

Prontidão para via oral, aleitamento materno e diabetes mellitus gestacional: estudo caso-controle

Readiness for way oral, breastfeeding and gestational diabetes mellitus: a case-control study

Maria Teresa Bezerra Gomes¹ , Raquel Coube de Carvalho Yamamoto² , Taísa Ribeiro de Souza Oliveira¹ 

RESUMO

Objetivo: verificar a prontidão para via oral e aleitamento materno em recém-nascidos de mães diagnosticadas com diabetes *mellitus* gestacional (DMG). **Métodos:** estudo observacional, analítico, quantitativo, do tipo caso-controle. Para avaliação da sucção não nutritiva, foi utilizado o Protocolo de Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação por Via Oral - POFRAS e, para avaliação do desempenho em seio materno, o Protocolo de Acompanhamento Fonoaudiológico – Aleitamento Materno. A amostra foi estratificada em dois grupos, sendo o grupo experimental composto por recém-nascidos de mães diagnosticadas com DMG e o grupo-controle, por recém-nascidos de mães híginas. Para a análise estatística, foram utilizados os testes Mann-Whitney, Shapiro Wilk e t de Student. **Resultados:** a amostra total foi composta por 46 recém-nascidos, sendo 21 do grupo experimental e 25 do grupo-controle. Observou-se $p < 0,05$ na comparação entre os grupos nas seguintes variáveis: oscilação do estado de consciência, hipotonia global, reflexo de procura débil, menos de cinco sucções por pausa na avaliação da sucção não nutritiva, pega em seio, adormecimento após iniciar sucção e posicionamento mãe-bebê. **Conclusão:** recém-nascidos de mães diagnosticadas com DMG apresentaram maior dificuldade na prontidão para via oral e na prática do aleitamento materno nas primeiras 72 horas de vida, comparados aos filhos de mães híginas.

Palavras-chave: Diabetes gestacional; Aleitamento materno; Comportamento de sucção; Macrossomia fetal; Hipoglicemia

ABSTRACT

Purpose: to verify the readiness for oral feeding and breastfeeding in newborns of mothers diagnosed with gestational diabetes mellitus (GDM). **Methods:** observational, analytical, quantitative case-control study. For the evaluation of non-nutritive sucking, the PROFAS protocol was used and for the evaluation of performance at the mother's breast, the protocol of Speech Therapy - Breastfeeding. The sample was stratified into two groups, the experimental group, composed of newborns of mothers diagnosed with GDM, and the control group, with newborns of healthy mothers. For statistical analysis, the Mann-Whitney, Shapiro Wilk and Student's t tests were used. **Results:** the total sample consisted of 46 newborns, 21 from the experimental group and 25 from the control group. $P < 0.05$ was observed in the comparison between the groups in the variables: oscillation in the state of consciousness, global hypotonia, weak search reflex, less than five suctions per pause in the assessment of non-nutritive sucking, holding on to the breast, falling asleep after starting suction and mother-infant positioning. **Conclusion:** newborns of mothers diagnosed with GDM had greater difficulty in readiness for oral feeding and in the practice of breastfeeding in the first 72 hours of life, compared to children of healthy mothers.

Keywords: Diabetes gestational; Breast feeding; Sucking behavior; Fetal macrosomia; Hypoglycemia

Trabalho realizado no Hospital Geral Roberto Santos – HGRS – Salvador (BA), Brasil.

¹Programa de Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar com Ênfase em Neonatologia, Hospital Geral Roberto Santos – HGRS – Salvador (BA), Brasil.

²Laboratório de Motricidade Orofacial e Disfagia Infantil, Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: MTBG avaliou os sujeitos, tabulou e analisou os dados, colaborou em todas as etapas da escrita e correções do estudo; RCCY orientou o trabalho, analisou os dados e efetuou correções, colaborando com a escrita do estudo; TRSO orientou o trabalho, avaliou os sujeitos, colaborou em todas as etapas de escrita e correções do estudo.

Financiamento: Nada a declarar.

