

Camila Lehnhart Vargas¹
 Luana Cristina Berwig¹
 Eduardo Matias dos Santos Steidl¹
 Leila Sauer Prade¹
 Geovana Bolzan¹
 Márcia Keske-Soares¹
 Angela Regina Maciel Weinmann¹

Descritores

Prematuro
 Habilidade
 Alimentação
 Crescimento

Keywords

Infant, premature
 Aptitude
 Feeding
 Growth

Endereço para correspondência:

Camila Lehnhart Vargas
 Rua Francisco Lameira, 580, Apto. 202,
 Duque de Caxias, Santa Maria (RS),
 Brasil, CEP: 97070-360.
 E-mail: nutricamilalv@gmail.com

Recebido em: 06/10/2014

Aceito em: 17/03/2015

CoDAS 2015;27(4):378-83

Prematuros: crescimento e sua relação com as habilidades orais

Premature: growth and its relation to oral skills

RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência da habilidade motora oral do prematuro sobre seu desempenho alimentar oral e crescimento, durante o período de internação neonatal. **Métodos:** Foram avaliados 51 recém-nascidos (RNs) internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal de um hospital do Sul do Brasil, entre julho 2012 e março 2013. A avaliação da habilidade de alimentação oral, segundo Lau e Smith, foi realizada após prescrição para início da alimentação por via oral (VO). O desempenho alimentar oral foi avaliado por meio das variáveis dias de transição da sonda para VO plena e tempo de internação. O crescimento foi avaliado por peso, comprimento e perímetro cefálico (PC), utilizando as curvas de Fenton, no nascimento, liberação VO, VO plena e alta hospitalar. **Resultados:** Ao nascer, 71% dos prematuros eram adequados para idade gestacional, a maioria era do sexo masculino (53%), tendo média de 33,6 ($\pm 1,5$) semanas de idade gestacional. A idade gestacional nos momentos avaliados não influenciou na habilidade oral do pré-termo, não diferindo entre os níveis. O tempo de transição da sonda para VO plena e o período de internação hospitalar foram menores quanto maior o nível de habilidade oral. Ao nascer, houve uma tendência a baixo peso e baixa habilidade oral. Na liberação da VO, as crianças do nível IV apresentaram maior peso. **Conclusão:** O nível de habilidade oral do prematuro interferiu positivamente no tempo de transição alimentar da sonda para VO plena e permanência hospitalar. O crescimento, representado pelo ganho de peso, não sofreu influência do nível de habilidade oral.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the influence of oral motor skills of premature infants on their oral feeding performance and growth, during neonatal hospitalization. **Methods:** Fifty-one newborns hospitalized in the neonatal intensive care unit of a hospital in Southern Brazil, between July 2012 and March 2013, were evaluated. The evaluation of oral feeding skills, according to Lau and Smith, was applied after prescription for starting oral feeding. The oral feeding performance was analyzed using the following variables: days taken to start independent oral feeding and hospital discharge. Growth was measured by weight, length, and head circumference, using the curves of Fenton, at birth, first and independent oral feeding, and hospital discharge. **Results:** At birth, 71% preterm infants were proper for gestational age, most of them were males (53%), with average of 33.6 (± 1.5) weeks of gestational age. The gestational age in the assessment did not influence the oral feeding performance of the premature infant and did not differ between levels. Time of transition from tube feeding to oral feeding and hospital stay was shorter when the oral skills were higher. At birth, there was a tendency of low weight and low oral feeding performance. Level IV premature infants in the release of oral feeding presented higher weights. **Conclusion:** The level of oral skills of the premature infant interfered positively on time of feeding transition from tube to independent oral feeding and hospital stay. Growth, represented by weight gain, was not affected by the level of oral skill.

Trabalho realizado no Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

(1) Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

O crescimento do recém-nascido pré-termo (RNPT) durante a internação na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal é uma grande preocupação para toda a equipe, dada a associação desse período com problemas em curto ou longo prazo. A nutrição inadequada tem impacto no neurodesenvolvimento, e a habilidade em se alimentar está intimamente ligada a este processo, refletindo na evolução do prematuro.

