

AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS OROFACIAIS E DA AMAMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS ANTES DA ALTA HOSPITALAR

Evaluation of orofacial characteristics and breastfeeding in preterm newborns before hospital discharge

Carla Thamires Rodriguez Castelli⁽¹⁾, Sheila Tamanini de Almeida ⁽¹⁾

RESUMO

Objetivo: avaliar as características orofaciais e a amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar e verificar possíveis relações entre o sistema sensorio motor orofacial e a amamentação. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. A coleta de dados foi realizada no período de junho a outubro de 2014. Realizou-se em três etapas a pesquisa: busca de dados no prontuário, aplicação do protocolo de prontidão do prematuro para início da alimentação oral e aplicação do protocolo de avaliação da mamada em recém nascidos prematuros. Obteve-se uma amostra de conveniência em uma unidade de terapia intensiva de um hospital escola de Porto Alegre. Foram considerados critérios de inclusão: prematuridade; ter recebido atendimento fonoaudiológico, estar de alta hospitalar; indicação para aleitamento materno exclusivo; assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável. **Resultados:** a amostra contou com 26 sujeitos, posteriormente 6 indivíduos foram excluídos. A maioria das características do sistema sensorio motor orofacial dos prematuros estava adequada e a maior parte das categorias avaliadas na amamentação estava próxima ao escore máximo. Identificou-se que os prematuros com estado de consciência alerta apresentaram melhor posição mãe/recém-nascido durante o aleitamento materno ($p= 0,043$). Observou-se que quanto maior a idade gestacional corrigida melhor o escore final do prematuro na avaliação do sistema sensorio motor orofacial ($r_s = 0,512$; $p= 0,021$). **Conclusões:** elucidaram-se informações do sistema sensorio motor orofacial e do aleitamento materno do prematuro. Bem como, foram encontradas relações entre o sistema sensorio motor orofacial e a amamentação do prematuro.

DESCRIPTORIOS: Aleitamento Materno; Prematuro; Fonoaudiologia

■ INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, prematuro é todo o recém-nascido (RN) vivo que tem menos de 37 semanas completas de gestação contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual¹. Os recém-nascidos prematuros (RNPT) apresentam um maior risco de morbidades devido à imaturidade anatômica e funcional de seus sistemas, os quais ainda não estão preparados para suportar a vida em ambiente extrauterino^{2,3}.

A imaturidade cerebral do RNPT pode, por consequência, repercutir em limitações durante a alimentação como: dificuldade de permanecer em estado de alerta, tônus predominantemente extensor e reflexos orais ausentes ou incompletos^{4,5}. Além disso, podem haver dificuldades no desempenho das habilidades motoras orais como: alterações na mobilidade lingual, abertura exagerada de mandíbula, vedamento labial insuficiente, diminuição das bolsas de gordura nas bochechas. Essas alterações aumentam a dificuldade na sucção já existente. Desse modo, o bebê não consegue estabelecer o ritmo e a força adequada à eficiência das mamadas⁶. Essas

⁽¹⁾ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

características impedem a alimentação por via oral nos primeiros momentos de vida.

Do mesmo modo, quando o RNPT possui uma dificuldade inicial no processo de alimentação podem ocorrer comprometimentos futuros no seu desenvolvimento global.⁷ Porém, estas dificuldades iniciais podem ser revertidas de modo que irão promover uma relação positiva do RNPT com meio ambiente e com a alimentação⁸.

A alimentação irá garantir a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento apropriados⁹. Sendo assim, o aleitamento materno (AM) é a forma natural, fisiológica e segura de alimentação para o RN. Além disso, o AM estimula adequadamente o sistema sensorio motor orofacial do bebê, pois a extração do leite necessita de força muscular, o que aumenta a tonicidade do músculo, estimulando a fala, respiração, deglutição e o desenvolvimento das estruturas orofaciais¹⁰.

Entretanto, para que o RNPT tenha sucesso no AM, é necessário que as características do sistema sensorio motor orofacial estejam adequadas. Enquanto estas não estão plenamente desenvolvidas o RNPT necessita de outras vias nutricionais. Esse processo requer conhecimento do profissional tanto sobre AM quanto das técnicas de alimentação alternativas (parenteral, sondas, gastrostomia). Além disso, ele deve saber avaliar e diagnosticar alterações da função motora orofacial para promover condições de alimentação adequada, assim que seja clinicamente possível¹¹⁻¹⁴.

