

Artigos originais

Índice de aleitamento materno e atuação fonoaudiológica no Método Canguru

Breastfeeding rate and speech-language therapy in the Kangaroo Method

Caroline Stefani Dias Basso¹<https://orcid.org/0000-0002-9951-6829>Marta Alves da Silva Arroyo¹<https://orcid.org/0000-0002-5862-3396>Maria Amélia Branco Fecuri Saes¹<https://orcid.org/0000-0002-3866-2048>Lilian Beani¹<https://orcid.org/0000-0003-1620-7447>Aline Barbosa Maia¹<https://orcid.org/0000-0002-9396-3599>Luciano Garcia Lourenção²<https://orcid.org/0000-0002-1240-4702>

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

Trabalho realizado no Hospital da Criança e Maternidade, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

Conflito de interesses: Inexistente



Recebido em: 25/07/2019

Aceito em: 14/11/2019

Endereço para correspondência:

Marta Alves da Silva Arroyo
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP
Avenida Brigadeiro Faria Lima, nº 5416,
Vila São Pedro
CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto,
São Paulo, Brasil
E-mail: martaalvesarroyo@gmail.com

RESUMO

Objetivo: verificar o índice de alta hospitalar em aleitamento materno e a atuação fonoaudiológica no período de implantação do Método Canguru em um hospital escola de nível terciário.

Métodos: estudo retrospectivo, documental, com coleta de dados dos prontuários eletrônicos de todos os recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso, nascidos ou admitidos no período de agosto de 2016 a agosto de 2017, em um hospital escola, e atendidos pela equipe de fonoaudiologia. Foram coletados dados como caracterização da amostra (gênero, Apgar, idade gestacional, peso ao nascimento, período de intubação orotraqueal), período de atendimento fonoaudiológico, descrição das condutas utilizadas, tais como o peso para início ao aleitamento materno, técnica de “mama esvaziada”, translação e forma de alimentação no momento da alta fonoaudiológica e hospitalar. Foram aplicados os testes estatísticos adotando-se o nível de significância menor que 0,05%.

Resultados: houve maior índice de aleitamento materno nos prematuros moderados, nascidos com idade gestacional de 30 a 34 semanas e nos recém-nascidos de baixo peso.

Conclusão: o aleitamento materno foi a forma de alimentação prevalente dos recém-nascidos. Os resultados mostram que a estimulação fonoaudiológica dos recém-nascidos foi adaptada do modelo convencional para o modelo proposto pelo Método Canguru e apresentou concordância com as orientações do atendimento humanizado.

Descritores: Recém-Nascido Prematuro; Método Canguru; Aleitamento Materno; Fonoaudiologia; Saúde da Criança

ABSTRACT

Purpose: to verify the hospital discharge rate in breastfeeding and speech-language practice during implementation of the kangaroo method in a tertiary-level teaching hospital.

Methods: a retrospective and documentary study, whose data were collected from electronic medical records of all preterm and/or low birth weight newborns, born at or admitted to a teaching hospital, from August 2016 to August 2017, and who had received care by the speech-language team. Data were collected regarding sample characterization (gender, Apgar, gestational age, birth weight, and orotracheal intubation time); speech-language therapy time; description of the procedures used, such as weight to start breastfeeding, empty breast technique, translação, and feeding method at the time of speech-language therapy and hospital discharge. Appropriate statistical tests were applied, adopting a significance level lower than 0.05%.

Results: there was a higher rate of breastfeeding in moderately preterm infants, born in a gestational age of 30 to 34 weeks, and in low birth weight newborns.

Conclusion: breastfeeding was the prevalent feeding method for newborns. The results show that the speech-language stimulation of newborns was adapted from the conventional model to that proposed by the Kangaroo Method, corroborating with humanized care guidelines.

Descriptors: Newborn, Preterm; Kangaroo Method; Breastfeeding; Speech, Language and Hearing Sciences; Child Health

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno traz muitos benefícios para o bebê e para a mãe¹. A amamentação favorece o desenvolvimento das funções estomatognáticas do recém-nascido (RN), pois o processo de sucção da mama estabelece um estímulo adequado aos músculos orofaciais^{2,3}.

