

PREMATUROS E PREMATUROS TARDIOS: SUAS DIFERENÇAS E O ALEITAMENTO MATERNO

Preterm and late preterm infants: their differences and breastfeeding

Waléria Ferreira da Silva ⁽¹⁾, Zelita Caldeira Ferreira Guedes ⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: verificar se há diferenças entre recém nascidos prematuros e prematuros tardios no que se refere ao tempo de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo causas e consequências do desmame precoce. Ademais, foi observado o uso de oxigenoterapia e sonda para alimentação, número de sessões de fonoterapia e o tempo de internação. **Métodos:** pesquisa de campo, de caráter exploratório e longitudinal. Participaram do estudo 82 mães de prematuros. Os dados categóricos foram resumidos através de frequência absoluta e relativa ao total de pacientes em cada grupo estudado. Dados numéricos foram resumidos em média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo. Os dados quantitativos foram comparados com o teste não paramétrico de Mann-Whitney e as variáveis qualitativas foram comparadas com o teste de igualdade de duas proporções. **Resultados:** houve significância estatística entre recém-nascidos prematuros e recém-nascidos prematuros tardios para as variáveis Apgar, tempo de internação, tempo de uso da sonda, número de sessões de fonoterapia, tempo de oxigenoterapia e tipo de ventilação mecânica. **Conclusão:** a presente pesquisa mostrou que os prematuros tardios apresentaram menor tempo de uso de sonda e oxigenoterapia, menor número de sessões de fonoterapia e menor tempo de internação hospitalar, fazendo-se imprescindível um olhar diferenciado entre os dois grupos de prematuros.

DESCRITORES: Prematuro; Idade Gestacional; Aleitamento Materno

■ INTRODUÇÃO

Ao nascerem os prematuros possuem habilidades próprias de sua etapa maturativa. Podem apresentar imaturidade e incoordenação das funções de sucção, deglutição e respiração, reflexo de tosse e imaturidade gástrica, como também menor organização dos estados comportamentais de sono e vigília¹. A exposição destes aos cuidados intensivos neonatais e uma história interacional tão antecipada exige competências ainda não existentes, sobrecarregando seu processo de desenvolvimento².

Para alimentação por via oral o recém-nascido deve ter ritmo e coordenação entre a sucção-deglutição-respiração³. Contudo, estudos têm como foco a criança prematura e alguns têm dispensado

atenção peculiar para um grupo de prematuros denominados tardios, cuja idade gestacional encontra-se entre 34 a 36,6 semanas que representam $\frac{3}{4}$ do número de recém-nascidos (RNs) prematuros⁴. Estes têm considerável importância uma vez que são os mesmos que representam grande parte dos recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva (UTIs)⁵.

Sabe-se que a sucção realizada durante a amamentação no peito materno proporciona o desenvolvimento adequado das funções e dos órgãos fonoarticulatórios do recém nascido⁶, como também benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e econômicos, promovendo maior proteção contra infecções, diminui o risco de falência respiratória, apnéia e displasia broncopulmonar⁷⁻⁹.

Porém, alguns pesquisadores¹⁰⁻¹² revelaram em seus estudos, pouco sucesso do aleitamento materno exclusivo em prematuros e de baixo peso. Atualmente, o Brasil vem adotando uma política de saúde voltada à promoção, à proteção e ao incentivo do aleitamento materno, como exemplo

⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁽²⁾ Departamento de Fonoaudiologia da UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

a implementação de enfermarias Canguru para crianças de baixo peso ao nascimento, a instituição da Política e do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, a inauguração dos Bancos de Leite Humanos, a Declaração do Innocenti, a criação da estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a criação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e de grupos de apoio no incentivo ao aleitamento materno, além das Campanhas Nacionais de incentivo ao aleitamento materno.

Apesar disso, ainda são encontradas diferenças significativas entre prematuros menores que 34 semanas de idade gestacional e prematuros tardio. Os primeiros podem não ser capazes de mamar por serem neurologicamente imaturos¹, necessitam de maior suporte tecnológico e maior tempo de internação hospitalar e estão mais propícios a intercorrências durante o período de internação hospitalar.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é verificar se há diferenças entre recém nascidos prematuros e prematuros tardios no que se refere ao tempo de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo causas e consequências do desmame precoce. Ademais, foi observado o uso de oxigenoterapia e sonda para alimentação, número de sessões de fonoterapia e o tempo de internação.

■ MÉTODOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob protocolos de nº745/07 e 1226/09, respectivamente. Trata-se de um estudo de campo, longitudinal, prospectivo.

Para esta pesquisa foi realizado o cálculo do tamanho da amostra para uma proporção de população finita, realizado em uma calculadora eletrônica, disponível no site http://lia.uncisal.edu.br/ensino/pdf2/CTA_Media_finita.xls, cujo valor da população (N) considerado foi 2659 crianças, valor este obtido no site do DataSUS para o número de crianças prematuras nascidas em Maceió no ano de 2008. O valor estimado para a variável reduzida (Z) foi de 1,96 para um valor de alfa igual a 0,05 e a proporção (p) neste estudo foi de 0,5 e o erro tolerável considerado (E) foi igual a 0,1. O intervalo de confiança considerado foi de 95%.

Participaram da pesquisa 93 mães de prematuros que nasceram na Maternidade Escola Santa Mônica, contudo, foram analisados 82 questionários, pois três mães não compareceram aos retornos e outras oito mães tinham crianças gemelares, sendo necessário desconsiderar uma das crianças através de sorteio para não gerar

um erro estatístico de duplicidade de dados. Para comparar os prematuros, foram estabelecidos dois grupos: Recém-nascidos Prematuros (RNPT) composto por 64 prematuros até 33,6 semanas de idade gestacional e Recém-nascidos Prematuros Tardios (RNPT tardios) com 18 prematuros entre 34 e 36,6 semanas.

Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram mães de prematuros com até um ano de idade. E os de exclusão foram mães de prematuros com diagnóstico de síndromes genéticas, malformações motoras orais e/ou congênitas ou problemas neurológicos previamente diagnosticados.

As mães responsáveis pelos sujeitos foram informadas do objetivo da pesquisa, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam a um questionário padronizado elaborado pelas autoras, sendo o mesmo dividido em dados de identificação do bebê e de sua mãe, informações hospitalares, experiência com a amamentação, causas do desmame precoce que foi dividida em quatro grupos (fatores educacionais, culturais, socioeconômicos e anatomofuncionais) e consequências do desmame precoce (diarréia, pneumonia, hábitos orais deletérios e infecções).

Foi realizada coleta de dados complementares nos prontuários dos prematuros, para obter variáveis, como: tipo e tempo de oxigenoterapia, se fez uso de O₂ superficial, tipo e tempo de uso de sonda, número de sessões de fonoterapia, tipo de transição da dieta via oral, local e tempo de internação. Para tal, foi realizado Termo de Proteção de Risco e Confidencialidade.

A amostra foi coletada num período de agosto de 2008 à novembro de 2009. Durante a pesquisa, 47 mães de crianças nascidas prematuras foram acompanhadas e para as demais foi realizada apenas a entrevista pois já tinham realizado o desmame precoce. A variável primária deste estudo foi a idade gestacional.

Na estatística descritiva, os dados categóricos foram resumidos através de frequência absoluta (N) e relativa ao total de pacientes em cada grupo estudado (%). Dados numéricos foram resumidos através de estatísticas, como: média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo. Os dados quantitativos foram comparados com o teste não paramétrico de Mann-Whitney e as variáveis qualitativas foram comparadas com o teste de igualdade de duas proporções.

Significância estatística foi estabelecida para valores de $p < 0,05$. As análises e gráficos foram realizados com a utilização dos *softwares*: SPSS V16, Minitab 15 e Excel Office 2007.

■ RESULTADOS

Na presente pesquisa a média de idade gestacional foi 35 semanas, 78% da amostra foi RNPT e 22% RNPT tardio. No que diz respeito ao tempo de aleitamento materno exclusivo em prematuros

a média foi de 121,6 dias e 50% das mães não amamentaram exclusivamente seus prematuros. Os resultados desta pesquisa estão descritos e analisados em tabelas e gráficos que serão apresentados a seguir.