O recém-nascido (RN) apresenta, de modo geral, imaturidade gastrointestinal. Já o RNPT, além dessa condição, apresenta várias outras que dificultam um crescimento e um desenvolvimento adequados. Do ponto de vista nutricional, o nascimento de uma criança pré-termo representa uma urgência não apenas pelas escassas reservas energéticas, mas principalmente porque são fortes as evidências associando a restrição do crescimento pós-natal com efeitos adversos e permanentes no desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC)⁽¹⁾. Nos primeiros meses de vida, a sucção constitui função necessária para uma alimentação eficiente por via oral (VO), precisando ainda ser coordenada com a deglutição e a respiração⁽²⁾. Dessa forma, nutrir adequadamente o RNPT, proporcionando um crescimento semelhante ao crescimento fetal, é um dos grandes desafios dentro da UTI Neonatal.

Para uma adequada alimentação por VO, é essencial contar com a integridade do sistema estomatognático. Assim, para iniciar a alimentação por VO, é fundamental avaliar a habilidade oral do RNPT e, sempre que necessário, intervir sobre o sistema motor oral, a fim de minimizar as dificuldades observadas⁽³⁾.

Por outro lado, a avaliação da habilidade oral do prematuro para iniciar a alimentação por tal via tem sido tarefa difícil, principalmente pela falta de medidas de desfecho bem definidas, embora escalas ou protocolos de avaliação da habilidade oral (prontidão alimentar) tenham sido propostos. Entre tais ferramentas podem ser citadas a *Neonatal Oral-motor Assessment Scale* (NOMAS)⁽⁴⁾, a *Early Feeding Skill Assessment*⁽⁵⁾ e escalas propostas por pesquisadores brasileiros⁽⁶⁻⁸⁾. No entanto, esses instrumentos estão baseados em avaliações subjetivas, ou seja, seus resultados dependem da observação e, conseqüentemente, da experiência do profissional.

Mais recentemente, em 2011, surgiu na literatura a proposição de um protocolo de avaliação da habilidade de alimentação oral do prematuro por meio de uma análise objetiva, a partir da combinação das variáveis proficiência e taxa de transferência, obtidas na primeira mamada por VO⁽⁹⁾. Com base no valor encontrado para essas variáveis, os autores classificaram a habilidade para alimentação oral em níveis e, de acordo com tal dado, sugeriram as condutas de intervenção necessárias. Esta proposição parece ser promissora quanto ao atendimento do RNPT, uma vez que de forma objetiva pode auxiliar o fonoaudiólogo no planejamento terapêutico, evitando procedimentos desnecessários.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi o de avaliar, durante o período de internação neonatal, a influência da habilidade oral do RNPT sobre seu desempenho alimentar oral e seu crescimento.

MÉTODOS

Estudo longitudinal descritivo. A população do estudo foi composta pelos RNPTs internados na UTI Neonatal de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, no período compreendido de julho de 2012 a março de 2013.

Foram considerados como critérios de inclusão: possuir idade gestacional (IG) ao nascer menor de 37 semanas (calculada por método de avaliação clínica⁽¹⁰⁾); apresentar prescrição para iniciar a alimentação VO (quadro clínico estável, peso superior a 1.500 g, IG em torno de 34 semanas); pais ou responsáveis legais terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão: malformações de cabeça e pescoço; síndromes genéticas; hemorragia intracraniana graus III e IV (diagnosticadas por ultrassonografia de crânio); asfixia perinatal (definida por Apgar de 5º minuto menor ou igual a 5); encefalopatia bilirrubínica. Com base nos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados, avaliados e acompanhados neste estudo 51 RNPTs.

