisioterapeuta é uma figura que está vinte e quatro horas dentro da UTI. Tem plantão de fisioterapeuta o tempo todo, e o fonoaudiólogo ele está de sobreaviso. Quando tem aquele caso que é muito complicado, que o fisioterapeuta não está conseguindo resolver, aí chama a fono. Dessa forma, não é uma pessoa que está lá todos os dias, presente.”

“Na realidade, há um tempo uma fonoaudióloga me ligou, e disse assim: ‘a gente tem que brigar por nosso espaço, porque o espaço está sendo ocupado pelas fisioterapeutas’. Eu disse ‘olhe, não é bem assim, não é bem assim. A gente não pode chegar impondo absolutamente nada, porque elas já estavam aí.’ Elas fazem um excelente trabalho. As meninas que estão dentro de UTI neonatal ou UTI pediátrica são meninas muito boas, pelo menos nos dois hospitais que eu conheço. A gente não pode chegar, com peito de pavão e dizer ‘o espaço é nosso’, porque até seis anos atrás não havia curso de Fonoaudiologia em Salvador. Nós éramos umas ‘Et’s’ aqui.”

Há também a resistência de alguns profissionais, como o neonatologista e o enfermeiro, quanto à atuação fonoaudiológica. As profissionais que lidam com a triagem auditiva neonatal falam a respeito desse problema:

“A gente teve muitas dificuldades em relação a pedido, à solicitação de exames, teve uma resistência muito grande da parte de Neonatologia, e ainda tem com alguns profissionais essa resistência...”

“Neonatologia ainda não permite que a gente faça parte da aula de curso de gestante e nem dos pais de UTI neo. É uma luta complicada”.

“A gente teve um desentendimento grande agora com a Neonatologia, e aí entrou o hospital no meio, porque o hospital achou que não era assim que funcionava e quis saber o porquê que a Neonatologia estava entrando em atrito.”

“Eu vou te falar de novo, não são todos da Neonatologia que têm resistência, pode ser que tenha uma fisio ou outra.”

Outras entrevistadas consideram que essa resistência dos profissionais varia de acordo com o hospital. Em alguns serviços, isso ocorre por parte de um profissional específico; em outros, diversas categorias profissionais parecem não valorizar nossa atuação. Aqui cabe uma reflexão: em que medida os próprios fonoaudiólogos contribuem para essa resistência?

“ Eu acho que é um problema nosso mesmo. Eu acho que nesse hospital, talvez a gente não esteja dando a devida importância de chamar um profissional da nossa própria área e que atue na parte de motricidade, ou disfagia, que faça esse trabalho. Eu acho que talvez a gente que já está lá na triagem... Como a nossa visão é uma visão audiológica e infelizmente é a que a gente acaba criando... Quando falam no assunto é que eu me toco ‘poxa, que é que eu estou fazendo então?, por que eu que já estou lá não crio o ambiente para essas portas serem abertas para parte de motricidade?’ Eu acho que não é o hospital que teria essa barreira, mas nós mesmas não criamos, não plantamos o real vínculo.”

Talvez o fato de oferecermos serviços diversos no âmbito hospitalar leve a dificuldades de inserção, pois não se sabe ao certo o alcance de nosso trabalho, ou em que medida podemos contribuir com o tratamento dos bebês. De fato, há hospitais em que só atuamos na área da triagem auditiva neonatal; em outros, oferecemos trabalhos voltados para a estimulação da motricidade orofacial, já em outros encontramos os dois tipos de intervenção.

Em Salvador, há também outros problemas. Além de recente, a atuação fonoaudiológica em hospitais é também inconstante, ou seja, alguns profissionais comparecem diariamente para os atendimentos, enquanto em outras instituições os contatos são semanais. Isso também favorece a falta de conhecimento de nosso trabalho por parte dos profissionais de saúde.

Será então que ainda não houve tempo hábil para demonstrarmos os bons resultados de nossas atuações? Vejamos o que diz uma das entrevistadas:

“Eu acho que, por mais que a gente tenha uma resistência, sempre discutimos com as colegas dos outros serviços, em tal lugar o problema é a Neonatologia, em tal lugar o problema é a Fisioterapia, em tal lugar é a Enfermagem, sempre tem uma resistência dos outros profissionais. Inclusive ontem uma enfermeira estava dizendo isso, que há muito tempo atrás, a Enfermagem tinha uma dificuldade muito grande de inserção na Neonatologia e que hoje é uma coisa, assim, “sine qua non” mesmo, não existe mais, não tem como não existir. A Fisioterapia também está conseguindo o espaço dela, então eu acho que o ponto que a gente chegou não tem volta mais.”

Essa opinião não é consenso entre as fonoaudiólogas, mas talvez seja um indicativo de que o quadro está mudando.

Há fonoaudiólogos que foram inseridos na equipe hospitalar pelas mãos dos otorrinolaringologistas; outros, pelos neonatologistas e há também indicações realizadas por fisioterapeutas – com esses profissionais que já valorizavam o trabalho fonoaudiológico, o relacionamento parece ser, então, mais produtivo e tranquilo. Em alguns hospitais, inclusive, o próprio fisioterapeuta está tendo consciência de sua limitação e vem solicitando que o fonoaudiólogo resolva os casos mais graves. Isso é importante, pois sinaliza a importância de se ter na equipes profissionais aptos a realizarem trabalhos específicos; do contrário, a alta pode ser retardada, prejudicando tanto os bebês, que acabam permanecendo desnecessariamente em UTIN, quanto os próprios hospitais, em termos de custos.

“Outra coisa que eu também observo é que as enfermeiras são muito bem preparadas. Eu fico assim ‘poxa, se na época dos meus filhos eu tivesse uma

enfermeira dessas, eu teria amamentado mais tempo'. Elas orientam, elas falam e a gente vê que a mãe sai muito bem. Muitas vezes a mãe precisa de um trabalho da fono para parte de Motricidade Oral, às vezes o bebê não quer sugar, às vezes não consegue pegar e elas perguntam para gente....”

“Eu tenho o serviço do Hospital S. que eu vou dar assistência a eles, mas eu não estou lá todos os dias, só vou quando sou solicitada. Geralmente, a Fisioterapia é quem solicita, porque quando elas começam a atender e não dá resultado elas chamam a gente. Até então era só a Fisioterapia. E outro hospital daqui também funciona do mesmo jeito. Ainda é pior, porque eles não chamam de nenhuma forma. Os pacientes vêm a mim depois que recebem alta, porque a neurologista já conhece o trabalho e encaminha após a alta.”

O não conhecimento por parte dos profissionais de saúde dentro dos hospitais sobre a atuação fonoaudiológica com bebês também vem dificultando nossa inserção no mercado de trabalho.

Em estudo, Valente *et al.* (2004) observaram que os médicos realizaram poucos encaminhamentos de bebês com dificuldade de alimentação para o atendimento fonoaudiológico. Isto, pois ao não estabelecerem contato direto com esse profissional, há uma impossibilidade de demonstração acerca dos conhecimentos próprios do fonoaudiólogo e suas possibilidades de atuação.

“Então, o que eu vejo é que a gente ainda tem uma participação pequena dentro do hospital, até porque, pela história da Fonoaudiologia aqui em Salvador, como a gente tinha poucos profissionais que trabalhavam dentro do hospital, acabamos sendo substituídos pela fisioterapeuta. O fisioterapeuta está ali o tempo inteiro e muitas vezes fazendo o trabalho da Fono, de estimulação oral. A gente vê o Fisio ali estimulando o bebê dentro da UTI, conversando com a mãe na hora da alta, mas é um espaço que eu sinto que foi preenchido por uma falta. A gente tem que saber qual é o caminho para conseguirmos trabalhar junto com esse profissional e não substituir esse profissional. O que eu vejo é que a gente ainda tem que ir mostrando nosso serviço, tem que ir devagarzinho explicando o que fazemos ali, qual a importância do nosso trabalho, porque estamos fazendo isso, para conseguirmos credibilidade, conseguirmos respeito e espaço.”

Garcez (1999) investigou, mais especificamente, o conhecimento do papel do fonoaudiólogo e a necessidade de sua atuação junto à neonatologia. A análise dos dados demonstrou que, embora existam demandas que justifiquem essa atuação, tanto junto aos bebês quanto às mães e à equipe, há um desconhecimento do papel desse profissional.

Também nas maternidades privadas, o desconhecimento do que o fonoaudiólogo tem condições de realizar em uma instituição pode ter feito com que o número de solicitações desses profissionais para os setores seja reduzido. Além disso, como os resultados do trabalho estão começando a ser divulgados, essas instituições podem ainda não querer investir em profissionais sem ter certeza do desempenho deles.

Já nas maternidades públicas, normalmente associadas às atividades acadêmicas, como graduação de medicina e enfermagem, o profissional que supervisiona essas atividades é docente, portanto um profissional mais atualizado, o que favorece o conhecimento sobre a fonoaudiologia.

“Por isso, eu acho que na maternidade pública, talvez, a gente tenha mais espaço, por ser um local que tem maior rotatividade, não que um hospital particular não tenha, mas é porque tem muita gente, pouco leito, então, eles querem também produção, querem leitos sendo esvaziados. De certa forma, alguém tem que trabalhar muito bem pra dar essa demanda de estar liberando bebê, para estar colocando no canguru e ir liberando-os com o peso ideal.”

“No Hospital R. é algo que ainda não começou efetivamente. Na única reunião que eu fui ao Hospital R. com o diretor, médicos, preceptor, não só da parte da Neonatologia, porque era uma reunião com toda a equipe. Todos os professores, a primeira coisa que eles falaram é: ‘que ótimo que vai entrar uma fonoaudióloga aqui’. Eles acharam que uma única fono daria conta do hospital inteiro até a ala dos idosos. Essa é uma outra área que não é tão divulgada. Não tem um fonoaudiólogo contratado em qualquer hospital, e muito menos assim, no Hospital R., que é um hospital público e que deveria ter.”

“Eu acho que pelo hospital público é mais fácil a inserção do fono, pela demanda ser maior. O hospital particular é mais resistente em relação a esse tipo de investimento, foi onde acabei encontrando muito mais resistência. O hospital público abre as portas, você pode entrar dessa forma que eu entrei. No hospital particular você entra como voluntária? Não entra. Porque tem todo aquele cuidado com a questão do vínculo empregatício; se eu disser que estou indo lá uma vez por semana, eu já estou caracterizada como funcionária e isso pode gerar uma complicação de processo trabalhista com o hospital e eles são muito defensivos em relação a isso. E com razão. Já deve ter acontecido alguma coisa, pra que eles tenham esse comportamento. Então, no hospital público a gente consegue mostrar mais o trabalho, mas tem a coisa do dinheiro que a gente não sabe de onde vem. Infelizmente no Brasil as coisas funcionam assim.”

Outra grande dificuldade enfrentada pelo fonoaudiólogo para se inserir nos hospitais diz respeito à falta de treinamento para atuação em equipe multiprofissional, o que também

ocorre em outras profissões. O responsável pela UTIN também tem grande responsabilidade nessa questão. Caso ele não valorize o trabalho do fonoaudiólogo, dificilmente a equipe valorizará; inclusive porque os plantões, em especial os noturnos, são realizados por profissionais diferentes, e muitos deles não estão presentes durante os atendimentos fonoaudiológicos. Assim, quem só trabalha à noite, por exemplo, talvez não tenha a mesma predisposição de solicitar a ação do fonoaudiólogo do que aqueles que exercem suas atividades durante o dia, e acompanham nosso atendimento. Assim, cabe ao coordenador investir em uma política de unidade entre os membros da equipe.

“O que tem de diferente com o serviço do Hospital S, que funciona apenas há dois anos e meio, é que no Hospital A., este serviço já tem mais de cinco anos, com fonoaudiólogo. Eu acho que as pessoas tem um respeito muito grande pelo fono. Às vezes a gente não sabe o nome das pessoas, mas ‘ô fono, vem aqui, fono’, porque é uma equipe grande. Então, ‘ah, a fono está aí, espera aí que ela vai conversar com vocês’. Eu sinto que é um respeito grande, mas sinto que a gente ainda tem um espaço muito restrito dentro do hospital. A gente precisa trabalhar mais, e eu vejo que vamos ter que mostrar o nosso serviço, mostrar o resultado do nosso serviço.”

“Uma falta de conhecimento, pois os outros profissionais nem sabem o que a gente está fazendo. Eu lembro um episódio que aconteceu nesse hospital que é mais novo, que a gente foi lá, conversou sobre a triagem. Quando saímos a porta bateu e a enfermeira e o bebê tiveram um sobressalto. A enfermeira virou para mãe e falou assim ‘ô, tá vendo? Ele escuta. Não precisa nem fazer a triagem’. A mãe ficou brava com a enfermeira, com a auxiliar. Falou ‘como você fala uma coisa dessa?’. E contou para gente quando fomos fazer a triagem. Fomos conversar com a enfermeira, com a auxiliar, explicamos que, às vezes, o bebê tem um perda unilateral, que às vezes ele pode ter uma perda moderada, que não pode falar isso pra mãe, que a gente tem que trabalhar junto, que é uma parceria. Foi uma coisa bem desagradável, mas eu acho que aos poucos a gente vai conseguindo espaço. Outra coisa que eu também observo é que às vezes podemos atrapalhar um pouco a rotina, porque a gente chega para fazer a triagem e muitas vezes a auxiliar chega para dar o banho. Então, como a gente está fazendo a triagem ela tem que esperar um pouco e a mãe tem alta dez horas. Então às vezes eles ficam meio assim com a gente. A gente tem que chegar mais cedo para não atrapalhar a rotina do quarto.”

D- O trabalho multiprofissional: inserção nas equipes hospitalares e cursos de aperfeiçoamento

As entrevistadas foram unânimes em pontuar a importância do trabalho multiprofissional para a atuação do fonoaudiólogo. Com isso, a equipe hospitalar pode conhecer nossa prática com os bebês, além do “Teste da orelhinha”, que, na cidade de Salvador é ainda o mais divulgado, “a porta de entrada” nas maternidades, apesar de ainda não termos uma lei que regulamente a realização da TAN.

“Eu acho que os demais profissionais da área de saúde, pediatras, neonatologistas, ortodontista, otorrinos, eles estão mais abertos para aceitação da fonoaudiologia, o que antes não havia, não acontecia.”

“Tem a psicóloga que vai e acompanha. Como é hospital-escola é ótimo, porque a gente tem tudo. Então a gente tem gastro, tem pneumo, tem pediatra, tem neurologista, tem oftalmo, tem dermatologista, tem orto, tem a equipe de Enfermagem, a Fisioterapia, Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Musicoterapia é no Salvador. No Hospital CL. é Terapia Ocupacional que trabalha com Canguru lá, a Psicologia. (...) Então é uma equipe que já viu como é que funciona, então dentro da unidade está muito claro o trabalho para quem está lá há cinco anos.”

“Então me deparei várias vezes lá no Hospital CL. com residentes, com o pessoal do internato ou da residência de Pediatria. Quando íamos atender um bebê e eles ficavam impressionados como é que existia aquele tipo de trabalho, a ponto da gente pedir um FEES, que é um exame de deglutição e depois os convidávamos para discutir o caso com os meninos lá. Então a gente se deparava com isso. Profissionais do fim, do último ano de Medicina, completamente sem ter noção do que é o trabalho fonoaudiológico. (...) mandei um relatório pedindo autorização pras sessões e a superintendente me ligou dizendo que o médico perito que libera as sessões não entendia o que é que uma fono fazia com uma criança de dois meses. Então, um cara que está numa situação dessas, enquanto perito, enquanto autoriza ou não autoriza... Ai eu fiquei impressionada. Eu mandei um relatório pra ele descrevendo tudo que a criança tinha e me coloquei à disposição pra se ele precisasse, me ligar pra tirar alguma dúvida, mas fiquei impressionada. Como é que nesse ano ainda existe isso?”

“Nós [a entrevistada e a fisioterapeuta] trabalhamos juntas na Maternidade T., no Hospital O., Hospital S., Maternidade C., tantos lugares. Uma pessoa que me chamava muito para trabalhar com os bebês era a pediatra/neonatologista da Maternidade T..”

“Quando preciso do exame peço para irem a São Paulo, para Recife, faz lá no Hospital das Clínicas, da AACD. Eu tenho muito contato com as meninas da AACD, encaminho para lá. Então ainda não tem, isso é um atraso. Uma capital, com o volume de Salvador, com a população que nós temos. Salvador tem muita coisa boa, muita coisa legal, o que nós não temos é volume de paciente ainda o suficiente para gente está podendo escrever mais coisas, mas já tem muita coisa aqui!”

Há trabalhos publicados na literatura que também ressaltam a importância da interlocução entre profissionais.

Botelho e Silva (2003) mostraram a importância da atuação conjunta entre o fonoaudiólogo e o médico otorrinolaringologista na avaliação da disfagia de lactentes. Para esse estudo houve solicitação de uma avaliação fonoaudiológica por parte do médico neonatologista responsável. Todos os lactentes foram avaliados uma vez pelo mesmo fonoaudiólogo e pelo mesmo médico otorrinolaringologista. Os autores evidenciam a importância do trabalho conjunto desses dois profissionais da saúde.

Rocha e Delgado (2007) abordaram em estudo as orientações dadas à equipe de enfermagem para que esta pudesse dar continuidade à estimulação oral de um bebê que já havia iniciado um trabalho com o fonoaudiólogo. Em uma das sessões, a mãe também recebeu orientações.

Castro (1999) ressaltou a importância da avaliação auditiva infantil, assim como a escolha do método mais adequado a cada situação, na busca de conscientizar os profissionais ligados à área, particularmente os fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas e, principalmente, os pediatras e neonatologistas, que são os primeiros profissionais em contato com a criança.

Outra questão abordada pelas entrevistadas refere-se às aulas ministradas em cursos de outras especialidades, como de fisioterapia, explicando a atuação do fonoaudiólogo, e nas Residências Multiprofissionais, em que este profissional também está inserido.

“Na FIB¹⁵ tem uma fisioterapeuta que é muito importante o que ela faz. Ela leva um fono para falar o que faz. Porque se o estudante tem informação, se ele não conhece que o limite dele é aquele e que tem uma pessoa que realiza aquele trabalho específico, ele já sai dali com outra visão, vai trabalhar, vai para um hospital e entrar em contato com mais professores o que acaba divulgando o serviço.”

“Acho que a especialização que eu fiz, por ter fisioterapeuta junto, ajudou muito, porque as pessoas que fizeram e que pensam em trabalhar com bebês ou que trabalham com bebês, vão pensar duas vezes antes de querer entrar muito pelo nosso caminho, porque tiveram acesso, conheceram o nosso trabalho.”

“Eu conheço fonos, em outras cidades, que dão aula na Medicina, que dão aula na Odonto, que fazem parte da grade curricular deles. Uma disciplina só falando de Fonoaudiologia. No curso de especialização em odonto tem disciplina de fono, em alguns estados do Brasil. Eu acho que isso ajuda demais, porque se ele sabe que existe, que é bom, por que não vai encaminhar? Não tem por que não encaminhar.”

Muitos cursos de especializações e com equipes multiprofissionais estão sendo oferecidos em Salvador atualmente. Até pouco tempo, as entrevistadas tiveram de se dirigir a outras localidades, tanto no Brasil quanto no exterior, para buscar conhecimentos específicos na atuação com os bebês ainda internados nas UTIN's e USIN's.

“O primeiro contato que tive com neonatologia foi ainda como estudante, num estágio no Rio de Janeiro, onde passei um dia na maternidade observando como era realizado o trabalho.”

“Eu fiz especialização em Neonatologia¹⁶, que foi um curso multidisciplinar, que tinha enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta. Além disso, fiz uma formação esse ano em um método de reorganização neurofuncional que é o método Padovan.”

“Eu fiz especialização em Audiologia Clínica, em 1995 (...). Dentro da especialização a gente viu isso, mas quando eu comecei a trabalhar com a triagem, eu senti uma necessidade muito grande de buscar mais sobre Audio, sobre a parte com bebês, porque a gente não tem experiência praticamente, vamos aprendendo, com ensaio e erro praticamente. Todo curso que tinha de triagem auditiva em São Paulo, eu fazia, no começo, nos primeiros anos era praticamente um curso por semestre. Fui fazer estágio em Campinas, com uma fonoaudióloga que tem experiência também em triagem, outro na capital de São Paulo. Eu busquei um trabalho de aprimoramento dessa área porque, realmente, o curso de graduação não ofereceu.”

¹⁵ Faculdades Integradas da Bahia

¹⁶ Um curso aprovado pelo Ministério da Saúde que ocorreu na Universidade do Estado da Bahia (UNEB) em 2005/2006.

“Vim trabalhar aqui., e no mesmo ano que eu cheguei, fiz especialização pela UFBA. Ai sim, eu vi emissões, vi potencial evocado, otoneuro. À medida que as coisas foram surgindo para que eu trabalhasse, a demanda foi surgindo, eu fui me especializando. Fui para São Paulo, fiz outros cursos de emissões, potencial evocado, acompanhei uma professora da UFBA durante um tempo, no atendimento dela de emissões, antes de começar a fazer, e até o fato de ter dado aula também, uma coisa que te incentiva muito a estudar, a pesquisar, ir atrás, mas na graduação mesmo...”

“Esse aparelho ficou parado por um tempo até que a gente viajou para São Paulo, para Campinas, para poder se aprimorar, fazer um 'update' para poder começar a fazer os exames. Eu já tinha alguns cursos de emissões, tinha feito outros cursos, em Goiás e tudo, saí daqui, fui pra Goiás fazer, mas não tinha prática clínica. Então a gente foi para Maternidade de Campinas, acompanhei fono E. um tempo na prática clínica dela lá de ambulatório e de alojamento conjunto, a gente não entrou na UTI, mas tivemos orientação dela de como montar o projeto para poder fazer.”

“Na verdade, a construção do conhecimento para atuar com bebês foi técnica, prática. Eu fiz estágio em São Paulo, com duas profissionais extremamente inteiradas de toda a parte de diagnóstico diferencial em bebês, com alta tecnologia, em relação a emissões, BERA, e hoje, elas estão fazendo os testes todos. Realmente foi um custo altíssimo porque eu tive que, de forma particular, investir nesse conhecimento. Eu senti dificuldade em Salvador também de ter pessoas para me treinar ou de ter faculdades que oferecessem algum curso. Nessa ocasião eu tive realmente que ir pra São Paulo, fiquei lá um mês, fiquei observando e praticando com essas profissionais. (...)”

“Quando eu vim pra cá (Salvador), terminei a faculdade, fiz o Bobath básico, e comecei a me interessar mais por essa área.(...) Depois que eu fiz o Baby, eu soube do curso de Campinas e fui, em 2002. Fiquei seis meses indo pra lá fazer um curso de formação mesmo. Fui em março de 2002 e terminei o curso em setembro. Na verdade a formação de Campinas é mais pra o recém nascido mesmo, de zero a vinte e oito dias. A gente ficava mesmo no cuidado intensivo. Não na UTI de alto risco, a gente ficava no médico risco, porque no alto risco não tem indicação para Fono. É uma formação em disfagia pra lactentes.”

“Há dois anos, eu fui pra França, fiz um curso lá só sobre relação mãe- bebê, mas mais voltado à Psicanálise. Fiquei uma semana em São Paulo só estudando a teoria e viajei pra lá só pra visitar unidades que tinham atendimento com bebês e como é que funcionavam.”

E- Implantação do serviço de Fonoaudiologia nas maternidades: as várias áreas de atuação

Algumas entrevistadas conseguiram implantar serviços em maternidades por meio de projetos apresentados à direção dos hospitais; outras foram indicadas para realizar atendimentos aos bebês internados nas UTIN's por profissionais que já trabalhavam nas instituições. Uma entrevistada ainda foi chamada para ser preceptora de um serviço, tendo de primeiramente estruturá-lo. Interessante observar que a demanda pelo trabalho fonoaudiológico nunca partiu da direção dos hospitais, e sim da necessidade deste profissional em ampliar o mercado de trabalho.

“Eu vou ter que implantar o serviço lá para ser preceptora porque não tem o serviço de fono no Hospital Geral R... Por enquanto a gente está na fase de organização, planejamento de atividade prática, de planejamento de atividade teórica, (...)”.

“Na verdade, a gente não apresentou um projeto para o hospital. A gente até fez um projetinho piloto, passou para nosso chefe, (...) Na época até existia uma outra proposta de outra fonoaudióloga de entrar no hospital, em 2003, mas como o otorrino já participava do hospital, já tinha o serviço, ambulatorial, acabou o hospital optando por ficar com ele mesmo, e como a gente já era funcionária dele, entramos para trabalhar (...) o nosso chefe, quem na verdade é o dono dos equipamentos e do serviço, adquiriu um aparelho de emissões otoacústicas na intenção de começar a fazer exame nos bebês do ambulatório e da UTI neo. (...) a gente ainda não consegue fazer em alojamento conjunto, a gente só faz o exame em ambulatório e só faz na UTI neo (...) No começo éramos vinculadas ao pedido do médico. (...) O que muitas vezes acontecia, era o médico pedir na alta, na hora da alta. Como a gente tinha um equipamento que funcionava também para o ambulatório e também não tínhamos recursos humanos suficientes para ficarmos no ambulatório e UTI ao mesmo tempo, também não tinha demanda de bebês nessa quantidade para que ficássemos disponíveis um tempo integral só pra UTI. Então isso atrapalhou muito, porque eles já pediam na hora da alta. (...) A gente perdia muitos bebês, a gente enfrenta uma resistência até em relação a passar a quantidade de bebês que nascem, que vão para UTI. (...)”.

“Inicialmente, não montei projeto, o contato foi verbal. É até diferente a forma que aconteceu, mas foi assim. Eu cheguei com o equipamento, marquei uma reunião com a Diretoria do hospital, coincidentemente uma neonatologista me conhecia, isso facilitou realmente a minha entrada no hospital, ela comprou a idéia, me ajudou no convencimento da gerência, e foi tudo muito rápido. Começou bem devagar, porque tinha que esperar esses convênios se posicionarem em relação ao

exame e tudo foi acontecendo. Hoje, a gente consegue fazer bastante exame lá dentro, exceto essa questão do SUS, que já foi solicitado, documentalmente, pela gerência do hospital, por toda a equipe de neo e com minha assinatura também, mais foi negado, por falta de verba, segundo a Secretaria de Saúde de Salvador.”

“Na Maternidade C., entrei lá também sem projeto. Na verdade, tinha uma idéia do serviço, de como montar um serviço, a gente tinha formatado isso na conversa inicial com o diretor do hospital, que também aceitou. Ele não pediu nenhum projeto escrito. Ele já aceitou a idéia e a gente já começou na semana seguinte, porque o aparato de exame é portátil, só precisava de uma sala. Essa sala, na Maternidade C., foi muito complicado de conseguir, por questões de disponibilidade mesmo, da maternidade, não ter salas disponíveis. Então a gente mudou várias vezes de locais, fazia em salas vazias, nem tão apropriadas por causa do ruído nesse local, mas a gente sempre dava um jeito, mudava, pegava um cantinho de alguma outra sala. E foi acontecendo, meio aos trancos e barrancos. De um meio para o fim a gente já tinha a sala certa, numa condição melhor e as coisas andaram melhor.”

“(...) Em 2000, eu comecei a fazer lá no Hospital A.. Comecei primeiramente com um otorrino. Depois que eu voltei do Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, eu conversei com a coordenadora do GATANU e ela me mostrou um mapa das regiões do Brasil que tinham a triagem. E tinha em Itabuna e não tinha em Salvador, que era a capital, Eu voltei empolgada com a idéia de começar a trabalhar com a triagem auditiva neonatal. Conversando com o otorrino com quem eu trabalho, ele topou e compramos o equipamento, fizemos um projeto para o hospital e entregamos. A princípio o hospital, ele abriu a oportunidade para gente fazer a triagem auditiva na UTI neonatal. No alojamento não conseguimos iniciar porque não havia sido aprovado pela Diretoria fazer dentro do alojamento, mas aos poucos a gente foi sendo chamado pra ir para o alojamento também. (...) Hoje a gente tem feito bastantes triagens dentro do alojamento. Não é universal porque a gente não consegue fazer noventa e cinco por cento dos bebês nascidos. Juntando dentro do hospital e fora do hospital, a gente consegue fazer uma média de setenta por cento dos bebês nascidos. Então ainda não é universal, até porque a gente não está lá sete dias por semana por causa da questão de convênio. A gente só trabalha com convênio e particular, não tem assim um respaldo financeiro, que possa fazer em todos os bebês. Então tem toda essa questão. Eu comecei a trabalhar nessa fase, em 2000, de 2000 pra cá.”

“Para entrar na maternidade eu não apresentei o projeto. Eu não tive a dificuldade do ‘será que vão aceitar, será que não’. Eu já entrei com o projeto aceito, mas, vivenciei, mesmo com projeto aceito, algumas barreiras, algumas dificuldades impostas nos passando como se fosse a burocracia do hospital dificultando, mas às vezes eu percebia que não era o hospital, a burocracia administrativa, eram, às vezes, os próprios profissionais que não estavam acreditando que aquilo era um exame necessário, viável e que haveria um respaldo técnico, científico daqueles profissionais em fazer aquilo. Isso deu pra perceber no alojamento conjunto. A dificuldade que nós tivemos de expandir um pouco mais a avaliação, sair do muro da UTI e ir pro alojamento, para tentar tornar universal a avaliação, o que hoje não é. Eu não considero que ela seja universal, porque tem uns bebês que saem sem avaliar. Uma porque o convênio às vezes não cobre, os pais não querem arcar com os custos, as dificuldades também dos próprios pais não quererem avaliar muitas vezes, ou eles prezam pela própria informação ou o profissional que levou a primeira informação talvez não tenha levado com tanta ênfase.”

“A implantação de serviço, praticamente não houve. Eram serviços que éramos chamadas, tanto eu como a fisioterapeuta, para poder dar uma assistência ao bebê que estava com dificuldade de alimentação. Em primeira instância foi dessa forma, foi uma questão alimentar, que é uma questão de sobrevivência da criança. Então nós estávamos atuando dentro das maternidades por conta dessas questões, a retirada de sondas, bebês com má formação, que precisava se alimentar. Nós não tínhamos o que temos hoje de recursos para uma disfagia, tanto que nem disfagia chamava, era problema de deglutição, uma coisa assim, e nas tentativas, de erros, e acertos e traduções... É incrível porque nós não tínhamos nada documentado.(...)”

“Não chegamos a estruturar um serviço nessas maternidades, mas as pessoas estruturaram em cima do que nós fazíamos, porque eu sempre fui muito desprendida, das coisas, o que tinha que fazer, olha aqui, isso aqui, vai organizar, o que é importante para um bebê, o que é importante para uma mãe, o que eles vão aprender com a amamentação, me deixa ver, então eu acho que foi em cima disso.(...)”

Atualmente, temos serviços sendo realizados nas áreas da audiologia e motricidade orofacial. Apenas uma entrevistada relatou a atuação no *follow up*, em que verificamos também questões relacionadas à linguagem.

Observamos então que há especialistas em Audiologia, Linguagem e Motricidade Orofacial, mas não fonoaudiólogos especialistas em neonatologia. Assim, parece que há uma tendência de esses profissionais atuarem de maneira pontual, e não na assistência integral ao paciente. Isso talvez porque a fonoaudiologia não tenha ainda, majoritariamente, um caráter preventivo e sim reabilitador.

“Na questão da MO, o meu trabalho é com as crianças mais graves, crianças neurológicas graves mesmo. Essas crianças normalmente não vão ter a fase de transição para mamadeira não. São crianças com indicação para a gastro (...). Mas essa parte específica para sucção nutritiva, não nutritiva, essa ainda tem sido feita pela Fisioterapia. Eu tive uma criança agora recentemente que ela estava internada na UTI, quando ela saiu eu fiz o relatório, ela foi para home care, solicitando acompanhamento da fonoaudióloga em home care. Inclusive o pessoal da UTI queria que eu continuasse o trabalho, e como tinha uma pediatra da UTI que era pediatra do home care ela me chamou, mas não era um interesse meu, porque também não tem condições de eu fazer tudo. Então eu não dou esse acompanhamento não.”

“Acho que, de uns dois anos pra cá, os hospitais têm apresentado mais a abertura para os fonos poderem atuar. Inclusive a parte de disfagia, que antes era feita muito pela fisioterapeuta, hoje está se chamando as fonoaudiólogas. Muitos neurologistas, muitas neonatologistas estão preferindo que a fonoaudióloga trabalhe com essas crianças.”

“Sou eu mesma que tenho feito o trabalho de motricidade orofacial. Nos hospitais em que eu atuo, trabalho com as duas áreas, de audiologia e M.O. Estou ainda iniciando o trabalho com M.O., está muito no começo porque o número de crianças ainda que demande essa necessidade ainda é pequena.(...). A parte da triagem auditiva já é como rotina, então todos os dias eu passo nos hospitais.”

“Eu acho que a triagem, ali especificamente, nesse serviço, vai abrir porta pra M.O.(...). Então eu me resguardei de ficar com a triagem ali, já que eu sei que também existe uma resistência em chamar a fono para fazer o trabalho de MO.”

“Eu acho que as duas áreas têm perspectiva para atuação. Não tem como separar. A atuação do fonoaudiólogo dentro do hospital pode ter começado pela triagem, mas é uma ótima forma de mostrar para que viemos, tanto é, que nessa minha experiência, os próprios neonatologistas começaram a convidar as meninas para fazerem mais coisas, já tem uma referência, tem um fonoaudiólogo lá dentro, um médico chama para fazer uma avaliação de uma afasia, isso tudo eu vejo que tem movimentado muito. Eu acho que a porta de entrada pode ter sido a triagem. Lá é hospital geral, e chamam para atender a pacientes adultos também. (...) Minha área é a Audiologia e ponto. (...)Acaba sendo da área um pouco hospitalar pela triagem, mas esse perfil de atendimento, ao paciente afásico, a questão da sucção dos bebês, eu não domino e não tenho interesse, mas acho que é importante está sabendo lidar com bebês, isso tudo eu tive que ir lidar para aprender, porque a gente tem que saber mesmo na triagem, como se portar com o bebê prematuro, até no manuseio, toda, essa parte... Na minha experiência, eu tive que buscar com profissionais.(...) Lá não tem um serviço de acompanhamento dos bebês, um follow up, porque nasce na maternidade, recebem alta e um abraço. Não tem um serviço ambulatorial, posterior, não.”

“Eu acho que é um campo de trabalho que tem muito que fazer. A gente sempre conversa com os profissionais e com os alunos também que a nossa maior, dificuldade nessa parte da triagem é a reabilitação. A gente tem detecção, tem diagnóstico, tem adaptação de aparelho, alguns poucos, mas tem, e quando a gente vai pra reabilitação a gente têm pouquíssimos. É como se fosse uma pirâmide. A reabilitação é o que a gente mais tem dificuldade. Então eu acho que tem muito campo, só que as pessoas, os alunos, que estão se formando, eles geralmente querem alguma coisa que seja imediato, e a reabilitação do deficiente auditivo é uma coisa que você tem que criar uma demanda, tem que criar um nome, tem que ter experiência profissional para você começar a ter sucesso.”

“A questão da motricidade tem uma fono que é chamada eventualmente quando tem um bebê que tenha um risco maior, que eles julguem a necessidade da fono.(...) Não existe o profissional dentro do hospital para parte de atendimento de neonatologia, de fono neonatal. Não existe, não tem. Eles chamam? Chamam. Mas quando eles julgam que é necessário.”

F- A Triagem Auditiva Neonatal (TAN)

Parece ser um desejo das entrevistadas que atuam com audiologia a Implantação da LEI sobre a TAN. Embora Salvador seja uma capital de grande porte, em alguns setores ainda

se encontra bem atrasada, como parece ser o caso da saúde, pois várias cidades menores do que Salvador, inclusive na Bahia, como Vitória da Conquista, já têm a LEI sobre a TAN.

“A esperança é que tenha algum projeto de lei que obrigue as maternidades a realizarem o exame do teste da orelhinha, pois isso vai dar oportunidade de trabalho para muito profissional, vai dar oportunidade da gente estar diagnosticando com veemência esses bebês, porque sabemos que pode ter bebês sem indicadores de risco, estar no berçário comum e ter uma surdez. A cada dia isso é comprovado. Acho que a perspectiva para essa área é muito grande.”

