

Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros

Characterization of the transition technique from enteral tube feeding to breastfeeding in preterm newborns

Andréa Monteiro Correia Medeiros¹
Aline Rosado Maia Oliveira²
Andréia Martins Fernandes³
Geysler Angelica dos Santos Guardachoni⁴
Juliana Penteado de S. Pinto de Aquino⁵
Michelli Lourenço Rubinick⁶
Natalia Mesniki Zveibil⁷
Teresa Carolina França Gabriel⁸

Descritores

Prematuro
Nutrição enteral
Aleitamento materno
Terapia intensiva neonatal
Idade gestacional

Keywords

Infant, premature
Enteral nutrition
Breastfeeding
Intensive care, neonatal
Gestational age

Endereço para correspondência:

Andréa Monteiro Correia Medeiros
Universidade Federal de Sergipe – UFS.
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
– CCBS – Núcleo de Fonoaudiologia
R. Marechal Rondon, s/n, Cidade Uni-
versitária Prof. José Aloísio de Campos,
Jardim Rosa Elze, São Cristóvão (SE),
Brasil, CEP: 49100-000.
E-mail: andreamcmedeiros@ig.com.br

Recebido em: 25/3/2010

Aprovado em: 24/11/2010

RESUMO

Objetivo: Verificar a idade gestacional corrigida do início da dieta por via oral (mama parcialmente cheia) e da alimentação exclusiva em seio materno e o tempo dispendido (em dias) de atendimento fonoaudiológico para alta de recém-nascidos prematuros submetidos à técnica da transição da alimentação enteral direta para o seio materno. **Métodos:** Fizeram parte do estudo 35 recém-nascidos prematuros (RNPT) divididos em dois grupos. O Grupo 1 (G1) foi composto por 22 RNPT que não apresentaram intercorrências médicas importantes durante a internação e o Grupo 2 (G2) por 13 RNPT com histórico de intercorrências médicas importantes. Foram registrados os seguintes dados: idade gestacional ao nascimento, peso ao nascimento, peso do recém-nascido e idade gestacional corrigida durante avaliação fonoaudiológica, idade gestacional corrigida no momento do início da alimentação por via oral, número de dias em que o recém-nascido realizou a técnica de sucção não nutritiva, idade gestacional corrigida no momento do início da alimentação por via oral exclusiva e da alta fonoaudiológica, e o número total de dias de atendimento fonoaudiológico. **Resultados:** Não houve diferença entre os grupos (G1 e G2) para nenhum dos parâmetros analisados. De maneira geral, o início da oferta por via oral ocorreu com média de idade gestacional corrigida de 36 semanas. A alimentação por via oral exclusiva ocorreu com média de 36,6 semanas de idade gestacional corrigida. A média de dias de atendimento fonoaudiológico total foi de 12,3, sendo que o treino de sucção não nutritiva (SNN) em “dedo enluvado” ou “mama vazia” durou em média 4,54 dias. **Conclusão:** A técnica possibilitou a alta hospitalar do recém-nascido prematuro com alimentação exclusiva em seio materno em idade gestacional corrigida correspondente a do recém-nascido termo e saudável.

ABSTRACT

Purpose: To verify the corrected gestational age when oral feeding (breast half full) and exclusive breastfeeding were initiated in preterm newborns submitted to the transition technique from enteral feeding directly to breastfeeding, and time spent (in days) under speech-language pathology intervention until discharge. **Methods:** Study participants were 35 preterm infants (PTI) divided into two groups. Group 1 (G1) was composed by 22 PTI who did not present any important medical complications during hospitalization, and Group 2 (G2) comprised 13 PTI with a history of major medical complications. The following data were recorded: gestational age at birth, birth weight, weight and corrected gestational age during speech-language pathology evaluation, corrected gestational age when started oral feeding, number of days stimulated through the non-nutritive sucking (NNS) technique, corrected gestational age when oral feeding started and when they were discharged from speech-language pathology intervention, and total number of days under speech-language pathology intervention. **Results:** No differences were found between the groups (G1 and G2) for any of the analyzed parameters. In general, oral feeding started with an average of 36 weeks corrected gestational age. Exclusive oral feeding occurred with an average of 36.6 weeks corrected gestational age. In average, speech-language pathology intervention lasted 12.3 days, and the NNS technique in “gloved finger” or “empty breast” lasted an average of 4.54 days. **Conclusion:** The technique allowed the PTI to be discharged in exclusive breastfeeding at a corrected gestational age corresponding to that of healthy term newborns.

Trabalho realizado no Hospital e Maternidade Neomater – São Bernardo do Campo (SP), Brasil.

(1) Núcleo de Fonoaudiologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Sergipe – UFS – São Cristóvão (SE), Brasil.

(2) Curso de Especialização em Motricidade Orofacial, Hospital e Maternidade Neomater – São Bernardo do Campo (SP), Brasil.

(3) Curso de Especialização em Motricidade Orofacial, Hospital e Maternidade Neomater – São Bernardo do Campo (SP), Brasil.

(4) Curso de Especialização em Motricidade Orofacial, Hospital e Maternidade Neomater – São Bernardo do Campo (SP), Brasil.

(5) Curso de Especialização em Motricidade Orofacial, Hospital e Maternidade Neomater – São Bernardo do Campo (SP), Brasil.

(6) Curso de Especialização em Motricidade Orofacial, Hospital e Maternidade Neomater – São Bernardo do Campo (SP), Brasil.

(7) Curso de Especialização em Motricidade Orofacial, Hospital e Maternidade Neomater – São Bernardo do Campo (SP), Brasil.

(8) Curso de Especialização em Motricidade Orofacial, Hospital e Maternidade Neomater – São Bernardo do Campo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno tem sido abordada por diferentes profissionais da área da saúde e a literatura científica apresenta evidências de sua importância⁽¹⁾. A produção de leite (lactogênese) pela mulher pode se iniciar a partir da 16ª semana após a concepção, caso o parto ocorra prematuramente. No caso de mães de bebês prematuros, o maior problema no início da estimulação láctea é que a glândula mamária obedece à lei da oferta e da procura: quanto maior a oferta do seio materno, maior o volume produzido⁽²⁾.