As seguintes informações foram retiradas dos prontuários dos participantes: sexo, IG ao nascer e corrigida (IGC), história clínica, peso, comprimento e perímetro cefálico (PC) ao nascer, adequação do crescimento intrauterino (CIU)⁽¹¹⁾, Apgar do 1º e 5º minuto. A IGC (idade pós-concepcional) foi considerada acrescentando-se a idade cronológica (transformada em semanas) à IG ao nascer.

O desempenho alimentar oral foi avaliado por meio das variáveis: dias de transição da sonda para VO plena (aceitação de todas as mamadas por VO, por um período mínimo de 24 horas) e tempo de internação, em dias.

O crescimento foi avaliado por peso, comprimento e PC, utilizando curvas específicas para tal população⁽¹¹⁾. Essas medidas foram obtidas no momento da internação, na liberação da VO, na obtenção da VO plena e na alta hospitalar. As medidas foram aferidas por equipe previamente treinada.

A aferição das variáveis antropométricas foi realizada em duplicata (sendo utilizada a média), sem vestimenta no RN no momento da pesagem, e os instrumentos foram calibrados conforme recomendado pelo Ministério da Saúde⁽¹²⁾:

- peso: em gramas, por intermédio de balança digital da marca Mic Baby®, de uso exclusivo para pesagem de bebês, com mínimo de 5 g e máximo de 15 kg.
- comprimento: em centímetros, obtido com o RN em decúbito dorsal, sobre superfície rígida, com régua de plástico (com aproximação de 0,1 cm), estando uma extremidade fixa (cefálica) e a outra móvel (podálica), com o auxílio de outra pessoa da equipe para posicionar adequadamente o RN.
- PC: em centímetros, com fita métrica inextensível (com aproximação de 0,1 cm), levando-se em conta o maior diâmetro occipitofrontal.

A avaliação da habilidade oral foi realizada por fonoaudióloga, após a prescrição para início da alimentação por VO, durante a primeira oferta de leite por esta via, segundo o protocolo proposto⁽⁹⁾. Foi utilizada mamadeira com bico para prematuro da marca NUK®, sendo mantida durante todo o período do estudo. O RNPT foi posicionado no colo da avaliadora, ou na

incubadora, em um ângulo de aproximadamente 45° e alimentado por VO por um tempo máximo de 20 minutos. As crianças não foram manipuladas por, pelo menos, 30 minutos antes da avaliação, a fim de evitar a ocorrência de fadiga. Durante a alimentação, os RNPTs foram monitorados com oxímetro pediátrico, da marca Ohmeda®.

Para avaliação da habilidade oral, foram mensuradas a proficiência e a taxa de transferência, conforme o descrito a seguir:

- proficiência (PRO): percentual (%) do volume ingerido (em relação ao prescrito) nos primeiros cinco minutos da mamada. Por considerar que nos primeiros cinco minutos a fadiga é mínima, esta medida representa um índice da habilidade do RNPT para se alimentar por VO.
- taxa de transferência (TT): quantidade de leite aceito por VO em relação ao tempo necessário ou gasto para tal (ml/minuto). A taxa de transferência, por ser monitorada durante toda a mamada, representa um índice de resistência.

A partir da PRO e da TT, a habilidade para alimentação oral foi classificada em quatro níveis, que também determinaram o tipo de intervenção fonoaudiológica a ser realizada:

- Nível 1 = PRO<30% e TT<1,5 mL/min, expressando: baixa habilidade para alimentação oral e baixa resistência. Intervenção realizada: estimulação sensório-motora-oral e treino de resistência.
- Nível 2 = PRO<30% e TT>1,5 mL/min, expressando: baixa habilidade para alimentação oral e alta resistência. Intervenção realizada: estimulação sensório-motora-oral.
- Nível 3 = PRO>30% e TT<1,5 mL/min, expressando: alta habilidade oral e baixa resistência. Intervenção realizada: treino de resistência.
- Nível 4 = PRO>30% e TT>1,5 mL/min, expressando: alta habilidade oral e alta resistência. Sem necessidade de intervenção fonoaudiológica.