Amamentar adequadamente exige dedicação materna, estimulação do RN, orientação e acompanhamento adequados, apoio familiar, além de competência e conhecimento dos profissionais de saúde, sobre anátomo-fisiologia dos prematuros. Se houver auxílio, orientação, estimulação, apoio e acompanhamento especializados, o prematuro será capaz de alimentar-se no peito da própria mãe antes da alta hospitalar⁴.

O Método Canguru (MC) é uma assistência neonatal voltada para o atendimento humanizado, que propõe um conjunto de ações que alteraram os padrões de assistência aos recém-nascidos prematuros (RNPT) e/ou baixo peso (BP)⁵. Favorecendo o vínculo mãe e filho, o aleitamento materno e o controle da temperatura, a partir da inserção da mãe no cuidado. Uma das propostas do método é o posicionamento do bebê no colo da mãe, favorecendo o contato pele a pele, permitindo maior estabilidade térmica para o bebê e contribuindo para a alta precoce, que diminuirá a taxa de infecção hospitalar e aumentará a qualidade do cuidado, reduzindo custos para o sistema de saúde⁶.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), RNPT é todo RN vivo que nasce com idade gestacional (IG) até 37 semanas completas, RN BP é todo aquele com peso igual ou inferior a 2,5kg. Tomando como base a IG, RN pré-termo tardio é aquele que nasce com 34 a 36 semanas e 6 dias de gestação; pré-termo moderado é o RN nascido entre 30 a 34 semanas de IG; e RN prematuro extremo, aquele que nasce com menos de 30 semanas gestacionais. A classificação do RN quanto ao peso ainda define RN muito baixo peso (RNMBP) aquele com peso inferior a 1,5kg; RN extremo baixo peso (RNEBP) quando o peso de nascimento for inferior a 1,0kg e RN micro prematuro aquele com peso abaixo de 800 gramas⁷.

O fonoaudiólogo deve integrar a equipe mínima de atendimento ao RN de alto risco, pelo método canguru, e ser inserido nas unidades de atendimento integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave, do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵⁻⁸. A atuação deste profissional objetiva estabelecer adequação do sistema estomatognático, maturidade e coordenação dos mecanismos de sucção, respiração e deglutição,

e transição da alimentação por via oral, de maneira segura e eficiente, assim como a promoção do aleitamento materno⁶.

Estudos afirmam que os RNPT necessitam utilizar via alternativa de alimentação até que ocorra aptidão fisiológica para coordenação das funções de sucção x deglutição x respiração, por volta de 32 a 34 semanas de idade gestacional e peso igual ou superior a 1,5Kg^{9,10}. Essa prática ocorre em vários hospitais do país e, no hospital do presente estudo, peso maior ou igual a 1500g e idade gestacional entre 32 e 34 semanas são consideradas condições para a introdução da alimentação via oral. No entanto, o Método Canguru promove o início precoce ao aleitamento materno, comparado a outras metodologias de atendimento¹¹, sem considerar o peso e idade gestacional, propondo intervenções como técnica de “mama esvaziada”, translactação, posição canguru e utilização de copo como complemento de dieta por via oral.

Nesse contexto, a implantação do Método Canguru no hospital pesquisado, exigiu modificações na forma de atuação de diversas equipes, inclusive a de fonoaudiologia.

Atualmente, a concordância entre a atuação fonoaudiológica tradicional e o Método Canguru é que o recém-nascido esteja estável clinicamente e que tenha coordenação nas funções de sucção, deglutição e respiração. A metodologia Canguru e o trabalho fonoaudiológico com neonatos têm como concordância a promoção ao aleitamento materno precoce.

Ante o exposto, este estudo objetivou verificar o índice de alta hospitalar em aleitamento materno e descrever a atuação fonoaudiológica no período de implantação do Método Canguru em um hospital escola de nível terciário.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, com o Parecer Consubstanciado de número 2.294.080. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensada, em virtude da realização da coleta dos dados em prontuários.

Trata-se de estudo documental retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado por meio de levantamento de dados nos prontuários dos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso nascidos ou admitidos no período de agosto de 2016 a agosto de 2017, nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

(UTIN), de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais do Método Canguru (UCINCA) do Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto, que foram acompanhados pela equipe de fonoaudiologia. No momento da realização do estudo, o Método Canguru estava em processo de implantação.