Alimentar o recém-nascido pré-termo (RNPT) com leite da própria mãe proporciona benefícios que geralmente estão relacionados às melhorias da imunidade, digestão e absorção de nutrientes⁽³⁾. Porém, recém-nascidos prematuros podem apresentar dificuldades alimentares^(4,5), principalmente na aceitação do seio materno, que faz com que nesses casos a ordenha periódica seja necessária, a fim de manter uma produção láctea adequada para o momento que haja o aleitamento natural.

O volume médio de leite, quando a produção está estimulada, é de aproximadamente 10 a 100 ml/dia, com média de 30 ml na fase do colostro, cerca de 600-700 ml/dia na fase de leite de transição, e finalmente, na fase de leite maduro, aproximadamente 700-900 ml/dia. A partir do quinto dia pós-nascimento, a quantidade de leite aumenta sucessivamente⁽⁶⁻⁸⁾.

Outro aspecto a ser enfatizado é o fortalecimento do vínculo através do contato precoce pele a pele entre mãe e bebê durante o aleitamento. O método mãe-canguru estimula um forte apego entre a mãe e o bebê, aumenta a produção de leite materno e beneficia a lactação e amamentação⁽⁹⁾. Os profissionais de saúde podem contribuir no estabelecimento de condutas que proporcionem o desenvolvimento global do recém nascido, favorecendo a adequação do tônus muscular através estimulação sensorial e movimentação corporal mais organizada^(10,11).

No recém-nascido prematuro muitas vezes a alimentação inicial é parenteral ou enteral, com uso de sonda orogástrica (SOG) ou nasogástrica (SNG). Alguns autores consideram que a forma mais adequada de estimular o desenvolvimento das estruturas do sistema estomatognático é a alimentação por via oral (VO)^(12,13) e que o uso prolongado de sonda para alimentação pode ser prejudicial para o RN, pois pode alterar a coordenação da sucção/deglutição/respiração (S/D/R).

Fisiologicamente, a partir de 34 semanas de gestação, o bebê já consegue apresentar coordenação entre S/D/R⁽¹⁴⁾. Para iniciar a alimentação via oral, além da idade gestacional, alguns aspectos devem ser observados tais como: peso, funcionamento global, estado comportamental, presença de reflexos orais, características do sistema estomatognático, capacidade de sucção, balanço calórico, quadro respiratório, intercorrências médicas e estabilidade clínica⁽¹⁵⁾.

Existem diferentes níveis de gravidade dos problemas enfrentados pelos bebês. Na Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), por exemplo, após 72 horas do nascimento e intervenção médica, ocorre uma melhora⁽¹⁶⁾. Dificuldades respiratórias crônicas e mais graves demandam a necessidade de suporte respiratório por períodos de tempo prolongados e podem comprometer o desenvolvimento da criança nos primei-

ros anos de vida⁽¹⁷⁾. Como intercorrências médicas importantes podem ser considerados os casos de neuropatias, cardiopatias, doenças respiratórias crônicas e/ou graves, anormalidades congênitas, síndromes e sepse.

Estudos têm evidenciado que alguns recém-nascidos clinicamente estáveis conseguem coordenar S/D/R antes mesmo das 34 semanas gestacionais⁽¹⁸⁾. Porém, quando o RNPT é privado de estímulos sensoriais, pode ocorrer um atraso no desenvolvimento do sistema estomatognático^(4,13,19). É importante que haja estimulação adequada para que o prematuro adquira a coordenação S/D/R^(14,20,21).

Enquanto alguns autores preconizam estudos para retirada precoce de sonda enteral e oferta VO⁽¹³⁾, outros têm apontado para o “descompromisso” com a retirada da sonda precocemente com a finalidade de garantir o aleitamento materno exclusivo, sem introduzir formas alternativas para oferta de dieta por VO⁽²¹⁾. Há a possibilidade de o fonoaudiólogo realizar o treino de sucção não nutritiva (SNN), introduzindo o dedo mínimo enluvado na cavidade oral do RN para que ele sugue, enquanto a dieta é oferecida na sonda⁽¹⁰⁾. O aprimoramento da sucção pode contribuir positivamente para a coordenação da S/D/R no momento de receber o alimento por via oral^(14,22). A técnica de SNN também é utilizada por outros profissionais da saúde, como forma de atenuação da dor, em procedimentos invasivos e que causam desconforto para o bebê⁽²³⁾.

Para preparar o prematuro para a amamentação no Seio Materno (SM) de modo eficaz e exclusivo, coordenando S/D/R, é utilizado o desmame direto da sonda para o seio materno, sem oferta de formas alternativas de alimentação como o copo ou mamadeira. Inicialmente é realizada a técnica de relactação, para que o RN associe a ingestão do leite recebido pela sonda com a sucção que ele realiza em “mama vazia”. A sucção em “mama vazia” evita que o lactente, pela falta de coordenação e inabilidade, engasgue com o leite e induz a produção do leite pela mãe devido à estimulação dos hormônios prolactina e ocitocina⁽²⁾.

Indica-se que o RN seja estimulado na “mama vazia” com sonda nasogástrica, com a cavidade oral livre, o que facilita a pega adequada e promove melhor propriocepção e estimulação intraoral, proporcionando uma sensação mais prazerosa no momento da sucção⁽¹⁰⁾. É importante que a técnica seja realizada em pelo menos quatro mamadas, desde que o recém nascido não apresente desconforto respiratório ou qualquer outro sinal de estresse, durante a intervenção.

Quando o bebê inicia a coordenação S/D/R, o treino de sucção/deglutição é realizado com “mama parcialmente cheia” concomitante à oferta de dieta por sonda. Devem ser observadas as necessidades nutricionais do bebê em função do seu peso e deduzir a quantidade de complemento a ser ofertado pela sonda. Pode-se diminuir o complemento ofertado pela sonda em 50 ml por dia, distribuídos em pelo menos cinco mamadas de 10 ml ou duas mamadas de 25 ml cada⁽²⁴⁾.