Esta pesquisa objetiva avaliar as características orofaciais e a amamentação de RNPT antes da alta hospitalar e verificar possíveis relações entre o sistema sensorio motor orofacial do RN e a amamentação.

■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2014 a outubro de 2014. Com o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido obrigatório, pelos responsáveis do RN, para pesquisas em seres humanos - (Resolução nº 466/2012 - Conselho Nacional de Saúde - CNS) e aprovado pelo Comitê de Ética da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre ISCMPA, no protocolo número CAAE: 26956814.5.0000.5335.

A amostra foi selecionada pelo método de amostragem não probabilístico acidental ou de conveniência em uma unidade de terapia intensiva de um hospital escola de Porto Alegre. Foram considerados critérios de inclusão: prematuridade (idade gestacional < de 37 semanas); ter recebido atendimento fonoaudiológico, estar em processo

de alta hospitalar; ter indicação para aleitamento materno exclusivo; possuir assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável do RN. Como critérios de exclusão: hemorragia peri-intraventricular grau I, II, III e IV; boletim de Apgar menor que 7 no 5º minuto; síndromes genéticas; malformações congênitas de sistema nervoso central, cabeça e pescoço, cardiopatia, além de meningite (alteração do exame do líquido cefalorraquidiano).

A pesquisa constou de três etapas, as mesmas sendo realizadas somente por um avaliador, na primeira etapa: foi realizada busca de dados no prontuário hospitalar quando o RNPT estava entre 24h-48h da alta hospitalar e a aplicação do termo de consentimento pelo responsável do RN. Na segunda etapa, realizou-se avaliação fonoaudiológica, para caracterizar o sistema sensorio motor orofacial do RN, por meio do protocolo de prontidão de prematuros para início da alimentação oral⁷. Por fim, na terceira etapa, aplicou-se o protocolo de avaliação da amamentação do recém-nascido prematuro⁶.

O protocolo de prontidão de prematuros para início da alimentação oral é dividido nas seguintes categorias: idade corrigida, estado de organização comportamental, postura oral, reflexos orais e sucção não-nutritiva. Cada categoria é constituída por itens com variações de desempenho, entre escores de 0 (zero) a 2 (dois), com a somatória total de 0 a 36. Observou-se o estado de alerta do RN, estado de organização comportamental quanto à postura global, tônus global, verificou-se a postura oral (postura de lábios e a postura de língua) e testou-se os reflexos orais (reflexo de procura, reflexo de sucção, reflexo de mordida e o reflexo de vômito). Para finalizar avaliou-se a sucção não-nutritiva durante um minuto, usando-se o dedo mínimo enluvado, observou-se: a movimentação da língua e de mandíbula, o canolamento de língua, a força de sucção, o número de sucções por pausa, o ritmo de sucção e a manutenção do estado de alerta. Durante o teste da sucção não-nutritiva, observou-se se houve a presença ou ausência dos seguintes sinais de estresse: acúmulo de saliva, batimento da asa nasal, variação de coloração da pele, apneia, variação de tônus, variação de postura, tiragem, tremores de língua ou de mandíbula, soluço e choro^{8,15}. Após completar a aplicação do protocolo, fez-se o cálculo direto do escore.

Em seguida ou na primeira mamada após a avaliação do RNPT, aplicou-se o protocolo de avaliação da amamentação do RNPT⁶. Constituído por sete categorias para avaliação, sendo elas: I. aspectos relacionados à mama (anatomia, sinais de ejeção, ingurgitamento, traumas e dor); II. reflexo

de procura do bebê; III. sinais de vínculo mãe/recém-nascido (sinais de autonomia, estado de consciência, modo de segurar o recém-nascido, atenção ao rosto do recém nascido, toques físicos da mãe no recém-nascido); IV. posição mãe/recém-nascido durante a mamada (conforto da mãe, modo de segurar a mama, distância entre a mão e a aréola, pressão nos ductos lactíferos, posição do recém-nascido, cabeça/pescoço do recém-nascido, nariz do recém-nascido); V. condições de pega ao peito (queixo do recém-nascido, boca, selamento labial, o abocanhar da aréola); VI. condições de ordenha ao peito (movimento da mandíbula, bochechas, ritmo de sucção, padrão de sucção/deglutição/respiração) e VII. condições finais da mamada (modo da mãe retirar o recém-nascido do peito, condições do peito, condições do mamilo, comportamento do recém-nascido no final da mamada). Para as respostas de cada categoria foram mantidos os seguintes escores: 2 - condições observadas adequadas, 1 - condições intermediárias e 0 - condições inadequadas.