Foram incluídos no estudo os RNPT e/ou de BP ao nascer, internados nas unidades acima citadas que receberam acompanhamento fonoaudiológico durante internação. Excluíram-se aqueles que apresentavam síndromes e malformações congênitas.

Os dados foram obtidos dos prontuários eletrônicos dos pacientes, considerando as seguintes variáveis: caracterização da amostra (gênero, APGAR, idade gestacional (IG), peso ao nascimento (PN), período de intubação orotraqueal), período de atendimento fonoaudiológico, descrição das condutas utilizadas, tais como o peso para início ao aleitamento materno, técnica de “mama esvaziada”, translactação e forma de alimentação no momento da alta fonoaudiológica e hospitalar.

Foram aplicados os testes estatísticos adotando-se o nível de significância menor que 0,05%.

RESULTADOS

Duzentos e cinquenta e nove recém-nascidos atenderam os critérios de inclusão. Houve prevalência de internações pelo SUS (83,0%) e sexo masculino (51,7%); 73,4% e 96,2% dos RN apresentaram APGAR maior ou igual a sete, no primeiro e quinto minutos, respectivamente. 22,8% dos RN eram prematuros extremos, 46,3% prematuros moderados, 29,7% prematuros tardios e 1,2% RN a termo.

Em relação ao peso ao nascimento, 5,0% foram classificados como extremo baixo peso, 23,2% muito baixo peso, 55,6% baixo peso, 7,3% peso adequado e 0,4% como excesso de peso ao nascer. 33,6% necessitaram de intubação orotraqueal por um período mediano de cinco dias, com mínimo de um dia e máximo de 96 dias de intubação orotraqueal. Ainda, 56,3% dos RN permaneceram intubados por até sete dias de vida, sendo que 43,7% ficaram intubados por um período maior que sete dias.

Os RN a termo foram incluídos no estudo por terem nascido com baixo peso (abaixo de 2.500g). Os RN com peso adequado e excesso de peso nasceram com idade gestacional inferior a 37 semanas e também foram incluídos no estudo.

O período mediano entre o nascimento e o primeiro atendimento fonoaudiológico foi de seis dias. No momento da avaliação fonoaudiológica, 90,8% dos RN eram alimentados por via alternativa, sendo 0,8% por sonda enteral e 90,0% por sonda gástrica, das quais 67,6% por via orogástrica.

O período mediano de intervenção fonoaudiológica beira leito foi de 14 dias, com mínimo de 1 e máximo de 130 dias de estimulação; 86,1% dos RN receberam alta com baixo peso.

Conforme mostra a Tabela 1, 86,5% dos RN tiveram alta em aleitamento materno, sendo 48,3% aleitamento materno exclusivo e 38,2% aleitamento materno misto; 75,6% foram posicionados em seio materno na primeira semana de vida. 25,9% tiveram o primeiro contato em seio materno com peso igual ou inferior a 1500Kg; 7,7% fizeram a técnica de mama esvaziada e 16,6% realizaram a técnica de relactação/translactação.

Tabela 1. Atuação fonoaudiológica nas propostas humanizadas do Método Canguru e forma de alimentação na alta fonoaudiológica

Variável	N	%
Período entre Avaliação Fonoaudiológica até 1ª vez posicionado em seio materno		
No mesmo dia	83	32%
1 a 3 dias	72	27,8%
4 a 7 dias	41	15,8%
8 a 10 dias	13	5%
11 a 15 dias	18	6,9%
16 a 20 dias	08	3,1%
Acima de 20 dias	11	4,2%
Não foi posicionado em seio materno	12	4,6%
Peso na 1ª vez posicionado em seio materno		
Até 1500Kg	67	25,9%
Acima de 1500Kg	178	68,7%
Não foi posicionado em seio materno	12	4,6%
Sem registro	02	0,8%
Relactação/Translactação		
Realizou a técnica de relactação/translactação	43	16,6%
Não realizou a técnica de relactação/translactação	216	83,4%
Técnica de Mama Esvaziada (Sucção Não Nutritiva)		
Realizou a técnica de mama esvaziada	20	7,7%
Não realizou a técnica de mama esvaziada	239	92,3%
Forma de Alimentação na Alta Fonoaudiológica		
Aleitamento materno exclusivo	125	48,3%
Aleitamento materno associado à complementação no copo	20	7,7%
Aleitamento materno associado à complementação em seringa	02	0,8%
Aleitamento materno associado à complementação em mamadeira	77	29,7%
Mamadeira	34	13,1%
Não registrado	01	0,4%