Após uma semana, se o ganho ponderal chegar a 125 gramas ou mais, a quantidade de complemento pode ser diminuída na mesma proporção, até que o RN esteja exclusivamente em SM. A dieta por sonda será feita apenas nos horários de ausência da mãe na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

(UCIN). Estando o RN clinicamente bem e em pelo menos quatro mamadas no SM, a sonda para alimentação é retirada e o recém-nascido recebe alta fonoaudiológica.

Este estudo teve o objetivo de verificar a idade gestacional corrigida do início da dieta por via oral (mama parcialmente cheia) e da alimentação exclusiva em seio materno e o tempo dispendido (em dias) de atendimento fonoaudiológico para alta de recém-nascidos prematuros submetidos à técnica da transição da alimentação enteral direta para o seio materno.

MÉTODOS

Esse estudo foi feito por meio de levantamento de dados dos prontuários médico e fonoaudiológico de recém-nascidos e mães que frequentaram a UCIN do Hospital e Maternidade Neomater, localizado em São Bernardo do Campo, a partir da autorização da Diretoria Clínica e Comitê de Ética do respectivo hospital (processo n.º 319/2009). Foram distribuídas cartas informativas sobre a realização da pesquisa para os coordenadores das equipes médica, enfermagem e nutrição.

Os dados referentes à transição da alimentação enteral para SM foram levantados a partir do protocolo de avaliação e acompanhamento fonoaudiológico, que fazia parte da rotina da equipe de Fonoaudiologia (Anexo 1).

Caracterização da amostra

Fizeram parte do estudo 35 RNPTs extremos, moderados e limítrofes, com dieta enteral exclusiva, que estiveram internados na UCIN do Hospital e Maternidade Neomater, selecionados de acordo com os critérios de inclusão para a pesquisa, sendo suas principais características subdivididas em dois grupos: Grupo 1 (G1) – 22 RNPTs com histórico de quadro respiratório estável (sem uso de O₂ ou com uso de O₂ inferior a 14 dias), ausência de infecções que requeressem isolamento e sem patologia neurológica e/ou cardíaca; Grupo 2 (G2) – 13 RNPTs com histórico de intercorrência médica importante, tendo ocorrido durante a internação um ou mais dos seguintes episódios clínicos: instabilidade respiratória importante (fizeram uso de O₂ por 15 dias ou mais), infecção/sepsis, doença neurológica e/ou cardíaca.

Foram registrados e considerados os seguintes dados: idade gestacional ao nascimento (IG), peso ao nascimento (PN), peso do RN no momento do início da intervenção fonoaudiológica (PAVFONO), idade gestacional corrigida quando no momento do início do trabalho fonoaudiológico (IGCAVFONO), idade gestacional corrigida no momento do início da alimentação por via oral (IGC INÍCIO VO), número de dias em que o RN foi submetido à técnica de SNN, idade gestacional corrigida no momento alimentação por via oral exclusiva, idade gestacional corrigida no momento da alta fonoaudiológica e o número total de dias que permaneceu em atendimento fonoaudiológico.

A média de idade gestacional ao nascimento (IG NASC) dos recém-nascidos deste estudo foi de 32,58 semanas (G1=33,19 semanas e G2=31,53 semanas), e a média de peso ao nascimento foi de 1623,71 gramas (G1=1634,77 e G2=1605).

Foram excluídos de ambos os grupos todos os recém-nascidos com as seguintes características: termo, pós-termo,

mãe que não estava presente em pelo menos quatro mamadas diárias na UCIN (inviabilizando o treino para desmame direto da sonda para o seio materno), RNs que receberam dieta por VO por meio de copo e/ou mamadeira durante a internação hospitalar.

Procedimentos

Foram analisados os prontuários médicos dos RNs da UCIN do Hospital e Maternidade Neomater, seguindo os critérios de exclusão já descritos. Os dados referentes às intervenções fonoaudiológicas registradas nos Protocolos de Avaliação e Acompanhamento Fonoaudiológico (Anexo 1) foram inseridos na Tabela 1.

Durante os procedimentos da técnica de transição da alimentação da sonda enteral para o seio materno, os RNs receberam inicialmente dieta exclusivamente por SNG ou SOG, com treino de SNN em “dedo enluvado” (na ausência da mãe) e em “mama vazia” (na presença da mãe). Optou-se por aceitar os recém nascidos que foram submetidos à técnica de SNN em “dedo enluvado” porque esta fazia parte da rotina fonoaudiológica, quando a mãe estava ausente na UCIN. Já o treino de deglutição pelos bebês foi feito apenas no seio materno, visto que a transição para via oral fez-se exclusivamente em seio materno.

À medida que os RNs apresentavam adequação das estruturas orofaciais e condições para coordenar S/D/R, a mãe era orientada a esvaziar a mama parcialmente (mantendo o leite posterior) e oferecê-la ao RN concomitantemente à oferta de dieta por sonda. A quantidade de dieta oferecida por sonda pretendia garantir a adequação nutricional do bebê⁽²⁴⁾. Posteriormente, observando-se as condições de coordenação S/D/R, a “mama cheia” era liberada ainda com complemento por SNG/SOG, quando necessário, e este complemento reduzido gradativamente de acordo com o ganho ponderal e necessidades nutricionais dos RNs.

Quando não era mais necessário o complemento por sonda na presença da mãe, o seio materno era oferecido em livre demanda (SMLD) e, na ausência da mãe na UTI, a dieta era oferecida exclusivamente por SOG/SNG. A sonda era retirada do bebê no momento que este estava em SMLD exclusivo na presença da mãe e com ganho ponderal adequado, possibilitando a alta fonoaudiológica e médica (coincidindo com a alta hospitalar).

Os dados referentes à transição da alimentação enteral para SM incluíram o comparativo entre os grupos, realizado com a aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney⁽²⁵⁾, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A partir dos dados obtidos, observa-se que não houve diferença entre os grupos (G1 e G2) para nenhum dos parâmetros analisados. No momento da avaliação fonoaudiológica, os RNs tinham idade gestacional corrigida (IGC) média de 35,29 semanas (34,88 no G1 e 35,99 no G2), e média de dias de vida de 18,57 (11,5 no G1 e 30,54 no G2) (Tabela 2).

