

CARACTERIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO ENTRE TRÊS E 12 MESES

Characterization of the feeding development of preterm infants between three and twelve months

Tháisa Rodrigues Brusco⁽¹⁾, Susana Elena Delgado⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: caracterizar o desenvolvimento da alimentação de um grupo de prematuros, entre três e 12 meses, nascidos em Canoas/RS, verificando o tipo de aleitamento, época de introdução da alimentação complementar, hábitos orais deletérios, orientações recebidas, dificuldades alimentares e perfil sociodemográfico. **Métodos:** essa pesquisa foi avaliada e aprovada pelo comitê de ética da ULBRA sob N°. 2011-480H CEP-ULBRA. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal. Foi realizada entrevista com os responsáveis e avaliação de 32 crianças nascidas pré-termo que compareceram às consultas de seguimento em um hospital em Canoas. **Resultados:** constatou-se que o aleitamento materno exclusivo foi realizado por apenas 37,5% (N=12) crianças e a média de duração foi de 31 dias. O oferecimento de líquidos apresentou introdução precoce; a introdução de pastosos foi realizada na época adequada e a introdução de sólidos foi realizada precocemente, considerando a idade cronológica das crianças. Os pais relataram que 53,1% (N=17) dos bebês possuíam dificuldades alimentares. Foi encontrada associação ($p=0,004$) entre recusa alimentar, prematuridade extrema e extremo baixo peso. Ainda foi observada associação ($p=0,047$) entre flacidez de lábios, língua e bochechas e prematuridade extrema. **Conclusão:** o aleitamento materno exclusivo foi pouco praticado e a amamentação complementada apresentou baixa prevalência e baixos índices de duração. Pouco mais da metade da população apresentou queixa de dificuldade alimentar e houve associação entre prematuridade extrema, extremo baixo peso e recusa alimentar. Ainda foi encontrada associação entre flacidez de lábios, língua e bochechas e prematuridade extrema. Fica evidente a necessidade do desenvolvimento de pesquisas mais amplas na área.

DESCRITORES: Prematuro; Aleitamento Materno; Suplementação Alimentar; Fonoaudiologia

■ INTRODUÇÃO

O avanço científico e tecnológico na área dos cuidados médicos obstétricos, perinatais e neonatais, nas últimas duas décadas, proporcionou um aumento da taxa de sobrevivência de bebês de risco, entre eles, os recém-nascidos prematuros – abaixo de 37 semanas de idade gestacional¹. Em

contrapartida, muitas morbidades surgiram com a utilização da tecnologia².

Os recém-nascidos podem ser classificados pela idade gestacional, sendo considerado como recém-nascido a termo todo bebê que nasce entre a 37^a e a 42^a semana de idade gestacional. Portanto, os bebês nascidos com menos de 37 semanas são considerados recém-nascidos pré-termo. Os prematuros ainda são classificados conforme grau de prematuridade: os limítrofes são os que nascem com idade gestacional entre 35 e 36 semanas; os prematuros moderados com idade gestacional entre 31 e 34 semanas; e os prematuros extremos com idade gestacional inferior ou igual a 30 semanas³.

⁽¹⁾ Universidade Luterana do Brasil - ULBRA, Canoas, RS, Brasil.

⁽²⁾ Curso de Fonoaudiologia da Universidade Luterana do Brasil - ULBRA, Canoas, RS, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

Os recém-nascidos também são classificados conforme o peso ao nascer. Os bebês que nascem com peso entre 1501 e 2500g são denominados recém-nascidos de baixo peso; os que nascem com peso entre 1001 e 1500g são denominados recém-nascidos de muito baixo peso; e aqueles que nascem com peso inferior a 1000g são denominados recém-nascidos de extremo baixo peso².

Dentre as necessidades básicas para garantir a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento apropriados de um recém-nascido, considera-se a nutrição como de grande importância. O aleitamento materno representa a forma mais natural, fisiológica e segura de alimentação para uma criança nos primeiros meses de vida^{3,4}. O aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses e, a partir disto, deve-se iniciar a complementação com outros alimentos, mas manter o aleitamento ao peito, conjuntamente com a alimentação complementar, traz benefícios até dois anos ou mais³.

Um neonato a termo nasce com condições de se alimentar por via oral, obtendo sucesso na coordenação entre as funções de sucção, deglutição e respiração, sem prejuízo para as suas funções vitais. Já um prematuro, em razão de sua imaturidade cerebral, apresenta limitações, como dificuldade de permanecer em estado de alerta, tônus predominantemente extensor e reflexos orais ausentes ou incompletos, que impedem a alimentação via oral nos primeiros momentos de vida^{5,6}. Tais fatores podem retardar o ganho de peso. A indicação do uso de sondas pode adiar ainda mais a função alimentar e, conseqüentemente, retardar a alta hospitalar.

Aos seis meses deve ser iniciada a oferta da alimentação complementar (AC) a fim de suprir as necessidades nutricionais e completar as numerosas qualidades e funções do leite materno⁷. Em uma complementação adequada deve constar equilíbrio de alimentos com quantidade apropriada de micro e macronutrientes, livres de contaminação, de fácil acesso, custo aceitável e ser preparado a partir dos alimentos habituais e de rotina da família^{8,9}. Inicialmente, deve apresentar consistência pastosa e espessa. A partir dos oito meses dá-se início à oferta de alimentos de consistência sólida, os quais podem ser amassados, picados ou cortados em pequenos pedaços. Até os 12 meses, a criança já deve estar se alimentando com os mesmos alimentos consumidos pela família e também com o leite materno.