Em relação à forma de alimentação no momento da alta fonoaudiológica (Tabela 2), o aleitamento materno exclusivo foi mais frequente (47,9%), especialmente em RNPT moderados (22,4%), com baixo peso ao

nascer (32,8%) e que não necessitaram ser intubados (38,2%). Entre os RN que precisaram ser intubados, o aleitamento materno e complemento em mamadeira foi mais frequente (6,9%).

Tabela 2. Forma de alimentação no momento da alta fonoaudiológica, segundo idade gestacional, peso ao nascer e tempo de intubação

	Alimentação na Alta Fonoaudiológica						Total	Valor-p*
	Mamadeira	Aleitamento materno exclusivo	Aleitamento materno e copo	Aleitamento materno e mamadeira	Aleitamento materno e seringa	Não consta		
Idade Gestacional								
Prematuro extremo	13 (5,0)	14 (5,4)	5 (1,9)	26 (10,0)	1 (0,4)	-	59 (22,8)	0,006
Prematuro moderado	16 (6,2)	58 (22,4)	7 (2,7)	37 (14,3)	1 (0,4)	1 (0,4)	120 (46,3)	
Prematuro tardio	5 (1,9)	50 (19,3)	7 (2,7)	14 (5,4)	-	1 (0,4)	77 (29,7)	
A termo	-	2 (0,8)	1 (0,4)	-	-	-	3 (1,2)	
Total	34 (13,1)	124 (47,9)	20 (7,7)	77 (29,7)	2 (0,8)	2 (0,8)	259 (100,0)	
Peso ao Nascer								
Micro prematuro	7 (2,7)	4 (1,5)	1 (0,4)	10 (3,9)	-	-	22 (8,5)	0,005
Extremo baixo peso	2 (0,8)	2 (0,8)	2 (0,8)	7 (2,7)	-	-	13 (5,0)	
Muito baixo peso	12 (4,6)	18 (6,9)	4 (1,5)	25 (9,7)	1 (0,4)	-	60 (23,2)	
Baixo peso	11 (4,2)	85 (32,8)	13 (5,0)	32 (12,4)	1 (0,4)	2 (0,8)	144 (55,6)	
Peso adequado	2 (0,8)	14 (5,4)	-	3 (1,2)	-	-	19 (7,3)	
Excesso de peso	-	1 (0,4)	-	-	-	-	1 (0,4)	
Total	34 (13,1)	124 (47,9)	20 (7,7)	77 (29,7)	2 (0,8)	2 (0,8)	259 (100,0)	
Dias de Intubação								
Não intubou	16 (6,2)	99 (38,2)	14 (5,4)	41 (15,8)	1 (0,4)	1 (0,4)	172 (66,4)	0,003
De um a sete dias	10 (3,9)	16 (6,2)	4 (1,5)	18 (6,9)	-	1 (0,4)	49 (18,9)	
Acima de 7 dias	8 (3,1)	9 (3,5)	2 (0,8)	18 (6,9)	1 (0,4)	-	38 (14,7)	
Total	34 (13,1)	124 (47,9)	20 (7,7)	77 (29,7)	2 (0,8)	2 (0,8)	259 (100,0)	

* Teste qui-quadrado.