“A coisa da legislação já existe em vários estados, vários municípios, na Bahia só tem Vitória da Conquista, que eu saiba. Chegou num ponto que não tem como voltar atrás. Então, a gente percebe agora, aquilo que eu te falei, existiam profissionais ali, e as próprias neos tinham uma resistência muito maior, e era uma quantidade de profissionais maior que tinha resistência.”

“Eu acho que a solução estaria em um projeto de LEI, que talvez a gente tivesse uma lei que fosse obrigatória... Se bem que eu achava que o teste do pezinho era Universal. A gente considera universal noventa e cinco por cento, e a professora, aquele dia da aula no mestrado, falou que o teste do pezinho, depois de vinte e um anos, não é universal. Eu acho que é oitenta e cinco por cento. Lembra que ela falou pra gente? Ele não é universal. Então imagina como a gente ainda tem que caminhar para que isso seja universal.”

“Seja LEI isso de ter fono nas maternidades, porque os profissionais que tem formação em São Paulo, os médicos que fazem capacitação em São Paulo, todos acreditam, porque foi da realidade deles enquanto estavam fazendo a formação, mas quem faz a formação aqui não tem essa crença.”

Em Salvador, a TAN passou a ser realizada a partir de 2000, sendo que, atualmente, apenas um serviço garante a universalidade; nos demais, esse procedimento é realizado, apenas, em bebês de UTIN's. A grande dificuldade é triar os bebês nas enfermarias de alojamento conjunto, bem como restringir a testagem à avaliação comportamental, pois o valor dos equipamentos ainda é alto para a realidade de Salvador.

O médico, então, encaminha as crianças com indicadores de risco para deficiência de audição para as duas únicas instituições que realizam a TAN gratuitamente; porém a fila é sempre muito grande, e a família acaba considerando desnecessário realizar os exames quando passa muito tempo desde o nascimento da criança.

De acordo com Brasil (2004), de 1964 a 1970, houve o início da implantação de programas de triagem auditiva universal por meio de procedimentos comportamentais. De 1971 a 1992, a triagem auditiva neonatal foi restringida aos recém-nascidos de risco. Já a recomendação mais recente, compreendida entre 1993 a 2003, volta-se para a triagem auditiva neonatal universal, uma vez que há tecnologia para realizá-la, como as Emissões Otoacústicas e a Audiometria de Tronco Cerebral.

“Hoje em dia eu não trabalho com avaliação auditiva comportamental. Em 2003, depois de uma conversa com uma fonoaudióloga referência em triagem auditiva neonatal em Salvador-Bahia, eu resolvi adquirir o aparelho EcoCheck pra fazer emissões otoacústicas. Desde então eu faço emissões otoacústicas nos dois hospitais, e faço o reflexo cócleo-palpebral com o PA2¹⁷. Eu trabalho sozinha sem nenhuma equipe nos dois hospitais.”

Para Bittencourt *et al.* (2005), a instituição da TAN é de extrema importância, sendo que, quando não for possível realizá-la de forma universal, deve ser proporcionada aos bebês de berçários ditos de alto e médio risco, garantindo, dessa forma, a precocidade do diagnóstico e da intervenção na deficiência auditiva.

“No Hospital E. a triagem auditiva é universal, mas no Hospital J. só faço a avaliação das crianças internadas na UTI. Todos os dias eu passo nos hospitais para ver essas crianças. As de UTI são cem por cento sempre, mas de alojamento conjunto, por exemplo, hoje eu não vou lá.”

“Agora o mais importante é que se faça o exame pelo objetivo que é o exame, de avaliar se a criança possui ou não uma deficiência auditiva precocemente, para que ela tenha uma qualidade de vida melhor, para que ela seja protetizada cedo, que o protocolo da GATANU funcione.”

“Esse “boom” que deu da triagem auditiva teve um momento certo para acontecer que foi quando teve um curso de Audiologia aqui. Aquilo ali eu acho que as pessoas saíram todas alucinadas. Eu não sei, exatamente pelo que, se pelo financeiro, pelo nome, pelo status. Eu não sei. Eu tenho medo só que isso perca o objetivo principal, que é detectar precocemente a deficiência auditiva em bebês. Se cabe alguma mensagem é que todo mundo precisa de dinheiro para sobreviver, mas além de

¹⁷ PA2 é um equipamento que serve para realizar a avaliação auditiva comportamental das crianças, é um audiômetro pediátrico.

buscar pelo financeiro, fazer o trabalho da maneira correta. Não olhar e dizer ‘ah, convênio não cobre, não vou fazer’, mesmo porque o custo da gente é muito pequeno. Eu comprei meu aparelho há quase quatro anos, o aparelho está aí e ele já se pagou. Então eu não tenho mais custo no exame. A partir de que o aparelho se paga, você só tem lucros. Acho que menos de dois anos tive o retorno do investimento. Entre um e dois anos. Trabalho em hospitais grandes. São duas maternidades grandes. O Jorge Valente tem em média oitenta partos mês, mas isso é uma média alta. O Espanhol tem em média cem a cento e dez partos mês.”

“Infelizmente a minha proposta da triagem ser universal não aconteceu, porque nesse hospital em especial setenta por cento dos bebês, aproximadamente, são do SUS. Agora, todo trabalho de orientação é feito, para quem é SUS, para quem é convênio, para quem é particular, eles saem com o pedido de exame. Tem uma estagiária que vai, explica toda a questão da importância desse diagnóstico precoce, do desenvolvimento de linguagem e da audição na criança, mas a meta seria fazer universal, continua sendo, porém ainda não acontece até então.”

“Como a gente tem intenção de triar todos os bebês, e não tendo acesso às mães; não seja nem o correto fazer sem pedir autorização da mãe, mas como a gente gostaria de fazer em todos os bebês, porque não é justo selecionar o bebê, eu acho assim, eu acredito assim. A Maternidade de Campinas também tem isso como premissa, eles fazem de todos os bebês, bebês SUS ou não, bebê, particular ou não. Ela tem esse compromisso de fazer em todos os bebês.”

Ainda com relação à TAN, a grande preocupação das entrevistadas parece ser com a devolutiva aos pais. Em alguns serviços, quem informa os resultados da triagem é o neonatologista, o que aflige algumas entrevistadas, pela forma como essa comunicação é feita, o que pode angustiar os pais e criar resistências para o reteste.

A assistência humanizada é um projeto relativamente novo que começou a se preocupar com essa questão. O médico está sendo preparado, então, para esse tipo de assistência. Como o conceito de saúde foi modificado, nele sendo inserida a qualidade de vida, é possível que a forma de abordar e orientar as famílias também se modifique futuramente.

Apesar de a assistência humanizada ser uma idéia recente, e de as fonoaudiólogas entrevistadas não terem tido essa formação na graduação, o papel reabilitador de nossa profissão talvez tenha dado a elas a percepção da necessidade dessa assistência.

“Às vezes a gente faz com bebê de quarenta e oito horas, porque o bebê fica muito pouco tempo na UTI, só em observação e a médica quer que faça, ‘faça assim mesmo para ele não sair sem, já que você está aqui, faça’. Então às vezes tem vérnix¹⁸ ainda. A gente teve problemas assim já com dois bebês, que a médica falou para a mãe antes dela pegar o resultado, a mãe ‘espiroca’ da cabeça mesmo. ‘Deu falha. E aí?’, ‘Meu filho ouvi?’”.

“A devolutiva do resultado do exame auditivo da UTI quem dá é a neonatologista diarista. Difícilmente eu vejo a família, porque o horário que a família chega na UTI para ver a criança é depois das dez horas da manhã e nessa hora eu já tenho que estar com tudo concluído, nos hospitais, mesmo porque as altas dos hospitais são até as dez horas da manhã. Se eu vou fazer alojamento eu tenho que fazer antes disso, esse é um aspecto. Então essa devolutiva é dada pela diarista. Nesses anos todos é a mesma diarista, nós nunca tivemos problema. As vezes que a criança falha num primeiro exame em alojamento conjunto, que normalmente é por vérnix, eu faço a devolutiva diretamente, porque a criança está junto com a mãe fazendo o exame, e peço para ela retestar em sete a dez dias depois da alta e assumo isso, tudo é muito bem explicado e tranquilo. Algumas mães chegam ao consultório depois de dez dias um pouco ansiosas, mas nada de me preocupar. Elas retornam para refazer o exame, eu tenho cem por cento de retorno, pois tenho isso controlado e as mães voltam para fazer o reteste, esse de sete a dez dias, elas retornam sim.”

“A gente não pode nem desvalorizar demais, porque a família não volta para fazer a triagem de novo, e nem supervalorizar, porque senão a mãe entra em pânico. É uma situação que você tem que ter um meio termo, então você tem que dizer que o bebê falhou, que aquela falha não quer dizer que ele não escute porque o exame é só passa / falha, que ele tem vérnix muitas vezes dentro do canal, às vezes tem dez por cento dos bebês que a gente faz que não consegue finalizar o exame pelo vérnix, mas que é importante ela retornar para gente fazer o reteste e, temos que estar em contato para conseguir finalizar esse exame, que aquele exame não termina ali, que a gente tem que terminar, temos que ligar pra família, que pedir pra ela voltar... Às vezes ela não volta.”

“Quando eu fui pra triagem, sempre tive muito cuidado com os pais. Minha preocupação dentro da UTI era, sempre que os pais estavam lá, conversar sobre o resultado do exame, o que queria dizer aquilo, que não era um exame definitivo, que era só um ‘passa’ ou ‘falha’, que quando dava ‘falha’ a gente tinha que pesquisar melhor para não angustiar nesse momento de UTI. O momento de UTI é muito desgastante para a família.”

“A maior dificuldade que eu acho que toda fono que trabalha com triagem enfrenta, não é realizar o exame, não é manusear o equipamento, não é ter a rotina do dia a dia de qualquer tipo de exame que a gente faça é uma rotina de muita responsabilidade e atenção, mas o que eu acho que pesa muito é o passar o resultado para os pais.”

¹⁸ O bebê a termo nasce recoberto por um material gorduroso, branco, conhecido por vérnix caseosa.

Ainda nessa linha de preocupação, há o cuidado com a relação mãe-bebê, tanto no que se refere à devolutiva de um resultado de “falha” na TAN - como essa mãe recebe essa notícia e como fica a estrutura emocional dessa família – como com relação à amamentação.

“Eu acho que esse contato com as mães é um contato que a gente vai aprendendo. A gente não tem isso na faculdade (...) Eu não vejo um curso de formação para o trabalho com a família, que eu acho que seria até uma coisa interessante para gente poder ter mais embasamento.”

“Agora quanto à mãe, é a parte que eu mais gosto, de orientação, de explicar pra ela como foi a triagem, de me colocar à disposição se ela tiver alguma dúvida, pois é um momento muito difícil, é um momento muito complicado para mãe.”

“O apoio da família é realmente importante, mas, quando estamos trabalhando com bebês, não tem como não trabalhar, mesmo que você queira você não tem como fugir dessa família.”

“É um trabalho de extrema importância e ao mesmo tempo de muita responsabilidade, porque você está lidando com uma criaturinha, que eu morria de medo de pegar. Agora eu já pego, boto pra lá, boto pra cá, mas é porque a responsabilidade realmente é muito grande. Você não está lidando só com o bebê, você está lidando com o bebê e com a família, principalmente com a mãe, que é outra relação muito complicada, complexa. Além desse binômio todo, tem também a questão dos profissionais com quem você, mesmo que você não queira, você tem que estar presente, tem que estar dialogando e conversando.”

“É muita informação pra os pais, então a gente tenta reduzir ao máximo. Sentir primeiro como é que os pais estão. Se eles estão confiantes na pessoa que está ali fazendo o exame, ou se estão prestando atenção naquilo que você está falando, porque como são muitas informações no mesmo dia, às vezes a gente percebe que não estão muito ligados.”

“A gente nota que o maior nível de ansiedade que eles têm é quando dá uma pequena falha. Com a leitura do aparelho na hora a gente já tem mais ou menos uma noção, aquilo que preocupa e aquilo que não preocupa, mas não conseguimos, muitas vezes, transmitir para eles exatamente aquela despreocupação por um resultado de falha. Para eles falha é falha. Falha quer dizer ‘meu filho pode não ouvir’. Eles não conseguem assimilar às vezes que pode ser temporário.”

“O paciente não é o pai e a mãe, é o bebê, só que o bebê não tem como você interagir e explicar, são os pais, é outra vida, passa a ser diferente, os pais tem outro comportamento. Não é como se fosse eles recebendo a informação, mas é a informação da vida do filho deles. Demanda uma vida inteira. Você falar para os pais que seu filho não está ouvindo bem. Imagina?! Você desmonta uma expectativa de vida criada naquele âmbito todo familiar. É muito difícil. Meu coração bate forte. Na hora que eu estou vendo que tem alguma coisa ali é a hora que mais me deixa ansiosa. A gente tenta relaxar, ficar tranquilo, para poder transmitir para os pais, isso é básico, se eu ficar atordoada com o que eu estou vendo ali, vai, lógico,

desestabilizar a família, todos da família por completo. (...) aquele momento ali é um momento muito especial dos pais, é um momento especial da mãe que está tentando amamentar, que às vezes não consegue, não consegue segurar o bebê, não sabe quais são as massagens que tem que fazer no seio. Eles estão tão preocupados em fazer tudo o melhor possível para dar para o seu filho, que você tem que ter muito cuidado na hora que vai lidar com uma informação de uma possibilidade de um problema que talvez exista, mas talvez não exista. Na cabeça deles vai montar uma coisa bombástica e que pode interferir na amamentação, pode interferir na relação mãe – filho, pode interferir na relação familiar, de algo que você pode está só suspeitando.(...) Eu acho que pra mim, isso é o mais difícil, é o que eu considero mais difícil.”

“Com os pais a gente vai treinando, um feeling psicológico, de como é que você chega no pai (...) Eu tenho interesse, eu gosto, então eu leio muito sobre isso. Pessoalmente eu vou buscando, mas eu acho que acrescenta para o profissional tudo que vier.”

G- Perspectiva do mercado de trabalho para o fonoaudiólogo: atuação como voluntário, convênios, contratos

Segundo as entrevistadas, o campo de atuação está aberto a novos profissionais que estão se especializando para atuarem com bebês. Talvez o trabalho de divulgação dos resultados já esteja trazendo frutos.

“Por acaso eu fui para reunião de colação, de comissão de formatura, encontrei a professora e ela já tinha esse emprego para mim aqui. Eu coleei grau e vim pra cá. Colei grau vinte de março, treze de abril eu estava aqui. Fez nove anos antes de ontem.”

“Agora, eu recebi uma nova proposta para fazer parte da Residência Multiprofissional em Neonatologia e Saúde, especificamente Neonatologia, pela UNEB, que vai ser no Hospital R. e que eu vou ser preceptora e vou praticamente montar um serviço lá e ter duas residentes como alunas. Nesse período todo, realmente eu pude comprovar que não é uma área fácil para gente da Fonoaudiologia poder atuar. Porque realmente falta espaço para eles reconhecerem o que a gente faz e saber o quão importante é.”

“Além da Maternidade C. e do Hospital R. vamos ter que crescer para outros lugares. Estão surgindo outros cursos aqui. A área está começando a crescer. Se a Fonoaudiologia é um bebê, a Neonatologia é um embrião, eu nem sei o que é, mas temos que ir fazendo nosso trabalho e sempre nos atualizando, temos que estar sempre aprendendo. Então assim, é uma área que realmente me encanta. Se eu pudesse realmente me sustentar só com a Neonatologia, eu largava tudo, mas não dá.”

“Eu acho que o hospital sempre teve muito disponível a abrir as portas. Com certa restrição por causa da questão da clientela que é uma clientela exigente de classe média, classe média alta, que tem que ter um cuidado na hora de colocar sobre a triagem, de falar sobre os resultados.”

“Eu acho que a perspectiva é excelente de entrada dos profissionais nos hospitais, porque eu acredito que não havia fono, nos hospitais também, porque não tinha esse profissional disponível no mercado, mas hoje, com as faculdades, isso melhorou muito. Então o que eu acho é que a perspectiva é ótima, tem mercado. Acredito que, com o tempo, essa formação específica que os fonoaudiólogos estão tendo na área, vai justificar algum projeto que uma Diretoria vai reconhecer melhor, por ser um profissional mais especializado. Eu acho que é uma boa perspectiva.”

“Eu formei num grande centro, (...). Aqui em Salvador é tudo muito novo, então eles estão começando, estão engatinhando, mas eu acredito que eu vi na experiência é que essas coisas que não se falavam antes, na graduação, os professores já estão mais preocupados em colocar o quanto antes isso pros alunos. Já para preparar, para abrir os horizontes sobre a quantidade de especialidades que tem dentro da Fonoaudiologia.”

“Eu acho que as portas estão se abrindo em Salvador, mas é tudo muito lento. Haja vista que tem dez anos já que a gente está nessa tentativa de ter de forma sistemática Fono em toda maternidade da cidade. Assim como a gente tem no Rio, como a gente tem em outros estados que já tem Fono há muito tempo.”

“Na triagem auditiva, para minha realidade nessa clínica, é uma coisa muito restrita, porque a gente está vinculado ao atendimento de triagem no hospital, que a demanda de nascimento não é grande. (...)para comportar vários profissionais trabalhando só com a triagem e buscando especialização somente nessa área. (...) Não vai ter retorno financeiro.(...) Todas as áreas estão concentradas muito nas capitais. Eu acho que o interior do Estado tem muita necessidade, muita desinformação com relação a nossa área, tanto quanto quando eu cheguei aqui em Salvador. Na época que eu cheguei ninguém sabia o que era Fonoaudiologia, ninguém sabia falar FONOAUDIOLOGIA. Estou há quinze anos aqui. Peguei uma época que você escolhia onde você queria trabalhar. Nossa... Você era super valorizada, ‘ah, queridinha pra lá, queridinha pra cá’, e hoje a gente sabe, quem está na cidade já sente que o campo está mais restrito. Eu fico triste pelas pessoas que estão saindo, porque encontra muita dificuldade de ingressar, mas se tiver cara e coragem de ir para o interior do Estado plantar a sementinha da Fonoaudiologia eu acho que dá certo.”

“O mercado tem porta aberta para a aceitação dos novos recém formados em Salvador. As pessoas têm que ter uma visão mais macro da situação e da atuação. Você quer ganhar dinheiro, você quer colaborar com a população, você quer desenvolver pesquisa, qual o seu perfil? O que deseja como profissional e como pessoa? Porque quem vai pra uma área dessas, tem que ter clareza.”

Mas o trabalho voluntário ainda foi referido por quase todas as entrevistadas como sendo uma forma de mostrar as possibilidades de atuação do fonoaudiólogo dentro dos

hospitais. Segundo a LEI n° 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, esse tipo de serviço voluntário pode ocorrer por pessoa física em entidades públicas.

“Recebi o convite para integrar a equipe da Maternidade C. como voluntária. Em janeiro cheguei a conhecer a maternidade, mas as pessoas que trabalhavam no Follow up estavam de férias e só em fevereiro de 2005 eu comecei a fazer parte da equipe.”

“...trabalho voluntário, ninguém sobrevive de trabalho voluntário...Mas acho que tudo vale a pena. Agora, eu deixava a minha quinta-feira para a Maternidade C., assim como a quarta-feira era do consultório, minha segunda-feira já foi do Follow up. Mas não dava para viver de ar e de luz. Na época eu também estava disposta a me virar se a clínica não quisesse me manter, para seguir por esse caminho.”

“(...) A estagiária, ela é voluntária. Não tem profissional voluntário lá não. Exceto uma profissional que já atua com triagem, que está tendo formação na área hospitalar, pois está fazendo especialização e se dedica a isso, e começou a fazer um trabalho paralelo com a triagem. Como ela vai para fazer triagem, as médicas começaram a convidá-la pra atuar nessa parte de estimulação e ela tomou gosto pela coisa. Ela quer fazer disso um projeto formal, onde os convênios vão ter que pagar por isso, mas por enquanto elas estão como voluntárias por uma questão de organização interna, até fazer com que os convênios aceitem essa cobrança.”

“... como eu estou com alguns estagiários lá dentro (do hospital), a gente está fazendo um trabalho voluntário na parte de amamentação, de estimulação. Eu não especificamente, que eu não tenho experiência nessa área, mas têm fonoaudiólogos que já estão fazendo cursos aqui em Salvador, e que estão atuando, inicialmente de forma voluntária (...)”

“Na Maternidade C., fiquei de voluntária por um tempo. Foi uma idéia de fazer um trabalho voluntário que foi muito bom enquanto durou, porque chegou uma hora que já não deu mais para disponibilizar o equipamento.”

“Quando eu voltei de Campinas fui ao Hospital CL. pedir um estágio como voluntária. Não é nem estágio, porque não tinha supervisor. Era um trabalho voluntário que eu queria desenvolver pra não perder o que eu adquiri lá em Campinas....Na época, a diretora me cedeu o espaço. Foi muito complicado porque eu não tinha supervisora, então eu não tinha como entrar como estagiária, mas ela se interessou pelo trabalho, achou que iria enriquecer que a unidade precisava e eu comecei a trabalhar lá.”

Uma das entrevistadas relatou que, embora não realizasse trabalho voluntário, apenas recebia o pagamento por serviços prestados após muito tempo, fato que ainda ocorre quando o atendimento é feito via convênios.

“Quando retornou a triagem auditiva na UTI do Hospital E., para fazer de todas as crianças, porque antes era eventualmente, mas quando foi pra todas as crianças fazerem, eu levei seis meses lá sem receber um real, nem pra pagar a gasolina. Eu me lembro que eu comecei em julho, junho ou julho, teve reveillon, eu viajei, estava em Maceió, quando eu estava voltando na estrada tocou meu celular, era minha irmã, que é a neonatologista de lá. Ela virou e disse ‘tenho uma novidade pra você’. Eu disse ‘é? O que foi?’. ‘Saiu dinheiro para você’. Então assim... Seis meses depois e acho que saiu setecentos reais. Eu sabia que um dia iria receber...”

“Só que tem cinco anos que esse trabalho vem sendo desenvolvido e no ano passado surgiu uma proposta de contratação. Pediram-me um projeto de pesquisa para poder ser contratada. Só que as coisas acabaram não funcionando e em novembro a gente parou de atender. De lá pra cá sempre estão ligando, pois têm crianças que precisam e a gente realmente parou de atender porque ficou difícil dar continuidade tendo que conciliar com o trabalho na clínica. Estamos aguardando, mas não parando, e procurando em outros hospitais também.”

Porém, um grande conflito para algumas das entrevistadas parece ser quanto ao pagamento da TAN dentro dos hospitais por parte dos convênios - alguns não cobrem esse procedimento e outros repõem o valor de acordo com o hospital. Com isso, algumas das entrevistadas acabam, inclusive, trabalhando gratuitamente. Para os autores Ribeiro e Mitre (2004), tanto os profissionais como os pais deveriam se unir e se mobilizar para que os convênios dêem cobertura completa para o exame.

Com relação aos vínculos empregatícios com os hospitais, embora muitas das entrevistadas sejam terceirizadas ou até mesmo quarterizadas em algumas situações, esses contratos de trabalho estão começando a mudar, três profissionais passarão a ter vínculo com o hospital como prestadoras de serviço.

“Nós somos terceirizados. Não há vínculo algum, empregatício com o hospital. O hospital é uma empresa e a minha empresa presta serviço para o hospital, com nota fiscal, com tudo documentado. O hospital retém um percentual de administração, e repassa para minha empresa determinada porcentagem. As fonoaudiólogas também prestam serviço comigo e tem pessoa jurídica também. É uma relação de empresa, para empresa, para empresa. Quarterização, infelizmente, imposto sobre imposto, sobre imposto.”

“O percurso foi plantando sementinha, não havia cobertura dos convênios para esse teste no início, a gente foi buscando comunicar com cada convênio, para ir habilitando esse exame. Muitos não aceitaram pagar, a gente teve que brigar literalmente com os convênios. Outros receberam sem maiores problemas. Por

incrível que pareça, hoje, o convênio do Estado cobre esse exame dentro da maternidade, porém essa maternidade atende SUS também.”

“Vão mudar os vínculos até em relação a nós mesmo, de pagamento e tudo (...) Está tendo uma transformação para sermos terceirizado, não receberemos mais via a clínica de otorrino que funciona lá dentro, iremos receber via Hospital mesmo. Não só na nossa área, está tendo uma reforma grande no hospital. Em relação a essas coisas burocráticas.”

“Eu acho que elas enxergaram que o negócio não era brincadeira, a visão é de que a gente está querendo ganhar dinheiro. Elas não enxergavam que, aos trancos e barrancos, e mesmo fazendo de quem nem tinha consentimento, (porque a gente não tem acesso à mãe para pedir o consentimento), e o convênio não cobria, a gente queria era fazer para o bebê não sair dali sem o exame. Muitas delas hoje já conseguem enxergar que a gente faz aquilo ali não é pelo financeiro, mas na intenção de que o serviço funcione, até porque isso vai ser lei, mesmo que não tenham recurso de fazer, mas eu acho que tem campo sim, desde que todo mundo se una em favor, em relação e direção a isso.”

“Estava conversando com outra colega de outro serviço em relação ao pagamento dos convênios, pois tem momentos que pagam trinta outros pagam quinze, ou pagam não sei quanto, e a gente estava discutindo isso, dessa união, porque não adianta só um serviço ir atrás do convênio, e brigar por isso. Eu acho que se as pessoas se conscientizarem de que a classe precisa se unir para abrir esse campo, eu acho que os outros profissionais vão passar a respeitar mais.”

“É um trabalho que é bem remunerado? Acho que sim. Eu não sou insatisfeita financeiramente com o trabalho de triagem auditiva não. Não fez grandes modificações na minha vida, mas estou satisfeita. (...) eu sei que os convênios variam valores, mas se você me perguntar que variação, qual paga mais, qual paga menos, eu não sei. Seria fácil saber, mas eu não quero saber. Porque a partir do momento que a gente descobre isso, a gente começa a fazer diferença. E as crianças elas são todas iguais, elas todas precisam ser avaliadas.”

“O meu desejo maior era que o hospital abraçasse a causa da triagem auditiva e a gente pudesse fazer em todos os bebês e o próprio hospital fizesse essa cobrança do convênio, mas não é esse serviço que o hospital dispõe. Ele se dispõe a terceirizar o serviço. Ele oferece, conversa com a família que a Fono está lá, que pode fazer a triagem e a gente vai lá e conversa com a família. É um exame terceirizado. Eu acho que o hospital disponibiliza a abertura para conseguir fazer a triagem. Não existe um vínculo empregatício. Não existe um vínculo de prestação de serviço. Não existe esse vínculo. Nos dois serviços que eu trabalho é assim. A gente chegou, fez um projeto para o hospital, oferece pra família.”

No capítulo subsequente, faço então uma síntese da inserção da Fonoaudiologia nas maternidades de Salvador, destacando a estruturação das práticas desenvolvidas diante das limitações institucionais.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as entrevistas realizadas neste estudo e também os questionários dirigidos às instituições hospitalares, foi possível relacionar o trabalho que o fonoaudiólogo vem realizando nas maternidades de Salvador – Bahia com o momento recente de inserção desse profissional nos hospitais das mais diversas regiões do país, como explicitado na literatura.

Podemos observar que, embora os cursos de Fonoaudiologia de Salvador sejam recentes, a área já vem ganhando espaço, sendo que os fonoaudiólogos, inclusive, vivenciam situações e dificuldades semelhantes às aquelas enfrentadas em outras regiões do país. Mesmo em estados em que a área é mais desenvolvida, tanto em termos acadêmicos como práticos, há ainda uma defasagem quanto à formação e capacitação adequada do fonoaudiólogo para a atuação em unidades neonatais, o que pode ser claramente constatado nas falas das entrevistadas que concluíram o curso nesses estados – diga-se, a maioria.

Há que se destacar que, assim como em outras regiões do país, as fonoaudiólogas de Salvador vêm buscando formas de compensar essas deficiências de formação para se inserir no contexto hospitalar, quer buscando supervisões clínicas e/ou cursos de especialização e de pós graduação, quer seguindo os protocolos propostos na literatura em suas pesquisas. De fato, o uso de protocolos específicos é um meio eficiente de garantir a padronização de dados e a fidedignidade do estudo, bem como de divulgar as práticas fonoaudiológicas. Um exemplo citado pelas entrevistadas é a utilização do protocolo da GATANU, embora ainda não ocorra em todos os serviços.

Em consonância com as atuações que vêm sendo efetivadas nas maternidades, conforme observamos na literatura da área, os fonoaudiólogos de Salvador também atendem tanto na área de motricidade orofacial, com a avaliação/estimulação de sucção dos bebês,

quanto na área de audiologia, com a realização da TAN. Constatamos, pois, uma visão multifacetada do atendimento infantil em prol de um desenvolvimento global e humanitário do bebê. Isso fica também evidente no que se refere às devolutivas de diagnósticos, em especial referentes à audição - há um consenso entre as entrevistadas acerca da preocupação quanto à forma de informar os resultados da triagem aos pais, pois isso pode afetar o vínculo mãe-bebê, um dos alvos de inquietação dos fonoaudiólogos, tanto de Salvador como de outras regiões do país, como observamos nas pesquisas da área.

Ainda com relação à TAN, na verdade, esse procedimento é realizado apenas em uma instituição pública baiana e na grande maioria das particulares, mas não de forma universal. Uma sugestão levantada pelas entrevistadas nos pareceu bastante pertinente - seria a criação de uma Lei que obrigasse a inserção do fonoaudiólogo nas equipes de saúde para atuarem nos hospitais e maternidades, além do projeto de Lei sobre a realização da TAN e sua universalização.

Importante ressaltar, também, que a implantação do serviço de Fonoaudiologia nos hospitais de Salvador vem ocorrendo, basicamente, por meio da apresentação de projetos ou por indicação de outros profissionais já estabelecidos nas equipes, e não por iniciativa das instituições. Trata-se, pois, de um mercado ainda pouco favorável, dependendo muito das iniciativas dos profissionais. Além disso, as entrevistadas foram unânimes em relatar que, frequentemente, encontram resistências por parte de membros das equipes de saúde, possivelmente, por uma falta de divulgação do trabalho que leva a um desconhecimento. De fato, durante a aplicação do questionário dirigido às maternidades de Salvador, observamos que, em algumas delas, os setores que o responderam não sabiam da atuação do fonoaudiólogo na instituição, nem em que momentos ele era devidamente chamado para atender aos bebês e nem que o trabalho de avaliação e estimulação da sucção/deglutição era desenvolvido por esse profissional dentro das UTIN's e USIN's.

Também enfrentamos problemas com profissionais de áreas afins, que ainda são vistos como tendo condições de prestar atendimento na área de motricidade oral, papel que cabe ao fonoaudiólogo. Assim, apenas em quatro maternidades esse trabalho era desenvolvido pelo fonoaudiólogo, sendo dois com atendimentos constantes e dois esporádicos. Também observamos aqui certo desconhecimento desse trabalho por parte dos hospitais, uma vez que quatro questionários respondidos pelas instituições não apontam a existência do trabalho do fonoaudiólogo na área de motricidade orofacial, apesar deste ser relatado pelas entrevistadas a elas vinculadas.

Com essa falta de serviços que contemplem o atendimento do fonoaudiólogo, a sociedade acaba ficando sem a assistência de um profissional especializado, capacitado para a prevenção de alguns distúrbios do desenvolvimento global, e não apenas restrito à reabilitação. No intuito de voltar-se para práticas preventivas, as entrevistadas vêm procurando, por exemplo, participar dos Cursos de Gestantes, para orientar às mães quanto à importância da TAN; porém, algumas ainda enfrentam resistências por parte da equipe de saúde para esse tipo de atuação.

Interessante destacar que esse tipo de problema não tem sido reportado na literatura da área; talvez por que, em outros estados, como São Paulo, a Fonoaudiologia já esteja mais constituída e inserida no mercado de trabalho, em diversos setores.

Ainda analisando os questionários dirigidos às maternidades de Salvador, observamos que, com relação à TAN, houve a confirmação de existência do serviço e o devido conhecimento por parte da instituição hospitalar sobre essa atuação.

Outra circunstância que vem dificultando a atuação e inserção desse profissional nas instituições hospitalares é o fato de os convênios de saúde e o SUS ainda não cobrirem o atendimento fonoaudiológico. As tabelas de pagamentos encontram-se constantemente defasadas e há demora na efetivação do pagamento ao profissional, além de o valor diferir

muito de acordo com a instituição. Diante disso, observamos que muitos desses profissionais ainda atuam como voluntários, devido à demanda de atendimento nas instituições, especialmente nas públicas.

De qualquer forma, assim como em outros estados, observamos que os fonoaudiólogos de Salvador vêm procurando se inserir nas equipes multiprofissionais, o que, certamente, contribui para a divulgação do trabalho, favorecendo o encaminhamento de pacientes; inclusive, algumas entrevistadas relataram que têm sido convidadas para relatar sua atuação em cursos de saúde.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas no trabalho do fonoaudiólogo, percebemos, então, que a visão apresentada pelas entrevistadas é de otimismo quanto ao mercado de trabalho, embora ainda exista um descompasso entre a necessidade do trabalho fonoaudiológico e a real atuação desse profissional nas instituições.

Diferenças de atuação fonoaudiológica em instituições públicas e privadas, bem como as divergências diante de mesmos instrumentos e estruturas curriculares na formação acadêmica, com conseqüente atuação no mercado de trabalho, podem também ser focos de futuros estudos na busca por melhoria do trabalho fonoaudiológico para a sociedade. Afinal, mesmo com uma produção significativa de estudos na área, que refletem o crescimento das diversas práticas clínicas, ainda persiste uma pergunta: Por que ainda não temos fonoaudiólogos inseridos nas equipes multiprofissionais de hospitais/maternidades como uma rotina?

Finalizo ressaltando que, durante os encontros para a realização das entrevistas, pude não só relembrar de meu próprio percurso na área, como compartilhar com minhas colegas as incertezas que ainda enfrentamos, bem como a esperança de ver nosso trabalho reconhecido, de modo que o fonoaudiólogo, no futuro, seja inserido em toda a rede hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, M.F.P.. **O Fonoaudiólogo Como Facilitador Da Relação Mão-Bebê De Alto Risco**. [Dissertação], Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

EVERY, G.B.. **Neonatologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1984.

ALVES, A.M.L.; SILVA, E.H.A.A.; OLIVEIRA, A.C.. **Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru**. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Vol 12, N. 1, Jan-Mar, 2007.

AMIEL-TISON C. Neurologic Evaluation of the Maturity of Newborn Infants. **Arch Dis Child**, 1968.

ANDRADE, C. **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. São Paulo, Lovise, 1996.

ANDRADE, I. S. N.; GUEDES, Z. C. F. **Intervenção fonoaudiológica no processo de alimentação em bebês inseridos no Método Mãe-Canguru**. Fono Atual 2005, 2 Trimestre, Ano 8, número 32.

ARGOLO, L.; ABREU, R.M. **Estudo comparativo das aquisições de linguagem em crianças de uma maternidade pública de Salvador: crianças a termo x crianças pré-termo**. 2007, (Trabalho de Conclusão do Curso de Fonoaudiologia), Universidade do Estado da Bahia, 2007.

BARREIRA-NIELSEN, C.; NETO, H.A.F.; GATTAZ, G. **Processo de implantação de Programas de Saúde Auditiva em duas maternidades públicas**. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Vol 12, N. 2, Abr-Jun, 2007.

BASSETTO, M.C.A.; RAMOS, C.C. **Estruturação de um Serviço de Fonoaudiologia em Berçário**. Relato nº 7. In: **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. São Paulo, Lovise, 1996.

BASSETTO, M.C.A.; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R.. **Neonatologia – um convite à atuação Fonoaudiológica**. São Paulo: Editora Lovise, 1998.

BITTENCOURT, A. M.; MANTELLO, E. B.; MANFREDI, A. K.S.; et al.. **Fatores de risco para deficiência auditiva em recém-nascidos acompanhados no berçário de risco do hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo**. Revista Fono Atual, Ano 8, número 31, 1 trimestre 2005, Pancast Editora.