Os movimentos das estruturas estomatognáticas realizados durante as funções de sucção, de mascagem e de mastigação acarretam em um desenvolvimento motor-oral adequado nos primeiros anos de vida¹⁰. Introduzir AC na época

inadequada pode impactar negativamente na saúde atual e futura do bebê³. Se o processo de alimentação complementar for iniciado muito tarde, poderá ocasionar no déficit de crescimento ou anemia⁷, igualmente, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento das estruturas faciais envolvidas¹⁰. Da mesma forma, a introdução precoce de alimentos poderá acarretar no desenvolvimento de uma doença alérgica⁷, bem como levar ao rompimento do desenvolvimento oral adequado, implicando em dificuldades na mastigação e articulação dos sons da fala, além de facilitar a instalação do padrão incorreto de respiração oral¹⁰.

Desde o nascimento até o momento em que a criança se mostra capaz de se alimentar autonomamente, sua alimentação passa por diversas mudanças. Entretanto, estas nem sempre possuem boa aceitação da criança ou dos pais, podendo ocasionar no aparecimento de dificuldades relativas à alimentação no momento de transição de consistências. Comportamentos como recusa alimentar, vômitos, náuseas, choro, irritação, engasgos e tosse podem estar presentes nesse período, principalmente em bebês prematuros¹¹.

A falta de informações sobre os hábitos alimentares nos primeiros anos de vida de bebês prematuros¹², visto que estes fazem parte de um grupo de risco para o desmame precoce e desnutrição, traz a necessidade de mais pesquisas na área, para estabelecer um perfil destas crianças e, no futuro, traçar guias mais específicos para seus cuidadores.

Portanto, o objetivo deste estudo foi caracterizar o desenvolvimento da alimentação de um grupo de prematuros, entre três e 12 meses, nascidos em Canoas/RS, verificando o tipo de aleitamento, época de introdução da alimentação complementar, hábitos orais deletérios, orientações recebidas, dificuldades alimentares e perfil sociodemográfico.

■ MÉTODOS

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo comitê de Ética da ULBRA sob N°. 2011-480H CEP-ULBRA.

Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo e transversal. Fizeram parte da amostra 32 crianças que compareceram ao ambulatório de pediatria e de egressos da UTI neonatal do Hospital Universitário da ULBRA/Mãe de Deus, entre maio e outubro de 2012.

Foram incluídas na amostra recém nascidos prematuros tendo, no momento da pesquisa, entre três e 12 meses de idade cronológica, de ambos os gêneros, que compareceram às consultas pediátricas. Os responsáveis estavam de acordo com os termos da pesquisa e assinaram o termo de

consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os recém nascidos com más formações, suspeitos de síndrome genética, neuropatas, ou com mães portadoras do vírus de imunodeficiência humana, doença materna que impedisse o aleitamento materno, óbito materno, adoção, gemelaridade e aqueles com dados insuficientes.

Em uma sala disponibilizada no hospital, foi realizada entrevista¹³ com as mães das crianças, com perguntas referentes aos dados sociodemográficos; ao parto; às condições vitais ao nascimento; às orientações recebidas; à alimentação da criança até a data atual; aos tipos e modos de preparo dos alimentos; aos hábitos orais, como mamadeira e chupeta; e às dificuldades alimentares.

Na entrevista, considerou-se como líquidos ralos: água, sucos, refrigerantes, chás, leite com achocolatado ou café. Considerou-se como líquidos engrossados: leite com farinhas, batidas, iogurtes, frutas liquidificadas. Quando os dois tipos de líquidos foram consumidos, foi utilizado o termo “ambos”.

A avaliação do sistema estomatognático foi realizada por meio da observação e da palpação avaliadora com a finalidade de verificar a forma, a postura e a tonicidade das estruturas. Foram analisados os órgãos do sistema estomatognático, simetria das faces, postura de lábios, tonicidade labial, postura de língua, conformação de língua, tonicidade lingual, tonicidade de bochechas, dentição e palato duro.

A avaliação das funções do sistema estomatognático ocorreu com alimentos padronizados (água, iogurte e bolacha), conforme, dieta atual da criança, oferecidos pelos responsáveis de maneira habitual. Por meio da observação, foram analisadas sucção nutritiva; posição da língua na sucção nutritiva; coordenação entre sucção, deglutição e respiração; mastigação; e deglutição de líquido, pastoso e sólido. Ao final do procedimento, o responsável recebeu um folder com orientações sobre o desenvolvimento infantil.

Todos os dados coletados foram armazenados em banco de dados do programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados no software estatístico SPSS versão 11.0. Ainda foi utilizado o Teste Exato de Fischer para testar as associações entre as variáveis. Foi considerado significativo $p < 0,05$.

■ RESULTADOS

A amostra foi composta por 32 crianças, sendo 21 (65,6%) do gênero masculino e 11 (34,4%) do gênero feminino. Quanto ao parto, 25 (78,1%) dos casos da amostra nasceram de parto do tipo cesárea e sete (21,9%) nasceram de parto normal.

Quanto à idade gestacional, a média da amostra foi de 31,3 semanas, sendo a idade gestacional mínima de 26 e a máxima de 36 semanas. Quanto ao grau de prematuridade, 11 (34,4%) crianças nasceram com prematuridade extrema, 16 (50%) nasceram com prematuridade moderada e cinco (15,6%) nasceram limitrofes.

A média de idade cronológica da amostra foi de quatro meses e 27 dias e a idade variou de 90 dias a dez meses e 29 dias. A idade corrigida apresentou média de um mês e 27 dias, sendo a mínima de oito dias e a máxima de nove meses e 24 dias.

A média de peso ao nascimento foi de 1445,5g, com mínima de 653g e máxima de 3890g. Nove (28,1%) das crianças nasceram com extremo baixo peso, 13 (40,6%) nasceram com muito baixo peso e oito (25%) nasceram com baixo peso. A média de peso atual das crianças com idade cronológica entre três meses e cinco meses e 29 dias foi de 4315,4g, variando entre 2790g e 5600g. A média de peso atual das crianças com idade cronológica entre seis e 12 meses foi de 7017,5g, variando entre 4450g e 9350g.