Tabela 1. Descrição dos sujeitos em relação à idade, peso e duração do atendimento (em dias) em cada tipo de intervenção fonoaudiológica realizada

RNNo	IGN	PN (g)	PAVF (g)	DVAVF (dias)	IGCAVF (semanas)	SNN DE/MV (dias)	IGCVO (semanas)	IGCSME (semanas)	IGCA (semanas)	ATENDF (dias)	Sonda (dias)	Sonda Total	G
1	33 5/7	1530	1540	8	34 6/7	4	35 3/7	35 6/7	35 6/7	8	5	13	1
2	33	1750	1810	11	34 4/7	8	35 5/7	36	36 1/7	12	11	22	1
3	32	1100	1250	16	34 2/7	15	36 3/7	38 5/7	38 6/7	33	32	48	1
4	31 5/7	1210	1380	18	34 2/7	13	36 2/7	36 2/7	37 3/7	23	23	41	2
5	36	2580	2565	25	39 6/7	4	40 4/7	40 5/7	40 5/7	6	6	31	2
6	32	1715	1805	7	33	5	33 5/7	35	35	15	14	21	1
7	33	1530	1930	29	37 6/7	2	38 1/7	38 5/7	38 5/7	7	6	35	2
8	34	1600	1595	4	34 4/7	16	37 6/7	38 6/7	39 3/7	28	28	32	1
9	33 6/7	2190	2105	7	34 6/7	1	35	35 3/7	35 3/7	5	4	11	1
10	34	1110	1560	23	37 2/7	2	37 4/7	39 1/7	39 1/7	15	14	37	2
11	34	1865	1690	7	35	1	35 1/7	36 4/7	36 4/7	12	12	19	1
12	33	1760	1820	11	34 4/7	0	34 4/7	34 5/7	35 2/7	6	5	16	1
13	31 4/7	1175	1690	30	35 6/7	6	36 6/7	38 3/7	38 5/7	22	22	52	1
14	27	925	1195	36	32 1/7	8	33 2/7	35 1/7	35 1/7	23	21	57	2
15	32	1615	1825	25	35 4/7	1	35 5/7	36 1/7	36 4/7	8	7	32	2
16	32	890	1355	31	36 3/7	3	36 6/7	38 5/7	38 5/7	18	18	49	1
17	38	2280	2350	5	38 5/7	1	38 5/7	39 2/7	39 2/7	3	2	7	1
18	32	1390	1680	32	36 4/7	5	36 4/7	37 3/7	37 3/7	10	5	37	2
19	36 1/7	2765	2570	3	36 4/7	1	36 4/7	37	37	6	4	7	2
20	35 4/7	1665	1595	4	36 1/7	1	36 1/7	36 3/7	37 4/7	11	9	13	1
21	35 4/7	1845	1710	5	36 2/7	1	36 2/7	36 3/7	37 4/7	10	10	15	1
22	34	1900	1745	6	34 6/7	1	35 6/7	36 1/7	36 5/7	14	8	14	1
23	34	2050	1965	2	34 2/7	6	34 4/7	34 5/7	35 2/7	7	8	10	1
24	33	2325	2100	10	34 4/7	5	34 4/7	35 4/7	36 5/7	16	12	22	2
25	31	2170	2335	22	34 1/7	3	34 1/7	34 2/7	34 5/7	5	6	28	2
26	33	1555	2030	31	38 1/7	0	38 1/7	38 1/7	38 5/7	5	3	34	1
27	24	810	1775	95	37 6/7	4	38 1/7	38 3/7	39 1/7	16	12	107	2
28	31	1195	1330	19	34	5	34 3/7	34 4/7	34 4/7	7	5	24	1
29	34	1900	1875	1	34 1/7	2	34 2/7	34 2/7	34 5/7	7	5	6	1
30	30	1525	1650	16	32 2/7	11	33 4/7	35	35	29	28	44	1
31	32	1640	1565	10	33 3/7	11	36 1/7	36 3/7	37	17	14	24	1
32	34	1500	1820	5	34 5/7	1	34 6/7	34 6/7	35 1/7	4	1	1	1
33	33	1535	1520	12	34 4/7	3	35 1/7	35 3/7	35 5/7	6	8	10	2
34	27	900	1625	67	36 4/7	0	36 5/7	36 5/7	37 1/7	4	5	7	2
35	30	1335	1370	17	32 3/7	9	35 6/7	35 6/7	36	13	23	30	1

Legenda: RNNo = identificação do recém-nascido pelo número; IGN = idade gestacional ao nascimento; PN = peso ao nascimento; g = gramas; PAVF = peso no momento da avaliação fonoaudiológica; DVAVF = dias de vida no momento da avaliação fonoaudiológica; IGCAVF = idade gestacional corrigida no momento da avaliação fonoaudiológica; SNN DE/MV = estimulação com sucção não nutritiva com dedo enluvado ou na mama vazia; IGCVO = idade gestacional corrigida no momento do início da dieta por via oral; IGCSME = idade gestacional corrigida no momento do início da alimentação em seio materno exclusivo; IGCA = idade gestacional corrigida no momento da alta fonoaudiológica; ATENDF = duração do atendimento fonoaudiológico; Sonda = período que utilizou sonda para receber dieta; G1 = sujeitos pertencentes ao grupo 1; G2 = sujeitos pertencentes ao grupo 2

Em relação ao peso (em gramas), os recém-nascidos apresentaram, no momento da avaliação fonoaudiológica, média de 1763,57 (1712,05 no G1 e 1850,77 no G2) (Tabela 3).

A dieta por via oral foi iniciada com IGC média de 36 semanas (G1 com IGC média de 35,75 e G2 de 36,42 semanas). Em geral, iniciou-se VO exclusiva com média de 36,61 semanas de IGC (G1 com média de 36,38 semanas e G2 de 37 semanas) (Tabela 4).