Autor correspondente: Maria Teresa Bezerra Gomes. E-mail: mariateresabezg@gmail.com

Recebido: Setembro 15, 2022; **Aceito:** Novembro 22, 2022

INTRODUÇÃO

A diabetes *mellitus* gestacional (DMG) é uma alteração metabólica, detectada ao início ou durante a gestação, caracterizada por um aumento da glicemia, ocasionando hiperglicemia materna, que pode desaparecer ou persistir após o parto⁽¹⁾. Em uma gestação afetada pela DMG, o feto será exposto a altos níveis de glicose, gerando aumento da produção de insulina fetal, o que pode acarretar sofrimento fetal, nascimento prematuro, hiperbilirrubinemia, hipoglicemia e possíveis dificuldades alimentares futuras⁽²⁾.

Os recém-nascidos (RN) com hipoglicemia tendem a ser mais agitados, apresentarem tremores e hiperexcitabilidade nos primeiros dias de vida, podendo, também, apresentar sintomas, como hipotonia, letargia e sucção débil⁽³⁾. Os reflexos orais do RN, como os de sucção e deglutição, coordenados com a respiração, presentes e adequados são fatores predisponentes para uma eficiente alimentação por via oral⁽⁴⁾.

O uso de complemento, como a fórmula láctea, é comumente associado a condições ligadas a hipoglicemia, como notado nos casos de RNs macrossômicos e filhos de mães diabéticas⁽⁵⁾. A forma inadequada da oferta desse complemento pode interferir no padrão motor oral, levando o RN a apresentar dificuldades específicas na função oral, trazendo prejuízos na sucção e, conseqüentemente, no sucesso do aleitamento materno⁽⁶⁾.

Há poucos estudos que focam a análise do desempenho alimentar e na mamada de RNs de mães com diagnóstico de DMG, fazendo-se necessários estudos que abordem tal temática. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi verificar a prontidão para via oral em recém-nascidos de mães diagnosticadas com diabetes *mellitus* gestacional e comparar com recém-nascidos de genitoras hígdas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, analítico, quantitativo, do tipo caso controle. A coleta foi realizada no período de maio a dezembro de 2021 em uma maternidade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Roberto Santos - HGRS/BA, sob parecer nº 4.726.014. Todos os responsáveis concordaram com a participação no estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Alguns dados maternos foram coletados em prontuário, como idade, número de consulta pré-natal, orientações sobre aleitamento materno nessas consultas, realização do aleitamento materno na primeira hora de vida do RN, se portadora, ou não, do diagnóstico médico de DMG, via de parto, quantidade de gestações, experiências progressas em aleitamento materno e tratamentos para DMG. No prontuário do RN, foram coletados dados referentes à idade gestacional (IG), peso ao nascer (PN), gênero, diagnósticos médicos, intercorrências no parto e índice de APGAR.

Como critério de inclusão para o estudo, foram selecionadas genitoras com idade a partir de 18 anos, internadas em unidade de alojamento conjunto da maternidade, estáveis e com liberação de aleitamento materno pela equipe médica, cujos bebês nasceram a termo e estáveis e com menos de 72 horas de vida, além do desejo materno em amamentar e concordar em participar da pesquisa, assinando o TCLE. Os critérios de exclusão foram RNs que apresentaram infecções perinatais, intercorrências durante o

parto e no período neonatal, diagnósticos de comprometimento neurológico e cardíaco, prematuridade, suspeita ou diagnóstico de síndrome genética, malformações de cabeça e pescoço, índice de APGAR abaixo de 7 no primeiro e no quinto minuto, frênulo lingual alterado e bebês cuja genitora estivesse impossibilitada de amamentar por diagnóstico de HIV e/ou HTLV, bem como aquelas que não desejassem amamentar por motivos pessoais.

Após elegibilidade para participar da pesquisa, a amostra foi dividida em dois grupos: grupo-controle (GC), composto por filhos de mães sem diagnóstico de DMG atual ou em gestações anteriores, e grupo experimental (GE), composto por filhos de mães diagnosticadas com DMG na gestação atual. Como forma de controlar possível viés de seleção e fatores de confusão, em ambos os grupos foram incluídas apenas crianças com peso ao nascimento acima de 2500g e consideradas RN a termo, com tempo de gestação acima de 37 semanas.

