



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL**



Susana de Freitas Gomes

**ACOMPANHAMENTO DA PRONTIDÃO DO PREMATURO: DO INÍCIO DA  
ALIMENTAÇÃO ORAL ATÉ O SEIO MATERNO, NA UNIDADE NEONATAL**

Rio de Janeiro

2015



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL**



Susana de Freitas Gomes

**ACOMPANHAMENTO DA PRONTIDÃO DO PREMATURO: DO INÍCIO DA  
ALIMENTAÇÃO ORAL ATÉ O SEIO MATERNO, NA UNIDADE NEONATAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção ao título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marialda Moreira Christoffel.**

Linha de Pesquisa: Saúde da Criança e do Adolescente

Rio de Janeiro

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

#### CIP - Catalogação na Publicação

dé31a de Freitas Gomes, Susana  
ACOMPANHAMENTO DA PRONTIDÃO DO PREMATURO: DO  
INÍCIO DA ALIMENTAÇÃO ORAL ATÉ O SEIO MATERNO, NA  
UNIDADE NEONATAL / Susana de Freitas Gomes. --  
Rio de Janeiro, 2015.  
177 f.

Orientadora: Marialda Moreira Christoffel.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal  
do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna  
Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
2015.

1. Aleitamento Materno. 2. Prematuro. 3.  
Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 4.  
Enfermagem. I. Moreira Christoffel, Marialda,  
orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Susana de Freitas Gomes

### ACOMPANHAMENTO DA PRONTIDÃO DO PREMATURO: DO INÍCIO DA ALIMENTAÇÃO ORAL ATÉ O SEIO MATERNO, NA UNIDADE NEONATAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

#### BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marialda Moreira Christoffel. Professora Associada do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.  
Orientadora.

---

Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves. Professor Titular do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Medicina UFF; Coordenador do banco de leite Humano do HUAP/ UFF  
1º Examinador.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elisa da Conceição Rodrigues. Professora Adjunta do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.  
2ª Examinadora.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivis Emília de Oliveira Souza. Professora Titular do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.  
Suplente.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Timotheo Crivaro. Professora do Curso de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Ensp/Fiocruz. Núcleo de Promoção da Saúde/Farmanguinhos/Fiocruz.  
Suplente.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a **DEUS**, que em sua infinita bondade permitiu que eu chegasse até aqui, me proporcionando os meios necessários e toda a força para superar os obstáculos que encontrei durante o percurso. Sempre colocando em meus caminhos os anjos para me ajudar.

Aos meus pais **Severino Gomes Neto** e **Solange de Freitas Gomes**, que tanto lutaram para proporcionar a mim e às minhas irmãs a base inicial de um conhecimento. Que, mesmo diante das adversidades da vida, ainda assim acreditavam que valia a pena investir em educação.

Ao meu filho **Guilherme Alves de Freitas**, que, mesmo diante da sua inocência de criança de apenas 8 anos, compreendeu todos os momentos em que precisei me ausentar para estudar e que muitas vezes ficava brincando perto de mim enquanto eu estava no computador...E assim me apoiava com sua presença.

Ao meu marido **Marcelo Alexandre Alves** pelo apoio e compreensão durante esta trajetória. Sempre se fazendo presente na vida do nosso filho nos momentos em que eu precisava estudar. Incentivou-me e proporcionou a força que eu precisava para superar os momentos mais difíceis.

Às minhas irmãs **Simone Gomes da Rosa**, **Silvana de Freitas Gomes** e sobrinhas **Júlia Gomes da Rosa** e **Isabella Gomes da Rosa**, por serem as flores que compõem os jardins da minha existência.

Ao meu sogro **Valter Alves** e minha sogra **Suely Lopes Alves**, por todo o apoio e compreensão nos momentos em que precisei me ausentar para estudar. Ambos sempre dispostos a olhar o meu filho e ajudar para que nada lhe faltasse durante a minha ausência.

À minha secretária do lar, **Verônica Inácio dos Santos**, por sempre cuidar da minha casa e do meu filho com tanto carinho nos momentos em que precisei me ausentar.

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha querida orientadora **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marialda Moreira Christoffel**, por ter acreditado em mim enquanto eu ainda era uma pedra bruta que precisava ser lapidada. Ela foi, sem sombra de dúvidas, um anjo que Deus colocou em meu caminho, me mostrando uma luz no fim do túnel. Sempre conduziu este trabalho com carinho e dedicação, compreendendo minhas limitações intelectuais, e aos poucos me mostrou que eu era capaz sim. Seus ensinamentos ultrapassaram as fronteiras da academia, atingindo dimensões humanas de humildade, compreensão e respeito.

## AGRADECIMENTOS

### Aos Membros da Banca Examinadora:

- **Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves**, por se apresentar prontamente disponível nos momentos em que solicitei suas contribuições nas bancas de Defesa do Projeto e Defesa Final, colaborando sempre com seus conhecimentos pertinentes à temática.
- **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elisa da Conceição Rodrigues**, por toda a sua contribuição, nos transmitindo seus conhecimentos na área de saúde do recém-nascido. E por sua participação nas bancas de Qualificação e Defesa Final, sempre contribuindo de forma relevante.
- **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivis Emília de Oliveira Souza**, que nos deu a honra de seus ensinamentos e contribuições nas bancas de Defesa do Projeto e Defesa Final. Sempre pronta a ajudar para o desenvolvimento deste estudo.
- **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Timotheo Crivaro**, que sempre respondeu prontamente por todas as solicitações de ajuda que lhe fiz, acompanhando todo o projeto desde o início, participando de todas as bancas de Defesa do Projeto, Qualificação e Defesa Final, sempre contribuindo com seu conhecimento na área de amamentação.
- **Prof. Dr. Ronir Raggio Luiz**, por ter dispensado seu precioso tempo nos momentos em que tive dúvidas durante a elaboração da parte estatística e por toda a contribuição que nos trouxe na banca de Qualificação.
- **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena do Nascimento Souza**, que também dispensou seu precioso tempo durante as dúvidas pertinentes a estatística. Além de contribuir também com seus conhecimentos na área de amamentação durante a Banca de Qualificação.
- **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia Vignuda de Souza**, por toda a sua contribuição relevante durante a Banca de Defesa do Projeto. Sempre atenciosa e disponível, contribuiu de forma significativa.

### **Aos amigos do grupo de pesquisa:**

- Mestranda **Ana Letícia Monteiro Gomes**, que sempre me apoiou e sanou minhas dúvidas durante a elaboração deste estudo. Esteve sempre presente nos momentos em que eu ficava desesperada, achando que não iria dar conta. Com seu jeitinho simples e meigo, sempre tinha uma palavra de consolo.
- Doutoranda **Ana Luiza Dorneles da Silveira**, que me recebeu no grupo com um abraço super sincero de boas vindas no meu primeiro dia com a equipe. E por toda sua contribuição, seus ensinamentos... Com muita humildade e simplicidade foi uma peça-chave na construção deste estudo.
- Mestrando **Juan Carlos Silva Araújo**, que foi muito prestativo em todos os momentos em que precisei de ajuda na área da informática. Sempre trazia contribuições relevantes. Além de alegrar nossos dias com sua energia contagiante.
- Mestranda **Bruna Nunes Magesti**, por toda a sua contribuição durante as reuniões do grupo.
- Graduanda **Thais Frullani F. Loureiro**, por todo o seu apoio e companheirismo durante as reuniões, além de sempre oferecer ajuda para todos.

### **Aos que também contribuíram durante o processo de construção:**

- **Prof.<sup>a</sup> Doutoranda Viviane Parreiras**, que tanto me ajudou durante a elaboração do banco de dados e análises estatísticas.
- **Todos os professores da pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery** pelas contribuições durante as disciplinas cursadas. Em especial à **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marléa Chagas Moreira**, que sempre conduziu as aulas com uma visão holística, apoiando cada aluno conforme suas necessidades.
- Aos **professores do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente/ NUPESC** pelas contribuições na minha formação como pesquisadora.
- Aos **funcionários da Secretaria Acadêmica**, em especial a **Sonia Xavier** e a **Cíntia Nóbrega**, pela competência e dedicação durante o atendimento aos estudantes.

- À querida **Fátima** do CEP da EEAN, por toda a sua dedicação e apoio durante a fase de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.
- Ao **Hospital e Maternidade Herculano Pinheiro** pela autorização da coleta de dados.
- Aos **funcionários da unidade neonatal** pela paciência e disponibilidade durante a coleta de dados.
- Aos **recém-nascidos prematuros e suas famílias**, por terem permitido essa aproximação em um momento tão delicado de suas vidas. Espero contribuir de alguma forma para a realização de um cuidado de enfermagem individualizado, humanizado e voltado para o desenvolvimento e no apoio ao aleitamento materno.
- Aos **colegas da Turma de Mestrado 2013**, em especial a **Camilla da Silva Dias** e **Andrea C. Botelho** pelos momentos que passamos juntas. Sempre compartilhando informações e contribuindo para o aprendizado. Além de nos apoiarmos nos momentos difíceis.
- A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão deste estudo.

*“Somos todos anjos com uma só asa.*

*E só poderemos voar quando abraçados uns aos outros”*

(Luciano de Crescenzo)

*“Amamentar é enaltecer-se de satisfação através da sublime  
arte de se doar”*

(Susana Freitas, 2010)

## Resumo

GOMES, Susana de Freitas. Acompanhamento da prontidão do prematuro: do início da alimentação oral até o seio materno, na unidade neonatal. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

**Introdução:** É notório dizer que o prematuro necessita de certa maturação para realizar o processo de sucção-deglutição-respiração de forma sincronizada para amamentar. E encontrar o momento ideal para iniciar a amamentação de forma segura é um grande desafio. **Objetivos:** Identificar o início da prontidão do prematuro para amamentação; discutir os fatores que podem facilitar ou dificultar o início da amamentação do prematuro e analisar em que momento o recém-nascido prematuro (RNPT) está pronto para a mamada completa. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado em uma unidade neonatal de um hospital maternidade vinculado à Secretaria Municipal de Saúde/RJ, sob o Caae: 32897114.5.3002.5279. A amostra inicial foi de 40 prematuros, com idade gestacional de 26 a 36 semanas. Já a idade corrigida ficou entre 31 e 40 semanas. Foram utilizados três instrumentos: 1º– Instrumento de coleta de dados de identificação materna e neonatal; 2º– Instrumento de avaliação de prontidão do prematuro para o início da alimentação oral; e 3º– Instrumento de observação de avaliação de mamadas. **Resultados:** Durante os primeiros seis dias consecutivos, foi utilizado o instrumento de avaliação de prontidão do prematuro para o início da alimentação oral. No primeiro dia do seguimento havia 40 prematuros; no segundo dia, 39 prematuros; no terceiro dia, 39 prematuros; no quarto dia, 36 prematuros; no quinto dia, 34 prematuros; no sexto dia, 33 prematuros. No sétimo dia de avaliação foi utilizado o instrumento de observação de avaliação de mamadas em 22 RNPTs que atingiram o escore esperado  $\geq 30$  no instrumento de prontidão, significando que o RNPT está pronto para o início da alimentação oral, por apresentar uma maior especificidade. Esses 22 RNPTs foram avaliados com o instrumento de avaliação de mamadas e apresentaram comportamentos favoráveis para amamentação completa. Vale ressaltar que o tempo de internação e procedimentos necessários para a recuperação clínica dos prematuros, tais como uso prolongado de oxigênio e sonda oral, foram fatores que dificultaram o início da prontidão. **Conclusão:** É extremamente relevante iniciar a amamentação do prematuro o mais cedo possível, porém, devido às particularidades deste, a equipe multidisciplinar precisa estar

atenta ao momento ideal, ou seja, quando o prematuro apresenta um estado de prontidão para este início. A presença materna com apoio do pai/família, e suporte dos profissionais de saúde no processo de aleitamento materno contribui para o início precoce da prontidão do prematuro para a amamentação. Portanto, sugerimos que seja criado um “Time de Amamentação” em todas as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs). Com isso será possível obtermos resultados salútares na saúde dos prematuros.

**Descritores:** Aleitamento Materno, Prematuro, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermagem.

## RESUME

GOMES, Susana de Freitas. Premature readiness monitoring: the beginning of oral feeding to the mother's breast in the neonatal unit. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

**Introduction:** It is notorious to say that the premature need certain maturity to develop the process of sucking-swallowing-breathing in a synchronized way to breastfeed. And finding the ideal moment to initiate breastfeeding in a secure manner is a great challenge. **Aim:** to identify the beginning of premature readiness for breastfeeding; to discuss factors that can facilitate or hinder premature breastfeeding beginning and to analyze in what moment the premature newborn (PNB) is ready for complete feed. **Methodology:** Descriptive study with a quantitative approach developed in a neonatal unit in a maternity hospital linked to Municipal Health/RJ under CAEE: 32897114.5.3002.5279. Initial sample was 40 premature babies, gestation age 26 to 36 weeks. Corrected age was between 31 and 40 weeks. Three tools were used: 1<sup>o</sup>– Instrument to collect maternal and neonatal identification data; 2<sup>o</sup>– Instrument to evaluate premature readiness to oral feed beginning; and 3<sup>o</sup>– observational instrument for feedings evaluation. **Results:** During first six days straight, we used the instrument to evaluate premature readings to oral feeding. On the first segment Day, there were 40 premature babies; on the second, 39 premature babies, on the third, 39 premature babies; on the fourth, 36 premature babies; on the

fifth, 34; on the sixth, 33. On the seventh evaluation day, we used the observational instrument for feeding evaluation in 22 PNB that reached expected score  $\geq 30$  in the readiness instrument, meaning that PNB is ready to begin with oral feeding. These 22 PNB were evaluated with feeding evaluation and presented favorable behaviors to complete feeding. It is worth highlighting that admission time and needed procedures for premature babies' clinical recovery, such as prolonged oxygen use and oral catheter, were factors that hindered readiness. **Conclusion:** It is extremely relevant to begin breastfeeding in premature babies as soon as possible, however, due to their particularities, a multidisciplinary team needs to be aware of the ideal moment, that is, when the premature baby presents a readiness state for this beginning. Maternal presence with father/family support, and health professionals' support in the breastfeeding process contributes to premature babies' early readiness for breastfeeding. Therefore, we suggest that a "Breastfeeding Team" is created in all Neonatal Intensive Care Unit (NICU). With this, it's possible to obtain salutary results in premature babies' health.

**Descriptors:** Breast feeding, Premature, Neonatal Intensive Care Unit, Nursing.

### Lista de Figuras:

<b>Figura 1: Combinação descritores/palavras nas bases de dados:.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 2: Total de estudos encontrados nas bases de dados e selecionados de acordo com critérios de inclusão/exclusão .....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 3: Diagrama da distribuição da amostra de mães e RNPTs de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>69</b>

### Lista de Quadros:

<b>Quadro 1: Distribuição dos estudos selecionados de acordo com o ano, título, objetivos, métodos e local.....</b>	<b>35</b>
<b>Quadro 2: Distribuição dos estudos selecionados de acordo com o título, instituição, ano, objetivos e métodos, segundo o catálogo de teses e dissertações do CEPEn/ABEN, período de 1979 a 2013 .....</b>	<b>38</b>
<b>Quadro 3: Legislações relacionadas às políticas de saúde da criança voltadas para o aleitamento materno (BRASIL, 2011) .....</b>	<b>45</b>
<b>Quadro 4: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (ABMP, 2015) e Lei sobre políticas para a primeira infância (Brasil, 2016).....</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 5: Caracterização dos RNPTs quanto ao diagnóstico, internação, suporte ventilatório e tempo de internação na UTIN .....</b>	<b>86</b>
<b>Quadro 6: Dados quantitativos quanto ao resumo dos principais resultados do Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada. Rio de Janeiro, 2015 ...</b>	<b>140</b>

## LISTA DE TABELAS:

<b>Tabela 1: Caracterização das mães dos prematuros participantes do estudo quanto à idade, escolaridade e estado civil. Rio de Janeiro, 2015. N=38.....</b>	<b>77</b>
<b>Tabela 2: Caracterização das mães dos prematuros participantes do estudo quanto aos dados obstétricos. Rio de Janeiro, 2015. N=38 .....</b>	<b>79</b>
<b>Tabela 3: Caracterização dos prematuros participantes do estudo, segundo dados do nascimento – parte I. Rio de Janeiro, 2015. N=40.....</b>	<b>82</b>
<b>Tabela 4: Caracterização dos prematuros participantes do estudo, segundo dados do nascimento - parte II. Rio de Janeiro, 2015. N=40 .....</b>	<b>84</b>
<b>Tabela 5: Caracterização dos prematuros segundo os dados de alimentação e nutrição durante a internação na UTIN. Rio de Janeiro, 2015. N=40 .....</b>	<b>88</b>
<b>Tabela 6: Dados quantitativos do primeiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=40....</b>	<b>99</b>
<b>Tabela 7: Dados quantitativos do primeiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o estado de organização comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=40.....</b>	<b>102</b>
<b>Tabela 8: Dados quantitativos do primeiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. N=40 .....</b>	<b>103</b>
<b>Tabela 9: Dados quantitativos do primeiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=40.....</b>	<b>104</b>
<b>Tabela 10: Dados quantitativos do primeiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o escore. Rio de Janeiro, 2015. N=40.....</b>	<b>105</b>
<b>Tabela 11: Dados quantitativos do segundo dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=39..</b>	<b>106</b>

<b>Tabela 12: Dados quantitativos do segundo dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o Estado de Organização Comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=39 .....</b>	<b>107</b>
<b>Tabela 13: Dados quantitativos do segundo dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. N=39 .....</b>	<b>108</b>
<b>Tabela 14: Dados quantitativos do segundo dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=39.....</b>	<b>109</b>
<b>Tabela 15: Dados quantitativos quanto ao segundo dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o Escore. Rio de Janeiro, 2015. N=39.....</b>	<b>110</b>
<b>Tabela 16: Dados quantitativos quanto ao terceiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=39.....</b>	<b>111</b>
<b>Tabela 17: Dados quantitativos quanto ao terceiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o Estado de Organização Comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=39 .....</b>	<b>112</b>
<b>Tabela 18: Dados quantitativos quanto ao terceiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. n=39.....</b>	<b>114</b>
<b>Tabela 19: Dados quantitativos quanto ao terceiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=39.....</b>	<b>115</b>
<b>Tabela 20: Dados quantitativos quanto ao terceiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o escore. Rio de Janeiro, 2015. N=39 .....</b>	<b>116</b>

<b>Tabela 21: Dados quantitativos quanto ao quarto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=36</b>	<b>117</b>
<b>Tabela 22: Dados quantitativos quanto ao quarto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o estado de organização comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=36</b>	<b>118</b>
<b>Tabela 23: Dados quantitativos quanto ao quarto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. N=36</b>	<b>119</b>
<b>Tabela 24: Dados quantitativos quanto ao quarto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=36</b>	<b>120</b>
<b>Tabela 25: Dados quantitativos quanto ao quarto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o escore. Rio de Janeiro, 2015. N=36</b>	<b>121</b>
<b>Tabela 26: Dados quantitativos quanto ao quinto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=34</b>	<b>122</b>
<b>Tabela 27: Dados quantitativos quanto ao quinto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o estado de organização comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=34</b>	<b>123</b>
<b>Tabela 28: Dados quantitativos quanto ao quinto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. N=34</b>	<b>124</b>
<b>Tabela 29: Dados quantitativos quanto ao quinto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=34</b>	<b>125</b>
<b>Tabela 30: Dados quantitativos quanto ao quinto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o escore. Rio de Janeiro, 2015. N=34</b>	<b>126</b>

<b>Tabela 31: Dados quantitativos quanto ao sexto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=33</b>	<b>127</b>
<b>Tabela 32: Dados quantitativos quanto ao sexto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o estado de organização comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=33</b>	<b>128</b>
<b>Tabela 33: Dados quantitativos quanto ao sexto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. N=33</b>	<b>129</b>
<b>Tabela 34: Dados quantitativos quanto ao sexto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=33</b>	<b>130</b>
<b>Tabela 35: Dados quantitativos quanto ao sexto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o escore. Rio de Janeiro, 2015. N=33</b>	<b>131</b>
<b>Tabela 36: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo a idade gestacional corrigida. Rio de Janeiro, 2015. N=22</b>	<b>133</b>
<b>Tabela 37: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo a posição corporal. Rio de Janeiro, 2015. N=22</b>	<b>134</b>
<b>Tabela 38: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo as respostas da dupla na amamentação. Rio de Janeiro, 2015. N=22</b>	<b>135</b>
<b>Tabela 39: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo o estabelecimento de laços afetivos/afetividade. Rio de Janeiro, 2015. N=22</b>	<b>136</b>
<b>Tabela 40: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo a anatomia das mamas. Rio de Janeiro, 2015. N=22</b>	<b>137</b>
<b>Tabela 41: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo os aspectos relacionados à sucção. Rio de Janeiro, 2015. N=22</b>	<b>138</b>

<b>Tabela 42: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo o tempo gasto com a sucção – Instrumento de avaliação de mamadas. Rio de Janeiro, 2015. N=22 .....</b>	<b>139</b>
<b>Tabela 43: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, com uso do Instrumento de Avaliação de Mamadas, segundo a atitude. Rio de Janeiro, 2015. N=22.....</b>	<b>140</b>

## Lista de Abreviaturas e Símbolos

<b>AIG</b>	Adequado para Idade Gestacional
<b>AM</b>	Aleitamento Materno
<b>AME</b>	Aleitamento Materno Exclusivo
<b>CAM</b>	Cuidado Amigo da Mulher
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>EEAN</b>	Escola de Enfermagem Anna Nery
<b>IBFAN</b>	Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – International Baby Food Action Network
<b>IHAC</b>	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
<b>IUBAAM</b>	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
<b>NUPESC</b>	Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente
<b>PIG</b>	Pequeno para Idade Gestacional
<b>PT</b>	Pré-termo
<b>RN</b>	Recém-nascido
<b>RNT</b>	Recém-nascido a termo
<b>RNPT</b>	Recém-nascido prematuro
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UCINCa</b>	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
<b>UCINCo</b>	Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
<b>UFRJ</b>	Universidade Federal do Rio de Janeiro
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância – United Nations Children's Fund
<b>UTIN</b>	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde

## Sumário

_CAPÍTULO I.....	
1.1 Introdução.....	21
1.2 Objeto: .....	30
1.3 Objetivos:.....	30
1.4. Justificativa e Relevância.....	30
1.5 Estado da Arte.....	13
1.6 Contribuição do estudo.....	43
2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	44
3. MATERIAL E MÉTODO .....	66
3.1 Tipo de estudo .....	66
3.2 Local do Estudo .....	66
3.3 Amostra e recrutamento dos participantes .....	67
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	68
3.5 Instrumentos de coleta de dados .....	70
3.6 Estudo Piloto .....	74
3.7- Tratamentos estatísticos e Análise dos Dados .....	75
3.8- Aspectos legais e éticos.....	75
4 –RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	76
4.1 - Caracterizações dos participantes.....	76
4.1.2 Prematuros .....	81
4.2 - AVALIAÇÃO 1º DIA: Instrumento de Prontidão n = 40.....	99
4.3 - AVALIAÇÃO 2º DIA: Instrumento de Prontidão n = 39.....	106
4.4 - AVALIAÇÃO 3º DIA: Instrumento de Prontidão n = 39.....	111
4.5 - AVALIAÇÃO 4º DIA: Instrumento de Prontidão n = 36.....	116
4.6 - AVALIAÇÃO 5º DIA: Instrumento de Prontidão n = 34.....	121
4.7 - AVALIAÇÃO 6º DIA: Instrumento de Prontidão n=33.....	127
4.8 Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada aplicado no 7º dia.....	132
5 – CONCLUSÃO.....	144
6. REFERÊNCIAS .....	146
APÊNDICE A: TCLE .....	165
Anexo V – Critérios para classificação dos escores na avaliação de mamadas .....	172
Anexo VI - Dez passos para o sucesso do aleitamento materno propostos pela OMS e pelo UNICEF - 2014 .....	173
Anexo VII - IHAC NEONATAL .....	174
Anexo VIII – Autorização CEP / Instituição Proponente.....	175
Anexo IX – Autorização CEP / Instituição Coparticipante.....	176

### 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo apresenta proposta com aderência ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde do recém-nascido, inserido na Linha de Pesquisa da Saúde da Criança e do Adolescente, e faz parte do projeto intitulado: “Transferência do conhecimento no cuidado desenvolvimental do prematuro”, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marialda Moreira Christoffel, no qual uma das ações é o aleitamento materno do prematuro.

A motivação para o estudo partiu da minha experiência profissional com recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN e em Berçários onde atuei durante 15 anos, em instituições renomadas no Estado do Rio de Janeiro. Nessa época comecei a observar que recém-nascidos pré-termo – RNPTs, na maioria das vezes, não tinham a oportunidade de usufruir dos benefícios do aleitamento materno – AM como os recém-nascidos a termo – RNTs.

Em uma instituição privada em que trabalhava no berçário, sempre era indicada pelos pediatras para o atendimento domiciliar de mães para o apoio na amamentação, orientação dos cuidados com o recém-nascido – RN e para furar orelhas de RNs e crianças.<sup>1</sup>

Em cada atendimento me deparava com as dificuldades e facilidades vivenciadas pela mãe e família quanto à amamentação do RN. Algumas famílias vivenciam este momento de forma tranquila, enquanto que outras sofrem e sentem-se impotentes e fragilizadas.

Segundo a OMS (2005) a amamentação é uma forma inigualável para promover o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança. Embora seja um ato natural, a amamentação é também um comportamento aprendido. Todas as mães podem amamentar desde que tenham informações adequadas e apoio dentro de suas famílias e dos serviços de saúde.

---

<sup>1</sup>O atendimento em domicílio ocorre na cidade do Rio de Janeiro. As mães chegam até mim através da indicação de alguns pediatras, de outras mães, da Internet (*site* e *blog*) e através do livro “Agendinha Carioca” da editora Senac, no qual a autora divulga meu trabalho.

A maioria das mães pode e deve amamentar, da mesma forma que, na maioria, os lactentes podem e devem ser amamentados. Somente em situações especiais em que o recém-nascido não pode ser amamentado, a escolha da melhor alternativa depende das situações individuais – leite materno ordenhado ou do banco de leite humano, além das diferentes técnicas de alimentação (OMS, 2005).

As evidências dos benefícios do aleitamento materno, de uma maneira geral, reforçam que o AM é de suma importância para o crescimento e desenvolvimento da criança, diminuição da morbimortalidade infantil, além de proporcionar imunidade para diversos tipos de doenças. Esses benefícios justificam a importância de aumentar a prevalência do aleitamento materno, principalmente nos grupos mais vulneráveis, como o prematuro (BRASIL, 2009a; 2009b; 2011).

Durante minha prática assistencial tive a oportunidade de vivenciar as dificuldades que marcam o universo das mães de prematuros, pois, além de toda a fragilidade de ter um filho internado em uma UTIN, logo após o nascimento, existe o grau de incerteza diante dos acontecimentos futuros.

Além disso, o afastamento da mãe durante a hospitalização prolongada e as dificuldades na manutenção da produção láctea e no manejo levam à possibilidade da não amamentação. E, no momento da alta hospitalar, muitas vezes saem com prescrição de fórmula infantil.

Em prematuros o aleitamento materno é fundamental para evitar infecções, pois o leite humano possui propriedades nutritivas e imunológicas, favorece a maturação gastrointestinal, reforça o vínculo afetivo mãe-bebê, aumenta o desempenho neuropsicomotor, leva a menor tempo de internação e menor incidência de re-hospitalização (OMS, 2005).

Apesar desses benefícios, as baixas taxas de aleitamento materno e a curta duração da amamentação são comuns em recém-nascidos prematuros (NYQVIST, 2008).

Uma explicação para essas baixas taxas de aleitamento materno nesta população, em comparação com crianças nascidas a termo, é a presença da imaturidade e da desorganização do padrão de sucção, o que atrasa a realização da amamentação e torna difícil para as mães alcançarem o sucesso da amamentação (NYQVIST, 2008).

Ainda para Nyqvist (2008), estudos sobre o desenvolvimento do comportamento motor oral em pré-termo são limitados, e têm sido realizados com

foco predominante no uso de mamadeira; embora haja inúmeros relatos de alta precoce de pré-termos totalmente amamentados que utilizaram o cuidado canguru, e que citam benefícios deste método na lactação e na amamentação, esses estudos não forneceram quaisquer dados sobre o desenvolvimento da competência motor oral dessas crianças.

A revisão sistemática de literatura realizada por Briere, McGrath, Cong, Cusson (2014), com o objetivo de determinar os fatores que influenciam a duração do aleitamento materno após a alta hospitalar da UTIN, mostrou que as intervenções na UTIN em relação à duração do aleitamento materno incluem fatores maternos e neonatais como: os efeitos da consulta do pré-natal, uso de medicação para a produção de leite, a transição para a alimentação oral e o cuidado canguru.

Um dos estudos realizados, especificamente com 84 RNPTs, explorou o uso do leite pela sonda nasogástrica *versus* a mamadeira para a transição do início da amamentação. O grupo que utilizou a sonda nasogástrica foi mais significativo para início precoce da amamentação em relação aos alimentados na mamadeira com 3 dias, 3 meses e 6 meses após a alta hospitalar. O uso da sonda gástrica em relação à mamadeira demonstrou evidência de efeito positivo para a duração da amamentação, mas requer mais estudos antes de ser realizada tal recomendação. As crianças próximas da alta hospitalar na UTIN devem continuar a serem apoiadas quanto à lactação e educação relativas à manutenção do volume de leite (BRIERE, MCGRATH, CONG, CUSSON, 2014).

Portanto, um dos muitos desafios para o pré-termo na UTIN é o de dominar a sucção-deglutição-respiração para ter uma alimentação oralde sucesso antes da alta hospitalar. Esse processo pode ser simples quando se pensa no recém-nascido a termo e que normalmente se alimenta quando colocado no peito imediatamente após o nascimento.

Para o RN ter uma alimentação oral de sucesso ele requer várias habilidades e reflexos que ainda são imaturos no prematuro. Muitas vezes o pré-termo, após ter seu diagnóstico clínico resolvido, permanece na unidade neonatal para ganhar peso e se preparar para a alta hospitalar.

Mas isso não é uma tarefa fácil, pois o RNPT precisa aprender a sugar, engolir e respirar em sequência, com ou sem uma mínima redução da frequência cardíaca e dessaturação de oxigênio (LEFAIVER, LAWLOR-KLEAN, WELLING, SMITH, WASZAK, MICEK, 2009).

De acordo com Lefaiver et al. (2009) o momento adequado para a alta hospitalar do RNPT é determinado pela competência da alimentação oral, porém não existe um padrão para iniciar o processo da alimentação oral.

No passado, a base para iniciar a alimentação era determinada pela idade pós-concepcional, peso e as características comportamentais, tais como ser capaz de sugar uma chupeta (LEFAIVER, LAWLOR-KLEAN, WELLING, SMITH, WASZAK, MICEK, 2009).

O estudo de Thoyre, 2003 reforça ainda que nesse processo a maioria dos profissionais de saúde tem levado em consideração dados isolados dos RNs, sem realizar uma avaliação que considere aspectos de suas condições gerais do desenvolvimento neuropsicomotor e de sua habilidade motora oral.

Antigamente os prematuros não tinham muitas chances de sobrevivência devido à falta de recursos tecnológicos. No período compreendido entre 1846-1907, Budin foi considerado o criador da Neonatologia moderna juntamente com Stéphane Tarnier, ambos foram os responsáveis pela organização da primeira consulta para lactantes. Budin vulgarizou a alimentação artificial com leite esterilizado, aperfeiçoou e divulgou pelo mundo a incubadora, trazendo conceitos de controle térmico, de limpeza, de higiene e de nutrição do recém-nascido. Budin e Marchand recomendaram a alimentação do recém-nascido por sonda nasal. A técnica era realizada com uma seringa. Tarnier fez apologia ao aleitamento materno e à nutrição do prematuro por sonda nasal e oral – a nutrição parenteral surgiu somente na década de oitenta do século XX (FERRAZ e GUIMARAES, 2007).

O apoio para a alimentação do prematuro é retratado desde o século 20, Pierre Budin enfocou o cuidado aos “fracos”, como eram chamados os prematuros na época. Com a promoção de cuidado simples: calor, amamentação e higiene, muitos prematuros sobreviveram. Contudo, o leite em pó foi amplamente utilizado e os livros médicos orientavam para que o prematuro não fosse alimentado nos primeiros dias de vida. Depois de 1960, o ressurgimento de atenção e apoio para alimentação de RNPT foi um fator importante para a redução da mortalidade infantil antes do advento da UTI (OMS, 2012).

Muito tempo depois, com a década de setenta assiste-se ao aparecimento das unidades intensivas neonatais (1971-1989), caracterizadas por um maior número e diversidade de profissionais qualificados, a institucionalização de normas de conduta. Foi o tempo da regionalização na gestão dos cuidados de saúde

perinatal e da estruturação dos sistemas de transporte com pessoal especializado. As grandes conquistas ocorreram no decurso do século XX na luta contra as doenças infecciosas, com o progresso da dietética e das técnicas de compensação por perfusão dos desequilíbrios hidroeletrólíticos, dentre outros (FERRAZ E GUIMARAES, 2007).

No século XXI, o início precoce da amamentação na primeira hora após o nascimento demonstrou reduzir a mortalidade neonatal, os prematuros se beneficiaram do leite materno nutricionalmente e do desenvolvimento imunológico. A curto e longo prazo os benefícios, em comparação com a alimentação por fórmula, são bem estabelecidos, com menor incidência de infecção e enterocolite necrosante e melhor desenvolvimento neurológico. Além disso, a maioria dos RNPTs necessita de apoio extra para a alimentação por via sonda gástrica (oral e nasal), copo, colher ou outro dispositivo. A mãe precisa de suporte para a extração do leite materno (OMS, 2012).

Prematuros de extremo baixo peso (<1000g) necessitam de nutrição parenteral total e isso requer um cuidado seguro quanto à terapia intravenosa. A rotina de suplementação de leite humano administrado a RNPT não é recomendada. A OMS recomenda a suplementação com vitamina D, cálcio, fósforo e ferro para RNMBP e da vitamina K no nascimento de RNBP (OMS, 2012).

Dentre as estratégias de cuidado para promoção e fortalecimento da amamentação, o cuidado pele a pele, em que o recém-nascido é colocado em contato direto com sua mãe ou outro membro da família, fornece calor e incentiva a frequência do aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2011).

Uma revisão sistemática e meta-análise de vários estudos controlados mostram que o cuidado canguru está associado a uma redução de 51% na mortalidade neonatal para RNs estáveis com peso < 2000 g, iniciado na primeira semana de vida, comparado a cuidados na incubadora (LAWN et al., 2010).

A redução de 40% no risco de mortalidade pós-alta, 60% sobre a redução nas infecções neonatais e quase 80% em hipotermia foram encontrados em outra revisão sistemática. O estudo mostrou outros benefícios como o aumento do aleitamento materno, ganho de peso, o vínculo mãe-bebê. Além de reduzir custos hospitalares e ser estratégia amiga dos pais e cuidadores. O cuidado canguru foi endossado pela OMS em 2003 (CONDE-AGUDELO, BELIZÁN, DIAZ-ROSSELLO, 2011).

Apesar das evidências de sua relação custo-benefício, o cuidado canguru ainda é subutilizado nas maternidades e nas unidades neonatais, e no domicílio (OMS, 2012).

Por um lado, todo o avanço tecnológico aumentou a sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais prematuros, cuja assistência integral e humanizada na perspectiva do cuidado desenvolvimental visa à qualidade de vida dessas crianças, utilizando estratégias como oferecer o leite materno o mais precoce possível, a inclusão da mãe/família na unidade de terapia intensiva neonatal, incentivo ao aleitamento materno e o contato pele a pele através da posição canguru (BRASIL, 2011).

Segundo Lefaiveret al. (2009), esses avanços médicos permitiram a sobrevivência de recém-nascidos com idade gestacional cada vez mais precoce, podendo ser introduzida alimentação via oral antes de a sequência de sucção-deglutição-respiração estar presente. Alguns prematuros têm sido capazes de mamar com sucesso em uma idade que se acreditava anteriormente muito cedo, porque a prática foi modificada em uma tentativa de diminuir o tempo de permanência na UTIN.

A Teoria Sincrono Ativo descrita por Als (1982, 1986) descreve o processo maturacional da organização do comportamento do PT. A estrutura dessa teoria aborda a combinação dos sistemas fisiológicos e comportamentais, e a forma como as crianças trabalham sua maturação para manter o equilíbrio entre estressores ambientais, ao lidar com as demandas fisiológicas. Essa teoria sugere que as funções estão em atividades integradas nos três subsistemas: autonômico, motor e estado comportamental (BRASIL, 2011).

Existem razões fisiológicas para que a alimentação oral possa ocorrer seguramente antes da presença de sucção-deglutição-respiração. A alimentação oral do PT é uma tarefa de alta acuidade. Ela pode se dar através da repetição e do uso de oportunidades (LEFAIVER et al., 2009).

A alimentação do RNPT é um processo complexo que inclui o estado de alerta, cognição, desenvolvimento motor e neurológico, interação com a mãe/cuidador, maturação fisiológica do sistema, sendo a amamentação o melhor método de alimentação infantil.

Apesar da vasta literatura disponível sobre as práticas de aleitamento materno, o enfoque dado às técnicas alternativas de alimentação, que possibilitem a

amamentação ou evitem o desmame precoce, tem sido restrito, principalmente para RNPTs (GUTIERREZ, DELGADO, COSTA, 2006).

As evidências mostram que a enfermagem tem um papel crucial para o RNPT alcançar sua competência, reconhecendo o estado inicial da criança em relação à prontidão e compreendendo intervenções apropriadas quando o RN apresentar períodos de apneia, regurgitação, aspiração durante as mamadas (LEFAIVER et al., 2009). Os sinais de estresse e organização comportamental e fisiológica devem ser observados durante a alimentação e a mesma deve ser interrompida quando necessário (TAMEZ, 2009).

É imprescindível que o enfermeiro compreenda as pistas para a prontidão quando o RNPT está no período de transição para a alimentação oral. A prontidão frequentemente é descrita como “um estado”, ou seja, quando o RNPT está pronto para se alimentar por uma mamadeira, quando esta é oferecida (LEFAIVER et al., 2009).

Vários fatores podem contribuir para a prontidão do RN, tais como: gravidade da doença, maturação neurológica, e habilidade de organizar o sistema autonômico, motor e estado comportamental. Dependendo da severidade da doença, o processo de alimentação oral pode ser complicado e o período de transição pode ser prolongado (LEFAIVER et al., 2009).