BOTELHO, Maria Izabel Martins Redondo; SILVA, Ariovaldo Armando. **Avaliação funcional da disfagia de lactentes em UTI Neonatal**. Revista Associação Médica Brasileira, 2003; 49(3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe-Canguru**: Manual

do Curso / Secretaria de Políticas de Saúde, área da Saúde da Criança – 1ª Edição – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília (DF): o Ministério; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação das ações programadas/executadas em aleitamento materno no ano de 2001: relatório**. Brasília (DF): O Ministério; 2001

BRASIL, L.A. **Um estudo sobre a evolução da triagem auditiva neonatal**. [dissertação]. São Paulo: pontificia Universidade Católica de São Paulo; 2004.

BÜLLER ,K.E.C.B , Comentado por: PERISSINOTO, J. **Introdução da alimentação via oral com o uso do copinho em recém-nascidos pré-termo: Critérios fonoaudiológicos**, Revista Brasileira de Fonoaudiologia, Ano 9, N° 1, Jan/Mar de 2004.

BÜLLER ,K.E.C.B; LIMONGI, S.C.O. **O uso do copinho como método de alimentação de recém-nascido pré-termo: Revisão de literatura**. Revista Brasileira de Fonoaudiologia, Ano 9, N° 2, Abr/Jun de 2004.

BÜLLER ,K.E.C.B; LIMONGI, S.C.O **Fatores associados à transição da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo**. Revista Pró-Fono, Vol 16, n°3, Set/Dez 2004.

CAETANO, L.C.; FUGINAGA, C.I. e SCOCHI, C.G.S. Sucção Não-nutritiva em Bebês Prematuros: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana Enfermagem**. vol.11. n.2, 2003.

CASTRO, Regina Montenegro. **Avaliação Audiológica Infantil de 0 a 1 ano**. [dissertação] CEFAC, Goiânia, 1999.

DANTAS, L.M. **O efeito do ruído contralateral sobre a amplitude das emissões otoacústicas evocadas por transientes em neonatos com até 28 dias de vida**. [dissertação]. São Paulo: Pontificia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

DELGADO, S.E., HALPERN, R. **Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego**. Revista Pró-Fono, Vol 17 n°2, Mai/Ago 2005.

DI NINNO, C.Q.M.S.; GOMES, R.O.; MOURA, D.F.; et al.. **Informações que os pais de bebês com fissuras labiopalatina gostariam de receber no período neonatal**. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v.11, n.1, Jan-Mar 2006a .

DI NINNO, C.Q.M.S.; SANTOS, P.G.; BUENO, M.G.; SYRIO, I.M.F.. **A influência da época do diagnóstico das fissuras labiopalatinas**.Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Vol 11, N. 2, Abr – Jun, 2006b.

DIAS, A.L.P.A.. **Análise Crítica Da Implementação De Um Programa De Triagem Auditiva Neonatal Em Uma Maternidade No Interior De Minas Gerais**. [Dissertação], Mestrado. Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

DURANTE, A.S.; CARVALLO, R.M.M. **Emissões otoacústicas transitórias não-linear com estímulo contralateral em lactentes.** Pró-fono, Vol. 13, nº 2, 2001.

DURANTE, A.S.; CARVALLO, R.M.M.. **Mudanças das emissões otoacústicas por transientes na supressão contralateral em lactentes.** Pró-fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v. 18, n. 1, Jan-Abr, 2006.

FACCHINI, L.C., ALMEIDA, S.T., DELGADO, S.E. **O perfil da demanda para intervenção fonoaudiológica na UTI neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** Revista Pró-Fono, Vol 12, nº1, Abril de 2000.

FELÍCIO, C. M.; FERREIRA-JERONYMO, R.R.; FERRIOLLI, B.H.V.M.; et al.. **Análise da associação entre sucção, condições miofuncionais orais e fala.** Pró-fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v. 15, n. 1, Jan-Abr, 2003.

FERRAZ, S.B.T.. **Estudo sobre o atendimento fonoaudiológico na unidade neonatal: o bebê, a mãe e o fonoaudiólogo.** [Dissertação], Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2003.

FICHINO, S.N. **Estudo do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico por Via Aérea e Via Óssea em Crianças de até Dois Meses de Idade.** [Dissertação], Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

FOIADELLI, F.; BUHLER, K. E. B.; OLIVEIRA, F. M.. **O aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo um mês após a alta hospitalar.** Fono Atual 2005 3 trimestre, Ano 8, número 33.

FUZETTI, C.B. **Emissões otoacústicas espontâneas evocadas por estímulo transiente em recém-nascidos.** [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.

GARCEZ, Leticia Wolff; GOLDENBERG, Miriam. **Possibilidades e limites da atuação Fonoaudiológica em berçários.** [Dissertação], Especialização CEFAC, Porto Alegre, 1999.

GATTAZ, G.; SANTOS, F.A.; MAHL, G.S. **Incidência do registro de EOA relacionadas ao peso dos recém-nascidos.** Revista Distúrbios de Comunicação, 2001; Vol. 12(2).

GUERRERO, S.M.A. **Um estudo das respostas elétricas do tronco encefálico e das emissões otoacústicas evocadas e das transitórias em uma UTI Neonatal.** [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.

HERNADEZ, A. M. Atuação Fonoaudiológica em Neonatologia. In: ANDRADE, C. R.F. **Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco.** São Paulo: Editora Lovise, 1996.

LEAL,V.M.; RONCATTO, C.C. **Dados de prontuários sobre a sucção de Neonatos a Termo.** 2004, (Trabalho de Conclusão do Curso de Fonoaudiologia), Universidade do Estado da Bahia, 2004.

LEWIS, D. – **As habilidades auditivas do recém-nascido e a triagem auditiva neonatal.** In: ANDRADE, C. – **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco.** São Paulo, Lovise, 1996. p.149-168.

LICHTIG, I. – **Avaliação audiológica do recém-nascido.** In: KUDO, A. **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria.** São Paulo, Sarvier, 1994.

LOPES, J. **Follow Up do Recém-Nascido de Alto Risco.** Rio de Janeiro, MEDSI, 1999.

LOPES, S. – **Organização de um Programa de Acompanhamento do Recém-nascido de Risco.** In: LOPES, S. e LOPES, J. **Follow Up do Recém-Nascido de Alto Risco.** Rio de Janeiro, MEDSI, 1999. p.5-16.

LUSSKY, R.C. **A century os neonatal medicine.** Minnesota Medical Association, Mineápolis, v.82, dec.1999.

MADUREIRA, D.L.. **Deglutição em Neonatos.** In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. **Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Roca, 2004.

MARIOTTO, R.M.M. **Distúrbios alimentares em bebês: uma interlocução entre a fonoaudiologia e a psicanálise.** Revista Distúrbios da Comunicação, Vol. 14, N° 2, Junho de 2003.

MELO, L.S.B.; COSTA, A.C.N.. **Amamentação e hábitos orais viciosos: possíveis inter-relações.** 2005, (Trabalho de Conclusão de Curso de Fonoaudiologia), Universidade Federal da Bahia, 2005.

MORRIS, S. E.; KLEIN, M. D. **Therapy Skill Builders.** Arizona: Falk k, 1987.

NEIVA, F.C.B. **Proposta de um formulário de avaliação da sucção de recém-nascidos.** Revista Pró-Fono, Vol 12, n°2, Setembro de 2000.

NEIVA, F.C.B.; LEONE, C.R.. **Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção.** Pró-fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v.18, n. 2, Maio-Ago, 2006.

OLIVEIRA, T.A.; DELGADO, S.E. **Técnicas de alimentação e suas repercussões oromotoras nos bebês de risco.** Revista Brasileira de Fonoaudiologia, Ano 10, N° 4, Out/Dez de 2005.

PÊGO, J.A. **O trabalho realizado em UTIP com bebês pré-terms e suas mães: contribuições ao método clínico fonoaudiológico.** [Dissertação], Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

PELOSINI, A.P.D.. **Entraves na relação inicial mãe-bebê e seus desdobramentos na clínica fonoaudiológica.** [Dissertação], Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

PFITSCHER, A.P.; DELGADO, S.E.. **A caracterização do sistema estomatognático, após a transição alimentar, em crianças prematuras de muito baixo peso.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Vol 11, N. 4, Out-Dez, 2006.

PINTO, V.S.. **Estudo do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico por Via Aérea e Via Óssea em crianças de até dois meses de idade.** [Dissertação], Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

PIRES, S.C.F.; MODES, L.C. **Revisão de Literatura: Índice de Apgar pode ter Valor Prognóstico na Clínica Fonoaudiológica?.** Revista Brasileira de Fonoaudiologia, Ano 8, Nº 1, Junho de 2003.

RIBEIRO, A.; SILVA, C.C.F.A.;SALCEDO, P.H.T.; ASSENCIO-FERREIRA, V.J.. **Relação do APGAR em recém-nascido a termo com eficiência da mamada.** Revista Fonoaudiologia Brasil, 2004; 4(1).

RIBEIRO, F.G.; MITRE, E.I. **Avaliação do conhecimento sobre triagem auditiva neonatal de pacientes no pós-parto imediato.** Revista do CEFAC, São Paulo, v. 6, n. 3, Jul-set, 2004.

RIBEIRO, F.G.. **Da Triagem Auditiva Neonatal Ao Diagnóstico: Os Pais Diante Da Suspeita De Deficiência Auditiva No Filho.** [Dissertação], Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

RIBEIRO, G.G.. **Estudo da amplitude de resposta das emissões otoacústicas evocadas transientes em recém-nascidos a termo.** Revista do CEFAC, São Paulo, v.5, 2003.

ROCHA, Marilene de Souza; DELGADO, Susana Elena. **Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo com gastroquise.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Vol 12, N. 1, Jan-Mar, 2007.

ROSSINO, G.S. **Triagem da audição e do desenvolvimento global em crianças de 0 a 2 anos pós-meningite.** [dissertação]. São Paulo: pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

SANTOS, A. E.; ABREU, R.M. **A Primeira Mamada dos Recém-Nascidos de um Hospital Amigo da Criança.** (Trabalho de Conclusão de Curso em Fonoaudiologia), Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2007.

SILVA, E.B.; FÚRIA, C.L.B.; DI NINNO, C.Q.M.S.. **Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: Dificuldades e métodos utilizados.** Revista CEFAC, São Paulo, v.7, n.1 Jan-Mar, 2005.

SILVA, K.A.L.. **Achados timpanométricos em neonatos:medidas e interpretações.** [Dissertação], Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, P.S.L; ABREU, R.M; MARTINEZ, P.S.L. **Caracterização dos neonatos atendidos pelo serviço de fonoaudiologia em uma maternidade pública de Salvador-Bahia.** (Trabalho de Conclusão de Curso em Fonoaudiologia), Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2007.

SILVA, R. N. M. Efeitos da Sucção Não-nutritiva no Prematuro. In: LOPES, S. M. B. e LOPES, J. M. A. **Follow-up do Recém-nascido de Alto Risco.** Rio de janeiro: Medsi, 1999.

SOARES, E. **Emissões otoacústicas evocadas transitórias e emissões otoacústicas evocadas por produto de distorção: razão de crescimento, em neonatos sem risco auditivo.** [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2000.

SOUSA, L.P.; BITAR, M.L.. **Alimentação de lactentes com refluxo gastroesofágico (RGE).** Pró-fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v.15, n. 2, Maio-Ago, 2003.

SOUSA, L.P., BITAR, M.L. **A alimentação dos Lactentes com RGE.** Revista Pró-Fono, Vol 15, nº2, Mai/Ago 2003.

SOUZA, R.F., MAIA, S.M. **A “Clínica dos bebês” e suas especificidades.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Ano 10, Nº 1, Jan/Mar 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TURCZINSKI, A. C. S.; ANDRADE, X. M. V.; ANDRADE, I. S. N.. **O conhecimento das mães internas no Alojamento Mãe-Cangurú sobre comunicação e amamentação.** Fono Atual 2006 Jan/Mar.

ULHÔA, F.M. **Emissões Otoacústicas espontâneas e evocadas por estímulo transiente em crianças de até 9 meses de idade com risco para perda auditiva.** [dissertação]. São Paulo: pontificia Universidade Católica de São Paulo; 2002.

XAVIER, C. **Assistência a Alimentação de Bebês Hospitalizados.** In: BASSETO, M. C. A.; BROCK, R.; WAJNSTEJN, R. **Neonatologia: Um Convite à Atuação Fonoaudiológica.** São Paulo: Editora Lovise, 1998, p.255-275.

Relação das maternidades públicas na Bahia que realizam atendimentos pelo Sistema Único de Saúde. Disponível no site do Disque Maternidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. http://www.saude.ba.gov.br/int_util_reser.html. Acesso em: 04 de Nov. 2006

Relação das monografias das universidades em Salvador. Disponível no site da Associação Profissional dos Fonoaudiólogos do Estado da Bahia <http://www.aprofeb.com.br/pesquisas.shtml>. Acesso em: 04 de Nov. 2006

VALENTE, M.C.M.; BEGROW, D.V.; ASSUNÇÃO, J. **Fonoaudiologia Neonatal: o conhecimento que o corpo médico das UTIs neonatais tem sobre esta atuação.** 2004, (Trabalho de Conclusão de Curso de Fonoaudiologia), Universidade Federal da Bahia, 2004.

VERGNE, D.S.B.; BEGROW, D.V.; COSTA, A.C.N. **Distúrbio da alimentação em recém-nascidos prematuros.** 2004, (Trabalho de Conclusão de Curso de Fonoaudiologia), Universidade Federal da Bahia, 2004.

WELTER, G. T. **Bebê de Risco: como e porque estimulá-lo.** 1999. 40 f. (Monografia) Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC) - Motricidade Oral. Curitiba, 1999.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo, ATLAS, 1991.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. São Paulo, Edições Loyola, 1996.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.. **Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 2003.

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Participante deste Estudo

O Sr(a). está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que se intitula “Reflexões sobre o papel do fonoaudiólogo no trabalho com bebês em maternidades na cidade de Salvador”.

O objetivo deste estudo é descrever e compreender como vem sendo desenvolvido o trabalho do Fonoaudiólogo com bebês nas maternidades de Salvador.

Caso aceite participar como sujeito desta pesquisa, o (a) Sr. (a) será entrevistado a respeito do trabalho que desenvolve com bebês e esta será gravada. A entrevista durará aproximadamente 1 a 2 horas. A entrevista será agendada segundo a sua conveniência.

Não existem benefícios médicos diretos para o sujeito deste estudo. Entretanto os resultados deste estudo podem ajudar os pesquisadores a entender melhor sobre como o trabalho da fonoaudiologia com bebês vem se desenvolvendo nas maternidades em Salvador .

Não existem riscos médicos ou desconfortos associados com este projeto, embora o (a) Sr. (a) possa experimentar alguma fadiga e/ou stress durante a entrevista. O (a) Sr. (a) receberá tantas interrupções quanto necessárias durante a mesma.

Fica claro que sua participação é voluntária, não sendo obrigado a realizar toda a entrevista se não quiser, mesmo que já tenha assinado o consentimento de participação. Se desejar, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e isto não trará nenhum prejuízo ao seu atendimento.

A pesquisadora não pagará nenhum valor em dinheiro ou qualquer outro bem pela sua participação, assim como o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo adicional. Como qualquer participante o (a) Sr. (a) só terá que arcar com as despesas de condução, caso necessário.

Os seus dados serão mantidos em sigilo. Serão analisados em conjunto com os de outros participantes e não serão divulgados dados de nenhum profissional isoladamente. O (a) Sr. (a) poderá esclarecer suas dúvidas durante toda a pesquisa com a fonoaudióloga Renata Mathias de Abreu, no endereço Rua Beijupirá, 130 casa 17 ou pelo telefone 9188-7177 .

Eu, como pesquisador responsável, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas por mim, descrevendo o estudo “Reflexões sobre o papel do fonoaudiólogo no trabalho com bebês em maternidades na cidade de Salvador”.

Eu discuti com a fonoaudióloga Renata Mathias de Abreu sobre a minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

_____/_____/_____
Data

Assinatura da testemunha

_____/_____/_____
Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

_____/_____/_____
Data

ANEXO 2 - Roteiro de entrevista semi-dirigida

Nome do participante da pesquisa: (apenas para identificação do pesquisador caso queira entrar novamente em contato para mais esclarecimentos)

Responsável pela pesquisa: Renata Mathias de Abreu

Orientadora: Suzana Maia

Data da entrevista: ____/____/____

Local e data de nascimento: _____

Local e tempo de formação: _____

Endereço Atual: _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____

CEP _____ Tel _____ E-mail: _____

A Fonoaudiologia é uma profissão relativamente nova e ainda pouco difundida na Bahia. Muitos já realizaram projetos para tentar desenvolver um trabalho no âmbito hospitalar, mas ainda apresentam muitas dificuldades.

Estou desenvolvendo esta pesquisa com o intuito de saber como o Fonoaudiólogo que atua com bebês em maternidades, vem desenvolvendo esse trabalho, como se deu seu percurso profissional até iniciar esse trabalho e, o que, e como está sendo realizado.

Você poderia contar como vem sendo a sua experiência neste campo?

ANEXO 3 – Questionário para as Maternidades

Salvador, 20 de Outubro de 2006.

À

Direção do Hospital _____

Prezado Senhor(a),

Na qualidade de estudante do Curso de Mestrado do MINTER/PUC-SP/UNIME, estou realizando pesquisa na área da Fonoaudiologia com bebês, em maternidades.

A pesquisa se intitula “Reflexões sobre o papel do fonoaudiólogo no trabalho com bebês em maternidades na cidade de Salvador” e tem como objetivo deste estudo, descrever e compreender como vem sendo desenvolvido o trabalho do Fonoaudiólogo com bebês nas maternidades de Salvador.

Para que a elaboração do meu Projeto de Mestrado esteja bem fundamentada necessito de algumas informações complementares, motivo pelo qual solicito sua aprovação e a indicação ao Setor possuidor de dados, para que acolha nossa necessidade.

O que preciso saber: - Existe maternidade neste hospital? Possuem UTI Neonatal? Existe trabalho com Fonoaudiólogos? Como são compostas as equipes? Existem Fonoaudiólogos nestas equipes? Em caso positivo, quem é o Fonoaudiólogo que atua nessa equipe? Existe vínculo do profissional com a instituição? É realizada triagem auditiva neonatal (Teste da Orelhinha)? Quem avalia e estimula a sucção dos bebês prematuros?

Para que estes dados possam ser utilizados na pesquisa, seria necessário que eu recebesse um documento oficial deste Hospital.

Com meus agradecimentos antecipados,

Renata Mathias de Abreu

Fonoaudióloga

Rua Beijupirá, 130 - Casa 17 Condomínio Coqueiros de Itapuã

Nesta - CEP 41635-390

Tel.: 3249-3762/9188-7177

e-mail: fonorenataabreu@yahoo.com.br

ANEXO 4 – As Entrevistas

Entrevistada 1

O primeiro contato que tive com Neonatologia foi num estágio no Rio de Janeiro, onde passei um dia na maternidade observando como era realizado o trabalho da Fonoaudiologia. Voltando para Salvador, cheguei a pensar em fazer uma monografia relacionada a bebês, especificamente com Síndrome de Down, mas não deu certo, fui para outra área.

Formei-me em dezembro de 2004. Recebi o convite para integrar a equipe da Maternidade C.. Em janeiro cheguei a conhecer a maternidade, mas as pessoas que trabalhavam no Follow up estavam de férias e só em fevereiro de 2005 eu comecei a fazer parte da equipe.

Inicialmente, comecei no Follow up acompanhando os bebês, depois no alojamento conjunto, enfermaria Canguru, para depois poder entrar realmente no berçário.

Primeiro fiquei observando os atendimentos de uma fonoaudióloga, depois passei a fazer follow up sozinha, tive que aprender como preencher uma ficha de evolução. Não lembro quanto tempo fiquei no Follow up, mas no mínimo uns quatro, cinco meses, só atendendo esses bebês que voltavam as segundas-feiras, oferecendo orientações, fazendo a avaliação dos que já tinham passado pela USIN, (o berçário de alto risco), pelo canguru, que iam para os encontros com a fisioterapia e passavam também pela avaliação fonoaudiológica (avaliação dos reflexos, sucção não-nutritiva e nutritiva...). Quando aparecia um bebê ou uma criança maior, orientações sobre diversos aspectos eram fornecidas: que copo usar, que mamadeira usava e/ou porque não usar, como usar copo ou colher, enfim, alimentação em geral, utensílios, consistências, transição alimentar, aspectos de linguagem, auditivos. Tinha o exame de Emissões Otoacústicas que não era eu quem fazia, era uma outra fonoaudióloga, mas eu estava sempre cobrando das mães, principalmente o dos bebês que tinham passado pelo berçário (de alto risco) ou tinha algum fator de risco para deficiência auditiva.

Depois continuei no Follow up e comecei a observar o atendimento na USIN, às quintas-feiras a tarde, não atendia nenhum RN, morria de medo, olhava de longe, olhava de lá, olhava de cá, não sabia como pegar, tantos fios presos aos bebês, enfim. Depois entrou um outro grupo de fonoaudiólogas para ajudar a estruturar o serviço, para começar a ser mais completo e mais sistemático, tendo um acompanhamento diário pelo menos, ou no máximo a

cada dois dias, e, a partir daí, começamos também a realizar oficinas de orientações a gestantes abordando todas essas questões já observadas no Follow up, mas num caráter já preventivo.

No pré-natal, nunca conseguimos participar muito por conta dos horários que não eram compatíveis, mas tinha a questão de prevenção do pré-natal, tinham as oficinas com gestantes e até quando eu estava presente em algum dia do teste da orelhinha, pegava algum bebê no canguru, no berçário e levava, já que estava disponível ou porque precisava realmente e isso adiantava um pouco o atendimento. Às vezes, ficávamos só conhecidas como a fono do teste da orelhinha, mas tudo bem. *Ah! Fono, você pode levar esse bebê para fazer o teste da orelhinha?... Ah! Posso! Vamos!*. Ou às vezes era confundida com fisio ou T.O. Mas, enfim, fomos fazendo isso e obviamente começamos um treinamento para capacitação para o atendimento no berçário, e só depois comecei a atender no berçário. Não vou dizer que antes não tinha responsabilidade, mas no berçário a questão da ameaça de alguma outra coisa afetar nesse desenvolvimento de uma forma muito forte, abrupta e mudar o seguimento da vida do bebê, é muito mais forte do que você simplesmente dizer não use o copo tal ou coloque ele aí pra observar a mamada, é muito diferente.

Fiquei quase um ano no berçário e como não deu pra ficar dois turnos, eu reduzi para um turno só e domingo quando dava, mas, as vezes tinham alguns alunos, que eu ia acompanhá-los ou que foram em algum horário, também para observarem e eu dava alguma orientação. E assim começou, um pouco lá também, essa parte de auxiliar, faziam pesquisas e eles estavam coletando dados e eu sugeria que colocassem algum dado específico, eu ajudei em algumas coisas e já fui entrando no meio acadêmico.

Acho que faltam muitas pesquisas na área e por isso eu quero e me dispus a ajudar, porque acho o número de pesquisas muito ínfimo para poder comprovar que o trabalho é importante e estar divulgando mais. A gente sabe que uma pesquisa na área médica, ela é muito mais divulgada até pela classe, mas acho que a gente tem que fazer a nossa parte e não ficar pensando, *ah, que o médico não vai ler, porque não vai ler?*. A gente tem que divulgar, quando entramos em contato com outros profissionais e conseguimos isso. Mostrar uma revista, também, já vai de alguma forma, divulgando. Então no meu dia-a-dia, às vezes, na clínica atendendo terapia, eu falo assim: *ah porque amanhã eu estou na maternidade*. Quando eu estava na Maternidade C...aí as pessoas perguntam: *Ah! Maternidade? Como assim? Ah! Você faz isso? Oh! Faz aquilo?* Era uma forma que eu já aproveitava para divulgar. Era como se eu já andasse com uma camisa por baixo do jaleco para ir divulgando.

É um trabalho de extrema importância e ao mesmo tempo de muita responsabilidade, porque você está lidando com uma criaturinha, que antes eu morria de medo de pegar. Agora eu já pego, boto pra lá, boto pra cá, mas é porque a responsabilidade realmente é muito grande. Você não está lidando só com o bebê, você está lidando com o bebê e com a família, principalmente com a mãe, que é outra relação muito complicada, complexa. Além desse binômio todo, tem também a questão dos profissionais com você, mesmo que você não queira, você tem que estar presente, tem que estar dialogando e conversando.

Então lá na Maternidade C. que é o tempo de experiência que eu tenho na área, tinham profissionais e profissionais. Alguns muito abertos que queriam a nossa opinião, queriam que a gente ajudasse. Estavam abertos a conhecer o nosso trabalho, inclusive auxiliares. Mas acho que já nesse período em que eu fiquei lá, consegui mostrar o que a gente faz, junto com as fono que passaram por lá. De alguma forma, às vezes, eu acho que os profissionais pensam que a gente é a solução só naquele momento. Como se fosse assim: Já que tem que passar pela Fono, passa pela fono, mas não dão muito crédito, como um dia que eu cheguei lá e tinha um bebê que queriam fazer gastrostomia e de repente me deram uma mamadeira para eu experimentar, porque se ele não pegasse a mamadeira **em uma dieta** iam fazer a gastro. É muita responsabilidade. Eu não estou dizendo que não sou capaz de dizer isso, mas não é em uma dieta que a gente vai avaliar se dá ou não dá. É meio que como se fosse assim, vou jogar a culpa pra fono, ela disse que pode, ela disse que não pode, mas não por acreditar, mas por querer se livrar logo e dizer que passou por isso.

Mas, não é repetindo o que todo mundo fala, essa é mesmo uma área que tem que ser explorada, realmente aqui, principalmente, tem que ser divulgada, a gente tem que conquistar nosso espaço, eu acho que essa contratação da Climério¹⁹, já é um ótimo sinal, demorou mas chegou.

Eu fiz especialização em Neonatologia²⁰ que foi um curso com caráter multidisciplinar, da qual participaram enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas. Além disso, fiz uma formação esse ano em um método de reorganização neurofuncional, o método Padovan. Aqui, em Salvador, não tem ninguém que trabalhe com o método só com bebê, que eu pudesse também ficar só observando ou que eu pudesse fazer uma formação só nessa área.

¹⁹ A Maternidade Climério de Oliveira é a primeira maternidade pública a contratar um Fonoaudiólogo para atuar na USIN, desde Setembro de 2006.

²⁰ Um curso aprovado pelo Ministério da Saúde que ocorreu na Universidade do Estado da Bahia (UNEB) em 2005/2006.

Eu acho que a Fonoaudiologia, em Salvador, nas maternidades, poderia já estar um pouco mais avançada, mais reconhecida. Porque, a gente sabe que na maternidade o médico que está ali, ele não trabalha só ali, ele trabalha em outros locais. Se ele é um neonatologista, provavelmente, ele trabalha em outras maternidades. Então, se ele está ali vendo o seu trabalho e chega em outro lugar, sabe que você trabalha com aquilo, já viu você trabalhando, porque não chamar você pra realizar o mesmo trabalho? Não pra ser contratado, mas, pelo menos você atender, começar com atendimento esporádico, enfim, eu acho que de tanto que já viram não só a gente lá na Maternidade C., mas até de todas as fonos, eu acho que já podia estar muito mais na frente e eu acho que existe uma questão que infelizmente acontece, que é a questão da Fisioterapia que termina sinceramente atrapalhando um pouco a nossa atuação. Não estou falando que a gente vai deixar de trabalhar por causa da Fisioterapia, nem que vai deixar de ter emprego por causa deles, mas se o Fisioterapeuta está contratado e fazendo o papel, não o papel do fono, mas tentando imitar o papel do fono e de alguma forma ele chega e fala o que avaliou. O conhecimento que eles têm do fono é sucção e o teste da orelhinha, mas como assim? O que avaliou na sucção? Se você perguntar para o fisioterapeuta o que ele avaliou, ele não vai saber dizer, desculpe. *“Ah! Ta sugando”*. Não são todos que vão saber dizer, o movimento da língua, porque eles não são formados para isso, então se eles fazem e colocam no prontuário boa sucção ou sucção alterada, de certa forma parecer que a gente não precisa fazer aquilo. Claro que não é pra gente ficar de braços cruzados, aceitando, mas que eu acho que isso dificulta, dificulta, até porque já está contratado, é um profissional só, se contratar fono é mais um profissional, são mais impostos a pagar e se está se virando com o fisio, ou se está se virando desse jeito pra quê a gente vai precisar de fono. Aí eu acho que na maternidade pública, principalmente, talvez, a gente tenha mais espaço, por ser um local que tem maior rotatividade, não que um hospital particular não tenha, mas é porque é muita gente, pouco leito, aquela agonia, então, eles querem também produção, querem leitos sendo esvaziados, que de certa forma alguém tem que trabalhar muito bem pra dar essa demanda de estar liberando bebê, pra ta transferindo para o canguru e aí vai liberando com o peso ideal.

Acho que a especialização que eu fiz por ter fisioterapeuta junto, ajudou muito, porque eu garanto que as pessoas que fizeram e que pensam em trabalhar com bebês ou que trabalham com bebês ou vão trabalhar, vão pensar duas vezes antes de querer entrar muito pelo caminho, porque tiveram acesso, conheceram o papel da Fonoaudiologia em Neonatologia.

Na FIB (Faculdades Integradas da Bahia), tem uma fisioterapeuta e é muito importante o que ela faz. Levar um fono pra falar o que faz para os estudantes, porque se o estudante tem informação, se ele não conhece que o limite dele é aquele e que tem uma pessoa que vai trabalhar com aquilo ali, ele já sai dali com outro conhecimento, vai trabalhar, vai para um hospital e aí entra em contato com mais professores aquela história toda vai divulgando aquilo ali, pronto. Teve até uma aluna, aluna não, uma fisioterapeuta de lá que quando eu estava na Maternidade C. disse assim: *“Porque você tá colocando o dedo nesse sentido?”* Ah! Eu juro que falei, *por isso Ah!*, não me lembro o que era, acho que é porque eu estava passando na gengiva, uma coisa assim, fazendo assim, um negócio desse. Ah! Estava avaliando o reflexo de mordida e ri... *“Porque você está com o dedo assim?”* Tipo torto. Ora bolas, a gengiva é aqui, né? Depois o bebê estava sugando, aí eu comecei a estimular a língua, pra lá , pra lá. *Porque você usa esse dedo, e você não usa esse?* Ah! perguntou várias coisas... *“eu estou perguntando, porque eu vou trabalhar num sei aonde e lá não tem fono e aí entre fazer ruim e fazer não sei como, você pode me ensinar algumas coisas?”* Eu respondi: Olha algumas coisas sim, eu posso te falar, não custa nada dizer, mas tem outras que só o fono lá dentro pra ver, não tem como dizer não, porque não vai adiantar. Imagina se eu for ficar dizendo tudo o que eu faço? Ela vai chegar e vai dizer olha aqui, eu sei tudo o que o fono faz, olha isso aqui ou então até banalizar o seu trabalho. Porque se você chega ali e vai avaliar só reflexo, aí vai dizer: Mas só aquilo, eu sei fazer, é fácil. E aí vedamento labial, pressão intra-oral, não conhece os parâmetros de uma sucção adequada, vai até dizer, que fono não fez nada. Então, é todo um processo.

Agora, eu recebi uma nova proposta para fazer parte da Residência Multiprofissional em Saúde, especificamente em Neonatologia, pela Universidade B, que vai ocorrer no Hospital R. e que eu vou ser preceptora e vou praticamente montar um serviço lá e ter duas residentes. Nesse período todo, realmente eu pude comprovar que não é uma área fácil para gente da Fonoaudiologia poder atuar. Porque realmente falta espaço para eles reconhecerem o que a gente faz e saber o quão importante é.

Então, essa questão da residência no Hospital R. também é um outro ponto muito importante, lógico que os médicos de lá vão estar sabendo.....não é um hospital só de referência, a gente precisa de outros locais aqui, pois tem muita gente precisando...Além da Maternidade C. E do Hospital R. a gente vai ter que crescer para outros lugares. Estão surgindo outros cursos aqui, agora vai ter um na Universidade E. de especialização em Fonoaudiologia Hospitalar.

A área está começando a crescer. Se a Fonoaudiologia é um bebê, a Neonatologia é um embrião, eu nem sei o que é, mas a gente tem que ir fazendo nosso trabalho e sempre atualizando, tem que estar sempre aprendendo. As mães perguntam pra gente: *O que fazer pra cólica? O que fazer.....?* E eu estou lendo. Então assim, é uma área que realmente me encanta. Se eu pudesse, se eu pudesse realmente me sustentar só com a Neonatologia, eu largava tudo, mas não dá.

Outro dia apareceu uma paciente na clínica onde trabalho indicada por Verônica (Fisioterapeuta da Maternidade C.). As secretárias de lá ficaram sondando. *Ah! vc conhece Dra. V., Dra. V. de onde? Da Maternidade C.?! Ah! Verônica, conheço!* Porque me indicou um paciente? Elas queriam sondar para saber se eu conhecia mesmo, ainda mais que era particular. Eu pensei assim: *“tomara que seja um bebê!”* Não que eu não quisesse os outros, mas não era não, era um paciente de voz, uma pessoa que ajudou na monografia dela, na tese. Mas enfim, seu eu pudesse trabalhar só na Neonatologia eu ficaria, mas não dá!

Não dá para largar tudo...pra só....assim...surgiu a oportunidade do Hospital R.. Se eu fosse trabalhar, por exemplo, na época da Maternidade C., trabalho voluntário, ninguém sobrevive de trabalho voluntário. Eu tinha que ter a clínica, o consultório, o paciente *Home Care*, o que fosse para eu poder me sustentar. Eu nunca me opus a ter que ir um dia a mais, apesar de que os domingos eram bem sacrificados, isso é fato, mas acho que tudo vale a pena, agora assim, deixar a minha quinta-feira, a minha quinta-feira era da Maternidade C., como a quarta-feira era do consultório, minha segunda-feira já foi do Follow up... Mas não dava para viver de ar e de luz...

Quando surgiu o Hospital R., mesmo assim, não dá para largar o que eu tenho para ir para lá. Lógico que vai diminuir a minha carga horária dos outros lugares, mas o valor que é proposto é muito baixo para cobrir minhas despesas. Eu sei que ainda eu não tenho que manter a casa, tudo isso, mas eu tenho a prestação do meu carro, enfim, meus compromissos, que lá só não dá conta. Na época em que fui convidada para assumir a preceptoría eu também estava disposta a me virar, se a clínica não quisesse me manter, pra seguir por esse caminho. É assim, no Hospital R. é algo que ainda não começou efetivamente. E na única reunião que eu fui no Hospital R. com o diretor, médicos, preceptor, não abordamos apenas a parte da Fonoaudiologia, porque era uma reunião com toda a equipe. Todos professores, a primeira coisa que eles falaram foi *“que ótimo que vai entrar uma fonoaudióloga aqui”*. A primeira coisa que passou na cabeça deles foi: achar que a fono, uma única fono vai dar conta do hospital inteiro – *Ah! Vc não dá para dar uma passadinha para ver os idosos? Não dá para*

dar uma passadinha??? Vai ser complicado, porque não vai dar. Mas em compensação essa é uma outra área que não é tão divulgada. Não tem um fonoaudiólogo contratado em qualquer hospital, e muito menos aqui, no Roberto Santos, que é um hospital público e que deveria ter.

Então, nessa reunião surgiu essa proposta e eles queriam que a gente ficasse nas duas UTI's Neonatais. Na verdade a gente teve que fechar com as duas UTI's Neo porque se juntarmos as enfermeiras com as fonos, eles achavam que era muita gente. Imagine só? A Maternidade C., uma salinha, eu digo que aquilo é uma sala, não um berçário, cabem não sei quantas mil pessoas, não está certo, mas a UTI do Hospital R...eu passo pela UTI e canso só de ver não sei quantos meninos. Lá, eles arrumam melhor, tem mais distância entre as incubadoras, fica mais separadinho. Pois é, a gente teve que fechar com as duas UTI's para dividir: uma com uma residente na UTI NEO 1 e a outra na UTI NEO 2 pra dividir com duas enfermeiras na UTI Neo 1 e duas enfermeiras na UTI Neo 2. E eu, vou ter que passar nas duas.