A pesquisa foi analisada dentro de uma abordagem quantitativa e descritiva. Os dados coletados a partir dos prontuários e da aplicação

dos protocolos da pesquisa compuseram um banco de dados em planilha do *software* Excel (Microsoft), sendo as variáveis analisadas utilizando-se o *software* SPSS 22. Para realizar a caracterização da amostra os dados foram apresentados para variáveis categóricas ou ordinais em frequência e percentual e para variáveis contínuas em média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartilico, conforme a normalidade das variáveis, verificada por meio do Teste *Shapiro-Wilk*. O teste *Mann-Whitney* foi realizado para analisar comparações e o Teste Correlação de *Spearman* para correlacionar variáveis. Foi adotado o nível de significância de 5% (p -valor<0,05).

■ RESULTADOS

A amostra total do estudo foi composta por 26 RNPT. Foram excluídos 6 após revisão de prontuário, pois apresentavam comprometimentos neurológicos.

Os dados da caracterização dos 20 RNPT incluídos encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Características globais dos recém-nascidos prematuros e das puérperas

| Variáveis (n= 20) | Média | Desvio Padrão |
|--|---------|---------------|
| Idade gestacional (semanas) | 32,3 | 16,39 |
| Idade gestacional corrigida (semanas) | 38,12 | 19,01 |
| Apgar 1º minuto | 7,60 | 1,50 |
| Apgar 5º minuto | 8,60 | 0,94 |
| Peso ao nascimento (gramas) | 1452,25 | 462,56 |
| Peso na alta hospitalar (gramas) | 2075,25 | 86,75 |
| Idade da mãe (anos) | 25,75 | 19,00 |
| Escolaridade (anos de estudo) | 9,85 | 2,06 |
| Número de consultas no pré-natal | 6,45 | 2,04 |
| Quantas doações para o banco de leite ao dia | 1,45 | 0,94 |
| Atendimentos fonoaudiológicos na internação | 10,00 | 4,17 |

Outras características globais foram verificadas por meio da frequência absoluta. A maioria dos RNs era do sexo masculino (70%), apresentava avaliação nutricional abaixo do percentil 3 (65%) e nasceu de parto cesárea (100%); já em relação as puérperas a maioria era primípara (70%), não tinha amamentado anteriormente (70%), fez doações no banco de leite (90%), doou leite pelo menos uma vez ao dia (50%), realizou pré-natal (100%), recebeu informações sobre aleitamento materno na internação do RN (100%) e pretende continuar amamentando (100%).

As características avaliadas no protocolo de prontidão para alimentação por via oral do grupo de RNPT estão expostas na Tabela 2. Na avaliação das características da amamentação, verificou-se por meio da média comparada à pontuação total de cada categoria ($\bar{x} \pm DP$): em aspectos relacionados à mama, obteve-se $7,9 \pm 1,4$ pontos de 10; em reflexo de procura do bebê, obteve-se $1,9 \pm 0,4$ pontos de 2; em sinais de vínculo mãe/recém-nascido, obteve-se $8,8 \pm 0,9$ pontos de 10; em posição mãe/recém-nascido durante a mamada, obteve-se $13 \pm 2,8$ pontos de 16; em condições de pega ao peito, obteve-se $7,4 \pm 1,1$ pontos de 8; em condições de ordenha ao peito, obteve-se $7,4 \pm 0,6$ pontos de 8; em condições finais da mamada, obteve-se $6,6 \pm 1,4$ pontos de 8.