O cérebro do prematuro ainda está se desenvolvendo antes de 34 semanas de gestação, e a imaturidade do cérebro é um fator importante para a perda da coordenação sucção-deglutição-respiração, que faz com que haja insucesso para a alimentação oral. A sucção-deglutição ocorre com 28 semanas de gestação e a coordenação sucção-deglutição-respiração inicia entre 32 e 34 semanas (BRASIL, 2011).

A habilidade para a alimentação oral evolui continuamente, mesmo após a alta. Uma abordagem para ajudar o prematuro a dominar a alimentação oral é envolver os pais precocemente, e ensiná-los a aprender a reconhecer as pistas comportamentais de seu filho.

Instrumentos estruturados para avaliar e documentar a prontidão para início da alimentação oral podem ser usados para medir a capacidade de manter as habilidades de estabilidade autonômica e motora antes, durante e após a alimentação (LEFAIVER et al., 2009). Esses instrumentos podem ser usados tanto

para monitorar o progresso dos RNs, como para uma abordagem educativa de interação com os pais (LEFAIVER et al., 2009).

Um dos marcos mais desafiadores para os recém-nascidos prematuros é a aquisição de habilidades de alimentação seguras e eficientes. Vários estudos mostram comportamentos específicos que podem ser observados em RNs que estão prontos para o início da alimentação oral (NYQVIST, SJODEN, EWALD, 1999; NYQVIST, EWALD, SJODEN, 1996).

As práticas nutricionais podem variar de uma unidade de terapia intensiva para a outra, sendo que o aporte nutricional não é iniciado precocemente como as evidências apontam. Muitas vezes a nutrição parenteral e enteral são iniciadas após a primeira semana do nascimento, o que no prematuro extremo acarreta consequências imediatas, sendo uma justificativa médica o início da nutrição precoce em relação às consequências de aporte nutricional agressivo e precoce embasado na crença de proteínas e aminoácidos que não são bem tolerados pelo RNPT. Porém a falta de nutrientes na primeira semana de vida vai contribuir para uma restrição do crescimento e principalmente do crescimento do cérebro (TAMEZ, 2009).

A recomendação atual para um crescimento adequado pela Academia Americana de Pediatria é de que todo RNPT deve receber níveis de nutrientes que permitam o crescimento próximo à taxa do crescimento intrauterino, com ganho de peso similar ao feto correspondente à idade gestacional desse RNPT, com o objetivo de manutenção da massa corporal e da densidade óssea, prevenção de enterocolite necrosante, displasia pulmonar, septicemia; e para otimizar o desenvolvimento neurológico (AAP, 2012).

A transição para alimentação via oral do pré-termo exige que os profissionais de saúde devam estar envolvidos com essas questões para que possam medir e avaliar se esses prematuros estão prontos para este início, utilizando técnicas de alimentação e apoio adequadas para promover a nutrição e o crescimento durante a transição para alimentação oral (LEFAIVER et al., 2009).

Para prematuros, a capacidade de desenvolver o comportamento para alimentação oral é dependente de muitos fatores. A complexidade dos fatores que influenciam a prontidão para o início da alimentação levou alguns pesquisadores a investigar o uso de uma avaliação individualizada das habilidades de uma criança (CROWE et al., 2015). Vários métodos e protocolos têm sido utilizados para

avaliação quanto à segurança da prontidão para o início da alimentação oral. As escalas de avaliação de prontidão para o início da alimentação oral foram desenvolvidos para a transição da mamadeira (LEMONS P.K., LEMONS J.A., 1996; THOYRE S.M., 2003; NEIVA F.N., LEONE C, LEONE C.R., 2008).

A OMS (2005) indica o aleitamento materno como a melhor prática de alimentação, no entanto decidir quanto iniciá-lo em prematuros representa um grande desafio devido à falta de padronização para avaliar a prontidão do prematuro para uma amamentação eficaz.

No Brasil, estudos de Fujinaga (2002, 2005, 2013) apresentaram um instrumento de avaliação de prontidão do prematuro para início da alimentação oral que inclui: idade corrigida, estado de organização comportamental, postura oral, reflexos orais, sucção não nutritiva. Esses critérios de avaliação são fundamentais para indicar a necessidade de intervenção e assim garantir o sucesso da alimentação oral pelo RNPT.

Nesse sentido, o presente estudo tem como hipótese: O prematuro apresenta padrão de comportamento para o início da amamentação ao seio materno de acordo com a maturação do seu desenvolvimento. Portanto, demanda cuidado de enfermagem complexo, para, com o apoio de instrumentos de observação, iniciar no momento adequado a amamentação.

## **1.2 Objeto:**

- Prontidão do recém-nascido prematuro para o início da amamentação.

## **1.3 Objetivos:**

- Identificar o início da prontidão do prematuro para a amamentação.
- Discutir os fatores que podem facilitar ou dificultar o início da amamentação do prematuro.
- Analisar em que momento o RNPT está pronto para a mamada completa.

## **1.4. Justificativa e Relevância**

Segundo a OMS (2012), a cada ano, 15 milhões de bebês nascem prematuros e suas chances de sobrevivência variam drasticamente ao redor do mundo. A maioria dos prematuros (>80%) nasce entre 32 e 37 semanas de gestação. A prematuridade é subdividida baseada na idade gestacional: pré-termo (< 37 semanas), pré-termo moderado (33-36 semanas); muito pré-termo (28-32 semanas), pré-termo extremo (24-27 semanas); limite de viabilidade (22-23 semanas); (MARGOTTO, 2002).

Segundo a OMS (2012) a taxa de prematuros é de 12 a cada 100 nascidos vivos, na África ao Sul do Saara na Ásia, e em países desenvolvidos como a Alemanha a taxa é de 9%. No Brasil, a taxa é de 9,2% (HOWSON C.P., KINNEY M.V., LAWN J.E, 2012). Apesar de a maioria dos recém-nascidos PTs sobreviver, recentes estudos internacionais demonstraram que são altas as taxas de morbidade nessa população (STOLL et al., 2010; MERCIER et al., 2010)

Cerca de 10% de pré-termo nascem entre 28 e 32 semanas de gestação, e morrem por falta de cuidados simples, como calor e apoio para a alimentação, e não

têm acesso a unidade de terapia intensiva neonatal. O RNPT tem o risco aumentado de mortalidade, hemorragia intracraniana, infecções e alterações cognitivas a longo prazo, dentre outros (OMS, 2012).

Esses recém-nascidos necessitam de atenção nos cuidados quanto à amamentação, evitando o desmame precoce através de unidades amigas da amamentação, cuidado canguru, redução da dor e de estímulos ambientais e da presença das famílias nas unidades neonatais (BRASIL, 2011).

É importante observar que hoje existe uma grande preocupação acerca da prematuridade, tanto a nível nacional, como internacional. Para defender tratamentos mais adequados para ampliar a sobrevivência desses bebês, foi criado o “Dia Mundial da Prematuridade” em 17 de Novembro de 2009. Todo prematuro necessita de cuidados essenciais, com suas mães fornecendo calor e aleitamento materno (OMS, 2012).

Para um cuidado pautado na produção do conhecimento, o estudo de Pizzani et al. (2012), realizado através de uma análise bibliométrica no Banco de Teses da Capes no recorte temporal de 1987 a 2009, encontrou 1.173 registros sobre prematuridade. A produção encontra-se representada, em sua maioria, por dissertações de mestrado; a instituição que obteve maior destaque foi a Universidade de São Paulo, e a região do país que sobressaiu foi a Sudeste. Os estudos estão voltados para os recém-nascidos pré-termo de baixo peso e de muito baixo peso, englobando os fatores sociais, biológicos e multifatoriais causadores da prematuridade. Também se destacou o interesse dos pesquisadores sobre o aleitamento materno, a relação mãe-filho e a mortalidade infantil.

A alimentação de prematuros, principalmente os de extremo baixo peso, tem sido objeto de vários estudos. Esse interesse advém do fato de o período neonatal representar uma fase crítica para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido e a nutrição nesta fase traz repercussões ao longo da vida adulta (BRASIL, 2009, 2011).

A orientação alimentar para prematuros está bem estabelecida na literatura internacional e preconiza o uso precoce de alimentação parenteral e de alimentação enteral mínima ou trófica (10 ml/kg/dia), aquela que pode ser dada logo após o nascimento em prematuros nos quais patologias graves impeçam o avanço da alimentação enteral (XIAO-MING, 2008).

Porém, segundo Valete et al. (2009), nos países desenvolvidos há descrição de que, na prática, a adesão aos protocolos está longe do ideal.

Estudo realizado por Valete et al. (2009) com o objetivo de analisar as práticas precoces de alimentação (dias para início de dieta enteral, dias para atingir a dieta enteral plena, dias para o início e o tempo de uso de nutrição parenteral) e o tipo de dieta na alta hospitalar, em 203 prematuros com peso menor que 1500 g, mostrou que há demora em iniciar a alimentação em prematuros e que a proporção total de aleitamento na alta foi de 74%. Os autores recomendam que esforços sejam realizados para alimentar precocemente e promover o aleitamento materno.

A revisão sistemática de Pedras et al. (2008) teve como objetivo avaliar a prevalência e/ou duração do aleitamento materno na alta hospitalar durante o primeiro ano de vida em recém-nascidos a termo ou prematuros que receberam suplementação no copo ou por mamadeira durante a internação. O estudo mostrou que o uso do copo para a suplementação da amamentação foi associado a maior prevalência de aleitamento materno a termo, nascidos de parto cesáreo e prematuros no momento da alta hospitalar. Parece haver uma influência favorável do uso do copo sobre o aleitamento materno.

Apesar de haver diversas formas de amamentar esse grupo frágil que nasce ainda sem ter adquirido habilidades necessárias para tal, a aproximação ao seio materno é essencial. E isso pode ser feito ainda na UTIN.

Um importante pilar do Cuidado Mãe Canguru é o estímulo à amamentação (VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004). Estudos realizados em unidades que praticam o método canguru mostram que as mães que realizam o contato pele a pele com seu bebê prematuro apresentam um volume diário de produção de leite significativamente maior, quando comparadas com um grupo controle. Além disso, observam que o abandono da lactação foi mais frequente entre as mães que não fizeram uso do método (AFFONSO D.D., WAHLBERG V., PERSSON B, 1989; HURST et al., 1997).

Em um estudo que teve como objetivo descrever o histórico do Método Mãe Canguru e apresentar evidências científicas sobre os benefícios dessa prática para os bebês de baixo peso, os autores concluíram que há evidências de impacto positivo do Método Mãe Canguru sobre a prática da amamentação (VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004).

## 1.5 Estado da Arte

Baseada nas minhas inquietações, iniciei uma revisão de literatura elaborando a seguinte questão de pesquisa: Qual a produção científica sobre uso de instrumentos de avaliação para início da alimentação oral em prematuros?

As bases de dados pesquisadas foram: Pubmed, Cochrane (somente revisão completa – novos) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde / Lilacs. Empregando o operador booleano “AND” realizei as combinações: breastfeeding (aleitamento materno) and premature (prematuro); breastfeeding (aleitamento materno) and sucking behavior (comportamento de sucção); breastfeeding (aleitamento materno) and protocols (protocolos); premature (prematuro) and sucking behavior (comportamento de sucção).

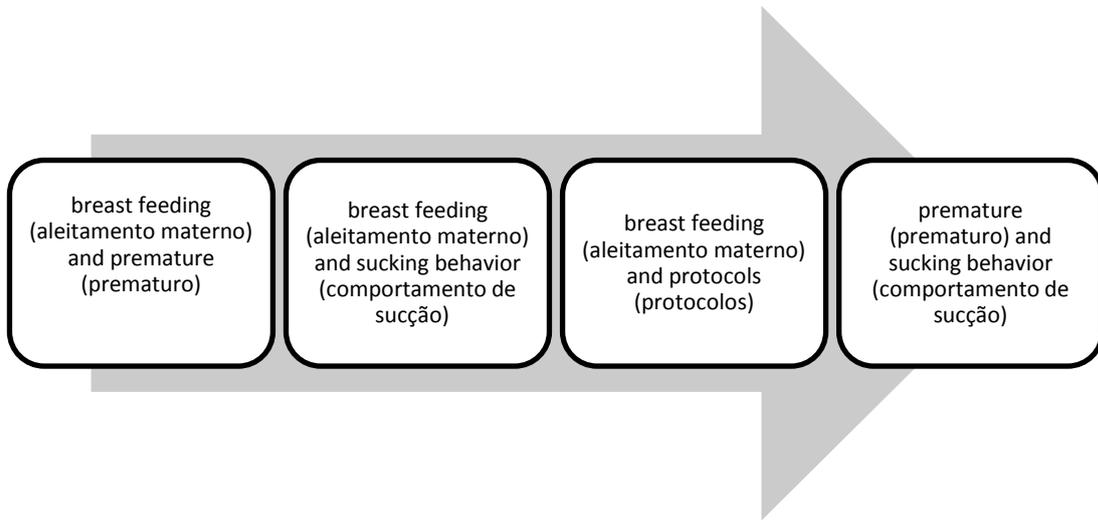
Os descritores encontravam-se em “palavras”, para que os resultados fossem mais abrangentes. O recorte temporal foram os últimos três anos, correspondendo especificamente ao período de 01/01/13 a 01/08/15.

Os critérios de inclusão foram: todos os artigos que estivessem disponíveis na íntegra e nos idiomas: português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão: relato de experiência, estudos qualitativos.

O primeiro passo foi realizar a busca em cada base de dados com a combinação dos descritores/palavras, onde obtive como resultado 263 artigos.

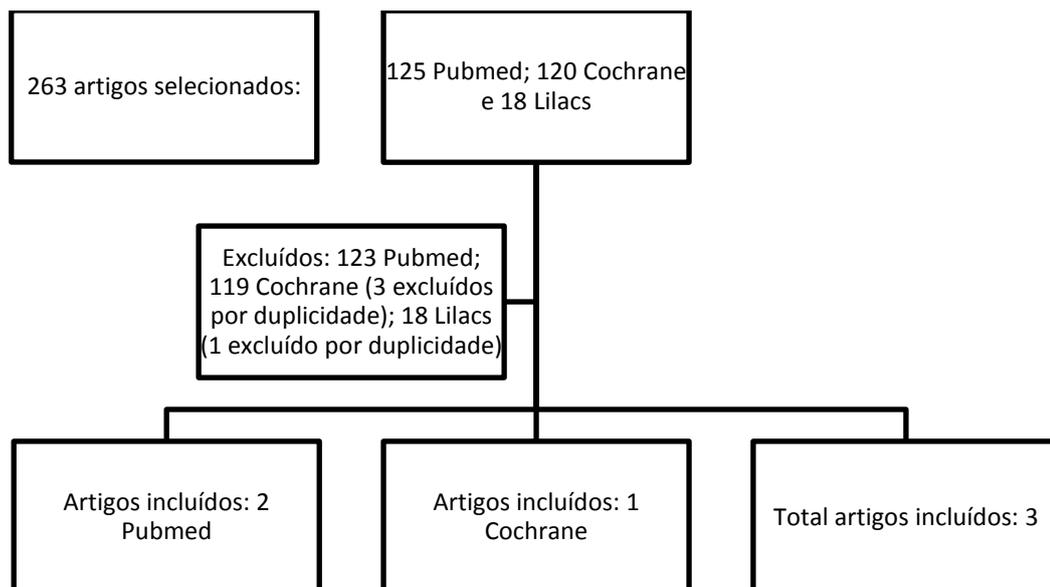
Para melhor visualização, tais etapas foram dispostas nas **Figuras 1 e 2**, separadas por combinação dos descritores e base de dados.

**Figura 1: Combinação descritores/palavras nas bases de dados:**



### Artigos Selecionados:

**Figura 2: Total de estudos encontrados nas bases de dados e selecionados de acordo com critérios de inclusão/exclusão**



Em seguida realizei a leitura do título e do resumo, selecionando os artigos que eram pertinentes à temática. Foram selecionados: 124 na Pubmed; 120 na Cochrane e 18 na Lilacs. Ao realizar a leitura na íntegra, aplicando os critérios de inclusão e exclusão anteriormente definidos e eliminando os artigos em duplicidade, foram incluídos três artigos.

**Quadro 1: Distribuição dos estudos selecionados de acordo com o ano, título, objetivos, métodos e local**

<b>ANO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>OBJETIVOS E MÉTODOS</b>	<b>LOCAL / AUTOR</b>
2013	<b>Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral</b>	Estudo descritivo que teve como objetivo avaliar a acurácia do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral	LOCAL: São Paulo (FUJINAGA et al., 2013)
2015	<b>Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation</b>	Revisão sistemática. Utilizados os métodos padrão do Grupo de Revisão Cochrane Neonatal.	LOCAL: Austrália (CROWE et al., 2015)
2015	<b>Prontidão do recém-nascido prematuro para a alimentação oral: revisão sistemática e metanálise</b>	Revisão sistemática e metanálise. Objetivo: Identificar e sistematizar os principais estudos sobre a transição da alimentação enteral para alimentação oral em prematuros	LOCAL: Minas Gerais (LIMA et al., 2015)

O estudo de Fujinaga et al. (2013) teve o objetivo de avaliar a acurácia do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral com 60 prematuros, com idade gestacional corrigida  $\leq 36$  semanas e 6 dias e que não haviam recebido alimentação oral. A acurácia global, sensibilidade e especificidade do instrumento, em comparação à ingestão de leite por meio da translactação, foram estimadas através de curvas ROC (Receiver Operating Characteristic Curves). O estudo mostrou a acurácia global do instrumento (74,38%), sensibilidade e especificidade (75,68%). O instrumento deverá ser usado para selecionar os prematuros com prontidão para início da alimentação oral. O Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação

Oral está validado para assistir os profissionais de saúde a iniciar a alimentação do prematuro, com vistas ao aleitamento materno, de forma segura e objetiva.

Portanto, o Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral é a primeira escala que oferece critérios objetivos para indicar a prontidão do prematuro para iniciar alimentação no seio materno. Poucos estudos descrevem o comportamento do prematuro no seio materno (FUJINAGA et al. 2013).

O estudo de Crowe et al. (2015) teve o objetivo de determinar os efeitos da utilização de um instrumento de prontidão, quando comparado com nenhum instrumento ou outro instrumento para estabelecer o tempo da alimentação completa e a duração da hospitalização. Foram encontradas 955 publicações; após as eliminações de estudos em duplicidade, foram encontradas 716 publicações; e após a revisão por dois observadores foram incluídos no estudo 44 artigos com texto completo (CROWE et al., 2015).

Os autores referem que existe uma série de instrumentos que especificamente avaliam a prontidão da alimentação, no entanto a utilidade clínica desses instrumentos não foi investigada em estudos experimentais. Eram estudos observacionais com o objetivo de estabelecer a validade e viabilidade do instrumento (FUGINAGA, 2007; FUJINAGA, 2007A; NEIVA, 2008; ROSSAROLLA, 2009). A ausência de estudos randomizados ou quase experimentais pode ser devida a esses instrumentos terem sido recentemente desenvolvidos e submetidos aos testes de confiabilidade e sensibilidade (CROWE et al., 2015).

Pode também ser um reflexo das dificuldades práticas no sentido de garantir que o grupo de comparação não seja exposto à intervenção, em especial na situação em que a utilização de um instrumento é comparada com a prática clínica normal com cuidadores diretos coletando dados (CROWE et al., 2015).

Os autores referem que não há nenhuma evidência para informar a prática clínica com nenhum estudo que satisfaça os critérios de inclusão para esta revisão. Os estudos randomizados ou ensaios quase randomizados são necessários para avaliar a utilidade clínica do uso de um instrumento para avaliar a prontidão da alimentação do prematuro na população infantil. Os pesquisadores precisam considerar também o uso de um instrumento de prontidão de alimentação na população de recém-nascidos prematuros em aleitamento materno, como a maioria dos estudos observacionais que investigam a prontidão e a progressão da

alimentação, e esses estudos de progressões são predominantemente focado no uso de mamadeira.

A revisão sistemática de Lima et al. (2015), com o objetivo de identificar e sistematizar os principais estudos sobre a transição da alimentação enteral para alimentação oral em prematuros nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO no período de 2003 a 2012, encontrou 29 publicações nacionais e internacionais.

Os países com maior número de publicações foram: Estados Unidos, com 16 publicações, Brasil com sete e Suécia com duas. O tamanho das amostras dos estudos variou de 15 a 472 RNPTs. Esse número importante de estudos realizados no Brasil (24,1%) pode ter ocorrido devido ao fato de terem sido realizadas buscas nas bases LILACS (de periódicos latino-americanos) e Scielo (LIMA et al., 2015).

Em relação ao desenho dos estudos selecionados, foi observado que 44,8% foram ensaios clínicos (13 estudos), 31,0% foram estudos retrospectivos (9 estudos), 20,7%, estudos prospectivos (6 estudos) e 3,5%, estudos transversais (1 estudo). Portanto, observa-se que a maioria dos estudos foi composta por ensaios clínicos (LIMA et al., 2015).

A maioria dos estudos (82,7%) não utilizou escalas de avaliação padronizadas para determinar se o RNPT estava apto a iniciar a alimentação VO no momento da avaliação. Nesses estudos, a decisão de se iniciar a alimentação oral estava a critério dos médicos responsáveis ou eram utilizadas normas definidas no serviço para a realização da transição (LIMA et al., 2015).

Quanto às escalas utilizadas em cinco estudos, as mais citadas foram: Neonatal Oral Motor Assessment (NOMAS); Preterm Infant Breastfeeding Behaviour Scale (PIBBBS); Clinical Pathway e escala dos estágios de sucção (LIMA et al., 2015).

Os autores referem que, apesar de estarem disponíveis na literatura protocolos padronizados, com confiabilidade e validade discriminatória testadas, na maioria dos estudos eles não foram utilizados. Os serviços de saúde muitas vezes utilizam protocolos rígidos, com normas pré-estabelecidas, que não avaliam a particularidade desenvolvimental de cada RN, o que muitas vezes provoca atrasos no início da dieta oral e evolução até a alimentação oral plena. Acredita-se que a utilização de escalas validadas proporcione a transição da dieta por sonda para dieta oral de forma mais segura e precoce, diminuindo os riscos para a saúde dos RNPTs (LIMA et al., 2015).

Realizei também a busca da produção acadêmica sobre a temática no catálogo de teses e dissertações através do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem–CEPEN da Associação Brasileira de Enfermagem–ABEN; o recorte temporal foi discriminado entre os anos de 1979 e 2012 (CEPEN online) e a busca ocorreu entre setembro e outubro de 2013. Foram utilizadas como palavras-chave: recém-nascido, aleitamento materno, amamentação, prematuro, pré-termo, baixo peso e Unidade de terapia intensiva neonatal. Foram selecionados cinco estudos, entre eles, três dissertações e duas teses.

**Quadro 2: Distribuição dos estudos selecionados de acordo com o título, instituição, ano, objetivos e métodos, segundo o catálogo de teses e dissertações do CEPEN/ABEN, período de 1979 a 2013**

TÍTULO	INSTITUIÇÃO / ANO	OBJETIVOS	MÉTODO
1. Alimentação de bebês prematuros e de muito baixo peso: efeitos da sucção à mamadeira e ao seio materno	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1999 / Dissertação	Os objetivos do estudo são descrever a habilidade da criança prematura para sugar à mamadeira e ao seio materno e comparar os efeitos destes dois tipos de sucção.	Pesquisa quantitativa.
2- Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação.	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002/ Dissertação	Elaborar e validar o conteúdo e a aparência de um instrumento de avaliação da prontidão do bebê prematuro em iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral.	Pesquisa quantitativa
3- Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação.	Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto., 2005. 120 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)	O objetivo da presente investigação foi testar a confiabilidade e a validade clínica do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para iniciar alimentação.	O instrumento foi constituído dos seguintes itens: idade corrigida, estado de consciência, postura e tônus global, postura dos lábios e língua, sucção e estresse.
4. Uso da translação para aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros: ensaio clínico randomizado	Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto; 2011. Tese	Avaliar a efetividade da translação com avaliação da prontidão oral para o AME em bebês prematuros em comparação como uso do copinho.	Ensaio clínico randomizado
5. Início da amamentação materna do prematuro: correlação entre escore de prontidão e desempenho na translação	Ribeirão Preto, 2013 Dissertação	Testar a validade de critério concorrente do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral, correlacionando o escore obtido, durante a aplicação do instrumento, com a ingestão de leite mediada pela técnica da translação.	Trata-se de estudo correlacional

Todos os conhecimentos que norteiam a habilidade do recém-nascido prematuro mostram que ele necessita de certa maturidade para desempenhar melhor a função.

Em um estudo com abordagem quantitativa com os objetivos de descrever a habilidade da criança prematura para sugar à mamadeira e ao seio materno, além de comparar os efeitos destes dois tipos de sucção, a autora constatou que a habilidade de sucção do prematuro se intensifica à medida que ele apresenta-se mais maduro. E conseqüentemente reduz o risco de quedas de saturação de oxigênio através do esforço exercido (SILVA M.H.A., 1999).

Foi realizado um estudo que teve como objetivo comparar os efeitos da sucção à mamadeira e ao seio materno baseado na saturação de oxigênio, temperatura cutânea, frequências cardíaca e respiratória. A amostra foi constituída de seis bebês pré-termo e de muito baixo peso. Foram realizadas 76 sessões de sucção, nas quais se monitorou as seguintes variáveis: temperatura cutânea, frequência cardíaca, respiratória e saturação de oxigênio. A temperatura cutânea, frequências cardíaca e respiratória não apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Entretanto houve alterações importantes na saturação de oxigênio, com maior ocorrência para sucção à mamadeira. Levando os autores à conclusão de que a sucção ao seio materno é menos estressante do que a sucção à mamadeira quanto à saturação de oxigênio (SILVA M.H.A. et al., 2011).

O estudo de Fujinaga (2002) foi pautado na elaboração e validação do conteúdo e da aparência de um instrumento de avaliação da prontidão do bebê prematuro em iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral. Trata-se de um estudo metodológico, para o qual se elaborou o referido instrumento e respectivo guia instrucional, tendo por base a revisão de literatura e a experiência profissional da pesquisadora, que atribuiu escores de 0 a 2 para cada sinal clínico e desempenho do prematuro a ser avaliado. Para validação do instrumento e guia instrucional, estabeleceu-se grau de concordância mínimo de 85%. Participaram como juízes, fonoaudiólogos com ampla experiência na área de Neonatologia. Atuaram 15 fonoaudiólogos na primeira etapa e 14 na segunda, ocasião em que se atingiu a concordância aceitável nos itens do instrumento de avaliação e respectivas definições operacionais contidas no guia instrucional (idade corrigida, estado de consciência, postura global, tônus global, postura dos lábios, postura da língua, reflexo de procura, reflexo de sucção, reflexo de mordida, reflexo de vômito, movimentação da língua, canolamento de língua, movimentação da mandíbula, força

de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo de sucção por pausa, manutenção do estado alerta e sinais de estresse).

Fujinaga (2005) teve como objetivo testar a confiabilidade e a validade clínica do instrumento de avaliação da prontidão do bebê prematuro para iniciar sua alimentação por via oral, testando sua acurácia, sensibilidade e especificidade. O instrumento foi constituído dos seguintes itens: idade corrigida, estado de consciência, postura e tônus global, postura dos lábios e língua, reflexo de procura, sucção, mordida e vômito, movimentação e canolamento de língua, movimentação da mandíbula, força de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo de sucção por pausa, manutenção do estado alerta e sinais de estresse. Para cada item o escore variou de 0 a 2, com pontuação máxima de 36 pontos. Participaram do estudo 60 bebês prematuros, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade gestacional corrigida igual ou superior a 30 semanas e menor ou igual a 36 semanas e 6 dias; estabilidade clínica e capacidade de se manterem fora da incubadora, por pelo menos 10 minutos; balanço calórico de, no mínimo, 80 calorias/kg/dia; ausência de deformidades faciais, distúrbios respiratórios, cardiovasculares, gastrointestinais e neurológicos ou síndromes que impedissem ou dificultassem a alimentação oral e não terem recebido alimentação láctea por via oral. Para o teste de confiabilidade, utilizou-se o coeficiente Kappa para verificar a concordância entre dois observadores. Para validação clínica, comparou-se o resultado obtido no instrumento com a performance do bebê no seio materno, definida como padrão ouro; aplicou-se o instrumento de avaliação e, a seguir, ofereceu-se o seio materno, e considerou-se desempenho adequado quando o bebê ingeriu um volume inicial de 5 ml de leite, com presença de sucção, sem apresentar sinais de estresse. Os resultados apontaram confiabilidade adequada, com exceção dos itens canolamento de língua, manutenção do ritmo sucção por pausa e sinais de estresse. O instrumento foi validado e definiram-se os pontos de corte em 28, 29 e 30, recomendando-se o ponto 28, com sensibilidade de 73,91% e especificidade de 64,86%. Concluiu-se que o instrumento demonstrou ser um protocolo objetivo, adequado e seguro para avaliar a prontidão do prematuro para o início da alimentação oral.

No estudo de Fujinaga, 2005 foi utilizada a técnica da translactação. Essa técnica é adequada para quantificar de forma fidedigna a ingestão de leite pelo

premature, pois, para o leite ser ingerido, depende da participação ativa do bebê durante a sucção (AQUINO; OSÓRIO, 2008, 2009).

O estudo de Rosseto (2011) teve o objetivo de avaliar a efetividade da translactação com avaliação da prontidão oral para o AME em bebês nascidos muito prematuros, em comparação com o uso do copo conforme rotina do serviço. Foi realizado um ensaio clínico randomizado prospectivo com 64 díades mãe-filhos nascidos com < 32 semanas e/ou < 1.500 g, acompanhados desde o nascimento até dois meses após a alta hospitalar. Os prematuros foram randomizados em dois grupos: experimental (GE), que realizou avaliação de prontidão oral e translactação para transicionar a alimentação por gavagem para a amamentação; e controle (GC), que utilizou o copo conforme a rotina do setor para essa transição. Os dados foram obtidos por meio dos prontuários e de entrevistas com as mães, respeitando-se os procedimentos éticos. Após testes estatísticos, os grupos foram considerados homogêneos quanto às variáveis socioculturais e perinatais. No GE, a prevalência do AME (62,1%) foi proporcionalmente o dobro dos prematuros do GC na primeira quinzena após a alta hospitalar ( $p = 0,028$ ). O risco relativo do GC para interrupção do AME antes da primeira quinzena após a alta foi de 81% (1,08-3,03; IC 95%) mais risco que o GE. A redução absoluta do risco foi de 30% (7,2-54,1; IC 95%) e o NNT foi de 3 (2,0-14; IC 95%). No GE, dentre os bebês que se encontravam em AME na alta, praticamente 70% continuaram na primeira quinzena, reduzindo para 50% no primeiro e segundo mês após a alta. No GC, 45,8% dos prematuros continuaram o AME na primeira quinzena, com crescente aumento dos que tinham interrompido o AME no primeiro mês (65,2%) e segundo mês (72,7%) após a alta hospitalar. As curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier sobre a duração mediana de AME após a alta hospitalar foram estatisticamente diferentes pelo teste de Log Rank ( $p = 0,012$ ). No GE, a duração média do AME foi mais que o dobro do GC, com tempo máximo de 163 vs. 146 dias ( $p = 0,011$ ). Na regressão logística multivariável constatou-se associação entre maior prevalência de AME na primeira quinzena após a alta hospitalar e o menor tempo de internação e o maior número de vezes que sugou na mãe na última semana antes da alta. Controladas essas duas variáveis, a chance de AME para o GE foi cinco vezes mais que o GC na primeira quinzena após a alta hospitalar. A translactação com avaliação da prontidão oral foi mais efetiva que o uso do copo para a transição da alimentação por gavagem para o AME dos bebês

muito prematuros, com maior prevalência e maior duração do AME e menor risco de desmame na primeira quinzena após a alta hospitalar.

O estudo de Silva (2013) teve por objetivo geral testar a validade de critério concorrente do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral, correlacionando o escore obtido, durante a aplicação do instrumento, com a ingesta de leite mediada pela técnica da translactação. Trata-se de estudo correlacional com 43 díades mães-prematuros da unidade neonatal de um hospital universitário de Ribeirão Preto/SP. O instrumento foi aplicado antes de o prematuro ter iniciado alimentação láctea por via oral e, a seguir, foi verificado o desempenho do bebê ao colocá-lo para sugar o seio materno, mediado pela translactação, em cuja seringa quantificou-se o volume de leite ingerido. Para medir o grau da correlação linear entre os volumes de leite ingeridos e os escores de prontidão, utilizou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson. Para prever limites de volume de leite a ser ofertado ao prematuro na seringa da translactação, a depender do escore obtido com aplicação do instrumento, foi utilizada a regressão linear simples. O escore de prontidão do prematuro mostrou uma correlação positiva e forte com o volume de leite ( $r=0,795$  e  $p<0,001$ ) ingerido, ou seja, quanto maior o escore obtido com aplicação do instrumento, maior o volume de leite que o prematuro conseguiu ingerir com a técnica da translactação, evidenciando uma alta validade concorrente do instrumento. O escore explicou 63% da variabilidade do volume de leite quantificado na seringa ( $r^2=0,632$ ), e cada unidade aumentada no escore elevou em 0,847ml a quantidade de leite ingerida pelo prematuro por meio da translactação. Foi possível prever o volume de leite que o prematuro ingere com auxílio da translactação, com intervalo de confiança de 95%, a partir do valor do escore, propondo-se a seguinte adaptação dos resultados para uso na prática clínica: escores de 23 a 24 – 1ml; 25 a 26 – 2ml; 27 a 28 – 4ml; 29 a 30 – 6ml; 31 a 33 – 8ml; e de 34 a 36 – 10ml. Concluiu-se que o instrumento possui alta validade concorrente evidenciada pela correlação positiva e forte entre o escore de prontidão do prematuro e o volume de leite ingerido com auxílio da translactação. Os resultados obtidos são úteis e aplicáveis à prática clínica, auxiliando os profissionais de saúde a iniciar a amamentação materna precocemente e de forma mais objetiva e segura em prematuros.

## 1.6 Contribuição do estudo

O estudo poderá contribuir para a assistência de enfermagem neonatal e pediátrica, através do conhecimento sobre os cuidados de enfermagem na promoção e apoio ao aleitamento materno dos prematuros na unidade neonatal, e assim fornecer subsídios para a criação de protocolos de assistência pautados no conhecimento científico para uma amamentação efetiva.

Proporcionará contribuição aos profissionais de enfermagem que atuam na assistência para promover o aleitamento materno do prematuro com segurança e empoderar as mães/pais acerca do processo da amamentação do prematuro, fortalecendo o vínculo.

Para o ensino na graduação e pós-graduação, ao ser utilizado como referência por acadêmicos e enfermeiros que demonstram interesse pela temática e no reconhecimento de estratégias para o momento ideal para iniciar o aleitamento materno.

O estudo pretende contribuir para a construção do conhecimento no Grupo de Pesquisa em Enfermagem na saúde do recém-nascido, fornecendo aporte para outros estudos sobre a temática e fortalecendo as discussões sobre aleitamento materno do prematuro e cuidado desenvolvimental, e auxiliando no debate e nas discussões do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ).

Cabe ressaltar que o estudo está vinculado ao projeto, intitulado: “Transferência do conhecimento no cuidado desenvolvimental do prematuro”, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marialda Moreira Christoffel, no qual uma das ações é o aleitamento materno do prematuro.

## **2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 - Políticas Públicas voltadas para o incentivo ao aleitamento materno do recém-nascido prematuro**

Nos últimos 70 anos, importantes leis e portarias foram publicadas no país, a fim de assegurar o direito da criança brasileira de 0 a 9 anos à saúde. Para uma compreensão maior, selecionamos um quadro, em ordem cronológica, e uma linha do tempo relacionada ao aleitamento materno (BRASIL, 2011). Quadro 3.

Todas essas políticas vêm ao encontro de uma atenção e proteção integral à criança. E essa consolidação se fortalece com a Portaria nº 1130/2015, que considera os compromissos internacionais, em especial as metas quatro e cinco, que são: redução da mortalidade na infância e melhorar a saúde materna, respectivamente, baseado nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (PNUD, 2000). A Portaria nº 1130/2015 enfatiza e considera as ações do AM desenvolvidas no Brasil há mais de quatro décadas, sempre embasada nas evidências científicas relacionadas ao impacto na redução da morbimortalidade.

E toda essa articulação se entrelaça com o conceito de Segurança Alimentar. Através da Lei nº 11.346/2006 foi criado o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com o objetivo de assegurar o direito humano à alimentação adequada (CONSEA, 2006).

De fato, essa preocupação mundial corrobora como uma proteção integral e humanitária para a mãe e o bebê, pois todos os conceitos e buscas pertinentes a essas leis e políticas enfatizam uma proteção à saúde do ser humano desde o nascimento até a fase adulta.

**Quadro 3: Legislações relacionadas às políticas de saúde da criança voltadas para o aleitamento materno (BRASIL, 2011)**

ANO	TEMA	LEGISLAÇÃO	DEFINIÇÕES
1953	Proteção legal ao aleitamento materno	Convenção 103 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (ratificada no Brasil em 1966)	Garante a licença-maternidade de no mínimo 12 semanas
1981	Gestão e articulação política	Portaria MS nº 42 e 198	Institui no MS o Grupo Técnico-Executivo do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM).
1982	Gestão e articulação política	Portaria MS nº 298	Institui o grupo de trabalho para coordenar as ações dos programas de suplementação alimentar, incentivo ao AM e controle de doenças diarreicas.
1983	Alojamento conjunto	Portaria Inamps/MS nº 18	Estabelece normas e torna obrigatória a permanência do bebê ao lado da mãe, 24h por dia, através do Sistema de Alojamento Conjunto nos hospitais públicos e conveniados.
1986	Alojamento conjunto	Portaria do Ministério da Educação – MEC	Institui a obrigatoriedade do alojamento conjunto em hospitais universitários.
1988	Banco de Leite Humano	Portaria MS nº 322	Regula a instalação e funcionamento dos Bancos de Leite Humanos
1994	Hospital Amigo da Criança	Portaria MS nº 1.113	Assegura o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, aos Hospitais Amigos da Criança, vinculados ao Sistema Único de Saúde.
1994	Hospital Amigo da Criança	Portaria SAS/MS nº 155	Estabelece diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança.
1999	Banco de Leite Humano	Portaria MS nº 50	Institui na Secretaria de Políticas de Saúde a Comissão Nacional de BLH com finalidade de prestar assessoramento técnico na direção e coordenação federal das ações de BLH em todo o território nacional.
1999	Banco de Leite Humano	Portaria MS nº 812	Aprova o Plano de Trabalho que tinha como objetivo a implantação do “Projeto da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano”.