Para avaliação da sucção não nutritiva, foi utilizado o Protocolo de Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação por Via Oral - POFRAS⁽⁷⁾ e, para avaliação da sucção nutritiva em seio materno, foi usado o protocolo de Acompanhamento Fonoaudiológico – Aleitamento Materno⁽⁸⁾, atualmente em processo de validação⁽⁹⁾, porém de suma importância e abrangente aos diversos pontos relevantes para a realização desta pesquisa.

O POFRAS⁽⁷⁾, apesar de ter sido desenvolvido para prematuros, foi utilizado para análise dos parâmetros da sucção não nutritiva, sendo observados reflexos orais, aspectos como movimentação e canolamento de língua, movimentação de mandíbula, força de sucção e número de sucção por pausa, manutenção do ritmo, estado de alerta e sinais de estresse. No Protocolo de Acompanhamento Fonoaudiológico – Aleitamento Materno⁽⁸⁾, foram analisadas as variáveis pega do RN, padrão de sucção, movimento de mandíbula, coordenação entre sucção, deglutição e respiração, se houve necessidade de acordar o RN e o posicionamento mãe-RN.

A avaliação foi realizada pelas pesquisadoras responsáveis, treinadas para reconhecer os pontos abordados. O RN foi avaliado nas primeiras 72 horas, no alojamento conjunto do referido hospital, em berço comum, na posição semi-inclinado, apoiado pelas avaliadoras, no horário precedente à amamentação, acreditando-se que seja o horário de melhor estado de alerta do RN. Caso o RN estivesse em sono profundo anteriormente a amamentação, a avaliadora o despertava com estímulos táteis e auditivos, até obter um estado de alerta favorável à avaliação (alerta e semialerta). Na avaliação em seio materno, foi solicitado que a genitora posicionasse o RN de forma habitual.

Ao final das avaliações, todas as genitoras receberam orientações sobre amamentação, visando contribuir para melhor sucesso no aleitamento. Quando identificadas dificuldades da díade mãe-bebê na mamada e/ou disfunções orais no RN, foi realizado contato com a equipe de Fonoaudiologia e demais componentes da equipe multiprofissional da unidade, para sinalizar as dificuldades apresentadas pela díade, a fim de que ambos, mãe e RN, recebessem o suporte necessário durante a internação para uma intervenção precoce a partir das alterações apresentadas, visando ao melhor desempenho do RN em seio materno.

Na estatística descritiva, os dados categóricos foram resumidos por meio de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão. Para análise de associação entre as variáveis, foi utilizado o *software* SPSS Statistics versão 21.0. Foi utilizado o teste Mann-Whitney e o teste de Shapiro Wilk para análise das variáveis quantitativas. Considerou-se $p < 0,05$ para relevância estatística.

RESULTADOS

A amostra total foi composta por 46 RNs. Após estratificação entre os grupos, 21 RNs compuseram o grupo experimental (GE) e 25 RNs, o grupo controle (GC). Na Tabela 1, estão descritas as informações gerais, especificando GC e GE, quanto aos dados maternos e do RN.

A média de consultas de pré-natal foi de 8,32 ($\pm 2,7$) consultas para o GC e 7,24 ($\pm 3,8$) para GE. Duas mães (10%) do GE não realizaram nenhuma consulta de acompanhamento pré-natal. Orientações quanto ao aleitamento materno durante o pré-natal foram dadas para 11 (44%) mães do GC e 4 (19%) do GE.

Com relação aos dados maternos do grupo experimental, foram coletados aqueles referentes ao tratamento para DMG. Observou-se maior predominância de tratamento dietético, seguido de farmacológico, como a insulina. No GE, 14 (67%) mães já tinham amamentado filhos anteriormente. Já no GC, a maioria, 18 (72%), não teve contato com aleitamento materno, estando na sua primeira gestação.

Na Tabela 2, estão dispostos os resultados da associação entre o grupo-controle e o grupo experimental, relativos à prontidão para via oral. A maioria das variáveis apresentou relevância estatística entre os grupos, considerando $p < 0,05$.