Eu vou ser preceptora do serviço, vou ter que implantar o serviço lá, porque não tem o serviço de Fono no Hospital R.. Por enquanto a gente está na fase de organização, planejamento de atividade prática, de planejamento de atividade teórica, quais são as disciplinas que serão dadas, futuras aulas também que serão ministradas, mas antes de ir para campo, todos os alunos de todos os núcleos, porque vai ser uma residência multiprofissional, tem nefrologia, tem UTI, enfim, todo mundo vai ter aula em comum, durante um mês pra só depois ir a campo. E lá é que vão começar as aulas mais específicas das disciplinas. Enquanto isso a gente vai organizando, conhecendo o hospital todo, pois eu ainda não conheço o hospital todo, então a gente não pode ainda fazer a visita e como ainda vai demorar, aquela coisa, sabe como é Brasileiro...Então eu vou estudando, mas enfim, nós vamos ter que montar o serviço, as residentes vão ficar lá durante o dia, são todos os dias de segunda a sexta com um dia de folga pra elas resolverem os problemas delas e eu vou ter que passar lá uma vez por dia, todos...uma vez por dia. Não sei ainda a carga horária direito, pra poder ver quais as questões que têm que serem resolvidas, quais os bebês que vão ter que avaliar, enfim, resolver o que tiver que resolver e dia de sábado é que vão ter as aulas teóricas de todos os módulos, de núcleos comuns e de núcleos específicos.

Essa residência tem uma previsão de duração de um ano e meio, mas talvez estenda para dois anos, vai depender muito dos serviços que a gente conseguir fechar o contrato. Parece que o valor da bolsa das residentes talvez aumente. A da gente não. A gente está trabalhando agora, mas não está ganhando não, agora é só para organizar, mas talvez a deles

amente, depende dessa questão da mudança de governo. Estavam com medo da mudança de governo, foi todo um stress, mas vai dar tudo certo. Está previsto para começar em fevereiro ou março.

Então, eu estou fazendo um curso de aperfeiçoamento, de formação mesmo no método Padovan, e só falta um módulo para concluir, porque a gente está tornando ele não só um curso de formação, mas de especialização. A gente está trazendo o Dr. D. de fisiologia para dar aula pra gente. Vamos bancar essa despesa para tentar juntar carga horária de especialização e depois fazer a prova do conselho. A gente está pensando em fazer um grupo pra ver se dá para atender no Hospital R., voluntário mesmo. Quer dizer as outras fonos, porque eu vou ficar em Neo mesmo. Elas querem atender idosos lá, pacientes em coma, pois fizemos a formação para atendimento de pacientes neurológicos críticos.

Uma formação para neonatologia eu posso dizer que não tive, o máximo o que eu tive, se eu tive não foi na faculdade, foram em cursos, congressos que eu participei estágios extracurriculares, agora claro que você não deixa de ver na faculdade quais são os reflexos avaliados, as coisas básicas. O que você vê numa avaliação fonoaudiológica, eu não vi, não me recordo, sinceramente de ter visto nenhuma, quando a gente vê protocolo de avaliação em geral de num sei o que, não me lembro de ter visto nenhum protocolo de avaliação infantil, de bebê, infantil sim, de bebê não, neonatologia comigo não, acho que não teve, acho não, tenho quase certeza, parte teórica muito pouca, se vi foi assim no meio de alguma outra coisa, nunca voltado para o bebê. A parte, digamos ligada à psicologia, aí eu já posso dizer que tive um preparo melhor, principalmente em Psicologia do Desenvolvimento II. A parte da psicologia eu acho que a gente sempre leu bastante texto, a gente discutiu bastante, claro que nunca tivemos a parte prática. A parte prática não com bebês, só veio se dar mesmo com estágio, quando a gente começou a lidar com a família, com paciente mesmo, mas nunca com bebê, então posso dizer, que a minha formação, eu sai um pouco no zero. Não posso dizer jamais que eu saí da Faculdade preparada para trabalhar no hospital. Você é recém-formada, você está apta? Eu sinceramente, só tenho diploma, porque não sai apta, sendo honesta, não tive formação, tanto que agora você dá aula dentro de outra disciplina, imagina, e antes nem isso. Mas enfim...

Quando você atende, não estou falando que a família não está presente em outros atendimentos que a gente realiza até na clínica mesmo, sempre tem uma questão familiar que a gente tem que investigar muito a fundo, até porque, seja com criança, seja com adulto, seja com alguma pessoa que teve alguma seqüela neurológica, qualquer coisa a gente precisa desse

apoio familiar, porque a gente sabe que meia hora uma vez, duas vezes por semana é insuficiente para resolver o que a gente precisa.

O apoio da família é realmente importante, mas, quando a gente está trabalhando com bebês, não tem como não trabalhar, mesmo que você queira, você não tem como fugir dessa família. Porque às vezes, na clínica, a criança pode vir com a babá, como eu canso de atender, vindo com babá, a mãe pouco vem, o que eu acho um absurdo, mas acontece. Só que lá, geralmente as mães estão internadas, sendo o bebê do alojamento conjunto ou do berçário, as mães estão lá presentes. Então, a gente tem que lidar com situações muito difíceis. Situações em que, principalmente por ser uma maternidade pública a gente lida com questões muito delicadas. Questões de mães que tentaram abortos, não só lá, mas lá acontece muito, usaram alguma coisa para evitar esse filho, ou mães que realmente não querem, rejeitam ou que usam drogas, enfim, várias situações que não são consideradas nem um pouco ideais para o desenvolvimento de uma criança. A gente está com aquele bebê, a gente está com aquela mãe e a gente sabe que dali ele vai sair com ela. Primeiro a gente está ali não é pra ser psicóloga, mas também não tem como a gente não ser psicóloga também. Mas, às vezes, a gente quer que o bebê tenha uma sucção boa aí simplesmente a gente vai pegar o bebê e colocar no seio para amamentar? Não pode. Tem que primeiro ver também se a mãe está disposta a querer dar essa mama pra esse filho, não é assim, vai chegando e vai... não é qualquer mãe que vai chegar e abrir o roupão *“Deixe eu ver se está ingurgitado, deixa eu ver...”* Não é assim. Tem que saber como está o nível de aceitação, se é um filho desejado ou não e dependendo do comportamento se é uma pessoa que permite, tem gente que a gente pode brincar que gosta até que brinque, viram até nossas “amigas”, mas tem gente que é mais fechada e a gente tem que respeitar, então se é uma pessoa que vai sair de lá para cuidar dessa criança, a gente tem que meio bombardear de informações que possam “abrir” essa cabeça, tentar mudar um pouco aquela visão que a gente acha que pode ser prejudicial, a gente tem que fazer.

Não só do aspecto fonoaudiológico, não só porque tem que desenvolver a linguagem, não só porque tem que fazer o teste da orelhinha, nem só porque tem que mamar, nem não dar a mamadeira, mas é aí que vem a questão da linguagem, porque se ele não tem um bom desenvolvimento, não tem uma boa relação, a mãe não tem uma boa relação com esse filho, a gente sabe que vários aspectos da linguagem vão ser comprometidos, podem ser prejudicados, a gente não vai afirmar isso para ela, mas a gente tem que prevenir, é um trabalho preventivo. A gente pode ouvir o que a gente não quer ouvir. A gente pode falar uma coisa achando que é para o bem e eles interpretarem de outra forma, mas acho que tudo é válido, tem que fazer, a

gente pode até às vezes sair chateado com alguma mãe ou alguma coisa, ficar achando: “*puxa fiz aquilo com a melhor das intenções*”, mas na verdade a gente não pode querer que todo mundo interprete como a gente achou. Enfim, tem que ter esse cuidado, porque é uma pessoa que vai cuidar de outro ser humano e que a gente sabe que na maioria das vezes não tem o mínimo de condição, não só financeiro, domiciliar, de estrutura familiar, mas também às vezes, até mesmo emocional ficam bastante abalados.

Às vezes é uma mãe que deseja muito esse filho, mas não tem a mínima noção de higiene, tipo vai orientar que vai ter que armazenar o leite se for sair, e você não ensina como armazenar esse leite? Você não está lidando com uma pessoa só, está lidando com mãe e na maioria das vezes com o pai também, que sempre está presente não só a mãe, a família como um todo, tem o irmão.

Quando esse bebezinho está internado por muito tempo aí vem a questão da mãe ter que sair e ir em casa cuidar de outro filho, ter que cuidar do marido e a gente também tem que entender essa dinâmica, não pode se questionar *Ah! Ela não fica aqui hora nenhuma, só vem aqui na hora ... Não!* Ela também tem a vida dela, às vezes a gente fica até querendo julgar um pouco, isso é normal, mas tem que lidar com isso.

É como eu disse, paixão pela área eu tenho. Às vezes, meu namorado tem até proposta de sair de Salvador, consegue emprego. O mercado no Rio e São Paulo, pra ele é bom, mas pra mim não vai ser. Mas eu digo, Neo para mim aqui não dá pra me sustentar, infelizmente. Quero que não demore muito, que eu possa, até que ficar na clínica, na clínica atendendo bebês e de repente até aqui nesse consultório CALMA que é lindo que é clínica de aleitamento materno, tendo uma fono de plantão pra participar da equipe aqui no consultório, sei lá. Eles alugam bombas, tudo o que a mãe precisa. Então, é eu espero que no meu caso, com essa proposta da residência e juntando com essa sua contratação da Maternidade C., a gente possa mostrar mais esse trabalho fazendo com que não só os hospitais como médicos tomem conhecimento e comecem a encaminhar os pacientes para a gente, os bebês para a gente novinhos e assim a gente precise de lugar, não só para as outras profissões não, a gente tem que ajudar a nossa também.

Entrevistada 2

Nasci em São Paulo, capital, me formei pela PUC, São Paulo, em 1989. Então, estou fazendo dezoito anos de formada. Estou em Salvador há 17 anos.

O meu trabalho com triagem auditiva, quer dizer, eu já trabalhava com bebê um pouquinho maior no consultório. Eu comecei a fazer avaliação auditiva de bebês de onze meses, dez meses, um ano, no consultório. Em 2000, eu comecei a fazer no hospital A. Comecei primeiramente com um otorrino. Depois que eu voltei do Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, eu conversei com a coordenadora do GATANU e ela me mostrou um mapa das regiões do Brasil que tinham a triagem. Tinha em Itabuna e não tinha em Salvador, que era a capital, Eu voltei empolgada com a idéia de começar a trabalhar com a triagem auditiva neonatal. Conversando com o otorrino com quem eu trabalho, ele topou e compramos o equipamento, fizemos um projeto para o hospital e entregamos. A princípio o hospital abriu a oportunidade para fazer a triagem auditiva na UTI neonatal. No alojamento não conseguimos iniciar porque não havia sido aprovado pela Diretoria fazer dentro do alojamento, mas aos poucos fomos sendo chamados pra ir para o alojamento também. Uma mãe que tinha gêmeos, eles chamavam; outra que também queria fazer antes da alta, eles chamavam. Hoje a gente tem feito bastantes triagens dentro do alojamento. Não é universal porque não conseguimos fazer noventa e cinco por cento dos bebês nascidos. Juntando dentro do hospital e fora do hospital, a gente consegue fazer uma média de setenta por centos dos bebês nascidos. Então ainda não é universal, até porque não estamos lá sete dias por semana por causa da questão de convênio. A gente só trabalha com convênio e particular, não tem assim um respaldo financeiro, que possa fazer em todos os bebês. Então tem toda essa questão. Eu comecei a trabalhar nessa fase, em 2000, de 2000 pra cá.

Eu fiz especialização em Audiologia Clínica, em 1995. Nessa época o que vimos foi o módulo de Audio Infantil. Era muito mais uma avaliação comportamental, a avaliação do desenvolvimento da função auditiva. Dentro da especialização a gente viu isso, mas quando eu comecei a trabalhar com a triagem, eu senti uma necessidade muito grande de buscar mais sobre Audio, sobre a parte com bebês, porque a gente não tem experiência praticamente, vamos aprendendo, com ensaio e erro.. Todo curso que tinha de triagem auditiva em São Paulo eu fazia, no começo, nos primeiros anos era praticamente um curso por semestre. Fui fazer estágio em Campinas com uma fonoaudióloga, que trabalha tendo experiência também em triagem. Fui fazer um estágio também com outra fonoaudióloga lá em São Paulo. Eu

busquei um trabalho de aprimoramento dessa área porque realmente, o curso de graduação não ofereceu. O curso de especialização tinha uma matéria que focava nessa parte de desenvolvimento da função auditiva, mas nunca tive nada do contato com a mãe, do contato com o bebê.

Eu, na parte clínica, de Audio Clínica, sempre gostei muito desse contato com a família, de conversar muito com a família, de escutar muito as queixas quando era um diagnóstico de perda auditiva, que a família precisa de um apoio. Muitas vezes a mãe chora, fica desestruturada com o diagnóstico, ela nem esperava ou achava que tinha uma perda, mas não tinha a certeza. Eu sempre gostei muito dessa área, de trabalhar com a família, conversar muito com os pais, mas nunca tive nenhuma formação que me desse esse embasamento. Quando eu fui pra triagem, sempre tive muito cuidado com os pais. Minha preocupação dentro da UTI, era, sempre que os pais estavam lá, conversar sobre o resultado, o que queria dizer aquilo, que não era um resultado definitivo, que era só um “passa” ou “falha”, que quando dava “falha” a gente tinha que pesquisar melhor para não angustiar nesse momento de UTI. O momento de UTI é muito desgastante para a família.

O primeiro bebê que eu fiz o exame na UTI, teve uma perda auditiva unilateral. A primeira orelha que eu testei dentro da UTI deu “falha”. Eu fiquei preocupada, será que não vai dar certo? Eu procurava um lugar diferente pra fazer e no fim eu falei “deixa eu fazer da outra orelha”. Quando eu fiz da outra orelha, a menina passou. Ela hoje tem sete anos, seis para sete anos, e ela tem uma perda profunda unilateral. Foi um bebê que nasceu com meio quilo, quinhentos e noventa gramas, ficou meses dentro do hospital. A mãe sumiu, pra fazer o reteste. Depois quando ela tinha um ano e pouquinho ela voltou e falou que ela não podia voltar antes disso, porque ela não agüentava nem passar em frente ao hospital, que ela ficava traumatizada, porque foi muito difícil, foi muito desgastante. Quando voltou, fizemos o reteste, ver se realmente tinha perda, foi orientar. Eu acho que esse contato com as mães é um contato que a gente vai aprendendo. Não tem isso na faculdade, principalmente quem trabalha com Audio. Eu não vejo um curso de formação para o trabalho com a família, que eu acho que seria até uma coisa interessante para gente poder ter mais embasamento.

Hoje, fazendo a dissertação do mestrado, essa retrospectiva, eu vejo que a gente tem muitas dificuldades, porque não tem um projeto de pesquisa que embase isso. Se a gente tivesse um projeto de pesquisa com o equipamento, pagamento do pessoal e onde a gente pudesse fazer em todos os bebês, seria totalmente diferente do que eu faço. Então o que eu vejo é que a gente faz um trabalho, meio que na insistência.

O convênio paga, daqui a pouco, o convênio corta. A gente começa a fazer pelo valor do convênio, ou o convênio x, por exemplo, que pagava quarenta reais a triagem, ele resolveu que iria pagar só quinze quando fosse feito no hospital. Então a gente vai lá e faz e recebe os quinze reais. Financeiramente, se eu fosse parar para pensar, eu acho que não insistiria muito. No outro hospital que eu trabalho eu também vejo isso, que, financeiramente, é uma batalha diária pra você conseguir fazer a triagem, é muito difícil. Os convênios, eles não autorizam todos, e os que autorizam, de vez em quando, eles retrocedem e dizem que não vão autorizar mais. É aquela confusão, a família reclama, acha que a culpa é nossa e não é verdade. A gente está ali pra tentar fazer o melhor possível.

A dificuldade que eu vejo é básica dessa questão. Quem paga a triagem auditiva? Os pais vão desembolsar particular ou eles vão ter que pagar pelo convênio e brigar com o convênio pra reembolso.

O que eu percebo dentro do hospital é que são raros os pais que não querem fazer o exame. Quando a gente chega, eu não tenho nem estatística, mas acho que noventa, mais de noventa e cinco por cento dos pais gostariam de fazer. A mãe principalmente. Ela não diz assim “ah, não quero, não quero saber se ele não escuta, se ele escuta”. Não. A mãe sempre acha que é importante, mas a segunda pergunta é “o convênio cobre?”. Se o convênio cobre, faz; se o convênio não cobre, “ah, eu vou ver depois da alta como é que eu faço, não sei que, não sei que”. Então, a gente esbarra muito mais nessa questão de dificuldade financeira do que de desejo dos pais.

Eu lembro, se eu for pensar nesses sete anos, porque esse é o sétimo ano, é muito mais a questão de querer, do que não querer. As que não quiseram eram porque estavam com muita dificuldade de amamentação e não queriam mais uma pessoa lá pra atrapalhar esse vínculo. Era uma dificuldade de depressão pós-parto que às vezes tinha que até a própria neonatologista falava “olha, essa mãe ela está um pouco deprimida, toma cuidado quando você for dizer alguma coisa”. Pouquíssimos pacientes não quiseram fazer o exame.

Eu acho que o hospital A. sempre esteve muito disponível a abrir as portas. Com certa restrição por causa da questão da clientela, que é uma clientela exigente de classe média, classe média alta, tem que ter um cuidado na hora de colocar sobre a triagem, de falar sobre os resultados. O meu desejo maior era que o hospital abraçasse a causa da triagem auditiva e a gente pudesse fazer em todos os bebês e o próprio hospital fizesse essa cobrança do convênio, mas não é esse serviço que o hospital dispõe. Ele se dispõe a terceirizar o serviço. Ele oferece, conversa com a família que a Fono está lá, que pode fazer a triagem e a gente vai lá e

conversa com a família. É um serviço terceirizado. Eu acho que o hospital disponibiliza a abertura para conseguir fazer a triagem. Não existe um vínculo empregatício. Não existe um vínculo de prestação de serviço. Não existe esse vínculo. Nos dois serviços que eu trabalho é assim. A gente chegou, fez um projeto para o hospital, oferece pra família... O neonatologista, ele é uma pessoa extremamente importante nesse trabalho porque, conversando nos cursos nacionais a gente vê que em outros lugares quem oferece a triagem é a Fono. Então a Fono entra, oferece a triagem, como entra o cara que oferece a filmagem, como entra o cara que oferece a fotografia, é um serviço que a pessoa está oferecendo. E nesses dois serviços que eu trabalho, principalmente no hospital A. a grande vantagem é que quem oferece a triagem e fala sobre a triagem é o médico. Então o médico entra pra falar sobre a triagem, com o folder da GATANU que a gente usa em um dos serviços, com a solicitação médica de triagem auditiva, fala que tem um profissional ali que pode fazer e a família vai e chama a gente pra fazer. Eu acho isso uma grande vantagem, porque é um respaldo de um profissional que está diretamente ligado ao bebê. Não é qualquer pessoa que vai chegar lá e vai oferecer, uma pessoa que a mãe não conhece, por exemplo. A gente é um estranho pra família e quando fala “olha, a médica me disse que a senhora quer fazer a triagem”, “ah, pode entrar”, eu acho que já é outra visão que eles têm.

Eu acho que é um campo de trabalho que tem muito a fazer. A gente sempre conversa com os profissionais e com os alunos também que a nossa maior dificuldade nessa parte da triagem é a reabilitação. A gente tem detecção, tem diagnóstico, tem adaptação de aparelho, alguns poucos, mas tem, e quando a gente vai pra reabilitação têm pouquíssimos. É como se fosse uma pirâmide. A reabilitação é o que a gente mais tem dificuldade. Então eu acho que tem muito campo, só que as pessoas, os alunos, que estão se formando, eles geralmente querem alguma coisa que seja imediato, e a reabilitação do deficiente auditivo é uma coisa que você tem que criar uma demanda, tem que criar um nome, tem que ter experiência profissional para você começar a ter sucesso. A rede pública não tem triagem auditiva, a gente tem serviços que prestam, voluntariamente um atendimento, tem um hospital público que faz à tarde, uma pessoa que é voluntária, tem também em Lauro de Freitas um serviço que a gente vai uma manhã como voluntária da universidade, mas não tem nada assim que você possa dizer que está fazendo um programa de triagem naquele hospital público, que vai alguém todos os dias, pela manhã, oferecer o serviço, que é o tal do projeto de pesquisa, que eu acho que a gente tem que batalhar. Eu acho que ainda tem muito campo, mas é um campo que precisa ser criado. Essa demanda existe, mas a gente precisa saber qual é a melhor forma

de conseguir fazer isso. Eu, hoje analisando, acho que a gente foi com a cara e com a coragem, mas é muito difícil você fazer isso. Se eu pudesse ter um projeto de pesquisa onde eu tivesse um equipamento e pudesse oferecer pra todos os pais seria muito melhor. E os hospitais privados ainda não têm isso. Uma fonoaudióloga falou uma vez em um curso aqui em Salvador, que o equipamento custa o preço de uma incubadora, parece que é. O hospital às vezes tem quinze incubadoras, se ele pegasse o valor de uma incubadora, de algum equipamento e comprasse esse equipamento e pagasse um profissional para fazer, ele estaria coberto. Só que o que acontece? A gente não tem isso. Então uma coisa assim que está sendo oferecida como uma coisa a mais daquele hospital, um benefício, como a vacina, por exemplo, o convênio não paga, então a vacina é oferecida por um grupo de vacina que vai no hospital e oferece. Se fosse uma coisa que tivesse um profissional empregado, talvez a gente conseguisse fazer a universal, mas aí o hospital precisaria ter esse desejo.

Eu acho que a solução estaria em um projeto de LEI, uma lei que fosse obrigatória... Se bem que eu achava que o teste do pezinho era Universal. A gente considera universal noventa e cinco por cento, e a professora, aquele dia da aula no mestrado, falou que o teste do pezinho, depois de vinte e um anos, não é universal. Eu acho que é oitenta e cinco por cento. Lembra que ela falou? Ele não é universal. Então imagina como a gente ainda tem que caminhar para que isso seja universal.

Outra coisa que eu também observo, às vezes quando você entra no quarto, a mãe está amamentando e assim eu acho dez o trabalho da Enfermagem, pelo menos, no hospital A. onde tenho mais tempo, mais de cinco anos, o que eu observo é que as enfermeiras são muito bem preparadas. Eu fico assim “poxa, se na época dos meus filhos eu tivesse uma enfermeira dessas, eu teria amamentado mais tempo”. Elas orientam, elas falam e a mãe sai muito bem. Muitas vezes a mãe precisa de um trabalho da Fono para parte de Motricidade Oral, às vezes o bebê não quer sugar, às vezes não consegue pegar e elas perguntam para gente, a gente fica assim “eu não sei, eu não sou dessa área”. “Eu posso indicar uma pessoa...”. Então acho que às vezes o hospital também... O que eu sinto que seria interessante é que o hospital tivesse uma Fono de sobreaviso para que ela pudesse ir também diariamente para ver se alguma mãe necessita. Tudo acaba esbarrando muito nessa questão financeira.

O que tem assim de tão diferente com o serviço do hospital S., que está funcionando apenas há dois anos e meio, é que em um hospital já tem mais de cinco anos acostumado com fonoaudiólogo dentro. Eu acho que as pessoas têm um respeito muito grande pelo Fono. Às vezes a gente não sabe o nome das pessoas, mas “ô Fono, vem aqui, Fono”, porque é uma

equipe grande. Então, “ah, a Fono está aí, espera aí que ela vai conversar com vocês”. Eu sinto que é um respeito grande, mas, eu sinto que a gente ainda tem um espaço muito restrito dentro do hospital. A gente precisa trabalhar mais, e eu vejo que vamos ter que mostrar o nosso serviço, mostrar o resultado do nosso serviço. Desde que eu comecei, sempre tento todo ano entregar para coordenadora de Neonatologia um relatório de quantos bebês a gente fez, quantos bebês passaram, quantos falharam, qual porcentagem de atendimento do hospital, porque eu acho que isso faz com que ela veja que a coisa está caminhando. Quando eu vou para um congresso que eu falo sobre o hospital, o serviço, eu sempre trago para eles também o resultado que eu levei, o que aconteceu, como é que o hospital foi colocado ali. Então o que eu vejo que a gente ainda tem uma participação pequena dentro do hospital, até porque, pela história da Fonoaudiologia aqui em Salvador, como eram poucos profissionais que trabalhavam dentro do hospital acabamos sendo substituídos pela fisioterapeuta. O fisioterapeuta está ali o tempo inteiro e muitas vezes fazendo o trabalho da Fono, de estimulação oral. A gente vê o Fisio ali estimulando o bebê dentro da UTI, conversando com a mãe na hora da alta, mas é um espaço que eu sinto que foi preenchido por uma falta. A gente tem que saber qual é o caminho para conseguirmos trabalhar junto com esse profissional e não substituí-lo. O que eu vejo é que a gente ainda tem que ir mostrando nosso serviço, tem que ir devagarzinho explicando o que fazemos ali, qual a importância do nosso trabalho, porque estamos fazendo isso, para conseguirmos credibilidade, respeito e espaço.

É uma falta de conhecimento, pois os outros profissionais nem sabem o que a gente está fazendo. Eu lembro um episódio que aconteceu nesse hospital S. que é mais novo, que a gente foi lá, conversou sobre a triagem. Quando saímos a porta bateu e a enfermeira e o bebê tiveram um sobressalto. A enfermeira virou para mãe e falou assim “ó, está vendo? Ele escuta. Não precisa nem fazer o exame”. A mãe ficou brava com a enfermeira, com a auxiliar. Falou “como você fala uma coisa dessas?”. E contou para gente quando fomos fazer a triagem. Fomos conversar com a enfermeira, com a auxiliar, explicamos que às vezes, o bebê tem uma perda unilateral, que às vezes ele pode ter uma perda moderada, que não pode falar isso pra mãe, que a gente tem que trabalhar junto, que é uma parceria. Foi uma coisa bem desagradável, mas eu acho que aos poucos vamos conseguindo espaço. Outra coisa que eu também observo é que às vezes podemos atrapalhar um pouco a rotina, porque a gente chega para fazer o exame e muitas vezes a auxiliar chega para dar o banho. Então como a gente está fazendo a triagem ela tem que esperar um pouco e a mãe tem alta até as dez horas. Então às vezes elas ficam meio assim... A gente tem que chegar mais cedo para não atrapalhar a rotina

do quarto. Agora quanto à mãe, é a parte que eu mais gosto, de orientação, de explicar pra ela como foi o exame, de me colocar à disposição se ela tiver alguma dúvida, pois é um momento muito difícil, é um momento muito complicado para a mãe. Eu já tive dois filhos, eu sei que às vezes você escuta as coisas e nem decodifica, porque você está tão preocupada com um monte de coisas. E chega mais uma pessoa dizendo que seu filho falhou na triagem? Aí você às vezes desaba por causa daquilo. Teve uma mãe que aconteceu isso, que deu falha, bilateral, eu conversei bastante com ela, expliquei, mas ela já estava um pouco depressiva, e a gente combinou dali a oito dias voltar pra fazer o reteste e quando eu liguei pra ela, ela já tinha ido para outro lugar pra fazer, porque ela ficou muito ansiosa. A avó era pediatra, tinha toda uma pressão da família. Ela, quando foi fazer o reteste com uma colega, depois eu entrei em contato com ela, a mãe não falou que o bebê tinha falhado. A colega não conseguiu fazer de imediato, a mãe começou a chorar e explicou que tinha falhado, a colega teve o maior cuidado, explicou que o canal auditivo era muito estreito, que tinha que dar um tempinho pra fazer. Felizmente o bebê passou, bilateral e a mãe nem me ligou para dizer. Quando ela não veio dali a oito dias eu liguei pra ela, “e aí? Que aconteceu que você não veio hoje?”. Ela era do interior. Ela falou “ah, é porque eu já fiz, eu fui para aí e já fiz o exame, já passou e eu já estou indo embora de novo pra casa”. Temos que entender, porque é um momento difícil, da família, é um momento muito complicado. Tem umas histórias super engraçadas que a gente vê no quarto, às vezes a mãe que gosta de conversar com a gente, então quer contar as coisas, dá a lembrancinha do bebê, aquelas lembrancinhas... Tem famílias e famílias e a gente tem que saber respeitar cada uma.

Eu acho que a gente tem que ter muito cuidado na colocação. As pessoas que trabalham comigo dentro do hospital, as colegas que são Fonos, a gente tem três que trabalham num hospital e cinco que trabalham num outro hospital, e conversamos muito, a gente tem reuniões para podermos conversar sobre a questão de como colocar para família que o bebê falhou, porque é uma situação delicada. A gente não pode nem desvalorizar demais, porque a família não volta para fazer o reteste, e nem supervalorizar, porque senão a mãe entra em pânico. É uma situação que você tem que ter um meio termo, então você tem que dizer que o bebê falhou, que aquela falha ainda não quer dizer que ele não escute porque a triagem é passa/falha, que ele tem vértex muitas vezes dentro do canal auditivo, às vezes tem dez por cento dos bebês que a gente faz que não consegue finalizar a triagem pelo vértex, mas que é importante ela retornar para fazer o reteste e, temos que estar em contato para conseguir finalizar, que não termina ali, que a gente tem que terminar, temos que ligar pra família, pedir

pra ela voltar... Às vezes ela não volta. A gente tem alguns casos em que deu perda, não conseguimos que a família voltasse e depois a família disse que fez num outro local e mandou o resultado por um fax ou só falou verbalmente, principalmente as perdas bilaterais que são as maiores preocupações da gente. Desses cinco anos a gente tem uns cinco casos que deu perda bilateral, a família não voltou e o que eles disseram foi que eles fizeram em outro local e que o bebê passou. Principalmente pelo bebê pequeno, baixo peso, que é difícil mesmo às vezes fazer a triagem. Então é uma coisa que a gente fica sem saber muitas vezes, como conduzir, tem alguns bebês que a gente liga, liga, liga, e ele não volta. Tem outros que a gente liga, liga, liga e ele acaba fazendo na cidade dele e depois explica para gente, manda o resultado ou fala como foi. Tem muitas coisas que são difíceis, principalmente essa questão do reteste. Para mim, o maior desafio que eu vejo é conscientizar a família do bebê que falha, para que ela volte e faça esse reteste. Tem que ser uma coisa de muita conversa realmente. Eu vejo que tem pessoas que não tem perfil pra trabalhar com bebê, pessoas que são mais “duras” e falam as coisas muito de supetão, ou que tem dificuldade no relacionamento, de conversar, de ter contato, porque é um momento muito difícil pra família. Você não pode ser uma pessoa que é muito racional, pelo menos eu vejo isso, muitas colegas que trabalharam no nosso serviço e acabou não dando certo, acabaram saindo. Você começa a traçar um perfil de quem fica. O que a gente vê é que são pessoas que tem uma ansiedade muito grande para fazer logo, para ir embora logo e a gente não pode ter pressa. Uma das coisas que vejo mais é que se a gente faz as coisas com pressa, acabamos não fazendo nada direito, principalmente com bebê, porque bebê, você começa a fazer o exame, ele começa a chorar, a mãe tem que acalmar. Aí você começa de novo, ele chora de novo, você pede para colocar no peito. Eu acho que felizmente uma coisa boa é que a gente pode fazer o exame da triagem com o bebê mamando. Ele mamando é mais tranquilo porque ele fica quietinho. Muitas vezes você entra no quarto e não consegue, você volta de novo e não consegue, Às vezes são bebês que você faria a triagem em cinco minutos, e acaba levando quase uma hora. Se você não tiver paciência, tchau, pode ir embora que não tem jeito. Eu percebo um perfil assim, de ter paciência, de ter serenidade... O que eu às vezes converso com as meninas é que quanto menos a gente for presente no quarto, melhor. A gente chega, fala com a mãe que vai fazer o exame, sai tranquila, ali na nossa, no canto, então nem pensar de ir no horário das visitas. Você chega para fazer triagem ela está com uma visita. Então “pode ficar aí, tranquilo, só falar baixo”. A gente fica fazendo a triagem e a visita lá. Às vezes quando falha, para dizer perto da visita que falhou é complicado, às vezes eu prefiro sair, esperar a visita ir embora e depois retornar para falar

com a mãe sobre o resultado, para não criar um clima de ansiedade. Eu acho que tem muitas coisas que a gente tem que ir conquistando, que vamos aprendendo ao longo do trabalho, depois da graduação. Eu acho que talvez se você for fazer um curso sobre bebê, talvez essa coisa da mãe, desse momento da mãe, que a gente fez esse curso agora lá no mestrado e me ajudou muito em algumas coisas, para pensar... Ajuda muito, mas é uma coisa que a gente não está preparada para esse contato com a família. Acho que você vai aprendendo meio com o tempo.

E essa parte também da motricidade oral, da parte de estimulação oral que o fisioterapeuta atua é uma coisa também que a gente tem que colocar. Isso ocorre nos dois hospitais. O fisioterapeuta é uma figura que está vinte e quatro horas dentro da UTI. Tem plantão de fisioterapeuta o tempo todo, e o fonoaudiólogo ele está de sobreaviso. Quando tem aquele caso que é muito complicado, que o fisioterapeuta não está conseguindo resolver, aí chama a Fono. Dessa forma, não é uma pessoa que está lá todos os dias, presente.

Entrevistada 3

Nasci em Fortaleza, sou formada há dez anos pela Universidade Fortaleza – UNIFOR. (em 1996.2). Fiz uma especialização em Audiologia, quando cheguei em Salvador pela Universidade Federal da Bahia. Eu comecei a me especificar mais nessa área de Neonatologia aqui em Salvador também. Minha formação foi só na teoria porque desde o primeiro, o segundo semestre da faculdade eu fiz uma disciplina que era chamada de Fono Preventiva que falava muito disso, da prevenção mesmo. Eu me interessei por essa área, mas na faculdade eu não vi nada na graduação. Eram só pinceladas, mas nada muito específico. Quando eu vim pra cá (Salvador), terminei a faculdade, fiz o Bobath básico, e comecei a me interessar mais por essa área. Só que o Bobath não são bebês, são crianças maiores. Fiz o Bobath Baby achando que iriam ser só os bebês. Só que no Baby as crianças têm quase um ano, não é recém nascido. Então não tinha nada de UTI, nada de internamento. Acabei indo para o lado da terapia. Todo ano eu faço um curso avançado no conceito Bobath e estou fazendo a formação agora para ser instrutora. Estou tendenciando cada vez mais pra essa área. Penso em fazer um mestrado, penso em me aprofundar mais futuramente, mas como a formação é uma coisa muito complicada, demanda muito tempo, eu preferi começar agora com a formação, terminar e depois dar continuidade para ver se é faculdade mesmo que eu quero, estar dentro da universidade ou está dando aula, mas nos cursos práticos, mais prática do que teoria. A gente, na faculdade, foca muito a teoria. Acaba tipo, tem os estágios e tudo, mas o volume maior é de aula em sala de aula. Eu gosto mais da coisa de estar com o paciente, de mostrar com o paciente, na prática. Eu acredito que o conceito facilitou mais, porque você consegue ver o paciente em todos os ângulos, não vê só a boca, você consegue ver que aquilo que está na boca pode ter justificativa no pé ou no quadril ou na cintura escapular. Tem um trabalho ainda mais rápido com esse retorno que o curso te dá, com essa formação que a gente tem, de ver o paciente como um todo e aprender que nem sempre o que a gente vê na boca está só na boca. Com o atendimento a gente percebe não só nos neonatos, mas com as crianças maiores, principalmente as crianças maiores, que a gente acompanha há mais tempo, consegue ver quanto é rápido a melhora e, às vezes, a gente nem toca na boca, só no global já temos uma resposta.

Depois que eu fiz o Baby, eu soube do curso de Campinas e fui, em 2002. Fiquei seis meses indo pra lá fazer um curso de formação mesmo. Fui em março de 2002 e terminei o curso em setembro. Na verdade a formação de Campinas é mais pra o recém nascido mesmo,

de zero a vinte e oito dias. A gente ficava mesmo no cuidado intensivo. Não na UTI de alto risco, a gente ficava no médico risco, porque no alto risco não tem indicação para Fono. É uma formação em disfagia pra lactentes. Recém nascidos, neonatos e lactentes. São seis meses. E nesses seis meses são umas trezentas horas, quase trezentas horas de aula, a maior parte do curso é prático. Ficávamos o tempo todo dentro da unidade e aí é que eu fui realmente aprender, porque enquanto na teoria é outra realidade. Na hora que você pega, vê a diferença.