2000	Método Mãe Canguru	Portaria GM/MS nº 693	Aprova a norma de orientação para a implantação do Método Mãe Canguru.
2002	Banco de Leite Humano	Portaria GM/MS nº 698	Define a estrutura e as normas de atuação e funcionamento dos Bancos de Leite Humano.
2003	Premiações	Portaria GM/MS nº 728	Institui o Prêmio Fernando Figueira destinado ao reconhecimento de estabelecimentos hospitalares com atendimento pediátrico e incentivo ao aleitamento materno.
2003	Aleitamento materno	Portaria GM/MS nº 1.893	Institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional de Doação do Leite Humano.
2004	Hospital Amigo da Criança	Portaria MS nº 1.117	Define valores de remuneração dos estabelecimentos de saúde credenciados como Amigo da Criança.
2004	Premiações	Portaria MS nº 1907	Institui o Prêmio Nacional Bibi Vogel destinado ao reconhecimento de municípios com ações inovadoras na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
2004	Hospital Amigo da Criança	Portaria SAS/MS nº 756	Estabelece normas para habilitação do Hospital Amigo da Criança.
2006	Banco de Leite Humano	Resolução RDC nº 171	Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano.
2006	Gestão e articulação política	Portaria MS nº 618	Institui o Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.
2006	Banco de Leite Humano	Portaria GM/MS nº 2.193	Defini a estrutura e funcionamento dos Bancos de Leite Humano
2007	Método Mãe Canguru	Portaria GM/MS nº 1.683	Aprova norma para implantação do Método Canguru.
2007	Aleitamento materno	Portaria GM/MS nº 2.160	Altera a composição do Comitê Nacional de Aleitamento Materno, instituído pela Portaria nº 618, de 23 de março de 2006.

2008	Aleitamento materno	Portaria GM/MS nº 2.799	Institui a Rede Amamenta Brasil.
2008	Aleitamento materno	Portaria SAS/MS nº 9	Altera critério 8 das normas para habilitação da IHAC
2010	Aleitamento materno	Portaria Anvisa nº 193	– Nota Técnica Conjunta Anvisa/MS Orienta a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais.

Fonte: BRASIL, 2011

**Quadro 4: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (ABMP, 2015) e Lei sobre políticas para a primeira infância (Brasil, 2016)**

2015	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)	Portaria nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015	Promoção e proteção à saúde da criança e ao aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida.
2016	Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância	Lei nº 13.257, de 8 de Março de 2016	Esta Lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância.

Fonte: ABMP, 2015 / BRASIL, 2016

Dando continuidade à proposta de uma atenção humanizada, em 1994 foi criado o IHAC com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Esse conceito representa uma forte estratégia de acompanhamento da manutenção do aleitamento materno exclusivo (MS, 2010). Entretanto, na época, o IHAC estava muito voltado para o recém-nascido atermo. Pensando nisso, Levin A. (1999), apresentou novas propostas visando ao prematuro: IHAC – NEO (ANEXO VII), onde o primeiro item é propiciar que a mãe permaneça com seu bebê doente 24 horas/dia.

Em 1997 foi implementado no Brasil o Método Canguru – Atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, com o intuito de combater a mortalidade de recém-nascidos prematuros. Esse método iniciou na Colômbia em 1979, com a proposta de aprimoramento dos cuidados prestados ao recém-nascido prematuro. A base desta metodologia é proporcionar o contato pele a pele, aumentar o vínculo afetivo, a estabilidade térmica, estimular a amamentação e auxiliar no

desenvolvimento do bebê. As orientações acerca do método foram atualizadas através da Portaria n. 1.683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2011).

O Método Canguru implica em uma mudança de paradigma na atenção perinatal em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam (BRASIL, 2011 a). A prática do Método Canguru envolve, portanto, a equipe de saúde, o bebê, o pai, a mãe, os irmãos, os avós e as redes de apoio familiar e social. É por toda essa abrangência e complexidade que o Método Canguru não pode ser confundido nem considerado como sinônimo de posição canguru.

A prática do Método Canguru não visa apenas ao contato pele a pele, o qual pode, até mesmo, ser utilizado de forma mecânica como mais uma técnica, dentre outras tantas, no dia a dia das unidades neonatais. A posição canguru, no Brasil, de acordo com a Norma do Ministério da Saúde, é utilizada como parte do Método. Colocar o RN em posição canguru consiste em mantê-lo com o mínimo de roupa possível para favorecer o contato pele a pele com a mãe ou com o pai, que devem, portanto, estar com o tórax descoberto. Recomenda-se, para o bebê, apenas o uso de fraldas. Em regiões mais frias, podem também ser utilizados luvas, meias e gorro. O bebê é colocado contra o peito, em decúbito prono na posição vertical. São muitas as vantagens que, ao longo dos anos, vêm sendo atribuídas ao Método Canguru (BRASIL, 2011 a).

A posição canguru reduz o tempo de separação pai-mãe-filho, e aumenta o vínculo familiar. Estimula o AM, permitindo maior frequência, precocidade e duração. Proporciona aumento da competência e confiança dos pais no cuidado com o filho (inclusive após a alta hospitalar); adequado controle térmico e melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; estímulo sensorial adequado; redução de infecção hospitalar; redução do estresse e da dor dos RNs; melhor qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo dos RNs de baixo peso (BRASIL, 2011 a).

O método canguru possui três etapas – A primeira etapa pode começar no acompanhamento pré-natal de uma gestante de risco e segue todo o período da internação do RN na UTI neonatal. São passos fundamentais para a aplicação do método: acolher os pais e a família na unidade neonatal; não sobrecarregar os pais com muitas informações; esclarecer sobre as condições de saúde do RN, os cuidados a ele dispensados, a equipe, as rotinas e o funcionamento da unidade neonatal, de acordo com as demandas e necessidades. Estimular o acesso livre e precoce dos

pais à UTI, sem restrições de horário e tempo de permanência; garantir que a primeira visita seja acompanhada por alguém da equipe de saúde; propiciar aproximação progressiva, facilitando o toque, os cuidados e o contato pele a pele. Oferecer suporte e orientação para a amamentação ou para a ordenha de leite. Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas; assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê. Facilitar aos pais o reconhecimento das peculiaridades do seu bebê e de suas competências; garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias após o parto, oferecendo suporte assistencial necessário. Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos, garantindo ao bebê medidas de proteção contra o estresse. Proporcionar posicionamento adequado do bebê e medidas contra dor, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento. Executar procedimentos como pesagem, higiene, aspiração de tubo orotraqueal e punções, buscando a organização e o bem-estar do bebê. Os pais, se desejarem, podem dar uma importante ajuda. Garantir cadeira adequada para a mãe e espaço que permita seu descanso. Desenvolver oficinas e outras atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e/ou voluntários (BRASIL, 2011 a).

A segunda etapa acontece na unidade canguru. Os critérios para ingresso nessa unidade devem ser relativos ao bebê e à mãe. **Relativos ao bebê:** Estabilidade clínica; nutrição enteral plena – seio materno, sonda gástrica ou copo; peso mínimo de 1.250g. **Relativos à mãe:** Desejo de participar; disponibilidade de tempo e de redes de apoio; capacidade de reconhecer sinais de estresse e situações de risco do RN; conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru (BRASIL, 2011 a).

Para a segunda etapa, na unidade canguru, algumas recomendações são muito importantes: não estipular tempo em posição canguru; oferecer ajuda para que a mãe sinta-se segura tanto no posicionamento do bebê quanto na possível identificação de sinais de alerta; certificar-se de que a posição canguru traz prazer e satisfação para a criança e para a mãe; disponibilizar berço, com possibilidade de elevação da cabeceira, para os momentos em que a mãe e a equipe de saúde entenderem necessário; estimular a participação do pai; não obrigar a permanência

da mãe na unidade durante toda a internação do bebê, permitindo que ela saia do hospital, com direito a retornar quando possível; permitir acesso dos irmãos e avós; oferecer todo o suporte necessário para o sucesso do AM; desenvolver ações educativas que preparem a mãe para os cuidados com o bebê no domicílio (BRASIL, 2011 a).

A alta da segunda etapa representa a alta hospitalar, mas não do Método Canguru, o qual deverá ter continuidade em casa, com acompanhamento ambulatorial. A decisão da alta deve ser sempre compartilhada entre a equipe, a mãe, o pai e a rede familiar e/ou social, e atender aos seguintes critérios: peso mínimo de 1.600 g; ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta; sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e famílias capacitadas para realizar a complementação (BRASIL, 2011 a).

A terceira etapa do Método Canguru tem início com a alta hospitalar. Implica na utilização da posição canguru e no acompanhamento do bebê pela equipe que o assistiu durante a internação até que alcance o peso de 2.500 g. A terceira etapa não deve estar restrita à existência de um ambulatório de seguimento (*follow up*). Deve ser realizada em todas as unidades que utilizam o Método Canguru. Após alta da terceira etapa, o bebê deve ser encaminhado para o ambulatório de seguimento na própria unidade ou em outra que seja sua referência (BRASIL, 2011 a).

É importante reforçar que a posição canguru deve ser utilizada pelo maior tempo possível. Caso os pais desejem, podem eleger outra pessoa da família para ajudar, especialmente os irmãos mais velhos e os avós. Ressalta-se que muitas das atividades cotidianas podem ser realizadas com o bebê em posição canguru. Vale ressaltar algumas recomendações importantes para a terceira etapa: ter acompanhamento ambulatorial assegurado até que a criança atinja o peso de 2.500g, na unidade na qual esteve internada. Orientar o primeiro retorno até 72 horas após a alta e os demais no mínimo uma vez por semana (BRASIL, 2011 a).

Essa frequência pode ser adaptada às condições clínicas do bebê e ao grau de integração e suporte oferecidos pelas equipes de Saúde da Família. É importante garantir a reinternação na unidade hospitalar de origem a qualquer momento, se necessário, até a alta da terceira etapa (BRASIL, 2011 a).

O método mãe canguru favorece maior frequência, precocidade e duração da amamentação, além de promover maior estabilidade clínica da criança, uma vez que, na posição canguru, os batimentos cardíacos e a temperatura dos recém-nascidos encontram-se mais estáveis. Além disso, quando posicionado adequadamente, o bebê mantém os quadris em abdução e o tronco elevado, reduzindo assim o risco de refluxo gastroesofágico (COSTA E MONTICELLI, 2005).

Quando é possível fortalecer esse contato entre mãe e bebê após o nascimento, uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais se manifesta, contribuindo com a relação entre ambos (BRASIL, 2011). Por isso é tão importante que os profissionais de saúde criem estratégias para essa permanência da mãe ao lado do bebê durante a internação.

Essa aproximação do prematuro é fundamental para uma boa amamentação. Pois, ainda que a idade gestacional seja baixa, esse contato com a mãe facilita o processo de aprendizado (NYQVIST, 2001).

Em 2011 foi criada a Rede Cegonha, com o objetivo de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Esta iniciativa aporta recursos de investimento, reforma de maternidades e custeio para a reorganização da atenção obstétrica e neonatal regionalizada e hierarquizada. Enfoca ainda a proposta de mudança do modelo de atenção, propiciando a ambiência adequada e apoio assistencial multiprofissional com o intuito de favorecer a fisiologia do parto e nascimento e incentivo ao parto normal. O objetivo é implementar as práticas baseadas em evidências e os direitos da mulher e da criança no parto/nascimento, aumentar o protagonismo da mulher, e a participação do pai, de forma a promover segurança, proteção e promoção da saúde materna e infantil, controle social e prevenção dos efeitos do excesso de intervenções no parto e as cesarianas desnecessárias. Promove a vinculação mãe e filho, revalorizando o nascimento como um momento singular da mulher, do bebê, dos membros da família e da comunidade, que exerce importante influência na sobrevivência e na qualidade de vida, com repercussões imediatas e futuras na vida da criança (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011).

Vale lembrar que o índice de aleitamento materno de prematuros varia de acordo com o apoio prestado no hospital e na UTIN. Em um estudo acerca da prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo–AME, realizado no Brasil em crianças menores de 6 meses de idade, mostrou que na Região Norte existe uma maior prevalência dessa prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%). A Região Nordeste apresenta a pior situação (37,9%). Analisando especificamente a cidade do Rio de Janeiro, essa prevalência está em torno de 40,7% (BRASIL, 2009).

É urgente que seja ofertado um suporte melhor para o início do aleitamento materno do prematuro. As políticas e diretrizes de promoção ao aleitamento materno variam a nível nacional e internacional. Em alguns países como Suécia, Brasil e Estados Unidos vêm sendo feitas modificações nos Dez Passos para o sucesso da amamentação voltadas para o cuidado intensivo neonatal. Essas modificações focaram os cuidados centrados na família, espaço físico, presença dos pais, recomendações sobre a frequência da ordenha mamária, contato pele a pele e método canguru (MAASTRUP et al., 2012).

A implementação de uma modificação dos Dez Passos em uma UTIN Italiana incluiu suporte à International Board Certified Consultants Lactação (IBCLC), fornecimento de uma sala de coleta de leite materno, a amamentação, treinamento para o pessoal, e reuniões semanais de amamentação com as mães, e o resultado foi uma melhora significativa de aleitamento materno exclusivo no momento da alta de 21% para 51% (MAASTRUP et al., 2012).

Ainda visando à modificação dos Dez Passos para o cuidado neonatal, na Suécia, o uso de chupeta foi incentivado para o alívio da dor, estresse e ansiedade, e para estimular a absorção de nutrientes durante a alimentação por sonda (MAASTRUP et al., 2012).

Um estudo realizado por Gubert et al., 2012, para avaliar o aleitamento materno do prematuro após a alta hospitalar, consistiu de uma pesquisa exploratória, para aprofundar o conhecimento sobre a realidade específica da amamentação de prematuros, e descritiva, no sentido de explorar situação por meio de observação sistemática com o uso do instrumento sobre Parâmetros de avaliação do aleitamento do RNPT, criado por Tavares (2008). Observou-se que as razões mais citadas para a interrupção da alimentação através do seio materno são diminuição da quantidade de leite, limites da lactação e uso de suplementos

impactando de forma negativa na manutenção da amamentação. Verificou-se também a necessidade de um apoio social mesmo após a alta, pois é em casa que a mãe se depara com as dificuldades.

O instrumento de Tavares (2008) foi adaptado do formulário de observação de mamadas da UNICEF/OMS e é composto pelas seguintes características: verificação de pega, frequência respiratória, coloração da pele, regurgitação, estado de vigília, padrão de sucção, reflexo de busca, duração da mamada, deglutição, postura do bebê e postura da mãe. Essas características, assim como no formulário da UNICEF/OMS, foram divididas em sinais favoráveis e sinais que indicavam problemas na amamentação.

Em outro estudo realizado para avaliação da amamentação visando ao conjunto mãe/RNPT de muito baixo peso, utilizou-se o formulário de avaliação da técnica de amamentação proposto pela UNICEF em 1993 e atualizado em 2009. Foi apontada a importância de inclusão do item características das mamas no aspecto “Anatomia das Mamas”, pois este foi um dos fatores alertados como dificuldade apresentados pelas mães, além de sonolência do prematuro, dificuldade na pega e recusa do RN em aceitar o seio materno (SOUSA, 2011).

O estudo de Maastrup et al. (2012) realizado nas UTINs de alguns hospitais na Dinamarca descreveu o apoio ao aleitamento materno como uma prioridade alta, o que se refletiu nas políticas recomendadas para realizar a ordenha e retirar o leite materno, o contato pele a pele e a presença dos pais na UTIN, bem como no uso restrito da mamadeira. No entanto, esse apoio variou entre as unidades analisadas, e nem todas apresentaram um padrão ideal de amamentação.

É importante ressaltar que, quando focamos essas diretrizes para o prematuro, tudo fica parecendo uma “mera ilusão”, pois o recém-nascido pré-termo é afastado da mãe nas primeiras horas de vida (por motivos clínicos e de imaturidade), ficando um bom tempo na UTI.

E, finalmente, é preciso frisar que a IHAC tem feito grandes progressos na criação de uma consciência dos métodos ótimos de alimentação, da importância do contato mãe-bebê e da proximidade das mães a partir do nascimento. Visando a isso foi criada a Portaria nº 1153/2014, que redefine os critérios de habilitação da IHAC, através de uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM, assim como uma atenção integral à saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2014).

Por outro lado, para os recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos, essa política deve ser intensificada, devido ao fato do seu tempo de permanência na UTI neonatal. Apesar de a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, determinar garantia de livre acesso à mãe e ao pai, e sua permanência ao lado do RN como um dos requisitos da humanização.

Corroborando com a Portaria nº 930, a Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, no art. 12, determina que: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 2016).

De fato, é necessário que haja condições mínimas de conforto para que os pais possam acompanhar os RNPTs na UTIN.

## **2.2– Anatomia e fisiologia da sucção, deglutição e respiração**

Ainda no período embrionário, a língua representa um importante papel para o desenvolvimento do maxilar. Na 4ª semana de gestação, por exemplo, seus rudimentos estão presentes, e começa a se fundir na 6ª semana, no momento em que as lâminas palatinas do maxilar já estão separadas e em posição vertical. A língua se apresenta morfológicamente configurada, com seu desenvolvimento completo na 8ª semana. Nessa fase, está mais desenvolvida que a mandíbula, ocupando todo o espaço buco nasal, interpondo-se com as lâminas palatinas. A mandíbula inicia sua ossificação, a língua desce e ocupa somente o espaço bucal, permitindo o fechamento das lâminas palatinas (O’RAHILLY; MÜLLER, 1987).

Durante todo o período embrionário o tamanho da língua em relação ao esqueleto bucal é desproporcional. Na verdade, o equilíbrio em relação ao tamanho da língua, do maxilar e mandíbula se estabelece quando o crescimento ósseo-muscular do feto se define (O’RAHILLY; MÜLLER, 1987).

A partir da 13ª semana de gestação surge o reflexo da deglutição. E por volta do 3º trimestre de gestação o feto deglute aproximadamente 500 ml de líquido amniótico (TAMEZ, 2013).

O reflexo de sucção é iniciado com o contato dos lábios do RN com o mamilo materno ou com o contato dos lábios com o dedo. Este reflexo pode ser encontrado desde a 17ª semana de vida intrauterina, embora seja mais evidente por volta da 28ª

semana e esteja totalmente desenvolvido a partir da 32ª semana de gestação (MOREIRA C.M.D., 2009).

Segundo Morris e Klein (1987), a sucção é uma habilidade de flexão. Existe uma conexão entre a sucção e a flexão fisiológica assumida pelo bebê nos últimos meses de gestação, pois o espaço intrauterino fica mais restrito e o mesmo tem a oportunidade de desenvolver o tônus de flexão.

Medoff-Cooper e Ray (1995) indicam a presença de uma relação entre a sucção e a maturidade neurocomportamental, sugerindo um forte relacionamento entre o padrão de sucção e a maturidade neurológica.

Com o tempo e o aumento da IG Corrigida, o processo de maturação para a capacidade de sucção do RN evolui, assim como também, as estruturas orais que estão interligadas intimamente a esse processo (NEIVA, LEONE, 2006).

A sucção é a função que, nos primeiros meses de vida, é responsável pela nutrição do RN e pelo desenvolvimento do sistema sensório-motor-oral (BRASIL, 2011 a; 2011b; MOREIRA, 2009; FUJINAGA 2002; FUJINAGA 2005). É um processo complexo que requer a integridade de vários componentes. Envolve comportamento, respostas táteis, controle motor, função motora oral, controle fisiológico e coordenação sucção-deglutição-respiração (MOREIRA, 2009).

A língua possui um movimento limitado, pois toca tanto o assoalho quanto o palato, lateralmente com o arco alveolar e as bochechas. Na hora da sucção, seus únicos movimentos possíveis são para frente e para trás, apresentando movimentos simultâneos de abertura e fechamento da mandíbula. Durante a observação clínica, a movimentação anterior é mais evidente e a posterior é mais pronunciada, devido a uma maior pressão intraoral (ARVEDSON; BRODSKY, 1993).

A sucção é uma mais forte e intensa função no RN, pois gera uma pressão negativa que permite um vácuo para a extração do alimento e sua deglutição. Esta pressão negativa da sucção, associada à pressão positiva da língua contra o palato exercem uma função harmoniosa de sucção-deglutição-respiração (MOREIRA, 2009).

Três etapas consecutivas caracterizam a sucção: na primeira etapa, a mandíbula permanece em posição elevada por ação tônica dos seus músculos levantadores, ocorre o selamento anterior (língua-labial) e posterior da boca (língua-palatino, com a elevação da base da língua), produzindo vácuo intraoral. Forma-se

uma depressão central na língua e elevação de sua base seguida de contratilidade da musculatura perioral (MOREIRA, 2009).

Estabelecida a pressão negativa na boca e havendo depositado o leite na língua, inicia-se a segunda fase, na qual a pressão se torna positiva devido ao posicionamento elevado da mandíbula e língua. A concavidade lingual passa à qualidade de convexidade, transportando o leite para trás (MOREIRA, 2009).

Na terceira fase, a impulsão do leite para trás é favorecida pela depressão da base lingual e posicionamento da laringe em região anterior (MOREIRA, 2009).

Para que a sucção ocorra de forma harmônica, com ritmo, força e sustentação, é necessária, entre outros fatores, a presença dos reflexos de procura, do vedamento labial ao redor do bico ou mamilo, da tonicidade lingual adequada, do ritmo e da coordenação da sucção, deglutição e respiração, além dos movimentos adequados da mandíbula (MOREIRA, 2009).

A sucção não deve ser o único indicador para o início da alimentação por via oral, é de suma importância que outros fatores sejam considerados, entre os quais a coordenação da sucção-deglutição-respiração e a estabilidade clínica. Fujinaga (2005), em sua prática profissional, observou que os RNs prematuros não iniciam uma sucção eficiente de forma rápida, havendo necessidade de um período de preparo e treinamento para que os movimentos de sucção e deglutição sejam coordenados, acompanhando sua maturidade e sua estabilidade clínica (MOREIRA, 2009).

Existe uma grande variação individual quanto à idade gestacional corrigida, em que o RN prematuro consegue desenvolver plenamente a habilidade de sugar e deglutir (MOREIRA, 2009).

Levando em consideração a idade corrigida, idade pós-natal e peso, os prematuros se diferenciam de forma individual na habilidade para se alimentar por via oral. De uma maneira geral os pesquisadores relatam que 32 semanas de gestação é o período mais curto que se pode esperar de um bebê para desenvolver a habilidade e o controle da sucção e deglutição, pois nesta fase já está estabelecida a capacidade de engasgar, protegendo-o de uma possível aspiração (BU'LOCK, WOOLRIDGE, BAUM, 1990; GLASS, WOLF, 1994; HERNANDEZ, MARCHESAN, 2001; LEMONS, LEMONS, 1996).

De acordo com Tamez (2013), essa coordenação entre sugar, deglutir e respirar pode ser observada entre 32 e 34 semanas, de forma parcial. Já a coordenação completa se estabelece a partir da 37ª semana de gestação.

No estudo realizado sobre a alimentação de bebês prematuros, a autora relata que a transição da alimentação por sonda para a chucha ocorreu com idade gestacional de 35 semanas e a transição para o seio materno foi por volta de 36 semanas, em média. Observou, também, que a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) foi de apenas 12,5% entre os prematuros avaliados (SERRA, 2001).

Nos primeiros meses de vida a sucção e a deglutição funcionam de forma simultânea, trabalhando de forma integrada com a respiração. A sucção “aciona” a deglutição e é bastante difícil determinar com precisão o momento em que uma cessa e a outra é iniciada (FUJINAGA, 2005).

Em um estudo sobre o padrão de sucção não nutritiva em RNs pré-termo, os autores constataram que ocorre uma alteração gradual no padrão de sucção, ou seja, o aumento da idade corrigida eleva a frequência, a amplitude e a duração da sucção. Em relação ao estado comportamental, verificaram que isso afetou a estabilidade e o ritmo. O peso dos bebês influenciou a atividade e a duração dos intervalos. A idade pós-natal e gestacional não influenciaram os resultados, assim como a experiência de sucção anterior também não influenciou. Eles observaram também que as meninas sugaram mais e com mais frequência do que os meninos (HAFSTRÖM; KJELLMER, 2000).

Neiva (2003) realizou um estudo no qual acompanhou 35 bebês pré-termo com peso adequado para idade gestacional, com idade gestacional  $\leq 33$  semanas e idade gestacional corrigida  $\leq 33$  semanas e 2 dias. Esse acompanhamento foi semanal e o objetivo era observar a ocorrência de comportamentos orais na sucção não nutritiva e nutritiva com uso da mamadeira. A autora constatou que, com o aumento da idade corrigida, elevou-se a probabilidade de ocorrência dos seguintes comportamentos: sucção iniciada facilmente, vedamento labial, ritmo de sucção, coordenação dos movimentos dos lábios, língua e mandíbula tanto na sucção nutritiva quanto na não nutritiva. Verificou na sucção não nutritiva o aumento da ocorrência do acanolamento e peristaltismo da língua e da força de sucção.

### 2.3 A alimentação e nutrição do recém-nascido prematuro na UTIN

Um dos grandes desafios da neonatologia é nutrir o prematuro de forma adequada e proporcionar um crescimento semelhante ao que ele iria conquistar na fase intrauterina. E esse obstáculo se dá pelo fato de não haver consenso sobre suas necessidades nutricionais. Mesmo nos dias de hoje, existe pouco esclarecimento sobre a quantidade e qualidade de nutrientes que o feto recebe em cada idade gestacional (MOREIRA et al., 2004).

Essa nutrição inadequada muitas vezes se encontra associada a situações clínicas e peculiaridades do próprio prematuro. A oferta nutricional é limitada devido à restrição de volume desejável ao prematuro, o que configura um grande problema. (MOREIRA et al., 2004).

Ainda convém lembrar que essa intolerância alimentar também pode ser ocasionada pela própria imaturidade do trato gastrointestinal. E, para que a nutrição enteral ocorra de forma eficiente, o trato gastrointestinal deve estar apto a coordenar os mecanismos, realizar um esvaziamento gástrico completo e motilidade intestinal adequada. E o esvaziamento gástrico nos prematuros é muito lento, especialmente nos RNPTs com idade gestacional <32 semanas em decorrência da imaturidade muscular das paredes intestinais (MOREIRA et al., 2004, TAMEZ, 2013).

A forma de nutrição do RNPT depende de cada unidade, geralmente inicia-se por sonda orogástrica e depois passa para o copinho ou chupa e posteriormente para a amamentação ao seio materno. Segundo Tamez e Silva (2009), a alimentação por SOG deve ser administrada lentamente por gavagem, através da ação da gravidade.

Para que a passagem da SOG seja realizada de forma correta, a equipe de enfermagem precisa estar apta a realizar o procedimento com segurança para não causar danos à saúde do bebê. É necessário dispor dos seguintes materiais: cuba rim, seringa de 3 ou 5 ml, sonda de calibre variável, esparadrapo, micropore, estetoscópio e recipiente com água. A técnica apropriada para iniciar a passagem da sonda, também inclui cuidados como: lavagem das mãos, para prevenir infecções; seleção da SOG e sua colocação segundo a técnica. Para a escolha do calibre da SOG, deve ser considerado o peso do recém-nascido. No RN < 1.300 kg, usar SOG de n.º 6, nos recém-nascidos maiores de 1.300 kg poderão ser utilizadas as sondas

de n.º 8. A colocação da SOG deve ser realizada posicionando a sonda no lóbulo da orelha até a boca, seguindo até a parte inferior do apêndice xifoide. Depois de marcada a altura da sonda, é importante introduzir lentamente a sonda através da boca até o ponto determinado anteriormente; atentar para sinais de sufocação, alterações da frequência cardíaca e na pressão arterial em resposta ao estímulo vagal. Posteriormente, checar o resíduo gástrico. Essa conferência do resíduo gástrico, antes de iniciar a dieta, assegura a localização da sonda; o aspecto e a cor do resíduo podem indicar a não digestão do leite (TAMEZ, SILVA, 2009).

Podemos mencionar, por exemplo, que, de acordo com o Ministério da Saúde (2009), o leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê de preferência utilizando-se um copinho, xícara ou colher. A técnica recomendada é a seguinte:

- Acomodar o bebê no colo, em posição sentada ou semissentada, mantendo a cabeça em um ângulo de 90º com o pescoço.
- Encostar a borda do copo no lábio inferior do bebê e deixar o leite tocar o lábio. O bebê fará movimentos de lambida, seguidos de deglutição.
- Não despejar o leite na boca do bebê.

Apesar de o método do copinho ser utilizado como uma opção segura e eficaz, a técnica foi questionada por alguns autores, como (Dowling et al., 2002) e Fujinaga (2005), pois a abertura bucal é diminuída e o posicionamento da língua é inadequado quando comparado à sucção no seio materno. Tornando assim uma resistência ao aleitamento no seio materno tanto quanto a confusão de bicos (FUJINAGA, 2005).

Rosseto (2011) concluiu, em seu estudo, que o uso da translactação com avaliação da prontidão oral foi mais efetiva que o uso do copinho na transição da alimentação por sonda para o AME.

A translactação tem por finalidade realizar a transição da alimentação por gavagem para o peito materno. Neste método, uma seringa de 20 ml, sem o êmbolo, é fixada no colo materno, e uma sonda nasogástrica número 4 é acoplada. A extremidade livre, com furos, é colocada ao nível do mamilo. O leite materno, anteriormente ordenhado, é colocado na seringa e, ao sugar o peito, o bebê, ao mesmo tempo, retira o leite do peito e da seringa. Nas pausas para descanso do bebê, fecha-se a sonda, pinçando-a (MS, 2002).

Medeiros et al., 2011, em seus achados, evidencia que recém-nascidos prematuros, quando submetidos à técnica do desmame da sonda direto para o seio materno, conseguem mamar de forma efetiva até o momento da alta.

A amamentação é a melhor forma de alimentação das crianças, e deve ser continuada até pelo menos 6 meses após o nascimento. Para os prematuros com peso de nascimento menor que 2000 g e quando este atinge o volume de 50~100 ml/kg/d, é recomendado o uso de leite humano fortificado (CLINICAL NUTRITION GUIDELINES, 2013).

E os recém-nascidos prematuros que ainda têm retardo de crescimento no momento da alta devem continuar a usar o leite humano fortificado até, pelo menos, 40 semanas de idade gestacional corrigida, ou ainda continuar utilizando até 52 semanas de idade gestacional corrigida com base no estado de crescimento (CLINICAL NUTRITION GUIDELINES, 2013).

É importante lembrar que a técnica utilizada na amamentação (através do posicionamento correto) e a pega/sucção são importantes para a transferência efetiva do leite e a prevenção de lesões mamilares (BRASIL, 2011). Quando a pega do bebê é feita de forma inadequada, pode provocar fissuras no mamilo e dificultar a manutenção da amamentação, pois, como a dor é muito intensa, muitas mães acabam desistindo.

Em suma, após o nascimento do prematuro, os profissionais de saúde devem levar em consideração os aspectos maternos, estado das mamas, colostro, incentivar o contato pele a pele e auxiliar a mãe neste processo. Outro aspecto fundamental para esses profissionais é o início da prontidão para alimentação oral.

#### **2.4 A importância do leite humano para promoção a saúde do prematuro**

É consenso que o colostro é o primeiro leite ou secreção que sai da mama. Contendo todos os nutrientes que auxiliam na defesa imunológica do bebê nos primeiros dias após o parto (BRASIL, 2011).

Já o leite humano maduro não é adequado para os prematuros, pois não contém os nutrientes adequados para o crescimento e desenvolvimento ideal. Eles precisam ser alimentados com o leite da própria mãe e assim apresentarão maior ganho de peso, melhor crescimento linear e cerebral, quando comparados aos que recebem leite humano maduro (MOREIRA et al., 2004).

É importante destacar que o início da alimentação deve ser assim que o recém-nascido esteja estável, pois a demora para tal conduta causa alterações no intestino, ocasionando atrofia dos hormônios digestivos, assim como o aumento da vulnerabilidade ao crescimento de organismos patogênicos, e como consequência a enterocolite necrosante (TAMEZ, 2013).

A American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatria) recomenda que os bebês prematuros sejam alimentados com leite humano, para uma redução da ocorrência de Enterocolite Necrosante (inflamação do intestino), sepsis e mortalidade. E também para uma melhora no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012).

Um estudo observacional, realizado em uma UTIN nos Estados Unidos com prematuros de idade gestacional < 33 semanas, testou a hipótese de uma dieta com leite humano exclusivo associado a uma alimentação enteral, com o objetivo de reduzir a incidência da enterocolite necrosante. De fato os autores constataram a preciosidade dos componentes presentes no leite humano, pois os resultados foram satisfatórios e comprovaram essa redução de forma bem significativa (KENNETH, KATHERINE, 2014).

Corroborando com essa opinião, em um estudo sobre estratégias de alimentação antes e depois do desenvolvimento da enterocolite necrosante, os autores enfatizam o uso exclusivo de leite humano para todos os recém-nascidos prematuros, pois está comprovada que essa opção está associada com uma diminuição significativa de incidência da enterocolite necrosante (GOOD, SODHI, HACKAM, 2014).

É importante frisar que a enterocolite necrosante, é muito comum nos prematuros, e isso impede o manuseio nutricional (MOREIRA et al., 2004). Práticas baseadas em evidências mostram que, apesar de haver uma grande variedade de formas de alimentar um prematuro com o objetivo de se evitar a enterocolite necrosante, ainda não há consenso sobre a melhor estratégia para se evitar essa doença (GOOD, SODHI, HACKAM, 2014).

## **2.5 A transição da alimentação gástrica para alimentação oral**

Geralmente o critério utilizado para transição da alimentação gástrica para oral está relacionado com idade gestacional e peso. Esta é uma questão que deve

ser avaliada, pois pesquisas apontam a necessidade do desenvolvimento de novos estudos com instrumentos validados que contenham, além dos indicadores físicos, a introdução de comportamentos orais (sucção não nutritiva) com a finalidade de complementar a avaliação e antecipar essa transição (KINNER, BEACH, 1994; FUJINAGA, 2005).

Não podemos esquecer que a idade gestacional não pode ser levada em consideração de forma única, pois muitos outros fatores podem indicar a prontidão do bebê para iniciar a alimentação oral (FUJINAGA, 2005). E um fator primordial é a sua condição clínica (MEDOFF-COOPER, 1991). Neste momento da transição da alimentação, levam em consideração dados isolados, sem se atentar para avaliação de suas condições gerais, do desenvolvimento neuropsicomotor e da habilidade motora oral. E, neste contexto de opção por dados isolados, o recém-nascido prematuro acaba sendo prejudicado, pois demora um tempo maior para atingir determinados critérios (SIDDELL; FROMAN, 1994).

Ademais, a habilidade da alimentação oral segura e eficiente deve ser baseada na competência motora oral, organização neurocomportamental e na maturidade gastrointestinal (LEMONS, 2001).

O início da transição da sonda para o peito tem sido predominantemente baseado pela estabilidade clínica do prematuro, e o principal critério é o peso  $\geq$  1500g sem considerar sua maturidade, ou a idade gestacional  $\geq$  34 semanas, fase em que ele teoricamente é considerado capaz de coordenar a sucção, deglutição e respiração (BUCKLEY; CHARLES, 2006; MEIER, 1998).

Realizar essa transição condicionada aos parâmetros citados e utilizados na prática clínica resulta em um início da sucção ao peito inadequado e na maioria das vezes retardado (JONES; SPENCER, 2007; MEIER, 1998). Contudo, ainda que os prematuros se apresentem com uma estabilidade clínica satisfatória, geralmente demonstram, além da imaturidade gastrointestinal, imaturidade também de reflexos de sucção, deglutição, e vômito por falta de integração das atividades musculares dos lábios, bochechas, mandíbula, língua, palato, faringe e laringe. São muito pequenos e lhes falta força para sugar (GEWOLB et al., 2001). Possuem dificuldades em coordenar sucção, deglutição e respiração; permanecem em um estado de alerta por um período curto; têm maior risco para aspiração do leite; e nem sempre apresentam sinais que evidenciam fome ou saciedade (AQUINO; OSÓRIO, 2008; SILVA et al. 2011).

Já existem na literatura alguns protocolos de avaliação da sucção do prematuro (BERNARDIS; MARCHI, 1998; HERNANDEZ, 2001; NEIVA, 2000; QUINTELLA; SILVA; BOTELHO, 1999; XAVIER, 1995), entretanto esta avaliação da transição da alimentação gátrica para oral é feita com o uso da mamadeira. Os protocolos de Quintella, Silva e Botelho (1999), Neiva 2000 e Hernandez (2001), por exemplo, iniciam a avaliação não nutritiva utilizando o dedo enluvado, entretanto o foco da sucção é com o uso da mamadeira.

Durante várias décadas a alimentação por mamadeira foi vista como a melhor opção para o recém-nascido prematuro, pois a alimentação ao seio materno era tida como mais dispendiosa, pois se acreditava que a amamentação poderia interferir na homeostase, levando a um maior consumo energético e de oxigênio, perda de peso e alterações nas funções cardiorrespiratória e térmica (PICKLER; REYNA, 2003).

Todavia, Silva et al. (2011) apontam que, durante a amamentação no seio materno, os prematuros conseguem uma melhor coordenação da respiração do que com o uso da mamadeira, além de apresentarem menos sinais de estresse e desgaste fisiológico. Ao sugar o peito, eles apresentam maiores níveis de saturação de oxigênio e menor ocorrência de eventos hipoxêmicos. Já, com o uso da mamadeira, houve ocorrência de mais sinais clínicos de alarme, tais como: batimento de asas nasais, palidez, cianose perioral, hipotonia e episódios de engasgo.

Essa determinação de evitar o uso da mamadeira e priorizar a amamentação foi enfatizada no item nº 9 dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela OMS e pelo UNICEF, onde se diz: - **Não oferecer mamadeiras, bicos e chupetas para bebês em amamentação.** Isso é enfatizado porque, durante as primeiras semanas, a necessidade de sucção do bebê deve ser atendida na mama. E o uso de bicos ou chupeta pode interferir na sucção (IBFAN, 2010).

Ratificando essa necessidade de evitar o uso indiscriminado de produtos que possam interferir na amamentação, como: bicos, chupetas, mamadeiras e leite industrializado, foram criadas a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância (NBCAL) e a Lei 11.265, de 03 de janeiro de 2006, que é baseada em um conjunto de normas que regula a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças até 3 anos de idade. O objetivo é assegurar o uso apropriado desses

produtos, ou seja, somente em casos extremos para que não haja nenhum prejuízo na prática do aleitamento materno, que sem dúvida é o ideal para um crescimento saudável. As indústrias são obrigadas a colocar mensagens nos rótulos desses produtos para chamar a atenção do consumidor sobre os riscos para a saúde das crianças (BRASIL, 2006).