Os RNs permaneceram na técnica de transição de alimentação por sonda enteral para seio materno em tempo médio de 12,31 dias (G1 com média de 13 dias e G2 com média de 11,15 dias) (Tabela 5). O treino de sucção não nutritiva (SNN) em “dedo enluvado” ou “mama vazia”, que fez parte do processo de intervenção fonoaudiológica, durou em média 4,54 dias (4,91 no G1 e 3,92 no G2).

Tabela 2. Dados sobre a idade (dias de vida e idade gestacional corrigida) do recém-nascido no momento da avaliação fonoaudiológica

	Grupo		Total	Valor de p	Resultado	
	G1	G2				
DVAVF	Média	11,5	30,54	18,57		
	DP	9,195	24,818	18,887		
	Mínimo	1	3	1	0,1446	1 = 2
	Máximo	31	95	95		
	N	22	13	35		
IGCAVF	Média	34,88	35,99	35,29		
	DP	1,59	2,04	1,82		
	Mínimo	32,29	32,14	32,14	0,0912	1 = 2
	Máximo	38,71	39,86	39,86		
	N	22	13	35		
	Média	4,91	3,92	4,54		

Teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$)

Legenda: DVAVF = dias de vida do recém-nascido no momento da avaliação fonoaudiológica; IGCAVF = idade gestacional corrigida do recém-nascido no momento da avaliação fonoaudiológica; G1 = sujeitos pertencentes ao grupo 1; G2 = sujeitos pertencentes ao grupo 2; N = números de sujeitos; DP = desvio-padrão

Tabela 3. Dados referentes ao peso (em gramas) do recém nascido ao nascimento e no momento da avaliação fonoaudiológica

	Grupo		Total	Valor de p	Resultado	
	G1	G2				
PN (g)	Média	1634,77	1605	1623,71		
	DP	348,83	657,216	477,301		
	Mínimo	890	810	810	0,8662	1 = 2
	Máximo	2280	2765	2765		
	N	22	13	35		
PAVF (g)	Média	1712,05	1850,77	1763,57		
	DP	265,745	434,208	338,801		
	Mínimo	1250	1195	1195	0,2632	1 = 2
	Máximo	2350	2570	2570		
	N	22	13	35		

Teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$)

Legenda: PN (g) = peso (em gramas) do recém-nascido ao nascimento; PAVF (g) = peso (em gramas) do recém nascido no momento da avaliação fonoaudiológica; G1 = sujeitos pertencentes ao grupo 1; G2 = sujeitos pertencentes ao grupo 2; N = número de sujeitos; DP = desvio-padrão

DISCUSSÃO

A alimentação é um processo complexo que inclui estado de alerta, cognição, desenvolvimento motor e neurológico, interação com a mãe ou pessoa responsável e maturação fisiológica do sistema. Muitas destas habilidades começam no útero e continuam a se desenvolver após o nascimento.

Recém-nascidos prematuros não iniciam uma sucção eficiente de forma abrupta⁽²³⁾ e necessitam de um período preparatório para ocorrer a coordenação entre as funções de sucção e deglutição^(14,18). É nesse contexto que a intervenção fonoaudiológica assume papel primordial no atendimento neonatal.

Os recém-nascidos deste estudo iniciaram o atendimento

Tabela 4. Dados referentes à idade gestacional do recém-nascido no momento do início da dieta por via oral (mama parcialmente cheia) e início da via oral exclusiva (seio materno)

	Grupo		Total	Valor de p	Resultado	
	G1	G2				
IGCVO	Média	35,75	36,42	36		
	DP	1,38	1,94	1,62		
	Mínimo	33,57	33,29	33,29	0,2566	1 = 2
	Máximo	38,71	40,57	40,57		
	N	22	13	35		
IGCSME	Média	36,38	37	36,61		
	DP	1,6	1,83	1,69		
	Mínimo	34,29	34,29	34,29	0,3157	1 = 2
	Máximo	39,29	40,71	40,71		
	N	22	13	35		

Teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$)

Legenda: G1 = sujeitos pertencentes ao grupo 1; G2 = sujeitos pertencentes ao grupo 2; IGCVO = idade gestacional corrigida quando iniciou dieta por via oral; IGCSME = idade gestacional corrigida quando iniciou alimentação em seio materno exclusivo; N = números de sujeitos; DP = desvio-padrão

Tabela 5. Dados sobre o tempo (em dias) de atendimento fonoaudiológico até a alta do recém-nascido submetido à técnica sonda-seio

Atendimento	Grupo		Total	Valor de p	Resultado	
	G1	G2				
ATENDF (dias)	Média	13	11,15	12,31		
	DP	8,491	6,706	7,824		
	Mínimo	3	4	3	0,5189	1 = 2
	Máximo	33	23	33		
	N	22	13	35		

Teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$)

Legenda: G1 = sujeitos pertencentes ao grupo 1; G2 = sujeitos pertencentes ao grupo 2; N = números de sujeitos; ATENDF = duração do atendimento fonoaudiológico; DP = desvio-padrão

fonoaudiológico tardiamente, considerando o período preconizado na literatura, de 34 semanas para a coordenação sucção/deglutição/respiração⁽¹⁸⁾. A IGC média dos RNs no momento da avaliação fonoaudiológica foi de 35,29 semanas, sendo 34,88 no G1 e 35,99 no G2. Quanto ao G1, esse “atraso” pode estar relacionado à média da idade gestacional ao nascimento (IG NASC), de 33,19 semanas, não tão prematura. Já no G2, embora a IG NASC média tenha sido de 31,53 semanas, o que poderia ter colaborado para o início de intervenção fonoaudiológica mais precoce, o quadro clínico de intercorrências médicas importantes provavelmente atrasou o encaminhamento para o atendimento fonoaudiológico. Tais achados corroboram resultados de estudo que aponta que problemas clínicos, tais como dificuldades respiratórias crônicas, podem atrasar o início da estimulação fonoaudiológica e até mesmo comprometer o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida⁽¹⁷⁾.