Quando eu voltei de Campinas, fui no Hospital CL. pedir um estágio como voluntária. Não é nem estágio, porque não tinha supervisor. Era um trabalho voluntário que eu queria desenvolver pra não perder o que eu adquiri lá em Campinas. Em outubro eu comecei no Hospital CL.. Dei uma parada e depois retornei com as meninas. Um grupo de meninas que se formaram pela UFBA, me pediram uma assistência e comecei a ir com elas. A fono M. e a fono CE.. A fono M. saiu, surgiram outros trabalhos pra ela. Na época, a diretora me cedeu o espaço. Foi muito complicado porque eu não tinha supervisora, então eu não tinha como entrar, como estagiária, mas ela se interessou pelo trabalho, achou que iria enriquecer que a unidade precisava e eu comecei a trabalhar lá. Nesse período, enquanto eu estava desenvolvendo esse trabalho, acabei entrando como professora substituta da UFBA e como já estava perto, (porque o campus fica ali do lado), eu continuei o trabalho no Hospital. Eu atuava na Pediatria do Hospital CL, que eles chamam de CHR. Continuei fazendo o trabalho e dando aula lá, mas a aula era dada só no Ambulatório, não ficava no internamento, atendíamos as crianças que eram encaminhadas pra lá. Continuei o trabalho pois acabei ficando muito perto do hospital e não atrapalhava minha rotina. Só que tem cinco anos que esse trabalho vem sendo desenvolvido e no ano passado surgiu uma proposta de contratação. Pediram-me um projeto de pesquisa para poder ser contratada. Só que as coisas acabaram não funcionando e em novembro a gente parou de atender. De lá pra cá sempre estão ligando, pois têm crianças que precisam e a gente realmente parou de atender porque ficou difícil dar continuidade tendo que conciliar com o trabalho na clínica.

Com relação à contratação no Hospital CL., a gente não consegue entender. A primeira solicitação foi da coordenadora da Neonatologia para diretora da Pediatria, que levou pra reunião do departamento de Pediatria e Neonatologia. Foi para Diretoria Geral, para o diretor geral do hospital e eu comecei a fazer contato direto com ele. Eu acredito que é muita coisa que acontece por ser o diretor geral e que tem que tomar conta de tudo. A gente acaba ficando pra depois e acaba não acontecendo. Eu imagino que seja isso, porque para conseguir

falar, para ter acesso é difícil demais, ele está o tempo todo viajando, o tempo todo em conferência, em congresso, em não sei que mais. Uma pessoa muito atarefada, não só no hospital, mas com outros compromissos que ele tem fora. Eu imagino a quantidade de problema que deve ter. E a gente vai ficando meio que em *Stand by*.

Eu acabei terminando o contrato com a UFBA e ficou contramão, por isso a gente deu uma encerrada, mas eu continuo investindo nessa área. Eu tenho interesse em continuar o trabalho e ser contratada pelo serviço. Eu estou esperando justamente esse retorno, a demanda está acontecendo. A chefe da Neonatologia me liga direto, sem saber o que fazer, ao mesmo tempo dando força pra gente, essa é uma forma de pressionar para que isso aconteça, de alguma forma. Estamos aguardando, mas não parando, e procurando em outros hospitais também.

No Hospital CL. atendíamos crianças de zero a um ano, porque a unidade era de pequenos lactentes. Chamava UPL, Unidade de Pequenos Lactentes. Lá não é maternidade, eles nem classificam como UTI porque tem que ter uma certa especificidade para unidade ser caracterizada como UTI, então eles colocavam como Unidade de Pequenos Lactentes. Se uma criança nasceu numa maternidade, foi para casa e complicou o quadro clínico, já não voltava mais para maternidade, eles encaminham para lá, para o Hospital R., para outros hospitais. Venho sendo chamada em alguns hospitais, mas nada fixo, é tudo esporádico, depende de unidade para unidade. Em alguns hospitais são os médicos que me chamam, outros são as fisioterapeutas. Mesmo depois de cinco anos lá na pediatria do Hospital CL. você vê que se a gente não está dentro não tem um atendimento sistemático. A gente tem que estar lá dentro para pontuar quem precisa, solicitar a prescrição para o médico, pois não atendemos sem. Eu montei o serviço lá. A gente ia, avaliava, tinham alguns dias que, como estávamos, eu e a fono CE. no sábado, dia que não tínhamos rotina de trabalho, ficávamos a manhã lá fazendo um levantamento de dados para o hospital, para ver a demanda, quantos bebês a gente atendia, para mostrar a necessidade, que existia uma demanda e que a gente estando lá dentro essa demanda ia ser maior ainda, porque eles não conseguem identificar a criança que precisa de fono. Éramos nós quem sinalizava quem precisava de atendimento, solicitávamos a prescrição no prontuário. A chefe da residência pedia para os residentes prescreverem e a gente começava a acompanhar a criança.

No Hospital CL., quando eu vou atender, é médio risco, nunca a gente vai para a UTI de alto risco. A maioria dos bebês tem mais de vinte e oito dias, mas tem muitas crianças com menos. Recém-nascidos que foram transferidos para lá por alguma coisa. Também tem a

unidade metabólica, que é só pra crianças com desnutrição e obesidade. Então, um trabalho bem voltado pras questões de alimentação e ele tem uma demanda muito grande pra gente. Crianças que não conseguem comer, algumas que são desnutridas por questões de absorção e outras por questões de função mesmo, de alimentação. A maioria da clientela no Hospital CL. reinterna na Unidade metabólica por desnutrição. Na UPL a maioria é prematura com problema respiratório crônico, que é bem característico do prematuro, ou então sai do hospital e tem qualquer infecção em casa e já não tem mais vaga no hospital que estavam e mandam pra lá, ou vem sem sonda e coloca quando chega ou já vem sondado, ou então se ainda está na maternidade, só que não tem mais como ficar lá, e transfere para poder vagar o leito da criança que vai nascer, aí já vem sondado. A gente faz um trabalho para retirada da sonda. Algumas crianças a gente faz um trabalho para habilitar e tirar a possibilidade da gastrostomia, outras a gente acaba indo para indicar mesmo a gastrostomia o mais rápido para que ele vá mais cedo para casa depois da colocação da sonda. A dificuldade lá é com relação ao botom, que como é muito caro, eles saem com aquele provisório, com aquela mangueira mais comprida e depois para colocar é um problema, porque é muito caro e nem tem. Os bebês arrancam muito, quando é aquele provisório, que é muito maior, é muito mais fácil de arrancar.

Nessa população carente as pessoas não têm muita informação, a gente ainda lida com isso. A questão das mães, muitas delas que não querem amamentar e convencem as que querem a não amamentar, pois ficam todas juntas na unidade. Lá não é um Hospital Amigo da Criança, mas a gente investe muito nessa questão do aleitamento materno por conta da questão das doenças, da praticidade, de ser barato, de não ter custo, de ela levar para onde ela quiser, não ter que esquentar, não ter que fazer nada. Então a gente tenta fazer esse trabalho, mas é muito complicado, é bem difícil. Crianças infectadas com HIV, várias complicações que a gente tem, e as famílias... Algumas muito interessadas e outras, pela própria realidade, mães muito novas, mães viciadas, a gente lida com isso tudo, para termos acesso é muito mais complicado. Tem a psicóloga que vai e acompanha. Como é hospital-escola é ótimo, porque a gente tem tudo. Então a gente tem gastro, tem pneumo, tem pediatra, tem neurologista, tem oftalmo, tem dermat, tem orto, tem a equipe de Enfermagem, a Fisioterapia, Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Musicoterapia é no Salvador. No Hospital CL. é Terapia Ocupacional que trabalha com Canguru lá, a Psicologia. Lá não tem o programa Mãe-Canguru, mas a gente faz com aquelas mães que tem mais acesso, conseguimos fazer e temos tido ótimos resultados. Então é uma equipe que já viu como é que funciona, então dentro da unidade está

muito claro o trabalho para quem está lá há cinco anos. A chefe da Neo, a chefe da Pediatria, que são os coordenadores, os preceptores da residência, para eles é tudo muito, muito claro. Os estudantes passam a conhecer quando vão, os residentes, os internos. Já melhorou muito para o que era quando a gente chegou. Antigamente entrávamos e saíamos e ninguém nem olhava pra gente, tanto é que no início eu fiquei sozinha e eu só agüentei cinco meses porque eu me sentia tão só que eu não conseguia mais ir de tanta frustração. Era só eu e a criança e mais ninguém. E ninguém falava comigo mesmo, sabe? Quando as meninas saíram da faculdade, e entramos nós três, ficou muito mais fácil porque íamos duas, a gente revezava e todo dia ia. Um dia eu ia com a fono M., outro dia eu ia com a fono CE., ou então um dia ia a fono CE. com a fono M.. Tínhamos um questionário lá de avaliação inicial e final e tínhamos um protocolo de atendimento diário, que todo dia que fazíamos atendimento a gente registrava, como a coisa começou a mudar. A equipe toda conhecia a gente, todo mundo sabia. Às vezes chegava alguém procurando a gente na Enfermaria e falavam “aqui nunca teve Fono”, mas se cobrava a alguém da Pediatria, “tem, as meninas estão aqui há um tempão”. Aí “não, nunca vi”, tinha essa coisa assim que ainda tem hoje, pois roda muito a equipe. Os estudantes saem toda hora e entram outros, e os novos estudantes não sabem, então chegava mãe procurando a gente, “não, aqui nunca vi Fono”, aí a mãe ia batendo de porta em porta, até achar.

Lá a gente não tem a parte de Audiologia, pois é a Universidade (UFBA) quem faz. Os bebês são encaminhados para lá para baixo, para Áudio, no ICS²¹. Doutora L. ficou de comprar ou pedir através de um projeto que ela vai fazer, um equipamento de emissões otoacústicas. Ela até me solicitou para está fazendo com ela, só que já estava solicitando. Até falei com a fono S. para através do departamento, que é mais forte, tentar conseguir, e eu acho que vai dar certo. Não tive nenhum retorno ainda disso. Estou sempre indo lá, porque é um trabalho que foi construído e a gente não quer perder isso, foi construído há tanto tempo. Estamos esperando essa fase passar, de final do ano, carnaval, porque as coisas não acontecem muito, e voltar em março a procurar e ver como é que está.

Há dois anos, eu fui pra França, fiz um curso lá só sobre relação mãe – bebê, mas mais voltado a Psicanálise. Fiquei uma semana em São Paulo só estudando a teoria e viajei pra lá só pra visitar unidades que tinham atendimento com bebês e como é que funcionavam. Tinha estudo de Puericultura, maternidade, centro de reabilitação, a gente visitou orfanato. Lá, eles

²¹ Instituto Ciência da Saúde.

não têm técnica nenhuma que a gente tem. O trabalho é mais voltado pra relação mãe – bebê. É tudo com relação ao emocional da criança e da mãe. Não tem nada de nenhum manuseio, nada disso. Eles não usam nada disso. O trabalho é todo com o emocional dos pais e da criança e tem resultado. A Psicanálise é muito forte lá. Eles acreditam que tanto pode complicar a situação da criança, como pode melhorar se você dá um enfoque específico. Tanto que a gente estava conversando, porque o curso é muito troca, de como era aqui no Brasil e como é que funciona lá. Daí elas colocavam que ficaram impressionadas, com a quantidade de coisa que a gente colocou de bico, de mamadeira, de que a gente pode fazer. Lá, eles não têm nada disso. Até a gente trocou material, eu mandei umas mamadeiras daqui, eles me deram umas de lá, pra mostrar como é que são as mamadeiras... Não tem essa coisa de bico redondo, bico quadrado... É tudo igual pra todo mundo. Eles não têm nada específico assim pra tratar. Não tem muito paralisia cerebral, pois quando a criança nasce complicada, a medicação é introduzida muito mais rápida, então não tem extensão de lesão, porque não dá tempo. Eles são muito mais prevenidos, trabalham muito mais com a prevenção. Quase não tem paralisia cerebral grave, quadriplégico, o máximo é um hemiplégico, crianças com alterações bem leves.

Eu acho que as portas estão se abrindo em Salvador, mas é tudo muito lento. Haja visto que tem dez anos já que a gente está nessa tentativa de ter de forma sistemática Fono em toda maternidade da cidade. Assim como a gente tem no Rio, como a gente tem em outros estados que já tem Fono há muito tempo. Seja LEI isso de ter Fono nas maternidades, porque os profissionais que tem formação em São Paulo, os médicos que fazem formação em São Paulo, todos acreditam, porque foi da realidade deles enquanto estavam fazendo a formação, mas quem faz a formação aqui não tem essa crença. Não vê o porquê do atendimento. Então me deparei várias vezes lá no Hospital CL. com residentes, com o pessoal do internato ou da residência de Pediatria, quando íamos atender um bebê e eles ficavam impressionados como é que existia aquele tipo de trabalho, a ponto da gente pedir um FEES, que é um exame de deglutição e depois os convidávamos para discutir o caso com os meninos lá: “a gente está com a fita de vídeo se você quiser ver” e eles falarem... “não, não adianta que eu não vou entender nada”. Então a gente se deparava com isso. Profissionais do fim, do último ano de Medicina, completamente sem ter noção do que é o trabalho fonoaudiológico. E não vai muito longe não. Há poucos dias eu recebi um bebê de um plano de saúde e eu mandei um relatório pedindo autorização pras sessões e eles mandaram... A superintendente me ligou dizendo que o médico perito que libera as sessões não entendia o que é que uma Fono fazia com uma

criança de dois meses. Então, um cara que está numa situação dessas, enquanto perito, enquanto autoriza ou não autoriza... Aí eu fiquei impressionada. Eu mandei um relatório pra ele descrevendo tudo que a criança tinha e me coloquei à disposição pra se ele precisasse me ligar pra tirar alguma dúvida, mas fiquei impressionada. Como é que nesse ano ainda existe isso? E é muito real, e não é pouco não, é muita gente. Quando vamos ao hospital é tudo muito lindo, todo mundo acha lindo a proposta, mas na hora do custo, na hora de como pagar o profissional é que é complicado. Eu tenho o serviço do Hospital S. que eu vou dar assistência a eles, mas eu não estou lá todos os dias, só vou quando sou solicitada. Geralmente, a Fisioterapia é quem solicita, porque quando elas começam a atender que não dá resultado elas chamam a gente. Até então era só a Fisioterapia. E outro hospital daqui também funciona do mesmo jeito. Ainda é pior, porque eles não chamam de nenhuma forma. Os pacientes vêm a mim depois que recebe alta, porque a neurologista já conhece o trabalho e encaminha após a alta. E aí a complicação é outra porque já tem um monte de compensação que a criança adquire, porque evolui muito rápido, melhora muito rápido e piora muito rápido também. E se a gente não tiver quanto antes, começando esse trabalho a gente vai pegar uma criança que já tem muito mais dificuldades do que teria se a gente tivéssemos acompanhado desde o primeiro momento, mas eu acredito que as coisas estão mudando, acredito que os médicos estão mais abertos ao nosso trabalho, a ouvir o que a gente tem pra dizer e eu acho que a melhor propaganda são as crianças.

O que a gente ouve falar é que a Fisioterapia teve esse mesmo percurso que a gente está tendo. Foi tão difícil quanto está sendo para a fono agora. E eles conseguiram se inserir depois de muita briga. É o que elas colocam, com convênio, para tentar convencê-los a cobrirem o atendimento. A gente não tem ainda no sistema hospitalar uma visão de qualidade de serviço, de incorporar Fono no quadro clínico como qualidade de serviço. Eles querem incorporar a gente, mas não tendo como pagar. “Eu vou trazer você pra minha equipe, mas você tem que ir atrás do convênio pra pagar” e não “eu vou trazer você pra minha equipe porque eu sei que você vai dar alta pro meu paciente mais rápido e eu vou ter um lucro com isso”. Então não tem essa visão ainda de que o trabalho que a gente faz com que a criança vá embora mais rápido, que tenha uma rotatividade maior e que diminua vários custos como gastrostomia, colocação de sonda, que tudo demanda dinheiro...

A gente se depara com muitas crianças graves, depois de muito tempo de trabalho a gente começa a ter esse retorno mais rápido do prognóstico de cada criança. Que é que ele tem? Em tomografia o que é que se vê? A gente pede um retorno do neonatologista, do

neurologista, para dizer o ponto de vista clínico da criança e daí a gente, pelo ponto de vista funcional, que é o que a gente faz, conseguir saber o que, até onde podemos ir com aquela criança e o que podemos esperar. Geralmente a gente é chamada quando a criança já está sondada há não sei quantos meses. Então não tem mais o que esperar. Aquela sonda oral ou nasal complica muito mais. Há poucos dias eu atendi uma criança lá no Hospital S. que ele estava com indicação de gastrostomia e agora eles só colocam gastrostomia quando depois de uma avaliação da gente. Eu fui, pedi cinco dias, e fiquei acompanhando essa criança durante cinco dias, diariamente, orientando a mãe para que ela pudesse fazer no outro momento que eu não estivesse. Duas vezes de intervenção. No quinto dia não teve mudança do quadro, porque realmente é uma criança muito grave e então indicamos, de forma segura, a gastrostomia. Teve outra criança que foi outra Fono que eu não sei, não era da equipe, que foi a mãe que levou para fazer uma avaliação. Essa Fono indicou gastrostomia nesse menino, depois que colocou, a mãe ligou para a pediatra e disse que o menino está comendo tudo pela boca. Então, uma coisa completamente desnecessária que não foi bem avaliado. Não sei qual era, o que tava acontecendo no momento, porque eu também não fiquei sabendo de nada, eu só soube do caso depois. Essa coisa tem que ter muito cuidado, temos que procurar sistematizar e procurar que todo mundo fale a mesma língua para que essas coisas não aconteçam. Quando a gente tem um serviço estruturado é mais fácil, mas ainda assim existem essas falhas, porque a gente não dá conta de tudo, a gente não está lá dentro.

Eu formei num grande centro, Fortaleza, hoje, a Universidade que eu formei é um centro de referência. Eles têm uma clínica que é um hospital praticamente. Na minha época era um ambulatório pequeno. Quanto cresceu! Aqui em Salvador é tudo muito novo, então eles estão começando, estão engatinhando, mas eu acredito que eu vi na experiência é que essas coisas que não se falavam antes, na graduação, os professores já estão mais preocupados em colocar o quanto antes isso pros alunos. Já para preparar, para abrir os horizontes sobre a quantidade de especialidades que tem dentro da Fonoaudiologia. Não só a Voz, a Audiologia, que é o mais colocado, que é mais batido, mas outras questões, que são pequenas e que estão aparecendo mais. Eu tive a oportunidade de ver que os professores estão tendo mais cuidado com o que eles não viram na graduação, eles estarem colocando para os alunos, hoje.

Eu acho que pelo hospital público é mais fácil a inserção do Fono. Eu acho que pela demanda ser maior. Eu acho que o hospital particular é mais resistente em relação a esse tipo de investimento, acabei encontrando muito mais resistência. O hospital público abre as portas, você pode entrar dessa forma que eu entrei. No hospital particular você entra como

voluntária? Não entra. Porque tem todo aquele cuidado com a questão do vínculo empregatício, que se eu disser que estou indo lá uma vez por semana, eu já estou caracterizada como funcionária e isso pode gerar uma complicação de processo trabalhista com o hospital e eles são muito defensivos em relação a isso. E com razão. Já deve ter acontecido alguma coisa pra que eles tenham esse comportamento. Então acaba que no hospital público a gente consegue mostrar mais o trabalho, mas tem a coisa do dinheiro que a gente não sabe de onde vem. Infelizmente no Brasil as coisas funcionam assim.

Acho que esse tipo de pesquisa é interessante demais para ver se a coisa acontece, para mostrar a realidade da gente, enquanto uma cidade tão grande que as pessoas colocam como... Parece que não é nem Nordeste. Uma coisa assim, absurda. E a gente se depara com esse tipo de coisa na saúde, é uma coisa básica pra todo mundo. Situação em saúde e a gente se depara com isso. Estamos tendo que pedir pelo amor de Deus pra mostrar o nosso serviço, pois aquela criança precisa. A gente faz pela criança, muito mais do que por qualquer outra coisa. Investir num trabalho que a gente faz, que a gente estuda para estar colocando e ajudando. Às vezes, é por isso que eu me interesso mil vezes mais em trabalhar num hospital público do que num particular. Eu me sinto muito mais à vontade dentro do hospital público, pois você pode ajudar as pessoas que precisam, que não tem condição e que não sabem nem que você existe. No particular, uma outra realidade, pessoa que sabe, mães numa condição sócio-econômica elevadíssima e que não valorizam o trabalho. Enquanto aquelas mães pobres, que se pudessem vendia a casa para lhe pagar.

Eu acho legal esse tipo de pesquisa tem que acontecer muito mais, é uma forma de mostrar, pois a culpa é nossa. Se a gente não está lá é por causa da gente, não é por causa de ninguém. A gente é que tem que escrever mais, tem que estar mais dentro dos congressos, não só de Fonoaudiologia, nem de Otorrino, mas do congresso de Cardiologia, de Pneumo, que a gente tinha que estar, pois a gente trabalha diretamente com eles e não estamos participando disso.

Eu conheço Fonos, em outras cidades, que dão aula na Medicina, que dão aula na Odonto, que fazem parte da grade curricular deles. Uma disciplina só falando de Fonoaudiologia. No curso de especialização em Odonto tem disciplina de Fono, em alguns estados do Brasil. Eu acho que isso ajuda demais, porque se ele sabe que existe, que é bom, porque não vai encaminhar? Não tem porque não encaminhar.

Vai sair o curso de especialização de Neonatologia, vai ser lançados em março. Eu já ouvi alunos falarem que não vão fazer o curso porque sabe que é muito difícil trabalhar nessa

área e que vão investir e não vão ter retorno. Os professores têm que pensar um pouco nisso em abrir a cabeça desses meninos pra isso, que tem que ter investimento para que tenha um retorno. Se você vai investir pensando no retorno, você não investe.

Entrevistada 4

Nasci em Santa Maria, Rio Grande do Sul e me formei pela Universidade Federal de Santa Maria, em 1990.

Eu comecei em 2001, na triagem auditiva neonatal no Hospital A. por convite de uma fonoaudióloga, que já fazia o trabalho lá, desde 1999 ou 2000, uma coisa assim. Eu tinha vontade de trabalhar nessa área, mas não tinha tido oportunidade porque a área era restrita, a cidade não tinha, o hospital foi realmente o pioneiro na avaliação. No ano de 2001, eu comecei a fazer a triagem auditiva neonatal no Hospital A. por convite dessa fonoaudióloga que já fazia há nove meses, há um ano mais ou menos, e precisava ter uma demanda maior de horário, ela precisava viajar, eu precisava substituir. Entrei mesmo num barco de substituição. Curso específico para começar, eu não fiz, eu fiz o preparatório com ela. Ela que me passou o manuseio de todo do equipamento. O que eu tive foi um embasamento teórico que eu busquei para nível das otoemissões, o básico que todo profissional que vai trabalhar em qualquer área tem que saber. O que está fazendo e porque está fazendo. Então, o objetivo maior da minha formação teórica, que eu sempre gostaria de ter feito, um curso completinho, bonitinho, não fiz ainda. O que eu tenho é um embasamento teórico, que eu busquei, e o prático com a fonoaudióloga que implantou o serviço. Tanto da parte de equipamento quanto da parte de conduta, com os pais, de conduta com as crianças, de postura, de como verbalizar um resultado. Tudo isso foi ela quem me passou. Eu faço mais ou menos o padrão, que eu tenho como modelo o dela, e que a gente vai criando um próprio, mas a base, a gente segue mais ou menos o mesmo perfil. Desde 2000 pra cá aumentou muito o número, o volume de realização de exame, porque a princípio, no Hospital A. só estava autorizado para os bebês da UTI. A própria Diretoria do hospital aprovou o projeto, inicialmente, para os bebês de UTI, todos os bebês faziam. Tinham acompanhamento aqueles que necessitavam, com os fatores de risco que entravam e a cada seis meses repetia o exame, com o potencial evocado nesse intervalo, do nascimento até seis meses. Geralmente a gente pedia para entrar no protocolo assim que recebia alta da UTI, os que necessitavam fazer um complementar da bateria do teste que fizesse logo após a alta, mas é uma realidade que não acontece. Até hoje não acontece isso. Não fazer cinco ou seis anos. O aparelho não é portátil, o BERA da clínica, então não tem

como levar, as crianças têm que vir fazer aqui na clínica. É uma dificuldade que a gente enfrenta, porque a gente orienta os pais, tudo direitinho, tudo bonitinho, “tem que fazer o acompanhamento”, mas eles não vêm. É coisa de se questionar onde está a falha? Na conduta? A forma de passar o resultado? A importância que está se dando à avaliação, real ou não? Ou um comodismo por saber que o bebê está bem, que deu tudo OK num exame de base e que despreza toda e qualquer seqüência?

Quem faz o BERA são outras fonoaudiólogas, que fazem na clínica do centro médico do Hospital Aliança.

Na época da faculdade, não existia uma formação específica nessa área. No ano de 1990, que eu me formei, eu tive só da parte de eletrofisiologia, só BERA. Teórico. O BERA prático eram cinco assistindo o professor fazer o exame num paciente. Então ficava tudo na pontinha dos pés olhando. Ninguém enxergava nem o paciente de tanta cabeça que tinha. Foi muito rápido, a gente só teve uma informação teórica. Otoemissões nem existia. Não tinha, nem se cogitava. Nosso nível de conhecimento não levava a gente a ter nenhum tipo de informação com relação às otoemissões. A faculdade me deu a formação de Audio Infantil, mais a Audio comportamental. A infantil comportamental foi muito boa, eu considero que foi uma boa formação. Prática em Audio infantil comportamental, eu não tive muita, a não ser durante a formação da faculdade. Faço só as otoemissões em bebês até seis meses, exatamente porque eu não me sinto capaz de fazer uma comportamental, não me sinto segura a partir do sexto mês, porque eu acho que acrescenta em alguns bebês o VRA, acrescenta outros tipos de análises comportamentais que eu não tenho segurança. Então eu não faço. Eu faço otoemissão, no sexto mês o bebê tem que retornar, já vai pra outra fonoaudióloga com experiência em comportamental, que faz a bateria completa.

Eu fiz a especialização pela UFBA, incompleta, porque eu não apresentei a monografia. Fiz toda a parte teórica, os módulos todos, em 1997, foi o último módulo, que eu acabei. Agora vou fazer a Fonoaudiologia Neonatal, específica, pois me interessei, a fim de descobrir outras coisas dentro da área, complementar. Mesmo que eu não atue dentro da área específica de motricidade, alguma outra coisa qualquer que complementa a parte do bebê, mais para conhecimento, até para transmitir para os pais com mais segurança alguma informação relacionada ao bebê. Aquela fase inicial que a gente tem o contato.

No hospital a gente tem atendimento todos os dias, todas as manhãs nós vamos lá, de segunda a sexta-feira. O neonatologista responsável do alojamento conjunto... São duas pediatras fixas de domingo a domingo são as mesmas. Dificilmente muda, aparecem outros.

Isso no horário que nós vamos. Elas que fazem o trabalho inicial que caberia, eu acredito, a gente fazer, que é a divulgação para os pais do teste.

Primeiro: existe um curso de gestante no hospital. A outra fonoaudióloga vai uma vez ao mês no curso de gestante e fala sobre a Fonoaudiologia. De uma forma geral, direcionada para crianças e toca no assunto da avaliação auditiva através das emissões otoacústicas logo após o nascimento. Dá um enfoque bem rápido, ela não entra nos detalhes do que é detectado, as patologias, as reabilitações. Ela só fala da existência do exame.

O bebê nasceu, vai pro quarto, no prazo de quarenta e oito horas, a partir de quarenta e oito horas a gente está avaliando a audição dessa criança. Então é o momento que o pediatra, o neonatologista comunica aos pais a existência do exame e que é importante ser feito, eles podem fazer antes da alta, que o convênio cobrindo ou não, os pais escolhem, e eles autorizando, vamos ao quarto e fazemos, passamos todas as informações, o resultado, desde o resultado até informações gerais com relação a audição, desenvolvimento auditivo, o que eles tem que prestar atenção com relação ao desenvolvimento da criança.

Se for uma criança que não apresentou nenhum fator de risco, essa criança faz a triagem e é liberada e a orientação que a gente passa é “o pediatra vai acompanhar o desenvolvimento”. Qualquer dúvida se houver a necessidade de reavaliação auditiva tem que ter um motivo, tem que ter uma queixa nessa fase. A outra idade que a gente sugere que faça uma nova triagem é com cinco anos, que é antes do ingresso na escola, a parte de aprendizagem. São os dois momentos. A gente pontua basicamente o que é mais importante naquele momento.

É muita informação pra os pais, então a gente tenta reduzir ao máximo. Sentir primeiro como é que os pais estão. Se eles estão confiantes na pessoa que está ali fazendo o exame, se eles estão prestando atenção naquilo que você está falando, porque como são muitas informações que eles recebem no mesmo dia, às vezes a gente percebe que eles não estão muito ligados. Tem um folder que a gente deixa, um informativo do próprio exame, que explica como o exame é feito, para que ele serve, qual é a diferença, como é detectado o problema ou como é feito o exame. A gente deixa esse folder para os pais lerem depois com mais calma e terem mais informações do que só ficar verbalizando ali o procedimento, o resultado. Deixamos esse folder e o laudo com os pais. Fazemos a cobrança a nível de convênio, se o convênio dos pais autoriza a gente faz a cobrança e emite o laudo na hora para os pais.

A gente nota que o maior nível de ansiedade que eles têm é quando dá uma pequena falha. Com a leitura do aparelho na hora a gente já tem mais ou menos uma noção, aquilo que preocupa e aquilo que não preocupa, mas não conseguimos, muitas vezes, transmitir para eles exatamente aquela despreocupação por um resultado de falha. Para eles falha é falha. Falha quer dizer “meu filho pode não ouvir”. Eles não conseguem assimilar às vezes que pode ser temporário.

Tentamos sempre transmitir a informação de que há resíduo, o resíduo do parto pode estar ali, que está impregnando o conduto, o canal externo, que é um material denso, que vai dificultar a transmissão do som, que é um som muito fraquinho. Às vezes eu coloco a sondinha no orelha dos pais para eles ouvirem o som que está sendo transmitido, para eles terem uma idéia do que é que o filho está ouvindo e qual intensidade, para ver que é tão fraquinho e que qualquer barreira que tiver ali vai ser difícil. Então sempre eu tento mostrar para eles o comparativo com um adulto gripado. Um adulto com uma gripe forte vai ter o ouvido tapado. É como o bebezinho está. Tanto é que temos uma margem de horas que possivelmente podemos fazer a avaliação, mas não garante que a gente vai conseguir. Então eu já começo o exame, dizendo “olha, é um teste extremamente sensível, a gente vai fazer uma primeira tentativa, pode ser que não dê para medir hoje por questões do resíduo do parto, vérnix” e fico tentando introduzir a sonda para realização do exame, deixando mais ameno se der alguma falha naquele momento, porque quando dá falha, eu mesma já fico mais tranqüila, pois eu já preparei eles pra possibilidade de eu não conseguir medir. Eles crêem que eu só não estou conseguindo medir, não passa pela cabeça deles que pode ser realmente uma falha. Realmente já pode ser indicativo de falha, mas que eu só vou ter segurança quando repetir. É um esboço, uma primeira avaliação.

A maior dificuldade que eu acho que toda Fono que trabalha com triagem enfrenta não é realizar o exame, não é manusear o equipamento, não é ter a rotina do dia a dia de qualquer tipo de exame que a gente faça é uma rotina de muita responsabilidade e atenção, mas o que eu acho que pesa muito é o passar o resultado para os pais. O paciente não é o pai e a mãe, é o bebê, só que o bebê não tem como você interagir e explicar, são os pais, é outra vida, passa a ser diferente, os pais tem outro comportamento. Não é como se fossem eles recebendo a informação, mas é a informação da vida do filho deles. Demanda uma vida inteira. Você falar para os pais que seu filho não está ouvindo bem. Imagina?! Você desmonta uma expectativa de vida criada naquele âmbito todo familiar. É muito difícil. Meu coração bate forte. Na hora que eu estou vendo que tem alguma coisa ali é a hora que mais me deixa

ansiosa. A gente tenta relaxar, ficar tranquilo, para poder transmitir para os pais, isso é básico, se eu ficar atordoada com o que eu estou vendo ali, vai, lógico, desestabilizar a família, todos da família por completo. Outra coisa que eu acho extremamente importante, que isso foi uma neonatologista que me falou, que eu tomo isso como realmente uma grande verdade, que aquele momento ali é um momento muito especial dos pais, é um momento especial da mãe que está tentando amamentar, que às vezes não consegue, não consegue segurar o bebê, não sabe quais são as massagens que tem que fazer no seio. Eles estão tão preocupados em fazer tudo o melhor possível para dar para o seu filho, que você tem que ter muito cuidado na hora que vai lidar com uma informação de uma possibilidade de um problema que talvez exista, mas talvez não exista. Na cabeça deles vai montar uma coisa bombástica e que pode interferir na amamentação, pode interferir na relação mãe – filho, pode interferir na relação familiar, de algo que você pode estar só suspeitando. Então você tem que ter uma forma de passar sem desprezar a informação, mas sem supervalorizar. Porque eles têm que receber como uma coisa que pode ser real, mas que eu tenho que saber enfrentar isso. E na hora certa vai enfrentar. Eu acho que pra mim, isso é o mais difícil, é o que eu considero mais difícil.

Para entrar na maternidade eu não apresentei o projeto. Eu não tive a dificuldade do “será que vão aceitar, será que não”. Eu já entrei com o projeto aceito, mas, vivenciei, mesmo com projeto aceito, algumas barreiras, algumas dificuldades impostas nos passando como se fosse a burocracia do hospital dificultando, mas às vezes eu percebia que não era o hospital, a burocracia administrativa, eram, às vezes, os próprios profissionais que não estavam acreditando que aquilo era um exame necessário, viável e que haveria um respaldo técnico, científico daqueles profissionais em fazer aquilo. Isso deu pra perceber no alojamento conjunto. A dificuldade que nós tivemos de expandir um pouco mais a avaliação, sair do muro da UTI e ir pro alojamento, para tentar tornar universal a avaliação, o que hoje não é. Eu não considero que ela seja universal, porque tem uns bebês que saem sem avaliar. Uma porque o convênio às vezes não cobre, os pais não querem arcar com os custos, as dificuldades também dos próprios pais não quererem avaliar muitas vezes, ou eles prezam pela própria informação ou o profissional que levou a primeira informação talvez não tenha levado com tanta ênfase.

Isso no início eu percebi. Hoje eu acho que já está bem melhor. As coisas já estão sendo dadas para que a gente tome a iniciativa de informar o pai. Às vezes uma neonatologista não pode passar no quarto antes, elas pedem “você pode ir lá informar para os pais”.

Também a questão de convênio. Enfatizar mais a importância do teste quando eles não fazem ali com a gente, porque não dispõe do convênio, ou a neonatologista não captou a vontade real dos pais. Elas pedem para gente dar um reforço, dar mais ênfase para que eles, após a alta procurem, mesmo que não seja na clínica, mas que procurem um serviço na cidade. Normalmente a gente orienta os pais quando a clínica não tem o convênio que eles tem, a gente já direciona mais ou menos “ó, tem tal e tal clínica que provavelmente aceita seu convênio, então procure saber”. A gente abre as portas e deixa bem esclarecido. Agora essa questão das barreiras eu acho que elas foram... A gente vivenciou mais ameno diante do que a gente sabe que acontece aí fora. Eu acho que o trabalho de base que a fonoaudióloga C. fez deu essa possibilidade, de entrar com mais facilidade, não ter que derrubar tantas coisas ruins. Foi realmente da conquista e da confiança de que ali tinham profissionais qualificados para fazer, porque eles têm todo um trâmite burocrático.

A questão da motricidade tem uma Fono que é chamada eventualmente quando tem um bebê que tenha um risco maior, que eles julguem a necessidade da Fono. Aí eles chamam a fonoaudióloga. Nós mesmas nunca apresentamos um projeto. Não existe o profissional dentro do hospital para parte de atendimento de neonatologia, de Fono neonatal. Não existe, não tem. Eles chamam? Chamam. Mas quando eles julgam que é necessário.