O respeito à NBCAL não é apenas o cumprimento a uma legislação, e sim a contribuição para uma melhoria nos índices de aleitamento materno e em contrapartida na qualidade de vida das crianças, o que reduz a desnutrição e a mortalidade infantil (ANVISA, 2006).

Através do Decreto nº 8.552 de 3 de Novembro de 2015, a Lei 11.265/2006 entrou em vigor (BRASIL, 2015). E agora finalmente essa comercialização de produtos que podem prejudicar a amamentação será monitorada e controlada pelos órgãos competentes.

Levando em consideração a avaliação da alimentação oral, Nyqvist et al. (1996), desenvolveram uma escala de observação de comportamento de prematuros durante amamentação, denominada como PIBBS (Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale). Nesse estudo foram observados os seguintes comportamentos: reflexo de procura, pega da aréola, fixação ao mamilo, sucção, grupos longos de sucção, deglutição e estado de consciência. Testes de confiabilidade entre os observadores foram realizados, e entre os observadores e a mãe. No resultado constataram-se alta concordância entre os avaliadores e um menor nível de concordância entre as respostas dos observadores e das mães. Ainda assim, os autores afirmaram que a escala poderá ajudar as mães a identificar as etapas de maturação, e a competência do bebê durante a amamentação.

Utilizando o protocolo citado anteriormente sobre a escala PIBBS de observação do comportamento do prematuro durante a amamentação, foi realizado um estudo com 71 prematuros, com idade gestacional de 26 a 35 semanas. Os autores relataram que os bebês apresentaram reflexo de procura, abocanharam o mamilo e parte da aréola, tendo a maioria deles permanecido 6 minutos ou mais na mama, realizando curtos períodos de sucção, seguidos de deglutição (NYQVIST, EWALD, 1999).

Nyqvist et al. (1999), utilizando a escala PIBBS, concluíram que o comportamento de sucção precoce é interpretado como o resultado da aprendizagem, reforçada por estímulos contingentes. E sugeriram que as

orientações para o início da amamentação dos prematuros devem ser baseadas na estabilidade cardiorrespiratória, independente da idade gestacional ou peso.

Em outro estudo os autores, ainda utilizando a escala PIBBS, analisaram os comportamentos orais de 26 prematuros com idade gestacional de 32,1 - 37,1 semanas, por meio da eletromiografia de superfície, durante a sucção na amamentação. O objetivo era avaliar o número de sucções e a duração de cada uma durante a amamentação. Testaram a confiabilidade entre a observação clínica e o exame objetivo e verificaram alto grau de concordância entre os resultados da eletromiografia e da aplicação do instrumento utilizado para a observação da sucção durante a amamentação. Os autores concluíram que os dados da eletromiografia forneceram evidências da capacidade de sucção precoce dos 26 prematuros durante a amamentação, com grandes variações individuais. E foi recomendado como um método válido na avaliação do comportamento dos prematuros durante a amamentação (NYQVIST et al., 2001).

Proporcionar o apoio adequado à mãe e ao bebê prematuro, mostrando a posição correta do tronco, mantendo o mamilo dentro da boca para que o reflexo de sucção seja acionado, favorece a capacidade do recém-nascido prematuro de apresentar uma sucção efetiva. Na fase em que o prematuro apenas lambe o mamilo, esse comportamento não é necessariamente um passo de desenvolvimento, mas sim um sinal de que a mãe ainda está no início do processo de aprendizagem da sua manipulação com o bebê no peito (NYQVIST, 2008).

Mesmos os prematuros extremos conseguem adquirir a competência motor oral suficiente para uma amamentação exclusiva ainda em fase precoce. Portanto, as mães devem ser encorajadas a amamentar seus bebês, sem quaisquer limitações injustificadas. Elas precisam ficar ao lado do bebê o tempo todo e devem ser apoiadas a assumir a responsabilidade para a alimentação e amamentação dos filhos, assim que eles se apresentem aptos (NYQVIST, 2008).

Os profissionais devem transmitir à família informações reais sobre o período de tempo em que o prematuro pode demorar para atingir esta maturidade e em que idade pode ocorrer este evento. Essas informações podem aliviar as mães e ajudam para que possam perseverar até atingirem suas metas individuais para uma amamentação bem-sucedida (NYQVIST, 2001).

### 3. MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo observacional, descritivo, com uma coorte de recém-nascidos prematuros.

Estudos observacionais são aqueles em que o investigador não controla a exposição nem a alocação dos indivíduos, utilizando apenas uma situação dada e observando os resultados (MEDRONHO et al., 2009).

Nos estudos descritivos o pesquisador visa apenas à observação e análise dos dados. Após o registro ele descreve os eventos ocorridos. Coorte trata-se de um grupo de sujeitos seguido ao longo do tempo (MEDRONHO et al., 2009).

#### 3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, localizado no Bairro de Madureira e que pertence à Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Em 1999 a referida instituição recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, prêmio oferecido pela UNICEF por incentivar o aleitamento materno exclusivo. Obteve também a Menção Honrosa do Prêmio Galba de Araújo por atendimento humanizado ao parto. Em abril de 2003, recebeu o título de Hospital Multiplicador de Ações Humanizadas do Programa de Humanização de Assistência Hospitalar, do Ministério da Saúde, como Hospital Multiplicador (SMS, 2007).

Em abril de 2006, a maternidade obteve a sexta classificação entre as 17 instituições inscritas e as 10 aprovadas que concorreram ao “II Prêmio Leila Diniz: Pré-Natal, Parto Seguro e Saudável”, no âmbito da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (SMS, 2007).

Está inserida no Programa Cegonha Carioca, e, através deste, busca garantir o melhor cuidado para a mãe e o bebê. Oferece à comunidade um atendimento de Atenção Básica de Saúde em nível ambulatorial e média complexidade em nível hospitalar (CNES/DATASUS, 2012).

A coleta de dados foi realizada na Unidade Neonatal, que é composta por 26 leitos, sendo distribuídos da seguinte forma: (4) UTI Neonatal – Tipo II; (10) Unidade Intermediária Neonatal; (4) Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru; e (8) Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (CNES/DATASUS, 2012).

A equipe de enfermagem que atua na unidade é composta por 13 enfermeiros (05 plantão noturno, 06 plantão diurno, 02 diaristas) e 36 técnicos em enfermagem (16 plantão noturno, 17 plantão diurno, 03 diaristas). Esse quantitativo de profissionais se revera na UTIN, Unidade Neonatal e Alojamento Canguru.

Na unidade há um incentivo ao aleitamento materno, banco de leite no local e auxílio às mães para manutenção e produção láctea. O serviço ainda conta com o apoio de duas fonoaudiólogas que auxiliam os bebês com estimulação não nutritiva e ajudam as mães no processo de amamentação.

No interior da Unidade Neonatal existem cadeiras plásticas para as mães que desejarem acompanhar o bebê de perto e promover o método canguru. Os pais têm autorização para permanecerem 24 horas ao lado do bebê, entretanto, como o local não oferece um conforto adequado, isso não é possível. Geralmente na fase em que os prematuros estão na UTIN os pais fazem breves visitas durante o período diurno. Na Unidade Neonatal, as mães ficam durante o dia em cadeiras ao lado da incubadora (fazem o método canguru) e à noite vão para casa.

Já, no Alojamento Canguru, elas ficam em camas ao lado dos bebês (que já estão em berço comum), neste momento o método canguru é praticado por períodos maiores, pois a estrutura física é mais confortável para a mãe. Na enfermaria canguru existe cama para os pais e berço comum para o bebê. Entretanto quem realmente permanece ao lado do bebê é sempre a mãe. Alguns pais visitam durante o dia. No período de coleta de dados apenas um pai ficava junto com a mãe e os bebês gêmeos fazendo o canguru.

### **3.3 Amostra e recrutamento dos participantes**

No período de 05/08/14 a 08/02/15 foram recrutados 40 prematuros internados na Unidade Neonatal e Alojamento Canguru.

A amostra se deu por conveniência e foram coletados dados de 36 RNs únicos e 2 duplas de gêmeos. Assim, para não haver duplicidade nas análises dos dados maternos, foram 38 mães e 40 RNPTs.

Cabe destacar que esses RNPTs, após a liberação da dieta oral prescrita pelo médico no prontuário, foram observados durante seis dias utilizando o instrumento de avaliação de prontidão do prematuro para o início da alimentação oral (FUJINAGA, 2002; 2005; 2013).

Este instrumento foi desenvolvido por de Fujinaga (2002) para diminuir a lacuna de um instrumento para avaliar a prontidão do prematuro para o início do aleitamento materno, na transição da alimentação gástrica por via oral (FUJINAGA, 2002; 2005). Este instrumento foi utilizado do primeiro dia após suspensão da dieta por via gástrica e durante seis dias consecutivamente.

Vale lembrar que, nos estudos de Fujinaga 2002 e 2005, o instrumento foi aplicado uma única vez. Entretanto, neste estudo se optou por utilizar o instrumento durante seis dias com o objetivo de um acompanhamento mais minucioso, que pudesse nos mostrar o aparecimento da prontidão no decorrer dos dias.

No sétimo dia do acompanhamento foi utilizado o Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada UNICEF (1993), adaptado por Cavalhaes e Correa (2003) quanto à classificação dos escores e utilizado em estudo realizado com prematuros por Scheeren, Mengue, Devincenzi, Barbosa, Gomes (2012).

### **3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Desta forma os critérios de inclusão para o RNPT foram: não ter iniciado a amamentação ou recebido alimentação láctea por via oral; estabilidade clínica para se manter fora da incubadora por pelo menos 10 minutos sem alteração na saturação de oxigênio, frequência cardíaca ou apresentar apneia; ausência de malformação neurológica; ausência de anomalia congênita com alterações para o desenvolvimento oral motor, deformidades faciais, distúrbios respiratórios, cardiovasculares, gastrointestinais, neurológicos, hemorragia intracraniana, estar em uso de sedação ou síndromes que impeçam a alimentação oral; e ter prescrição médica para iniciar a amamentação.

**Critérios de inclusão em relação às condições maternas:** ausência de doenças ou procedimentos que contraindiquem o aleitamento materno, ausência de problemas patológicos que possam interferir na amamentação.

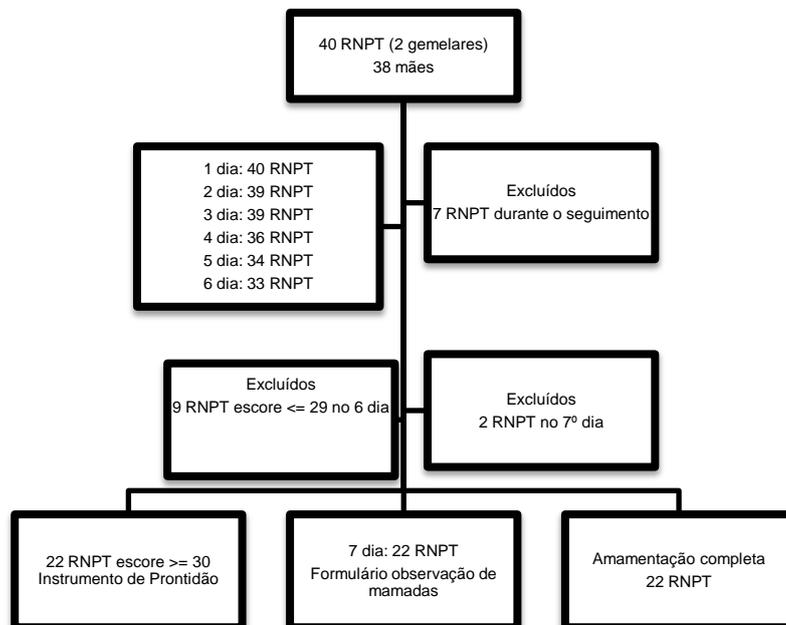
**Critérios de exclusão:** RNPT em uso de suporte ventilatório, transferidos para outras unidades imediatamente após o nascimento, ou em cuidados paliativos.

**Critério de exclusão materna:** transferência para outras unidades.

Cabe destacar que, durante o seguimento desses recém-nascidos, alguns apresentaram intercorrências clínicas, bem como as mães quanto à sua estabilidade clínica, desejo de amamentar e à manutenção da lactação.

Durante a coleta, alguns RNPTs foram excluídos. No total foram 18 RNPTs (9 durante o acompanhamento devido a instabilidade clínica e outras causas) e (9 por não atingirem os escores), de acordo com o instrumento de Fujinaga (2002, 2005, 2013), conforme a distribuição da amostra do estudo na FIGURA 4.

**Figura 3: Diagrama da distribuição da amostra de mães e RNPTs de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.**



O estudo iniciou com 40 RNPTs (36 de gravidez única e 2 duplas de gêmeos). Durante a avaliação do RNPT com o instrumento de avaliação para início da

prontidão da alimentação oral por seis dias, foram excluídos sete prematuros, devido aos seguintes motivos: (2) piora clínica (retornou ao *oxyhood*); (1) transferência de unidade; (1) óbito; (1) transferência para o Conselho Tutelar; (1) alta hospitalar; (1) piora clínica (retornou ao *oxyhood* / infecção).

É importante ressaltar que este RN que foi transferido para o Conselho Tutelar já estava clinicamente bem e pronto para alta hospitalar. E já apresentava uma prontidão adequada.

No primeiro dia do seguimento havia 40 prematuros; no segundo dia, 39 prematuros; no terceiro dia, 39 prematuros; no quarto dia, 36 prematuros; no quinto dia, 34 prematuros; no sexto dia, 33 prematuros.

No sétimo dia, antes de iniciar a aplicação do instrumento de avaliação de mamadas, foi necessário excluir mais dois prematuros: (1) a mãe foi transferida para o CTI; (1) a mãe não quis amamentar.

Neste momento a amostra era de 31. Desse quantitativo, nove estavam com escore  $\leq 29$  no instrumento de prontidão e somente 22 prematuros tinham escore  $\geq 30$  e foram avaliados no instrumento de observação de avaliação da mamada.

### **3.5 Instrumentos de coleta de dados**

A coleta de dados de identificação materna e neonatal foi realizada pela consulta ao prontuário de cada RNPT e, quando necessário, ao prontuário da mãe para a complementação dos dados: nome, número do prontuário, escolaridade materna, estado civil, dados obstétricos do pré-natal, parto, nascimento, intercorrências; e dos dados do RNPT, quanto a: data de nascimento, sexo, idade gestacional, idade corrigida, peso ao nascer, apgar, reanimação, uso de ventilação, contato pele a pele, amamentação, condições na unidade terapia intensiva neonatal, dados nutrição e alimentação (Anexo III).

A idade gestacional foi baseada no método de avaliação Ballard, apurada pelos profissionais médicos da unidade e registrada no prontuário. Este método é baseado na análise de seis parâmetros neurológicos e seis parâmetros físicos, que

permite uma avaliação mais minuciosa do prematuro com relação à idade gestacional (BALLARD et al., 1991).

Após a coleta de dados no prontuário, para os RNPTs elegíveis era aplicado o instrumento de avaliação de prontidão do prematuro para o início da alimentação oral (FUJINAGA, 2013).

O instrumento é composto por 18 itens, divididos em cinco categorias: idade corrigida, estado de organização comportamental, postura oral, reflexos orais e sucção não nutritiva, e possui um guia instrucional (FUJINAGA, 2005). (Instrumento 1 - ANEXO I).

A maior sensibilidade e especificidade desse instrumento foram obtidas nos três pontos de corte 28, 29 e 30 (FUJINAGA et al., 2013; FUJINAGA 2005), sendo recomendável o ponto 30, ou seja, uma pontuação superior a 30 indica que o recém-nascido é capaz de começar a transição para a amamentação, uma vez que a especificidade correspondente desta pontuação (75,68%) mostrou menor proporção de falso positivos. A acurácia global do instrumento foi de 74,83% (FUJINAGA et al., 2013).

Cada item do instrumento de avaliação de prontidão do prematuro para o início da alimentação oral tem pontuação de 0 (zero) a 2 (dois), de acordo com as variações de desempenho, perfazendo um escore máximo de 36 pontos.

O instrumento foi criado por Fujinaga (2002) durante a dissertação de mestrado e validado clinicamente na tese de doutorado Fujinaga (2005). Em 2013 foi publicado o artigo pertinente ao instrumento (FUJINAGA et al., 2013).

Neste estudo foi utilizada a versão simplificada do instrumento (FUJINAGA et al., 2013), conforme o Anexo I.

- **Etapas da aplicação do instrumento de avaliação de prontidão do prematuro para o início da alimentação oral**

**- Técnica de avaliação para a aplicação do instrumento de avaliação de prontidão do prematuro para o início da alimentação oral:**

- A avaliação foi feita 15 minutos antes da alimentação.
- Dentro da incubadora: todos os prematuros foram colocados em decúbito lateral com flexão dos membros e cabeça alinhada. Foram realizados estímulos auditivos, visuais e táteis.
- Neste momento foi observado o estado de organização comportamental, avaliada a postura da língua, presença de reflexos orais e reflexos de vômitos.
- Foi realizada a estimulação não nutritiva, com o dedo mínimo enluvado para se observar o reflexo e a manutenção da sucção.
- A duração da avaliação da sucção não nutritiva foi de um minuto (uso de cronômetro).

O instrumento (FUJINAGA et al., 2013) foi aplicado diariamente durante seis dias consecutivos, a partir do momento da suspensão da dieta por via sonda orogástrica, e independente de o RNPT nos dias subsequentes ir diretamente ao seio materno; foi realizado o acompanhamento dos 40 RNPTs nos dias subsequentes para avaliação do início da amamentação. Essa avaliação foi realizada apenas na mamada do horário de 12:00h.

A cada aplicação do instrumento de avaliação de prontidão do prematuro para o início da alimentação oral, era realizada a pontuação dos itens e calculado o escore de 0 a 36 pontos.

Durante a intervenção os RNPTs aprendiam, aos poucos, os movimentos corretos de sucção e deglutição através da sucção não nutritiva.

No entanto, nos estudos de Fujinaga (2002; 2005) o instrumento de avaliação de prontidão do prematuro para o início da alimentação oral foi utilizado apenas em um único momento, quando o RNPT iniciava a alimentação oral no momento da translactação.

Considerando a rotina da unidade, o RNPT em uso de SOG iniciava a alimentação oral via copo, uso de chucha (salvo em casos de recomendação médica) e diretamente ao seio materno sem a translactação.

- **Etapas da aplicação do instrumento do Formulário de Observação de Avaliação da Mamada – UNICEF (1993) e classificado por escore por Carvalhaes e Correa (2003) e utilizado para prematuros por Scheeren, Mengue, Devincenzi, Barbosa, Gomes (2012)**

No sétimo dia foi aplicado um protocolo difundido pelo UNICEF (1993) que contém uma série de comportamentos classificados em favoráveis à amamentação ou sugestivos de dificuldades referentes à posição corporal da mãe e do recém-nascido durante a mamada, às respostas da dupla ao iniciarem a mamada, à eficiência da sucção, ao envolvimento afetivo entre mãe e RN, às características anatômicas da mama e à duração e forma como ocorre a mamada completa. A classificação deste instrumento se dá pelo comportamento favorável à amamentação ou sugestivo de dificuldades da mãe e do RN durante a mamada.

Considera-se a mamada completa desde o período da decisão da mãe de colocar o RN para amamentação até a finalização da mamada (UNICEF, 1993). E essa mamada foi classificada por escores (de 0 a 6 comportamentos) para comportamento negativo, sendo classificado por BOM, REGULAR e RUIM por Carvalhaes e Correa (2003) e utilizado em prematuros no estudo de Scheeren, Mengue, Devincenzi, Barbosa, Gomes (2012). (Anexo V).

Para a classificação, utiliza-se o número de comportamentos negativos (0 a 6), conforme o protocolo preconiza:

- a) Posição mãe/RN: BOM (zero a um comportamento), REGULAR (dois a três comportamentos), RUIM (quatro a cinco comportamentos);
- b) Respostas da dupla: BOM (zero a um comportamento), REGULAR (dois a três comportamentos), RUIM (quatro a seis comportamentos);
- c) Adequação da sucção: BOM (zero a um comportamento), REGULAR (dois a três comportamentos), RUIM (quatro a seis comportamentos);
- d) Anatomia das mamas: BOM (zero comportamento), REGULAR (um comportamento), RUIM (dois a quatro comportamentos);
- e) Afetividade: BOM (zero comportamento), REGULAR (um comportamento), RUIM (dois a três comportamentos).

A ocorrência de escores desfavoráveis (REGULAR e RUIM) pode conduzir ao desmame precoce. As díades mãe-RNPT que apresentam alguma dificuldade com o início da amamentação em pelo menos um dos aspectos da mamada necessitam de aconselhamento e apoio. O instrumento ajuda na detecção das dificuldades iniciais (SCHEEREN, MENGUE, DEVINCENZI, BARBOSA, GOMES, 2012).

### **3.6 Estudo Piloto**

Foi realizado um estudo piloto com os seguintes objetivos:

- Aproximação e ambientação com o local do estudo, seus profissionais e rotinas;
- Testar de forma definitiva o protocolo de coleta de dados, sua viabilidade, permitindo com isso modificações anteriores à execução do estudo (MEDRONHO et al., 2009).

A aproximação com o campo e ambientação da pesquisadora teve por objetivo acompanhar a dinâmica assistencial sem causar interferências na rotina da

instituição. Vale ressaltar que os dados coletados no piloto não foram utilizados na coleta propriamente dita.

Após a realização do piloto foi necessária a inclusão do item: peso diário; e no tipo de alimentação: os itens copinho, chuca e seio materno. Essa alteração foi necessária para que o estudo se aproximasse da realidade da unidade.

### **3.7-Tratamentos estatísticos e Análise dos dados**

Os dados registrados nos instrumentos de coleta foram submetidos a dupla digitação e processados eletronicamente pelo *software* EPI-INFO versão 3.5.2. para garantir a confiabilidade destes. Por meio da validação da digitação houve comparação dos dois bancos de dados para identificar possíveis erros de digitação e proceder à correção das divergências. A análise dos dados foi apresentada em forma de tabelas e porcentagens simples.

### **3.8- Aspectos legais e éticos**

Para atender e cumprir as normas éticas determinadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, o referido estudo foi submetido aos procedimentos normativos do Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (E.E.A.N. / UFRJ) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro / SMS / RJ. Caae: 32897114.5.3002.5279(Anexo VIII e IX).

As mães, pais ou responsáveis legais pelos RNPTs que atenderam aos critérios de inclusão foram informados sobre o estudo e convidados para participar da pesquisa e assinar o TCLE (Apêndice A).

Foram garantidos o anonimato das mães, pais ou responsáveis legais dos RNPTs e o sigilo das informações, assegurando-lhes confidencialidade e privacidade (Anexo X).

## **4 -RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para uma melhor visualização e compreensão dos resultados do estudo, organizamos em três sessões: primeiramente a caracterização sociodemográfica e obstétrica das mães (38) e os dados de nascimento, alimentação e nutrição dos RNPTs (40), durante a internação; na segunda sessão os dados de avaliação do instrumento de prontidão para o início da alimentação oral dos 40 prematuros acompanhados durante o período de seis dias consecutivos; e a terceira sessão foi a observação da amamentação ao seio materno de 22 RNPTs, realizada no sétimo dia através do Formulário de Avaliação de Mamadas.

**\* PRIMEIRA SESSÃO – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA DAS MÃES (38) E OS DADOS DE NASCIMENTO, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DOS RNPTs (40), DURANTE A INTERNAÇÃO:**

### **4.1 - Caracterizações dos participantes**

#### **4.1.1 - Mães**

A caracterização das mães dos prematuros constituiu numa amostra de 38 mães, pois duas mães tiveram gravidez gemelar e as outras 36 mães tiveram gravidez única. (TABELA 1).

**Tabela 1: Caracterização das mães dos prematuros participantes do estudo quanto à idade, escolaridade e estado civil. Rio de Janeiro, 2015. N=38**

Variáveis	n	%
<b>IDADE</b>		
15 a 19 anos	14	36,8
20 a 24 anos	13	34,2
25 a 29 anos	3	7,9
30 a 34 anos	5	13,2
35 a 39 anos	3	7,9
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Sem estudo	1	2,7
Ensino fundamental incompleto	7	18,4
Ensino fundamental completo	7	18,4
Ensino médio incompleto	9	23,7
Ensino médio completo	14	36,8
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteira	19	50,0
Casada	2	5,4
Divorciada	1	2,7
União Consensual	16	41,9
<b>Total:</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fonte: instrumento coleta de dados.

Em relação à faixa etária observa-se que a idade das mães variou de 15 a 39 anos, com mediana de 22 anos; 36,8% (14) eram adolescentes, ou seja, com idade compreendida entre 15 e 19 anos, e 3 mães acima de 35 anos (Tabela 1).

O resultado do presente estudo mostrou que 36,8% (14) das mães dos prematuros eram adolescentes. O quantitativo de mães adolescentes vem proporcionando uma preocupação em nível mundial desde a década de 60 (DATASUS, 2010).

O organismo de uma adolescente ainda está em desenvolvimento físico e emocional e uma gravidez nesta fase pode acarretar problemas de crescimento, desenvolvimento, distúrbios emocionais, comportamentais, educacionais e de

aprendizado, além de complicações na gravidez e problemas inerentes ao parto (GALLO, 2011).

Quanto à escolaridade, 36,8% (14) tinham ensino médio completo, 23,7% (9) com ensino médio incompleto; 18,4% (7) com ensino fundamental completo; 18,4% (7) com ensino fundamental incompleto; 2,7% (1) sem estudo. Observa-se que 50% (19) das mães eram solteiras, 5,4% (2) eram casadas, e 41,9% (16) viviam em união consensual (TABELA 1).

A escolaridade implica numa relação direta entre baixo nível de escolaridade e a interferência negativa no aleitamento materno. Estudos apontam que a faixa etária, a escolaridade materna e o tipo de parto estão relacionados com a prática do aleitamento exclusivo, independente do peso ao nascer (OLIVEIRA et al. 2010; DE MORAIS et al., 2011; HUNG e BERG, 2011).

Estudo de Azevedo e Cunha (2013) enfatiza que os fatores que influenciam no aleitamento materno exclusivo em prematuros estão relacionados com as características da mãe quanto à idade, escolaridade, condições financeiras da família, número de consultas no pré-natal, o volume de leite ordenhado e a frequência da ordenha mamária e a participação no método canguru.

Em uma pesquisa realizada sobre a associação da gravidez na adolescência e a prematuridade, concluiu-se que entre os principais fatores relacionados à prematuridade estão a adolescência e a baixa adesão às consultas de pré-natal (MARTINS et al., 2011).

**Tabela 2: Caracterização das mães dos prematuros participantes do estudo quanto aos dados obstétricos. Rio de Janeiro, 2015. N=38**

Variáveis	n	%
<b>PRÉ-NATAL</b>		
Sim	33	86,8
Não	5	13,2
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>
<b>NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES</b>		
0	24	63,0
1	7	18,4
2	1	2,7
4	5	13,2
6	1	2,7
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>
<b>INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO</b>		
Sim	10	26,3
Não	28	73,7
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>
<b>HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO ANTERIOR</b>		
Sim	12	31,6
Não	26	68,4
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
<b>TIPO DE GESTAÇÃO</b>		
Única	36	95,0
Dupla	2	5,0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>
<b>TIPO DE PARTO</b>		
Normal	21	55,2
Cesáreo	17	44,8
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>
<b>INTERCORRÊNCIAS NO PARTO</b>		
Sim	13	34,2
Não	25	65,8
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fonte: instrumento coleta de dados.

Neste estudo, 86,8% (33) tiveram a assistência ao pré-natal e 13,2% (5) não tiveram a mesma oportunidade. Esse resultado enfatiza uma necessidade de se trabalhar mais na consolidação de uma assistência para todos e impedir que alguma mulher fique fora desse atendimento básico, que é o pré-natal.

A assistência ao pré-natal é um componente importante na saúde da mulher e do bebê. E no Brasil essa ampliação do acesso à assistência pré-natal já foi alcançada na maioria das gestantes. Porém os desafios persistem para uma melhor qualidade dessa assistência, com a realização de todos os procedimentos considerados de fato efetivos para a redução dos desfechos desfavoráveis (Viellas et al., 2014).

Quanto ao número de gestações anteriores, 63% (24) das mães eram primigestas, ou seja, na primeira gestação. Enquanto que 37% (14), mais de uma gestação (Tabela 2).

Quanto às intercorrências na gestação, 26,3% (10) apresentaram intercorrências tais como: DPP (Descolamento prematuro da placenta); DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) e Amniorrexe Prematura (rotura das membranas corioamnióticas antes da deflagração do trabalho de parto). (Tabela 2).

Na história de amamentação anterior observa-se que 68,4% das mães (26) relataram não ter experiência prévia com amamentação. Quanto ao tipo de gestação, a maioria (95%) apresentou gestação única; e duas (5,0%), gestações duplas (Tabela 2).

Em relação ao tipo de parto, 55,2% (21) das mães tiveram parto normal e 44,8% (17), parto cesáreo. Durante o parto, 34,2% (13) das mães apresentaram intercorrências no parto, assim como durante a gestação: DPP (Descolamento prematuro da placenta); DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) e Amniorrexe Prematura (rotura das membranas corioamnióticas antes da deflagração do trabalho de parto). (Tabela 2).

Dados do Inquérito Nacional sobre parto e nascimento realizado com 23.894 mulheres em maternidade públicas, privadas e mistas em todo o Brasil mostram que a maioria teve seus filhos por cesariana e frequentemente as mães eram adolescentes. A cesariana ocorre em 52% dos nascimentos, e no setor privado esse valor é superior, chegando a 88% (LEAL, GAMA, 2014).

A maioria, 68,4% das mães neste estudo, não possuía experiência anterior com amamentação. A falta de experiência materna e de informação pode levar ao desmame precoce. Esta experiência prévia com a amamentação tem sido associada de forma positiva e este achado reforça a importância de um apoio mais intensivo às mulheres que ainda não amamentaram (PEREIRA et al., 2010).

Para Mastrup et al. (2014) a baixa taxa de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo pode estar associada ao nascimento prematuro, baixa idade gestacional, nascimento múltiplos e fatores maternos como fumo e baixas condições econômicas. Esses fatores interferem negativamente no aleitamento materno, bem como a experiência anterior com amamentação e o contexto do nascimento.

### 4.1.2 Prematuros

Os dados dos 40 recém-nascidos prematuros relativos às condições de nascimento estão na Tabela 3. De acordo com o sexo, observa-se que 57,5% (23) dos prematuros eram do sexo feminino e 42,5% (17), do sexo masculino (Tabela 3).

A média da idade gestacional foi de 33 semanas e variou de 26 a 36 semanas; 57,5% (23) dos prematuros nasceram com idade gestacional < 34 semanas, 42,5% (17) dos prematuros tinham idade gestacional > 34 semanas (Tabela 3).

Já a idade gestacional corrigida foi igual ou maior que 34 semanas, representada por 67,5% (27) dos prematuros, enquanto que para dois (5%) foi menor que 31 semanas, e 27,5 (11) com idade entre 32 e 33 semanas (Tabela 3).

No Inquérito Nacional sobre parto e nascimento no Brasil (2014) a proporção de nascimentos prematuros foi de 11,8%, quando comparados com a Inglaterra e País de Gales foi 55% maior. A mortalidade neonatal está associada ao baixo peso e ao risco gestacional e inadequação do pré-natal e do parto, indicando uma qualidade não satisfatória da assistência. Os óbitos de RNs por prematuridade tardia demonstram a qualidade inadequada da atenção hospitalar.

**Tabela 3: Caracterização dos prematuros participantes do estudo, segundo dados do nascimento – parte I. Rio de Janeiro, 2015. N=40**

Variáveis	N	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	23	57,5
Masculino	17	42,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>IDADE GESTACIONAL</b>		
entre 26 e 31 semanas	07	17,5
entre 32 e 33 semanas	16	40,0
maior ou igual a 34 semanas	17	42,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA</b>		
31 semanas	2	5,0
32 e 33 semanas	11	27,5
maior ou igual a 34 semanas	27	67,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Peso ao nascer</b>		
extremo baixo peso ao nascer 670g a 920g	2	5,0
muito baixo peso ao nascer 1010g a 1415g	10	25,0
baixo peso ao nascer 1535g a 2420g	27	67,5
peso adequado 2830g	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>APGAR 1º MINUTO</b>		
entre 3 e 6	06	15,0
maior ou igual a 7	34	85,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>APGAR 5º MINUTO</b>		
6	3	7,5
maior ou igual a 7	37	92,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>REANIMAÇÃO</b>		
Sim	13	32,5
Não	27	67,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>MEDICAÇÃO REANIMAÇÃO</b>		
Sim	3	7,5
Não	37	92,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

\*Média de Idade Gestacional: 33 semanas. Fonte: instrumento coleta de dados.

A mediana de peso ao nascer foi de 1.748 gramas (670 a 2.830g) sendo os prematuros distribuídos de acordo com a classificação por peso ao nascer: 5% (2) dos prematuros com peso abaixo de 999g; 25,0% (10) apresentaram entre 1000 e 1499 g; 67,5% (27) acima ou igual a 1500 g e menos de 2500g; apenas um RNPT apresentando 2830 g (Tabela 3).

A média de Apgar no primeiro minuto foi de 7 pontos; seis RNPTs apresentaram Apgar que variou de 3 a 5 pontos; apenas um RNPT apresentou Apgar igual a 6 e a maioria, 85,0% (34), obteve nota maior e igual a 7.

A média do Apgar no quinto minuto foi de 9 pontos, sendo a maioria, 92,5% (37), com Apgar maior ou igual a 7; três RNPTs apresentaram Apgar igual a 6 (Tabela 3).

O estudo de Pinto e outros (2013), com o objetivo de caracterizar o perfil das crianças atendidas no setor fonoaudiólogo do ambulatório de crianças de alto risco da Prefeitura de Franca/SP, por meio da consulta de 62 prontuários mostrou que 67% nasceram de parto cesáreo; a média de idade gestacional foi de 32 semanas (variando entre 26 e 40 semanas); a média do peso foi de 1774 gramas; o índice de Apgar utilizado para mensurar a vitalidade do recém-nascido apresentou, no primeiro minuto, média 6, enquanto que no quinto minuto a média foi 8.

Em relação à reanimação neonatal na sala de parto após o nascimento, 67,5% (27) dos prematuros não precisaram de reanimação; 32,5% (13) necessitaram de algum tipo de manobra de reanimação, dentre as quais destacam-se: (1) oxigênio inalatório, (3) ventilação por máscara, (8) entubação traqueal. Destes, 7,5% (3) utilizaram medicação durante a reanimação neonatal (Quadro 3).

É notório lembrar que eventos adversos na hora do parto também estão associados com problemas futuros na vida dos bebês. É necessário que os esforços para qualificar a atenção ao recém-nascido que demanda reanimação neonatal se expanda cada vez mais para a prevenção primária da asfixia intraparto. Essa qualificação deve ser iniciada ainda na admissão da gestante e durante toda a atenção ao trabalho de parto, incluindo toda a equipe multidisciplinar, que deve participar de forma corresponsável e na utilização de protocolos que promovam a evolução fisiológica do trabalho de parto, com intervenções apenas quando justificáveis (LANSKY S. et al., 2014).

Estudo de Azevedo e Cunha (2013) refere que, entre os fatores relacionados ao prematuro encontrados na literatura, destacam-se o peso ao nascer, o uso de sonda, a internação em um Hospital Amigo da Criança, o índice de Apgar, o tempo de hospitalização e a estimulação oral precoce, que podem interferir no aleitamento materno exclusivo.

O investimento em ações para prevenção da prematuridade evitável, assim como a melhoria na atenção a este recém-nascido mais vulnerável são fundamentais. Sempre visando à prevenção da prematuridade na atenção pré-natal, com o controle dos riscos durante a gravidez (VICTORA C.G. et al., 2011; LANSKY S. et al., 2014).

Estudo realizado por Caminha e outros (2014), com 1595 crianças no Estado de Pernambuco, segundo o peso ao nascer, mostra que as variáveis ano de estudo formal materno e tipo de parto se apresentaram associadas ao grupo de baixo peso ao nascer (BPN). O grupo de crianças de BPN não foi favorecido quanto às recomendações referentes ao aleitamento materno.

Os autores revelam ainda que o tipo de parto mostrou uma particularidade: nos casos de cesariana foi mais elevada a prevalência do AME depois dos quatro meses de idade nas crianças com BPN. Sendo este um resultado inesperado, já que o parto cirúrgico historicamente é tido como um fator desfavorável em relação ao aleitamento materno (CAMINHA et al., 2014).

**Tabela 4: Caracterização dos prematuros participantes do estudo, segundo dados do nascimento - parte II. Rio de Janeiro, 2015. N=40**

Variáveis	N	%
<b>CONTATO PELE A PELE PRECOCE</b>		
Sim	15	37,5
Não	25	62,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA</b>		
Sim	5	12,5
Não	35	87,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fonte: instrumento coleta de dados.

Na Tabela 4, observa-se que entre os cuidados de humanização na sala de parto estão o contato pele a pele precoce e a amamentação na primeira hora de vida. Para os RNPTs, ainda na sala de parto, 37,5% (15) dos prematuros tiveram a oportunidade do contato pele a pele com suas mães e 12,5% (5) se aproximaram do peito na primeira hora de vida. (TABELA 4)

Na atenção ao parto e nascimento, visando a uma atenção humanizada para mãe e filho, é importante que o bebê seja encaminhado ao seio materno na primeira hora de vida. Pois, além de fornecer um aporte calórico para o mesmo, essa prática também acelera a descida do leite, aumentando as chances de sucesso no aleitamento materno (MS, 2012).

Entretanto, nos casos dos prematuros, nem sempre o estado clínico do mesmo favorece a amamentação na primeira hora de vida ainda na sala de parto, como podemos observar neste estudo, onde apenas 12,5% (5) dos prematuros tiveram essa oportunidade.

Estudo de Conde-Agudelo, Belizán, Diaz-Rosselo, (2011) aponta que o contato pele a pele entre o recém-nascido pré-termo e a mãe/pai promove o aleitamento materno. O que é enfatizado pelo Ministério da Saúde (2011): após o bebê ser colocado na posição canguru, não deve ser retirado em um tempo muito curto. É importante que permaneça pelo menos durante uma hora, considerando que ele precisa de tempo para se organizar e depois entrar em sono profundo, e isto está associado com o cuidado desenvolvimental (MS, 2012).

Os fatores facilitadores para o aleitamento materno em prematuros estão na realização da ordenha mamária manual ou com auxílio da bomba elétrica, o desenvolvimento do vínculo mãe-filho, apoio dos profissionais de saúde e dos pais para o início do AM durante a internação na UTIN (RODRIGUES, et al. 2013).

O Alojamento Conjunto da mãe com o bebê em maternidades tem se mostrado associado a melhores resultados de amamentação, entretanto pesquisas sobre o efeito da amamentação das mães com seus bebês em UTIN ainda são escassas (LEE, MARTIN, DUDLEY, 2012).