Ao analisar as variáveis do protocolo de prontidão do prematuro para início da alimentação oral⁶ com as categorias do protocolo de avaliação da amamentação do RNPT¹⁰ identificou-se que os RNPTs com estado de consciência alerta apresentaram maior escore mediano na categoria que avalia a posição mãe/recém-nascido durante a mamada do que os RNPTs com sono leve ($p = 0,043$). Identificou-se uma tendência dos RNPTs com características de: língua em repouso plana ($p = 0,054$), sucção forte ($p = 0,055$), movimentação de língua adequada ($p = 0,055$), apresentarem maior escore mediano na categoria que avalia as condições de ordenha ao peito. Contudo, necessita-se de um maior número de indivíduos para confirmação do achado (Tabela 3).

Correlacionou-se a idade gestacional corrigida (em dias) com o escore final do RNPT no protocolo prontidão do prematuro para início da alimentação oral e observou-se que quanto maior a idade gestacional corrigida melhor o escore de desempenho final do RNPT ($r_s = 0,512$; $p = 0,021$) (Figura 1). Bem como, correlacionou-se a idade corrigida (em dias) com o escore categórico do protocolo da avaliação da amamentação do RNPT e não obteve significância.

Tabela 2 – Características globais e orofaciais dos recém-nascidos prematuros

| Variáveis | Prematuros (n= 20) n (%) |
|------------------------------------|-----------------------------|
| Estado de consciência | |
| Alerta | 9(45%) |
| Sono leve | 10(50%) |
| Sono profundo | 1(5%) |
| Postura global | |
| Flexão | 7(35%) |
| Semiflexão | 13(65%) |
| Extensão | -- |
| Tônus global | |
| Normotonia | 20(100%) |
| Hipertonia | -- |
| Hipotonia | -- |
| Postura de lábios em repouso | |
| Vedados | 20(100%) |
| Entreabertos | -- |
| Abertos | -- |
| Postura de língua em repouso | |
| Plana | 11(55%) |
| Elevada | 9(45%) |
| Retraída/protruída | -- |
| Reflexo de procura | |
| Presente | 16(80%) |
| Débil | 3(15%) |
| Ausente | 1(5%) |
| Reflexo de sucção | |
| Presente | 20(100%) |
| Débil | -- |
| Ausente | -- |
| Reflexo de mordida | |
| Presente | 20(100%) |
| Presente exarcebado | -- |
| Ausente | -- |
| Reflexo de vômito | |
| Presente | 19(95%) |
| Presente anteriorizado | -- |
| Ausente | 1(5%) |
| Movimentação de língua em SNN | |
| Adequada | 18(90%) |
| Alterada | 2(%) |
| Ausente | -- |
| Canolamento de língua em SNN | |
| Presente | 17(85%) |
| Ausente | 3(15%) |
| Movimentação de mandíbula em SNN | |
| Adequada | 20(100%) |
| Alterada | -- |
| Ausente | -- |
| Força de sucção em SNN | |
| Forte | 18(90%) |
| Fraca | 2(10%) |
| Ausente | -- |
| Número de sucções por pausa em SNN | |
| 5 a 8 | 13(65%) |
| Maior que 8 | 7(35%) |
| Menor que 5 | -- |
| Manutenção de ritmo em SNN | |
| Rítmico | 13(65%) |
| Arritmico | 7(35%) |
| Manutenção de estado de alerta | |
| Sim | 9(45%) |
| Parcial | 11(55%) |
| Não | -- |
| Sinais de estresse | |
| Ausente | 14(70%) |
| Até 3 | 6(30%) |
| Mais de 3 | -- |

SNN: sucção não nutritiva

Tabela 3 – Comparações entre as variáveis do protocolo de avaliação de prontidão para início de via oral e as variáveis do protocolo de avaliação da amamentação do recém-nascido prematuro mediana [25%;75%]