O programa de estimulação sensório-motora-oral realizado⁽¹³⁾ foi aplicado por fonoaudióloga, uma vez ao dia, antes da oferta da dieta.

O treino de resistência consistiu na liberação da VO por um período máximo de 5 minutos; a partir de um incremento diário de 20% na aceitação oral, o tempo era aumentado para 10, 15 e 20 minutos, progressivamente.

Os resultados obtidos foram digitados em banco de dados do programa *Excel* e analisados por meio do *software* Stata, versão 10.

A aderência à normalidade das variáveis foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. As variáveis foram expressas em média, desvio-padrão e frequências. A comparação entre os grupos, para as variáveis contínuas, foi realizada por intermédio da análise de variância (ANOVA), complementada pelo pós-teste de Bonferroni. Foi aceito um nível de significância de 5% ($p<0,05$).

Os critérios éticos foram contemplados pelo TCLE, elaborado de acordo com as determinações da Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, e do Termo de Confidencialidade dos Dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino, com número de CAEE 11155312.7.0000.5346 e parecer nº 187.634.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 51 RNPTs, sendo 53% meninos e 47% meninas. A IG ao nascer foi, em média, de 33,6 ($\pm 1,5$) semanas, a maioria (71%) foi classificada como adequado para a idade gestacional (AIG), 25% foram classificados como pequeno para a idade gestacional (PIG), e 4%, grande para a idade gestacional (GIG).

A Tabela 1 apresenta a IG dos participantes, nos quatro momentos avaliados, de acordo com o nível de habilidade oral encontrado no protocolo utilizado. No grupo estudado, 41% foram classificados como nível I, 10%, como nível II, 18%, como nível III, e 31%, como nível IV. Observa-se que a IG ao nascer e na liberação da VO não influenciou na habilidade oral do pré-termo, não diferindo entre os níveis I, II, III e IV. Na VO plena, a IGC das crianças do nível IV foi menor, em média, uma semana, quando comparada às do nível I, II e III ($p=0,0172$).

O desempenho alimentar oral avaliado por intermédio dos dias de transição da sonda para VO plena e do tempo de internação, segundo o nível de habilidade oral, está apresentado na Tabela 2. Observa-se que as crianças do nível IV obtiveram a VO plena, em média, com 7 ou mais dias do que as crianças dos níveis I, II e III ($p=0,0116$). O tempo de internação também foi menor nas crianças do nível IV, quando comparadas às dos níveis I, II e III, embora sem diferença estatística.

A Tabela 3 apresenta o crescimento do prematuro durante seu período de internação, de acordo com o nível de habilidade oral apresentado. Observa-se que, ao nascer, houve uma tendência a baixo peso e baixa habilidade oral ($p>0,05$). Na liberação da VO, as crianças do nível IV apresentaram maior peso, sendo

Tabela 1. Média de idade gestacional dos recém-nascidos pré-termo nos quatro momentos avaliados, de acordo com o nível de habilidade oral⁹

Momento da avaliação	Nível de habilidade oral				Valor de p**
	I	II	III	IV	
n (%)	21 (41)	5 (10)	9 (18)	16 (31)	–
Nascimento*	33,3 \pm 1,4	33,7 \pm 1,2	34,2 \pm 1,1	33,7 \pm 1,9	0,5159
Liberação VO*	35,1 \pm 1,5	35,6 \pm 1,3	35,2 \pm 0,9	35,0 \pm 1,1	0,8289
VO plena*	37,3 \pm 1,6	37,9 \pm 1,8	37,8 \pm 1,0 ^a	36,1 \pm 1,4 ^a	0,0172
Alta*	38,4 \pm 2,3	38,5 \pm 2,2	38,6 \pm 1,0	37,1 \pm 1,4	0,1171

*valores expressos em média e desvio-padrão; **valor de p: análise de variância (ANOVA) e pós-teste de Bonferroni (diferenças entre as letras sobrescritas)

Legenda: IG = idade gestacional; VO = via oral

Tabela 2. Dias de transição da sonda para via oral plena e dias de internação, de acordo com o nível de habilidade oral⁹