O início do atendimento fonoaudiológico, que ocorreu com a média de 35,29 semanas de idade gestacional nos RNs estudados, também pode ser considerado tardio para a realização da técnica de transição sonda-seio. Esse fato talvez pudesse ter

sido diferente se os bebês tivessem participado do método mãe canguru⁽⁹⁾, o que não ocorreu. A implementação do método mãe canguru nas UCIN permitiria que a intervenção fonoaudiológica na transição de retirada da sonda para oferta de dieta por via oral (seio materno) acontecesse em idade mais precoce^(11,12), minimizando problemas como uso prolongado da sonda pelo RN, desmame precoce, dificuldade de vínculo mãe-bebê prematuro, prolongamento de internações em UCIN, entre outros. De acordo com a literatura, em famílias onde há adesão e participação efetiva no programa mãe-canguru, tem-se observado a possibilidade de transição da dieta por gavagem para o seio materno de modo mais organizado e rápido, sendo que o treino em “mama vazia” favorece a transição para o seio materno⁽¹⁰⁾.

Em relação aos achados sobre a aplicação da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno, são considerados treino de SNN, início da VO (mama parcialmente cheia) e oferta do seio materno exclusivo. O treino de sucção não nutritiva (SNN) em “dedo enluvado” ou “mama vazia” durou em média 4,54 dias, sendo 4,91 no G1 e 3,92 no G2. Esses dados despertam a atenção para o fato de os RNs do G2, com intercorrências médicas importantes, terem permanecido em SNN por menos tempo (em dias) do que G1. Isso pode estar relacionado ao fato de que no G2 a média de idade no início da intervenção fonoaudiológica (35,99 semanas de IGC e 30,54 dias de vida) foi maior do que o G1 (34,88 semanas de IGC e 11,5 dias de vida). Assim, houve maior tempo de exposição a experiências extrauterinas no grupo 2 (média de 18,94 dias a mais do que o G1). Entre as experiências extrauterinas tem-se a SNN, realizada pela equipe de saúde em procedimentos dolorosos com a finalidade de minimizar o sofrimento⁽²³⁾.

O fato de ambos os grupos, G1 e G2, terem realizado SNN durante a intervenção fonoaudiológica por período breve (G1 com média de 4,91 dias e G2 de 3,92 dias) parece evidenciar que ambos apresentavam um padrão semelhante dos órgãos fonotriculatórios (OFA) em relação à funcionalidade de sucção no momento da avaliação fonoaudiológica. Tal resultado corrobora a afirmação de que a sucção em seio materno (neste caso, em “mama vazia”) é a maneira mais indicada e adequada para promover o desenvolvimento motor oral e o estabelecimento correto das funções realizadas pelos órgãos fonotriculatórios, influenciando positivamente o processo de maturação^(22,26).

Os RNs apresentaram idade gestacional média de 35,29 semanas durante a avaliação fonoaudiológica que favorecia a coordenação da sucção/deglutição/respiração^(14,18). O G2, embora constituído por recém-nascidos com intercorrências médicas importantes, no momento da avaliação encontrava-se clinicamente estável. Assim, tanto G1 como G2 tinham condições clínicas e IGC suficientes para transição em “mama parcialmente cheia”, sendo este momento considerado como o início da oferta por via oral.

Tanto no G1, com início da oferta de dieta por VO com 35,75 semanas de IGC, como no G2, com início da dieta por VO com 36,42 semanas de IGC, o momento de aceitação VO foi tardia, quando comparado aos dados encontrados na literatura, que consideram o início da oferta de dieta por VO entre 33 e 34 semanas de IGC ou até antes desse período⁽¹⁸⁾. A idade tardia constatada neste estudo pode estar relacionada ao fato que

os recém-nascidos iniciaram o atendimento fonoaudiológico também tardiamente, com idade gestacional corrigida (IGC) média de 35,29 semanas (34,88 no G1 e 35,99 no G2).

No G1, a média de idade gestacional ao nascimento (IG NASC) de 33,19 semanas não possibilitou a oferta mais precoce de dieta por VO. Já no G2, a média de idade gestacional ao nascimento (IG NASC) de 31,53 semanas, que poderia ter contribuído para intervenção mais precoce, foi prejudicada devido o histórico clínico do grupo, corroborando mais uma vez os dados da literatura que apontam para as dificuldades apresentadas por RNs, principalmente problemas respiratórios, importantes no atraso do início de dieta por via oral, uma vez que as intercorrências pulmonares afetam o início e a extensão da transição da alimentação^(17,27). Desta forma, no G2 o início da “mama parcialmente cheia” ocorreu com média de IGC de 36,42 semanas, muito próximo à idade de G1, que teve o início da oferta de “mama parcialmente cheia” com a IGC de 35,75 semanas.

Em geral, foi iniciada alimentação por VO exclusiva (seio materno) com média de 36,61 semanas de IGC. Embora tenha ocorrido a oferta de VO exclusiva com IGC maior do que a capacidade de coordenação descrita na literatura⁽¹⁴⁾, é importante considerar que os RNs prematuros deste estudo alcançaram um padrão adequado de aleitamento natural equivalente aos RNs termo, considerados normais e saudáveis⁽²²⁾.

Assim, o desmame da sonda direto para o seio materno pode ter trazido vantagens qualitativas, pois durante a sucção no seio materno o bebê estabelece um estímulo adequado dos músculos orofaciais. Com isso, há aumento de tônus e promoção das posturas corretas durante o repouso e das funções do sistema estomatognático⁽²⁸⁾, tal como é esperado no desenvolvimento normal.

Quanto ao tempo de atendimento fonoaudiológico, pode-se observar que os RNs permaneceram na técnica de transição de alimentação por sonda enteral para seio materno em média 12,31 dias (G1 com 13 dias e G2 com 11,15 dias). Chama a atenção o fato de os RNs do G2, com histórico de intercorrências médicas importantes, terem tido menor tempo de intervenção do que G1. É possível inferir, mais uma vez, que esses resultados tenham relação com o fato de a idade média dos recém-nascidos do G2 ser maior do que G1, principalmente em dias de vida no momento da avaliação fonoaudiológica. O tempo (em dias) de experiências extrauterinas pode ter sido um fator importante para esses bebês.