| Variáveis do protocolo de avaliação de prontidão para início de via oral | | Categorias do Protocolo de avaliação da amamentação do RNPT | | | | | | |
|--|------------------|---|--------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| | | I | II | III | IV | V | VI | VII |
| Estado de Consciência | Sono Leve | 7,5 [6;9,2] | 2 [2;2] | 9 [8;9,2] | 12,5 [9,7;14,2] | 8 [7,7;8] | 7 [7;8] | 7 [5;7,75] |
| | Alerta | 8 [7;9] | 2 [2;2] | 9 [8,5;10] | 15 [12;16] | 8 [7;8] | 8 [7;8] | 7 [7;8] |
| p-valor* | | 0,588 | 1,000 | 0,229 | 0,043** | 0,458 | 0,212 | 0,235 |
| Postura de Língua em repouso | Elevada/retraída | 8 [6;9] | 2 [2;2] | 9 [8;10] | 13 [9,5;15,5] | 8 [7;8] | 7 [7;7,5] | 7 [7;7,5] |
| | Plana | 8 [7;9] | 2 [2,2] | 9 [8;10] | 15 [12;15] | 8 [7;8] | 8 [7;8] | 7 [5,8] |
| p-valor* | | 0,938 | 0,366 | 0,634 | 0,316 | 1,000 | 0,054*** | 0,840 |
| Movimentação de língua | Inadequada | 8 [6;8] | 2 [2;2] | 8 [7;8] | 12,5 [12;12,5] | 8 [8;8] | 6,5 [6;6,5] | 7 [7;7] |
| | Adequada | 8 [7;9] | 2 [2;2] | 9 [8;10] | 14,5 [10;15,25] | 8 [7;8] | 7,5 [7;8] | 7 [5;8] |
| p-valor* | | 0,949 | 0,739 | 0,263 | 0,443 | 0,349 | 0,055*** | 0,893 |
| Força de sucção | Fraca | 8 [6;8] | 2 [2;2] | 8 [7;8] | 12,5 [12;12,5] | 8 [8;8] | 6,5 [6;6,5] | 7 [7;7] |
| | Forte | 8 [7;9] | 2 [2;2] | 9 [8;10] | 14,5 [10;15,2] | 8 [7;8] | 7,5 [7;8] | 7 [5;8] |
| p-valor* | | 0,949 | 0,739 | 0,263 | 0,443 | 0,349 | 0,055*** | 0,893 |

(*) teste utilizado: Teste Mann-Whitney

(**) p-valor significativo; (***) p-valor limítrofe; I: aspectos relacionados à mama II: reflexo de procura do bebê; III: sinais de vínculo mãe/recém-nascido; IV: posição mãe/recém-nascido durante a mamada; V: condições de pega ao peito; VI: condições de ordenha ao peito; VII: condições finais da mamada.

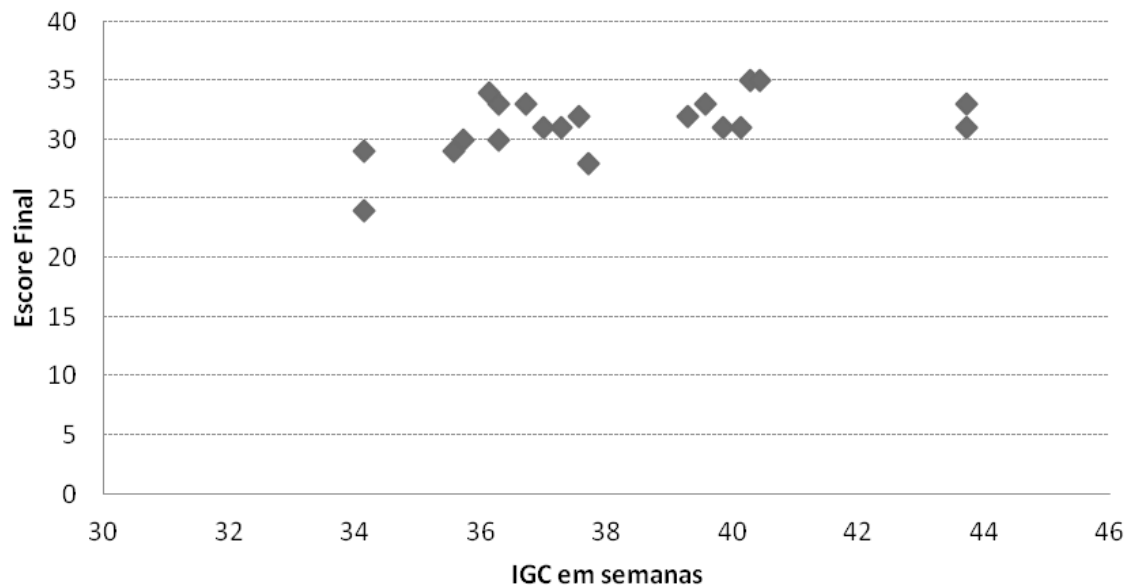


Figura 1 – Correlação entre o escore final do Protocolo prontidão do prematuro para início da alimentação oral e idade gestacional corrigida