Variáveis	Nível de habilidade oral				Valor de p**
	I	II	III	IV	
n (%)	21 (41)	5 (10)	9 (18)	16 (31)	–
Dias de transição*	15,2±7,7 ^a	16,0±3,3	18,1±8,9 ^b	7,6±8,9 ^{a,b}	0,0116
Dias internação*	35,8±15,7	33,6±11,2	31,2±6,1	23,7±18,5	0,1307

*valores expressos em média e desvio-padrão; **valor de p: análise de variância (ANOVA) e pós-teste de Bonferroni (diferenças entre as letras sobrescritas)

Tabela 3. Média de peso, comprimento e perímetro cefálico nos quatro momentos avaliados, de acordo com o nível de habilidade oral⁹

Medidas antropométricas	Nível de habilidade oral				Valor de p**
	I	II	III	IV	
Ao nascer*					
Peso (g)	1.692±452	1.645±302	1.800±198	2.120±685	0,066
Comprimento (cm)	41,0±2,9 ^a	42,4±2,1	41,5±2,5	43,9±3,4 ^a	0,035
PC (cm)	29,1±2,1	29,6±1,9	30,7±0,8	30,6±2,4	0,129
Liberação VO*					
Peso (g)	1.799±255 ^a	1.820±259	1.800±209	2.169±556 ^a	0,021
Comprimento (cm)	43,2±3,2 ^a	43±1,4	43,3±1,7	45,7±1,6 ^a	0,049
PC (cm)	30,2±1,4 ^a	29,2±1,0	31,2±1,2	31,8±1,9 ^a	0,032
VO plena*					
Peso (g)	2.264±337	2.441±566	2.340±235	2.302±511	0,843
Comprimento (cm)	45,3±2,7	–	45,7±1,2	45,8±1,6	0,790
PC (cm)	32,1±1,2	–	33,2±1,6	32,3±1,8	0,320
Alta hospitalar*					
Peso (g)	2.459±323	2.549±592	2.502±238	2.502±459	0,964
Comprimento (cm)	46,5±2,3	46,6±4,2	48,0±2,0	47,2±2,3	0,579
PC (cm)	32,9±1,4	34,2±1,9	34,2±1,4	32,6±1,5	0,082

*valores expressos em média e desvio-padrão; **valor de p: análise de variância (ANOVA) e pós-teste de Bonferroni (diferenças entre as letras sobrescritas)

Legenda: VO = via oral; PC = perímetro cefálico

essa diferença estatisticamente significativa, quando comparadas com as crianças do nível I ($p=0,021$). No entanto, na obtenção da VO plena e na alta hospitalar o peso foi semelhante, independentemente do nível de habilidade oral do RNPT.

Houve também diferença significativa para o comprimento (ao nascer e na liberação da VO) e para o PC (na liberação da VO) entre as crianças com os níveis de habilidade I e IV.

DISCUSSÃO

Este estudo, que avaliou o nível de habilidade oral do RNPT e sua relação com o desempenho alimentar oral e crescimento, durante o período de internação neonatal, buscou verificar se uma boa habilidade pode contribuir para uma rápida transição da alimentação por sonda para a VO e, conjuntamente, no ganho de peso, uma vez que são muitas as causas que interferem no desenvolvimento físico desse grupo de crianças. Uma vez que a evolução do peso está diretamente ligada à ingestão de nutrientes, acredita-se que a presença de habilidade para a alimentação oral possa influenciar positivamente nesse sentido.

Neste estudo, a habilidade para a alimentação oral do RNPT foi avaliada por meio do desempenho alimentar obtido na primeira oferta de leite por VO, segundo o protocolo proposto⁽⁹⁾.