Tabela 1 – Comparação entre Recém Nascidos Prematuros e Recém Nascidos Prematuros Tardios para variáveis quantitativas

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Q1	Q3	n	IC	Valor de p
Peso Nascer	RNPT	1.455	1.470	270	1.298	1.678	64	65	0,073
	RNPT tardio	1.601	1.650	221	1.460	1.745	18	112	
Apgar no 5'	RNPT	8,4	9	1,3	8	9	65	0,3	0,006*
	RNPT tardio	9,3	9	0,5	9	10	15	0,2	
Idade mãe	RNPT	25,3	25	6,7	19	30	64	1,6	0,593
	RNPT tardio	26,3	24	7,3	21	31	18	3,7	
Escolaridade	RNPT	7,5	8	3,6	5	10	64	0,9	0,354
	RNPT tardio	8,3	8	2,6	7	11	18	1,3	
Tempo UTI	RNPT	13,5	11	16,5	0	21	64	3,9	0,001*
	RNPT tardio	1,1	0	2,7	0	0	18	1,4	
Tempo BI	RNPT	6,5	1	10,3	0	11	64	2,5	0,046*
	RNPT tardio	8,7	7	7,1	4	13	18	3,6	
Tempo AC	RNPT	21,4	21	11,0	14	25	64	2,6	0,009*
	RNPT tardio	14,6	16	6,0	11	17	18	3,0	
Tempo internação criança	RNPT	41,5	36	20,4	29	51	64	4,9	<0,001*
	RNPT tardio	29,8	23	7,3	19	29	18	3,7	
Tempo uso sonda	RNPT	29,2	28	18,3	16	38	64	4,4	0,001*
	RNPT tardio	18,7	14	8,4	9	18	18	4,2	
Nº sessões fonoterapia	RNPT	5,7	5	3,9	3	8	64	0,9	0,007*
	RNPT tardio	3,7	3	2,3	2	4	18	1,2	
Tempo Oxihood	RNPT	3,0	2	3,4	1	3	64	0,8	0,089
	RNPT tardio	2,5	1	4,2	0	2	18	2,1	
Tempo CPAP	RNPT	5,5	3	6,7	2	5	65	1,6	0,002*
	RNPT tardio	1,7	1	1,8	0	3	15	0,9	
Tempo tubo	RNPT	2,7	0	8,0	0	3	63	1,9	0,010*
	RNPT tardio	0,0	0	0,0	0	0	18	- x -	
Temp O2	RNPT	12,8	7	13,1	4	13	63	3,2	0,001*
	RNPT tardio	5,8	3	5,2	1	5	18	2,6	
Tempo AM (Dias)	RNPT	135,2	150	59,2	105	180	64	14,2	0,786
	RNPT tardio	142,2	180	54,2	120	180	18	27,4	
Tempo AME (Dias)	RNPT	123,2	120	66,7	75	180	64	16,0	0,956
	RNPT tardio	124,3	161	68,6	86	180	18	34,7	

Legenda: RNPT: recém-nascidos prematuro.; RNPT tardio: recém-nascido prematuro tardio; UTI: Unidade de Terapia intensiva; BI: berçário intermediário; AC: Alojamento conjunto; aleitamento materno: Aleitamento materno; aleitamento materno exclusivo: Aleitamento materno exclusivo. *Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Teste de Mann-Whitney

Tabela 2 – Comparação entre Recém Nascidos Prematuros e Recém Nascidos Prematuros Tardios para variáveis qualitativas