**Quadro 5: Caracterização dos RNPTs quanto ao diagnóstico, internação, suporte ventilatório e tempo de internação na UTIN**

Prematuro/ Diagnóstico	Reanimação no Parto	Tempo UTIN Dias	VMI/ Dias	CPAP/ Dias	OXY-HOOD/ Dias	Ac/UI
01 / Prematuridade	Não	3	Não	Não	Não	AC
02 / Prematuridade	Não	6	Não	Não	1	AC
03 / Prematuridade	TOT	14	4	3	2	UI
04 / Prematuridade/ Desc. Resp.	Não	12	4	3	4	UI
05 / Prematuridade/ Asfixia	TOT	15	5	3	3	UI
06 / Prematuridade	Não	1	Não	Não	Não	AC
07 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Não	3	Não	Não	3	UI
08 / Prematuridade	Não	1	Não	Não	Não	AC
09 / Prematuridade	Não	5	Não	Não	Não	AC
10 / Prematuridade	Não	9	Não	Não	Não	AC
11 / Prematuridade	Não	2	Não	Não	Não	AC
12 / Prematuridade	Não	2	Não	Não	Não	AC
13 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Não	13	Não	Não	2	UI
14 / Prematuridade/ Infecção	Não	28	5	3	3	UI
15 / Prematuridade/ Infecção	O2 Inalado	6	Não	Não	5	UI
16 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Não	5	Não	Não	1	UI
17 / Prematuridade	Não	1	Não	Não	Não	AC
18 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Não	12	Não	2	3	UI
19 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Não	1	Não	Não	1	AC
20 / Prematuridade/ Infecção	TOT	18	3	2	3	UI
21 / Prematuridade	Não	Não	Não	Não	Não	AC
22 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Não	6	Não	Não	3	AC
23 / Prematuridade/ Asfixia	TOT	6	2	1	6	AC
24 / Prematuridade	Não	5	Não	Não	Não	AC
25 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Máscara	12	2	2	3	UI
26 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Máscara	1	Não	Não	1	AC
27 / Prematuridade/ Asfixia	TOT	102	30	10	10	UI
28 / Prematuridade	Não	2	Não	Não	Não	AC
29 / Prematuridade	Não	2	Não	Não	Não	AC
30 / Prematuridade/ Asfixia	TOT	5	1	1	3	UI
31 / Prematuridade	Não	1	Não	Não	Não	AC
32 / Prematuridade	Não	16	5	3	2	UI
33 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	TOT	18	2	2	3	UI
34 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Não	9	1	2	3	AC
35 / Prematuridade/ Asfixia	TOT	7	2	2	2	UI
36 / Prematuridade	Não	3	Não	Não	Não	AC
37 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Não	35	Não	Não	3	AC
38 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Não	27	2	2	3	AC
39 / Prematuridade	Não	1	Não	Não	Não	AC
40 / Prematuridade/ Desconforto Respiratório	Máscara	1	Não	Não	1	UI

Fonte: Instrumento de coleta de dados

Com relação ao Quadro 5, desde o nascimento até o dia da coleta de dados, os prematuros apresentaram os seguintes diagnósticos além da prematuridade: (14) desconforto respiratório, (5) asfixia e (3) infecção.

Quanto ao tempo de internação na UTIN em dias, 24 RNPTs ficaram internados menos que 7 dias, enquanto que um RNPT apresentou 102 dias de internação na UTIN.

Quanto ao uso de suporte ventilatório (14) fizeram uso de ventilação mecânica intermitente, que variou de 1 a 30 dias; (15) CPAP nasal, que variou de 1 a 10 dias; e (25) *oxyhood*, que variou de 1 a 10 dias no tempo de uso.

Observa-se que 23 RNPTs após a alta hospitalar da UTIN foram transferidos para o alojamento canguru (RNPTs de nº: 01, 02, 06, 08, 09, 10, 11, 12, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 31, 34, 36, 37, 38 e 39), por estarem clinicamente estáveis. Enquanto que 42,5% (17) precisaram ficar um tempo na UI (Unidade Intermediária) por ainda precisarem de cuidados mais rigorosos após a alta da UTIN (RNPTs de números 03, 04, 05, 07, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 25, 27, 30, 32, 33, 35 e 40).

Neste estudo os RNPTs que tiveram um tempo mais prolongado de internação na UTIN foram submetidos a intervenções necessárias para a sua recuperação, tais como: reanimação no parto, VMI (Ventilação Mandatória Intermittente), CPAP (*continuous positive airway pressure*) ou pressão positiva contínua nas vias respiratórias; *Oxyhood* (capacete de oxigênio); HV (hidratação venosa), NPT (nutrição parenteral) e SOG (sonda orogástrica), por um tempo mais prolongado não conseguiram atingir o resultado esperado. E de fato não conseguiram apresentar um estado de prontidão para o início da amamentação durante o seguimento do estudo.

Um estudo de revisão sobre os fatores associados à manutenção do AM de RNPTs revelou que os fatores que podem dificultar o processo da amamentação são: a prematuridade, a fragilidade do RN, a dificuldade de sucção no seio materno, as sequelas neonatais, o tempo de internação e a separação da mãe-RN (RODRIGUES, et al. 2013).

**Tabela 5: Caracterização dos prematuros segundo os dados de alimentação e nutrição durante a internação na UTIN. Rio de Janeiro, 2015. N=40**

Variáveis	n	%
<b>DIETA ZERO</b>		
Sim	31	77,5
Não	09	22,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>TEMPO DIETA ZERO</b>		
1 a 3 dias	16	51,6
4 a 6 dias	09	29,0
7 a 9 dias	03	9,7
10 a 12 dias	03	9,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>
<b>HV</b>		
Sim	39	97,5
Não	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>TEMPO HV</b>		
1 a 5 dias	24	61,5
6 a 10 dias	5	12,9
11 a 15 dias	6	15,4
= > 16 dias	4	10,2
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>
<b>NPT</b>		
Sim	20	50,0
Não	20	50,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>TEMPO NPT</b>		
1 a 5 dias	16	80,0
6 a 10 dias	02	10,0
11 a 15 dias	01	5,0
= > 16 dias	01	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>SOG</b>		
Sim	40	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>TEMPO SOG</b>		
1 a 5 dias	15	37,5
6 a 10 dias	09	22,5
11 a 15 dias	07	17,5
= > 16 dias	09	22,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>ALIMENTAÇÃO ENTERAL</b>		
Sim	40	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>TIPO DE ALIMENTAÇÃO ENTERAL</b>		
LM Ordenhado	05	12,5
LM Enriquecido	04	10,0

LH	23	57,5
LH Enriquecido	08	20,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>DIETA ORAL</b>		
Não	40	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados

A Tabela 5 mostra dados relativos à alimentação e nutrição dos RNPTs durante a internação na UTIN. Observa-se que 77,5% (31) realizaram dieta zero, enquanto que 22,5% (9) iniciaram a dieta precocemente. Quanto ao tempo de dieta zero, variou de 1 a 12 dias. Observa-se que a maioria, 51,6% (16) dos prematuros, permaneceu em dieta zero até 3 dias.

Em uma revisão integrativa realizada no período de 2005 a 2010, os autores concluíram que mudanças nas estratégias de nutrição do prematuro já são evidentes no que diz respeito à utilização de quantidade maior de nutrientes necessários para um crescimento ideal e a introdução da alimentação o mais precoce possível. Esse início precoce da alimentação enteral ou parenteral tem como objetivo: garantir o ganho de peso adequado, prevenir infecções e reduzir o tempo de internação (DAMASCENO et al., 2014).

Os RNPTs recebem com muita frequência fluidos por via parenteral para ofertar calorias, eletrólitos ou água. A maioria, 97,5% (39), realizou hidratação venosa e 61,5% (24) receberam HV de 1 a 5 dias. E 2,5% (1) não fizeram uso de HV.

Em relação à nutrição parenteral – NPT, 50,0% (20) utilizaram. Destes, 80% (16) receberam NPT entre 1 e 5 dias.

A totalidade, 100% (40) dos RNPTs, utilizou SOG, e 37,5% (15) receberam por 1 a 5 dias; 22,5% (9) utilizaram SOG por período de 6 a 10 dias e 22,5% (9) igual ou maior que 16 dias.

Quanto ao início da alimentação enteral, 100% (40) dos RNPTs receberam alimentação enteral, 57,5% (23) foram alimentados com LH (Leite Humano), e 12,5% (5) dos prematuros foram alimentados com LM Ordenhado da própria mãe. Vale ressaltar que até a fase da coleta nenhum prematuro tinha iniciado a dieta oral ainda.

Convém lembrar que a prioridade da unidade é a utilização do leite materno, entretanto em alguns casos específicos há necessidade do uso de LH enriquecido ou LM enriquecido para atender às necessidades nutricionais e prevenir a

desmineralização óssea, além de propiciar o crescimento adequado do prematuro. E, mesmo havendo um banco de leite no interior da unidade, há ainda uma grande dificuldade de obtenção de leite da própria mãe ou do banco, em volume suficiente, durante todo o período de internação do pré-termo, que costuma ser longo.

Um ensaio clínico randomizado com 40 recém-nascidos pré-termo teve por objetivo a comparação do ganho pômdero-estatural e a frequência de complicações clínicas em recém-nascidos pré-termo com peso inferior a 1.500 g, alimentados exclusivamente com leite humano cru da própria mãe com e sem aditivo até atingirem o peso de 1.800 g. Os autores concluíram que o uso de aditivo no leite humano cru da própria mãe proporcionou melhor crescimento, e significativo aumento do comprimento e do perímetro cefálico dos RNs (MARTINS, KREBS, 2009).

Apesar de o aleitamento materno exclusivo ser a norma preconizada pelo IHAC, em raras situações pode haver razões médicas aceitáveis para complementar o LM ou até mesmo para não oferecê-lo, tais como: a impossibilidade de alimentação no SM devido a dificuldades de sucção ou alguma anormalidade oral; os que estejam separados da mãe devido a perdas ou outros motivos; quando precisam de outra nutrição além do LM; devido a alguma doença metabólica rara, e que precisam ser alimentados com fórmulas especiais; doenças maternas que afetam as recomendações do AM (MS, 2010).

Quando o RNPT iniciava dieta por SOG, e à medida que o mesmo se apresentava clinicamente estável, já eram inseridos o contato pele a pele e a oferta ao seio materno – independente de ele sugar ou não de forma eficaz.

O estudo de Pinto e outros (2013) mostrou que durante o período de internação 51% fizeram uso de nutrição parenteral, 29% com alimentação via oral e 20% com alimentação por sonda nasogástrica. Em relação ao tempo que os RNs levaram para alcançar a via oral exclusiva, foi em média de 3 semanas.

O aleitamento materno deverá ser iniciado tão breve quanto possível depois do nascimento, especialmente para prematuros. No entanto, em algumas situações não deve ser recomendado o leite materno, tais como mãe portadora HIV e/ou HTLV-1 (MS, 2012).

Nos casos de doação, o leite materno deve ser pasteurizado, pois, apesar de o leite humano ter todos os ingredientes necessários para o crescimento e desenvolvimento dos bebês, caso ele não seja armazenado de forma correta, pode

se transformar em um meio de cultura para os micro-organismos. O processo de pausterização é um tratamento térmico, conduzido a 62,5°C por 30 min., aplicado ao leite humano ordenhado. O objetivo desse procedimento é inativar 100% dos micro-organismos patogênicos e 99,99% da microbiota saprófita, equivalente a um tratamento 15°D para inativação térmica da *Coxiella burnetti* (REDEBLH, 2004).

A alimentação oral é preconizada para recém-nascidos que possuam reflexos de sucção-deglutição-respiração e idade gestacional maior ou igual a de 32 semanas a 34 semanas. Já a alimentação gástrica é indicada para RNPTs com menos de 34 semanas que tenham alguma disfunção de sucção-deglutição ou para os que não podem se alimentar oralmente, ou possuam condição médica ou doença que impossibilite a alimentação oral. Nesses casos pode ser utilizada a sonda orogástrica ou nasogástrica de silicone de tamanho pequeno (SOCIEDADE AMERICANA DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL, 2013).

Os métodos de alimentação por sonda podem ser em bolus ou intermitente de 30 minutos a 2 horas; deverá ser realizado plano de alimentação para o RNPT, o volume de leite deverá ser avaliado de acordo com a tolerância, e o intervalo de duração deve ser ajustado de acordo com a idade gestacional e peso no nascimento (SOCIEDADE AMERICANA DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL, 2013).

A segunda sessão trata dos dados de avaliação do instrumento de prontidão para o início da alimentação oral dos 40 prematuros acompanhados durante o período de seis dias consecutivos.

O Quadro 6 mostra a distribuição dos 40 RNPTs durante os seis dias em que foi aplicado o instrumento de avaliação do início de prontidão para alimentação oral, segundo as variáveis: peso diário, idade corrigida, e o escore total obtido com a aplicação do instrumento de Fujinaga (2013). Considerando-se 30 o ponto de corte do instrumento que evidencia a prontidão para o início da amamentação materna.

**Quadro 6 – Quadro dos principais resultados do instrumento de avaliação do início de prontidão para alimentação oral, durante seis dias de observação**

<b>Prematuro</b>	<b>1º dia</b>	<b>2º dia</b>	<b>3º dia</b>	<b>4º dia</b>	<b>5º dia</b>	<b>6º dia</b>
<b>01</b> Feminino Peso Nasc.: 1555g 35sem	Idade corrigida: 36s 1590g Score: 28 * ***	Idade corrigida: 36s 1595g Score: 26 * ***	Idade corrigida: 36s 1610g Score: 24 * ***	Idade corrigida: 36s 1660g Score: 16 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1695g Score: 28 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1730g Score 31 * *** ****
<b>02</b> Masculino Peso Nasc.: 1800g 33 sem	Idade corrigida: 34s 1810g Score: 23 * ***	Idade corrigida: 34s 1850g Score: 25 * ***	Idade corrigida: 35s 1860g Score: 29 * ***	Idade corrigida: 35s 1890g Score: 25 * ***	Idade corrigida: 35s 1910g Score: 25 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1950g Score: 30 * *** ****
<b>03</b> Masculino Peso Nasc.: 1345g 29 sem	Idade corrigida: 31s 1500g Score: 13 * ***	Idade corrigida: 31s 1520g Score: 13 * ***	Idade corrigida: 31s 1530g Score: 14 * ***	Idade corrigida: 31s 1560g Score: 04 * ***	<b>Oxyhood: Estudo Interrompido</b>	
<b>04</b> Masculino Peso Nasc.: 2420g 35 sem	Idade corrigida: 36s 2480g Score: 15 * ***	Idade corrigida: 36s 2495g Score: 15 * ***	Idade corrigida: 37s 2500g Score: 13 * ***	<b>Transf. de Unidade: Estudo Interrompido</b>		
<b>05</b> Masculino Peso Nasc.: 1270g 29 sem	Idade corrigida: 31s 1590g Score: 18 * ***	Idade corrigida: 32s 1610g Score: 18 * ***	Idade corrigida: 32s 1650g Score: 22 * ***	Idade corrigida: 32s 1660g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 32s 1680g Score: 27 * ***	Idade corrigida: 32s 1730g Score: 28 * ***
<b>06</b> Feminino Peso Nasc.: 1900g 34 sem	Idade corrigida: 34s 1870g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 34s 1910g Score: 26 * ***	Idade corrigida: 35s 1925g Score: 29 * ***	Idade corrigida: 35s 1940g Score: 31 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1960g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1990g Score: 36 * *** ****
<b>07</b> Masculino Peso Nasc.: 1545g 34 sem	Idade corrigida: 34s 1550g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 34s 1570g Score: 21 * ***	Idade corrigida: 34s 1570g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 34s 1600g Score: 25 * ***	Idade corrigida: 34s 1620g Score: 24 * ***	Idade corrigida: 34s 1650g Score: 24 * ***

Continua

Continuação

Prematuro	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia
<b>08</b> Masculino Peso Nasc.: 2010g 32 sem	Idade corrigida: 32s 1880g Score: 22 * ***	Idade corrigida: 32s 1895g Score: 31 * ***	Idade corrigida: 32s 1895g Score: 34 * ***	Idade corrigida: 33s 1950g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 33s 1950g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 33s 1845g Score: 34 * ***
<b>09</b> Masculino Peso Nasc.: 1950g 32 sem	Idade corrigida: 32s 1820g Score: 15 * ***	Idade corrigida: 32s 1825g Score: 18 * ***	Idade corrigida: 33s 1830g Score: 26 * ***	Idade corrigida: 33s 1835g Score: 33 * ***	Idade corrigida: 33s 1845g Score: 33 * ***	Idade corrigida: 33s 1880g Score: 33 * ***
<b>10</b> Masculino Peso Nasc.: 1735g 33 sem	Idade corrigida: 35s 1570g Score: 27 * ***	Idade corrigida: 35s 1605g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 36s 1650g Score: 26 * ***	Idade corrigida: 36s 1670g Score: 27 * ***	Idade corrigida: 36s 1695g Score: 26 * ***	Idade corrigida: 36s 1625g Score: 31 * ***
<b>11</b> Feminino Peso Nasc.: 2035g 34 sem	Idade corrigida: 34s 1910g Score: 25 * ***	Idade corrigida: 34s 1920g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 34s 1930g Score: 36 * ***	Idade corrigida: 34s 1950g Score: 36 * ***	Idade corrigida: 34s 1950g Score: 36 * ***	Idade corrigida: 35s 1970g Score: 36 * ***
<b>12</b> Feminino Peso Nasc.: 2265g 34 sem	Idade corrigida: 34s 2100g Score: 31 * ***	Idade corrigida: 34s 2120g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 34s 2130g Score: 34 * ***	Idade corrigida: 34s 2140g Score: 34 * ***	Idade corrigida: 34s 2150g Score: 36 * ***	Idade corrigida: 35s 2160g Score: 36 * ***
<b>13</b> Feminino Peso Nasc.: 1565g 32 sem	Idade corrigida: 33s 1375g Score: 17 * ***	Idade corrigida: 34s 1415g Score: 21 * ***	Idade corrigida: 34s 1430g Score: 22 * ***	Idade corrigida: 34s 1465g Score: 24 * ***	Idade corrigida: 34s 1520g Score: 22 * ***	Idade corrigida: 34s 1540g Score: 26 * ***
<b>14</b> Feminino Peso Nasc.: 1180g 30 sem	Idade corrigida: 34s 1310g Score: 15 * ***	Idade corrigida: 34s 1590g Score: 12 * ***	Idade corrigida: 34s 1595g Score: 12 * ***	<b>Oxyhood: Estudo Interrompido</b>		

Continua

Continuação

Prematuro	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia
<b>15</b> Feminino Peso Nasc.: 1655g 35 sem	Idade corrigida: 36s 1575g Score: 17 * ***	<b>Óbito: Estudo Interrompido</b>				
<b>16</b> Feminino Peso Nasc.: 2125g 34 sem	Idade corrigida: 35s 2070g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 35s 2135g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 35s 2135g Score: 32 * ***	<b>Transferido para o Conselho Tutelar. Estudo Interrompido</b>		
<b>17</b> Feminino Peso Nasc.: 2300g 33 sem	Idade corrigida: 33s 2220g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 33s 2230g Score: 22 * ***	Idade corrigida: 33s 2245g Score: 31 * ***	Idade corrigida: 33s 2250g Score: 33 * ***	Idade corrigida: 33s 2255g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 33s 2260g Score: 33 * *** ****
<b>18</b> Feminino Peso Nasc.: 1635g 35 sem	Idade corrigida: 37s 1445g Score: 14 * ***	Idade corrigida: 37s 1495g Score: 19 * ***	Idade corrigida: 37s 1545g Score: 19 * ***	Idade corrigida: 37s 1550g Score: 18 * ***	Idade corrigida: 37s 1620g Score: 21 * ***	Idade corrigida: 37s 1665g Score: 22 * ***
<b>19</b> Feminino Peso Nasc.: 1945g 35 sem	Idade corrigida: 35s 1895g Score: 27 * ***	Idade corrigida: 36s 1895g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 36s 1890g Score: 29 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1940g Score: 32 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1960g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1980g Score: 36 * *** ****
<b>20</b> Feminino Peso Nasc.: 1035g 30 sem	Idade corrigida: 32s 1160g Score: 18 * ***	Idade corrigida: 32s 1220g Score: 23 * ***	Idade corrigida: 32s 1270g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 32s 1310g Score: 30 * ***	Idade corrigida: 32s 1345g Score: 29 * ***	Idade corrigida: 32s 1465g Score: 22 * ***
<b>21</b> Masculino Peso Nasc.: 2010g 33 sem	Idade corrigida: 33s 1970g Score: 35 * *** ****	Idade corrigida: 33s 1990g Score: 35 * *** ****	Idade corrigida: 34s 1950g Score: 36 * *** ****	Idade corrigida: 34s 1950g Score: 36 * *** ****	<b>Alta Hospitalar / estudo interrompido</b>	

Continua

## Continuação

Prematuro	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia
<b>22</b> Masculino Peso Nasc.: 1880g 32 sem	Idade corrigida: 33s 1805g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 33s 1815g Score: 32 * *** ****	Idade corrigida: 33s 1820g Score: 32 * *** ****	Idade corrigida: 33s 1850g Score: 31 * *** ****	Idade corrigida: 33s 1870g Score: 34 * *** ****	Idade corrigida: 34s 1825g Score: 36 * *** ****
<b>23</b> Feminino Peso Nasc.: 1920g 32 sem	Idade corrigida: 33s 1710g Score: 30 * ***	Idade corrigida: 33s 1720g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 33s 1730g Score: 32 * *** ****	Idade corrigida: 33s 1735g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 33s 1745g Score: 34 * *** ****	Idade corrigida: 33s 1720g Score: 36 * *** ****
<b>24</b> Feminino Peso Nasc.: 1760g 34 sem	Idade corrigida: 35s 1625g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 35s 1630g Score: 33 * ***	Idade corrigida: 35s 1665g Score: 36 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1670g Score: 36 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1690g Score: 36 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1745g Score: 35 * *** ****
<b>25</b> Masculino Peso Nasc.: 1535g 33 sem	Idade corrigida: 34s 1590g Score: 22 * ***	Idade corrigida: 35s 1620g Score: 24 * ***	Idade corrigida: 35s 1655g Score: 30 * ***	Idade corrigida: 35s 1690g Score: 33 * ***	Idade corrigida: 35s 1700g Score: 35 * ***	Idade corrigida: 35s 1705g Score: 36 * ***
<b>26</b> Masculino Peso Nasc.: 1980g 34 sem	Idade corrigida: 34s 1835g Score: 18 * ***	Idade corrigida: 34s 1840g Score: 30 * *** ****	Idade corrigida: 34s 1850g Score: 26 * *** ****	Idade corrigida: 34s 1870g Score: 35 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1855g Score: 34 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1865g Score: 36 * *** ****
<b>27</b> Masculino Peso Nasc.: 670g 26 sem	Idade corrigida: 40s 1915g Score: 24 * ***	Idade corrigida: 41s 1960g Score: 13 * ***	Idade corrigida: 41s 1975g Score: 14 * ***	Idade corrigida: 41s 1985g Score: 27 * ***	Idade corrigida: 41s 2015g Score: 22 * ***	Idade corrigida: 41s 2030g Score: 21 * ***
<b>28</b> Feminino Peso Nasc.: 1645g 35 sem	Idade corrigida: 35s 1525g Score: 31 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1530g Score: 31 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1590g Score: 29 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1565g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1545g Score: 35 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1560g Score: 35 * *** ****

Continuação

Prematuro	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia
<b>29</b> Masculino Peso Nasc.: 1845g 34 sem	Idade corrigida: 34s 1790g Score: 28 * ***	Idade corrigida: 34s 1790g Score: 29 * ***	Idade corrigida: 34s 1800g Score: 31 * ***	Idade corrigida: 34s 1810g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1820g Score: 34 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1830g Score: 34 * *** ****
<b>30</b> Masculino Peso Nasc.: 2125g 32 sem	Idade corrigida: 32s 1900g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 32s 1915g Score: 21 * ***	Idade corrigida: 33s 1930g Score: 24 * ***	Idade corrigida: 33s 1940g Score: 23 * ***	Idade corrigida: 33s 1960g Score: 26 * ***	Idade corrigida: 33s 1965g Score: 26 * ***
<b>31</b> Feminino Peso Nasc.: 1805g 34 sem	Idade corrigida: 34s 1760g Score: 24 * ***	Idade corrigida: 34s 1775g Score: 26 * ***	Idade corrigida: 34s 1785g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 34s 1790g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1800g Score: 34 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1810g Score: 34 * *** ****
<b>32</b> Feminino Peso Nasc.: 920g 32 sem	Idade corrigida: 34s 1230g Score: 19 * ***	Idade corrigida: 34s 1240g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 34s 1245g Score: 21 * ***	Idade corrigida: 34s 1250g Score: 26 * ***	Idade corrigida: 34s 1260g Score: 27 * ***	Idade corrigida: 35s 1270g Score: 27 * ***
<b>33</b> Masculino Peso Nasc.: 1050g 32 sem	Idade corrigida: 34s 1120g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 34s 1130g Score: 24 * ***	Idade corrigida: 34s 1135g Score: 27 * ***	Idade corrigida: 35s 1145g Score: 27 * ***	Idade corrigida: 35s 1145g Score: 20 * ***	<b>Oxyhood + Infecção: Estudo Interrompido</b>
<b>34</b> Feminino Peso Nasc.: 1010g 33 sem	Idade corrigida: 34s 1090g Score: 21 * *** ****	Idade corrigida: 34s 1100g Score: 22 * *** ****	Idade corrigida: 34s 1105g Score: 24 * *** ****	Idade corrigida: 34s 1120g Score: 31 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1130g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 35s 1150g Score: 34 * *** ****
<b>35</b> Feminino Peso Nasc.: 1415g 31 sem	Idade corrigida: 32s 1300g Score: 13 * ***	Idade corrigida: 32s 1310g Score: 17 * ***	Idade corrigida: 32s 1320g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 32s 1325g Score: 25 * ***	Idade corrigida: 32s 1325g Score: 24 * ***	Idade corrigida: 32s 1330g Score: 25 * ***

## Continuação

Prematuro	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia
<b>36</b> Masculino Peso Nasc.: 2830g 35 sem	Idade corrigida: 35s 2730g Score: 31 * ***	Idade corrigida: 35s 2735g Score: 33 * ***	Idade corrigida: 35s 2745g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 35s 2750g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 36s 2750g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 36s 2760g Score: 36 * *** ****
<b>37</b> Feminino Peso Nasc.: 1090g 30 sem	Idade corrigida: 35s 1700g Score: 25 * ***	Idade corrigida: 35s 1705g Score: 27 * ***	Idade corrigida: 35s 1655g Score: 31 * ***	Idade corrigida: 35s 1660g Score: 32 * ***	Idade corrigida: 35s 1645g Score: 34 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1725g Score: 34 * *** ****
<b>38</b> Feminino Peso Nasc.: 1145g 32 sem	Idade corrigida: 35s 1425g Score: 26 * ***	Idade corrigida: 36s 1430g Score: 23 * ***	Idade corrigida: 36s 1440g Score: 24 * ***	Idade corrigida: 36s 1445g Score: 31 * ***	Idade corrigida: 36s 1455g Score: 34 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1470g Score: 34 * *** ****
<b>39</b> Feminino Peso Nasc.: 1990g 36 sem	Idade corrigida: 36s 1820g Score: 26 * ***	Idade corrigida: 36s 1830g Score: 31 * ***	Idade corrigida: 36s 1830g Score: 33 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1845g Score: 34 * *** ****	Idade corrigida: 36s 1850g Score: 34 * *** ****	Idade corrigida: 37s 1850g Score: 36 * *** ****
<b>40</b> Feminino Peso Nasc.: 1195g 32 sem	Idade corrigida: 32s 1100g Score: 17 * ***	Idade corrigida: 32s 1105g Score: 20 * ***	Idade corrigida: 32s 1110g Score: 22 * ***	Idade corrigida: 32s 1115g Score: 25 * ***	Idade corrigida: 32s 1130g Score: 23 * ***	Idade corrigida: 32s 1140g Score: 24 * ***

\* complemento: LHO /\*\*\* sonda ou copinho /\*\*\*\* posição canguru

Fonte: Instrumento de prontidão

A Legenda Azul representa os RNPTs com escore menor que 30 no 6º dia;

A Legenda Verde representa os RNPTs com escore entre 30 e 36 no 6º dia.

A Legenda Rosa representa os RNPTs excluídos durante a aplicação do instrumento nos seis dias.

Durante a aplicação do instrumento de avaliação para o início da prontidão para dieta oral nos seis dias foram excluídos: RNPT de número: 03–piora clínica

(retornou ao *oxyhood*); 04 – transferência de unidade; 14 – piora clínica (retornou ao *oxyhood*); 15 – óbito; 16 – transferência para o Conselho Tutelar; 21 – alta hospitalar; 25 – mãe foi transferida para o CTI; 27 – mãe não quis amamentar; e 33 – piora clínica (retornou ao *oxyhood* / infecção).

Dos 33 RNPTs avaliados no sexto dia, 22 RNPTs (representados pelos números: 01, 02, 06, 08, 09, 10, 11, 12, 17, 19, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 31, 34, 36, 37, 38 e 39) atingiram um escore maior ou igual a 30, no instrumento de Fujinaga (2013), ou seja, prontos para iniciar a amamentação materna.

Observa-se que 10 RNPTs representados pelos números: 05, 07, 13, 18, 20, 27, 30, 32, 35 e 40 atingiram o escore menor do que 30, portanto não foram avaliados pelo segundo instrumento de Observação e Avaliação da mamada.

O RNPT número 21 recebeu alta hospitalar, pois do primeiro até o quarto dia de observação seu escore pontuou de 35 a 36 pontos, ou seja, ele estava pronto para o início da amamentação materna desde o primeiro dia de aplicação do instrumento de Fujinaga (2013).

Assim, no sétimo dia foi utilizado o segundo instrumento de Observação e Avaliação da Mamada. Para o instrumento de Observação e Avaliação da Mamada os RNPTs apresentaram comportamentos com escore Bom, Regular ou Ruim. Os que apresentaram escore Bom foram classificados como amamentação completa, pois obtiveram nos itens: Posição mãe/RN: bom (zero a 1 comportamento); Respostas da dupla: bom (zero a 1 comportamento); Adequação da sucção: bom (zero a 1 comportamento); Anatomia das mamas: bom (zero comportamento); e Afetividade: bom (zero comportamento).

Observa-se que 23 dos RNPTs ficaram em posição canguru (números: 01, 02, 06, 08, 09, 10, 11, 12, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 31, 34, 36, 37, 38, 39).

Para apresentação dos resultados, iniciamos a análise de dados quanto ao primeiro dia do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral (Tabela 6).

Vale destacar que essa avaliação era realizada diariamente durante os seis primeiros dias após a liberação da dieta oral.

## 4.2 - AVALIAÇÃO 1º DIA: Instrumento de Prontidão n = 40

**Tabela 6: Dados quantitativos do primeiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=40**

Variáveis	n	%
<b>Peso diário (Mediana)</b>		
1.705g	Mínimo 1.090	Máximo 2.730
<b>Alimentação</b>		
SOG	35	87,5
Copinho	5	12,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Mediana de peso no primeiro dia de avaliação (em gramas): 1.705 (1.090 - 2.730).

Fonte: Instrumento de Prontidão

No primeiro dia de avaliação do instrumento, 87,50% (35) dos prematuros estavam se alimentando por SOG e 12,50% (5), pelo copinho (Tabela 6). A mediana do volume de dieta foi de 15 ml e variou entre 5 a 45 ml (TABELA 6).

A decisão de iniciar a alimentação oral é de responsabilidade do profissional médico ou de rotinas restabelecidas nos serviços para a realização da transição gástrica para a oral.

Geralmente o método da transição gástrica (gavagem simples, intermitente ou em bolus) para via oral é a sucção ao seio materno; porém, quando a amamentação não é possível, o copinho é o método preconizado ou a translactação, desde que a mãe já tenha bom/suficiente fluxo de leite. E, quando a instituição tem o título Hospital Amigo da Criança, o uso da mamadeira/chuca não é indicado.

O RNPT necessita de aquisição de habilidades para a amamentação segura, eficiente e plena. As estratégias de estimulação do sistema sensorio motor oral para a antecipação do período de transição para a mamada completa exigem a compreensão de indicadores relacionados à prontidão.

O uso de instrumentos de avaliação para conhecer quando o RNPT deve iniciar o processo de transição, a estimulação do sistema sensorio motor oral, o menor tempo de permanência do RNPT na unidade de terapia intensiva neonatal,

conhecimento das características físicas e clínicas do prematuro, medidas de humanização como contato pele a pele precoce até a posição canguru, a estimulação da amamentação na primeira hora de vida, apoio à mulher no cuidado integral no pré-natal, parto e nascimento, apoio à família e a qualificação dos profissionais de saúde na promoção, proteção e apoio são fundamentais para que o prematuro alcance a mamada plena.

Na prática clínica brasileira não existem instrumentos que possam auxiliar os profissionais de saúde na avaliação do prematuro diretamente ao seio materno.

Estudos internacionais Thoyre, Shaker, Pridham (2005); Lau, Smith (2011); Nyqvist, Rubertsson, Ewald, Sjoden (1996) apresentam uma escala que avalia a alimentação oral do prematuro diretamente ao seio materno, mas não são validados no Brasil.

Neste estudo foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi o instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral, criado e validado por Fujinaga (2002, 2005, 2013), utilizado quando o RNPT está na alimentação gástrica e inicia a translactação, que é a forma de transição por sonda para a sucção direta no peito da mãe.

O segundo foi o instrumento de Observação e Avaliação da Mamada (UNICEF, 1993), bastante utilizado na prática clínica do alojamento conjunto e na unidade básica de saúde para recém-nascidos a termo e saudáveis. Este instrumento mostra também as dificuldades referentes à posição corporal da mãe e do recém-nascido durante a mamada, às respostas da dupla ao iniciarem a mamada, à eficiência da sucção, ao envolvimento afetivo entre a mãe e seu filho, às características anatômicas da mama e à duração e forma como se dá o encerramento da mamada (UNICEF, 1993).

O impacto positivo da amamentação no RNPT tem sido bastante estudado (TOMA, REA, 2008) e muitas UTINs no Brasil e no Rio de Janeiro são consideradas Hospitais Amigo da Mulher e da Criança (MS, 2010).

O estabelecimento de um ambiente de apoio às mãe/pais/família nesta fase em que o RNPT permanece na UTIN é crucial para o aprendizado da díade mãe-bebê no sucesso da amamentação e para o aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo durante seis primeiros meses de vida da criança após a alta hospitalar.

A complexidade do processo da transição da alimentação gástrica para via oral é uma etapa fundamental para aumentar a prevalência do aleitamento materno e fortalecer o vínculo mãe-bebê, para que ambos possam ser capazes de ter sucesso para uma amamentação completa, plena e segura.

O estudo de Martins, Furlan, Motta e Viana (2015), com o objetivo de mensurar e comparar a atividade elétrica dos músculos temporal e supra-hioides por meio da eletromiografia de superfície em 36 RNPTs, variando entre 27 e 36 semanas, durante o aleitamento materno e mediante utilização do copo mostrou que houve uma maior ativação da musculatura supra-hioidea durante a alimentação por copo. Tal achado pode ser justificado pela maior amplitude de movimentação da língua durante a alimentação por copo, quando comparada à sucção. Durante a alimentação por meio do copo, observa-se a protusão da língua para obter leite e que, posteriormente, esse movimento vai sendo substituído pelo movimento de sorver.

No estudo de Lopez, Chiari, Goulart, Furkim, Guedes (2014), com o objetivo de comparar o desempenho da deglutição com uso de copo e mamadeira em prematuros, na primeira oferta do alimento por via oral com 20 RNPTs, entre 27 e 34 semanas de idade gestacional, a avaliação da sucção não nutritiva mostrou que a frequência das sucções foi de uma a duas por segundo; 15 não apresentaram reflexo de procura; em 19 a sucção foi forte e o vedamento labial adequado, apesar de o ritmo estar presente em 17 RNPTs; e dois apresentaram sinal de estresse.

Ainda no estudo de Lopez, Chiari, Goulart, Furkim, Guedes (2014), quando os RNPTs recebiam alimentação por mamadeira, 13 RNPTs apresentaram sucção forte e com ritmo; 18 apresentaram movimentação anteroposterior; 12 apresentaram adequadas funções de sucção / deglutição / respiração. Quanto ao uso do copo, 19 RNPTs não sorveram; os que sorveram do copo derramaram o líquido dentro da cavidade oral pela movimentação da cabeça, mandíbula e língua.

Os autores destacam que, embora a alimentação do copo seja preconizada como método ideal na alimentação do RN prematuro impossibilitado de receber aleitamento materno exclusivo, sua segurança e eficácia foram estudadas com poucos métodos objetivos de avaliação. Pesquisas atuais utilizam a observação clínica da alimentação do RNPT ou aplicação de questionários às equipes das

unidades neonatais e às mães, mas poucos estudos utilizam a eletromiografia como instrumento objetivo de avaliação, sendo o padrão ouro para avaliar a dinâmica da deglutição em todas as fases da deglutição, por ser melhor método para as estruturas orais e faríngeas. Na oferta do alimento por via oral, o RNPT apresenta comportamento melhor, que é inato às crianças que estavam preparadas para sugar no momento da avaliação; enquanto que o uso do copo requer maior treinamento.

**Tabela 7: Dados quantitativos do primeiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o estado de organização comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=40**

VARIÁVEIS	N	%
<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>		
Sono profundo	3	7,5
Sono leve	29	72,5
Alerta	8	20,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA GLOBAL</b>		
Semiflexão	15	37,5
Flexão	25	62,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>TÔNUS GLOBAL</b>		
Normotonia	40	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÁBIOS</b>		
Abertos	1	2,5
Entreabertos	5	12,5
Vedados	34	85,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÍNGUA</b>		
Protuída	1	2,5
Retraída	4	10,0
Plana	19	47,5
Elevada	16	40,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE PROCURA</b>		
Ausente	4	10,0
Fraco	28	70,0
Forte	8	20,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE SUÇÃO</b>		
Ausente	4	10,0
Fraco	26	65,0
Forte	10	25,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE MORDIDA</b>		
Ausente	10	25,0
Presente Exacerbado	18	45,0
Presente	12	30,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE VÔMITO</b>		
Ausente	7	17,5
Presente Anteriorizado	16	40,0
Presente	17	42,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

De acordo com o estado de organização comportamental, 72,5% (29) estavam em sono leve e 7,5% (3), em sono profundo. Quanto à postura global, 37,5% (15) apresentavam uma posição de semiflexão e 62,5% (25), de flexão.