■ DISCUSSÃO

O sucesso do AM depende de vários fatores relacionados ao RN, à puérpera e à díade mãe/RN. É essencial que a puérpera receba assistência e orientações sobre o AM, para que a mesma sinta-se segura e apta para amamentar seu bebê que aos seus olhos é tão frágil¹⁶⁻²⁰.

Para que haja um amparo precoce, o Ministério de Saúde recomenda no mínimo seis consultas pré-natais, pois é nesse período que deve haver a conscientização inicial da gestante sobre a importância do AM²¹. No presente estudo, a média de consultas ficou entre 6,45±2,04, ainda todas puérperas foram orientadas para o aleitamento materno durante a internação do RNPT e todas pretendem continuar amamentando após a alta hospitalar. Estes dados podem estar relacionados à política "Hospital Amigo da Criança" inserida na unidade em que o estudo foi realizado, onde todos os profissionais são capacitados para o incentivo ao aleitamento materno²². Estes achados são semelhantes a um estudo realizado na mesma unidade de terapia intensiva neonatal, que encontrou um número médio de consultas 6,4±2,4 e também a maioria das díades foram orientadas e incentivadas por profissionais sobre o AM (96,2%)²³.

Além disso, no presente estudo, todos os RNPT receberam atendimento fonoaudiológico durante a internação em uma média de 10,0±4,17 atendimentos diários. Estudos revelaram que o atendimento fonoaudiológico pode detectar as dificuldades iniciais que colocam em risco o processo de alimentação podendo ser passíveis de modificação^{10,24}. Sendo assim, o papel do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional pode acrescentar aspectos específicos da prevenção da disfunção motora orofacial o que irá contribuir para alimentação segura do RNPT.

O atendimento fonoaudiológico possivelmente interferiu positivamente no desempenho dos RNPTs deste estudo^{25,26}. Observou-se na avaliação do sistema sensorio motor orofacial que os prematuros apresentavam a maioria das características avaliadas adequadas, assim como a avaliação da amamentação verificou que as médias das categorias avaliadas estavam próximas ao escore máximo, exceto nos aspectos relacionados à mama e posição mãe/recém-nascido durante a mamada.

O posicionamento adequado mãe/ bebê durante a amamentação é um fator essencial para as condições de pega, de ordenha do RN e de duração do AM para ocorrer transferência do leite posterior (rico em gordura e energia)²⁴. O presente estudo identificou que os RNPTs em estado de

consciência alerta apresentaram maior escore mediano na categoria que avalia a posição mãe/recém-nascido durante a mamada que os RNPTs com sono leve ($p=0,043$). Estudos referem que os RNs em posição inadequada podem realizar muito esforço e por consequência cansarem mais rápido e adormecerem^{24,27-29}. Sendo assim, o posicionamento adequado é fundamental para a manutenção do estado de alerta durante o AM.

Outro ponto chave para o sucesso do AM é a ordenha do RN da mama. Faz-se importante observar como estão os reflexos orais, a movimentação de língua durante a sucção, a movimentação de mandíbula, a coordenação e o ritmo de deglutição e respiração, a ausência da participação do músculo bucinador²⁴. Este estudo observou uma tendência para melhores condições de ordenha no seio materno quando a postura de língua em repouso estava plana, a movimentação de língua estava adequada e a força de sucção estava adequada, ou seja, quando as características estavam adequadas melhor a ordenha no seio materno.