Em relação às características dos responsáveis entrevistados, a mediana de idade foi de 29 anos, variando entre 18 e 40 anos. As famílias possuíam em média 1,6 filhos, sendo que 19 (59,4%) mães eram primíparas. Quanto à renda familiar, a média foi de R\$1635,00 por mês, variando entre R\$500 e R\$8000, porém, metade das famílias possuía renda inferior a dois salários mínimos. Dentre os responsáveis, 14 (43,8%) casos possuíam grau de instrução de ensino médio completo, 11 (34,4%) possuíam ensino fundamental incompleto, três (9,4%) possuíam ensino médio incompleto, dois (6,3%) possuíam ensino fundamental completo, um (3,1%) possuía ensino superior incompleto e um (3,1%) possuía ensino superior completo.

Apenas uma (3,1%) criança não recebeu alimentação por sonda. A prática do aleitamento materno exclusivo (AME) foi realizada por somente 12 (37,5%) crianças e a média de duração foi de apenas 31 dias, considerando que quatro (12,5%) crianças ainda estavam em aleitamento materno exclusivo durante o momento da pesquisa. Oito (25%) crianças nunca foram amamentadas. Quanto à duração da amamentação complementada, a atual pesquisa apontou média de 75,5 dias para as 10 (31,2%) crianças que já haviam feito desmame. Os demais 14 (43,8%) casos seguiam recebendo aleitamento.

Metade da amostra realizava uso de chupeta e a média de idade de introdução foi de um mês e 17 dias. Não houve associação significativa entre o uso de chupeta e a diminuição do tempo do AME.

Na alimentação atual, a mamadeira foi utilizada por 28 (87,5%) dos casos, tendo como idade média inicial de introdução de um mês e 10 dias. Das 28 (87,5%) crianças analisadas, cinco (17,9%) relataram que houve aumento do furo da mamadeira; 23 (71,9) relataram apenas consumo de líquidos ralos, uma (3,1%) relatou consumo de líquidos engrossados e quatro (12,5%) relataram o consumo de ambos.

Conseqüentemente, a oferta de outros líquidos ocorreu precocemente. A introdução de pastosos

(frutas, sopa de legumes) foi realizada na época adequada e a introdução de sólidos (bolacha e carne) foi realizada precocemente, se considerada a idade cronológica, segundo as recomendações do Ministério da Saúde³, conforme é observado na Tabela 1.

Na Tabela 2, observam-se as medianas da idade de introdução de alimentos conforme grau de prematuridade.

Tabela 1 - Distribuição da amostra conforme idade cronológica atual e medianas (dias) da idade de introdução dos alimentos

	Idade cronológica	Consumiam	Não consumiam	Mediana (dias)	Mínimo (dias)	Máximo (dias)
Idade de introdução de outros leites	Até 5 meses e 29 dias	20 (83,3%)	4 (16,7%)	30	7	90
	De 6 a 12 meses	8 (100%)	0 (0%)	53	0	80
	Total	28 (87,5%)	4 (12,5%)	30	0	90
Idade de introdução de água	Até 5 meses e 29 dias	6 (25%)	18 (75%)	90	30	120
	De 6 a 12 meses	7 (87,5%)	1 (12,5%)	120	10	270
	Total	13 (40,6%)	19 (59,4%)	120	10	270
Idade de introdução de chá	Até 5 meses e 29 dias	12 (50%)	12 (50%)	80	30	120
	De 6 a 12 meses	6 (75%)	2 (25%)	120	21	210
	Total	18 (56,3%)	14 (43,8%)	90	21	210
Idade de introdução de sucos	Até 5 meses e 29 dias	0 (0%)	24 (100%)	-	-	-
	De 6 a 12 meses	8 (100%)	0 (0%)	180	105	270
	Total	9 (25,8%)	23 (74,2%)	180	105	270
Idade de introdução de frutas	Até 5 meses e 29 dias	0 (0%)	24 (100%)	-	-	-
	De 6 a 12 meses	8 (100%)	0 (0%)	180	120	300
	Total	8 (25%)	24 (75%)	180	120	300
Idade de introdução de sopa de legumes	Até 5 meses e 29 dias	0 (0%)	24 (100%)	-	-	-
	De 6 a 12 meses	8 (100%)	0 (0%)	180	150	300
	Total	8 (21,9%)	24 (78,1%)	180	150	300
Idade de introdução de carne	Até 5 meses e 29 dias	0 (0%)	24 (100%)	-	-	-
	De 6 a 12 meses	3 (37,5%)	5 (62,5%)	210	150	210
	Total	3 (9,4%)	29 (90,6%)	210	150	210
Idade de introdução de bolacha	Até 5 meses e 29 dias	0 (0%)	24 (100%)	-	-	-
	De 6 a 12 meses	7 (87,5%)	1 (12,5%)	180	120	300
	Total	7 (21,9%)	25 (78,1%)	180	120	300

Tabela 2 - Distribuição da amostra conforme grau de prematuridade e medianas (dias) de introdução de alimentos