Nesta avaliação, 100,0% (40) dos prematuros apresentavam um tônus global de normotonia. A postura de lábios era: vedados em 85,0% (34) dos casos e a língua plana em 47,5% (19). O reflexo de procura foi fraco em 70,0% (28). Quanto ao reflexo de sucção, foi fraco em 65,0% (26). Havia reflexo de mordida apenas em 30,0% (12) e o reflexo de vômito foi presente em 42,5% (17). (TABELA 7)

**Tabela 8: Dados quantitativos do primeiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. N=40**

Variáveis	N	%
<b>MOVIMENTAÇÃO DA LÍNGUA</b>		
Alterada	30	75,0
Adequada	10	25,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>CANOLAMENTO DE LÍNGUA</b>		
Ausente	38	95,0
Presente	02	5,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>MOVIMENTAÇÃO DE MANDÍBULA</b>		
Alterada	26	65,0
Adequada	14	35,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>FORÇA DE SUCCÃO</b>		
Fraca	31	77,5
Forte	9	22,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>SUCCÕES POR PAUSA</b>		
< 5s / p	5	12,5
> 8s / p	27	67,5
5 a 8s / p	8	20,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO RITMO</b>		
Arritmico	27	67,5
Ritmico	13	32,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO ESTADO ALERTA</b>		
Parcial	26	65,0
Sim	14	35,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

A avaliação de sucção não nutritiva foi realizada com uso de um cronômetro e durou 1 minuto. Nesse momento a movimentação da língua ainda era alterada para

75,0% (30) dos prematuros. O canolamento de língua era ausente para 95,0% (38). A movimentação de mandíbula era alterada para 65,0% (26). A força de sucção era fraca para 77,5% (31). A sucção por pausa respiratória era <5 sucções por pausa para 12,5% (5), durante 1 min. A manutenção do ritmo era arritmica para 67,5% (27). E a manutenção do estado de alerta era parcial para 65,0% (26). (TABELA 8)

**Tabela 9: Dados quantitativos do primeiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=40**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>SINAIS DE ESTRESSE</b>		
Mais de 3	2	5,0
Até 3	7	17,5
Ausente	31	77,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE TÔNUS</b>		
Ausente	37	92,5
Presente	3	7,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE POSTURA</b>		
Ausente	40	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE COLORAÇÃO DA PELE</b>		
Ausente	39	97,5
Presente	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>BATIMENTO DE ASA NASAL</b>		
Ausente	38	95,0
Presente	2	5,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>TIRAGEM</b>		
Ausente	36	90,0
Presente	4	10,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>APNEIA</b>		
Ausente	40	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>ACÚMULO DE SALIVA</b>		
Ausente	36	90,0
Presente	4	10,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>TREMORES DE LÍNGUA OU MANDÍBULA</b>		
Ausente	37	92,5
Presente	3	7,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>SOLUÇO</b>		
Ausente	40	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>CHORO</b>		
Ausente	38	95,0
Presente	2	5,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

Os sinais de estresse apresentados pelos prematuros durante a aplicação do instrumento de prontidão foram os seguintes: variação de tônus presente em 7,5%

(3); variação de coloração da pele presente em 2,5% (1); batimento de asa nasal presente em 5,0% (2); tiragem presente em 10,0% (4); acúmulo de saliva presente em 10,0% (4); tremores de língua ou mandíbula presentes em 7,5% (3); e choro presente em 5,0% (2). (TABELA 9)

**Tabela 10: Dados quantitativos do primeiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o escore. Rio de Janeiro, 2015. N=40**

Variáveis	n	%
<b>Escore</b>		
9 a 17	9	22,5
<b>Escore</b>		
18 a 27	21	52,5
<b>Escore</b>		
28 a 29	2	5,0
<b>Escore</b>		
30 a 36	8	20,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

No primeiro dia de avaliação 25,0% (10) dos prematuros apresentaram um escore  $\geq 28$ , considerado bom. Entretanto o escore maior ou igual a 30 significa que o RNPT está pronto para o início da alimentação oral, por apresentar uma maior especificidade (75,68%).

Nesta avaliação, 22,5% (9) dos prematuros estavam apresentando um escore ruim, entre 9 e 17. (TABELA 10)

### 4.3 - AVALIAÇÃO 2º DIA: Instrumento de Prontidão n = 39

No segundo dia de avaliação do instrumento de prontidão o tamanho da amostra foi reduzido para n=39, por motivo de um óbito que ocorreu na noite anterior.

**Tabela 11: Dados quantitativos do segundo dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=39**

Variáveis	n	%
	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>PESO DIÁRIO (MÉDIA)</b>		
1.720g	1.100	2.735
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
SOG	24	61,5
Copinho	12	30,8
Chuca	1	2,6
Seio materno	2	5,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

**Média de peso no segundo dia de avaliação (em gramas): 1.720 (1.100 - 2.735)**

Fonte: Instrumento de Prontidão

No segundo dia de avaliação a média do peso era 1.720g, variando entre 1.100g e 2.735g. Dos RNPTs, 61,5% (24) utilizaram SOG; 30,8% (12) usavam o copinho, 5,1% (2) mamavam em seio materno e 2,6% (1) estavam utilizando a chuca. (TABELA 11)

É importante ressaltar que o uso da chuca neste caso específico foi necessário por orientação médica e fonoaudiológica, pois este RN apresentava uma dificuldade peculiar. E posteriormente este prematuro foi excluído do estudo, pois foi transferido de unidade para investigação de uma possível síndrome a esclarecer.

**Tabela 12: Dados quantitativos do segundo dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o Estado de Organização Comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=39**

Variáveis	N	%
<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>		
Sono profundo	2	5,1
Sono leve	29	74,4
Alerta	8	20,5
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA GLOBAL</b>		
Semiflexão	11	28,2
Flexão	28	71,8
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>TÔNUS GLOBAL</b>		
Hipertonia	1	2,6
Normotonia	38	97,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÁBIOS</b>		
Entreabertos	5	12,8
Vedados	34	87,2
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÍNGUA</b>		
Protuída	4	10,3
Retraída	2	5,1
Plana	22	56,4
Elevada	11	28,2
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE PROCURA</b>		
Ausente	3	7,7
Fraco	25	64,1
Forte	11	28,2
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE SUÇÃO</b>		
Ausente	3	7,7
Fraco	22	56,4
Forte	14	35,9
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE MORDIDA</b>		
Ausente	4	10,3
Presente Exacerbado	15	38,4
Presente	20	51,3
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE VÔMITO</b>		
Ausente	5	12,8
Presente Anteriorizado	8	20,5
Presente	26	66,7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de Prontidão

De acordo com o estado de organização comportamental, 74,4% (29) estavam em sono leve e 5,1% (2), em sono profundo. Quanto à postura global, 28,2% (11) apresentavam uma posição de semiflexão e 71,8% (28), de flexão.

Nesta avaliação, 97,4% (38) dos prematuros apresentavam um tônus global de normotonia. A postura de lábios era: vedados em 87,2% (34) dos casos e a língua plana em 56,4% (22). O reflexo de procura foi fraco em 64,1% (25) e ausente em 7,7% (3). O reflexo de sucção foi fraco em 56,4% (22) e ausente em 7,7% (3).

Havia reflexo de mordida em 51,3% (20) e o reflexo de vômito foi presente em 66,7% (26). (TABELA 12)

**Tabela 13: Dados quantitativos do segundo dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. N=39**

Variáveis	n	%
<b>MOVIMENTAÇÃO DA LÍNGUA</b>		
Alterada	25	64,1
Adequada	14	35,9
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>CANOLAMENTO DE LÍNGUA</b>		
Ausente	37	94,9
Presente	2	5,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>MOVIMENTAÇÃO DE MANDÍBULA</b>		
Ausente	1	2,6
Alterada	19	48,7
Adequada	19	48,7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>FORÇA DE SUCCÃO</b>		
Ausente	1	2,6
Fraca	23	58,9
Forte	15	38,5
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>SUCCÕES POR PAUSA</b>		
< 5s / p	4	10,3
> 8s / p	20	51,2
5 a 8s / p	15	38,5
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO RITMO</b>		
Ausente	1	2,6
Arritmico	20	51,2
Ritmico	18	46,2
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO ESTADO ALERTA</b>		
Não	2	5,1
Parcial	20	51,2
Sim	17	43,7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

Quanto à movimentação da língua, ainda era alterada para 64,1% (25) dos prematuros. O canolamento de língua era ausente para 94,9% (37). A movimentação de mandíbula era alterada para 48,7% (19) e adequada para 48,7% (19). (TABELA 13)

A força de sucção era fraca para 58,9% (23) e forte para 38,5% (15). A sucção por pausa respiratória era <5 sucções por pausa para 10,3% (4) e >8 sucções por pausa para 51,2% (20), durante 1 min. A manutenção do ritmo era arritmica para 51,2% (20) e rítmica para 46,2% (18). A manutenção do estado de

alerta era parcial para 51,2% (20) e 43,7% (17) conseguiram manter o estado de alerta (TABELA 13).

**Tabela 14: Dados quantitativos do segundo dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=39**

Variáveis	N	%
<b>SINAIS DE ESTRESSE</b>		
Mais de 3	1	2,6
Até 3	6	15,3
Ausente	32	82,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE TÔNUS</b>		
Ausente	35	89,7
Presente	4	10,3
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE POSTURA</b>		
Ausente	37	94,9
Presente	2	5,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE COLORAÇÃO DA PELE</b>		
Ausente	37	94,9
Presente	2	5,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>BATIMENTO DE ASA NASAL</b>		
Ausente	39	100,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>TIRAGEM</b>		
Ausente	37	94,9
Presente	2	5,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>APNEIA</b>		
Ausente	39	100,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>ACÚMULO DE SALIVA</b>		
Ausente	37	94,9
Presente	2	5,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>TREMORES DE LÍNGUA OU MANDÍBULA</b>		
Ausente	39	100,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>SOLUÇO</b>		
Ausente	38	97,4
Presente	1	2,6
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>CHORO</b>		
Ausente	38	97,4
Presente	1	2,6
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

A avaliação dos sinais de estresse durante a aplicação do instrumento de prontidão teve os seguintes resultados: variação de tônus ausente em 89,7% (35); variação de postura ausente em 94,9% (37); variação de coloração da pele ausente

em 94,9% (37); batimento de asa nasal ausente em 100,0% (39); tiragem ausente em 94,9% (37); apneia ausente em 100,0% (39); acúmulo de saliva ausente em 94,9% (37); tremores de língua ou mandíbula ausentes em 100,0% (39); soluço ausente em 97,4% (38) e choro ausente em 97,4% (38). (TABELA 14)

**Tabela 15: Dados quantitativos quanto ao segundo dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o Escore. Rio de Janeiro, 2015. N=39**

Variáveis	n	%
<b>Escore</b>		
9 a 17	5	13,1
<b>Escore</b>		
18 a 27	19	49,4
<b>Escore</b>		
28 a 29	1	2,5
<b>Escore</b>		
30 a 36	14	35,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

No segundo dia de avaliação, 35,0% (14) dos prematuros apresentavam um escore entre 30 e 36. Essa pontuação já determina prontidão para iniciar a amamentação. Porém 13,1% (5) prematuros estavam apresentando um escore ruim, entre 9 e 17 (TABELA 15).

#### 4.4 - AVALIAÇÃO 3º DIA: Instrumento de Prontidão n = 39

No terceiro dia de avaliação do instrumento de prontidão o tamanho da amostra se manteve em n=39.

**Tabela 16: Dados quantitativos quanto ao terceiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=39**

Variáveis	n	%
	Mínimo	Máximo
<b>PESO DIÁRIO (MÉDIA)</b>		
1.730g	1.105	2.745
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
SOG	21	53,9
Copinho	8	20,5
Chuca	2	5,1
Seio materno	8	20,5
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

**Média de peso no terceiro dia de avaliação (em gramas): 1.730 (1.105 - 2.745)**

Fonte: Instrumento de Prontidão

No terceiro dia de avaliação a média do peso era 1.730g variando entre 1.105g e 2.745g. Observa-se que 53,9% (21) estavam em SOG, 20,5% (8) estavam utilizando copinho, 5,1% (2) com chuca e 20,5% (8) dos prematuros que estavam clinicamente bem começaram a se aproximar do seio materno, mesmo sem ter uma sucção efetiva, e o leite humano era complementado por SOG ou copinho. Quanto ao volume da dieta, a mediana foi de 20 ml, variando entre 8 e 45 ml. (TABELA 16)

A partir desse dia apareceu mais um prematuro com o uso da chuca. Neste caso específico também foi por orientação médica. Havia um problema de ordem social sendo avaliado na história familiar deste RN e, no decorrer do estudo, o mesmo também foi excluído devido a uma transferência para o Conselho Tutelar.

**Tabela 17: Dados quantitativos quanto ao terceiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o Estado de Organização Comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=39**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>		
Sono profundo	1	2,6
Sono leve	28	71,8
Alerta	10	25,6
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA GLOBAL</b>		
Extensão	1	2,6
Semiflexão	8	20,5
Flexão	30	76,9
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>TÔNUS GLOBAL</b>		
Hipotonia	2	5,1
Hipertonia	1	2,6
Normotonia	36	92,3
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÁBIOS</b>		
Entreabertos	4	10,3
Vedados	35	89,7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÍNGUA</b>		
Retraída	2	5,1
Plana	25	64,1
Elevada	12	30,8
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE PROCURA</b>		
Ausente	4	10,3
Fraco	20	51,3
Forte	15	38,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE SUCÇÃO</b>		
Ausente	4	10,3
Fraco	19	48,7
Forte	16	41,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE MORDIDA</b>		
Ausente	4	10,3
Presente Exacerbado	10	25,6
Presente	25	64,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE VÔMITO</b>		
Ausente	4	10,3
Presente Anteriorizado	6	15,4
Presente	29	74,3
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

De acordo com o estado de organização comportamental, 71,8% (28) estavam em sono leve e 25,6% (10), em estado de alerta. Quanto à postura global, 20,5% (8) apresentavam uma posição de semiflexão e 76,9% (30), de flexão. (TABELA 17).

Nesta avaliação, 92,3% (36) dos prematuros apresentavam um tônus global de normotonia. A postura de lábios era: vedados em 89,7% (35) dos casos e a língua plana em 64,1% (25). O reflexo de procura foi fraco em 51,3% (20) e forte em 38,4% (15). O reflexo de sucção foi fraco em 48,7% (19) e forte em 41,0% (16). Havia reflexo de mordida em 64,1% (25) e o reflexo de vômito foi presente em 74,3% (29). (TABELA 17).

O estudo de Pinto e outros (2013) constatou que 100% dos RNs apresentavam integridade das estruturas faciais e reflexos orais de busca, sucção, mordida, reflexo de gag (vômito) preservados durante avaliação de fonoaudiologia.

Para os prematuros essas habilidades dependem de vários fatores, como peso, idade gestacional, coordenação desses reflexos, estado clínico e da transição de uma alimentação gástrica para oral, bem como tipo de alimentação, e de protocolos instituídos em cada unidade neonatal (FUJINAGA, 2013; GUBERT et al., 2012).

Geralmente os critérios utilizados para transição da alimentação gástrica para oral são físicos e isolados, como idade gestacional (IG), a corrigida e o peso. No entanto, devem-se considerar também outras variáveis como a estabilidade clínica, estado de consciência, habilidades motoras orais e coordenação entre as funções de sucção, deglutição e respiração (FUJINAGA et al., 2013).

Um ponto positivo do instrumento de prontidão é o fato de avaliar o estado comportamental do prematuro, suas habilidades orais e seu desempenho durante a sucção não nutritiva.

**Tabela 18: Dados quantitativos quanto ao terceiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. n=39**

Variáveis	n	%
<b>MOVIMENTAÇÃO DA LÍNGUA</b>		
Ausente	1	2,6
Alterada	22	56,4
Adequada	16	41,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>CANOLAMENTO DE LÍNGUA</b>		
Ausente	35	89,7
Presente	4	10,3
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>MOVIMENTAÇÃO DE MANDÍBULA</b>		
Ausente	1	2,6
Alterada	16	41,0
Adequada	22	56,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>FORÇA DE SUCCÃO</b>		
Fraca	20	51,3
Forte	19	48,7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>SUCCÕES POR PAUSA</b>		
< 5s / p	4	10,3
> 8s / p	15	38,4
5 a 8s / p	20	51,3
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO RITMO</b>		
Ausente	1	2,6
Arritmico	16	41,0
Ritmico	22	56,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO ESTADO ALERTA</b>		
Não	1	2,6
Parcial	16	41,0
Sim	22	56,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

Nesse momento a movimentação da língua era adequada para 41,0% (16) dos prematuros. O canolamento de língua era ausente para 89,7% (35). A movimentação de mandíbula era alterada para 41,0% (16) e adequada para 56,4% (22). A força de sucção era fraca para 51,3% (20) e forte para 48,7% (19). A sucção por pausa respiratória era <5 sucções por pausa para 10,3% (4); >8 sucções por pausa para 38,4% (15); e de 5 a 8 sucções por pausa 51,3% (20), durante 1 min. A manutenção do ritmo era arritmica para 41,0% (16) e rítmica para 56,4% (22). E a manutenção do estado de alerta era parcial para 41,0% (16) e 56,4% (22) conseguiam manter o estado de alerta.

**Tabela 19: Dados quantitativos quanto ao terceiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=39**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SINAIS DE ESTRESSE</b>		
Mais de 3	1	2,6
Até 3	4	10,3
Ausente	34	87,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE TÔNUS</b>		
Ausente	36	92,3
Presente	3	7,7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE POSTURA</b>		
Ausente	38	97,4
Presente	1	2,6
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE COLORAÇÃO DA PELE</b>		
Ausente	37	94,9
Presente	2	5,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>BATIMENTO DE ASA NASAL</b>		
Ausente	38	97,4
Presente	1	2,6
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>TIRAGEM</b>		
Ausente	38	97,4
Presente	1	2,6
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>APNEIA</b>		
Ausente	39	100,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>ACÚMULO DE SALIVA</b>		
Ausente	39	100,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>TREMORES DE LÍNGUA OU MANDÍBULA</b>		
Ausente	39	100,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>SOLUÇO</b>		
Ausente	39	100,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>CHORO</b>		
Ausente	37	94,9
Presente	2	5,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

A avaliação dos sinais de estresse durante a aplicação do instrumento de prontidão teve os seguintes resultados: variação de tônus ausente em 92,3% (36); variação de postura ausente em 97,4% (38); variação de coloração da pele ausente em 94,9% (37); batimento de asa nasal ausente em 97,4% (38); tiragem ausente em 97,4% (38); e choro ausente em 94,9% (37). (Tabela 19).

No terceiro dia de avaliação, quanto aos sinais de estresse, os itens: apneia, acúmulo de saliva, tremores de língua ou mandíbula e soluço foram ausentes em 100,0% dos prematuros avaliados. (Tabela 19).

**Tabela 20: Dados quantitativos quanto ao terceiro dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o escore. Rio de Janeiro, 2015. N=39**

Variáveis	n	%
<b>Escore</b>		
9 a 17	4	10,3
<b>Escore</b>		
18 a 27	16	41,0
<b>Escore</b>		
28 a 29	4	10,3
<b>Escore</b>		
30 a 36	15	38,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

No terceiro dia de avaliação, 38,4% (15) apresentaram escore entre 30 e 36. Nessa avaliação, 41,0% (16) estavam com escore entre 18 e 27. E apenas 10,3% (4) dos prematuros estavam apresentando um escore ruim, entre 9 e 17 (tabela 20).

Conforme vimos anteriormente, isso configura uma prontidão para iniciar a amamentação, entretanto o seguimento foi mantido até o 6º dia de avaliação.

#### **4.5 - AVALIAÇÃO 4º DIA: Instrumento de Prontidão n = 36**

Na avaliação do quarto dia foi necessário excluir três prematuros pelos seguintes motivos: Prematuro nº 4: foi transferido de unidade; Prematuro nº 14: ocorreu uma piora clínica e o mesmo retornou ao *oxyhood*; Prematuro nº 16: por questões de ordem social foi transferido para o Conselho Tutelar. Sendo o n=36.

**Tabela 21: Dados quantitativos quanto ao quarto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=36**

Variáveis	n	%
	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Peso diário (Média)</b>		
1.713g	1.115	2.750
<b>Alimentação</b>		
SOG	14	38,9
Copinho	9	25,0
Chuca	1	2,8
Seio materno	12	33,3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

**Média de peso no quarto dia de avaliação (em gramas): 1.713 (1.115 - 2.750)**

Fonte: Instrumento de Prontidão

No quarto dia de avaliação a média do peso era 1.713g, variando entre 1.115g e 2.750g. Havia 33,3% (12) dos prematuros que já estavam clinicamente bem e começaram a se aproximar do seio materno, mesmo sem ter uma sucção efetiva, e o leite humano era complementado por SOG ou copinho. Utilizando SOG havia 38,9% (14) dos prematuros, 25,0% (9) estavam utilizando copinho e 2,8% (1) ainda utilizavam chuca. O volume da dieta apresentou mediana = 20 ml, variando de 10 a 35 ml (Tabela 21).

**Tabela 22: Dados quantitativos quanto ao quarto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o estado de organização comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=36**

Variáveis	N	%
<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>		
Sono profundo	3	8,3
Sono leve	21	58,4
Alerta	12	33,3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA GLOBAL</b>		
Semiflexão	4	11,1
Flexão	32	88,9
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>TÔNUS GLOBAL</b>		
Hipotonia	1	2,8
Normotonia	35	97,2
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÁBIOS</b>		
Entreabertos	2	5,6
Vedados	34	94,4
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÍNGUA</b>		
Retraída	1	2,8
Plana	30	83,3
Elevada	5	13,9
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE PROCURA</b>		
Ausente	2	5,6
Fraco	16	44,4
Forte	18	50,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE SUCCÃO</b>		
Ausente	2	5,6
Fraco	14	38,8
Forte	20	55,6
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE MORDIDA</b>		
Ausente	2	5,6
Presente Exacerbado	7	19,4
Presente	27	75,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE VÔMITO</b>		
Ausente	3	8,3
Presente Anteriorizado	3	8,3
Presente	30	83,4
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

De acordo com o estado de organização comportamental, 58,4% (21) estavam em sono leve e 33,3% (12), em estado de alerta. Quanto à postura global, 11,1% (4) apresentavam uma posição de semiflexão e 88,9% (32), de flexão.

Nesta avaliação, 97,2% (35) dos prematuros apresentavam um tônus global de normotonia. A postura de lábios era: vedados em 94,4% (34) dos casos e a língua plana em 83,3% (30). O reflexo de procura foi fraco em 44,4% (16) e forte em 50,0% (18). E o reflexo de sucção foi fraco em 38,8% (14) e forte em 55,6% (20). Havia reflexo de mordida em 75,0% (27) e o reflexo de vômito foi presente em 83,4% (30). (TABELA 22)

**Tabela 23: Dados quantitativos quanto ao quarto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. N=36**

Variáveis	N	%
<b>MOVIMENTAÇÃO DA LÍNGUA</b>		
Ausente	1	2,8
Alterada	14	38,9
Adequada	21	58,3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>CANOLAMENTO DE LÍNGUA</b>		
Ausente	29	80,6
Presente	7	19,4
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>MOVIMENTAÇÃO DE MANDÍBULA</b>		
Ausente	1	2,8
Alterada	8	22,2
Adequada	27	75,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>FORÇA DE SUCCÃO</b>		
Ausente	1	2,8
Fraca	14	38,9
Forte	21	58,3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>SUCÇÕES POR PAUSA</b>		
< 5s / p	2	5,6
> 8s / p	11	30,6
5 a 8s / p	23	63,8
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO RITMO</b>		
Ausente	1	2,8
Arritmico	9	25,0
Ritmico	26	72,2
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO ESTADO ALERTA</b>		
Não	1	2,8
Parcial	8	22,2
Sim	27	75,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

Na avaliação não nutritiva do quarto dia, 58,3% (21) dos prematuros começaram a apresentar uma movimentação de língua adequada; o canolamento de língua era presente para 19,4% (7). (Tabela 23)

A movimentação de mandíbula era adequada para 75,0% (27). A força de sucção era forte para 58,3% (21). A sucção por pausa respiratória era de 5 a 8 sucções por pausa 63,8% (23), durante 1 minuto. A manutenção do ritmo era rítmica para 72,2% (26). Quanto à manutenção do estado de alerta, 75,0% (27) conseguiam se manter em estado de alerta. (Tabela 23)

**Tabela 24: Dados quantitativos quanto ao quarto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=36**

Variáveis	n	%
<b>SINAIS DE ESTRESSE</b>		
Até 3	3	8,3
Ausente	33	91,7
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE TÔNUS</b>		
Ausente	36	100,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE POSTURA</b>		
Ausente	35	97,2
Presente	1	2,8
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE COLORAÇÃO DA PELE</b>		
Ausente	36	100,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>BATIMENTO DE ASA NASAL</b>		
Ausente	36	100,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>TIRAGEM</b>		
Ausente	35	97,2
Presente	1	2,8
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>APNEIA</b>		
Ausente	36	100,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>ACÚMULO DE SALIVA</b>		
Ausente	36	100,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>TREMORES DE LÍNGUA OU MANDÍBULA</b>		
Ausente	36	100,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>SOLUÇO</b>		
Ausente	34	94,4
Presente	2	5,6
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>CHORO</b>		
Ausente	36	100,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de Prontidão

Quanto à apresentação dos sinais de estresse, 91,7% (33) dos prematuros não apresentaram nenhum sinal de estresse. E quanto aos itens: variação de tônus, coloração da pele, batimento de asa nasal, apneia, acúmulo de saliva, tremores de língua ou mandíbula e choro, foram ausentes em 100,0% dos prematuros avaliados. (Tabela 24).

Observa-se ainda que os RNPTs apresentaram variação de postura presente em 2,8% (1); tiragem presente em 2,8% (1); e soluço em 5,6% (2). (Tabela 24)

**Tabela 25: Dados quantitativos quanto ao quarto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o escore. Rio de Janeiro, 2015. N=36**

Variáveis	n	%
<b>Escore</b>		
1 a 8	1	2,7
<b>Escore</b>		
9 a 17	1	2,7
<b>Escore</b>		
18 a 27	12	33,3
<b>Escore</b>		
30 a 36	22	61,3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

No quarto dia de avaliação, 61,3% (22) dos prematuros apresentavam um escore  $\geq 30$ , tornando-os, assim, elegíveis para amamentação. Observa-se que 5,4% (2) dos RNPTs apresentaram escore abaixo de 17 pontos. (Tabela 25)

#### **4.6 AVALIAÇÃO 5º DIA: Instrumento de Prontidão n = 34**

Na avaliação do quinto dia foi necessário excluir dois prematuros pelos seguintes motivos: Prematuro nº 3: devido à piora clínica, retornou ao *oxyhood*; Prematuro nº 21: alta hospitalar. A amostra apresenta 34 RNPTs.

**Tabela 26: Dados quantitativos quanto ao quinto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=34**

Variáveis	n	%
	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Peso diário (Média)</b>		
1.723g	1.130	2.750
<b>Alimentação</b>		
SOG	9	26,1
Copinho	10	30,0
Chuca	1	3,0
Seio materno	14	40,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

**Média de peso no quinto dia de avaliação (em gramas): 1.723 (1.130 - 2.750)**

Fonte: Instrumento de Prontidão

No quinto dia de avaliação a média do peso era 1.723 g, variando entre 1.130g e 2.750g. Observa-se que 40,9% (14) dos prematuros já estavam clinicamente bem e começaram a se aproximar do seio materno, mesmo sem ter uma sucção efetiva. O leite humano era complementado por SOG ou copinho. Neste momento a alimentação pelo copinho já estava sendo feita em 30,0% (10) dos prematuros, e por SOG 26,1% (9). A mediana do volume 20 ml variando de 15 a 30 ml. (Tabela 26)

**Tabela 27: Dados quantitativos quanto ao quinto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o estado de organização comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=34**

Variáveis	n	%
<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>		
Sono profundo	3	8,8
Sono leve	19	56,1
Alerta	12	35,1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA GLOBAL</b>		
Semiflexão	2	5,9
Flexão	32	94,1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>TÔNUS GLOBAL</b>		
Hipotonia	1	2,9
Normotonia	33	97,1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÁBIOS</b>		
Vedados	34	100,0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÍNGUA</b>		
Retraída	1	2,9
Plana	28	82,5
Elevada	5	14,6
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE PROCURA</b>		
Ausente	1	2,9
Fraco	11	32,3
Forte	22	64,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE SUCÇÃO</b>		
Fraco	12	35,1
Forte	22	64,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE MORDIDA</b>		
Presente Exacerbado	4	11,7
Presente	30	88,3
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE VÔMITO</b>		
Ausente	2	5,9
Presente Anteriorizado	3	8,8
Presente	29	85,3
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

De acordo com o estado de organização comportamental, 56,1% (19) estavam em sono leve e 35,1% (12), em estado de alerta. Quanto à postura global, 5,9% (2) apresentavam uma posição de semiflexão e 94,1% (32), de flexão. (TABELA 27)

Observa-se que 97,1% (33) dos prematuros apresentavam um tônus global de normotonia; 2,9 (1) dos RNPTs apresentaram hipotonia. A postura de lábios era: vedados em 100,0% (34) dos casos e a língua plana em 82,5% (28). (TABELA 27)

O reflexo de procura foi fraco em 32,3% (11) e forte em 64,8% (22). O reflexo de sucção foi fraco em 35,1% (12) e forte em 64,8% (22). Havia reflexo de mordida em 88,3% (30) e o reflexo de vômito foi presente em 85,3% (29). (TABELA 27)

**Tabela 28: Dados quantitativos quanto ao quinto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. N=34**

Variáveis	n	%
<b>MOVIMENTAÇÃO DA LÍNGUA</b>		
Alterada	12	35,1
Adequada	22	64,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>CANOLAMENTO DE LÍNGUA</b>		
Ausente	25	73,5
Presente	9	26,5
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>MOVIMENTAÇÃO DE MANDÍBULA</b>		
Alterada	9	26,5
Adequada	25	73,5
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>FORÇA DE SUCCÃO</b>		
Fraca	11	32,3
Forte	23	67,7
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>SUCÇÕES POR PAUSA</b>		
< 5s / p	1	2,9
> 8s / p	10	29,4
5 a 8s / p	23	67,7
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO RITMO</b>		
Arritmico	6	17,5
Ritmico	28	82,5
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO ESTADO ALERTA</b>		
Parcial	9	26,5
Sim	25	73,5
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

Na avaliação não nutritiva do quinto dia, 64,8% (22) dos prematuros já apresentavam uma movimentação de língua adequada; o canolamento de língua era presente para 26,5% (9). A movimentação de mandíbula era adequada para 73,5% (25). A força de sucção era forte para 67,7% (23). A sucção por pausa respiratória era de 5 a 8 sucções por pausa em 67,7% (23), durante 1 min. A manutenção do ritmo era rítmica para 82,5% (28). De acordo com a manutenção do estado de alerta, 73,5% (25) conseguiam se manter em alerta (Tabela 28).

A técnica de sucção não nutritiva (SNN) é uma estratégia utilizada para melhorar as habilidades motoras orais do RNPT, assim como programas de estimulação oral. São técnicas consideradas importantes porque contribuem com uma alimentação oral independente de forma mais precoce, reduzindo o tempo de internação e gastos hospitalares. Além de propiciar uma maior interação e vínculo mãe-bebê (YILDIZ et al., 2011; LIMA et al., 2015)

No estudo de Moreira (2009), sobre a influência da sucção não nutritiva na transição da alimentação gástrica para via oral, o grupo controle (GC) não recebeu estimulação SNN e o grupo experimental (GE) recebeu estimulação SNN mediante a técnica dedo enluvado. A avaliação da prontidão para início da alimentação oral revelou um escore significativamente maior no GE, quando comparado ao GC. Segundo a autora, esse resultado sugere que a SNN favoreceu uma experiência prévia de sucção, e isso resultou em aspectos positivos dos RNPTs quanto ao aspecto de organização comportamental.

Na análise da correlação entre o escore de prontidão e a idade gestacional corrigida dos GC e GE, observou-se que a estimulação, através da SNN no GE, influenciou os RNPTs em relação a um maior escore, independente da idade gestacional corrigida. Por outro lado, o GC evoluiu no escore conforme o aumento da idade corrigida (MOREIRA, 2009).

**Tabela 29: Dados quantitativos quanto ao quinto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=34**

Variáveis	N	%
<b>SINAIS DE ESTRESSE</b>		
Até 3	5	14,6
Ausente	29	85,3
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE TÔNUS</b>		
Ausente	32	94,1
Presente	2	5,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE POSTURA</b>		
Ausente	34	100,0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE COLORAÇÃO DA PELE</b>		
Ausente	34	100,0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>BATIMENTO DE ASA NASAL</b>		
Ausente	33	97,1
Presente	1	2,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>TIRAGEM</b>		
Ausente	33	97,1
Presente	1	2,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>APNEIA</b>		
Ausente	34	100,0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>ACÚMULO DE SALIVA</b>		
Ausente	34	100,0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>TREMORES DE LÍNGUA OU MANDÍBULA</b>		
Ausente	34	100,0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>SOLUÇO</b>		
Ausente	31	91,2
Presente	3	8,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

<b>CHORO</b>		
Ausente	32	94,1
Presente	2	5,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

Quanto aos sinais de estresse, 85,3% (29) dos prematuros não apresentaram nenhum sinal de estresse. A variação de postura, variação de coloração da pele, apneia, acúmulo de saliva e tremores de língua ou mandíbula, estavam ausentes em 100,0% dos prematuros avaliados. (TABELA 29)

A variação de tônus estava ausente para 94,1% (32) dos RNPTs; o batimento de asa nasal, ausente em 97,1% (33); a tiragem, ausente em 97,1% (33); o soluço, ausente em 91,2% (31); e o choro, ausente em 94,1% (32). (TABELA 29)

**Tabela 30: Dados quantitativos quanto ao quinto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o escore. Rio de Janeiro, 2015. N=34**

Variáveis	n	%
<b>Escore</b>		
18 a 27	12	35,2
<b>Escore</b>		
28 a 29	2	5,9
<b>Escore</b>		
30 a 36	20	58,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

No quinto dia de avaliação, 58,9% (20) dos prematuros apresentavam um escore  $\geq 30$ , tornando-os assim elegíveis para amamentação. Observa-se que 35,2% (12) dos RNPTs apresentavam escore entre 18 e 27 pontos, e 5,9% (2), com pontuação de 28 a 29. (TABELA 30).

#### 4.7 - AVALIAÇÃO 6º DIA: Instrumento de Prontidão n=33

Na avaliação do sexto dia foi necessário excluir o prematuro nº 33, pois houve uma piora clínica, o mesmo retornou ao *oxyhood* e também estava com infecção. A amostra contou com 33 prematuros.

**Tabela 31: Dados quantitativos quanto ao sexto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o peso diário/alimentação. Rio de Janeiro, 2015. N=33**

Variáveis	n	%
	Mínimo	Máximo
<b>Peso diário (Média)</b>		
1.700g	1.140	2.760
<b>Alimentação</b>		
SOG	4	12,1
Copinho	14	42,4
Seio materno	15	45,5
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

**Média de peso no sexto dia de avaliação (em gramas): 1.700 (1.140 - 2.760)**

Fonte: Instrumento de Prontidão

No sexto dia de avaliação a média do peso era 1.700g, variando entre 1.140g e 2.760g. Observa-se que 12,1% (4) dos prematuros utilizavam a SOG, 42,4% (14) estavam utilizando copinho e 45,5% (15) dos prematuros que já estavam clinicamente bem começaram a se aproximar do seio materno, mesmo sem ter uma sucção efetiva. O leite humano era complementado por SOG ou copinho. A mediana do volume foi igual a 20 ml, variando entre 15 e 30 ml (TABELA 31).

**Tabela 32: Dados quantitativos quanto ao sexto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o estado de organização comportamental. Rio de Janeiro, 2015. N=33**

Variáveis	n	%
<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>		
Sono profundo	1	3,1
Sono leve	13	39,4
Alerta	19	57,5
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA GLOBAL</b>		
Semiflexão	2	6,1
Flexão	31	93,9
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>TÔNUS GLOBAL</b>		
Normotonia	33	100,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÁBIOS</b>		
Entreabertos	2	6,1
Vedados	31	93,9
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>POSTURA DE LÍNGUA</b>		
Plana	28	84,9
Elevada	5	15,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE PROCURA</b>		
Fraco	12	36,3
Forte	21	63,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE SUCCÃO</b>		
Fraco	10	30,3
Forte	23	69,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE MORDIDA</b>		
Ausente	1	3,1
Presente Exacerbado	5	15,1
Presente	27	81,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>REFLEXO DE VÔMITO</b>		
Ausente	2	6,1
Presente Anteriorizado	3	9,0
Presente	28	84,9
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

De acordo com o estado de organização comportamental, 39,4% (13) estavam em sono leve e 57,5% (19), em estado de alerta. Quanto à postura global, 6,1% (2) apresentavam uma posição de semiflexão e 93,9% (31), de flexão.

Quanto ao tônus global, 100,0% (33) dos prematuros apresentavam um tônus global de normotonia. A postura de lábios era: vedados em 93,9% (31) dos casos e a língua plana em 84,9% (28). O reflexo de procura foi fraco em 36,3% (12) e forte em 63,7% (21) dos RNPTs. O reflexo de sucção foi fraco em 30,3% (10) e forte em 69,7% (23). Havia reflexo de mordida em 81,8% (27) e o reflexo de vômito foi presente em 84,9% (28). (TABELA 32)

**Tabela 33: Dados quantitativos quanto ao sexto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo a sucção não nutritiva. Rio de Janeiro, 2015. N=33**

Variáveis	n	%
<b>MOVIMENTAÇÃO DA LÍNGUA</b>		
Alterada	9	27,2
Adequada	24	72,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>CANOLAMENTO DE LÍNGUA</b>		
Ausente	20	60,6
Presente	13	39,4
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>MOVIMENTAÇÃO DE MANDÍBULA</b>		
Alterada	7	21,2
Adequada	26	78,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>FORÇA DE SUCCÃO</b>		
Fraca	11	33,3
Forte	22	66,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>SUCCÕES POR PAUSA</b>		
< 5s / p	1	3,1
> 8s / p	8	24,2
5 a 8s / p	24	72,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO RITMO</b>		
Arritmico	7	21,2
Ritmico	26	78,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>MANUTENÇÃO DO ESTADO ALERTA</b>		
Parcial	6	18,1
Sim	27	81,9
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

Na avaliação não nutritiva 72,8% (24) dos prematuros já apresentavam uma movimentação de língua adequada; o canolamento de língua era presente para 39,4% (13). A movimentação de mandíbula era adequada para 78,8% (26). A força de sucção era forte para 66,7% (22). A sucção por pausa respiratória era de 5 a 8 sucções por pausa 72,7% (24), durante 1 min. A manutenção do ritmo era rítmica para 78,8% (26). De acordo com a manutenção do estado de alerta, 81,9% (27) dos RNPTs conseguiam se manter em alerta (TABELA 33).