Para tal, as variáveis proficiência e taxa de transferência foram determinadas e utilizadas para classificar a habilidade em níveis de I a IV, em que o nível I correspondeu ao pior desempenho, significando baixa habilidade ($PRO < 30\%$) e baixa resistência para a mamada por VO ($TT < 1,5$ mL/min), e o nível IV, ao melhor (boa ou alta habilidade ($PRO \geq 30\%$) e resistência para a mamada oral ($TT \geq 1,5$ mL/min)). Chama a atenção que, embora liberados para iniciar a VO, de acordo com os critérios de maturação e condição clínica favorável, metade dos 51 RNPTs (51%) avaliados foi classificada como nível I e II, significando baixa habilidade para a alimentação por VO. Apenas um terço deles (31%) apresentou habilidade e resistência para a mamada (nível IV), condição ideal para uma alimentação oral eficiente e segura, sem necessidade de intervenção fonoaudiológica. Dois aspectos devem ser salientados diante de tal resultado.

O primeiro diz respeito à importância e à necessidade de realizar a avaliação da habilidade motora oral no RNPT, no momento em que ele apresenta condição clínica para iniciar a alimentação por VO. Tal avaliação parece ser essencial, pois embora muitas crianças tenham IGC que possibilite iniciar a VO, não apresentam ainda um sistema estomatognático adequadamente desenvolvido para tal função⁽⁹⁾. Isso pôde ser visto neste estudo, em que a IG, tanto ao nascer como na liberação

da VO, não diferiu nos grupos formados de acordo com o nível da habilidade oral apresentada (Tabela 1). Esse resultado deixa claro que a IG não é um determinante essencial para a presença de boa habilidade oral.

Outro aspecto a ser salientado, também relacionado à importância da avaliação da habilidade oral, é seu papel na identificação dos RNPTs que realmente necessitam de intervenção fonoaudiológica, seja no sentido de fortalecer as estruturas do sistema estomatognático, seja para proporcionar condicionamento para a mamada, evitando a interferência da fadiga no desempenho alimentar. Embora não exista evidência sobre os efeitos indesejáveis da intervenção fonoaudiológica, realizar tal medida em prematuros com boa habilidade é procedimento desnecessário que pode aumentar o risco de complicações devido ao maior manuseio.

Considerando que a proposta deste estudo foi a de verificar se a presença de habilidade oral poderia contribuir para uma transição mais rápida da alimentação por sonda para a VO e também influenciar o crescimento do RNPT, durante a internação neonatal, observou-se que quanto maior o nível de habilidade, mais rápida foi a transição da sonda para a VO, com reflexo sobre o tempo de internação. Os RNPTs do nível IV realizaram a transição da sonda para VO, em média, com uma semana ($7,6 \pm 8,9$ dias), enquanto os demais levaram um pouco mais de duas semanas ($p=0,0116$) (Tabela 2). Considerando que o protocolo utilizado possibilita identificar separadamente o papel da fadiga da habilidade oral, observou-se que as crianças do nível III, com boa habilidade e baixa resistência, foram as que mostraram o pior desempenho quanto à transição alimentar. Tal resultado reforça o referido por outros autores, de que a fadiga impacta o desempenho alimentar do RNPT da mesma forma que a presença de baixa habilidade para a alimentação oral^(14,15).

Estudos apontam para a eficácia da intervenção fonoaudiológica com relação à estimulação precoce da sucção em RNPTs, desde que associada ao melhor desempenho na alimentação por VO, à alta hospitalar e ao desenvolvimento global do RN. É importante apreender também que a estimulação da sucção nos RNPTs é fundamental para uma alimentação eficaz, prazerosa e funcional no seio materno⁽¹⁶⁾.

Um estudo realizado em 2007 objetivou verificar a efetividade da intervenção fonoaudiológica na diminuição do tempo de alta hospitalar do RNPT. Os resultados obtidos apontaram para a efetividade da intervenção associada a um menor tempo de internação hospitalar⁽¹⁷⁾. A estimulação sensorio-motora-oral tem sido discutida na literatura como uma medida positiva ao desenvolvimento do RNPT, melhorando a coordenação da S/D/R, acelerando a transição alimentar da sonda para VO, diminuindo o tempo de internação e favorecendo o ganho ponderal precoce e o aleitamento materno⁽¹⁸⁻²¹⁾.