Quem faz a estimulação da sucção é a fisioterapeuta. Isso a gente observa, a gente vê. Eu acho que é um problema nosso mesmo. Eu acho que nesse hospital talvez a gente não esteja dando a devida importância de chamar um profissional da nossa própria área e que atue na parte de motricidade, ou disfagia, que faça esse trabalho. Eu acho que talvez a gente que já está lá na triagem... Como a nossa visão é uma visão audiológica e infelizmente é a que a gente acaba criando... Isso que eu acho que é até um... Quando falam no assunto é que eu me toco “poxa, que é que eu estou fazendo então”, por que eu que já estou lá não crio o ambiente para essas portas serem abertas para parte de motricidade? Eu acho que não é o hospital que teria essa barreira, mas nós mesmas não criamos, não plantamos o real vínculo. Uma que as Fonos fazem esse trabalho quando são chamadas... Eu acho que também caberia a elas abrir esse leque. Ou não encontraram respaldo do hospital ou não quiseram por uma questão de carga horária, de vínculo, que normalmente eles não fazem, com profissionais da nossa área. Tem vínculo com fisioterapeuta. Elas trabalham vinte e quatro horas por dia. Nós somos prestadoras de serviço. A gente só atende quando há uma liberação dos pais para realizar o exame, aí nós somos chamadas. Como a demanda aumentou, de rotina a gente vai todos os dias. Nem espera eles chamarem. A gente já está lá, oito e meia da manhã já vai e sabe que

vai ter bebê pra avaliar. Tanto na UTI, quanto no alojamento. Acredito que nós possamos abrir o espaço para parte de motricidade. Não sei como, mas eu acho que talvez já que a gente está dentro. Talvez isso seja uma falha. Eu acho que talvez na equipe da clínica, se tiver uma Fono que trabalha na parte de terapia com interesse de fazer estimulação precoce, talvez consiga esse caminho que já está aberto para parte de triagem, ela pode preparar um projeto e apresentar, de repente... Isso a gente poderia facilitar, agora a gente levar, a possibilidade de organizar um projeto que não é da nossa atuação fica complicado.

As questões das especializações surgindo em Salvador e sem ter um campo de atuação tão aberto é extremamente complicado. É muito delicado, complicado, porque para gente que já tem um campo de trabalho um pouquinho mais definido, não vou dizer definido, mas que a gente já tem estrutura, quando surge o curso é uma maravilha, a gente fica encantada, “ai, que bom fazer um curso de especialização, vou me especializar, isso e aquilo, buscar”, mas quem está começando, não vai encontrar com facilidade esse campo. Na triagem auditiva, para minha realidade nessa clínica, é uma coisa muito restrita, porque a gente está vinculado ao atendimento de triagem no hospital, que a demanda de nascimento não é grande. São entre 1000 a 1200 nascimentos por ano. Então não é uma demanda grande de nascimentos para comportar vários profissionais trabalhando só com a triagem e buscando especialização somente nessa área. É inviável você profissionalmente atuar só com triagem, não existe essa possibilidade, de você fazer toda tua formação direcionada só pra triagem e atuar só na triagem. Não vai ter retorno financeiro. Eu acredito que não, posso estar enganada, mas acredito que não. É difícil se posicionar com relação a isso, se é ruim, se é bom ter muita especialização; é ruim, é bom ter muitos cursos de Fonoaudiologia; é ruim, é bom... Eu só acho que está concentrando muito no mesmo lugar, como qualquer área. Todas as áreas estão concentradas muito nas capitais. Eu acho que o interior do Estado tem muita necessidade, muita desinformação com relação a nossa área, tanto quanto quando eu cheguei aqui em Salvador. Na época que eu cheguei ninguém sabia o que era Fonoaudiologia, ninguém sabia falar FONOAUDIOLOGIA. Estou há quinze anos aqui. Peguei uma época que você escolhia onde você queria trabalhar. Nossa... Você era super valorizada, “ah, queridinha pra lá, queridinha pra cá”, e hoje a gente sabe, quem está na cidade já sente que o campo está mais restrito. Eu fico triste pelas pessoas que estão saindo, porque encontra muita dificuldade de ingressar, mas se tiver cara e coragem de ir para o interior do Estado plantar a sementinha da Fonoaudiologia eu acho que dá certo. Isso eu já vi em interior, alguns interiores aonde não existiam, começou pelo Otorrino indo, montado uma estrutura. É claro que vem aquela coisa

assim “ah, mas a Fono não tem independência do Otorrino”. Não vai ter nunca, porque eu acho que são áreas afins. Quando são áreas afins a gente não deve realmente nunca estar afastado, tem que estar mais é entrelaçado. Não necessariamente explorado, mas entrelaçado. Eu acho que, o crescimento das áreas se faz dessa forma. Tanto neuro, pediatra... Outro grande embate também que a gente tem na triagem é com a Pediatria, por causa da conduta, do encaminhamento, do dizer que isso é para ganhar dinheiro, que não é importante fazer, “espera a criança crescer”, é... “Bate panela pra ver se ela se assusta”... São coisas assim que você vai ouvindo que chega a dar um arrepio na espinha. Você acredita “esse pai tem que mudar a postura”. É você divulgar através do seu trabalho com aquele pai, você ter aquele pai como um marqueteiro seu. Você tem que fazer o seu trabalho da melhor forma possível, usar aquela pessoa pra divulgar, porque eu acho que aí é que vem a escolha. Uma mãe disse pra mim “eu mudei de pediatra porque ele não me pediu o teste da orelhinha”. Aquilo para mim foi uma coisa fantástica. Não é que ela supervalorizou o teste da orelhinha, ela valorizou o conhecimento do pediatra em cima de... O cara não está atualizado, então não está valorizando aquilo que a tecnologia está trazendo, ou então não é uma pessoa que eu queira para o meu filho. Eu achei legal que ela sinalizou isso através de um teste que é tido muitas vezes como para ganhar dinheiro... A gente não consegue ganhar dinheiro, não sei onde é que está a fórmula para ganhar dinheiro com triagem, que eles tanto acham que existe. Então a gente tem uns embates com qualquer área, mas eu acho que isso a gente não deve valorizar. A gente deve valorizar aquele que valoriza a gente. Aí sim a gente deve crescer.

Com os pais a gente vai treinando, um *feeling* psicológico, de como é que você chega no pai... Eu tenho interesse, eu gosto, então eu leio muito sobre isso. Pessoalmente eu vou buscando, mas eu acho que acrescenta para o profissional tudo que vier. É como quem trabalha com triagem, eu acho que tem que ler sobre linguagem, a gente não pode ficar fora dessa coisa, como é que a criança se desenvolve? Como é que é o balbúcio? Como é que é? Como é que ele se apresenta? Então eu vou trabalhar só com audição, mas eu tenho, minha visão é essa, eu tenho que saber um pouco da linguagem, então eu leio sobre linguagem, leio sobre distúrbio articulatorio, leio... Não sei se os nomes tão corretos, distúrbio articulatorio, mas leio, busco sempre orientação, troco com colegas, tem colegas que trabalham na área de terapia que eu busco sempre informação quando eu estou com dúvida de uma criança ou outra, eu busco auxílio. Busco auxílio com a Pediatria também porque tem coisas que a gente não sabe. O que é uma “bilirrubinemia” que leve a “exsanguíneotransfusão”? Porque que gerou isso? Então eu acho que a gente tem que buscar saber. É um fator de risco? Porque que

é um fator de risco? Onde está envolvida a nossa área com um achado que é da área médica e que é uma intervenção médica, mas que a gente tem que saber. Eu acho que o mínimo de informação você tem que buscar. Você não precisa ser um *expert* no assunto, mas ter um embasamento, do que é aquilo. Como é que o citomegalovírus atua, o que ele é, o que ele faz?

Na época da minha especialização de audiologia não teve nada disso porque também não existia na época as subdivisões de atuação, a atuação de Audio hospitalar, vamos dizer assim. Nós não tivemos no curso nada voltado a Neonatologia. Nada, nada, nada, do ponto de vista de Áudio, você pega uma criança com cinco anos pra avaliar lá no consultório, peguei esses dias uma menininha de cinco anos que fez a exsanguineotransfusão, um caso da hiperbilirrubinemia. Duas exsanguineotransfusões. Então, falha curricular, mesmo na especialização. Não é por não existir que não deveria ter sido dado o assunto, porque se é um assunto que envolve qualquer faixa de desenvolvimento que a Fono já atuava. Em nível de terapia, em nível de motricidade. Como eu fiz Audio eu não sei se na Linguagem eles têm essas coisas, essas informações de outras áreas mais detalhada. Não sei.

Esses fatores sempre eram apenas citados, mas porque que numa hiperbilirrubinemia tem a lesão, e a outra não têm? Qual a diferença uma da outra? Se as duas fizeram a transfusão? Qual graduação é aquela ali que tem? Leitura de prontuário, muito difícil pra gente, difícilíssimo. São siglas e siglas e siglas que a gente não sabe o que significa. Eu e a fonoaudióloga que me chamou para atuar nesse hospital, praticamente fomos as primeiras a mexer num prontuário médico de uma instituição hospitalar, e não entendíamos nada, a gente ficava perguntando o tempo todo para pediatra, para ela me passar um resumo da história daquela criança porque eu não entendia no prontuário. Até que eu fui treinando os olhos pra ver. Quando não tinha algum disponível para me explicar o que era, eu procurava, ia pesquisar. O que é “oligohidrominiania”? Aqueles nomes tudo esquisito, complicado, síndromes diversas, que podia estar correlacionado ou não a perda auditiva, que na hora você nem lembra porque não é tão comum... Então você passa a mexer com assuntos e temas, e uma nomenclatura muito diferente da que você vivencia. E isso eu não tive. Nem na graduação, nem na especialização.

Eu não quero que minhas colegas, ninguém, nem as que já estão formadas ou as que vêm pela frente, que tomem nenhum paciente como um qualquer, uma pessoa que não mereça uma atenção especial, que não mereça uma orientação, que não mereça uma explicação daquilo que você está fazendo, que é um leigo, mas se você trabalhar o vocabulário você tem certeza que a pessoa sai compreendendo o que você está querendo dizer. Por ser uma área

muito desconhecida, quanto mais a gente conseguir transpor esses conceitos, explicar o que é, o que abrange, melhor para gente, mais reconhecimento vem. É uma forma de divulgar também pela própria postura diária de atendimento e responsabilidade. Acho que isso você também planta na Fonoaudiologia através desse contato dia a dia com o paciente. Então é responsabilidade, regra número um. Conhecimento também. Lógico que isso já nem é necessário citar.

Entrevistada 5

Nasci em Salvador, mas me formei na Universidade Sagrado Coração, em Bauru, em 1992.

Seis meses depois que eu me formei, eu voltei a Bauru para fazer um curso de extensão com a fonoaudióloga A... Agora me falta o sobrenome dela, eu vou lembrar. A fono A. fazia a avaliação audiológica em berçário. Fazia, na época, avaliação comportamental com audiômetro PA2, da Interacoustic. Eu passei um mês lá, num intensivo, indo todos os dias à maternidade com ela, colhendo dados. Quando eu voltei, eu adquiri o PA2 Interacoustic e comecei a fazer as avaliações na Maternidade I., na intenção de ver o maior número possível de crianças normais, para poder identificar as patológicas. Eu levei no Maternidade I , aproximadamente um ano, um ano e pouco. Nesse período que eu estava no Maternidade I isso já era 1994, o Hospital E. teve uma criança que tinha uma suspeita de deficiência auditiva na UTI e me chamaram pra avaliar, porque já conheciam o meu trabalho do Maternidade I. Desde então eu comecei a acompanhar essas crianças, algumas crianças de risco. Desde 1994 que a gente faz esse trabalho no Hospital E.. A partir de 2000 foi que começamos a fazer de forma mais intensiva. Todas as crianças eram avaliadas, da UTI neonatal. De uns quatro anos pra cá todas as crianças do hospital são avaliadas, conseguimos avaliar as crianças de alojamento conjunto. Em 2003 eu fui convidada pela Neonatologia do Hospital J. para ir trabalhar lá. Então no Hospital J.. faço só as crianças internadas, só as de risco auditivo da UTI. As demais crianças do Hospital J. são encaminhadas para avaliação fora, no consultório.

Hoje em dia eu não trabalho com avaliação auditiva comportamental. Em 2003, depois de uma conversa com a fonoaudióloga C., eu resolvi adquirir o aparelho EcoCheck pra fazer emissões otoacústicas. Desde então eu faço emissões otoacústicas nos dois hospitais, e faço o reflexo cócleo-palpebral com o PA2.

Eu trabalho sozinha sem nenhuma equipe nos dois hospitais. Estou inscrita pra fazer o curso de especialização com recém-nascidos na Universidade E..

Acho que, de uns dois anos pra cá, os hospitais tem apresentado mais a abertura para os Fonos poderem atuar. Inclusive a parte de disfagia, que antes era feita muito pela fisioterapeuta, hoje está se chamando as fonoaudiólogas. Muitos neurologistas, muitas neonatologistas estão preferindo que a fonoaudióloga trabalhe com essas crianças.

Sou eu mesma que tenho feito o trabalho de motricidade orofacial. Nos hospitais em que eu atuo, trabalho com as duas áreas, de audiologia e M.O. Estou ainda iniciando o trabalho com

M.O., está muito no começo porque o número de crianças ainda que demande essa necessidade ainda é pequena. Quando nós chegamos aqui, nós as fonoaudiólogas todas, já havia as fisioterapeutas trabalhando com estimulação de sucção e de deglutição dessas crianças internadas. Hoje em dia é que tem se tratado a coisa de outra forma. Essa é uma área da Fonoaudiologia. Não são todos os profissionais, como neonatologistas ou neurologistas, que tem buscado pela fonoaudióloga. Ainda são poucos. A área ainda está bem pequena, bem restrita. Aparece uma criança ou outra só.

Eu tenho uma parceria com os hospitais, fico de sobreaviso. Quando precisam, eles me chamam. Eu vou e há uma parceria. Eu tenho uma pessoa jurídica a quem eles pagam.

Eu acho que os profissionais, os demais profissionais da área de saúde, pediatras, neonatologistas, ortodontista, otorrinos, eles estão mais abertos para aceitação da fonoaudióloga, o que antes não havia, não acontecia. Os hospitais têm contratado as fisioterapeutas, todo hospital que você vai tem uma fisioterapeuta contratada. Não existe isso em Fonoaudiologia, o torna mais fácil. Esses profissionais novos, que estão se especializando, que estão no mercado de trabalho, mais recente, eles têm buscado outras áreas de atuação para fazer os trabalhos específicos. Estão renovando esses profissionais.

A parte da triagem auditiva já é como rotina, então todos os dias eu passo nos hospitais. No Hospital E. a triagem auditiva é universal, mas no Hospital J. só faço a avaliação das crianças internadas na UTI. Todos os dias eu passo nos hospitais para ver essas crianças. As de UTI são cem por cento sempre, mas de alojamento conjunto, por exemplo, hoje eu não vou lá. Os convênios pagam ao hospital, o hospital me repassa. Os dois hospitais são parceria. O Jorge Valente nem tanto. O Hospital J. a parte de convênio da P. é uma coisa direta, não passa pelo hospital, é da minha pessoa jurídica com o convênio, mas os demais o hospital cobra e me repassa. No Hospital E. é cem por cento assim, o hospital é quem cobra. A gente levou um tempo cobrando, oferecendo particular, mas, começou a ficar deselegante, porque a gente acabava cobrando dentro do hospital e era uma coisa que tinha que ser minha com a família. Então às vezes o convênio acabava que cobria fora, não cobria dentro do hospital, e a gente nunca tinha certeza se eles iriam, se não. Então a gente resolveu parar com isso. Hoje em dia a gente não oferece mais particular. Se acontecer de eu fazer um exame na UTI e o convênio não cobrir, coisa que ainda ontem eu falei com a parte de convênios do hospital e me disseram que não há glosas, têm pagado, mas se acontecer, eu não tenho como saber, também não pergunto. Se pagar, pagou; se não pagar infelizmente, é um risco que a gente corre mesmo.

A devolutiva do resultado do exame auditivo da UTI quem dá é a neonatologista diarista. Dificilmente eu vejo a família, porque o horário que a família chega na UTI para ver a criança é depois das dez horas da manhã e nessa hora eu já tenho que estar com tudo concluído, nos hospitais, mesmo porque as altas dos hospitais são até as dez horas da manhã. Se eu vou fazer alojamento eu tenho que fazer antes disso, esse é um aspecto. Então essa devolutiva é dada pela diarista. Nesses anos todos é a mesma diarista, nós nunca tivemos problema. Às vezes que a criança falha num primeiro exame em alojamento conjunto, que normalmente é por vérnix, eu faço a devolutiva diretamente, porque a criança está junto com a mãe fazendo o exame, e peço para ela retestar em sete a dez dias depois da alta e assumo isso, tudo é muito bem explicado e tranquilo. Algumas mães chegam ao consultório depois de dez dias um pouco ansiosas, mas nada de me procurarem. Elas retornam para refazer o exame, eu tenho cem por cento de retorno, pois tenho isso controlado e as mães voltam para fazer o reteste, esse de sete a dez dias, elas retornam sim.

A questão da MO ela tem sido feita com crianças graves. Quando é só estimulação de sucção, só, pura e simples, quem tem feito é ainda a Fisioterapia.

O meu trabalho é com as crianças mais graves, crianças neurológicas graves mesmo. Essas crianças normalmente não vão ter a fase de transição para mamadeira não. São crianças com indicação para a gastro. Tem gente que tem uma hipotonia de face, de língua muito importante que está interferindo na respiração. Aí a gente faz um trabalho. Mas essa parte específica para sucção nutritiva, não nutritiva, essa ainda tem sido feita pela Fisioterapia. Eu tive uma criança agora recentemente que ela estava internada na UTI, quando ela saiu eu fiz o relatório, ela foi para *home care*, solicitando acompanhamento da fonoaudióloga em *home care*. Inclusive o pessoal da UTI queria que eu continuasse o trabalho, e como tinha uma pediatra da UTI que era pediatra do *home care* ela me chamou, mas não era um interesse meu, porque também não tem condições de eu fazer tudo. Então eu não dou esse acompanhamento não.

O mercado de trabalho é bom. Na realidade, há um tempo uma fonoaudióloga me ligou, e disse assim “J., mas a gente tem que brigar por nosso espaço, porque o espaço está sendo ocupado pelas fisioterapeutas”. Eu disse “olhe, não é bem assim, não é bem assim. A gente não pode chegar impondo absolutamente nada, porque elas já estavam aí.” Elas fazem um excelente trabalho. As meninas que estão dentro de UTI neonatal ou UTI pediátrica são meninas muito boas, pelo menos nos dois hospitais que eu conheço. A gente não pode chegar, com peito de pavão e dizer “o espaço é nosso”, porque até oito anos atrás não havia curso de

Fonoaudiologia. Oito ou menos... Menos, menos... Seis anos, não havia curso de Fonoaudiologia em Salvador. Nós éramos umas “Et’s” aqui. Pergunta a fono C. quando ela chegou aqui, a parte de Audiologia ainda menos mal, mas quem trabalhava com terapia, como eu, era uma coisa assim que as pessoas nem sabiam o que era. Teve uma pessoa que chegou ao cúmulo de me perguntar se eu fazia trabalho de telefonista, porque Fonoaudiologia não conhecia. É tudo muito recente. A gente tem que ter paciência, respeito pelo trabalho da profissional, somos colegas de profissão de qualquer sorte, de profissões paramédicas, paralela à Medicina. A gente trabalha com terapia e tem que ter um respeito pelas fisioterapeutas também. Agora buscar o nosso espaço sim. O espaço existe. E pode ser dividido entre as duas áreas.

Audiologia, a triagem auditiva, ela deu um “boom” de 2000 pra cá. Eu que já fazia isso, eu faço isso há treze anos. Quando deu esse “boom”, sinceramente eu fiquei assustada. Eu fiquei assustada que eu vi muita gente querendo correr atrás como se fosse a “galinha dos ovos de ouro”, e não é. É um trabalho que é bem remunerado? Acho que sim. Eu não sou insatisfeita financeiramente com o trabalho de triagem auditiva não. Não fez grandes modificações na minha vida, mas estou satisfeita. Agora o mais importante é que se faça o exame pelo objetivo que é o exame, de avaliar se a criança possui ou não uma deficiência auditiva precocemente para que ela tenha uma qualidade de vida melhor, para que ela seja protetizada cedo, que o protocolo da GATANU funcione.

Eu trabalho com o protocolo da GATANU. Esse protocolo, que é muito bem feito, é muito bonito. Então uma coisa assim, paga ou não paga... Outro dia eu estava conversando com a fono C. e disse “C. , eu sei que os convênios variam valores, mas se você me perguntar que variação, qual paga mais, qual paga menos, eu não sei. Seria fácil saber, mas eu não quero saber. Porque a partir do momento que a gente descobre isso, a gente começa a fazer diferença. E as crianças elas são todas iguais, elas todas precisam ser avaliadas.” Há uns dias começamos a ter um problema com um convênio que disse que não ia cobrir as crianças de UTI. A posição do Hospital E., da gerência médica, foi: “vai fazer, porque eles vão pagar.” Eu disse bom, como eles não mandam nada por escrito, eu continuo fazendo. Foi aí que eu liguei pra saber se pagava, se não pagava, ou se tinham glosas. Aí eu disse: olhe, eu não posso correr o risco de botar uma criança, com perda auditiva para sair sem o exame e depois ser questionada. São treze anos fazendo isso. Então o valor que pague... Se paga dez, se paga cem, vai ser sempre muito pouco para eu perder treze anos de trabalho. Eu já tive no consultório mães me questionando porque que eu não fui trabalhar no domingo. De

alojamento conjunto, convênio só paga lá, não paga fora, chega na sua frente e diz: “então eu dei azar? Porque saí no domingo? Porque a senhora não trabalha no domingo?” Então essas pessoas, cobram muito, a gente não pode correr esse risco. Esse “boom” que deu da triagem auditiva teve um momento certo para acontecer que foi quando fono C. Trouxe a fono M.C. para dar o curso de Audiologia aqui. Aquilo ali eu acho que as pessoas saíram todas alucinadas. Eu não sei, exatamente pelo que, se pelo financeiro, pelo nome, pelo status. Eu não sei. Eu tenho medo só, que isso perca o objetivo principal, que é detectar precocemente a deficiência auditiva em bebês. Se cabe alguma mensagem é que todo mundo precisa de dinheiro para sobreviver, mas além de buscar pelo financeiro, fazer o trabalho da maneira correta. Não olhar e dizer “ah, convênio não cobre, não vou fazer”, mesmo porque o custo da gente é muito pequeno. Eu comprei meu aparelho há quase quatro anos, o aparelho está aí e ele já se pagou. Então eu não tenho mais custo no exame. A partir de que o aparelho se paga, você só tem lucros. Acho que menos de dois anos tive o retorno do investimento. Entre um e dois anos. Trabalho em hospitais grandes. São duas maternidades grandes. O Hospital J. tem em média oitenta partos mês, mas isso é uma média alta. O Hospital E. tem em média cem a cento e dez partos mês.

Se você me perguntar se eu faço duzentas crianças por mês, eu não faço. Eu sei que toda semana eu tenho que descarregar o aparelho que tem de memória noventa e seis orelhas. Noventa e seis testes. Eu devo fazer aí seus quarenta exames por semana. Por aí, quarenta exames, quarenta crianças, mas tem semanas que não faz quase nada, tem semana que é mais.

A chefia da neonatologia do Hospital E. é a mesma do Hospital J..

Na Maternidade I., quando o EcoCheck chegou, eu levei mais um ano lá. Aí eu voltei, levei um ano com a avaliação comportamental, depois eu voltei um ano para fazer emissões otoacústicas. Depois eu saí porque a Maternidade I., como é Estado, você tem que apresentar projeto para ficar. Não é uma coisa que você diz assim que quer fazer um trabalho lá e pronto. Na Maternidade I., como eu tinha comprado o PA2 eu pedi para ir avaliar as crianças. Sem projeto. Não me pediram projeto na época. Não me pediram nada. Lá eu só fazia a triagem dos bebês.

Quando, retornou a triagem auditiva na UTI do Espanhol, para fazer de todas as crianças, porque antes era eventualmente, mas quando foi pra todas as crianças fazerem, eu levei seis meses lá sem receber um real, nem pra pagar a gasolina. Eu me lembro que eu comecei em julho, junho ou julho, teve reveillon, eu viajei, estava em Maceió, quando eu estava voltando na estrada tocou meu celular, era minha irmã, que é D., a neonatologista de lá. D. virou e

disse “J., tenho uma novidade pra você”. Eu disse “é? O que foi?”. “Saiu dinheiro pra você”. Então assim... Seis meses depois e acho que saiu setecentos reais. Eu sabia que um dia iria receber...

O hospital hoje me defende muito. O hospital vestiu a minha camisa, pois eu trabalhei de graça, não é que ele deixou de me pagar, mas a partir do momento que o hospital apresentou a necessidade, eu estava lá. Depois quando veio a necessidade de que se modernizasse, que não fizesse mais a avaliação comportamental, que fosse feita as emissões otoacústicas eu atendi comprando o aparelho. Eu comprei o aparelho sozinha.

Como a minha escola é avaliação comportamental e eu acho que ela te diz muita coisa, eu faço emissões otoacústicas, reflexo cócleo-palpebral e peço reteste com três meses para fazer só comportamental, para saber como está o desenvolvimento do processamento auditivo central. Para todas as crianças eu peço, mas não são todas que voltam, mas volta um número importante. Elas vão fazer no consultório, principalmente, as crianças prematuras. As prematuras, nos primeiros três a seis meses, eu tenho visto uma diferença entre idade cronológica e corrigida. Quando eu identifico isso, a mãe faz a estimulação em casa, faz a estimulação auditiva da criança, para que ela tenha um amadurecimento idêntico à idade cronológica. Quando ela volta com uns nove meses mais ou menos ela está equiparada.

Tenho dados importantíssimos, pois tenho muitas crianças avaliadas. É bonito ver a avaliação comportamental. Eu não faço com instrumento, eu só faço com PA2, porque foi minha escola, é muito legal mesmo.

Na faculdade eu tive prática com instrumento, mas depois que fui fazer um curso, a fono A. chamou de especialização, como foi uma coisa muito curta eu não chamaria de especialização, mas eu tenho um certificado como sendo. Então ela fazia toda a avaliação com o PA2, todinho, e eu aprendi com ela.

Há uns três anos, existia um grupo em que a gente, eu, a fono C., nos reuníamos, para trocar informações, era o grupo que fazia triagem auditiva, mas depois acho que ficou muito desgastado, encontrar horário que fosse adequado para todo mundo e acabou que nunca mais tivemos essas reuniões, mas eram muito importante, a gente trocava informações muito importantes, muito importantes mesmo. Infelizmente não deu mais certo. É isso mesmo.

Entrevistada 6

Nasci na cidade de Anápolis, Goiás e me formei em Goiânia, pela Universidade Católica de Goiás.

Na minha graduação foi uma beleza, porque eu não vi emissões, não vi otoneuro, não vi potencial evocado, não vi processamento auditivo. Otoneuro eu sou autodidata, emissões também mais ou menos, mas fui fazendo os cursos, com o tempo. Eu formei em 1997.2, coleí grau em 1998, em março, em abril eu estava aqui. Eu não me lembro agora o mês, junho, julho. Eu vim para Salvador porque eu fui monitora de audio de duas professoras. Uma eu era de Audio I e a outra eu era de Estágio Supervisionado. Uma delas tinha uma ex-aluna que trabalhava aqui em Salvador e eu sempre brincava muito com ela de que eu iria para qualquer lugar. Ela tentou me arrumar um emprego em Manaus, porque eu tinha parente em Manaus, mas não deu certo. Antes de colar grau ela entrou em contato comigo, a gente se encontrou por acaso na faculdade e ela já estava doida atrás de mim, porque eu não sou de Goiânia, sou do interior. Ela não tinha meu contato. Por acaso eu fui para reunião de colação, de comissão de formatura, encontrei a professora e ela já tinha esse emprego para mim aqui. Eu coleí grau e vim pra cá. Coleí grau vinte de março, treze de abril eu estava aqui. Fez nove anos antes de ontem. Vim trabalhar aqui., e no mesmo ano que eu cheguei, fiz especialização pela UFBA. Aí sim, eu vi emissões, vi potencial evocado, otoneuro. À medida que as coisas foram surgindo para que eu trabalhasse, a demanda foi surgindo, eu fui me especializando. Fui para São Paulo, fiz outros cursos de emissões, potencial evocado, acompanhei uma fono S. durante um tempo, no atendimento dela de emissões, antes de começar a fazer, e até o fato de ter dado aula também, uma coisa que te incentiva muito a estudar, a pesquisar, ir atrás, mas na graduação mesmo...

Eu já trabalhava no hospital com a área de audiologia clínica, com o atendimento clínico, ambulatorial e o nosso chefe, quem na verdade é o dono dos equipamentos e do serviço, adquiriu um aparelho de emissões otoacústicas na intenção de começar a fazer exame nos bebês do ambulatório e da UTI neo. O hospital tem uma restrição em relação ao atendimento no alojamento conjunto, em relação a pagamento do convênio, porque o convênio não liberaria duas vezes o valor da CH, e como o hospital gostaria, como é norma dos hospitais, pagar duas vezes o valor desde que a criança esteja internada, seja alojamento, seja em UTI, o hospital não queria abrir mão de pagar só uma vez o valor da tabela, já que o convênio não pagaria, porque esse exame pode ser feito em ambulatório e aí sim pagar uma vez só o valor

da tabela. O hospital não quis abrir o precedente para que isso não se estendesse para os outros procedimentos que já estão sedimentados mesmo, já está tudo oficializado há muito tempo. Então a gente ainda não consegue fazer em alojamento conjunto, a gente só faz o exame em ambulatório e só faz na UTI neo. Esse aparelho ficou parado por um tempo até que a gente viajou para São Paulo, para Campinas, para poder se aprimorar, fazer um *update* para poder começar a fazer os exames. Eu já tinha alguns cursos de emissões, tinha feito outros cursos, em Goiás e tudo, saí daqui, fui pra Goiás fazer, mas não tinha prática clínica. Então a gente foi para Maternidade de Campinas, acompanhei Elaine um tempo na prática clínica dela lá de ambulatório e de alojamento conjunto, a gente não entrou na UTI, mas tivemos orientação dela de como montar o projeto para poder fazer. Na verdade a gente não apresentou um projeto para o hospital. A gente até fez um projetinho piloto, passou para nosso chefe, acho que ele também deve ter passado para o hospital, mas era uma coisa que ficou definida entre o hospital e o serviço de otorrino que já existia no hospital. Na época até existia uma outra proposta de outra fonoaudióloga de entrar no hospital, em 2003, mas como o otorrino já participava do hospital, já tinha o serviço, ambulatorial, acabou o hospital optando por ficar com ele mesmo e como a gente já era funcionária dele, entramos para trabalhar. Nós somos duas fonos, nós éramos duas fonos no começo, as duas que foram para Campinas, e a gente começou a fazer, UTI neo, e alojamento em ambulatório. Hoje a gente já conta com uma terceira colega, porque a demanda aumentou e precisamos passar mais tempo na UTI, então ela entrou para fazer parte do quadro. A gente teve muitas dificuldades em relação a pedido, à solicitação de exames, teve uma resistência muito grande da parte de Neonatologia, e ainda tem com alguns profissionais essa resistência...

No começo a gente era vinculada ao pedido do médico. Então a gente tinha que esperar o médico solicitar o exame para poder fazer, o que muitas vezes acontecia, era o médico pedir na alta, na hora da alta. Como a gente tinha um equipamento que funcionava também para o ambulatório e também não tínhamos recursos humanos suficiente para ficarmos no ambulatório e UTI ao mesmo tempo, também não tinha demanda de bebês nessa quantidade para que ficássemos disponíveis um tempo integral só pra UTI. Então isso atrapalhou muito, porque eles já pediam na hora da alta. A gente não tinha como largar lá embaixo, o serviço ambulatorial e subir para UTI para poder se paramentar e fazer o exame no bebê. A gente não funciona no mesmo andar, são andares diferentes, então a gente funciona no Centro Médico e a UTI é no hospital, a gente tem que cruzar o hospital, subir até o sexto andar ou até o quarto andar, a depender da ala que o bebê estiver, para poder fazer o procedimento. A gente perdia

muitos bebês, a gente enfrenta uma resistência até em relação a passar a quantidade de bebês que nascem, que vão para UTI. Uma joga para outra, você tem que falar com fulano, você tem que falar com beltrano e isso ainda acontece hoje. É uma coisa que desanima muito, eu fico meio que sozinha, porque eu tenho que puxar as outras profissionais, mesmo, não estando ganhando quase nada ainda, porque a maioria dos convênios não cobre. O hospital recentemente descobriu que a gente faz os bebês que o convênio não cobre. E aí o hospital também surtou, “mas isso não pode acontecer, a gente tem que batalhar para poder cobrar, porque a gente não pode fazer de quem não cobre”. As médicas sempre falam com os pais que isso vai ser feito e a gente muitas vezes tem contato com os pais somente lá na UTI, porque a Neonatologia ainda não permite que a gente faça parte da aula de curso de gestante e nem dos pais de UTI neo. É uma luta complicada. É uma coisa que desanima. Às vezes conseguimos fazer pouca coisa, aí desanima de novo. Então é uma bola de neve. Eles não pagam particular. Como a gente tem intenção de triar todos os bebês, e não tendo acesso às mães, não seja nem o correto fazer sem pedir autorização da mãe, mas como a gente gostaria de fazer em todos os bebês, porque não é justo selecionar o bebê, eu acho assim, eu acredito assim. A Maternidade de Campinas também tem isso como premissa, eles fazem de todos os bebês, bebês SUS ou não, bebê, particular ou não. Ela tem esse compromisso de fazer em todos os bebês. É o que a gente tenta fazer, de todos os bebês. Faz o exame, deixa o exame pronto, quando a mãe volta para pegar o exame, aí se oferece o exame, fala que foi feito e que o convênio não cobria, se a mãe não pode ou não aceita pagar, da mesma forma o exame é repassado para mãe. Ela não fica sem ter o exame. Acho que foi uma forma que a gente imaginou de não deixar que o bebê saísse sem fazer o exame, sem o resultado, mesmo que o prejuízo seja nosso. Nós damos a devolutiva do exame para as mães, conversamos com elas. Engraçado que a gente não teve muito problema em a mãe dizer “Ai, eu não queria que vocês tivessem feito”. Isso a gente nunca teve. Pelo contrário, a gente sempre teve mães que aceitaram. O que acontece às vezes, por exemplo, é a gente não deixar o exame na UTI, e a Neonatologia queria que tivéssemos deixado o exame pronto na UTI. A gente não participa de aula de gestante, a gente não participa da aula das mães na UTI., então eu acho que não é o ideal que a neonatologista entregue o resultado, porque infelizmente muitas não sabem como passar e não sabem nem o que é que está escrito ali. O que é que acontece? Só que a gente tem por obrigação, é lógico, de escrever no prontuário do bebê o que foi que aconteceu, o quê que a gente realizou e o quê a gente achou no exame. Só que a gente deixa uma cartinha orientando as mães, que busquem no ambulatório, o resultado do exame com a fonoaudióloga. Só que muitas vezes a

neonatologista vê o resultado e passa para o pai e para a mãe que o bebê falhou. Só que ela não explica que aquilo pode ter sido o barulho da UTI, que pode ter sido... Às vezes a gente faz com bebê de quarenta e oito horas, porque o bebê fica muito pouco tempo na UTI, só em observação e a médica quer que faça, “faça assim mesmo para ele não sair sem, já que você está aqui, faça”. Então às vezes tem vérnix ainda. A gente teve problemas assim já com dois bebês, que a médica falou para a mãe antes dela pegar o resultado, a mãe espiroca da cabeça mesmo. “Deu falha. E aí?”, “Meu filho ouve?”. A mãe ligou, se queixou com uma atendente nossa que é a Ana, que é a mesma atendente do otorrino. Ana falou com a fonoaudióloga, foi com a outra colega, não foram comigo os dois pacientes. Ela entrou em contato com a mãe, conversou, tanto que a gente resolveu incluir no laudo explicando direitinho o que seria “passa”, o que seria “falha”, porque como a gente já fazia isso na entrega do exame, com os pais, muitas vezes o pai ia e a gente não estava, quem entregava era Ana e aí a gente ligava para o pai, mas era um tempo entre ele ler o exame e ligar para gente falar. Então a gente preferiu escrever no laudo todos os detalhes, já escrevíamos as informações de quanto atingiu de repro, de relação Sinal / ruído, isso a gente já escrevia, mas não escrevia o que era a “falha”, o que era o “passa”. A gente só escrevia que podia ser ou não vérnix. Em relação a UTI não é só o vérnix, podia ser o ruído da UTI. É uma coisa que não temos estruturado direito, mesmo que a gente esteja fazendo isso desde 2004, acho que eu comecei em 2004 ou finalzinho de 2003. Fomos em *tour* para São Paulo, então eu acho que foi no começo de 2004 que a gente implantou.