Uma vez que analisada a idade gestacional dos prematuros, um estudo encontrou associações entre a idade gestacional ao nascimento (prematuro extrema) e a flacidez das estruturas orais³⁰. Ainda, outro estudo encontrou risco de desenvolvimento do sistema sensorio motor orofacial com maior frequência em lactentes com idade gestacional igual ou inferior a 34 semanas, quando comparados com o grupo com idade gestacional de 35-36 semanas³¹. No mesmo sentido, outro estudo observou uma correlação negativa entre a idade gestacional ao nascimento e a duração da transição da alimentação láctea, mostrando que os bebês mais imaturos fazem a transição de via alternativa para via oral em maior tempo⁴. Estes achados concordam com o presente estudo que observou melhor escore na avaliação do sistema sensorio motor orofacial quanto maior a idade gestacional corrigida. Deve-se atentar para a população de prematuros extremos, pois este grupo irá apresentar diversas dificuldades desde a transição alimentar de via alternativa para a via oral, como dificuldades relacionadas ao sistema motor orofacial³²⁻³⁵.

■ CONCLUSÃO

Em suma, após apresentar os resultados e discuti-los, conclui-se que este estudo averiguou que a maioria das características do sistema sensorio motor orofacial dos RNPT avaliados estava adequada e a maior parte das categorias avaliadas durante a amamentação estava próxima ao escore máximo, exceto os aspectos relacionados à mama

e posição mãe/recém-nascido durante a mamada. Além disso, identificou-se que os RNPTs com estado de consciência alerta apresentaram melhores condições de posicionamento mãe/recém-nascido durante a mamada do que os RNPTs com sono leve. Correlacionou-se o melhor escore na avaliação do sistema sensorio motor orofacial com uma maior idade gestacional corrigida. Ainda, observou-se uma tendência, na amostra, de melhores condições de ordenha em seio materno quando a postura de língua em repouso, a movimentação língua e força de sucção estavam adequadas na sucção não nutritiva.

Elucidaram-se algumas implicações da prática do aleitamento materno, embora o estudo possua alguns fatores limitadores como: número amostral reduzido e possível viés de seleção, por ser uma amostra de conveniência.

O fonoaudiólogo deve estar inserido na equipe multiprofissional, pois o mesmo tem competência técnica para avaliar as funções do sistema sensorio motor orofacial e a amamentação. Além disso, contribui sobremaneira com esta equipe apontando as dificuldades dos RNPT, favorecendo a transição para a via oral e incentivando o aleitamento materno precocemente.

ABSTRACT

Purpose: to evaluate the oral characteristics and breastfeeding premature newborns before hospital discharge and verify the relationship between the oral sensory system motor and breastfeeding.

Methods: this was a cross-sectional, quantitative and descriptive study. Data collection was conducted from June to October 2014 was carried out in three stages research: Data search in medical records, clinical assessment of oral sensory motor system and the evaluation of breastfeeding. Obtained a convenience sample in an intensive care unit of a teaching hospital in Porto Alegre. The inclusion criteria were: prematurity; receiving speech therapy, being in the hospital discharge process; be indicated for exclusive breastfeeding; have signed the informed consent and informed by the head of prematurity. **Results:** the sample consisted of 26 subjects, then 6 individuals were excluded. Most of the oral sensory motor system features of premature was adequate and most of the categories evaluated in breastfeeding was close to the maximum score. It was found that premature infants with state of consciousness alert showed better position mother / newborn during breastfeeding ($p = 0.043$). It was observed that the higher the corrected gestational age better the final score of the infant in evaluation of oral sensory motor system ($r_s = 0.512$, $p = 0.021$). **Conclusions:** elucidated up information oral sensory motor system and breast-feeding premature. As well, relationships were found between the oral sensory system motor and breastfeeding premature.

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

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. The incidence of low birth weight: A critical review of available information. *Wld Hlth Statist.* 1980;33:197-224.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes; Behrman RE, Butler AS. *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention.* Washington: National Academies Press; 2007.
3. Rodrigues G. *Sucção Nutritiva e Não-Nutritiva em Recém-Nascidos Pré-Termo: Ritmo e Taxa de Sucção [monografia].* Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria. Especialização em Distúrbios da Comunicação Humana; 2007.
4. 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.
5. 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.
6. Melo AM. *Avaliação da mamada em recém-nascidos prematuros [dissertação] Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2008.*
7. Fraga DFB, Pereira KR, Dornelles S, Olchik MR, Levy DS. *Avaliação da deglutição em lactentes com*