		Recém-nascido prematuro		Recém-nascido prematuro tardio		Valor de p
		N	%	n	%	
Gênero	Fem	33	50,7%	4	26,7%	0,091
	Masc	31	49,3%	14	73,3%	
Tipo parto	Cirúrgico	35	56,7%	14	80,0%	0,095
	Normal	29	43,3%	4	20,0%	
Crescimento fetal PIG	Não	45	64,2%	3	20,0%	0,002*
	Sim	19	35,8%	12	80,0%	
Ocupação materna	Do Lar	41	35,8%	12	40,0%	0,761
	Trab. Fora	23	64,2%	6	60,0%	
Estado civil estável	Estável	58	91,0%	17	86,7%	0,605
	Instável	6	9,0%	1	13,3%	
Transição via oral copo	Não	22	32,8%	7	46,7%	0,311
	Sim	45	67,2%	8	53,3%	
Transição via oral translactação	Não	37	55,2%	11	73,3%	0,198
	Sim	30	44,8%	4	26,7%	
Transição via oral dedo enluvado	Não	41	61,2%	10	66,7%	0,693
	Sim	26	38,8%	5	33,3%	
Transição via oral peito estímulo	Não	42	62,7%	9	60,0%	0,846
	Sim	25	37,3%	6	40,0%	
Associação estímulos transição via oral	Não	27	40,3%	9	60,0%	0,165
	Sim	40	59,7%	6	40,0%	
Suporte Ventilatório	Não	0	0,0%	3	26,7%	<0,001*
	Sim	63	100,0%	15	73,3%	
Tipo suporte ventilatório – Oxihood	Não	8	11,9%	5	33,3%	0,040*
	Sim	59	88,1%	10	66,7%	
Tipo suporte ventilatório – CPAP	Não	5	7,5%	6	40%	<0,001*
	Sim	62	92,5%	9	60,0%	
Tipo suporte ventilatório – Tubo	Não	44	65,7%	15	100,0%	0,007*
	Sim	23	34,3%	0	0,0%	
Associação suporte ventilatório	Não	10	14,9%	7	46,7%	0,006*
	Sim	57	85,1%	8	53,3%	
Desmame	Não	27	42,2%	8	53,3%	0,416
	Sim	37	57,8%	7	46,7%	
Desmame fatores educacionais	Não	35	52,2%	9	60,0%	0,586
	Sim	32	47,8%	6	40,0%	
Desmame fatores socioeconomicos	Não	61	91,0%	14	93,3%	0,774
	Sim	6	9,0%	1	6,7%	
Desmame fatores culturais	Não	43	64,2%	11	73,3%	0,499
	Sim	24	35,8%	4	26,7%	
Desmame fatores anatomofisiológicos	Não	66	98,5%	15	100,0%	0,634
	Sim	1	1,5%	0	0,0%	
Presença de hábitos parafuncionais	Não	29	43,3%	8	53,3%	0,480
	Sim	38	56,7%	7	46,7%	

Legenda: PIG: pequeno para idade gestacional. *Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Teste de Igualdade de duas Proporções

Tabela 3 – Tempo de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo dos grupos

	Tempo	RNPT	RNPT tardio	Total
Aleitamento materno	180 dias e mais	47 (73,4%)	17 (94,4%)	64 (78%)
	> 180 dias	17 (26,6%)	1 (5,6%)	18 (22%)
Aleitamento materno exclusivo	180 dias e mais	31 (48,4%)	10 (55,6%)	41 (50%)
	> 180 dias	33 (51,6)	8 (44,4%)	41 (50%)

Legenda: RNPT: recém-nascidos prematuro.; RNPT tardio: recém-nascido prematuro tardio