	Prematuridade	Consumiam	Não consumiam	Mediana (dias)	Mínimo (dias)	Máximo (dias)
Idade de introdução de outros leites	Extrema	10 (90,9%)	1 (9,1%)	70	30	90
	Moderada	13 (81,3%)	3 (18,7%)	30	15	60
	Limítrofe	5 (100%)	0 (0%)	7	0	45
	Total	28 (87,5%)	4 (12,5%)	30	0	90
Idade de introdução de água	Extrema	4 (36,7%)	7 (63,3%)	120	120	180
	Moderada	5 (31,2%)	11 (68,8%)	120	30	270
	Limítrofe	4 (80%)	1 (20%)	75	10	120
	Total	13 (40,6%)	19 (59,4%)	120	10	270
Idade de introdução de chá	Extrema	4 (36,7%)	7 (63,3%)	120	70	120
	Moderada	9 (56,3%)	7 (43,7%)	90	30	210
	Limítrofe	5 (100%)	0 (0%)	90	21	120
	Total	18 (56,3%)	14 (43,8%)	90	21	210
Idade de introdução de sucos	Extrema	2 (18,2%)	9 (81,8%)	165	150	180
	Moderada	3 (18,7%)	13 (81,3%)	180	180	270
	Limítrofe	4 (80%)	1 (20%)	150	105	180
	Total	9 (25,8%)	23 (74,2%)	180	105	270
Idade de introdução de frutas	Extrema	2 (18,2%)	9 (81,8%)	180	180	180
	Moderada	3 (18,7%)	13 (81,3%)	200	150	300
	Limítrofe	3 (60%)	2 (40%)	150	120	180
	Total	8 (25%)	24 (75%)	180	120	300
Idade de introdução de sopa de legumes	Extrema	2 (18,2%)	9 (81,8%)	180	180	180
	Moderada	3 (18,7%)	13 (81,3%)	200	165	300
	Limítrofe	3 (60%)	2 (40%)	150	150	180
	Total	8 (21,9%)	24 (78,1%)	180	150	300
Idade de introdução de carne	Extrema	1 (9,1%)	10 (90,9%)	210	210	210
	Moderada	0 (0%)	16 (100%)	-	-	-
	Limítrofe	2 (40%)	3 (60%)	180	150	210
	Total	3 (9,4%)	29 (90,6%)	210	150	210
Idade de introdução de bolacha	Extrema	1 (9,1%)	10 (90,9%)	180	180	180
	Moderada	3 (18,7%)	13 (81,3%)	210	180	300
	Limítrofe	3 (60%)	2 (40%)	180	120	180
	Total	7 (21,9%)	25 (78,1%)	180	120	300

No momento da pesquisa, das oito (25%) crianças que já recebiam frutas, apenas uma (3,1%) recebia as frutas cortadas e as outras sete (21,9%) recebiam as frutas amassadas. As frutas mais consumidas foram banana (21,9%), maçã (18,8%), mamão (18,8%), ameixa (6,3%) e pera (6,3%). Sobre a sopa de legumes, todas as sete (21,9%) crianças que a recebiam em sua alimentação atual, recebiam-na com consistência amassada. Todas as três (9,4%) crianças que consumiam carne recebiam-na cortada em pedaços, e todas as sete (21,9%) crianças que comiam bolacha recebiam-na sem processamento. Nenhuma criança recebeu salgadinho industrializado e refrigerante.

Na presente pesquisa, ao questionar os responsáveis sobre as fontes de obtenção de informações para introdução dos alimentos e das consistências aos seus filhos, observou-se que, dos 24 (75%) casos que afirmaram terem recebido orientação, metade dos entrevistados citou o médico como fonte, nove (28,1%) citaram o fonoaudiólogo, sete (21,9%) citaram familiares, um (3,1%) citou o nutricionista e um (3,1%) ainda referiu ter lido na caderneta de saúde da criança.

Ao questionar aos pais se, em sua opinião, seus filhos possuíam dificuldade de alimentação, apenas seis (18,8%) responsáveis responderam que sim. Porém, ao perguntar diretamente cada dificuldade

isolada (recusa pastoso ou sólido; náusea ou vômito; engasgo ou tosse; chora porque não quer comer; demora para se alimentar), conforme demonstrado na Tabela 3, os pais relataram que 17 (53,1%) dos bebês possuíam dificuldades alimentares. Foi encontrada associação ($p=0,004$) entre a variável

chora porque não quer comer (recusa alimentar) e a prematuridade extrema e o extremo baixo peso.

A Tabela 4 apresenta a avaliação das estruturas e funções do Sistema Estomatognático. A associação ($p=0,047$) entre flacidez de lábios, língua e bochechas e o grau de prematuridade está representada na Tabela 5.

Tabela 3 - Distribuição da amostra conforme relato de dificuldade alimentar

Dificuldade alimentar	Amostra	n	%
Rejeita pastoso ou sólido	32	0	0%
Náusea ou vômito durante ou pós alimentação	32	13	40,6%
Engasgo ou tosse durante ou pós alimentação	32	8	25%
Chora porque não quer comer	32	4	12,5%
Demora para se alimentar	32	2	6,3%

Tabela 4 - Distribuição da amostra conforme avaliação das estruturas e funções do sistema estomatognático

Itens avaliados	Amostra	n	%
Assimetria facial	32	1	3,1%
Postura de lábios sem vedamento	32	3	9,4%
Lábios flácidos	32	9	28,1%
Língua flácida	32	9	28,1%
Bochechas flácidas	32	9	28,1%
Dentição erupcionando	32	2	6,3%
Dentição decídua incompleta	32	3	9,4%
Sem dentição	32	27	84,4%
Palato duro ogival	32	4	12,5%
Incoordenação entre sucção, deglutição e respiração	32	7	21,9%
Deglutição infantil de líquidos	32	32	100%
Deglutição infantil de pastosos	8	8	100%
Mastigação do tipo mascagem	7	7	100%

Tabela 5 - Associação entre grau de prematuridade e flacidez de lábios, língua e bochechas

		Prematuridade						Valor de p
		Extrema		Moderada		Limítrofe		
		n	%	n	%	n	%	
Tonicidade de lábios	Normal	5	45,5	13	81,3	5	100,0	0,047*
	Flácidos	6	54,5	3	18,8			
	Total	11	100,0	16	100,0	5	100,0	
Tonicidade de língua	Normal	5	45,5	13	81,3	5	100,0	0,047*
	Flácida	6	54,5	3	18,8			
	Total	11	100,0	16	100,0	5	100,0	
Tonicidade de bochechas	Normal	5	45,5	13	81,3	5	100,0	0,047*
	Flácidas	6	54,5	3	18,8			
	Total	11	100,0	16	100,0	5	100,0	

Teste Exato de Fischer

* Valores significantes ($p < 0,05$)

■ DISCUSSÃO

A maior parte dos casos do presente estudo apresentou baixo peso, muito baixo peso ou extremo baixo peso ao nascer. O peso ao nascimento é considerado um dos mais importantes indicadores da qualidade de vida do neonato, estando em ligação significativa com a mortalidade infantil e neonatal. Por esta razão, a Organização Mundial da Saúde identificou o baixo peso ao nascer como o fator de risco isolado mais importante a ser considerado na prematuridade³.