Entre os 133 RN que necessitaram de complementação da dieta no momento da alta fonoaudiológica, 76 (57,1%) receberam complementação em mamadeira. A

principal justificativa para esta necessidade foi a baixa produção de leite materno (71,4%), conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Justificativa da necessidade de complementar a dieta dos recém-nascidos

	Alimentação na Alta Fonoaudiológica				Total	Valor-p*
	Mamadeira	Aleitamento materno e complementação no copo	Aleitamento materno e complementação na mamadeira	Aleitamento materno e complementação em seringa		
Justificativa da necessidade de complemento						
Pouca produção de leite materno	10 (7,5)	17 (12,8)	66 (49,6)	2 (1,5)	95 (71,4)	<0,001
Mãe solicitou/não quis amamentar	14 (10,5)	-	9 (6,8)	-	23 (17,3)	
Complemento de leite materno ordenhado	-	2 (1,5)	-	-	2 (1,5)	
Contraindicação materna	9 (6,8)	-	-	-	9 (6,8)	
Recém-nascido sonolento	-	-	1 (0,8)	-	1 (0,8)	
Pouco ganho de peso do Recém-nascido	-	1 (0,8)	-	-	1 (0,8)	
Sucção ineficiente	1 (0,8)	-	-	-	1 (0,8)	
Não consta	-	-	-	-	1 (0,8)	
Total	34 (25,6)	20 (15,0)	76 (57,1)	2 (1,5)	133 (100,0)	

* Teste qui-quadrado,

Sessenta e nove mães (26,6%) fizeram uso do bico intermediário de silicone, sendo que, para 56 (81,1%), o principal motivo foi presença de mamilos planos.

No momento da alta hospitalar, 91,3% destas mães estavam em aleitamento materno, sendo 37,7% em aleitamento materno exclusivo.

Tabela 4. Relação entre o motivo do uso do bico intermediário de silicone com a forma de alimentação do recém-nascido na alta fonoaudiológica

	Alimentação na Alta Fonoaudiológica					Total	Valor-p*
	Mamadeira	Aleitamento materno exclusivo	Aleitamento materno e complementação no copo	Aleitamento materno e complementação na mamadeira	Aleitamento materno e complementação em seringa		
Motivo Bico Silicone							
Mamilos invertidos	3 (4,3)	1 (1,4)	-	2 (2,9)	-	6 (8,7)	
Mamilos planos	2 (2,9)	21 (30,4)	2 (2,9)	30 (43,4)	1 (1,4)	56 (81,1)	
Mamilos longos / protusos	-	-	1 (1,4)	-	-	1 (1,4)	0,524
Não informado	1 (1,4)	4 (5,8)	1 (1,4)	-	-	6 (8,7)	
Total	6 (8,7)	26 (37,7)	4 (5,8)	32 (46,4)	1 (1,4)	69 (100,0)	

* Teste qui-quadrado.

Conforme mostra a Tabela 5, a técnica de “mama esvaziada” foi realizada por 20 (7,7%) mães e todas receberam alta em aleitamento materno exclusivo.

Entre as 43 (16,6%) que realizaram a técnica de relactação/translactação, 35 (13,5%) receberam alta em aleitamento materno exclusivo.

Tabela 5. Aleitamento materno no momento da alta fonoaudiológica entre mães que realizaram técnicas de relactação/translactação e de “mama esvaziada”

	Aleitamento Materno*			p-valor**
	Sim	Não	Total	
“Mama Esvaziada”				
Sim	20 (7,7%)	-	20 (7,7%)	
Não	203 (78,4%)	36 (13,9%)	239 (92,3%)	0,044
Total	223 (86,1%)	36 (13,9%)	259 (100,0%)	
Relactação/Translactação				
Sim	35 (13,5%)	8 (3,1%)	43 (16,6%)	
Não	188 (72,6%)	28 (10,8%)	216 (83,4%)	0,226
Total	223 (86,1%)	36 (13,9%)	259 (100,0%)	

Legenda: *Aleitamento Materno = Aleitamento materno exclusivo; Aleitamento materno associado à complementação no copo; Aleitamento materno associado à complementação em mamadeira; Aleitamento materno associado à complementação em seringa, **Realizado o Teste Exato de Fisher,

DISCUSSÃO

O perfil dos RN deste estudo (prevalência de prematuros moderados e extremos; sexo masculino; APGAR maior ou igual a sete, no primeiro e quinto minutos) corrobora a literatura nacional^{12,13}. A prematuridade e o baixo peso ao nascer, assim como longos períodos de hospitalização, uso de ventilação mecânica e de medicamentos, constituem importantes fatores de risco

para alterações no desenvolvimento dos lactentes, no seu crescimento e nas suas condições de saúde. Estas complicações podem causar alterações no desenvolvimento a curto e longo prazo¹⁴. No entanto, a prematuridade não é sinônimo de impossibilidade do aleitamento materno, mesmo que, num primeiro momento, o rompimento precoce da gestação cause um forte impacto emocional e clínico na mãe e no bebê¹⁵.