Causas do desmame precoce

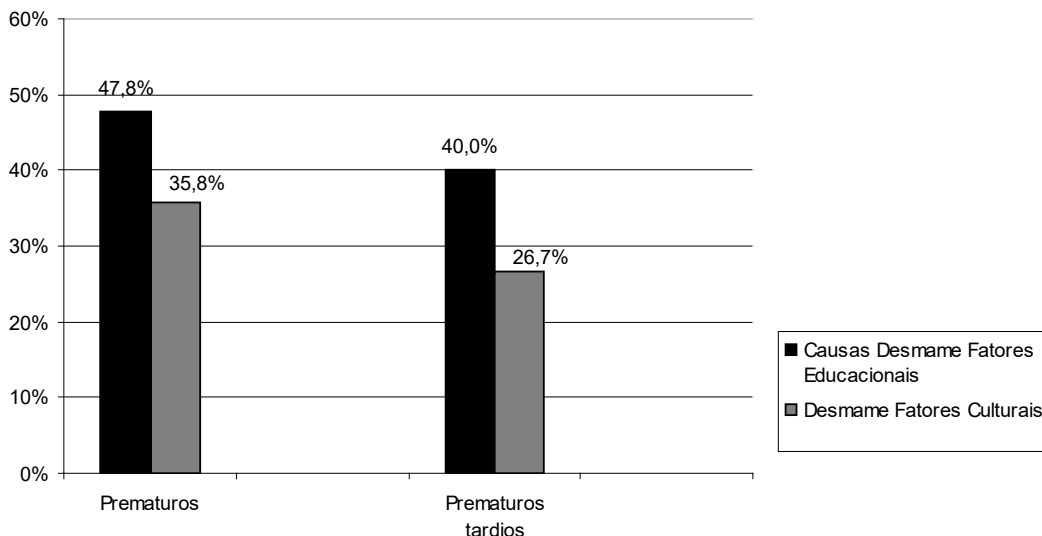


Figura 1 – Causas do desmame precoce entre os grupos

Consequências do desmame precoce

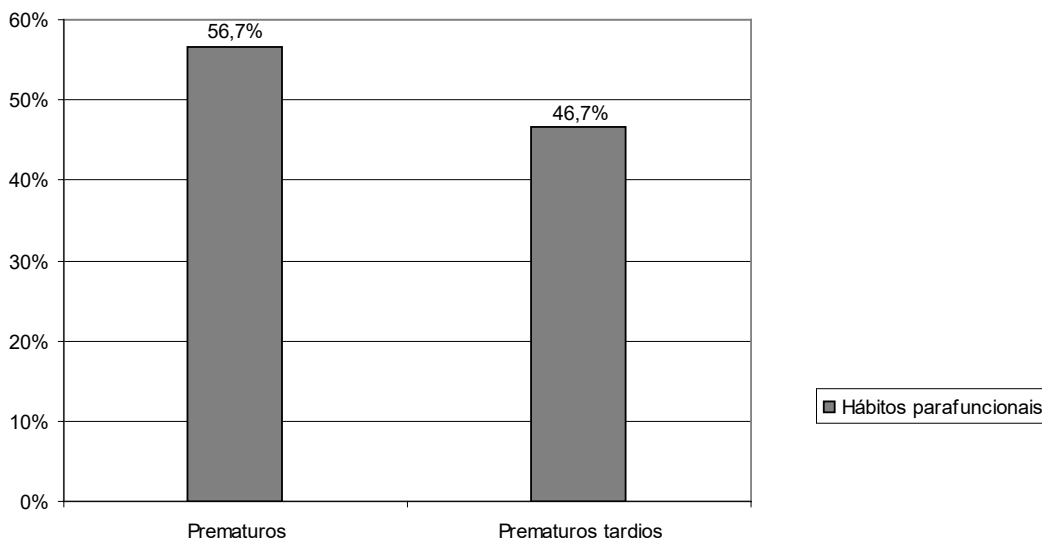


Figura 2 – Consequências do desmame precoce entre os grupos

■ DISCUSSÃO

Na presente pesquisa 86,6% dos recém nascidos apresentaram Apgar entre 8-10 no 5º minuto de vida, 12,2%, entre 7- 4 e 1,2% com Apgar de três ou menos. Pesquisa encontrou um Apgar entre 9/10 em 72% dos casos no 5º minuto de vida¹³. Em outro estudo o Apgar de oito ou mais foi encontrado em 87% dos RNs⁸. Os dados foram semelhantes em ambos os estudos talvez por se tratar de uma mesma população, recém-nascidos prematuros.

Na presente pesquisa a média de internação dos recém-nascidos prematuros foi 38,2 dias, variando entre 13 e 122 dias. Ao distribuir os prematuros em grupos, os que tinham idade gestacional até 33,6 semanas apresentaram média de internação de 41,4 dias e os acima de 34 semanas de 24,3 dias. Pesquisa encontrou que 67% dos RNs permaneceram hospitalizados por 30 dias ou menos¹⁴. Os resultados de ambas as pesquisas se assemelham, porém na primeira o tempo de internação foi um pouco superior por se tratar de uma Maternidade de referência no atendimento a gestantes de risco.

No estudo atual o tempo de UTI de prematuros e prematuros tardio foi de 13,5 e 1,1, respectivamente. Estudo subdividiu os prematuros em grupos por peso e idade gestacional e observou-se o tempo de permanência em UTI de 28 dias para os prematuros com IG menor que 30 semanas, 13,3 para prematuros entre 30 e 33,6 semanas e de 9,8 dias para os prematuros de 34 semanas ou mais. Já o tempo de internação foi igual a 36,6, 25 e 24,3 dias, respectivamente¹⁵. Não foram encontrados estudos que relatassem o tempo de internação de prematuros em berçário intermediário e alojamento conjunto. A diferença encontrada em ambas as pesquisas talvez se deva ao fato de que no primeiro estudo não foi levado em consideração o peso ao nascimento.