Em pesquisa realizada em crianças com até 30 meses de idade, atendidas por um serviço de atenção ao desnutrido, foi encontrado um percentual elevado de crianças nascidas com baixo peso e prematuras. No estudo citado, essas taxas elevadas sugeriram que estes podem ser fatores que favoreçam o aparecimento de um déficit nutricional futuro¹⁴.

Estudo realizado em Ribeirão Preto encontrou diferença estatisticamente significativa entre o tipo de alimentação e o peso ao nascer. Verificou-se que a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) cresce com o aumento do peso ao nascer, sendo maior entre os prematuros nascidos com 2500g ou mais; a prevalência do aleitamento materno misto foi maior nos prematuros nascidos com peso entre 1000 e 1999g e o aleitamento artificial foi mais prevalente entre os bebês de extremo baixo peso¹⁵.

Entretanto, outro estudo realizado com 253 prematuros nascidos no sudeste da Inglaterra, que tinha como objetivo identificar as práticas de alimentação infantil e os fatores que influenciam a introdução da alimentação complementar apontou que o grupo de bebês que teve peso ao nascimento inferior a 1500g foi desmamado seis semanas mais tarde, em uma idade média de 21,7 semanas, em comparação com aos que nasceram com peso superior a 3000g, que foram desmamados com uma idade média de 15,2 semanas. No entanto, do mesmo modo que no presente estudo, não houve efeito do peso ao nascimento sobre a idade de introdução da alimentação complementar¹¹.

Em relação às características maternas, a maior parte das mães era primípara. Este fator pode estar relacionado com o tamanho e peso do bebê, pois, devido à falta de preparo do útero, em geral, o primeiro filho é menor que os filhos subsequentes¹⁴. Parte considerável das mães possuía baixo nível de escolaridade e a maioria das famílias possuía renda mensal inferior a R\$1500,00. O baixo grau de escolaridade e a baixa renda familiar são fatores associados ao baixo peso ao nascimento que,

consequentemente, pode interferir na alimentação da criança³.

A prática do aleitamento materno exclusivo foi realizada por apenas 12 (37,5%) crianças, e a duração apresentou média de 31 dias. A amamentação complementada apontou média de 75,5 dias para as 10 (31,2%) crianças que já haviam feito desmame. Os demais 14 (43,8%) casos seguiam recebendo aleitamento complementado. Estes dados estão demasiadamente aquém do que é recomendado pela Organização Mundial da Saúde³, que orienta o consumo exclusivo de leite materno até os seis meses de vida e o aleitamento complementado até os dois anos, porém não especifica nenhuma orientação para bebês pré-termo.

Valores similares de aleitamento materno exclusivo foram encontrados em um estudo que visava avaliar as taxas e o padrão de aleitamento materno em bebês internados em berçário de alto risco no momento de sua alta hospitalar. A pesquisa apontou a prevalência de aleitamento materno exclusivo de 36%, considerando que estes dados foram antes da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Após a implantação deste serviço, a taxa ascendeu para 54,6%¹⁶. Outro estudo corrobora com os dados encontrados, concluindo que para obter avanço na questão de alimentação de bebês prematuros, é necessária uma mudança de postura na assistência hospitalar, levando em consideração a humanização do atendimento. Aponta ainda que, apesar de ser um desafio, a amamentação de bebês pré-termo é factível se houver suporte e apoio apropriados¹⁷. Outro, realizado com 72 mães de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso, mostrou aumento nas taxas de AME e aleitamento materno misto no grupo que recebeu orientação adicional¹⁸.

No atual estudo, metade da amostra fez uso de chupeta e não foi encontrada associação significativa entre o uso de chupeta e o tempo de AME, apesar deste dado ter sido encontrado em pesquisa realizada com crianças nascidas a termo de seis a 24 meses da mesma cidade, apontando que nas crianças expostas à chupeta, observa-se diminuição do tempo de aleitamento materno exclusivo¹². Este fato pode refletir a presença de outros fatores que influenciam o desmame precoce nesta população de prematuros, que podem interferir na prevalência e no tempo de AME antes mesmo da chupeta.

Outro estudo, no qual 89 prematuros de baixo peso foram acompanhados durante as consultas ambulatoriais, também encontrou associação entre chupeta e desmame: quanto menor a idade de introdução da chupeta, mais precoce o desmame parcial. Outros dados que influenciaram o desmame parcial precoce foram que as mães que

realizaram ordenha e que iniciaram ou voltaram ao trabalho, introduziram mamadeira mais tardiamente e as mães que tiveram impressão de pouco leite introduziram mamadeira mais precocemente¹⁹. Em pesquisa retrospectiva realizada com os prontuários de bebês que foram assistidos pelo serviço de Fonoaudiologia na unidade pediátrica e ambulatório de Fonoaudiologia de um hospital de base, os autores salientaram que um dos fatores que podem estar relacionado com a redução da prevalência do aleitamento materno até o 6º mês é a desistência da mãe do seguimento ambulatorial fonoaudiológico²⁰.

Os autores de um estudo realizado com crianças desnutridas propuseram que a prematuridade, a hospitalização do recém-nascido e, por consequência, a separação da mãe parecem influenciar no tipo de alimentação oferecida, favorecendo a oferta precoce de outros leites ou alimentos, além do leite materno¹⁴. Outros fatores apontados em estudo que avaliava a prevalência de aleitamento em bebês internados em berçário de alto risco, na alta hospitalar, foram que os grupos de crianças que receberam dieta por sonda, que iniciaram a alimentação por meio do copo ou da mamadeira e a sucção no seio materno após 10 dias de vida, que fizeram a técnica de translactação e que usaram nutrição parenteral apresentaram maiores prevalências de ausência de aleitamento materno exclusivo na alta¹⁶. Estas características podem explicar a baixa prevalência, o baixo tempo de duração de aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno complementado e a introdução precoce de outros leites encontrada no presente estudo, visto que quase todas as crianças receberam alimentação da dieta por sonda e, por consequência de sua prematuridade e imaturidade gástrica, demoraram a iniciar a sucção no seio materno ou mamadeira, permanecendo hospitalizados durante este período.