Um estudo, que também utilizou o instrumento de prontidão (FUJINAGA, 2005), foi baseado em intervenção fonoaudiológica em dois recém-nascidos pré-termo (gêmeos), com idade gestacional corrigida de 35 semanas e 2/7 dias. Utilizando técnicas de estimulação oromotora e sucção não nutritiva. Essa avaliação fonoaudiológica foi para verificar a prontidão do prematuro para o início da alimentação oral. Foi realizado um sorteio da técnica que cada um receberia (estimulação oromotora ou a técnica de sucção não nutritiva). Cada um recebeu 10

sessões de terapia fonoaudiológica e foram reavaliados. De acordo com os resultados, após as sessões de estimulação, os prematuros apresentaram melhora nos reflexos orais e no padrão de sucção não nutritiva e a autora concluiu que ambos foram beneficiados com a intervenção, pois houve uma melhora na prontidão para alimentação oral (CALADO e SOUZA, 2012).

Esses estímulos e intervenções podem melhorar o padrão de sucção dos RNPTs e mudar o conceito de não amamentação para este grupo tão peculiar. Santiago (2013) diz que uma mãe que tem um filho antes de completar 34 semanas de gestação, pode não conseguir amamentá-lo devido à própria imaturidade do prematuro de conseguir manter o ciclo de sucção, deglutição e respiração.

**Tabela 34: Dados quantitativos quanto ao sexto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo os sinais de estresse. Rio de Janeiro, 2015. N=33**

Variáveis	n	%
<b>SINAIS DE ESTRESSE</b>		
Mais de 3	1	3,1
Até 3	2	6,1
Ausente	30	90,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE TÔNUS</b>		
Ausente	32	96,9
Presente	1	3,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE POSTURA</b>		
Ausente	32	96,9
Presente	1	3,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>VARIAÇÃO DE COLORAÇÃO DA PELE</b>		
Ausente	32	96,9
Presente	1	3,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>BATIMENTO DE ASA NASAL</b>		
Ausente	32	96,9
Presente	1	3,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>TIRAGEM</b>		
Ausente	31	93,9
Presente	2	6,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>APNEIA</b>		
Ausente	33	100,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>ACÚMULO DE SALIVA</b>		
Ausente	33	100,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>TREMORES DE LÍNGUA OU MANDÍBULA</b>		
Ausente	33	100,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>SOLUÇO</b>		
Ausente	33	100,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>CHORO</b>		
Ausente	33	100,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

Quanto aos sinais de estresse, 90,8% (30) dos prematuros não apresentaram nenhum sinal de estresse. Quanto à apneia, acúmulo de saliva, tremores de língua ou mandíbula, soluço e choro, estavam ausentes em 100,0% dos prematuros avaliados. (TABELA 34)

A variação de tônus era ausente para 96,9% (32); a variação de postura, ausente para 96,9% (32); a variação de coloração da pele, ausente para 96,9% (32); o batimento de asa nasal, ausente para 96,9% (32); e a tiragem, ausente para 93,9% (31). (TABELA 34)

**Tabela 35: Dados quantitativos quanto ao sexto dia de avaliação da prontidão do prematuro, segundo o escore. Rio de Janeiro, 2015. N=33**

Variáveis	n	%
<b>Escore</b>		
18 a 27	9	27,3
<b>Escore</b>		
28 a 29	1	3,0
<b>Escore</b>		
30 a 36	23	69,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

No sexto dia de avaliação, 69,7% (23) dos prematuros apresentaram um escore  $\geq 30$ , tornando-os assim elegíveis para amamentação. 27,3% (9) dos RNPTs apresentaram escores entre 18 e 27 pontos (TABELA 35). Neste momento 23 prematuros estavam aptos para avaliação da amamentação, pois já apresentavam prontidão.

#### **4.8 Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada aplicado no 7º dia**

Neste momento foi necessário excluir mais dois prematuros: o prematuro nº 25, pois a mãe teve um problema grave de saúde e foi internada no CTI. Não sendo possível continuar avaliando este bebê, pois este seria o momento da observação e avaliação da mamada. Como este prematuro tinha escore de 36, essa perda fez diferença no quantitativo de 23 para 22 prematuros avaliados no instrumento de avaliação de mamadas.

E o prematuro nº 27 também foi excluído neste momento, pois a mãe disse à assistente social que não tinha a intenção de amamentar. Portanto, respeitamos seu desejo. Porém, essa perda de fato não iria interferir, pois este RNPT tinha um escore de 21, e de fato não seria avaliado no instrumento de avaliação de mamadas.

Após as exclusões, 27,3% (9) dos prematuros entre o escore 18 e 29, não foram avaliados no segundo instrumento. Observa-se que 66,7% (22) dos RNPTs obtiveram um escore entre 30 e 36 e foram aprovados e avaliados no Instrumento de Observação e Avaliação de Mamadas.

No 7º dia, 22 RNPTs foram submetidos à avaliação do Instrumento de Observação e Avaliação de mamadas para avaliação da amamentação completa. Considera-se a mamada completa desde o período da decisão da mãe de colocar o RN para amamentação até a finalização da mamada. Este instrumento foi aplicado uma única vez. E demorava-se em média 30min. com cada participante. Vale ressaltar que essa questão do tempo de aplicação desse instrumento foi determinada deste modo para evitar estresse no prematuro caso esse tempo fosse excedido.

Convém destacar que todos os RNs internados nesta unidade tinham um acompanhamento contínuo de profissionais fonoaudiólogos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, acompanhando e estimulando a amamentação.

E esse atendimento diferenciado vai ao encontro do Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e de uma série de outros requisitos que buscam a adequada atenção à saúde da criança e da mulher preconizados na Portaria nº 1153 (BRASIL, 2014).

Quanto às variáveis do instrumento de observação e avaliação da mamada, com: Posição Corporal; Respostas à Amamentação; Estabelecimento de laços afetivos; Anatomia das Mamas; Aspectos relacionados à sucção; Tempo gasto com a sucção e Atitude da mãe/bebê diante da mamada, e onde o objetivo maior é observar possíveis causas de uma amamentação inadequada, foi possível observar que os 22 prematuros que haviam atingido uma pontuação de escore entre 30 e 36 no instrumento de prontidão conseguiram amamentar de forma completa.

A utilização do instrumento de Observação e Avaliação da Mamada (UNICEF 1993) no sétimo dia para observação da mamada completa e a observação de comportamentos positivos ou negativos, ou seja, de dificuldades no processo da amamentação, nos possibilitaram conhecer o comportamento do RNPT quanto aos fatores sensório motor oral, desorganização da função oral, habilidade de sugar, deglutir e respirar e detectar as disfunções orais e o comportamento das mães.

Este instrumento de Observação e Avaliação da Mamada, foi adaptado por Carvalhaes e Correa (2003) e utilizado no estudo de Scheeren, Mengue, Devincenzi, Barbosa, Gomes (2012), onde essa avaliação foi determinada por escore de 0 a 6 comportamentos.

**Tabela 36: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo a idade gestacional corrigida. Rio de Janeiro, 2015. N=22**

Variáveis	n	%
<b>Idade Gestacional Corrigida</b>		
33	4	18,2
34	1	4,5
35	9	40,9
36	7	31,9
37	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de prontidão

A Tabela 36 mostra a idade corrigida dos RNPTs, onde predominou (40,9%) a idade corrigida de 35 semanas, seguida de 36 semanas (31,9%).

**Tabela 37: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo a posição corporal. Rio de Janeiro, 2015. N=22**

Variáveis	n	%
<b>MÃE</b>		
Relaxada e confortável	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>CORPO DO BEBÊ</b>		
Corpo do bebê próximo ao da mãe	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>CABEÇA DO BEBÊ</b>		
Corpo e cabeça do bebê alinhado	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>QUEIXO DO BEBÊ</b>		
Queixo do bebê tocando o peito	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>APOIO DO BEBÊ</b>		
Nádegas do bebê apoiadas	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada

Com relação à posição corporal, 100,0% (22) dos prematuros e suas respectivas mães apresentaram posições satisfatórias para uma amamentação completa, com escore variando de 0 a 1, ou seja, classificado como BOM, não apresentando comportamento negativo (Tabela 37).

**Tabela 38: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo as respostas da dupla na amamentação. Rio de Janeiro, 2015. N=22**

Variáveis	n	%
<b>BUSCA AO PEITO</b>		
Bebê procura o peito quando sente fome	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>EXPLORAÇÃO</b>		
Bebê explora o peito com a língua	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>COMPORTAMENTO</b>		
Bebê calmo e alerta ao peito	21	95,5
Bebê irrequieto ou agitado	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>PEGA DA ARÉOLA</b>		
Bebê mantém a pega da aréola	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>EJEÇÃO DE LEITE</b>		
Sinais de ejeção de leite	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada

Com relação às respostas da dupla na amamentação, a maioria (21) dos prematuros e suas respectivas mães apresentaram respostas satisfatórias para uma amamentação completa, pois apresentaram escores de 0 a 1, apesar de neste item 4,5% (1) dos RNPTs estarem irrequietos ou agitados, apresentando um comportamento negativo, mas que no escore classifica-se como BOM (0-1). Após o apoio do profissional de enfermagem, o RNPT se apresentou calmo e alerta no peito. (TABELA 38)

No estudo de Scheeren et al. (2012), os melhores resultados foram quanto à posição mãe/criança e afetividade. O estado de consciência predominante observado nos RNPTs (50%) foi o sonolento. O estado ideal para iniciar a alimentação com êxito é o denominado alerta tranquilo, em que o recém-nascido permanece acordado, com olhar atento e receptivo à estimulação recebida, com ritmo cardíaco e respiratório normais. A maioria apresentou escores favoráveis.

Os seguintes itens foram avaliados: bebê procura o peito quando sente fome; bebê explora o peito com a língua; bebê calmo e alerta ao peito; bebê mantém a pega da aréola e sinais de ejeção de leite (TABELA 38).

**Tabela 39: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo o estabelecimento de laços afetivos/afetividade. Rio de Janeiro, 2015. N=22**

Variáveis	n	%
<b>COLO</b>		
Mãe segura bebê no colo com firmeza	21	95,5
Mãe segura bebê nervosamente ou fracamente	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>FACE A FACE</b>		
Atenção face a face da mãe	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>TOQUE</b>		
Muito toque da mãe ao bebê	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada

Com relação ao estabelecimento de laços afetivos/Afetividade, um (4,5%) RNPT apresentou um escore REGULAR, pois pontuou no item: mãe segura bebê nervosamente ou fracamente. Assim, não respondeu conforme o esperado. Entretanto, após ajuda profissional, a mãe se adaptou à situação. Os seguintes itens foram avaliados: mãe segura bebê no colo com firmeza; atenção face a face da mãe; muito toque da mãe ao bebê (Tabela 39).

A maioria (21) dos prematuros e suas respectivas mães apresentaram respostas satisfatórias, ou seja, escore BOM para uma amamentação completa (Tabela 39).

**Tabela 40: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo a anatomia das mamas. Rio de Janeiro, 2015. N=22**

Variáveis	n	%
<b>MAMAS</b>		
Mamas macias e cheias	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>MAMILOS</b>		
Mamilos protráteis, projetando para fora	18	81,8
Mamilos planos ou invertidos	4	18,2
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>TECIDO</b>		
Tecido mamário com aparência saudável	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>APARÊNCIA DAS MAMAS</b>		
Mamas com aparência arredondada	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada

Com relação à anatomia das mamas, 18,2% (4) das mães apresentaram escore REGULAR, ou seja, apresentaram um comportamento negativo para a amamentação no item mamilos planos ou invertidos. Entretanto, após ajuda profissional, posicionando o bebê de forma adequada, e orientando as mães quanto a manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, como, por exemplo, um simples estímulo (toque) no mamilo, eles conseguiram sugar (TABELA 40).

A maioria (18) das mamas avaliadas apresentou respostas satisfatórias para uma amamentação completa. Os seguintes itens foram avaliados: mamas macias e cheias; mamilos protráteis, projetando para fora; tecido mamário com aparência saudável; mamas com aparência arredondada (TABELA 40).

**Tabela 41: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo os aspectos relacionados à sucção. Rio de Janeiro, 2015. N=22**

Variáveis	n	%
<b>BOCA</b>		
Boca bem aberta	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>LÁBIOS</b>		
Lábio inferior projeta-se para fora	21	95,5
Lábio inferior virado para dentro	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>LÍNGUA</b>		
Língua acoplada em torno do peito	18	81,8
Não se vê a língua do bebê	4	18,2
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>BOCHECHAS</b>		
Bochechas de aparência arredondada	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>SUCÇÃO</b>		
Sucção lenta e profunda em períodos de atividade e pausa	20	90,9
Sucções rápidas com estalidos	2	9,1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>DEGLUTIÇÃO</b>		
É possível ver ou ouvir a deglutição	19	86,4
Podem-se ouvir estalos dos lábios, mas não a deglutição	3	13,6
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada

A Tabela 41 mostra que 4,5% (1) dos RNPTs apresentaram lábio inferior virado para dentro; em 18,2% (4) dos RNPTs não se via a língua do bebê; 9,1% (2) dos RNPT apresentavam sucções rápidas com estalidos; em 13,6% (3) dos RNPTs podiam-se ouvir estalos dos lábios, mas não a deglutição. Apesar de apresentarem um comportamento negativo, foram classificados com escore BOM, apresentando respostas satisfatórias para uma amamentação completa (TABELA 41).

Apesar de alguns prematuros não responderem conforme o esperado, os mesmos tiveram ajuda profissional, e foi corrigida a situação. Os seguintes itens foram avaliados: boca bem aberta; lábio inferior projeta-se para fora; língua acoplada

em torno do peito; bochechas de aparência arredondada; sucção lenta e profunda em períodos de atividade e pausa; é possível ver ou ouvir a deglutição (TABELA 41).

No estudo de Scheeren et al. (2012) destaca-se que, nos longos períodos de internação, a falta de estimulação oral adequada e os procedimentos médicos necessários podem contribuir para as dificuldades alimentares do prematuro. O interesse ao seio materno e manter a pega da aréola, presentes nos comportamentos desfavoráveis do estudo, podem estar relacionados aos reflexos de busca inadequados dos RNPTs. O reflexo de busca, que é o precursor para a pega correta do mamilo, é direcionado aos lábios e à língua para abocanhar o bico e a aréola.

Durante a aplicação do instrumento de Observação e Avaliação da Mamada, depois de verificadas todas as posturas da mãe e do prematuro pertinentes com uma amamentação completa, foi contado o número de sucções por minuto através de um cronômetro, para que se pudesse mensurar de forma fidedigna (TABELA 42).

**Tabela 42: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, segundo o tempo gasto com a sucção – Instrumento de avaliação de mamadas. Rio de Janeiro, 2015. N=22**

Variáveis (tempo de sucção em minutos)	n	%
5 -6	2	9,0
7- 8	3	13,7
9-10	5	22,8
11 - 12	3	13,6
13- 14	1	4,5
15 -16	7	31,9
Maior e igual a 17	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

**Mediana da duração da sucção (em minutos): 12 (5 - 23)**

Fonte: Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada

Com relação ao tempo gasto com a sucção, 9,0% (2) dos RNPTs ficaram apenas entre 5 e 6 minutos; 50,1% (11) ficaram entre 8 e 12min.; 40,9% (9) ficaram entre 14 e 23min.(TABELA 42).

**Tabela 43: Dados quantitativos quanto ao sétimo dia de avaliação, com uso do Instrumento de Avaliação de Mamadas, segundo a atitude. Rio de Janeiro, 2015. N=22**

Variáveis	n	%
<b>ATITUDE</b>		
Bebê solta o peito naturalmente	22	100,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada.

Com relação à atitude, 100,0% (22) dos prematuros avaliados soltaram o peito naturalmente após o término da mamada (TABELA 43).

**Quadro 6: Dados quantitativos quanto ao resumo dos principais resultados do Instrumento de Observação e Avaliação da Mamada. Rio de Janeiro, 2015**

PT 01	PT 02	PT 03	PT 04	PT 05	PT 06	PT 07	PT 08	PT 09	PT 10
Peso: 1730g Score: 0 Amamentação ação Sim	Peso: 1950g Score: 3 Amamentação ação Sim	<b>Oxyhoo Estudo Interrom pido</b>	<b>Transf. Unid. Estudo Interrom pido</b>	Não Elegível para Amamentação	Peso: 1990g Score: 0 Amamentação ação Sim	Não Elegível para Amamentação	Peso: 1845g Score: 3 Amamentação ação Sim	Peso: 1900g Score: 2 Amamentação ação Sim	Peso: 1650g Score: 3 Amamentação ação Sim

PT 11	PT 12	PT 13	PT 14	PT 15	PT 16	PT 17	PT 18	PT 19	PT 20
Peso: 1990g Score: 0 Amamentação ação Sim	Peso: 2195g Score: 0 Amamentação ação Sim	Não Elegível para Amamentação	<b>Oxyhoo : Estudo Interrom pido</b>	<b>Óbito: Estudo Interrom pido</b>	<b>Transf. Cons.Tut elar. Estudo Interrom pido</b>	Peso: 2280g Score: 2 Amamentação ação Sim	Não Elegível para Amamentação	Peso: 2000g Score: 0 Amamentação ação Sim	Não Elegível para Amamentação

PT 21	PT 22	PT 23	PT 24	PT 25	PT 26	PT 27	PT 28	PT 29	PT 30
<b>Alta Hosp. Estudo interrom pido</b>	Peso: 1850g Score: 1 Amamentação ação Sim	Peso: 1740g Score: 0 Amamentação ação Sim	Peso: 1760g Score: 1 Amamentação ação Sim	<b>Mãe CTI estudo interrom pido</b>	Peso: 1880g Score: 1 Amamentação ação Sim	<b>Mãe recusou AM / estudo interrom pido</b>	Peso: 1570g Score: 0 Amamentação ação Sim	Peso: 1850g Score: 1 Amamentação ação Sim	Não Elegível para Amamentação

PT 31	PT 32	PT 33	PT 34	PT 35	PT 36	PT 37	PT 38	PT 39	PT 40
Peso: 1830g Score: 0 Amamentação ação Sim	Não Elegível para Amamentação	<b>OxyhooI nfec Estudo Interrom pido</b>	Peso: 1170g Score: 0 Amamentação ação Sim	Não Elegível para Amamentação	Peso: 2780g Score: 0 Amamentação ação Sim	Peso: 1735g Score: 1 Amamentação ação Sim	Peso: 1490g Score: 1 Amamentação ação Sim	Peso: 1860g Score: 0 Amamentação ação Sim	Não Elegível para Amamentação

A legenda verde representa os prematuros que atingiram a amamentação completa.

A legenda azul representa os prematuros que não foram elegíveis para a amamentação, pois não apresentaram escore maior ou igual a 30 no instrumento de prontidão (Fujinaga, 2013) até o 6º dia de avaliação.

A legenda rosa representa os prematuros que foram excluídos do estudo durante sua aplicação nos seis dias subsequentes.

De acordo com o instrumento de observação de avaliação da mamada, é possível observar possíveis causas de uma amamentação inadequada. E dos 22 prematuros que haviam atingido uma pontuação de escore entre 30 e 36 no instrumento de prontidão (Fujinaga, 2013), todos conseguiram amamentar de forma completa.

A mamada completa é um grande desafio para o recém-nascido prematuro, devido à complexidade do processo de transição da alimentação gástrica para a alimentação oral, e um dos critérios para a alta hospitalar do RNPT é a amamentação plena.

Os piores resultados foram relacionados ao comportamento dos neonatos, assim como no presente estudo. Os autores atribuíram essas dificuldades ao fato da imaturidade dos reflexos orais desses prematuros (SCHEEREN E OUTROS, 2012).

Ainda convém lembrar que, quando a amamentação não vai bem, através de alguns sinais podemos observar, como: a mãe fica tensa; sente dor ao amamentar; posicionamento e pega incorretos; mamas ingurgitadas e mamilo achatado quando o bebê solta a mama; além de todo esse contexto, o bebê fica agitado e choroso (SANTIAGO, 2013).

Não podemos esquecer que o profissional deve avaliar e observar a mãe e o bebê durante a amamentação. A pega, o posicionamento, e avaliar também o ciclo sucção-deglutição-respiração do RN (SANTIAGO, 2013).

Quando o binômio mãe/bebê demonstra adequada proficiência e satisfação com o processo da amamentação, isto demonstra que mãe e filho estão em plena harmonia, completamente adaptados (SILVA W.F., GUEDES, 2013).

Vale ressaltar que, na instituição do presente estudo, todas as mães dos prematuros tiveram auxílio dos profissionais de saúde na hora de posicionar devidamente o bebê.

Muitos fatores englobam uma amamentação de sucesso, entre eles temos: a decisão da mãe de amamentar (ela precisa desejar, querer e poder); uma boa produção de leite; um bebê com capacidade para extrair o leite do peito, através de uma sucção eficiente e os cuidados prestados à mulher e à criança durante os primeiros dias após o parto (SANTIAGO, 2013).

Meneses, Garcia, Melo Cipolott (2014), com o objetivo de avaliar a evolução clínica, o crescimento e a taxa de aleitamento materno exclusivo de 137 recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru, ao nascimento, na alta e aos seis meses de idade, em Sergipe, mostram que a frequência de aleitamento materno exclusivo na alta foi de 56,2% e, aos seis meses de idade cronológica, de 14,4% (MENESES, GARCIA, MELO CIPOLOTT, 2014).

É importante que os profissionais de saúde ensinem às mães os sinais que demonstram que o bebê está com fome, tais como: aumento do movimento dos olhos (fechados ou abertos); abre a boca, estica a língua e vira a cabeça para procurar a mama; faz sons suaves de gemidos; tenta sugar tudo o que toca a boca. Deixar claro para a nutriz que não precisa esperar o bebê chorar para oferecer o peito e que deve deixá-lo mamar o tempo que quiser, até que solte o peito naturalmente (SANTIAGO, 2013).

O profissional deve se demonstrar disponível, porém sempre perguntar à mãe se ela quer ajuda e só então intervir, auxiliando no posicionamento e pega correta para uma sucção eficaz. Deve-se elaborar com a mãe a compreensão do problema, caso note alguma dificuldade, mas sempre oferecendo opções e deixando que ela decida o que é melhor para o próprio filho (SANTIAGO, 2013).

Na perspectiva do cuidado desenvolvimental é fundamental que o enfermeiro promova a transição via oral; tenha um olhar para a estabilidade clínica; organização e competências; expressão fisiológica e comportamental do RNPT no ambiente da UTIN. A equipe multidisciplinar é fundamental nesse processo.

O estudo de Nyqvist (2013) recomenda iniciar a prática da amamentação o mais precoce possível, sem atrasos injustificáveis, pois atrasar esse início pode ter um impacto negativo na saúde e no desenvolvimento do RNPT (NYQVIST, 2013).

Todo esse contexto reforça a importância de aprofundar outros estudos com instrumentos mais adequados e rigor metodológico quanto aos fatores que possam interferir no desmame precoce após a alta hospitalar em RNPTs.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Entre as limitações do estudo destacam-se o tamanho amostral e o fato de alguns prematuros terem sido excluídos do estudo durante as etapas da coleta. Apesar da exclusão de alguns prematuros, foi interessante observar, tanto no estudo piloto, como na coleta propriamente dita, que escore menor que 20 esteja relacionado à piora no quadro clínico do RNPT.

Além disso, a limitação do estudo se dá pelo uso dos instrumentos utilizados, já que a aplicação do instrumento de Fujinaga (2002, 2005, 2013) foi realizada em um único momento, e com a técnica de translactação. Neste estudo avaliamos os RNPTs desde o momento do início da alimentação oral, independente de terem iniciado alimentação por SOG, copinho, chupa ou seio materno. Neste estudo não foi realizada a translactação, por não ser rotina da unidade.

Durante o seguimento já estavam recebendo algum tipo de leite via oral por seis dias. E, somente após esse período, foi realizada a avaliação no seio materno.

## 5 – CONCLUSÃO

Todos os conhecimentos aqui observados mostram a capacidade que o RNPT possui de adquirir habilidades para uma boa sucção no seio materno. Entretanto, alguns fatores devem ser avaliados, tais como: instabilidade clínica, estimulação precoce, presença materna e apoio da equipe.

É importante ressaltar que a instabilidade clínica, o uso prolongado de suporte ventilatório e um tempo de internação prolongado foram fatores que dificultaram o início da prontidão de alguns prematuros para uma mamada completa durante o acompanhamento do estudo.

Através do Instrumento de Prontidão para o início da Alimentação Oral, foi possível identificar a condição clínica dos prematuros. Quando eles demonstraram uma piora hemodinâmica, a pontuação caiu significativamente, demonstrando a incapacidade para a transição da amamentação. Embora a instabilidade clínica dos RNPTs dificulte o início da transição para a amamentação, os profissionais de saúde podem intensificar este apoio à família.

Baseado nos resultados do presente estudo, percebe-se que a presença materna, com apoio do pai/família, e o suporte dos profissionais de saúde no processo de aleitamento materno contribuem para o início precoce da prontidão do prematuro para a amamentação.

Encontrar o início da prontidão do prematuro é um caminho complexo para se trilhar, pois são muitos fatores que se entrelaçam entre si em uma linha tênue, e estes estão diretamente associados com a própria imaturidade do RNPT, o que reflete de forma negativa para o sucesso na amamentação, caso estes não tenham o apoio adequado.

Ademais, os prematuros são capazes de amamentar de forma plena, desde que estimulados da forma adequada, tendo a oportunidade da presença dos pais/família dentro da UTIN e incentivados ao alojamento canguru. Entretanto, para que isso aconteça, toda a equipe multidisciplinar deve trabalhar em conjunto, proporcionando total apoio à mãe e ao prematuro, com cuidado centrado na família.

É importante lembrar que grande parte do sucesso desses prematuros que atingiram um bom desempenho na amamentação está pautada no apoio às mães através dos profissionais de saúde e na oportunidade de estabelecer o método canguru ainda dentro da UI, e posteriormente no Alojamento Canguru. Na unidade

em que ocorreu o estudo esses cuidados eram bem evidentes, provavelmente por se tratar de uma instituição intitulada “Hospital Amigo da Criança”. E foi possível observar a IHAC e o CAM sendo trabalhados em sua essência.

Quando pensamos em amamentação precisamos ter um olhar diferenciado para esse binômio mãe-bebê. O que seria, em outras palavras, cuidar do processo de maturação e prontidão do RN sem se esquecer que essa mulher-mãe também precisa ser compreendida e apoiada em todas as suas necessidades físicas e psicológicas.

Em vista dos argumentos mencionados, sugerimos que seja criado um Time de Amamentação em todas as UTINs. Esse grupo deve ser composto por profissionais especializados em amamentação para que todos juntos possam apoiar melhor os prematuros e suas famílias.

Para que essa proposta de time venha a funcionar, é necessário que a IHAC e a CAM sejam trabalhadas diariamente por todos os componentes da equipe multidisciplinar. Através de uma visão holística, a união desses profissionais (enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, médicos e fisioterapeutas) proporcionará resultados salutareos na vida desses recém-nascidos.

## 6. REFERÊNCIAS

ABMP (Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da infância e da juventude). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível no site: <[www.abmp.org.br](http://www.abmp.org.br)>. Acesso em: 20 Dez. 2015.

AFFONSO D.D., WAHLBERG V., PERSSON B. **Exploration of mothers reactions to the Kangaroo method of prematurity care**. Neonatal Netw. 1989;7:43-51.

\_\_\_\_\_AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Section on Breastfeeding. **Breastfeeding and the use of human milk**. Pediatrics 2012;129: e 827– e 841.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária**. 2006. Disponível em: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br). Acesso em: 01 Fev. 2016

ALS, H. **Toward synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality**. Infant Mental Health Journal, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 229-243, 1982.

ALS, H. et al. **Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome**. Pediatrics, [S.l.], n. 78, p. 1123-1132, 1986.

AQUINO, R.R.; OSÓRIO, M. M. **Relactation, translactation, and breast-oro-gastric tube as transition methods in feeding preterm babies**. Journal of Human Lactation, Charlottes ville, v. 25, n.4, p. 420-6, nov. 2009

AQUINO, R.R.; OSÓRIO, M. M. **Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição de gavagem para o peito materno**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 8, n.1, p. 11-6, 2008

ARVEDSON, J.C.; BRODSKY, L. **Pediatric swallowing and feeding assesment and development**. San Diego: Singular, 1993.

AZEVEDO, M.; CUNHA, M.L.C. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar**. Revista HCPA. 2013; 33(1):40-49

BALLARD J.L., KHOURY J.C., WEDIG K., WANG L., EILERS-WALSMAN B.L., LIPP R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. **Journal Of Pediatrics, 1991 Sep, Vol.119 (3), pp.417-423**

BERNARDIS, K. C.; MARCHI, S.O.N. **Sucção não-nutritiva em recém-nascidos a termo e pré-termo: um estudo descritivo comparativo**. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, v. 10, n.2, 1998.

BRASIL. Lei 11.265, de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de janeiro de 2006, Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a

BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009 b.108 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatório)

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica, nº 23. Brasília – DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru / Manual Técnico. Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / Ministério da Saúde, Secretariade Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.80 p. – (Série I. História da Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Disponível no site: <[www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)>. Acesso em: 05 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Epidemiologia. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. DATASUS. Brasília. Disponível no site: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 02mar. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível no site:<[www.conselho.saude.gov.br](http://www.conselho.saude.gov.br)>. Acesso em: 07out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, p. 138, Maio, 2012.

BRASIL. **PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html). Acesso em: 20/08/15

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: Fonte:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)Acesso em: 20/01/16

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.153, DE 22 DE MAIO DE 2014.** Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: Fonte: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/70959997/dou-secao-1-28-05-2014-pg-43>.

Acesso em: 20/01/16

BRASIL. Decreto nº 8.552 de 03 de Novembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Disponível em: <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>. Acesso em: 01 Fev 2016.

BRASIL. Lei nº 13.257 de 08 de Março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Disponível em: <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>. Acesso em: 28 Mar 2016.

BRIERE C.E., MCGRATH J., CONG X., CUSSON R. **An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after nicu hospitalization.** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2014 May-Jun;43(3):272-81.

BU'LOCK, F.; WOOLRIDGE, M. W.; BAUM, J.D. Development of co-ordination of suckling, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm-infants. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v.32, p.669-678, 1990.

BUCKLEY, K.M.; CHARLES, G.E. Benefits and challenges of transitioning preterm infants to at-breastfeedings. **International Breastfeeding Journal**, v.1, n.13, p.1-7, 2006.

CALADO D.F.B., SOUZA R. **Preterm newborns speech therapy: oromotor stimulation and non-nutritive sucking/Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva.** Revista

CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação. 14.1 (January-February, 2012): p176

CAMINHA M.F., AZEVEDO P.T.A.C.C., SAMPAIO B.B., BELO M.P.M., LIRA P.I.C.L., FILHO M.B. **Aleitamento materno em crianças de 0 a 59 meses, no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo o peso ao nascer.** Ciências e Saúde Coletiva. 2014. 19 (7): 2021-2032.

CARVALHÃES M.A.B.L., CORRÊA C.R.H. **Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação do protocolo.** J Pediatr. Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, 2003.

CLINICAL NUTRITION GUIDELINES. **CSPEN guidelines for nutrition support in neonates.** Asia Pac J Clin Nutr 2013;22(4):655-663

CNES, DATASUS. Secretaria de Atenção a Saúde, 2012. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 21 fev. 2015.

CONDE-AGUDELO A., BELIZÁN J.M., DIAZ-ROSSELLO J. **Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub2.

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei de segurança alimentar e nutricional. 2006. Disponível em: [www.planalto.gov.br/consea](http://www.planalto.gov.br/consea). Acesso em 10/02/2016.

COSTA, R.; MONTICELLI, M. Método Mãe-Canguru. Acta Paul. Enferm., Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 427-33, 2005.

CROWE, L.; CHANG, A.; WALLACE, K. **Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation.** Cochrane Data bases Syst Rev., v.18, n. 4, 2015.

DAMASCENO J.R., SILVA R.C.C., NETO F.R.G.X., FERREIRA A.G.N., SILVA A.S.R., MACHADO M.M.T. **Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa.** Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. | v.14, n.1, p 40-6 | Julho 2014

DA SILVA, W. F.; GUEDES, Z. C. F.. **Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo.** Revista CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação, Jan-Feb, 2013, Vol.15(1), p.160(12)

DATASUS. Proporção de nascidos vivos por idade materna. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/g15.def.>, 2010. Acesso em: 23 Mar. 2015.

DE MORAIS A.M., MACHADO M.M., AQUINO P.D.E.S., DE ALMEIDA M.I. **Breastfeeding experience of women who work at a textile industry from Ceará.** Rev. Bras. Enferm. 2011; 64(1):66-71.

DOWLING, D. A., MEIER, P. P.; DiFIORE, J. M.; BLATZ, M. A.; MARTIN, R. J. **Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety.** Journal Human Lactation, v.18, p. 13-20, 2002

FERRAZ A. R., GUIMARÃES H./ Hospital S. João. **História da Neonatologia no Mundo.** 2007. Disponível em: <[www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros\\_projectos/201107201653historia\\_da\\_neonatologia\\_no\\_mundo.pdf](http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201653historia_da_neonatologia_no_mundo.pdf)>. Acesso em 20 Ago. 2015

FUJINAGA, C.I. **Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação.** Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, dez. 2002. 107f p.

FUJINAGA C.I. **Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação.** Tese (Doutorado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FUJINAGA C.I. **Aplicação de um instrumento de avaliação da prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral: estudo descritivo.** Revista Salus, Guarapuava, v.1, n.2, 2007a.

FUJINAGA C.I. **Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do Prematuro para Alimentação Oral.** Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri, v. 19, 2007-b.

FUJINAGA C.I, MORAES A.S., ZAMBERLAN-AMORIM, et al. **Validação Clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. Jan.- Fev. 2013. Disponível em <[www.eerp.usp.br](http://www.eerp.usp.br)>. Acesso em: 01out. 2013.

GAMA S.G.N., VIELLAS E.F., SCHILITZ A.O.C., FILHA M.M.T., et al. **Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012.** Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1 Rio de Janeiro 2014.

GALLO JHS. **Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões.** Rev Bioética. 2011;19 (1):179-95.

GEWOLB, I.H.; VICE, F.L.; SCHWEITZER-KENNEY, E.L.; TACIAK, V.L.; BOSMA, J.F. **Developmental patterns of rhythmic suck and swallow in preterm infants.** Developmental Medicine and Child Neurology, v.43, 2001.

GLASS, R.P.; WOLF, L.S. A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. **American Journal Occupational Therapy**, v.48, n.6, p.514-526, 1994.

GOOD M., SODHI C.P., HACKAM D. J. **Evidence based feeding strategies before and after the development of necrotizing enterocolitis.** NIH Public Access. Expert Rev Clin Immunol. 2014 July ; 10(7): 875–884. doi:10.1586/1744666X.2014.913481

GUBERT J.K., VIERA C.S., OLIVEIRA B.R.G., DELATORE S., SANCHES M.M. **Avaliação do Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros no Primeiro Mês Após a Alta.** Cienc Cuid Saude, 2012 Jan/Mar; 11(1):146-155

GUTIERREZ L., DELGADO S.E., COSTA A.P.DA. **Caracterização do uso da técnica do copo em UTI neonatal de um hospital público.** Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2006; 16(1):22-31.

HAFSTRÖM, M.; KJELLMER, I. Non-nutritive sucking in the healthy pre-term infant. Early Human Development, n.60, p.13-24, 2000.

HERNANDEZ, A.M.; MARCHESAN, I. **Atuação fonoaudiológica em ambiente hospitalar.** São Paulo: Revinter, 2001. p.1-37.

HOWSON C.P., KINNEY M.V., LAWN J.E., eds. **Born too soon: the Global Action Report on preterm birth.** Geneva: World Health Organization; 2012.

HUNG K.J., BERG O. **Early Skin-to-Skin. After Cesarean to Improve Breastfeeding.** MCN Am J Matern Child Nurs 2011; 36(5):318-324.

HURST N.M., VALENTINE C.J., RENFRO L., BURNS P., FERLIC L. **Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume.** J Perinatol. 1997;17:213-7.

IBFAN - Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – International Baby Food Action Network. **Amamentação: os dez passos fundamentais para um bom começo.** Semana Mundial de Aleitamento Materno, 2010. Disponível em <[www.ibfan.org.br](http://www.ibfan.org.br)>. Acesso em: 01 Fev. 2016

JONES, E.; SPENCER, A.S. Optimising the provision of human milk for preterm infants. **Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal**, v. 92, p.236-8, 2007.

KENNETH H., KATHERINE C. **An Exclusively Human Milk Diet Reduces Necrotizing Enterocolitis.** Breastfeeding Medicine. Volume 9, Number 4, 2014; Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/bfm.2013.0121

KINNER, M.D.; BEACHY, P. Nipple feeding premature infants in the neonatal intensive care unit: factors and decisions. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v.23, n.2, p.105-112, 1994.

LANSKY S. et al. **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1 Rio de Janeiro 2014

LAU C. SMITH E.O. **A Novel Approach to Assess Oral Feeding Skills of Preterm Infants.** Neonatology 2011;100:64–70

LAWN J.E., MWANSA-KAMBAFWILE J., HORTA B.L., BARROS F.C., COUSENS S. **Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications.** Int J Epidemiol. 2010; 39: i144 – i154. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845870/?tool=pubmed>. Acesso em Ago. 2015.

LEAL M.C., GAMA S.G.N. **Nascer no Brasil.** Cad. Saúde Pública vol. 30 supl. 1. Rio de Janeiro, 2014.

LEFAIVER C.A., LAWLOR-KLEAN P., WELLING R., SMITH J., WASZAK L., MICEK W.T. **Using evidence to improve care for the vulnerable neonatal population.** Nurs. Clin. \n. \am 2009. (44) 133-144

LEE H.C; MARTIN-ANDERSON S. **Clinician perspectives on barriers to and opportunities for skin-to-skin contact for premature infants in neonatal intensive care units.** Breastfeed Med; 7(2): 79-84, 2012 Apr.

LEMONS, P.K.; LEMONS, J.A. Transition to breast/bottle feedings: the premature infant. **Journal American College Nutrition**, v.15, n.2,p.126-35, 1996.

LEMONS, P.K. From gavage to oral feedings: just a matter of time. **Neonatal Network**, v.20, n.3, p. 7-14, 2001.