É uma coisa que eu tenho dificuldade em lidar, porque como a gente não recebe muito com esse trabalho, com todos os exames que a gente faz, então eu acho que eu sou a que mais batalho ali pra continuar, porque as meninas já quiseram desistir muitas vezes. A gente teve um desentendimento grande agora com a Neonatologia, “Já não está fazendo de todos os bebês, tem bebê saindo sem fazer”. “Então a gente vai mesmo montar o nosso próprio serviço”. E aí entrou o hospital no meio, porque o hospital achou que não era assim que funcionava e quis saber o porquê que a Neonatologia estava entrando em atrito. A gente expôs essa condição de que eles mesmos não passam para os pais a necessidade de fazer o exame, não deixa que a gente participe para passar a informação, não existe o momento que eu possa oferecer o exame para o pai, não temos o contato com os pais. Quando eu entro na UTI que a mãe está na UTI ou que o pai está na UTI, que algum familiar está na UTI, eu falo com os pais, mas eu não tenho uma rotina de oferecer o exame para os pais, porque eu não tenho contato com esses pais. É complicado. E nem a própria neonatologista oferece. Quantas vezes

a gente já chegou e tinham gêmeos? Só tinha pedido G2. “Ah, mas e o G1 não vai fazer? Ele já fez?”, ele não fez, eu tenho o controle de todos o que eu fiz. O G1 não fez. “Ah, mas o G1 está de alta agora”, “Mãe, você quer fazer do G1? Você pode esperar meia hora para eu fazer do seu filho?”, “Posso, com certeza!”. Então, assim, a gente nunca teve queixa do pai “eu não queria ter feito”. Nunca. Muito pelo contrário. Os pais querem que faça. Tem pai que já ouviu falar e que cobra, “eu estou aqui esperando, fez no meu vizinho e não fez no meu ainda”. A cobrança vem dos pais. A cobrança dos médicos era “não está fazendo de todos”, mas não tinha solicitação de todos, e muitas vezes a solicitação, mesmo a gente orientando e pedindo para ser feita antes, já que o bebê não esteve na UTI e tem uma alta tão rápida assim. Existe fono que passa todos os turnos, esse exame podia ter sido pedido antes. Por que pediu só na alta? Depois desse problema todo que a gente teve, o hospital entrevistou, e a gente sugeriu que fosse feito demanda livre. Como assim? Eu vou ver quais são os bebês que estão na UTI e vou ver quais bebês que estão em condições de fazer, eu vou pedir autorização para neonatologista, na hora, “bebezinho fulano de tal, está aqui, não fez o exame ainda, tem pedido? Não? Está bem. Tem condição de fazer, não está entubado, não tem, o estado geral está bom, posso mexer nele? Posso”, então eu vou fazer. Para não depender mais da solicitação da neo. Ontem eu estava até falando com Cecília de um caderninho que deixa para o neonatologista ver quem foi que fez, passou ou falhou, e a gente fez um caderno desses pedindo para que a neo, nem precisasse fazer a solicitação, ela precisava só escrever o nome da mãe, que ela queria que fizesse o exame, no caderno. Metade do caderno tudo preenchidinho, só pra ela colocar o nome da mãe. A gente ia colocar o convênio, se falhou ou não, se passou ou não, qual era o procedimento seguinte. Esse caderno ficou lá um ano e nunca foi preenchido. Depois desse problema todo, delas quererem pegar o serviço a gente só não perdeu, porque eu fui atrás, pois todo mundo desistiu. O otorrino desistiu, as fonos desistiram.

A parte da estimulação da sucção é feita pela fisioterapeuta. Elas fazem os turnos, revezam os turnos. Eventualmente eles chamam, as Fonos, para fazer um paciente ou outro. Outras fonos, porque a gente não trabalha com MO. Nenhuma de nós. Então são outras fonos. O que eu percebo é que nunca é a mesma fono, não existe... Eu sei que já entregaram projetos, para poder implantar. Várias fonos já entregaram, não foi um projeto só, não foi só um contato, mas até hoje o hospital ainda não contratou ninguém e pelo menos também não terceirizou oficialmente com um determinado profissional isso. Sempre são fonos diferentes. A gente nunca encontrou com nenhuma fono lá dentro de MO. A gente vê no prontuário de

uma criança ou outra. Às vezes eles ligam pedindo “ah, não tem...”, mas muito eventualmente, até porque eles mesmos já têm as fonos que eles chamam. Mais o trabalho de estimulação é feita pelos fisioterapeutas.

Eu acho que, por mais que a gente tenha uma resistência, a gente sempre discute com as colegas dos outros serviços, em tal lugar o problema é a Neonatologia, em tal lugar o problema é a Fisioterapia, em tal lugar é a Enfermagem, sempre tem uma resistência dos outros profissionais e inclusive ontem teve o módulo na especialização que está ocorrendo na Universidade E., que foi uma enfermeira que deu o módulo, e ela estava dizendo isso, que há muito tempo atrás, a Enfermagem tinha uma dificuldade muito grande de inserção na Neonatologia e que hoje é uma coisa, assim, “sine qua non” mesmo, não existe mais, não tem como não existir. A Fisioterapia também está conseguindo o espaço dela, então eu acho que o ponto que a gente chegou não tem volta mais. Eu acho que tem campo sim, desde que os profissionais se unam em relação a isso. Eu estava até conversando com outra colega de outro serviço também em relação ao pagamento dos convênios, que tem convênio que ora paga trinta, ora paga quinze, ora paga não sei quanto, e a gente estava discutindo isso, dessa união, porque não adianta só um serviço ir atrás do convênio, e brigar por isso. Eu acho que se as pessoas se conscientizarem de que a classe tem que se unir para abrir esse campo, eu acho que os outros profissionais vão passar a respeitar mais. A coisa da legislação já existe em vários estados, vários municípios, na Bahia só tem Vitória da Conquista que eu saiba. A Legislação de triagem auditiva. Chegou num ponto que não tem como voltar atrás. Isso é uma coisa que daqui a pouco não vai ter mais volta. Então, a gente percebe agora, aquilo que eu te falei, existiam profissionais ali, e as próprias neos tinham uma resistência muito maior, e era uma quantidade de profissionais maior que tinha resistência. Hoje, eu acho que essa briga, esse desentendimento, pode ficar feio, briga mesmo. Nesse desentendimento, ninguém se estapeou, não se preocupe.

Eu acho que elas enxergaram que o negócio não era brincadeira, que a gente não estava ali, a visão é de que a gente está querendo ganhar dinheiro, elas não enxergavam que, aos trancos e barrancos, e mesmo fazendo de quem nem tinha consentimento, porque a gente não tem acesso à mãe para pedir o consentimento, e o convênio não cobria, a gente queria era fazer para o bebê não sair dali sem o exame. Muitas delas hoje já conseguem enxergar que a gente faz aquilo ali não é pelo financeiro, mas na intenção de que o serviço funcione, até porque isso vai ser lei, mesmo que não tenham recurso de fazer, mas eu acho que tem campo sim, desde que todo mundo se una em favor, em relação e direção a isso. Troca de experiência

mesmo, “olha, no meu serviço funciona assim, eu tive tal e tal problema, a gente conseguiu resolver assim, assim, assado”, porque é uma troca de experiência. No meu hospital as profissionais são amigas do outro hospital. Então a gente tem contato pessoal e tem essa troca. Antes até de começar a trabalhar com triagem teve uma tentativa de se reunir os profissionais que trabalhavam com emissões otoacústicas especificamente. Tiveram algumas reuniões, eu cheguei a participar da última, e só foram três serviços, os outros serviços já não iam mais. Então quem participava, quem fazia emissões em outras clínicas, que tem várias que já fazem, também participavam da reunião. Eu cheguei a participar da última. Então era uma reunião de discussão de texto, de levar novidade. É uma coisa que infelizmente morreu, tem trocas isoladas, mas de parceria, de amizade, de todos os serviços do município, isso não tem.

Eu já passei por uma na UTI da neonatologista comparar, sabe? “Ah, mas o serviço de fulana, em tal hospital, não faz desse jeito”. Ah, mas o serviço de fulana obedece um protocolo diferente, a maternidade de fulana é diferente, porque o fluxo é diferente. Os horários da maternidade são diferentes, a divisão da UTI é diferente, os neonatologistas são diferentes, a localização é diferente. No começo a gente não tinha espaço para poder, e nem tinha o equipamento para fazer o acompanhamento dos bebês. Então o que é que a gente fazia? Como nós éramos duas profissionais, a gente encaminhava para outros dois serviços que eram afins do nosso, a gente encaminhava porque tinha o VRA (Audiometria com Reforço Visual), o nosso aparelho faz DP (produto de distorção), mas a gente preferiu fazer na DP do outro serviço porque era mais detalhado, era mais preciso, então a gente encaminhava esses bebês para lá. Tivemos muita dificuldade em relação a isso, porque só agora a gente conseguiu que o serviço comprasse um audiômetro pediátrico, a cabine ainda não é adequada para isso, porque a gente precisaria está colocando o VRA, a gente faz o acompanhamento dos bebês, fora do hospital, e não é o que a gente gostaria. A gente fazia os exames, os bebês que retornavam eram encaminhados para outra clínica. Na verdade, a gente acabava tendo controle porque são as mesmas profissionais. Desse ano pra cá, do final do ano, a gente está tentando concentrar tudo no hospital. Estamos adquirindo os materiais, justamente, os equipamentos para poder concentrar no hospital. Na verdade, todos os bebês de UTI precisam desse acompanhamento. Não é o reteste das emissões, porque o reteste a gente, graças a Deus, tem feito de todos. Porventura um ou outro a mãe não volta. Uma coisa que a gente percebeu no começo é que como o nosso aparelho ele mostra os passos do exame, ele vai mostrando, o quanto está acontecendo de repro, quanto está acontecendo de sinal / ruído, então você acompanha o exame. A gente percebia que, às vezes, o bebê quase passava e o

tempo de análise, de coleta do aparelho terminava e ele considerava falha. E ele chegava muito próximo, dentro da UTI neo. Então, o que a gente faz hoje? Por isso que é uma coisa que demora muito, na UTI, porque tem o ruído mesmo e não temos espaço físico. Não é nem porque a neonatologista não quer, porque o hospital não quer, porque a gente não quer. É porque não existe um espaço físico que a gente possa, uma salinha conjugada que a gente possa levar o bercinho do bebê, aquele que está no berçário intermediário para ter alta. Mais estamos feliz de ter conseguido a demanda livre. Mesmo assim ainda não temos acesso aos pais. É uma coisa que o hospital está intervindo. Vão mudar os vínculos até em relação a nós mesmo, de pagamento e tudo, Está tendo uma transformação para sermos terceirizado, não receberemos mais via a clínica de otorrino que funciona lá dentro, iremos receber via Hospital mesmo. Não só na nossa área, está tendo uma reforma grande no hospital. Em relação a essas coisas burocráticas. O hospital já sabe disso e a gente teve reuniões com a diretoria do hospital, em relação à triagem. A gente expôs essa dificuldade de entrar, de participar do curso de gestantes, do curso dos pais e o hospital ficou favorável e acredita que tem que ser feito dessa forma, então a gente está esperando, para que o hospital entre com solicitação para que as arestas sejam aparadas e para que essa resistência também vá diminuindo com o tempo.

A Leitura de prontuário ainda é um pouco difícil. Ô letrinha disgramada! Complicado. A gente foi atrás de literatura para tentar suprir essa coisa de abreviação, mas mesmo assim, cada serviço tem uma didática diferente para abreviar. É complicado. Ali tem profissionais muito legais, tem gente que te ajuda, tem enfermeiro, tem fisio, tem neo, não estou generalizando. Só que tem peças que acaba atrapalhando. Agora estamos fazendo levantamento de quantos bebês a gente atendeu, de quantos bebês nascem no hospital, porque estamos conseguindo ter acesso a isso, uma vez que o hospital agora tomou as nossas dores e entendeu que não é assim que tem que funcionar, que a gente tem que ter autonomia para trabalhar, que eu não posso ser cobrada de uma coisa que não está sendo acessível a mim. Como é que eu vou trabalhar se eu não tenho acesso?

Eu também às vezes desanimo, animo. Não tenho, confesso que não estou tão dedicada. Com a especialização em Neonatologia, eu tenho vontade de fazer a parte de MO também. Eu não estou como aluna da especialização, estou na coordenação, mas estou assistindo as aulas. A fono CR. é a coordenadora e ela convidou pessoas para coordenar as áreas afins. A parte de MO fica a fono CR e a fono JA e a parte de Áudio, eu e a fono C.. Ela chamou a fono C., e esta me chamou para ajudar no conteúdo programático, os professores

convidados, a parte de supervisão Clínica. Como nosso conteúdo de triagem é menor. Dividiu-se X professores convidados para MO e X para Audio e a gente tinha oportunidade de trazer, pelo número que ficou delegado para gente, muita gente de fora para falar, é outra experiência. E como a gente já vai estar na supervisão, então a gente está passando ali na clínica o que é experiência nossa. Ficamos com uma disciplina de triagem auditiva, que seria Triagem II e chamamos os outros profissionais de fora, fono D. para falar de Epidemio e ela fala um pouco desse contexto de como está a triagem, no país, Elaine para falar de Triagem I, de potencial evocado a gente chamou a fono F. que trabalha com a fono M.C. e está tendo uma experiência grande na área com maternidade pública. Na verdade, a outra colega do Hospital está fazendo o curso como aluna.

Esse curso vai ter prática em duas maternidades. A Maternidade M. aqui em Lauro de Freitas e a Maternidade A.S. em Cajazeiras são essas duas. Tem algumas outras maternidades que a gente ofereceu o projeto, mas essas duas já estão definidas e como a gente teve um número maior de alunos do que o esperado, a gente teve trinta e dois alunos e contava com vinte e oito. Então, a gente espera que um desses projetos saia para podermos ter mais um hospital para ter a parte prática.

Engraçado que a gente chegou aqui em casa, como não temos o programa informatizado ainda, porque é caríssimo, (a fono D. até estava falando de um que cruza todos os dados, você digita lá “eu quero tal coisa”, ele cruza quantos bebês tem tal e tal e tal fatores de risco, quantos fizeram reteste, quantos não fizeram, qual que tem que ir atrás, ele já te avisa tudo. Você paga, se não me engano, ela falou cinco dólares por paciente. Então, não tem condições de ter um programa desse), quem sabe a gente não se une e monta um sistema de informação em saúde só para Emissões, ou só o pessoal da área de emissões. Ainda tem muita coisa no papel. Fizemos um levantamento de tudo que a gente atendeu, na verdade pegamos a pasta e contamos, mas não casamos os dados, as informações, não montamos isso ainda. Eu acho que a triagem, ali especificamente, nesse serviço, vai abrir porta pra MO. Tanto que tem uma fisioterapeuta que conhece minha cunhada que também é fisio, elas estudaram juntas. Ela estava dizendo, vocês não fazem MO? Porque a gente precisa trazer alguém para poder fazer esse trabalho. Eu só gostaria de falar se isso partisse da Neonatologia. Chame fulano, vamos montar com fulano, para poder não entrar em atrito, para está falando “ah, está vendo? As meninas...”. Então eu me resguardei de ficar com a triagem ali, já que eu sei que também existe uma resistência em chamar a fono para fazer o trabalho de MO.

Eu vou te falar de novo, não são todos da Neonatologia que têm resistência, pode ser que tenha uma fisio ou outra. Eu lembro que tinha uma, eu dava risada, falava “gente”, eu comentava com as meninas, “não é possível uma coisa dessas”, a gente chegava pra fazer triagem, e ela falava “E aí, se o bebê está quieto, se está silencioso, não demora tanto, né?”. O bebê estava dormindo, ela podia deixar para dar de mamar daqui a pouquinho, mas ela acordava e ia dar de mamar do seu lado e ainda fica cantando para o menino. Por isso que eu te falei que muitas vezes quem trabalha com sucção é a fisio. É ela que às vezes dá a mamadeira para o bebê. Então eu acho que ela, olhava pra gente assim “ê, vocês vão querer mexer aqui”. E a gente... “Pode deixar que na cabeça a gente só vai mexer no ouvido”, até porque eu não tenho uma formação de Fono hospitalar, nem em Neonatologia e não sei trabalhar com MO.

Entrevistada 7

Nasci em Dianópolis, Tocantins e me formei em Goiânia, pela Universidade Católica de Goiânia, em 1993.2.

A minha formação não teve nada em relação à parte hospitalar, mas nada mesmo. A única experiência que eu tive em âmbito hospitalar foi um estágio extracurricular na área de fissuras labiopalatais, mas quando formada eu não tive oportunidade de trabalhar nessa área.

Quando eu me mudei para Salvador, foi logo no início de carreira e a oportunidade de mercado que tive foi na parte de Audiologia Ocupacional, foi a área que eu comecei. Com o advento tecnológico desses equipamentos, surgiram, as emissões otoacústicas, isso me chamou a atenção e investi num equipamento e a partir daí tive esse desejo de trabalhar com os bebês, porque como eu também atuava na área clínica, eu tinha muita dificuldade de fazer exame de bebês menores. Na clínica, às vezes chegava criança de dois anos pra fazer audiometria e isso dificultava muito. Então era mais um aparato de diagnóstico que eu iria ter de apoio na minha clínica. E como é um exame novo, muitos pediatras ainda não estavam solicitando na época, isso há cinco anos atrás. Eu tinha que também fazer valer a compra, o investimento, desse equipamento, e a maternidade foi o primeiro momento que eu pensei em estar executando, de forma mais evidente, esse trabalho com criança. O percurso para chegar até um hospital foi realmente pegar o equipamento, buscar a diretoria do hospital, explicar sobre o projeto, que até então não tinha dentro da maternidade, diferente de hoje em dia, que já tem vários serviços. Eles receberam a proposta de bom grado, porque o equipamento já estava comprado. Então isso facilitou demais o acesso ao hospital.

Inicialmente essa idéia foi para o Hospital F.. O que eu percebi é que não havia fonoaudiólogo dentro do hospital. Nem na parte de triagem auditiva e também na parte de estimulação, nos bebês prematuros, ou naquela outra parte da Fonoaudiologia também que lida com afásicos, tudo no hospital. Não há até hoje. Então eu comecei realmente com uma proposta de ir fazer triagem auditiva. O percurso foi plantando sementinha, não havia cobertura dos convênios para esse teste no início, a gente foi buscando comunicar com cada convênio, para irem habilitando esse exame. Muitos não aceitaram pagar, a gente teve que brigar literalmente com os convênios. Outros receberam sem maiores problemas. Por incrível que pareça, hoje, o convênio do Estado cobre esse exame dentro da maternidade, porém essa maternidade atende SUS também. Infelizmente a minha proposta da triagem ser universal não aconteceu, porque nesse hospital em especial setenta por cento dos bebês, aproximadamente,

são do SUS. Agora, todo trabalho de orientação é feito, para quem é SUS, para quem é convênio, para quem é particular, eles saem com o pedido de exame. Tem uma estagiária que vai, explica toda a questão da importância desse diagnóstico precoce, do desenvolvimento de linguagem e da audição na criança, mas a meta seria fazer universal, continua sendo, porém ainda não acontece até então.

A gente faz todos os bebês de convênio, os que cobrem, exceto dois convênios que ainda não estão cobrindo e que o hospital é credenciado, que é grande parte dos convênios. Os particulares todos, porque já está incluso no pacote do hospital. Mas setenta por cento dos bebês nascidos são SUS. Eu diria que a gente consegue cobrir trinta por cento. Porque eu já fiz esses cálculos, aproximadamente entre, quarenta, trinta e cinco por cento, às vezes trinta, depende do mês.

Tem gente do SUS que também faz, mas eles fazem após a alta. Como eles recebem toda a orientação, muitos buscam serviços que façam fora da maternidade e a gente tem um serviço logo em frente ao hospital, com um preço extremamente acessível para tentar cobrir essa população, só que, quem chega lá, desses SUS, é normalmente vinte por cento. Eu não sei se eles buscam outros lugares, a gente não tem como controlar isso, mas a gente consegue pegar parte deles na clínica, poucos, mas dá para pegar alguns.

Inicialmente, não montei projeto, o contato foi verbal. É até diferente a forma que aconteceu, mas foi assim. Eu cheguei com o equipamento, marquei uma reunião com a Diretoria do hospital, coincidentemente uma neonatologista me conhecia, isso facilitou realmente a minha entrada no hospital, ela comprou a idéia, me ajudou no convencimento da gerência, e foi tudo muito rápido. Começou bem devagar, porque tinha que esperar esses convênios se posicionarem em relação ao exame e tudo foi acontecendo. Hoje, a gente consegue fazer bastante exame lá dentro, exceto essa questão do SUS, que já foi solicitado, documentalmente, pela gerência do hospital, por toda a equipe de neo e com minha assinatura também, mais foi negado, por falta de verba, segundo a Secretaria de Saúde de Salvador.

Na Maternidade C., fiquei de voluntária por um tempo. Foi uma idéia de fazer um trabalho voluntário que foi muito bom enquanto durou, porque chegou uma hora que já não deu mais para disponibilizar o equipamento. Era feito semanalmente, uma vez por semana, o que é muito pouco pela demanda de nascimentos da maternidade, era às quintas-feiras. Eu não sei totalizar, mas fizemos bastantes exames. Eu tinha o cuidado também de encaminhar os retestes para minha clínica particular, para essas crianças não ficarem sem o fechamento do resultado.

Entrei lá também sem projeto. Na verdade, tinha uma idéia do serviço, de como montar um serviço, a gente tinha formatado isso na conversa inicial com o diretor do hospital, que também aceitou. Ele não pediu nenhum projeto escrito. Ele já aceitou a idéia e a gente já começou na semana seguinte, porque o aparato de exame é portátil, só precisava de uma sala. Essa sala, na Maternidade C., foi muito complicado de conseguir, por questões de disponibilidade mesmo, da maternidade, não ter salas disponíveis. Então a gente mudou várias vezes de locais, fazia em salas vazias, nem tão apropriadas por causa do ruído nesse local, mas a gente sempre dava um jeito, mudava, pegava um cantinho de alguma outra sala. E foi acontecendo, meio aos trancos e barrancos. De um meio para o fim a gente já tinha a sala certa, numa condição melhor e as coisas andaram melhor. Escolhi esses hospitais pela demanda de paciente, e principalmente por eles serem mesmo de baixa renda, são hospitais mais populares, digamos assim. Porque a minha idéia era fazer o maior número de bebês. Os hospitais particulares normalmente já têm o serviço, são de determinados colegas, que já são responsáveis pelo serviço e esse estava mais aberto, porque não tinha o serviço ambulatorial junto do hospital. Então era uma maternidade aberta. Ficou mais fácil entrar.

Na verdade, a construção do conhecimento para atuar com bebês foi técnica, prática. Eu fiz estágio com duas profissionais muito gabaritadas na área, que foram as fonoaudiólogas M.C. e F., em São Paulo. Elas são hoje duas profissionais extremamente inteiradas de toda a parte de diagnóstico diferencial em bebês, com alta tecnologia, em relação a emissões, BERA, e hoje, elas estão fazendo os testes todos. Realmente foi um custo altíssimo porque eu tive que, de forma particular, investir nesse conhecimento. Eu senti dificuldade em Salvador também de ter pessoas para me treinar ou de ter faculdades que oferecessem algum curso. Nessa ocasião eu tive realmente que ir pra São Paulo, fiquei lá um mês, fiquei observando e praticando com essas profissionais. Tanto na parte hospitalar, dentro do Hospital L., quanto na parte clínica, no consultório delas. Foi um investimento que valeu a pena, porque eu acho que toda pessoa que trabalha tem que investir. Eu tenho especialização na área de Audiologia, geral, onde existiam disciplinas que falavam sobre esse assunto, mas não tão direcionado assim. Uma disciplina de Fonoaudiologia Hospitalar, não, eram módulos, que muitos tinham a ver com a parte de atendimento hospitalar, tipo emissões otoacústicas, BERA, avaliação audiológica infantil, mas não um curso totalmente centralizado para hospitalar. Eu acho que essa formação específica para Fonoaudiologia Hospitalar é maravilhosa. Eu acho que a perspectiva é excelente de entrada dos profissionais nos hospitais, porque eu acredito que não havia fono nos hospitais também porque não tinha esse profissional disponível no mercado,

mas hoje, com as faculdades, isso melhorou muito. A gente vai ter que lutar pelo espaço, porque outros profissionais, principalmente os fisioterapeutas, já pegaram muitos serviços por conta de não ter fonoaudiólogo, nas áreas hospitalares, principalmente de estimulação, essa parte de deglutição. Então o que eu acho é que a perspectiva é ótima, tem mercado. Acredito que, com o tempo, essa formação específica que os fonoaudiólogos estão tendo na área, vai justificar algum projeto que uma Diretoria vai reconhecer melhor, por ser um profissional mais especializado. Eu acho que é uma boa perspectiva. Inclusive na Maternidade F, os próprios neonatologistas, sabendo que tem um fonoaudiólogo lá dentro, mesmo fazendo triagem auditiva, já solicita, “Avalie esse bebê pra mim”, na outra parte de estimulação de sucção. E como eu estou com alguns estagiários lá dentro, a gente está fazendo um trabalho voluntário na parte de amamentação, de estimulação. Eu não especificamente, que eu não tenho experiência nessa área, mas têm fonoaudiólogos que já estão fazendo cursos aqui em Salvador, e que estão atuando, inicialmente de forma voluntária, mas a gente pretende fazer um projeto formalizado para começar esse trabalho lá dentro e eu tenho certeza que vai dar certo. É só uma questão de tempo e de convencimento. Inicialmente essa área de estimulação de sucção ainda é um trabalho não tão formatado, as pessoas estão lá, os pediatras, os neonatologistas já chamam as meninas. A gente já está fazendo presença nessa área dentro do hospital. Agora a gente vai formatar um projeto para o diretor, também tentando ver a cobertura desses procedimentos para os profissionais que vão estar atuando lá dentro. Mas está tendo um retorno muito bom. Elas já pedem que o fonoaudiólogo vá atender esses bebês.

Na parte de triagem auditiva, o bebê nasce e automaticamente a gente já gera uma solicitação de exame que fica na prancheta dos bebês, com um folder ilustrativo da importância do exame. Os bebês que vão para o berçário comum, que descem para o quarto da mãe, digamos assim, a gente faz o contato direto, vai no quarto e faz o exame no quarto e conversa com a mãe. Os bebês no SUS que não tem essa possibilidade de está atendendo dentro da maternidade por falta de cobertura, vai uma estagiária, explica o porquê daquela solicitação e a importância de se fazer esse exame. E que tem serviços inclusive que são gratuitos, explica também, que o Centro Médico faz um preço melhor e que tem outros serviços. A gente deixa bem à vontade para mãe fazer. A gente tem total liberdade para chegar e falar com a família diretamente. Agora muitos neonatologistas, na alta, independente de quem seja, de convênio, particular ou SUS, eles também falam da importância do teste do pezinho, reforçam a questão do teste auditivo. Eu não sei em que proporção e como isso é feito, mas várias vezes, eu vejo os neonatologistas pertinho da alta conversando com a família

sobre a importância dos exames, incluindo a triagem. Eles sempre falam, essa mãe é orientada, eu acredito, que pelo menos três a quatro vezes antes de sair do hospital. De alguma forma as enfermeiras também falam, muitas perguntam do endereço, a enfermeira já explica, então eles realmente recebem a orientação. Existem muitos bebês que não passam na triagem. Infelizmente a questão do vértex atrapalha muito quando você trabalha dentro de uma maternidade. Eu tenho a sorte de ter um equipamento que tem tanto as emissões transientes, quanto por produto de distorção. Então a gente sempre tenta fazer as transientes, falhando a gente já vai para produto de distorção. E se ainda falhar antes da alta, dentro da maternidade, o protocolo é pedir para voltar e repetir uma semana depois da alta, porque já deu tempo do vértex sair e a gente pede esse retorno no Centro Médico, sem custo, pois isso já foi cobrado no hospital. O retorno, ele sempre acontece. Quase sempre. Eu acredito que noventa por cento, noventa e cinco por cento voltam, porque a gente explica que nesse primeiro momento a criança pode falhar em função do vértex, explica antes de fazer o exame, que é para baixar a expectativa da mãe. A gente sempre teve esse cuidado. “Esse exame dá para fazer logo que o bebê nasce, mas como ainda pode ter vértex, tem bebê que tem mais, tem bebê que tem menos, se falhar a senhora não vai ficar preocupada, isso acontece, tem que retestar com uma semana”. E se o bebê falhar no reteste, sem estar associado a um quadro gripal, ou de refluxo, a gente manda para o BERA.

Primeiro a gente sempre procura, antes do BERA, passar pelo otorrino, porque às vezes podem estar com alguma alteração de orelha média. No dia do retorno, depois do otorrino, a gente está com os dois equipamentos disponíveis. Se fizer a emissão e passar, desde que o bebê não tenha indicador de risco, muitas vezes a gente nem parte para o BERA, se já deu a emissão normal, mas, se o bebê tiver indicador de risco, mesmo passando a gente sempre orienta a importância do BERA também. Muitos já fazem e outros preferem remarcar, voltar para fazer o BERA, porém muitos não o fazem, o que é uma pena. Temos equipamento disponível, para fazer os dois exames. Os bebês de risco lá no hospital, mesmo fazendo as emissões, passando, com qualquer indicador de risco auditivo, ele é formalmente orientado a realizar BERA, em termos escritos, está escrito no laudo das emissões, “Passou na triagem auditiva, porém faz-se necessário realização do BERA para afastar alteração retrococlear”. A gente orienta todos, quer seja SUS, convênio ou particular. Muitos não voltam para fazer o BERA.

Atualmente as pessoas que trabalham comigo são todos formadas em Salvador. Uma profissional é da Universidade E, e outra é da B. A estagiária, ela é voluntária. Não tem

profissional voluntário lá não. Exceto essa profissional que já atua com triagem, que está tendo formação na área hospitalar, pois está fazendo especialização e se dedica a isso, e começou a fazer um trabalho paralelo com a triagem. Como ela vai para fazer triagem, as médicas começaram a convidá-la pra atuar nessa parte de estimulação e ela tomou gosto pela coisa. Ela quer fazer disso um projeto formal, onde os convênios vão ter que pagar por isso, mas por enquanto elas estão como voluntárias por uma questão de organização interna, até fazer com que os convênios aceitem essa cobrança. O caminho é tornar um projeto lá dentro, com cobranças, com devolutivas, de uma coisa mais formatada, mais organizada.

Infelizmente no Hospital F. ainda não é Amigo da Criança. Essa fono está buscando fazer com que seja, pois não tinha esse profissional lá dentro para estar formando essa opinião entre os médicos. Apesar dos neonatologistas de lá serem muito abertos, eles é que pediram socorro, eles estão nesse momento de comparar outras maternidades que eles trabalham e dizer que nas outras são assim, que queria muito que no hospital fosse igual, eles têm boas intenções.

Lá não tem um serviço de acompanhamento dos bebês, um *follow up*, porque nasce na maternidade, recebem alta e vão embora. Não tem um serviço ambulatorial, posterior, não. Lá é uma maternidade e só, tanto que quando o bebezinho sai, os bebês prematuros, eles indicam para “procurar o pediatra” e fazem uma orientação muito precisa. Exatamente por não ter essa volta dessa criança para o hospital.

O atendimento da fonoaudiologia no F. é dia sim, dia não, porque dá para controlar os nascimentos pegando o bebê pertinho da alta por causa do vérnix. Não adianta ir lá todo dia. A maternidade tem uns, aproximadamente, quatrocentos a quinhentos nascimentos mês, mas desse total, setenta por cento é do SUS. A demanda de exames, você indo dia sim, dia não, para o fonoaudiólogo que faz um particular e convênio é em torno de dez bebês por turno.

Agora tem um projeto, segundo o hospital, que vai ter cobertura do SUS. Quando isso acontecer, eu espero que aconteça o quanto antes, tem que ter fono lá sempre, porque bebê nasce toda hora. Eu acredito que vá até precisar de mais profissionais.

Nós somos terceirizados. Não há vínculo algum, empregatício com o hospital. O hospital é uma empresa e a minha empresa presta serviço para o hospital, com nota fiscal, com tudo documentado. O hospital retém um percentual de administração, e repassa para minha empresa determinada porcentagem. As fonoaudiólogas também prestam serviço comigo e tem pessoa jurídica também. É uma relação de empresa, para empresa, para empresa. Quarteirização, infelizmente, imposto sobre imposto, sobre imposto.

Eu acho que as duas áreas têm perspectiva para atuação. Não tem como separar. A atuação do fonoaudiólogo dentro do hospital pode ter começado pela triagem, mas é uma ótima forma de mostrar para que viemos, tanto é, que nessa minha experiência, os próprios neonatologistas começaram a convidar as meninas para fazerem mais coisas, já tem uma referência, tem um fonoaudiólogo lá dentro, um médico chama para fazer uma avaliação de uma afasia, isso tudo eu vejo que tem movimentado muito. Eu acho que a porta de entrada pode ter sido a triagem. Lá é hospital geral, e chamam para atender a pacientes adultos também. Como essa colega que trabalha comigo tem esse conhecimento e tem um pouco de experiência, ela também começou há pouco tempo esse trabalho. Veio a calhar porque agora ela pode avaliar um afásico no hospital, coisa que eu não fazia porque eu não tenho conhecimento e não é a minha praia. Minha área é a Audiologia e ponto. Não tenho interesse de me meter nessa área. Acaba sendo da área um pouco hospitalar pela triagem, mas esse perfil de atendimento, ao paciente afásico, a questão da sucção dos bebês, eu não domino e não tenho interesse, mas acho que é importante está sabendo lidar com bebês, isso tudo eu tive que ir lidar para aprender, porque a gente tem que saber mesmo na triagem, como se portar com o bebê prematuro, até no manuseio, toda, essa parte... Na minha experiência, eu tive que buscar com profissionais.

Leitura de prontuário não foi uma tarefa fácil. A gente foi jogado dentro de um hospital, não tivemos esse conhecimento que eu acho que é importantíssimo no curso, trabalhar, lidar com médicos que pegam um prontuário, escrevem o que querem e somem com o prontuário, a gente precisa escrever no prontuário, tem folhas específicas para os exames, tem folhas específicas para Enfermagem, tem folhas específicas para o médico que atende a mãe do bebê, é muito complicado. A gente teve que aprender aprendendo. Erramos muito, de anotar coisa aonde não devia. Hoje a gente já aprendeu, mais pela prática. Nós atendemos com o protocolo do GATANU, o mais específico do serviço. É o protocolo do GATANU e internamente a gente tem a nossa rotina, que pode mudar.

Eu sigo o protocolo do GATANU, onde nos bebês, sem indicadores de risco fazem emissões ou BERA, com reflexo cócleo-palpebral. Eu não sou muito fã do reflexo cócleo-palpebral, opinião pessoal. Não tenho nada contra quem colocou isso no protocolo, mas na minha opinião, em um primeiro momento ele pode até ser um veículo de teste, mas é sempre bom ter o BERA para uma investigação maior. Na minha experiência tem bebês que falham no reflexo dentro da maternidade e que no reteste têm um reflexo ótimo. Eu acho muito discrepante algumas vezes as respostas do reflexo. Muitos não tinham reflexo e faz o BERA e

o BERA é maravilhoso. Acontece de tudo. Então como a gente está trabalhando com eletrofisiologia e hoje a gente tem equipamentos para o ideal, na minha opinião, as emissões e BERA, nos casos de dúvida. Agora a questão da avaliação comportamental. Eu acho a comportamental ainda válido, mas para as crianças maiores, em torno de seis meses. Eu sempre procuro, mesmo passando nas emissões, os bebês que retornam, principalmente os bebês de risco, eles vão voltar para fazer novas avaliações, aí a comportamental eu já acho fundamental, nesse momento, mas não como meio de triagem, por falta da sensibilidade mesmo do teste comportamental, agora como mecanismo de acompanhamento, eu acho extremamente válido, tanto é que eu uso na minha clínica, tenho o kit, tudo para fazer.