- cardiopatia congênita e síndrome de Down: estudo de casos. *Rev CEFAC*. 2015;17(1):277-85.
8. Fujinaga CI. Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
 9. Organização Mundial da Saúde. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.08.pdf
 10. Araújo CMT, Silva GAT, Coutinho SB. Aleitamento materno e uso de chupeta: repercussões na alimentação e no desenvolvimento do sistema sensorio motor oral. *Rev Paul Pediatr*. 2007;25(1):59-65.
 11. Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2005;17(2):141-52.
 12. Lemes EF, Silva THMM, Correr AMA, Almeida EOC, Luchesi KF. Estimulação sensoriomotora intra e extra-oral em neonatos prematuros: revisão bibliográfica. *Rev CEFAC*. 2015;17(3):945-55.
 13. White-Traut R, Pham T, Rankin K, Norr K, Shapiro N, Yoder J. Exploring Factors Related to Oral Feeding Progression in Premature Infants. *Adv Neonatal Care*. 2013;13(4):288-94.
 14. Medeiros AMC, Oliveira ARM, Fernandes AM, Guardachoni GAS, Aquino JPSP, Rubinick ML et al. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2011;23(1):57-65.
 15. Fujinaga CI, Moraes SA, Zamberlan-Amorim NE, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Clinical validation of the Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(spe):140-5.
 16. Ericson J, Eriksson M, Hellström-Westas L, Hagberg L, Hoddinott P, Flacking R. The effectiveness of proactive telephone support provided to breastfeeding mothers of preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*. 2013;13:73.
 17. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ERJ, Mendes CM, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;10:760.
 18. Villamizar CB, Vargas PC, Díaz MLA. El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. *Rev Univ. Ind. Santander. Salud*. 2010;42(3):262-70.
 19. Roseiro, CP, Pereira PKM. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Estud. Psicol*. 2015;32(1):109-19.
 20. Santana MCC, Goulart BNG, Chiari BM, Melo AM, Silva EHAA. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(2):411-7.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
 22. Organização Mundial da Saúde. Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O Papel especial dos Serviços materno-infantis. Declaração Conjunta OMS / UNICEF. Genebra; 1989.
 23. Scheeren B, Mengue APM, Devincenzi BS, Barbosa LR, Gomes E. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;24(3):199-204.
 24. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J. Pediatr*. 2004;80(5 Supl):S155-62.
 25. Calado DFB, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Rev CEFAC*. 2012;14(1):176-81.
 26. Moreira CMD, Cavalcante-Silva RPGV, Miyaki M, Fujinaga CI. Efeitos da estimulação da sucção não nutritiva com dedo enluvado na transição alimentar em recém-nascido prematuro de muito baixo peso. *Rev CEFAC*. 2014;16(4):1187-93.
 27. Giugliani ERJ. O Aleitamento Materno na Prática Clínica. *J Pediatr*. 2000;76(Supl 3):S238-52.
 28. Organização Mundial de Saúde. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. São Paulo: Instituto de Saúde/OMS/OPAS; 1995.
 29. Sanches MTC. Dificuldades iniciais na amamentação [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2000.
 30. Brusco TR, Delgado SE. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. *Rev CEFAC*. 2014;16(3):917-28.
 31. 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.
 32. Buswell CA, Leslie P, Embleton ND, Drinnan MJ. Oral-motor dysfunction at 10 months corrected gestational age in infants born less than 37 weeks preterm. *Dysphagia*. 2009;24:20-5.

33. Sassá AH, Schmidt KT, Rodrigues BC, Ichisato SMT, Higarashi IH, Marcon SS. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. *Rev bras enferm.* 2014;67(4):594-600.

34. López CP, Chiari BM, Goulart AL, Furkim AM, Guedes ZCF. Assessment of swallowing in

preterm newborns fed by bottle and cup. *CoDAS.* 2014;26(1):81-6.

35. Silva PK, Almeida ST. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal. *Rev CEFAC.* 2015;17(3):927-35.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620151768415>

Recebido em: 16/06/2015

Aceito em: 31/08/2015

Endereço para correspondência:

Sheila T. Almeida

Rua Sarmiento Leite, 245

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP: 90050-170

E-mail: sheilat@ufcspa.edu.br