Da mesma forma que na pesquisa realizada com crianças a termo entre seis e 24 meses nascidas em Canoas¹³, o atual estudo também apresentou introdução precoce de líquidos. Tal pesquisa encontrou introdução do chá com mediana de 60 dias de vida e a água com mediana de início de oferta aos 90 dias, comparado ao presente estudo onde o chá foi introduzido com mediana de 90 dias e a água com mediana de 120 dias. Alguns autores²¹ também encontraram, em um estudo sobre hábitos alimentares em crianças com menos de um ano de vida, maior prevalência de consumo de chá quando comparado à água e ao suco. Resultados, estes, foram atribuídos ao chá ser utilizado com finalidade medicinal e não nutricional, sugerindo, portanto, a influência da cultura nesta introdução precoce.

O Ministério da Saúde³ preconiza que a alimentação complementar deve ser iniciada aos seis

meses, sob a forma de papas, purês, cereais ou frutas; aos oito meses deve ser iniciada a oferta de sólidos e até os 12 meses a criança deve utilizar os mesmos alimentos da família. Se considerada a idade cronológica das crianças a oferta de frutas e de sopa de legumes amassados (pastoso) foi realizada na época adequada, com mediana de 180 dias; e a oferta de bolacha e carne (sólidos) foi realizada precocemente, com mediana de 180 e 210 dias, respectivamente. Em outro estudo, realizado com crianças a termo¹³, verificou-se mediana de introdução de 150 dias para sopa e frutas e a introdução da carne na população analisada também revelou mediana de 210 dias.

Os resultados observados na Tabela 2 mostraram uma tendência de que quanto menor a idade gestacional, mais tarde é iniciada a oferta de leites, água e chás. Este fato pode refletir o período de internação maior destes bebês e que o grau de prematuridade pode influenciar na alimentação nos meses iniciais, pois a partir dos cinco ou seis meses, o comportamento não segue o mesmo padrão. Pode-se inferir que quanto maior a idade cronológica, menos diferenças apresentam-se entre os graus de prematuridade.

Em estudo que visava identificar as práticas alimentares de bebês prematuros por meio de entrevistas com mães de bebês pré-termo com até 12 meses de idade corrigida, os autores encontraram que 49% dos bebês prematuros analisados realizaram o desmame antes dos quatro meses de idade cronológica, porém, analisando pelo ponto de vista da idade corrigida, esta porcentagem sobe para 95%. Da mesma forma que no presente estudo, os autores utilizaram, como referência, um guia de práticas alimentares para recém-nascidos, entretanto, os autores referem que esta forma de comparação é inadequada, pois os guias foram elaborados para crianças a termo. Estes ainda apontam que uso da idade cronológica ou da idade corrigida para calcular a época de desmame em prematuros dificulta a interpretação dos resultados. Sugerem que o peso seria uma medida mais apropriada para desmamar o bebê prematuro, no entanto, isso poderia atrasar a introdução de alimentos complementares por meses e, posteriormente, poderia causar problemas de alimentação. Por fim, o estudo evidenciou a necessidade do desenvolvimento de guias sobre práticas adequadas de alimentação complementar para bebês prematuros para uso de cuidadores e profissionais de saúde¹².

Na presente pesquisa ao questionar os responsáveis sobre as fontes de obtenção de informações para introdução de alimentação complementar, a maioria dos responsáveis citou o médico, o segundo mais citado foi o fonoaudiólogo e o terceiro mais

citado foram os familiares. Ainda, foram mencionados o nutricionista e a caderneta de saúde da criança. Pelo fato de as crianças que formam a amostra do estudo terem passado algum tempo hospitalizadas, os pais tiveram contato com médicos e fonoaudiólogo que podem os ter informado e, por possuírem acompanhamento no Ambulatório de Pediatria ou no Ambulatório de Egressos da UTI Neonatal, muitos destes pacientes são orientados pelo pediatra durante as consultas.

Assim como no presente estudo, pesquisa que visava investigar a transição alimentar de crianças nascidas a termo, tendo no momento da pesquisa entre cinco e oito meses, o percentual de responsáveis que referia ter recebido as orientações de profissionais de saúde não condiz com o grande percentual de inadequação da dieta encontrado no estudo. Os autores acreditam ser possível que os hábitos e crenças da família estejam direcionando o padrão alimentar da criança, sobressaindo-se às orientações recebidas pelas mães nas consultas. Os mesmos autores, ainda, encontraram que as mães apontaram como motivo para o não seguimento das normas a recusa da criança, a interferência da avó e a praticidade do preparo/oferecimento do mingau em relação à alimentação salgada²².

Ao questionar aos pais se, em sua opinião, seus filhos possuíam dificuldade de alimentação, o resultado foi menor do que ao perguntar diretamente cada dificuldade isolada (vômito, náusea, tosse, engasgo, choro, rejeição). Esses dados cogitam a hipótese de que os pais não percebem estes comportamentos como dificuldades, mas que consideram como comportamentos corriqueiros ou normais, demonstrando uma falta de conhecimento dos pais sobre hábitos saudáveis de alimentação dos filhos.