Outro aspecto a ser considerado é o peso (em gramas). Embora ao nascimento os recém-nascidos do G2 apresentassem média de peso inferior aos recém nascidos do G1 (PN G1=1634,77 e PN G2=1605), no momento da avaliação fonoaudiológica, a média de peso de G2 era maior do que G1 (PESO AV FONO em G2=1850,77 e em G1=1712,05). Os bebês do G2 estavam mais pesados do que os do G1 provavelmente porque estavam há mais tempo (em dias) sendo submetidos à dieta enteral. O peso maior de G2 em relação à G1 pode ter contribuído para agilizar o acompanhamento fonoaudiológico, visto que o ganho ponderal é um fator importante a ser considerado para a alta. O fato do tempo de intervenção fonoaudiológica ter sido menor no G2 pode sugerir que além da estabilidade

clínica alcançada, aspectos como peso, IGC e dias de vida (todos esses maiores no G2 em relação ao G1 no momento da avaliação fonoaudiológica) foram importantes na evolução das condições de alimentação dessa população, aspectos também evidenciados a literatura⁽²²⁾.

A idade média de 36,61 semanas para aceitação do seio materno e alta efetiva com média de 36,95 semanas de IGC pode ser considerada tardia, pois alguns autores já demonstraram que crianças com menos de 36 semanas de IGC podem passar para o aleitamento materno. Por outro lado, a média de idade obtida para oferta exclusiva do seio materno no momento da alta fonoaudiológica (36,95 semanas) foi equivalente à idade gestacional do nascimento considerado a termo. Desta forma, embora tenha existido uma tendência de início tardio para a intervenção fonoaudiológica, o tempo despendido na intervenção (em dias) foi suficiente e promoveu resultados positivos em relação ao estabelecimento da dieta via oral exclusiva dos RNs prematuros. Neste sentido, é responsabilidade do fonoaudiólogo orientar a mãe e a equipe interdisciplinar atuante quanto à conduta prescrita, visando o esclarecimento do trabalho e a participação da família na evolução do RN⁽¹⁰⁾.

É importante citar que a técnica de transição direto da sonda para o seio materno traz benefícios à lactogênese, pois com a ordenha realizada de maneira frequente, a nutriz mantém uma produção láctea adequada às necessidades calóricas e nutricionais do RN. Assim, quando o bebê estiver na fase da técnica denominada sucção em “mama cheia”, receberá o volume de leite adequado ao seu peso e gradativamente passará a fase de SMLD, sem receber complemento por via oral (copo e/ou mamadeira), o que favorece a prática do aleitamento materno exclusivo, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁹⁾.

O método de transição da alimentação enteral (sonda) direto para o seio materno não provoca modificações nos padrões fisiológicos e inatos de alimentação, nem em seu desenvolvimento, que podem ocorrer quando são utilizadas outras formas de oferta de dieta por VO. Vale ressaltar também que bebês submetidos a esta técnica recebem alta hospitalar mamando exclusivamente em SM, sem terem recebido dieta por qualquer outra forma que não pela sonda (SNG ou SOG). Com isso espera-se que o aleitamento materno exclusivo se estenda após a alta hospitalar e haja melhora no padrão de saúde geral do bebê⁽²⁹⁾.

CONCLUSÃO

Os achados evidenciam que recém-nascidos prematuros, com ou sem histórico de intercorrências médicas importantes, quando submetidos à técnica de desmame direto da sonda para o seio materno, conseguem mamar efetivamente em seio materno no momento da alta fonoaudiológica. Além disso, nesse momento a idade gestacional média corrigida era correspondente ao desenvolvimento normal da função da alimentação do ser humano.

Sugere-se a realização de novas pesquisas, envolvendo a realização da técnica de desmame direto da sonda para o seio materno em recém-nascidos que participem do método Mãe-Canguru. Assim, será possível elucidar a possibilidade

de facilitação do aleitamento materno exclusivo em idade mais precoce do que a encontrada neste estudo.

Considera-se que a técnica pode trazer benefícios ao sistema estomatognático do bebê e o aleitamento natural também deve refletir numa melhora do desenvolvimento global do RN, da saúde materna e das relações afetivas da família. Por fim, pode-se dizer que o aleitamento materno é uma maneira prática e positiva da mãe do RNPT lidar com o nascimento precoce do seu bebê, além de alimentá-lo da melhor e mais segura maneira possível.

REFERÊNCIAS

1. Cruz SH, Germano JA, Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thume E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):259-67.
2. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(1):19-24.
3. Delgado SE, Halpern R. Aleitamento materno de bebês pré-termo com menos de 1500 gramas: sentimentos e percepções maternos. *Arq Med.* 2004;7(2):5-28.
4. Neiva FCB. Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. *Pediatria (São Paulo).* 2000;22(3):264-70.
5. Furman L. Supporting lactation in mothers of very low birth weight infants: what should we do? *Ital J Pediatr.* 2003;29(2):18-122.
6. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80(5 Supl):S163 -72.
7. Barros MD, Yamashiro EH, Barreto O, Carneiro Sampaio MMS. Características do leite de mães de recém-nascidos de baixo peso. *Pediatria (São Paulo).* 1984;6(2):53-7.
8. Veloso RCN. Manutenção da lactação em mães de recém-nascido pré-termo: um desafio [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Método Canguru – Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília; 2010. [Internet]. [citado 2010 Ago 2]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=317
10. Medeiros AMC, Nery VGC, Simplício M, Chita PJ. Fonoaudiologia no método mãe-canguru. In: Hitos SF, Periotto MC. Amamentação: atuação fonoaudiológica; uma abordagem prática e atual. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.
11. Arivabene JC, Tyrrell MAR. Kangaroo mother method: mothers' experiences and contributions to nursing. *Rev Latinoam Enferm.* 2010;18(2):262-8.
12. Delgado SE. Atuação fonoaudiológica na Unidade de Terapia Intensiva em bebê com síndrome de pterígeo poplíteo. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(1):123-8.
13. Simpson C, Schanler RJ, Lau C. Early introduction of oral feeding in preterm infants. *Pediatrics.* 2002;110(3):517-22.
14. Lau C. [Development of oral feeding skills in the preterm infant]. *Arch Pediatr.* 2007;14 Suppl 1:S35-41. Review. French.
15. Prade LS. Recém-nascidos pré-termo: critérios para a introdução da alimentação por via oral [dissertação]. Rio Grande do Sul: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria; 2006
16. Galhardo FPL, Martinez JAB. Síndrome do desconforto respiratório agudo. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2003;36(2/4):248-56.
17. Chalfun G, Mello RR, Dutra MVP, Andreozzi VL, Silva KS. Fatores associados à morbidade respiratória entre 12 e 36 meses de vida de crianças nascidas de muito baixo peso oriundas de uma UTI neonatal pública. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health.* 2009;25(6):1399-408.
18. Bühler KEB, Limongi SCO. Fatores associados à transição da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Pró-Fono.* 2004;16(3):301-10.