LEVIN A. HUMANE NEONATAL CARE INITIATIVE. **Ponto de Vista: Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado**. Acta Paediatr 1999; 88: 353-5. Stockholm. ISSN 0803-5253

LIMA A.H., CÔRTEZ M.G., BOUZADA M.C.F., FRICHE A.A.L. **Prontidão do recém-nascido prematuro para a alimentação oral: revisão sistemática e metanálise**. CoDAS 2015;27(1):101-7

LÓPEZ C.P., CHIARI B.M., GOULART A.L., FURKIM A.M., GUEDES Z.C.F. **Avaliação da deglutição em prematuros com mamadeira e copo**. CoDAS 2014;26(1):81-6

MAASTRUP R., BOJESEN S.N., KRONBORG H., HALLSTRÖM I. **Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey**. Journal of Human Lactation. J Hum Lact 2012 28: 370 originally published online 6 June 2012

MARGOTTO P.R. **Prognóstico do prematuro de extremo baixo peso**. 3º Simpósio Internacional de Neonatologia. Rio de Janeiro, 2002.

MARTINS C.D., FURLAN R.M.M.M., MOTTA A.R., VIANA M.C.F.B. **Electromyography of muscles involved in feeding premature infants**. CoDAS vol.27 no.4 São Paulo July/Aug. 2015

MARTINS E.C., KREBS V.L.J. **Efeitos do uso de aditivo no leite humano cru da própria mãe em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso**. J. Pediatr. (Rio J.) vol.85 no. 2 Porto Alegre Mar./Apr. 2009

MARTINS M.G., SANTOS G.H.N., SOUSA M.S., COSTA J.E.F.B., SIMÕES V.M.F. **Associação de gravidez na adolescência e prematuridade**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol. 33 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2011.

MEDEIROS, A. M. C., et al. **Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros.** J. Soc. Bras. Fonoaudiol. vol.23 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2011

MEDOFF-COOPER, B. **Changes in nutritive behaviors patterns with increasing gestacional age.** Nursing Research, v.40, n.4, 1991.

MEDOFF-COOPER, B.; RAY, W. Neonatal sucking behaviors. **Image: Journal Nursing Scholarship**, v.27, n.3, p.195-200, 1995.

MEDRONHO R.A., CARVALHO D.M., BLOCH K.V., LUIZ R.R., WERNECK G.L. Epidemiologia. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MEIER, P. Bottle and breastfeeding: effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in preterm infants. **Nursing Research**, Montreal, v.37, n.1, p.36-41, 1998.

MENESES M.A. DA S., GARCIA D.C., MELO E.V., CIPOLOTT R. **Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses.** Rev Paul Pediatr 2014;32(2):171-7.

MERCIER C.E., DUNN M.S., FERRELLI K.R., HOWARD D.B., SOLL R.F.; Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up Study Group. **Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003.** Neonatology. 2010;97:329-38.

\_\_\_\_\_MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru: manual do curso.** Brasília, DF: 2002.

\_\_\_\_\_MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção a Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Brasília, DF: 2010.

\_\_\_\_\_ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual AIDPI Neonatal**. 3ª edição. Brasília - DF 2012. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 Mar. 2015

\_\_\_\_\_ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de Alto Risco**. Manual Técnico. 5ª edição. Brasília - DF 2012. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 Mar. 2015

\_\_\_\_\_ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica. **Saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília - DF 2012. Disponível em [http://www.medlearn.com.br/ministerio\\_saude/atencao\\_basica/cadernos\\_atencao\\_basica\\_33](http://www.medlearn.com.br/ministerio_saude/atencao_basica/cadernos_atencao_basica_33). Acesso em: 21 Abr. 2015

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde: CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO. Vol4, Brasília – DF 2012

MOREIRA, M.E.L., LOPES, J.M.A., CARVALHO, M., orgs. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from scielo Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 16 jan. 2013.

MOREIRA C.M.D. **Influência da estimulação da sucção não nutritiva na transição alimentar da via gástrica para via oral em recém-nascido prematuro de muito baixo peso**. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009.

MORRIS, S.E.; KLEIN, M.D. **Pre feeding skills** – a comprehensive resource for feeding development. Tucson: Terapy Skill Builders, 1987.

NEIVA, F. C. B. **Proposta de um Formulário de Avaliação da Sucção de Recém-Nascidos**. Pró-Fono R. Atual. Cient., Carapicuíba (SP), v. 12, n. 2, 2000.

NEIVA, F.C.B. Desenvolvimento do padrão de sucção em recém-nascidos pré-termo. **Revista Digital Fonoaudiologia Neonatal**, n.1, 2003.

NEIVA F.C.B., LEONE C.R. **Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção.** Pró-Fono R Atual Cient. 2006;18:141-50

NEIVA F.N., LEONE C, LEONE CR. **Non-nutritive sucking scoring system for preterm newborns.** Acta Paediatr. 2008; 97:1370-5

NYQVIST K.H., EWALD U., SJODEN P.O. **Supporting a preterm infant's behavior during breastfeeding: A case report.** J Hum Lact. 1996a. 12:221-228.

NYQVIST K.H., RUBERTSSON C., EWALD U, SJODEN P.O. **Development of the preterm infant breastfeeding behavior scale (PIBBS): a study of nurse-mother agreement.** J Hum Lact. 1996. 12:207-219.

NYQVIST K.H., SJODEN P.O, EWALD U. **The development of preterm infants' breastfeeding behavior.** Early Hum Dev. 1999; 55: 247-264.

NYQVIST K.H., EWALD U. **Infant and maternal factors in the development of breastfeeding behavior and breastfeeding outcome in preterm infants.** Acta Paediatr. 1999; 88:1194-203.

NYQVIST K.H. **The development of preterm infants' milk intake during breast feeding: Influence of gestacional age.** Journal of Neonatal Nursing, 2001; 7 (2): 48 – 52.

NYQVIST K.H., FARNSTRAND C., EDEBOL E.O.K., EWALD U. **Early Oral Behaviour in Preterm Infants During Breastfeeding: an Electromyographic Study.** Acta Paediatr 2001; 90: 658-663.

NYQVIST K.H. **Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants.** Acta Paediatrica. 2008. 97 P 776-781.

NYQVIST K.H. **Lack of knowledge persists about early breastfeeding competence in preterm infants.** J Hum Lact., v.29, n. 3, p.296-99, 2013.

OLIVEIRA J.S., JOVENTINO E.S., DODT R.C.M., VERAS J.E.G.L.E., XIMENES L.B. **Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas;** Vev. Rene 2010;11(4):95-103.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância.** Disponível no site: [www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf](http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf), 2005. Acesso em: 20 Ago. 2015

OMS. Organización Mundial de La Salud. Nacimientos prematuros. Disponível no site: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/esindex.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/esindex.html), 2012. Acesso em: 02 dez. 2013.

O'RAHILLY, R.; MÜLLER, F. **Developmental stages in human embryos.** Washington, D.C.: Carnegie Institution of Washington, 1987. P.223-236.

PEDRAS C.T.P.A; PINTO E.A.L.C.; MEZZACAPPA M.A. **Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Vol. 8, n. 2. Recife Jan./Mar. 2008.

PEREIRA R.S.V., OLIVEIRA M.I.C., ANDRADE C.L.T., BRITO A.S. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica.** Cad. Saúde Pública vol.26 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2010.

PICKLER, R.H.; REYNA, B.A. **A descriptive study of bottle-feeding opportunities in preterm infants.** Advances in Neonatal Care, v.3, n.3, 2003.

PINTO L.K. GUIMARAES L.M, COELHO L.M.F.R., MARANGONI A.C. **Perfil das crianças atendidas no setor fonoaudiológico do ambulatório de crianças de alto risco da prefeitura municipal de Franca/SP.** Rev. CEFAC. 2013. Mar-Abr; 15(2):391-401.

PIZZANI L., LOPES J.F., MANZINI M.G., MARTINEZ C.M.S. **Bibliometric analysis of theses and dissertations on prematurity in the Capes database.** J Pediatr (Rio J). 2012;88 (6):479-82.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** – 2000. Disponível em: [www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br). Acesso em: 30/01/16.

QUINTELLA, T.; SILVA, A.A.; BOTELHO, M.I.M.R. **Distúrbios da Deglutição (e Aspiração) na Infância.** In: FURKIM, A.M. & SANTINI, C.S. – *Disfagias Orofaríngeas*, Pró-Fono, 1999.

REDEBLH – Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. Normas Técnicas para Bancos de Leite Humano. FIOCRUZ / IFF-BLH, 2004. Disponível em [www.bvsam.iciict.fiocruz.br/normastecnicas/armazenamento.pdf](http://www.bvsam.iciict.fiocruz.br/normastecnicas/armazenamento.pdf). Acesso em 18/11/15

RODRIGUES A.P., MARTINS E.L., TROJAHNN T.C., PADOIN S.M.M., PAULA C.C., TRONCO C.S. **Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura.** Rev eletrônica de enfermagem. 2013.15(1):253-64.

ROSSAROLLA C., MENON M.U., SCOCHI C.G.S., FUJINAGA C.I. **Validade discriminatória do instrumento de avaliação da prontidão para início da alimentação oral de bebês prematuros.** Rev. soc. bras. fonoaudiol. vol.14 no.1 São Paulo 2009

ROSSETO, E.G. **Uso da translactação para aleitamento materno e bebês nascidos muito prematuros: ensaio clínico randomizado.** Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto; 2011.

ROSSETTO E.G., SOUZA S.N.D.H., SCOCHI C.G.S., GOMES J.L.G.C. **Prevalência do aleitamento materno em prematuros nascidos com muito baixo peso – uma**

**revisão sistemática.** OBJN. 2009. 8(2). Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-285.2009.2159/483>. Acesso em: 21 Mar. 2015.

SANTIAGO Luciano Borges. **Manual de Aleitamento Materno.** DCAM-SBP- Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP: Ed. Manole, 2013.

SCHEEREN B., MENGUE A.P.M., DEVINCENZI B.S., BARBOSA L.R., GOMES E. **Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros.** J Soc Bras Fonoaudiol. 2012; 24 (3): 199-204

SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <[www.sms.rio.rj.gov.br](http://www.sms.rio.rj.gov.br)>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Cegonha Carioca: cuidado humanizado para a mãe e o bebê.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. LINHA DE CUIDADO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/485.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2015.

SERRA, S.O.A. **Alimentação de bebês prematuros e dificuldades vivenciadas pelas mães no aleitamento materno: a prática em uma UTI Neonatal em Cuiabá-MT.** Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, dez. 2001. 149f.

SIDDELL, E.P.; FROMAN, R.D. A National survey of neonatal intensive-care units: criteria used to determine readiness for oral feeding. **Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing**, v.23, n.9, p.783-789, 1994.

SILVA A. A. **O início da amamentação materna do prematuro: correlação entre escore de prontidão e desempenho na translactação.** Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2013. 106f.

SILVA, M.H.A. **Alimentação de bebês prematuros e de muito baixo peso: efeitos da sucção à mamadeira e ao seio materno.** Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1999. 135 f.

SILVA, M.H.A. et al. **Efeitos da sucção à mamadeira e ao seio materno em bebês prematuro.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v.12, n.1, 2011.

SILVA W. F., GUEDES Z. C. F. **Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo.** Rev. CEFAC vol.15 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2013 Epub June 26, 2012

SOUSA A.L.C.O. **Avaliação da Técnica de Amamentação das Duplas Mães/Recém-Nascidos Pré-Termo de muito Baixo Peso ao Nascer.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina. Uberlândia, MG, 2011

STOLL B.J., HANSEN N.I., BELL E.F., SHANKARAN S., LAPTOOK A.R., WALSH M.C., et al. **Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network.** Pediatrics. 2010;126:443-56.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. **Enfermagem na UTI Neonatal:** Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 261p

TAMEZ, Raquel Nascimento. **Enfermagem na UTI Neonatal:** Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 355p

TAVARES L.A.M. Proposta de formulario de observação da amamentação para RN pré-termo adaptado modelo da UNICEF (1993/2004). [online]. 2008. Disponível em:

<[http://www.aleitamento.com/a\\_artigos.asp?id=x&id\\_artigo=1870&id\\_subcategoria=5](http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=x&id_artigo=1870&id_subcategoria=5)>. Acesso em: 06 Set 2015.

THOYRE S.M. **Developmental transition from gavage to oral feeding in the preterm infant.** Annu Rev Nurs Res. 2003;21:61-92

THOYRE S.M., SHAKER C.S., PRIDHAM K.F. **The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants.** Neonatal Netw. 2005 ; 24(3): 7–16.

TOMA T.S., REA M.F. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências.** Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.2 Rio de Janeiro 2008

UNICEF. **Breastfeeding management and promotion in a baby-friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff.** NewYork: UNICEF; 1993

UNICEF. Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Disponível em <[www.unicef.org.br](http://www.unicef.org.br)>. Acesso em: 10 out. 2013.

VALETE C.O., SICHIERI R., PEYNEAU D.P.L., MENDONÇA L.F. **Análise das práticas de alimentação de prematuros em maternidade pública no Rio de Janeiro.** Rev. Nutr. vol.22 no.5 Campinas Sept./Oct. 2009.

VENANCIO S.I., ALMEIDA H. **Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno.** J. Pediatr. (Rio J.) vol.80 no.5 suppl. Porto Alegre Nov. 2004

VICTORA C.G., AQUINO E.M.L., LEAL M.C., MONTEIRO C.A., BARROS F.C., SZWARCOWALD C.L. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges.** Lancet 2011; 377:1863-76.

VIELLAS E.F., DOMINGUES R.M.S.M., DIAS M.A.B., GAMA S.G.N., FILHA M.M.T, COSTA J.V., BASTOS M.H., LEAL M.C. **Assistência pré-natal no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S85-S100, 2014.

XAVIER C. **Avaliação de alimentação de recém-nascidos em fase de hospitalização** (Escala de avaliação motora oral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). Pró-Fono Revista de Atualização Científica, v.7, n.2, 1995.

XIAO-MING B. **Nutritional management of newborn infants: Practical Guidelines**. World J Gastroenterol October 28, 2008. Volume 14. Number 40.

YILDIZ A., ARIKAN D., GÖZÜM S., TASTEKIN A., BUDANCAMANAK I. The effect of the odor of breast milk on the time needed for transition from gavage to total oral feeding in the preterm infants. J Nurs Scholarsh. 2011;43(3):265-73.

## APÊNDICE A: TCLE



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA E EAN/HESFA – INSTITUIÇÃO PROPONENTE**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**  
 Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

**Responsável pelo prematuro:** \_\_\_\_\_ **Pront.** \_\_\_\_\_

Sr.(a) \_\_\_\_\_ foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “Acompanhamento da prontidão do prematuro: do início da alimentação oral até o seio materno, na unidade neonatal”. Que tem como **objetivos**:- Identificar o início da prontidão do prematuro para a amamentação; Discutir os fatores que podem facilitar ou dificultar o início da amamentação do prematuro a partir do momento da prontidão; Analisar em que momento a prontidão do prematuro relacionou-se com a amamentação efetiva.

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com uma coorte de recém-nascidos prematuros, e abordagem quantitativa. A pesquisa terá duração de 1 ano, com o término previsto para maio de 2015. A identidade do bebê será tratada de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Os dados coletados serão guardados por **5 (cinco)** anos e incinerados após esse período.

A participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento o (a) Sr.(a) poderá **recusar-se** ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (es) ou com a instituição que forneceu os seus dados.

A **participação** nesta pesquisa consistirá em identificar se o bebê está pronto para mamar e quando ele consegue sugar a mama com sucesso. Para isso, a pesquisadora irá observar o bebê à beira do leito, utilizando um instrumento com itens que se referem à prontidão do bebê.

Alguns **riscos** poderão ocorrer no momento em que os prematuros forem mamar: como engasgo, vômitos, ciclo incompleto (sucção, respiração, deglutição) e estresse, no entanto esses efeitos adversos serão controlados pela pesquisadora, que fornecerá assistência imediata às necessidades do bebê, assim como a equipe de saúde da unidade de tratamento intensivo neonatal, que apoia esta pesquisa.

O **benefício** relacionado à participação de seu (sua) filho(a) será o de identificar o momento ideal para começar a mamar, fortalecer o vínculo mãe-bebê, apoiar a família no processo da amamentação, contribuindo assim para o aumento da prevalência da amamentação após a alta hospitalar.

A(O)Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

\_\_\_\_\_  
 Pesquisador Principal (E.E.A.N. / UFRJ)

\_\_\_\_\_  
 Participante da pesquisa

Prof.ª Dr.ª Marialda Moreira Christoffel  
 Pesquisador (E.E.A.N. / UFRJ)  
 Tel.: 22938148 marialdanit@gmail.com

e

Enf.ª Susana de Freitas Gomes  
 Pesquisador Principal - Mestranda (E.E.A.N. / UFRJ)  
 Cel. 99941-3542 [sufgomes@yahoo.com.br](mailto:sufgomes@yahoo.com.br)

**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti, 275 Praça Onze Comitê de Ética – Rua Afonso Cavalcanti, 455

Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - [www.eean.ufjf.br](http://www.eean.ufjf.br)

Tel: (21) 3971-1463

**“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso o (a) Sr.(a) tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”**

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_

(Assinatura)

**Anexo 1**

Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral.

**Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_

Nº Pront: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

Idade pós-natal: \_\_\_\_\_

Idade corrigida: \_\_\_\_\_

Idade gestacional: \_\_\_\_\_

Alimentação: ( ) S.N.G.

( ) S.O.G. Vol: \_\_\_\_\_

SNG = Sonda nasogástrica; SOG = Sonda orogástrica

**Idade corrigida**

(2) maior ou igual a 34 semanas

(1) entre 32 a 34 semanas

(0) menor ou igual a 32 semanas

**Estado de organização comportamental**

Estado de consciência	(2) alerta	(1) sono leve	(0) sono profundo
Postura global	(2) flexão	(1) semiflexão	(0) extensão
Tônus global	(2) normotonia	(0) hipertonia	(0) hipotonia

**Postura oral**

Postura de lábios	(2) vedados	(1) entreabertos	(0) abertos
Postura de língua	(2) plana	(0) elevada	(0) retraída (0) protruída

**Reflexos orais**

Reflexo de procura	(2) forte	(1) fraco	(0) ausente
Reflexo de sucção	(2) forte	(1) fraco	(0) ausente
Reflexo de mordida	(2) presente	(1) presente exacerbado	(0) ausente
Reflexo de vômito	(2) presente	(1) presente anteriorizado	(0) ausente

**Sucção não-nutritiva\***

Movimentação da língua	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Canolamento de língua	(2) presente	(0) ausente	
Movimentação de mandíbula	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Força de sucção	(2) forte	(1) fraca	(0) ausente
Sucções por pausa	(2) 5a8s/p	(1) >8/p	(0) <5s/p
Manutenção do ritmo	(2) rítmico	(1) arrítmico	(0) ausente
Manutenção do estado alerta	(2) sim	(1) parcial	(0) não
Sinais de estresse	(2) ausente	(1) até 3	(0) mais de 3
Variação de tônus	( ) ausente	( ) presente	
Variação de postura	( ) ausente	( ) presente	
Variação de coloração da pele	( ) ausente	( ) presente	
Batimento de asa nasal	( ) ausente	( ) presente	
Tiragem	( ) ausente	( ) presente	
Apnéia	( ) ausente	( ) presente	
Acúmulo de saliva	( ) ausente	( ) presente	
Tremores de língua ou mandíbula	( ) ausente	( ) presente	
Soluço	( ) ausente	( ) presente	
Choro	( ) ausente	( ) presente	

\* A duração do teste deverá ser de 1 minuto

Escore: \_\_\_\_

Escore máximo: 36

## ANEXO II- Guia Instrucional: Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral

### IDADE CORRIGIDA (idade gestacional – Ballard mais idade pós-natal)

- Menor ou igual a 32 semanas.
- Entre 32 a 34 semanas.
- Maior que 34 semanas.

### ESTADO DE ORGANIZAÇÃO COMPORTAMENTAL

#### Estado de consciência

- Alerta: olhos abertos e brilhantes, responsivo à estimulação, com alguma atividade espontânea.
- Sono leve: olhos abrem e fecham, olhar confuso e sem brilho, demora a responder à estimulação, com atividade espontânea variada.
- Sono profundo: olhos fechados, não responsivo à estimulação; a atividade motora é nula.

#### Postura global

- Flexão: flexão de membros superiores e inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco.
- Semiflexão: flexão de membros inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco.
- Extensão: extensão de membros superiores e inferiores e do pescoço em relação ao tronco.

#### Tônus global (parâmetro considerado de acordo com o esperado para a maturidade do pré-termo)

- Normotonia: leve resistência à movimentação passiva de flexão e extensão, sendo ligeiramente maior nesta última.
- Hipertonia: resistência aumentada à movimentação passiva de flexão e extensão.
- Hipotonia: resistência diminuída à movimentação passiva de flexão e extensão.

### POSTURA ORAL

#### Postura de lábios

- Vedados: lábios superior e inferior justapostos.
- Entreabertos: lábios superior e inferior parcialmente separados.
- Abertos: lábios inferior e superior totalmente separados.

#### Postura de língua (observado através do abaixamento do lábio inferior e, se necessário, da mandíbula)

- Plana: língua plana, posicionada dentro da cavidade oral, com ponta arredondada.
- Elevada: ponta da língua em posição elevada, pressionando o palato.
- Retraída: língua em posição de retração na cavidade oral.
- Protruída: língua em posição de protrusão na cavidade oral, estando sobreposta aos lábios.

### REFLEXOS ORAIS

#### Reflexo de procura

- Presente: mediante o estímulo dos quatro pontos cardeais na região perioral, procura imediatamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e/ou abrindo a boca.
- Débil: mediante o estímulo dos quatro pontos cardeais na região perioral procura lentamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e/ou com abertura da boca.
- Ausente: ausência de resposta.

#### Reflexo de sucção

- Presente: suga prontamente a própria mão ou o dedo enluvado do avaliador.
- Débil: leva um tempo para iniciar a sucção da própria mão ou o dedo do avaliador.
- Ausente: ausência de resposta.

#### Reflexo de mordida

- Presente: responde ao estímulo do dedo do examinador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento da mandíbula, seguido de relaxamento.
- Presente exacerbado: responde ao estímulo do dedo do examinador no rolete gengival da cavidade oral, mantendo o trancamento de mandíbula.
- Ausente: ausência de resposta.

#### Reflexo de vômito

- Presente: responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região médio-posterior da língua.
- Presente anteriorizado: responde com náuseas ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador já ao atingir a região anterior da língua.
- Ausente: ausência de resposta.

### SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA

#### Movimentação da língua

- Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado da língua diante do estímulo intraoral.
- Alterada: movimento pósterio-anterior ou incoordenado diante do estímulo intraoral.

- Ausente: ausência de movimentação.

#### Canolamento da língua

- Presente: elevação das bordas laterais e presença de sulco na região central da língua.
- Ausente: ausência de resposta.

#### Movimentação de mandíbula

- Adequada: reduzida excursão da mandíbula, com amplitude mandibular rítmica e suave.
- Alterada: ampla excursão da mandíbula e/ou com amplitude mandibular arrítmica e/ou trancamento da mesma.
- Ausente: ausência de movimentação.

#### Força de sucção

- Forte: forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral encontrando resistência a retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.
- Fraca: fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral sem resistência a retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.
- Ausente: ausência de resposta.

#### Sucções por pausa (Utilizar a média obtida em três grupos de sucção/pausa)

- De 5 a 8 sucções por pausa respiratória.
- Acima de 8 sucções por pausa respiratória.
- Menos de 5 sucções por pausa respiratória.

#### Manutenção do ritmo de sucção por pausa (Utilizar o número de sucções/pausa obtido em três grupos de sucção/pausa e verificar se ocorreu variação deste número entre os intervalos previstos)

- Rítmico: mantém o número de sucções por pausa prevista em um mesmo intervalo (menor que 5, entre 5 a 8 ou maior que 8 sucções por pausa).
- Arrítmico: altera o número de sucções por pausa entre os intervalos (menor que 5, entre 5 a 8 ou maior que 8 sucções por pausa).
- Ausente: ausência de sucção.

#### Manutenção do estado alerta

- Sim: mantém-se alerta o tempo todo do teste da sucção não nutritiva.
- Parcial: mantém-se alerta apenas no início ou no final do teste da sucção não nutritiva.
- Não: não se mantém alerta durante o teste da sucção não nutritiva.

#### Sinais de estresse

- Ausente: ausência de sinais de estresse.
- Até 3 sinais de estresse.
- Mais de 3 sinais de estresse.

#### Os sinais de estresse a serem observados durante a avaliação são:

- Acúmulo de saliva
- Batimento de asa nasal
- Variação de coloração da pele
- Apneia
- Variação de tônus
- Variação de postura
- Tiragem
- Tremores de língua ou mandíbula
- Solução
- Choro

\* Fujinaga CI. Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação [tese doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005

## Anexo III: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

---

### 1. IDENTIFICAÇÃO

1.2 NOME: \_\_\_\_\_ NÚMERO DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 1.3 DATA DA INTERNAÇÃO UTIN: \_\_\_\_\_ ALTA UTIN: \_\_\_\_\_  
 1.4 TRANSFERÊNCIA: UI ( ) AC ( ) DOMICÍLIO ( )

---

### 2. DADOS MATERNS

2.1 NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ ANOS  
 2.2 ESCOLARIDADE SEGUNDO IBGE: 1 SEM ESTUDO( ) 2 ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO( )  
 3 ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO( ) 4 ENSINO MÉDIO INCOMPLETO( ) 5 ENSINO MÉDIO  
 COMPLETO( ) 6 ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO( ) 7 ENSINO SUPERIOR COMPLETO( )  
 2.3 ESTADO CIVIL: 1 SOLTEIRA( ) 2 CASADA( ) 3 DIVORCIADA( ) 4 UNIÃO CONSENSUAL( ) 5 VIÚVA( )

---

### 3. DADOS GESTACIONAIS E DO PARTO

3.1 FEZ PRÉ-NATAL? 1 SIM( ) 2 NÃO( )  
 3.2 NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES: \_\_\_\_\_  
 3.3 INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO: 1 SIM( ) 2 NÃO( )  
 3.4 HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO ANTERIOR: 1 SIM( ) 2 NÃO( )  
 3.5 TIPO DE GESTAÇÃO: 1 ÚNICA( ) 2 DUPLA( ) 3 TRIPLA OU MAIS( )  
 3.6 TIPO DE PARTO: 1 VAGINAL( ) 2 CESÁREO( )  
 3.7 INTERCORRÊNCIAS NO PARTO: 1 SIM( ) 2 NÃO( )

---

### 4. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

4.1 DATA DO NASCIMENTO: / / \_\_\_\_\_ HORA DO NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ H  
 4.2 SEXO: 1 MASCULINO( ) 2 FEMININO( )  
 4.3 IDADE GESTACIONAL: \_\_\_\_\_ SEMANAS E \_\_\_\_\_ DIAS  
 4.4 PESO AO NASCER: \_\_\_\_\_ GRAMAS  
 4.5 APGAR 1º MINUTO: \_\_\_\_\_ 5º MINUTO: \_\_\_\_\_  
 4.6 REANIMAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO  
 SE SIM:( ) O2 INALADO ( ) VPP ( ) INTUBAÇÃO ( ) MASSAGEM CARDIACA ( ) MÁSCARA  
 4.7 MEDICAÇÃO REANIMAÇÃO: 1 SIM( ) 2 NÃO( )  
 4.8 CONTATO PELE A PELE PRECOCE: 1 SIM( ) 2 NÃO( ) 3 IGNORADO( )  
 4.9 AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA: 1 SIM( ) 2 NÃO( ) 3 IGNORADO( )

---

**5. CONDIÇÕES DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NA UTIN:**

DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO: CPAP NASAL: SIM ( ) NÃO ( ) QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_CAPACETE\HALO: SIM ( ) NÃO ( ) QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_CATETER O2: SIM ( ) NÃO ( ) QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_VMI: SIM ( ) NÃO ( ) QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_USO DE HV: SIM ( ) NÃO ( ) QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_USO DE NPT: SIM ( ) NÃO ( )  
QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_USO DE SOG: SIM ( ) NÃO ( )  
QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_OUTRO:  
QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_**6. DADOS DE NUTRIÇÃO E ALEITAMENTO MATERNO NA INTERNAÇÃO UTIN**

6.1 DIETA ZERO: SIM ( ) NÃO ( ) QUANTO TEMPO \_\_\_\_\_

6.2 ALIMENTAÇÃO ENTERAL : SIM ( ) NÃO ( )

TIPO DE ALIMENTAÇÃO ENTERAL: LM ORDENHADO ( ) LM ENRIQUECIDO ( ) LH ( )  
LH ENRIQUECIDO ( ) FÓRMULA ( ) MISTO ( )

6.3 DIETA ORAL: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL TIPO: \_\_\_\_\_

**7. TIPO DE ALIMENTAÇÃO:**

7.1 VIA DE ADMINISTRAÇÃO NO INÍCIO DO AM: 1 COPINHO ( ) 2 SONDA ( ) 3 CHUCA ( ) 4 SEIO MATERNO ( )

## Anexo IV: FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE MAMADAS

Os itens entre colchetes referem-se apenas aos recém-nascidos e não aos bebês mais velhos que já podem sentar. Segundo Helen Armstrong, IBFAN/UNICEF, 1982 (com adaptação)

### SINAIS DE QUE A AMAMENTAÇÃO VAI BEM: SINAIS DE POSSÍVEL DIFICULDADE:

#### POSIÇÃO CORPORAL

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável       | <input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê |
| <input type="checkbox"/> Corpo do bebê próximo ao da mãe  | <input type="checkbox"/> Corpo do bebê distante do da mãe               |
| <input type="checkbox"/> Corpo e cabeça do bebê alinhados | <input type="checkbox"/> O bebê deve virar o pescoço                    |
| <input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o peito   | <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca o peito              |
| <input type="checkbox"/> (Nádegas do bebê apoiadas)       | <input type="checkbox"/> (Somente os ombros / cabeça apoiados)          |

#### RESPOSTAS

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> O bebê procura o peito quando sente fome (O bebê busca o peito) | <input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao peito (Nenhuma busca observada) |
| <input type="checkbox"/> O bebê explora o peito com a língua                             | <input type="checkbox"/> O bebê não está interessado no peito                |
| <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta ao peito                                    | <input type="checkbox"/> Bebê irrequieto ou agitado                          |
| <input type="checkbox"/> O bebê mantém a pega da aréola                                  | <input type="checkbox"/> O bebê não mantém a pega da aréola                  |
| <input type="checkbox"/> Sinais de ejeção de leite (vazamento; cólicas uterinas).        | <input type="checkbox"/> Nenhum sinal de ejeção de leite.                    |

#### ESTABELECIMENTO DE LAÇOS AFETIVOS

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A mãe segura o bebê no colo com firmeza | <input type="checkbox"/> A mãe segura o bebê nervosamente ou fracamente |
| <input type="checkbox"/> Atenção face a face da mãe              | <input type="checkbox"/> Nenhum contato ocular entre a mãe e o bebê     |
| <input type="checkbox"/> Muito toque da mãe ao bebê              | <input type="checkbox"/> Mãe e bebê quase não se tocam                  |

#### ANATOMIA

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mamas macias e cheias                        | <input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas e duras              |
| <input type="checkbox"/> Mamilos prostráteis, projetando-se para fora | <input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos.           |
| <input type="checkbox"/> Tecido mamário com aparência saudável        | <input type="checkbox"/> Tecido mamário com fissuras/vermelhidão |
| <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada              | <input type="checkbox"/> Mamas esticadas                         |

#### SUCÇÃO

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Boca bem aberta  | <input type="checkbox"/> Boca quase fechada, fazendo um bico                       |
| <input type="checkbox"/> Lábio inferior projeta-se para fora                      | <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro                         |
| <input type="checkbox"/> A língua acoplada em torno do peito                      | <input type="checkbox"/> Não se vê a língua do bebê                                |
| <input type="checkbox"/> Bochechas de aparência arredondada                       | <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas                             |
| <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda em períodos de atividade e pausa | <input type="checkbox"/> Sucções rápidas com estalidos                             |
| <input type="checkbox"/> É possível ver ou ouvir a deglutição                     | <input type="checkbox"/> Podem-se ouvir estalidos dos lábios, mas não a deglutição |

#### TEMPO GASTO COM SUCCÃO

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> O bebê solta o peito naturalmente | <input type="checkbox"/> A mãe tira o bebê do peito |
| O bebê suga durante _____ minutos                          |   |

### Anexo V – Critérios para classificação dos escores na avaliação de mamadas

Aspectos avaliados	Número de comportamentos negativos investigados	Comportamentos negativos observados/Classificação dos escores		
		Bom	Regular	Ruim
<b>Posição mãe/criança</b>	<b>05</b>	<b>0-1</b>	<b>2-3</b>	<b>4-5</b>
<b>Resposta da dupla</b>	<b>06</b>	<b>0-1</b>	<b>2-3</b>	<b>4-6</b>
<b>Adequação da sucção</b>	<b>06</b>	<b>0-1</b>	<b>2-3</b>	<b>4-6</b>
<b>Anatomia das mamas</b>	<b>04</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2-4</b>
<b>Afetividade</b>	<b>03</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2-3</b>

Fonte: Cavalhaes e Corrêa, 2003

**Anexo VI - Dez passos para o sucesso do aleitamento materno propostos pela OMS e pelo UNICEF - 2014**

**1º -Ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;**

**2º -Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política;**

**3º - Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;**

**4º -Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;**

**5º -Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;**

**6º -Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;**

**7º -Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia;**

**8º -Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;**

**9º -Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;**

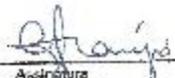
**10º -Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta.**

## **Anexo VII - IHAC NEONATAL**

(LEVIN A. HUMANE NEONATAL CARE INITIATIVE, 1999)

- 1. Deve-se propiciar que a mãe permaneça com seu bebê doente 24 horas/dia;**
- 2. Cada membro da equipe deve dar atenção a mães e bebês e deve ser capaz de lidar com aspectos psicológicos;**
- 3. A equipe deve promover a amamentação para todas as mães e ensinar as técnicas de retirada do leite do seio materno;**
- 4. Deve-se reduzir o estresse psicológico da mãe durante todo o período de tratamento;**
- 5. Não se deve dar ao recém-nascido qualquer outro alimento além do leite materno, a não ser que clinicamente indicado;**
- 6. Se o bebê não pode sugar, o leite materno deve ser dado por sonda e de preferência pela mãe;**
- 7. O número de testes e exames deve ser reduzido ao mínimo;**
- 8. O contato entre mãe e bebê, pele a pele e olho no olho, deve ser usado tão logo quanto possível e deve-se reduzir o uso de equipamentos médicos no cuidado infantil;**
- 9. A terapia agressiva deve ser reduzida ao mínimo;**
- 10. Mãe e bebê devem ser considerados como um estreito sistema psicossomático. As visitas diárias da equipe devem ser voltadas não somente para o bebê como também para as necessidades da mãe (inclui um ginecologista e outros especialistas);**
- 11. Durante uma permanência hospitalar prolongada deve-se permitir a visita de familiares sadios (pai, avós, outros que ajudam) à mãe e ao bebê.**

## Anexo VIII – Autorização CEP / Instituição Proponente

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP			
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: <b>A PRONTIDÃO DO PREMATURO E O INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.</b>			
2. Número de Participantes da Pesquisa: <b>60</b>			
3. Área Temática:			
4. Área de Conhecimento: Grande Área 4 - Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Juliana de Freitas Gomes			
6. CPF: 036.156.417-10	7. Endereço (Rua, n.º): ROCHEDO, 48 VILA VALQUEIRE 412 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 2137-1531		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (21) 3360-3806	10. Outro Telefone:	11. E-mail: jrfgomes@yabru.com.br
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprio os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que esta folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>11 / 02 / 14</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Escola de Enfermagem Anna Nery		14. CNPJ: 33.863.893/0002-05	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (21) 1293-8148		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprio os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Carla Regina Franca Araújo</u>		CPF: <u>866.250.557-00</u>	
Cargo/Função: <u>Vice-Diretora</u>			
Data: <u>12 / 02 / 14</u>		 Assinatura Carla Regina Franca Araújo Vice-Diretora da EENAN/PRJ CIAPE: 0363771	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

## Anexo IX – Autorização CEP / Instituição Coparticipante

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A PRONTIDÃO DO PREMATURO PARA INICIAR A AMAMENTAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

**Pesquisador:** Susana de Freitas Gomes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 32897114.5.3002.5279

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 739.135

**Data da Relatoria:** 04/08/2014

#### Apresentação do Projeto:

Estudo observacional, descritivo, com recém-nascidos prematuros, abordagem quantitativa, a ser realizado na Unidade Neonatal da Maternidade Municipal Herculano Pinheiro, tendo como população e amostra recém-nascidos, prematuros com indicação para iniciar amamentação e que estejam internados na Unidade Neonatal e Alojamento Canguru. São critérios de inclusão: não ter recebido alimentação láctea por via oral; apresentar estabilidade clínica; prescrição médica para iniciar a amamentação. Os critérios de exclusão são: síndrome ou mal formação congênita; sedação; assistência ventilatória.

#### Objetivo da Pesquisa:

São objetivos da pesquisa:

- Identificar o início da prontidão do prematuro para a amamentação ao longo de sete dias.
- Analisar em que momento a prontidão do prematuro relacionou-se com a amamentação efetiva

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Alguns riscos poderão ocorrer no momento em que os prematuros forem mamar: como engasgo, vômitos, ciclo incompleto (sucção, respiração, deglutição) e estresse, no entanto esses efeitos adversos serão controlados pela pesquisadora que fornecerá assistência imediata as necessidades do bebê, assim como a equipe de saúde da unidade de tratamento intensivo

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

## Anexo X – Termo de Confidencialidade

### Termo de Confidencialidade

**Título do Projeto: A FRONTEIRA DO PREMATURO E O INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.**

**Pesquisador responsável: Susana de Freitas Gomes**

**Instituição/Departamento: Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ**

**Telefone de Contato: (21) 3369-1806 / (21) 99941-3542**

A pesquisadora e coordenadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos prematuros. Os dados coletados e disponibilizados para a pesquisa serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e a informação arquivada em papel não conterá a identificação dos nomes dos sujeitos estudados. Este material será arquivado de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos, e terá a guarda por cinco anos, quando será incinerado.

Concorda, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos computadores das salas dos grupos de pesquisa da instituição envolvida sob responsabilidade do pesquisador. Este projeto está sendo encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP-UFRJ.

Rio de Janeiro 28 de fevereiro de 2014.

Susana de Freitas Gomes



Contato: (21) 3369-1806 / (21) 99941-3542