A média de número de sessões de fonoterapia para os prematuros foi igual a 5,1. Os prematuros até 33,6 semanas apresentaram uma média de sessões de fonoterapia maior que os prematuros tardios, 5,7 e 3,7, respectivamente, havendo significância estatística entre os grupos. Em um estudo de caso com dois gemelares prematuros foram realizadas 10 sessões de fonoterapia¹⁶. A divergência entre as pesquisas se deva pelas características da amostra ou até mesmo por se tratar de uma amostra de 82 bebês em comparação com um estudo de caso com 2 gemelares.

No que diz respeito ao tempo de uso de oxigênio encontramos que os RNs apresentaram uma média de 11 dias, no grupo de prematuros até 33,6 semanas a média foi de 12,8 dias e no grupo de prematuros tardio foi de 5,8 dias. Pesquisa

desenvolvida identificou que 90% dos RNPT receberam oxigenioterapia por 2,8 dias e que o tempo em ventilação mecânica foi significativamente menor quanto maior a idade gestacional e o peso ao nascer¹⁷. Crianças que fizeram uso de ventilação mecânica por longo período apresentam atraso no desenvolvimento da função de deglutição¹⁸. Assim como nos estudos supracitados, na presente pesquisa os prematuros com idade gestacional inferior a 33,6 semanas fizeram uso de oxigênio por um maior tempo, uma vez que quanto menor a idade gestacional menor desenvolvimento e amadurecimento do bebê e mais susceptíveis a morbidades neonatais quando comparados a prematuros com maior idade gestacional.

Ao serem comparados os grupos RNPT com RNPT tardio, observamos que as variáveis peso ao nascer, idade e escolaridade materna, tempo de uso de sonda, tempo de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo não apresentaram significância estatística.

Apesar das dificuldades encontradas pelos prematuros de menor idade gestacional, no presente estudo 73,4% dos prematuros até 33,6 semanas e 94,4% dos prematuros tardios foram amamentados até seis meses ou mais. Em outro estudo o aleitamento materno ocorreu até os 30 primeiros dias de vida em 98,1% dos casos e no sexto mês houve uma queda para 70,1%¹⁹. Pesquisa teve com achado a mediana do aleitamento materno de 199,8 dias, onde no primeiro mês 90,4% das crianças estavam mamando, no quarto mês 64,7% e no sexto mês 54,4%²⁰. Tal fato se deve a uma equipe multidisciplinar especializada no Método Canguru que realizou a devida assistência à díade mãe-bebê e a sua família.

Quanto ao aleitamento materno exclusivo, o grupo de prematuros até 33,6 semanas a média foi de 123,2 dias e dos prematuros tardios de 124,3 dias. Ainda, 42,2% dos prematuros com menor idade gestacional foram amamentados exclusivamente contra 55,5% dos prematuros tardios. O tempo de aleitamento materno exclusivo dos lactentes até um mês foi de 64,8% e aos seis meses esse valor caiu para 9,6%. Para o aleitamento materno, a prevalência no primeiro mês foi de 98,1% e para o sexto mês de 70,1%¹⁹. Taxas de aleitamento materno exclusivo foram encontradas no primeiro mês de 62,1% e no sexto mês de 17,7%²¹. As taxas de aleitamento materno de prematuros ainda estão aquém da preconizada pela OMS em todos os estudos relatados.

Na comparação dos grupos para as variáveis qualitativas (Tabela 2), foi detectado que houve maior número de crianças pequenas para idade gestacional (PIG) no grupo de RNPT tardio (80%),

com significância estatística entre os grupos. Os PIG apresentam maior risco de morte neonatal que aqueles que não apresentavam sinais de retardo de crescimento intra-uterino²². Os prematuros tardios com restrição do crescimento fetal apresentaram maior tempo de internação em UTI e complicações neonatais que os adequados para idade gestacional (AIG)¹⁷. Acredita-se que tal diferença deve estar ocorrendo por se tratar de variáveis dicotomizadas que apresentam 67% da eficiência, havendo uma grande perda de sensibilidade do estudo, podendo levar a achados espúrios na análise estatística.