Ressalta-se a importância dos pais estarem bem informados em relação às condutas e hábitos adequados de alimentação. Autores explicam que enquanto os transtornos alimentares (*eating disorders*) são perturbações no ato de comer, os transtornos da alimentação (*feeding disorders*) são perturbações no ato de dar de comer, de alimentar alguém incapaz de alimentar-se por conta própria. Considerando que nos primeiros anos de vida as crianças são extremamente dependentes dos seus cuidadores, em relação à alimentação, até que atinjam autonomia suficiente e não necessitem mais do auxílio de terceiros, as dificuldades e os problemas que podem surgir no âmbito da alimentação, neste período, necessariamente envolvem a díade alimentador-alimentado. Portanto, o cuidador, geralmente a mãe, encontra-se integrado à etiologia dos transtornos da alimentação²³. Outros autores afirmam que problemas alimentares na infância vão

além das características específicas da criança e refletem a influência de diversos fatores externos ou ambientais que afetam a criança pequena em diversos níveis ao mesmo tempo, podendo, ainda, serem exacerbados pelas estratégias de manejo dos cuidadores²⁴.

Outra variável bastante referida, no atual estudo, pelos responsáveis das crianças foi a de náusea ou vômito frequente após alimentação. Dados coletados em uma pesquisa em Londres por meio de entrevistas com pais de 201 crianças menores de sete anos com dificuldades alimentares foram analisados para descrever o que poderia ter contribuído para o aparecimento dos problemas alimentares. Os autores relatam que prematuridade, baixo peso ao nascer e vômitos regulares ou frequentes foram comumente achados nas histórias das crianças²⁵.

Uma das manifestações gastrointestinais mais comuns na infância é o refluxo gastroesofágico. Nos primeiros meses de vida são comuns vômitos e regurgitações, que tendem a melhorar com a idade e com a maturação do mecanismo de funcionamento do esfíncter esofágico inferior⁷. Em estudo que visava verificar a ocorrência de problemas de alimentação em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), foi observado que crianças com DRGE apresentaram maior prevalência de problemas de alimentação de ordens comportamental e estomatognática quando comparadas a crianças saudáveis. Ainda observaram que a associação entre DRGE e distúrbios das funções motoras orais pode gerar queixas de problemas de alimentação, aumento do tempo de alimentação e não evolução dos padrões orais de alimentação²⁶.

No presente estudo foi encontrada associação entre recusa alimentar, baixo peso e prematuridade extrema. Este fato pode refletir o maior período de intervenção e estresse que estes bebês passaram durante a internação na UTI neonatal. Após um episódio traumático – como engasgos, vômito, sufocação ou procedimentos corriqueiros em ambientes de urgência ou UTI, como inserção de tubo endotraqueal, sonda nasogástrica ou enteral – o bebê começa a apresentar recusa parcial ou total de alimento. Por conta do avanço tecnológico, estes procedimentos vêm se tornando cada vez mais frequentes¹¹.

Na avaliação das estruturas e funções do sistema estomatognático, as alterações mais encontradas foram: ausência de vedamento labial; flacidez de lábios; flacidez de língua; flacidez de bochechas; palato duro ogival; incoordenação entre sucção, deglutição e respiração.

Pesquisa cujo objetivo era avaliar as habilidades orais de crianças nascidas pré-termo observou que o vedamento labial adequado estava presente em

85,7% da população dos bebês com seis meses de idade corrigida²⁷. O mesmo estudo concluiu que as crianças que nasceram prematuras aos 4 e 6 meses de idade corrigida apresentaram comprometimento do vedamento labial durante a sucção e dificuldades no uso da colher e do copo para sua alimentação. Revisão de literatura da área da Odontopediatria²⁸ concluiu que entre as alterações orais mais encontradas em recém-nascidos prematuros estão as alterações de palato, pois a pressão exercida pela cânula orotraqueal ou pelo laringoscópio seria responsável por tais alterações, inibindo o crescimento normal dessa estrutura. Autores referem que os bebês prematuros apresentam hipotonia muscular e hiper-reatividade aos estímulos do meio ambiente, além de uma série de fatores que podem explicar as dificuldades de sucção e incoordenação com deglutição e respiração²⁹.

Foi encontrada associação entre a flacidez de lábios, de língua e de bochechas com a prematuridade extrema. Em estudo que avaliou o desenvolvimento de 55 lactentes com idade cronológica corrigida entre quatro e cinco meses, nascidos pré-termo, encontrou que os lactentes com menor idade gestacional ao nascer (entre 29 e 34 semanas) apresentaram índice mais elevado de sinais de risco na avaliação do desenvolvimento sensorio motor oral, quando comparados com os nascidos com maior IG (35 a 36 semanas), sugerindo uma possível associação entre idade gestacional e desenvolvimento do sistema sensorio motor oral¹⁰, o que corrobora os achados da pesquisa atual.

■ CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo permitiram vislumbrar o perfil alimentar da amostra de prematuros pesquisados. Constatou-se que o aleitamento materno exclusivo foi pouco praticado na população avaliada; conseqüentemente a oferta de outros leites e líquidos foi precoce na dieta das crianças.

A amamentação complementada também apresentou baixa prevalência e baixos índices de duração, estando muito aquém do que o Ministério da Saúde recomenda, embora, ressalta-se que não há um guia alimentar específico para prematuros. Se considerada a idade cronológica das crianças, a oferta de pastosos foi realizada de forma adequada e a oferta de sólidos foi realizada precocemente.

A partir dos dados coletados, identificou-se que a maior parte dos pais referiu o médico como principal referência quanto às orientações sobre a introdução de alimentação complementar.

Quanto à presença de hábitos orais deletérios, os dados mostraram que metade da população pesquisada faz uso de chupeta e a maioria faz uso de mamadeira.

Pouco mais da metade da população avaliada tinha queixa de dificuldade alimentar e houve associação significativa entre prematuridade extrema, extremo baixo peso e recusa alimentar.

As alterações de estruturas do Sistema Estomatognático mais encontradas foram de flacidez de lábios, língua e bochechas, e estas apresentaram associação significativa com a prematuridade extrema.

Fica evidente a necessidade do desenvolvimento de pesquisas mais amplas que tenham como objetivo estabelecer guias específicos sobre práticas adequadas de alimentação complementar para bebês prematuros, tanto para uso de cuidadores como para uso de profissionais de saúde. O fato de a idade gestacional ao nascimento estar associado a riscos alimentares e flacidez das estruturas orais, embora tenha que ser analisado cautelosamente devido às limitações do tamanho amostral do estudo, é um tema que deve ser aprofundado em futuras pesquisas devido ao impacto que isto pode vir a causar no desenvolvimento sadio desta população de crianças que nascem prematuras e cuja incidência vem aumentando.