No presente estudo, os RNPTs classificados como níveis I, II e III (baixa habilidade e/ou baixa resistência) receberam intervenção fonoaudiológica, seja por programa de estimulação sensorio-motora-oral, seja por treino de resistência. Embora tal atitude não tenha influenciado nos dias de transição alimentar e hospitalização, pode ter contribuído para a evolução ponderal do RNPT.

O crescimento, em especial o ganho de peso, de acordo com o nível de habilidade oral apresentado, foi também objeto de análise.

Isso porque a evolução do peso está diretamente ligada à ingestão de nutrientes, que por sua vez pode ser influenciada, no grupo de crianças estudado, pela habilidade para a alimentação oral.

Ao nascimento e na liberação da VO o peso foi maior no grupo de crianças que apresentaram boa habilidade e resistência para a mamada oral (nível IV); no entanto, na obtenção da VO plena e na alta hospitalar não houve diferença entre os grupos. Em que pese o fato de as crianças dos níveis I, II e III terem levado maior tempo para a obtenção da VO independente, observou-se que o nível de habilidade não influenciou negativamente o ganho de peso. Ao contrário, é possível que a intervenção fonoaudiológica, ao fortalecer a habilidade oral e proporcionar resistência para as crianças dos níveis I, II e III, tenha favorecido o ganho de peso nesse grupo, justificando o fato de tais crianças terem se igualado às do nível IV na VO plena e na alta hospitalar.

A avaliação nutricional do RN é tarefa difícil e necessária em uma UTI Neonatal, principalmente quando se trata de RNPTs, uma vez que estes nasceram antes do período de maior crescimento somático e depósito de nutrientes. Além disso, sabe-se que a desnutrição, no período neonatal, está associada a importantes problemas, especialmente em relação ao neurodesenvolvimento⁽¹⁾. Diante dessa situação, a avaliação nutricional torna-se peça fundamental na rotina diária dessas crianças⁽²²⁾. Por outro lado, a restrição do CIU é alta em prematuros, e a oferta de nutrientes é determinante para a adequação do crescimento pós-natal⁽²³⁾. Assim, os cuidados com a nutrição, em que se inclui a intervenção fonoaudiológica, devem receber especial atenção no período neonatal, a fim de garantir um adequado crescimento e um desenvolvimento neuropsicomotor no RNPT, evitando sequelas futuras^(24,1,25).

CONCLUSÕES

Os resultados encontrados neste trabalho permitiram concluir que o nível de habilidade oral do RNPT interferiu significativamente sobre o tempo de transição alimentar da sonda para a VO, ou seja, os prematuros com maior nível de habilidade oral fizeram a transição em menos da metade do tempo, quando comparados aos demais. Consequentemente, esses prematuros receberam alta hospitalar, em média, uma semana antes.

Por outro lado, o crescimento, representado pelo ganho de peso, não sofreu influência do nível de habilidade oral. Nesse sentido, deve-se destacar o papel benéfico da intervenção fonoaudiológica não só melhorando a habilidade oral, mas também possibilitando ao RNPT adquirir resistência para a mamada e, dessa forma, evoluir satisfatoriamente no peso, no período de transição alimentar.

**CLV participou em todos os processos deste trabalho, desde a coleta de dados até a redação deste manuscrito; LCB participou na coleta de dados, aplicação do protocolo fonoaudiológico e contribuiu para o referencial teórico; EMSS participou na coleta de dados, tabulação de dados e contribuiu para o referencial teórico; LSP contribuiu na coleta de dados e aplicação do protocolo fonoaudiológico; GB participou na coleta de dados e na aplicação do protocolo fonoaudiológico; MKS participou na coordenação de todos os processos deste trabalho; ARMW participou na orientação de todos os processos deste trabalho.*