No que diz respeito a variável tipo de suporte ventilatório houve diferença estatísticas entre os grupos para todos os tipos pesquisados. Os prematuros tardios não fizeram uso de tubo endotraqueal, enquanto que 34,3% dos prematuros com idade inferior a 33,6 semanas necessitaram ser intubados. Não foram encontrados estudos que diferenciasssem os tipos de suporte respiratório em prematuros, fazendo-se necessário estudos adicionais para esclarecer o efeito de cada um desses suportes perinatais no desenvolvimento do sistema respiratório do prematuro.

As demais variáveis: gênero, tipo parto, ocupação e estado civil materno, transição alimentar, causas e consequências do desmame não apresentaram relevância estatística na atual pesquisa.

Na presente pesquisa 58,2% dos prematuros e 46,7% dos prematuros tardios foram desmamados precocemente (Tabela 3).

No presente estudo as causas de desmame precoce (Tabela 1) foram ocasionadas por fatores educacionais e culturais para ambos os grupos, os fatores socioeconômicos e anatomofisiológicos não foram relatados pelas mães dos prematuros como causa de desmame no presente estudo. Ainda no mesmo estudo ao compararmos os dois grupos, os prematuros apresentaram maior percentual de desmame precoce que os prematuros tardios para ambos os fatores. Estudo aponta as causas educacionais do desmame precoce, sendo a má pega a de maior destaque²². Estudo aponta que 17,8% das mães responderam como causa do desmame o leite fraco e 14,7% que o leite secou²³.

Dentre os fatores culturais o uso de chupeta e mamadeira foram relatados como causa do desmame. Na presente pesquisa, o uso de chupeta e mamadeira também foi a principal consequência do desmame precoce. Autores detectaram uma associação significativa entre o desmame e o uso de chupeta e mamadeira^{19,24,25}. Crianças amamentadas até um mês de idade, que usavam chupeta, tiveram uma chance 2,8 vezes maior de serem desmamadas até o sexto mês¹⁹. Os hábitos de sucção de chupeta, uso de mamadeira podem ter contribuído para o desmame precoce e possíveis alterações na evolução do sistema sensorio motor oral⁶.

Também no presente estudo os hábitos orais deletérios apresentaram-se como a principal consequência do desmame precoce. Talvez os hábitos orais deletérios se misturem como causa e consequência do desmame precoce uma vez que em nosso país a cultura da chupeta e mamadeira é muito arraigada em nossas famílias, como também o desmame precoce leva a uma não preparação dos órgãos fonoarticulatórios e como consequência a necessidade de sucção do bebê não é saciada, assim o uso de uma sucção artificial de bicos se faça necessária, mesmo lhe trazendo prejuízos futuros por não serem a forma mais adequada de estimulação dos mesmos.

■ CONCLUSÃO

A presente pesquisa mostrou que há diferenças significativas entre prematuros e prematuros tardios, onde os últimos apresentam menos intercorrências, menor número de sessões de fonoterapia, menor tempo de internação hospitalar, além disso os prematuros até 33,6 semanas necessitam de um maior suporte hospitalar como uso de sonda e suporte ventilatório, e, apesar de não estatisticamente significativa apresentaram menor tempo de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, como também maior presença de hábitos parafuncionais, quando comparados aos prematuros tardios, fazendo-se imprescindível um olhar diferenciado entre os dois grupos de prematuros.

ABSTRACT

Purpose: to verify the differences between preterm and late preterm infants in relation to the duration of breastfeeding and exclusive breastfeeding causes and consequences of early weaning. Furthermore, the use of oxygen therapy and feeding tube, number of speech therapy sessions and length of hospital stay was observed. **Methods:** exploratory and longitudinal field research. Eighty two (82) mothers of preterm babies participated in the study. The categorical data were summarized by absolute and relative frequency as compared to the total of patients in each studied group. Numerical data was summarized by average, median, standard deviation, minimum value and maximum value. Quantitative data was compared against the non-parametric Mann-Whitney test and the qualitative variables were compared against the test of equality of two proportions. **Results:** there was statistical significance between the groups of preterm babies regarding the Apgar variables, hospitalization time, duration of use of the feeding tube, number of speech therapy sessions, duration of oxygen therapy and type of mechanical ventilation. **Conclusion:** this research showed that late preterm infants had lower usage time probe and oxygen therapy, fewer speech therapy sessions and shorter hospital stay, making indispensable a different view between the two groups of preterm infants.