ABSTRACT

Purpose: characterizing the feeding development of preterm infants between three and 12 months, those were born in Canoas/RS, checking the breastfeeding type, the timing of introduction of complementary feeding, the deleterious oral habits, the guidance received, the feeding difficulties and the sociodemographic profile. **Methods:** this study was evaluated and approved by the ethics committee of ULBRA under no. CEP-2011-480h ULBRA. This is a descriptive, quantitative and transversal study. Interviews with those responsible and evaluation of 32 children born preterm who attended follow-up appointments at a hospital in Canoas took place. **Results:** we found that only 37,5% (N=12) of the children received exclusive breastfeeding and the duration period was 31 days. Liquids were offered early; pasty food introduction was adequate time and the offer of solid food was performed early, considering the chronological age of the children. Parents reported that in 53,1% (N=17) of the babies had feeding difficulties. It was a significant association ($p=0,004$) between food refusal, extreme prematurity and very low birth weight. Furthermore, we observed significant association ($p=0,047$) between lips', tongue' and cheeks' sagging and extreme prematurity. **Conclusion:** exclusive breastfeeding was uncommonly practiced while complementary breastfeeding also showed low prevalence and low rates of duration. Just over half of the population complained of feeding difficulty and a significant association between extreme prematurity, extreme low birth weight and food refusal was found. Furthermore, an association was found between lips', tongue' and cheeks' sagging and extreme prematurity. It is evident the need of further extensive research in this area.

KEYWORDS: Infant, Premature; Breast Feeding; Supplementary Feeding; Speech, Language and Hearing Sciences

■ REFERÊNCIAS

1. Markestad T, Kaarensen PI, Ronnestad A, *et al*; Norwegian Extreme Prematurity Study Group. Early death, morbidity and need of treatment among extremely premature infants. *Pediatr*. 2005;115(5):1289-98.
2. Miranda AM, Cunha DIB, Gomes SMF. A influência da tecnologia na aulvivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. *REME rev. min. enferm*. 2010;14(3):435-42.
3. World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.08.pdf
4. Michaelsen KF. Breastfeeding. In: Koletzko B. *Pediatric Nutrition in Practice*. Switzerland: Karger; 2008. p. 85-9.
5. Scochi CGS, Gauy JS, Fujinaga CI, Fonseca LMM, Zamberlan NE. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):540-5.
6. Andrade ISN, Guedes ZCF. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2005;5(1):61-9.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf
8. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *J. Pediatr*. 2010;86(3):196-201.
9. Corrêa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(3):258-64.
10. Castro AG, Lima MC, Aquino RR, Eickmann SH. Desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e motor global em lactentes pré-termo. *Pró-Fono R. Atual. Cient*. 2007;19(1):29-38.
11. Chatoor I. Sensory food aversions in infant and toddlers. *Zero to Three*. 2009;29(3):43-9.
12. Norris FJ, Larkin MS, Williams CM, Hampton SM, Morgan JB. Factors affecting the introduction of complementary foods in the preterm infant. *Eur J Clin Nutr*. 2002;56(5):448-54.
13. Carneiro AS, Delgado SE, Brescovici SM. Caracterização do desenvolvimento da alimentação

em crianças de 6 aos 24 meses de idade do município de Canoas/RS. *Rev. CEFAC*. 2009;11(2):353-60.

14. Oliveira V, Silva AF, Muratori LG, Ribeiro LC, Chicourel EL. Práticas alimentares de crianças atendidas pelo serviço de atenção ao desnutrido do município de Juiz de Fora – MG. *Rev APS*. 2012;15(1):55-66.

15. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7(2):145-54.

16. Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Meléndez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J. Pediatr*. 2004;80(3):241-8.

17. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J. Pediatr*. 2004;80(5):163-72.

18. Santoro Junior W, Martinez FE. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. *J Pediatr*. 2007;83(6):541-6.

19. Silva SMS, Segre CAM. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum*. 2010;20(2):291-301.

20. Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):572-7.

21. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediatr*. 2004;80(5):411-6.

22. Santos CS, Lima LS, Javorski M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2007;7(4):373-80.

23. Gusmão, MH. Os transtornos e as dificuldades da alimentação. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*. 2002;1(1):44-60.

24. Burklow K. Crianças pequenas e comportamentos alimentares. Comentários sobre Piazza e Carroll Hernandez, Ramsay e Black. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011:1-6. Disponível em: <http://www.encyclopediacrianca.com/documents/BurklowPRTxp1.pdf>.

25. Douglas JE, Byron, M. Interview data on severe behavioural eating difficulties in young children. *Arch. Dis. Child*. 1996;75(4):304-8.

26. Drent LV, Pinto EALC. Problemas de alimentação em crianças com doença do refluxo gastroesofágico. *Pró-Fono R. Atual. Cient*. 2007;19(1):59-66.

27. Ruedell AM, Haeffner LSB, Silveira LM, Keske-Soares M, Weinmann ARM. Avaliação de habilidades orais de crianças nascidas pré-termo. *Rev. CEFAC*. 2011;13(3):407-13.

28. Diniz MB, Coldebella CR, Zuanon ACC, Cordeiro RCL. Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras. *Rev. Paul. Pediatr*. 2011;29(3):440-53.

29. Hernandez AM. Atuação Fonoaudiológica em Neonatologia: Uma proposta de intervenção. In: Andrade CRF. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco*. São Paulo: Lovise; 1996. p.43-97.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620145313>

Recebido em: 12/03/2013

Aceito em: 15/06/2013

Endereço para correspondência:

Thaísa Rodrigues Brusco

Antônio Ficagna, 896

Canoas – RS – Brasil

CEP: 92200-690

E-mail: thaisabusco@gmail.com