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AG, Siqueira PP, Abreu LC. Cuidados nutricionais no recém-nascido de muito baixo peso. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2008;18(2):148-54.
2. Grantham-Mcgrego SM, Ani CC. Undernutrition and mental development. *In: Fernstrom JD, Uary R, Arroyo P. Nutrition and brain.* Vevey: Nestec; 2001. p. 1-14.
3. Medeiros AMC, Oliveira ARM, Fernandes AM, Guardachoni GAS, Aquino JPSP, Rubinick ML, et al. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;23(1):57-65.
4. Palmer MM. Identification and management of the transitional suck pattern in premature infants. *J Perinat Neonat Nurs.* 1993;1(7):66-75.
5. Thoyre SM, Shaker CS, Pridham KF. The early skills assessment for preterm infants. *Neonatal Netw.* 2005;24(3):7-16.
6. Fujinaga CI, Scochi CGS, Santos CB, Zamberlan NE, Leite AM. Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2008;8(4):391-9.
7. Fujinaga CI, Zamberlan NE, Rodarte MDO, Scochi CGS. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2007;19(2):143-50.
8. Neiva FCB, Leone C, Leone CR. Non-nutritive sucking scoring system for preterm newborns. *Acta Paediatr.* 2008;97(10):1370-5.
9. Lau C, Smith EO. A novel approach to assess oral feeding skills of preterm infants. *Neonatology.* 2011;100(1):64-70.
10. Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr.* 1978;93(1):120-2.
11. Fenton TR. A new growth chart for preterm babies: Babson and Benda's chart updated with recent data and a new format. *BMC Pediatr.* 2003;3:13.
12. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Fucile S, Gisel E, Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *J Pediatr.* 2002;141(2):230-6.
14. Lau C, Geddes D, Mizuno K, Schaal B. The development of oral feeding skills in infants. *Int J Pediatr.* 2012; pages 3.
15. Lau C, Smith EO. Interventions to improve the oral feeding performance of preterm infants. *Acta Paediatr.* 2012;101(7):e269-74.
16. Moura LTL, Tolentino GM, Costa TLS, Aline A. Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. *Rev CEFAC.* 2009;11(3):448-56.
17. Costa CN, Lima GRS, Jorge RM, Malta RACG, Nemr K. Efetividade da intervenção fonoaudiológica no tempo de alta hospitalar do recém-nascido pré-termo. *Rev CEFAC.* 2007;9(1):72-8.
18. Bauer MA, Yamamoto RCC, Weinmann ARM, Keske-Soares M. Avaliação da estimulação sensório-motora-oral na transição alimentar enteral para via oral plena em recém-nascidos pré-termo. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2009;9(4):429-34.
19. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CG. Sucção não nutritiva em recém-nascidos prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2003;11(2):232-6.
20. Fucile S, Gisel EG, McFarland DH, Lau C. Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance oral feeding performance in preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 2011;53(9):829-35.
21. Fucile S, McFarland DH, Gisel EG, Lau C. Oral and nonoral sensorimotor interventions facilitate suck-swallow-respiration functions and their coordination in preterm infants. *Early Hum Dev.* 2012;88(6):345-50.
22. Cardoso LEB, Falcão MC. Importância da avaliação nutricional de recém-nascidos pré-termo por meio de relações antropométricas. *Rev Paul Pediatr.* 2007;25(2):135-41.
23. Martin C, Brown YF, Ehrenkranz RA, O'Shea TM, Allred EN, Belfort MB, McCormick MC, Leviton A; Extremely Low Gestational Age Newborns Study Investigators. Nutritional practices and growth velocity in the first month of life in extremely premature infants. *Pediatrics.* 2012;124(2):649-57.
24. Euser AM, de Wit CC, Finken MJ, Rijken M, Wit JM. Growth of preterm born children. *Hormone Research.* 2008; 70(6):319-28.
25. Costa IT, Leone CR. Influência do crescimento intrauterino restrito sobre a evolução nutricional e crescimento de recém-nascidos pré-termo até a alta hospitalar. *Rev Paul Pediatr.* 2009;27(1):15-20.