Este estudo mostrou maior índice de aleitamento materno entre os RN que não necessitaram de intubação. De acordo com a literatura, embora um grande número de recém-nascidos prematuros necessitem de suporte ventilatório durante a internação neonatal¹⁶, a possível influência do tubo orotraqueal (TOT) sobre o desenvolvimento das estruturas e funções do sistema estomatognático ainda é um tema pouco explorado¹⁷. Estudo sobre a influência do uso do TOT nas habilidades orais de prematuros, realizado no sul do Brasil, concluiu que os RN prematuros submetidos a TOT demoram mais para atingir a VO plena¹⁷. Para os autores, o acompanhamento destes RN por profissionais qualificados é fundamental para reduzir os efeitos negativos nas habilidades orais do bebê decorrentes da utilização do TOT na prematuridade.

A imaturidade do sistema estomatognático apresentada pelos RNPT compromete a função de sucção, dificultando a alimentação por via oral¹⁸. Devido às limitações de coordenação nas funções de sucção, deglutição e respiração, quase sempre os RNPT necessitam de utilização de vias alternativas para a alimentação¹⁹. A elevada utilização de via alternativa de alimentação no momento da avaliação fonoaudiológica observada neste estudo, especialmente a orogástrica, dificulta o aleitamento materno, pois a sonda posicionada em cavidade oral, faz com que o RN não alcance o vedamento labial em seio materno, diminuindo a pressão intraoral.

A retirada de sonda e a transição para alimentação por via oral deve ser estimulada o mais rápido possível, pois longos períodos de utilização de gavagem (três semanas ou mais) para alimentação de prematuros podem gerar complicações como hipersensibilidade de estimulação oral, engasgos, mordida, choro e aumento da incidência de refluxo gastroesofágico. Além disso, quanto mais prolongado for o tempo de gavagem, mais a criança será privada das experiências sensoriais motoras orais, importantes para o desenvolvimento global⁴.

Nesse contexto, o fonoaudiólogo contribui para o aleitamento materno, ao estimular a sucção na “mama vazia”, concomitante à oferta de dieta por sonda, considerada uma técnica de sucção não nutritiva (SNN). Essa prática pode contribuir para o aleitamento materno exclusivo¹⁹.

Embora a técnica “mama esvaziada” não tenha sido muito utilizada no serviço estudado, é uma técnica que auxilia no aleitamento materno, incentivando o contato mãe-bebê e estimulando a produção láctea materna.

A técnica de relactação/translactação, utilizada em alguns casos neste estudo, objetiva favorecer a produção do leite materno ou aumentar o volume de leite materno, para dispensar a oferta de complemento por meio de utensílios, de modo que os bebês recebam alta em aleitamento materno exclusivo. No entanto, a utilização desta técnica nem sempre é possível, em decorrência do tempo de internação e história clínica dos recém-nascidos²⁰.

Como o Método Canguru estava em fase de implantação durante a realização do estudo e a maioria dos profissionais não havia sido capacitada, houve baixa utilização das técnicas de “mama esvaziada” e relactação/translactação no serviço, realidade que tende a mudar com a efetivação da aplicação das normas do Método Canguru. No entanto, sabe-se que a intervenção fonoaudiológica precoce favorece a transição segura da alimentação por sonda para via oral, diminuindo o tempo de internação hospitalar e o risco de infecção, contribuindo para a redução de custos da maternidade²¹.

O aleitamento materno ainda atinge níveis baixos nos RNPT, sendo não só sua frequência como sua duração menor nesses recém-nascidos comparados aos de termo²². O insucesso do aleitamento materno pode ocorrer devido à dificuldade na manutenção de uma produção láctea materna eficiente, pelo estresse e afastamento da mãe e do bebê; a imaturidade dos reflexos orais; as condições clínicas neonatais desfavoráveis que impedem a sucção direta ao seio; ao tempo prolongado de internação e a maneira como é realizada a transição da alimentação²².