19. Neiva FCB, Leone CR. Evolução do ritmo de sucção e influência da estimulação em prematuros. *Pró-Fono*. 2007;19(3):241-8.
20. Gamburgo LJJ, Munhoz SRM, Amstalden LG. Alimentação do recém-nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. *Fono Atual*. 2002;5(20):39-47.
21. Pfitscher AP, Delgado SE. A caracterização do sistema estomatognático, após a transição alimentar, em crianças prematuras de muito baixo peso. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2006;11(4):215-22.
22. Yamamoto RCC, Bauer MA, Häeffner LSB, Weinmann ARM, Keske-Soares M. Os efeitos da estimulação sensorio motora oral na sucção nutritiva na mamadeira de recém-nascidos pré-termo. *Rev CEFAC*. 2010;12(2):272-9.
23. Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Sedação e analgesia em neonatologia. *Rev Bras Anestesiologia*. 2007;57(5):575-87.
24. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(2):232-6.
25. Siegel S. Estatística não paramétrica: para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; c1975. 350p.
26. Neiva FCB. Aleitamento materno em recém-nascidos. In: Hernandez AM, organizadora. *Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato*. São José dos Campos: Pulso Editorial; c2003. p. 97-105.
27. Rocha AD, Moreira MEL, Ramos JRM, Costa AM, Mallet NR. Efeitos da sucção não-nutritiva durante a alimentação enteral nos parâmetros temporais da sucção de neonatos pré-termo. *J Bras Fonoaudiol*. 2002;3(13):298-303.
28. Medeiros AMC, Medeiros M. Motricidade orofacial: inter-relação entre fonoaudiologia e odontologia. São Paulo: Lovise; c2006. 124p.
29. Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Melendez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(3):241-8.

Anexo 1. Protocolo de avaliação e acompanhamento fonoaudiológico

Protocolo de avaliação e acompanhamento fonoaudiológico*	
1- Identificação e histórico clínico:	
Nome da mãe: _____	Data: _____
Nome do RN: _____	Horário: _____
D.N.: _____ I.G.: _____ D.Vida: _____ I.C.: _____	
P. Nasc.: _____ P.Dia Ant.: _____ P.Atual: _____ ΔP: _____	
Diagnóstico médico: _____	
2 - Tipo de alimentação:	
Volume prescrito: _____ ml. _____/_____ horas	
Técnica do resíduo: _____ ml. Balanço calórico: _____ cal/kg/dia	
Δ Seio Materno (SM)	
<input type="radio"/> Via Oral mamadeira (VOBC) - volume aceito: _____ ml	
<input type="radio"/> Via Oral mamadeira (VOBO) - volume aceito: _____ ml	
<input type="radio"/> Via Oral copo (VOC) - volume aceito: _____ ml	
<input type="checkbox"/> Sucção Não Nutritiva (SNN) <input type="checkbox"/> SOG / <input type="checkbox"/> SNG: _____ ml.	
<input type="checkbox"/> técnica do "dedo enluvado" <input type="checkbox"/> relaxação ("mama vazia")	
<input type="checkbox"/> "mama parcialmente cheia" concomitante à sonda	
<input type="checkbox"/> "mama cheia" concomitante à sonda	
3 - Estado comportamental no início da mamada:	
<input type="checkbox"/> Sono profundo <input type="checkbox"/> Alerta	
<input type="checkbox"/> Sono leve <input type="checkbox"/> Agitado/irritado	
<input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Choro	
4 - Prontidão para a mamada:	
<input type="checkbox"/> Movimentos de procura <input type="checkbox"/> Leva mãos à face	
<input type="checkbox"/> Movimentos de sucção <input type="checkbox"/> Preensão palmar	
<input type="checkbox"/> Leva mãos à linha média <input type="checkbox"/> Protrusão de língua	
5 - Postura corporal /padrão motor	
<input type="checkbox"/> Estável com apoio <input type="checkbox"/> Estável sem apoio	
<input type="checkbox"/> Flexão <input type="checkbox"/> Hipotonia fisiológica	
<input type="checkbox"/> Instável/tremores/desorganização	
6 - Sucção:	
<input type="checkbox"/> Não apresenta sucção <input type="checkbox"/> Sucção esporádica	
<input type="checkbox"/> Apresenta grupos de sucções: <input type="checkbox"/> Regulares	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irregulares	
<input type="checkbox"/> Apresenta pausas <input type="checkbox"/> Pausas muito longas	
<input type="checkbox"/> É preciso ajudar a dar pausas p/ RN se organizar	
<input type="checkbox"/> Coordenação de grupos de sucção/deglutição/respiração	
7- Grau de força de sucção:	
<input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Média/fraca	
<input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Forte/média	
<input type="checkbox"/> Forte	
8- Variação na força de sucção:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
9- Variação no ritmo de sucção:	
<input type="checkbox"/> Sim, após _____ min. _____ ml.	
<input type="checkbox"/> Não	
10- Movimentação de mandíbula:	
<input type="checkbox"/> Excursão exagerada <input type="checkbox"/> Tremores	
<input type="checkbox"/> Movimento organizado <input type="checkbox"/> Travamentos	
11- Movimentação de língua:	
<input type="checkbox"/> Retração <input type="checkbox"/> Protrusão exagerada	
<input type="checkbox"/> Canolamento <input type="checkbox"/> Língua alargada	
<input type="checkbox"/> "Suckling" organizado <input type="checkbox"/> Incoord. movimento	