No Hospital F., não temos um protocolo só da fono, mas tem a folha de exames, onde o raio X anota, o laboratório anota, que a fono também anota. A gente tem uns carimbos também, que a gente pode colocar na solicitação se já foi realizado ou não, no livrinho do bebê se passou ou não, que equipamento que foi usado. Aí estão algumas rotinas fora prontuário. E o que eu acho mais difícil no hospital é a movimentação dentro do hospital. É muita gente que pega em tudo, é um problema de comunicação enorme. Porque às vezes você faz o exame em um bebê, tentou pegar o prontuário para escrever que aquele bebê não passou em função do vernix e aí você não consegue anotar, e daqui a pouco ligam do hospital perguntando se você já fez ou não o exame daquele bebê. A logística hospitalar é complicada, você lida com muitas pessoas, com muitos setores. Às vezes você trabalha, faz o exame, escreve no prontuário e a fatura esquece de cobrar, o que você trabalhou. Não, tem que pensar em tudo, então você trabalha em cadeia, a harmonia entre as pessoas do hospital é fundamental. A cobrança de todo procedimento hospitalar é feita pelo hospital. O nosso trabalho é atender e documentar, mas muitas vezes a gente faz isso e o setor de fatura não cobra e você fica sem receber.

Sempre o bebezinho da F., quando sai da UTI, eles vão pro BO e é lá que fazemos a triagem. BO é um berçário de observação que vai logo em seguida ter alta, alguma coisa assim, porque lá na UTI mesmo, o ruído é intenso, não dá pra fazer. Não há sala específica para realização do exame. Uma das coisas que facilitou a entrada no hospital foi não ter taxa de sala. Então a gente convenceu a Diretoria que a gente ia atuar no espaço físico que a mãe está, no caso do berçário comum, no quarto, ou dentro da UTI ou dentro do BO. Então o que é que a gente faz? A gente tem que fazer algumas coisas para dar conta disso. Vai no quarto, não tem condições de fazer? Pede os acompanhantes para sair, desliga o ar condicionado e você cria a condição. Isso realmente acontece. Nessa maternidade ainda tem um agravante

que tem enfermarias conjuntas, que fica duas, três mães no mesmo quarto. Mesmo de convênio. Então o bebê chora, você está fazendo o exame no outro bebê. A gente realmente tem que ter uma relação excelente com as enfermeiras, de pegar o bebê e tirar aquele que está chorando, mas é administrável, dá para você fazer. Até porque se você não tiver condições de fazer, o equipamento não faz.

Eu acho que a Fonoaudiologia cresceu muito, em todas as áreas isso é visível. Eu vejo que a cada momento as áreas ficam mais específicas e a Fonoaudiologia Hospitalar é uma dessas áreas, que tem crescido muito. Nessa área de triagem, aqui na Bahia, o que ainda peca muito é essa não cobertura pelo SUS, para dar oportunidade da gente estar fazendo a massa da população. Então eu acho que não sou só eu que devo ter essa opinião. A esperança é que tenha algum projeto de lei que obrigue as maternidades a realizarem o exame do teste da orelhinha, pois isso vai dar oportunidade de trabalho para muito profissional, vai dar oportunidade da gente está diagnosticando com veemência esses bebês, porque sabemos que pode ter bebês sem indicadores de risco, estar no berçário comum e ter uma surdez. A cada dia isso é comprovado. Acho que a perspectiva para essa área é muito grande.

Entrevistada 8

Nasci em Guaratinguetá, estado de São Paulo, me formei na Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro, em 1987. Vão fazer 20 anos.

A implantação de serviço, praticamente não houve. Eram serviços isolados que éramos chamadas, tanto eu como a fisioterapeuta, para poder dar uma assistência ao bebê que estava com dificuldade de alimentação. Em primeira instância foi dessa forma, foi uma questão alimentar, que é uma questão de sobrevivência da criança. Então nós estávamos atuando dentro das maternidades por conta dessas questões, a retirada de sondas, bebês com má formação, que precisava se alimentar. Nós não tínhamos o que temos hoje de recursos para um atendimento em disfagia, tanto que nem disfagia chamava, era problema de deglutição, uma coisa assim, e nas tentativas, de erros, e acertos e traduções... É incrível porque nós não tínhamos nada documentado. A fonoaudiologia, nessa época, há muitos anos, era extremamente oralista, um aprendia, dizia pra o outro: “Ó, eu estou fazendo assim, está dando certo, não sei que...”. As chupetas que nós usávamos para poder estimular o bebê, trabalhar, era eu quem fazia porque nós não tínhamos condição de comprar os bicos importados, até porque não tinha essa questão da globalização, não se tinha facilidade com os importados. Quando algum amigo, alguém viajava, é que nós conseguíamos. Não existiam lojas de importados naquela época. Todo bebê pegava uma chupetinha da pró-fono ou então o biquinho da Lillo recortava, era extremamente artesanal, porque nós acreditávamos nisso, de que tinha que dar uma estimulação adequada, com o recurso adequado, não era só ir lá e fazer uma massagem no bebê. Isso desenvolveu algumas atitudes nossas, profissionais hoje em dia, o que você fazia em cima dos reflexos, o que hoje você faz em cima da funcionalidade, qual tônus que nós obtivemos em cima dessa fonoaudiologia tradicional, de massagem, e o retorno da fonoaudiologia funcional, mas como que foi desenvolvendo isso? Nós tínhamos muitos trabalhos escritos da S.M., da H. M.... Então eram assim, escritos dentro de uma fonoaudiologia, até 1992. A partir da 1992, que teve a chegada da R. ao Brasil, R. V. ela é Sul Africana. Isso mudou a cara da fonoaudiologia aqui no Brasil, pessoas que falam hoje da motricidade oral, eles já escreviam em cima da paralisia cerebral, em cima do que a H. M. desenvolveu, em cima do que a S. M. desenvolveu também, mas como nós tínhamos acesso a esses livros? Juntávamos grupos de fonoaudiólogos, pagávamos a tradução, porque nós não tínhamos inglês o suficiente para poder traduzir, era uma no Ceará, outra em São Paulo, outra em Belo Horizonte, fazia uma cota, e pagávamos... Eu ainda tenho tudo escrito, tudo

guardado, tudo manual, muita coisa em máquina de escrever ainda, coisa à mão e era desse jeito. Nós fomos assim, desenvolvendo algumas coisas, com a ajuda de um, de outro. Agora a formação básica, assim que me formei, eu fui buscar o Bobath, porque eu acho que a boca está dentro de um corpo, a boca só é resultado de uma série de desorganizações globais. Então você tem (problemas com a biomecânica) um pouquinho de biomecânica, na estrutura de músculo esquelético, tendo que saber de desenvolvimento, e principalmente saber de desenvolvimento sensorial. A parte da integridade sensorial, toda a parte de estímulo visual, gustativo, auditiva, e as habilidades, as probabilidades, as possibilidades táteis, porque isso vai ajudar a parte motora oral do bebê. E aí eu fui buscando! Eu fiz o Bobath, o Baby Course, fiz todas as reciclagens, eu fui para África para poder fazer algumas outras formações, tudo em cima do Bobath, sempre, sempre ligado às questões de organização da pessoa, com deficiência motora, e sempre direcionando para o que faltava no bebê. Então fiz o Baby Course, e o curso básico do Bobath, duas vezes, para poder melhorar o manuseio, melhorar minha visão. Paralelamente a isso eu ia fazendo cursos de desenvolvimento cognitivo, que eu acho imprescindível. Toda a formação para estímulo sensorial, sendo meu carro chefe hoje, muito mais ligado à parte visual... Lógico! Tenho trabalhado muito em cima da parte auditiva, estudado bastante psicoacústica, mas sempre direcionado ao visual. Tem muitas crianças cegas, e como nós recebemos bebês com síndromes, principalmente com síndrome de Down, síndromes cognitivas, então tem que estar desde o berço, sabendo quais serão as necessidades cognitivas dessa criança. Como você sai de uma situação que é estrutural, de músculo-esquelético, que é extremamente objetivo e vai para o subjetivo? Coisas que você não vê, mas que tem que saber de cor e salteado.

Em 1993, quando começou a conhecer a neurociência, porque era tudo assim, fazia dava certo, anotava, e tocava?, errava, em pouco tempo também, a gente não tinha um preparo emocional. Tínhamos muitas coisas, trabalhar com bebê é a coisa mais difícil. E o meu grande impulso e ao mesmo tempo o que me jogou no chão, foi no dia que a M.M., que é uma instrutora do Bobath, extremamente conceituada, eu estava fazendo uma reciclagem, isso em 1992 precisamente, ela me deu um bebê na mão, de 4 meses e perguntou, qual a profissão que você daria a esse? Eu respirei; “Essa mulher está querendo me ridicularizar, aqui na frente”. Mas aquela pergunta não me calou, por isso que eu estou trabalhando hoje com adultos, porque nós sabemos que aquelas crianças, que eu trabalhei pequenos, eles estavam crescendo. Então, quais eram as necessidades? Eu atendia as necessidades básicas, que é o que: sobrevivência, alimentação. Dentro da alimentação, eu fui desenvolvendo outros e outros

conhecimentos, outras necessidades, que vinham. Eu tive uma menininha com 1 ano e 2 meses, cega, com paralisia cerebral, que eu comecei a dar oportunidade para ela comer sozinha. As implicações da alimentação que nós construímos em termos de motricidade oral, me capacitava a tomar essa atitude. Peguei o garfinho, e fui dando para ela comer, porque ela já estava bem motoramente. A mãe me falou assim: “Não basta ser cega, vai ter que ser com o olho furado?”. E o quanto ela comeu. Aí ela foi compreender o que era estabilidade de escápula, o que era cognição, abrir e fechar a boca, o que era independência. Eu falei com ela: mas isso eu já fiz desde o primeiro dia, desde o décimo dia que você me chamou, eu já estava preparada para isso. Do momento que eu já colocava o Braile na mamadeira dela, eu já estava dando toda uma estimulação tátil, quando eu a ajudava a comer sozinha os primeiros pãezinhos, os primeiros ossinhos de galinha, eu já estava contando com isso. Você vai pegando a mão do bebê, você vai dando mesmo ali a independência, você une isso a questões escolares, como é que eu pego no lápis, como é que eu pego na tesoura, e onde é que eu aprendi isso? Na alimentação. Então, por isso que é importante nós sabermos o que estamos fazendo, e para onde nós vamos. As mães já têm que sair com uma visão futura das necessidades do bebê, por que são os bebês que requerem maiores cuidados, são bebês extremamente, cheios disso, daquilo, de não sei o que, Traumatizados, bebês que tem um registro sensorial, muito conturbado. A mãe, já vem muito melindrosa, ela vai postergando muitas atitudes que seriam daquele momento do desenvolvimento, porque foi um bebê que exigiu tantos cuidados, que vai atrasando, ela tem que sair da maternidade, e o profissional que atende o bebê, não pode ficar só ali, ele tem que saber: “essa intervenção que eu estou fazendo vai ter repercussão aonde? Como é que é?” Por que quem trabalha com audição, sabe a importância do som, das palavras, das coisas, nos 10 primeiros dias, que é a entrada da informação, os neurônios que ele tem que passar, para nós também, a questão da boca, como é que percebe, como é que a mão capta as informações, então o que vai fazer, o impacto disso a médio e a longo prazo. Mexer com bebê foi muito uma escola, não tinha com quem trocar informações, um grande desafio, porque você pensava assim: “Onde vai dar isso?”

A L. é uma fisioterapeuta, que nós, crescemos juntas. Agora que ela foi trabalhar, não quer mais trabalhar comigo, quer trabalhar com clínica de estética. Nós trabalhamos juntas na Maternidade T., no Hospital S.A., Hospital S., Maternidade C., tantos lugares. Uma pessoa que me chamava muito para trabalhar com os bebês era Dra N. da Maternidade T.. Ela é pediatra, neonatologista. O Dr. J.A. também tem uma importância muito grande. Ele ganhou um prêmio da UNICEF por fazer uma UTI com baixa tecnologia e baixo custo. Ele tem uma

importância muito grande e não é reconhecido por isso. Então, J.A., N., sempre alguém me pedia, não tinha isso de dizer que nós ganhávamos em cima disso, não! Não chegamos a estruturar um serviço nessas maternidades, mas as pessoas estruturaram em cima do que nós fazíamos, porque eu sempre fui muito desprendida, das coisas, o que tinha que fazer, olha aqui, isso aqui, vai organizar, o que é importante para um bebê, o que é importante para uma mãe, o que eles vão aprender com a amamentação, me deixa ver, então eu acho que foi em cima disso. Outra coisa que eu acho que foi um marco importante, a virada das questões de atender um bebê com sonda, e introduzir os conceitos sobre o que fazer dentro da disfagia. Isso marcou muito o atendimento neonatal, porque antes nós trabalhávamos em cima de necessidades musculares e alimentares. Nós não trabalhávamos em cima de intercorrências! O que pode estar acontecendo? Por que ele não está comendo? O que é anatômico, o que é funcional. Tinha algum instrumento, pelo amor de Deus? O que nós aprendemos de ausculta, eu não sabia nem onde colocar o estetoscópio! E pega aqui, ali e fui aprendendo, vai um, vai outro, vai uma coisa, imagina quantas crianças que nós não pudemos ajudar, e não é porque a gente tinha boa vontade, mas boa vontade não era suficiente! Depois, que as pessoas começaram a fazer no Brasil, quem foi que trouxe tudo isso? Foi a E.! Trouxe várias vezes, a E. aqui para Bahia. Eu não me contentava em não saber, eu tirava do bolso! Eu ia fazer supervisão em São Paulo de manhã para voltar de tarde, você não tem idéia! Cansei... A gente achava que Paralisia Cerebral não engole, porque a baba, não sei o que... nada! Disfágico, coitadinho, mas até descobrir! Até nós compreendermos! Até sair daquela avaliação clínica, para ir para algo mais importante no diagnóstico mesmo, com exames, foi um salto! E isso mudou muito a qualidade, as microaspirações, a gente não sabia como é que avaliava! Meu Deus! Como que você sabia que o bebê tinha esofagite? A gente sabia pelas reações, não tínhamos um exame, pois quem era o gastro que trabalhava com bebê aqui no Brasil? Lá ia a gente com a maior cara de pau... “O cara nem conhece a gente, mas não tem importância a gente liga para ele assim mesmo... Olha, estou com um caso assim, assim, assado”. Nós temos um professor, lá em Campinas, o Dr. A.P., que eu nem conhecia. Ele é o bam bam bam hoje, em avaliar, fazer videofluor em bebê. Eu já trouxe ele aqui para casa de um paciente meu, para vê-lo. Ele disse que nunca viu uma pessoa tão ousada! Eu liguei para ele e falei: “Eu tenho um paciente assim, assim, assado, a gente não tem recurso, a família também não tem, mas podemos pagar a sua passagem, e eu não sei quanto o senhor cobraria, mas dá para o senhor ficar num hotel ou na minha casa, o senhor pode escolher...”. Eu consegui outra pessoa

para dividir a passagem, a família é simples! Ele falou: “Eu já estou indo! Nunca ninguém me fez um convite desses na vida!”. Era desse jeito!

Quando preciso do exame peço para irem a São Paulo, para Recife, faz lá no Hospital das Clínicas, da AACD. Eu tenho muito contato com as meninas da AACD, encaminho para lá. Então, ainda não temos, isso é um atraso. Uma capital, com o volume de Salvador, com a população que nós temos. Salvador tem muita coisa boa, muita coisa legal, o que nós não temos é volume de paciente ainda o suficiente para gente estar podendo escrever mais coisas, mas já tem muita coisa aqui!

O mercado tem porta aberta para a aceitação dos novos recém formados em Salvador. As pessoas têm que ter uma visão mais macro da situação e da atuação. Você quer ganhar dinheiro, você quer colaborar com a população, você quer desenvolver pesquisa, qual o seu perfil? O que deseja como profissional e como pessoa? Porque quem vai pra uma área dessas, tem que ter clareza. Isso é uma profissão que ajuda a melhorar a vida das pessoas, geralmente as pessoas que tem essas coisas na vida, essas mazelas, são pessoas pobres! Porque não tiveram acesso à educação, à vacinação, ao social, a todas as coisas! A uma boa condição financeira, a uma boa alimentação, então, eles estão propensos a ter uma deficiência assim. Nós sabemos disso desde o primeiro dia, ninguém está iludido! Eu já peguei muito estudante falando: “Ah, mas eu tinha outra visão!”, pois é, comigo eu nunca vou enganar ninguém, desde o primeiro dia eu vou contar o que é! Agora, têm profissionais e profissionais! Depende do que as pessoas querem!

Voltando às questões do exame, do diagnóstico, eu acho que infelizmente o diagnóstico, ou felizmente, é de suma importância porque vai depender dele a sua conduta profissional! O que é uma disfagia orofaríngea e/ou esofágica? O que é que você tem? Você tem que está ali, você tem que ver qual é o percurso, como é que o líquido está passando, o que é que está acontecendo, saber o que é um refluxo, o que é uma passagem, como é que está a parte motora, parte muscular, tem que ter exames! Isso foi quando nós não tínhamos! Hoje nós temos que lutar por isso, para que faça o tratamento adequado, e não fique só em cima do diagnóstico clínico! É direito do paciente, porque nós estamos trabalhando com vida, e com uma situação em que o nosso paciente vai a óbito! Quando nós víamos que o paciente estava ficando roxo, com febre, eram estes os dados clínicos que usávamos como parâmetro, muito importantes. Isso ainda é relevante, mas a gente tem que lutar, para termos exames e nos defender de qualquer situação! Para defender a vida do paciente! Temos que ter esses dados!

Nos cursos de São Paulo Os daqui a fonoaudiologia na época, há 20 anos, tinha a S.H., que tinha o Bobath, e eu! Duas pessoas! E tinha uma credibilidade grande, porque o Bobath tem a parte de fonoaudiologia, que dá um embasamento. E mais ou menos, de uns 10 anos pra cá, nós temos estudado muito a biomecânica. Não se tinha o embasamento biomecânico que tem hoje não! Tudo parecia uma mágica. Você fazia o manuseio e o paciente se modificava, e eu era a ovelha negra do Bobath, porque eu não aceitava aquelas respostas! Por isso que eu busquei a neurociência, falei “gente, não é possível! Alguma coisa tem, tem que ter alguma coisa! Fui buscando, e eu não perdia nenhum curso, de biomecânica, estava eu, fiz o Hemiplegia do adulto. Acho que eu fui uma das primeiras fonos a fazer o curso de Hemiplegia adulto, por que era só pra fisio! Todas as reciclagens eram só fisio, e fonoaudióloga só tinha eu, somente eu.

Na época da faculdade, a fonoaudiologia exercida era extremamente mecanicista! E uma coisa que eu acho que a universidade ainda peca, que os alunos não sabem diferenciar função de atividade. Isso é impressionante! Então são coisas assim que eu falo, que nós temos que perceber, que nós temos que falar claramente, mostrar o que é uma função o que é que está escrito lá nos livros do Dr. D.. Então vamos ler mais. Quais as atividades que proporcionam que é importante para essa função? É isso que peca, porque quando se fala em atividade, requer desprendimento do profissional! Ele tem medo de está formando um concorrente! E ele não está pensando em formar uma pessoa consciente! Então ele tem mil dicas e não passa! Essa é a queixa e a mágoa dos alunos. É a vez de estar repensando isso, porque nós estamos colocando no mercado de trabalho, pessoas que vão cuidar de outras pessoas, que para nós é importante! São as crianças do nosso país! Eu sempre falo para meus alunos: vocês têm que ser igual ou melhor que eu. Então nós temos que mostrar isso, o que se faz dentro de uma maternidade, com um bebê. Quais são as possibilidades, os riscos, os compromissos, como é que aprende a ver o que é saturação, o que está acontecendo, dar subsídios para eles, não pode deixá-los, porque fica com medo “ah vai tomar meu lugar!”.

Isso vem muito da comunicação. O que uma criança vai fazer, a partir do momento que eu desenvolvi toda a neurofisiologia da alimentação, o que um bebê faz de zero a um ano de vida? Ele faz 1800 a 2000 alimentações só no primeiro ano! Então, a partir do momento que de 0 a 3, mais ou menos 4 meses e meio, o bebê só desenvolve sucção! Então de 4 até 7 ele vai desenvolver o que não temos em literatura que é um amassamento, e de sete a 12 o esboço da mastigação . Então se você tem um desenvolvimento motor não é? Que vem, de 0 a 12 meses para criança andar? Você também tem um desenvolvimento motor oral que se baseia

nisso, e todo ele ligado à parte sensorial, e conjuntamente vem a parte cognitiva. Então toda a minha parte de alimentação começa aqui, porque se o bebê começa, com o sugar se ele faz a sucção inadequada, com postura inadequada de língua, projeção de língua, ou um tônus aumentado, durante 3 a 4 meses, estou mandando informação inadequada pra o cérebro, então a minha segunda fase já está muito comprometida! Então, que eu estou vendo no bebê que eu posso estar ajustando? Por isso que eu atendo os bebês uma vez por mês. Mas eu tenho uma mãe que ajuda bastante.

Dos meus pacientes que já foram em algum neuropediatra, eles já encaminham muito, já sabem do trabalho, como que é a minha linha de trabalho, sabem que não é invasiva, mas porém tem eficiência, por conta do que é importante. Por que eles vêm uma vez por mês? Mas quando vem uma vez por mês uma mãe fala: “Meu Deus! Quero 10 fisios, mas não quero uma fono por mês!”. Por que já vem com o pacote completo do mês. O que é importante observar? Esses bebês, eles saem muito, e se desorganizam muito! O primeiro sinal é na alimentação, é na respiração, o bebê tem um excesso de sudorese, alteração da respiração, ele sai muito do estado de consciência, ele gira muito, ele vai para um, vai para outro, então se desorganiza. A inapetência começa, ele não se alimenta bem, e ele não consegue mamar tudo, apesar de ele ter tido gasto calórico, ele gastou energia, mas ele tem stress que mexe muito com a alimentação do bebê. Sabe aquele bebê que toma um pouquinho, vai, para, não existe uma alimentação contínua, então não existe um estímulo muscular continuo, como deveria ser. As pessoas sabem que eu tenho essa metodologia, os médicos gostam muito disso também, eles acham que os bebês não devem sair muito de casa, então, eu vou à casa dos bebês. É mais particular, isso não impede que eu tenha uma gama de bebês.

O bebê com Síndrome de Down, ele chega aqui com dias de nascido, de uns 5 anos para cá, eu já consigo dar alta por volta de 5 anos de idade, falando perfeitamente. A língua, a postura e é bom, pois eu tenho muitos vídeos, para poder estar comprovando isso. O bebê desde pequenininho, as crianças com Paralisia cerebral: depende da paralisia cerebral, se é uma Paralisia cerebral leve, moderada, ou mais grave. Eu tenho pacientes que ficaram comigo durante 14 anos, 15, 16, por isso faço segmento para o lado profissional, eles não fazem somente fonoaudiologia. Foi uma etapa da vida deles, da parte motora oral, da parte da comunicação, o que é importante na comunicação? Ser compreendido em todos os setores, lingüísticos e de articulação... Então nós viemos com tudo isso, para depois ter prosseguimento na informática, na parte escolar, na parte de adaptação de material. As pessoas com paralisia cerebral, ficam um tempo maior, por conta do seu comprometimento,

não só motores, mas o sensorial e cognitivo, então se prolonga um pouquinho. As pessoas com Deficiência mental, com alguma síndrome tipo o X frágil, que é a segunda maior depois da síndrome de Down, é só aquela parte básica mesmo, até um ano só de alimentação, que é muito gostoso, e depois só a parte de linguagem.

Os bebês chegam para mim com dias de vida. O que é legal, eu acho que é importante, como já trabalhei em muitos lugares, no Instituto Bahiano de Reabilitação...e atendo as pessoas, quando vou num hospital: “Ô, fulano pediu!” “Ô, dá uma olhadinha!”... Sempre acontece! As neuropediatras me pedem: “Ô I., o paciente é pobre, não pode...” Mas isso não tem importância, vamos lá, vamos ver... e um vai passando para o outro. Até alguns que não são ligados à Universidade, ao hospital, nem nada, as pessoas ficam meio assim... “ah, é particular? Não pode pagar...” Não! Pode chamar sim, que a gente está aí para ajudar! Até o diretor de um hospital, sabe o que ele falou? “Quase que transformou meu hospital em escola?”, mas ele me dava carta branca! Para levar para lá tudo que era importante. Olha, a boca, isso aqui é mais do que ele vai enxergar, do que ele vai escutar, como que eu vou ter resultado motor oral? Então ele foi mudando, a concepção. Um hospital que eu tive muito acesso foi o Hospital A.! A Dra. K. me chamou muito na época, não sei se ela lembra... Então, várias pessoas... A Dra. L. que é geneticista, que faz um trabalho maravilhoso dentro da universidade... Como é que se nega alguma coisa para L.? O mais importante é traçar estratégias simples. Esse foi o meu ponto forte, a minha colaboração para fonoaudiologia. Instrumentalizar enfermeiras, fisioterapeutas, eu tinha sempre alguma coisa para dar! Não ter ciúme do lugar: isso é muito importante! Lógico que hoje nós temos muito mais especificidade na fonoaudiologia para atuarmos, mas na época não! Tinha que ensinar enfermeira, fisioterapeuta, para quem cuidasse do berçário! E ensinar, possibilitar com fundamentos neurofisiológicos simples, hoje como que eu ensino neurociência para os professores? Como que eu torno a linguagem simples, bem acessível para que eles possam atuar, não só para compreender, mas atuar de forma positiva. No interior eu trabalho muito em APAE's. Tenho muitos bebês. Não me incomodo em passar as informações, porque sou eu mesma que pago os meus cursos, sou eu que me sustento, nunca nenhuma instituição, universidade pagou nenhum curso meu. Isso também foi uma coisa que eu já fui muito criticada, por ensinar todo mundo, eu não posso deixar uma criança sem assistência... Porque eu não vou estar lá... Eu tenho que preparar alguém, então, eu sei quem é aquele professor, eu passo para quem eu quiser! Sempre tracei estratégias muito simples, aprendi muitas estratégias indígenas, eu tenho a formação do Castilho Moraes, tive formação em disfagia,

com vários professores, inclusive Dr. M.C., já fiz muita coisa com ele, eu tive a formação da H.M., formação com Integração Sensorial que é uma das ações mais importante do meu trabalho, fiz muita aula de anatomia, de biomecânica, e fui complementando, o que era importante, mas eu também escutava muito as mães, a forma como elas alimentavam os filhos, então isso me ajudou muito.

Além desses cursos de integração, fiz cursos de nutrição, para saber quais são os alimentos que eram adequados, não só organicamente, mas funcionalmente, a textura dos alimentos, o que proporcionava o que, para tal fonema. Um curso muito importante que eu fiz na minha vida foi o “M.O.R.E.”(Movimento Organização Respiração Olhar) Ele é dado por uma Terapeuta Ocupacional. Eu nunca vi um curso tão completo em termos do organismo, da funcionalidade, da respiração, do que é fisiológico e boca. Eu fiz na África, mas a minha professora, acho que ela foi assim um marco na fonoaudiologia depois da H.M., e depois as outras pessoas trabalharam em cima dos ensinamentos dela, esse curso me abriu toda a cabeça para saber o que era tão importante, onde tem todos os apitos que nós usamos, que antigamente os alunos não sabiam porque que usamos a língua de sogra, a bola de sabão, se aquela bolinha pequena tem a ver, a grande, o que significa aquilo... nós não sabemos, a passagem do ar como é que faz, o que isso faz dentro do organismo, o que é movimento, o que é localização, o que é respiração e olhar isso é “MORE .Vai saber o que é o mecanismo! Então isso me abriu muito, muito, muito os horizontes para trabalhar alimentação, para trabalhar o bebê! Por isso que maternidade, é tudo muito ali! São procedimentos de muita responsabilidade, porque senão quem vai pegar a rebarba sou eu! Se você não faz adequadamente tudo que tem ali, quando o bebê chega para mim 10, 12, 15 , 20 dias, um mês, dois meses, não ficou legal? Eu tenho que recuperar, correr atrás do prejuízo, mas eu acho que gostaria de fazer mais, porque ali estão os procedimentos. Eu não ia continuar em maternidade de jeito nenhum, porque as outras coisas que tem que se fazer com o bebê, é muito maior.

Eu gosto que as pessoas tenham acesso a essas coisas, que elas vejam o brilhantismo da fonoaudiologia! As pessoas são enganadas com o que fazem hoje na motricidade oral, função, atividade, o que a forma danifica a função assim como a função danifica a forma? É da P.O.! É dessa pessoa essa frase, e que a fonoaudiologia se apropria, e com a maior cara de pau. Eu sou encantada com a fonoaudiologia, porque depois que quando você pega os bebês, eu sei tudo o que é pra fazer, o que ele precisa, toda a parte de sucção ,deglutição e respiração (SSB)

Criança com síndrome de Down, depois que eu aprendi que até 7 anos tem que fazer audiometria uma vez por ano, encaminho todos.

Tem muita gente, e muita gente competente! Isso é que eu acho que é importante também: pessoas preocupadas com o que vai fazer, como que está fazendo, o que está identificando, isso é importantíssimo, nós vamos vendo o produto desse processo de uma boa intervenção de audição. Não dá para ver, mas sabemos o quanto é importante. E hoje, os pais dos bebês querem saber como os bebês podem falar. “quer ver aonde está o ouvido?” (o que é isso). Quatro meses, filmado com síndrome de Down, então aquela coisa da interação da mãe e do filho, em cima do que? Qual é a metodologia que está me passando isso, qual a metodologia que me embasa aqui? O Castilho e o Bobath! Sabe porque que me embasa? O balanço do bebê, o chacoalhar, os brinquedos, a integração sensorial... Você vê que vai ajudando, vai complementando. Não existe: “Ah, não quero mais essa metodologia!” Não existe isso! Eu estou com um problema agora no autismo, que eu vou falar em Campinas sobre metodologias combinadas e todo mundo “Ah, mas o TEACCH ? Não faz mais porque é comportamental...” Ele pode ser preguiçal, porque dá muito trabalho! Todo dia você tem que fazer um brinquedo! Todo dia, aprendeu? Eu já tenho que partir para outra! Comportamental? Agora só trabalho com isso, o que a gente pode fazer? Antes eu era mais rígida! Quando eu pegava nos meus bebês aqueles rombos de mamadeira, aquele bicão... ô meu Deus! Eu jogava no lixo. Hoje não! Eu aprendi fisiologia, eu aprendi o que é uma mãe, a angústia de uma mãe de um filho que não come... Isso que nós temos que ensinar para os alunos, que é importante, estar falando disso, e não rebuscar a linguagem! O que eu acho que peca na fonoaudiologia, com todo respeito, quando alguém vai falar de interação. Eles vão buscar respaldo lá na psicanálise, naquilo lá longe, aí chega para uma mãe e fala coisas, que ela não vai captar! Quando que falarmos da banana, fazer na frente dela! Tem que pegar um osso de galinha e mostrar para ela a quantidade (o barulho de mastigação) viu como o bracinho dele ficou legal? Viu a mão como apertou? Ó, ó, ó! Sabe... Mostrar. Tem que ser realista! Mostrar para ela de interação, a parte mais importante, lá dentro do berçário! Uma das coisas que eu me preocupava é da mãe falar e escutar! Que funciona bem mais do que ensinar o seu bebê a falar, você tem que ensiná-lo a escutar! E elas demoram a entender isso, porque elas vêm de um bombardeio de informação de que tem que falar com o filho e não ensinam o bebê a ouvir, isso deu um buraco dentro da comunicação, porque as pessoas demoraram a sacar isso. Você lê aquele Klaus e Klaus, bebê de 0 a 10 dias, como que o bebê é competente, e você vai pegando. Olha acredite se quiser, eu tenho bebês que eu só fiz atendimento até os 10 anos uma vez por mês,

ela fala maravilhosamente bem e ela não é exceção, ela foi a regra, eles hoje tem 10 anos, são 5 que eu tenho, todos no mesmo nível cognitivo, de comunicação, de articulação! Nenhum tem uma fala inferior do que o outro! Mas foi em cima de que? Mas o que se estabeleceu com os pais? Não fui eu! Eles tinham condição, tinham integridade anatômica, tinham integridade sensorial, tinham uma série de competências, e era só dar a informação certa e ter uma boa relação com a mãe. Então no berçário, como muitos, mais do que ajudar a mãe ouvir aquelas coisas rebuscadas, que eu tenho visto algumas psicanalistas trabalharem com as mães e os bebês, tão distantes, tanto, tanto, tanto, mas por que não sabe o que é interagir, não interage nem com a mãe, não interagem nem com a gente! A interação já começa de um profissional para o outro! Bom dia para o médico, para enfermeira, para atendente, para o porteiro... Já chega a doutora... o ato de ter que ensinar a mãe a interagir, as coisas passam para um outro nível! A linguagem, nós somos profissionais da comunicação! Como que a gente rebusca tanto? Coisas simples! Eu tenho alguns esquemas do HANEN que eu já falo para mãe. Na hora ela já entende o que tem que falar com o filhinho dela! Eu faço desenhos! Olha, a comunicação das crianças, da mãe é assim, do seu bebê é assim, nós temos que fazer ela ficar assim! Alongar na hora... Eu tenho uma mãe que é neurologista, a filhinha é minha cliente, então, “fala comigo o que você fala com a M.?” e eu: “Por que?” “Eu sou mãe, eu sou mãe, eu quero saber!”(não sei o que é isso) mostro o que a criança faz Olha que lindo! Entende? Então, todas essas coisas, vai ter um impacto! De uma coisa que a mãe precisa criar! A partir do momento que ela sabe que ela tem que ensinar uma coisa deliciosa, para a filha dela, que é escutar, ela não vai ensinar falar! Então, o que um faz, outro faz. Ela tem que aprender os sinais do bebê! E aí você fazendo isso, só vai ficar lá 15 dias! Ela vai ficar uma vida! Então imagina como que nós temos que ser parceiros!

Ousadia de pedir para olhar também, teve isso, teve momentos também de pedir para observar como é que era (São partes de minha viagem ao Peru). As fisioterapeutas é quem dominavam as maternidades aqui na Bahia! Aquela questão do ciúme, a gente nem tinha tanto conhecimento também, ia aprender, então tudo isso foi na ousadia!

Temos que ter consciência de formar pessoas conscientes. Quem está na faculdade, o que puder, dê o máximo, não pense nunca que vão tirar, pelo contrário! Ensine mesmo! É assim, assim, assado!Mostrar que isso também vem para nós! Isso aqui é fruto do meu trabalho! Ô, isso aqui essa menina aprendeu direitinho! Então você também vai colher os frutos que ela vai colher! Acho que o que eu deixo para vocês que estão na universidade é isso! Abram o jogo!



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia

Comitê de Ética em Pesquisa – PUC-SP

Faculdade de Fonoaudiologia da PUC/SP

Orientadora: Profa. Dra. Suzana Magalhães Maia

Aluna: Renata Mathias de Abreu

Protocolo n.º: 059/2006

Parecer sobre o Projeto de Mestrado intitulado *“Reflexões sobre o papel do fonoaudiólogo no trabalho com bebês em maternidades na cidade de Salvador”*.

Em conformidade com os critérios da Resolução n.º 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

O projeto é pertinente, tem valor científico e a metodologia atende aos objetivos propostos.

No nosso entendimento, o projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Assim, o parecer do comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 28 de novembro de 2006.

MARTA ANDRADE e SILVA

Profa. Dra. Marta Assumpção de Andrada e Silva

Comissão de Ética

PEPG em Fonoaudiologia

Rua: Monte Alegre, 984 4º andar sala 4E-13
Tel./FAX: (11) 3670-8518

Bairro: Perdizes São Paulo – SP CEP 05015-901
E-mail: posfono@pucsp.br