KEYWORDS: Infant, Premature; Gestational Age; Breast Feeding

■ REFERÊNCIAS

- McCain CG. An evidence-based guideline for introducing oral feeding to healthy preterm infants. *Neonatal Netw.* 2003;22(5):45-50.
- Méio MDBB, Lopes CS, Morsch DS, Monteiro APG, Rocha SB, Borges RA et. al. Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. *J. Pediatr.* 2004;80(6):495-502.
- Gewolb IH, Vice FL, Schwietzer-Kenney EL, Taciak VL, Bosma JF. Developmental patterns of rhythmic suck and swallow in preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 2001;43(1):22-7.
- Engle WA. Recommendation for the Definition of "Late Preterm" (Near-Term) and the Birth Weight-Gestational Age Classification System. *Seminars in Perinatology.* 2006;30(1):2-7.
- Gilbert C. Retinopathy of prematurity: a global perspective of the epidemics, population of babies at risk and implications for control. *Early Hum Dev.* 2008;84(2):77-82.
- Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatr.* 2003;79(1):7-12.
- Coutinho SB, Figueredo CSM. Aleitamento materno em situações especiais da criança. In: Rego JD. *Aleitamento materno*, 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2006. P. 243-59.
- Gianini NOM. Leite materno e prematuridade. In: Rego JD. *Aleitamento materno*. 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2006. P. 261-83.
- Lima GMS. Métodos especiais de alimentação: copinho – relactação – translactação. In: Rego JD. 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2006. P. 319-28.
- Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva. In: Carvalho, MR; Tamez RN. *Amamentação bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. P. 11-24.
- Tasca SMT; Almeida EOC; Servilha EAM. *Recém nascido em alojamento conjunto: visão multidisciplinar*. São Paulo: Pró-Fono, 2002, 104p.
- Nascimento MBR, Issler H. *Aleitamento Materno em prematuros: manejo clínico hospitalar*. *Jornal de Pediatria.* 2004;80(5 Supl):163-72.
- Oliver KA. Prematuridade como fator de risco no desenvolvimento motor e cognitivo avaliados com 1 e 2 anos de idade. [Tese]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2010. http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/24000/katia_maio_2010.pdf?sequence=1.
- 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.
- Rodrigues MAG, Cano MAT. Estudo do ganho de peso e duração da internação do recém-nascido pré-termo de baixo peso com a utilização do método canguru. *Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.],* 2009; 8 (2). ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7032/4984>>. Acesso em: 01 Nov. 2014. doi:10.5216/ree.v8i2.7032.
- Calado DFB, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo:

estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. Rev CEFAC. 2012;14(1):176-81.

17. Penalva O, Schwartzman JS. Estudo descritivo do perfil clínico-nutricional e do seguimento ambulatorial de recém-nascidos prematuros atendidos no Programa Método Mãe-Canguru. J Pediatr. 2006;82(1):33-9.

18. Kunigk MRG, Chehter E. Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à entubação orotraqueal. Rev Soc Bras Fonoaudiol. [online]. 2007 [Acesso em 2014 nov 01]; 12(4) [4p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n4/v12n4a06>

19. Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses na Região Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Matern. Infant. 2003;3(3):303-14.

20. Vieira GO, Almeida JAGA, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2004;4(2):143-50.

21. Almeida MF, Mello Jorge MHP. Pequenos para a idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. Rev Saúde Pública. 1998;32(3):217-24.

22. Santiago LB, Betiol F, Barbieri MA, Gutierrez MRP, Del Ciampo LA. Incentivo ao aleitamento materno: a importância da pediatria com treinamento específico. J Pediatr. 2003;72(6):504-12.

23. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S et. al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. Rev. Bras. Matern. Infant. 2002;2(3):253-61.

24. Wood NS, Costeloe K, Gibson AT, Hennessy EM, Marlow N, Wilkinson AR, for the EPICure Study Group. The EPICure study: associations and antecedents of neurological and developmental disability at 30 months of age following extremely preterm birth. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005;90:F134-F40.

25. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. J. Pediatr. 2003;79(4):309-16.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517417514>

Recebido em: 27/10/2014

Aceito em: 01/03/2015

Endereço para correspondência:

Waléria Ferreira da Silva,
Rua Amazonas, n. 22, Bl. "A", apto 303 – Feitosa
Maceió – AL – Brasil
CEP: 57043-450
E-mail: ferreira.waleria@gmail.com