O estudo evidenciou alto percentual de RN posicionados em seio materno na mesma semana da avaliação fonoaudiológica, muitos dos quais, no mesmo dia. Portanto, considera-se fundamental a presença da mãe no ambiente hospitalar, para que haja a estimulação do aleitamento materno o mais precocemente possível.

Embora os resultados do estudo mostrem um número importante de RN em aleitamento materno exclusivo, houve necessidade de oferta de complemento por via oral na dieta de muitos RN. A ausência de um banco de leite vinculado ao hospital diminui a estimulação da ordenha do leite materno²³, fazendo com que possa ocorrer a diminuição da produção láctea das mães dos bebês prematuros.

A maioria dos RN que utilizaram bico intermediário de silicone por indicação do fonoaudiólogo recebeu alta em aleitamento ou, em alguns casos, com

complementação em mamadeira. A utilização do bico intermediário de silicone na amamentação de neonatos é pouco citada na literatura, portanto, o acompanhamento dos pacientes que utilizaram esse utensílio é necessário para averiguar se ocorreu a manutenção do aleitamento materno ou desmame precoce.

A prescrição de complementação da dieta em copo, seringa e mamadeira é atribuição da equipe médica e, aos profissionais da fonoaudiologia e da enfermagem, compete auxiliar a mãe/familiar na oferta do complemento. Neste estudo, a oferta de complementação na mamadeira foi prevalente, discordando com o recomendado pelo Método Canguru⁵.

O estudo evidenciou ainda que, com a implantação do Método Canguru, os RN começaram a ser posicionados em seio materno precocemente, levando em consideração o estado clínico e a coordenação de sucção x deglutição x respiração, conforme a preconização do MC, independentemente da idade gestacional de 32-34 semanas ou do peso do RN⁵. Acredita-se que a experiência precoce dos prematuros em seio materno melhora o prognóstico em aleitamento materno, favorecendo a retirada precoce de via alternativa de alimentação e a alta fonoaudiológica, viabilizando a via oral exclusiva e o ganho de peso do RN, sem quaisquer intercorrências.

CONCLUSÃO

O aleitamento materno foi a forma de alimentação mais prevalente entre os RN do estudo. No entanto, o aleitamento materno exclusivo não atingiu a totalidade dos RN, como recomenda a literatura. Os resultados mostram que a estimulação fonoaudiológica dos recém-nascidos foi adaptada do modelo convencional para o modelo proposto pelo Método Canguru e apresentou concordância com as orientações do atendimento humanizado. Portanto, as mudanças conceituais propostas pelo Método Canguru são compatíveis com a intervenção fonoaudiológica e ambas visam a qualidade do atendimento.

É necessário que medidas facilitadoras do aleitamento sejam promovidas e implementadas no ambiente hospitalar, objetivando a alta dos RN prematuros em aleitamento materno exclusivo, a continuidade do aleitamento materno pós alta e a melhora da qualidade de vida dessa população. Nesse contexto, a implantação do Método Canguru pode aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo.

REFERÊNCIAS

1. Rocha MS, Delgado SE. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo com gastrosquise. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* [Internet]. 2007 [citado 2019 fev. 06];12(1):55-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000100011>.
2. Varandas CPM, Campos LG, Motta AR. Adesão ao tratamento fonoaudiológico segundo a visão de ortodontistas e odontopediatras. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* [Internet]. 2008 [citado 2019 fev. 06];13(3):233-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342008000300006>.
3. Pivante CM, Medeiros AMC. Intervenções fonoaudiológicas no aleitamento materno junto às mães de paridade zero. *Mundo saúde.* [Internet]. 2006 [citado 2019 fev. 06]; 30(1):87-95. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/34/intervencoes_fonoaudiologas.pdf.
4. Willumsen DK, Guastalla R. Características específicas da Anatomofisiologia do Sistema Estomatognático na Prematuridade. In: Carvalho MR, Gomes CF (orgs). *Amamentação - bases científicas*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. p. 330-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [citado 2019 fev. 06]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf.
6. Medeiros AMC, Sá TPL, Alvelos CL, Novais DSF. Speech therapy in food transition from probe to breast in newborn in kangaroo method. *Audiol., Commun. Res.* [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 06];19(1):95-103. Available from: http://www.scielo.br/pdf/acr/v19n1/en_2317-6431-acr-19-1-0095.pdf.
7. Magalhães M, Rodrigues FPM, Gallacci CB, Pachi R, Chopardi MR, Barbosa Neto T. *Guia de bolso na neonatologia volume 1*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2016.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012. [Internet]. Brasília, 2012. [citado 2019 fev. 06] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html.

9. Deutsch AD, Dornaus MFPS, Waksman RD. O bebê prematuro: tudo o que os pais precisam saber. Barueri: Manole; 2013.
10. Watson J, McGuire W. Responsive versus scheduled feeding for preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 06];8:CD005255. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005255.pub5>.
11. Mekonnen AG, Yehualashet SS, Bayleyegn AD. The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and LBW infants: a meta-analysis of published studies. *International Breastfeeding Journal.* [Internet]: 2019 [cited 2019 Sep 25]; 14:12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0206-0>.
12. Souza KCL, Campos NG, Santos Junior FFU. Profile of newborns undergoing early stimulation in a neonatal intensive care unit. *Rev Bras PromocSaude.* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 06];26(4):519-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2013.p523>.
13. Ermel AC, Grave MTQ. O índice de apgar em bebês recém-nascidos em um hospital de pequeno porte de um município do Vale do Paranhana. *Revista Destaques Acadêmicos.* [Internet]. 2011 [citado 2019 fev. 06];3(3):7-12. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/107>.
14. Lemos RA, Frônio JS, Neves LAT, Ribeiro LC. Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a idade gestacional em lactentes de um serviço de follow-up. *Rev. APS.* [Internet]. 2010 [citado 2019 fev. 06];13(3):277-90. Disponível em: <http://ojs2.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/view/14411/7779>.
15. Hitos SF, Periotto MC. Amamentação: atuação fonoaudiológica – uma abordagem prática e atual. São Paulo: Revinter; 2009.
16. Naughton KA. The combined use of sucrose and nonnutritive sucking for procedural pain in both term and preterm neonates: an integrative review of the literature. *Adv Neonatal Care.* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 06];13(1):9-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/ANC.0b013e31827ed9d3>.
17. Antunes VP, Berwig LC, Steidl SEM, Weinmann RM. Influence of the endotracheal tube on the feeding performance and signs of stress in preterm infants. *Distúrb Comum.* [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 06];26(3):569-75. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/17416> Portuguese.
18. Silveira LM, Prade LS, Ruedell AM, Haeffner LSB, Weinmann ARM. Influence of breastfeeding on children's oral skills. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Feb [cited 2019 Feb 07]; 47(1):37-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100006>.
19. Medeiros AMC, Ramos BKB, Bomfim DLSS, Alvelos CL, Silva TC, Barreto IDC et al. Intervention time until discharge for newborns on transition from gavage to exclusive oral feeding. *CoDAS.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 07]; 30(2):e20170092. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20182017092>.
20. Mariano GJS. Relactação: identificação de práticas bem-sucedidas. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2011 [citado 2018 jun. 03]; serIII(3):163-70. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100017&lng=pt.
21. Brock R. Recém-nascido prematuro, baixo de crescimento intra-uterino. In: Bassetto MCA, Brock R, Wajnsztein R (orgs). *Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica.* São Paulo: Lovise; 1998. p. 67-73.
22. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante a internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Ciênc Cuid Saúde.* [Internet]. 2008 [citado 2019 fev. 07]; 7(2):145-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v7i2.4992>.
23. Rocha ATS, Lira AYA, Malta DGB, Leitão LP, Mendes CKTT. A importância dos bancos de leite humano na garantia do aleitamento materno. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança.* [Internet]. 2016 [citado 2019 fev. 07]; 14(2):1-8. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Todos-os-arquivos-09-novembro-2016-1.pdf>.