A Tabela 3 mostra os resultados da comparação entre o grupo-controle e o grupo experimental quanto às variáveis observadas na avaliação da mamada do RN em seio materno. Observou-se que grande parte das variáveis apresentou relevância estatística.

DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o diagnóstico da DMG deve ser considerado prioridade mundial, por ser um grande problema de saúde pública, com prevalência de 1% a 37,7% e média mundial de 16,2% no ano de 2015⁽¹⁰⁾.

Tabela 1. Característica geral dos dados maternos e do recém-nascido

Variáveis	Grupo-Controle n=25	Grupo Experimental n=21
Dados maternos		
Idade materna*	26,4 (7,1)	31,9 (6,8)
Via de parto		
Normal	13 (52)	5 (20)
Cesárea	12 (48)	16 (64)
Aleitamento na 1ª hora de vida		
Sim	15 (60)	7 (28)
Não	10 (40)	14 (56)
Dados do Recém-nascido		
Peso ao nascimento*	3287,92 (482,3)	3582,95 (703,9)
Idade gestacional		
≥ 37 semanas	1 (4)	7 (33,3)
≥ 38 semanas até 39 semanas	12 (48)	12 (57,1)
≥ 40 semanas	12(48)	2 (9,5)
Gênero		
Feminino	13 (52)	9 (42,9)
Masculino	12 (48)	12 (57,1)

Legenda: n = tamanho da amostra; ≥ = maior ou igual a

*Valores expressos em média e desvio padrão; demais dados estão expressos n(%) para a frequência

Ainda em 2015, o Brasil encontrou-se em quarto lugar no *ranking* mundial de países com maior índice de adultos diagnosticados com diabetes *mellitus*, incluindo a DMG⁽¹¹⁾.

Estudos apontam a influência da idade materna para DMG, considerando a idade avançada como fator de risco para um desfecho desfavorável⁽¹²⁾. Apesar de não estarem incluídas mães com idade inferior a 18 anos nesta pesquisa, evidenciou-se a elevada idade materna no GE, quando comparado ao GC. É importante destacar que existem outros fatores de risco para DMG considerados no rastreamento e triagem de gestantes que, além da idade igual ou superior a 35 anos, incluem sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual, antecedente individual e familiar (primeiro grau) de diabetes gestacional, antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal e macrossomia, entre outros⁽¹³⁾.

O parto cesáreo corresponde a uma cirurgia de alta complexidade, sendo o Brasil um dos países com maior taxa de cesarianas do mundo⁽¹⁴⁾. Estudo⁽¹⁵⁾ aponta a predisposição das mães com DMG para realização desse tipo de parto, concordando com os achados do GE, no qual verificou-se a elevada ocorrência de partos cesáreos. Nesse mesmo grupo, percebeu-se que a maioria não realizou aleitamento materno na primeira hora de vida. Dentre os possíveis fatores, pode-se destacar a alta complexidade do parto cesáreo, o efeito da anestesia e o posicionamento materno no pós-cirúrgico, que podem estar relacionados à baixa taxa de aleitamento materno na primeira hora de vida, nessa população⁽¹⁶⁾.

Pesquisas apontam que a DMG pode estar relacionada à macrossomia e parto prematuro, além de outros fatores^(17,18). Apesar de não terem sido incluídos bebês prematuros na pesquisa, notou-se uma elevada frequência de bebês que nasceram a termo, no GE, podendo este dado estar associado ao fato de todas as mães terem realizado tratamento para DMG.

Estudo⁽¹⁹⁾ relacionou o diagnóstico de DMG com gênero fetal, verificando propensão maior para seu desenvolvimento em gestações de fetos masculinos, estando as gestações de fetos femininos mais associadas à progressão da DMG para a diabetes *mellitus* tipo 2. Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo, observando-se maior predominância de gênero masculino quando comparado ao feminino, no GE.

Para um tratamento adequado da DMG, faz-se necessário o acompanhamento regular durante o pré-natal. Notou-se que a média de consultas de pré-natal, apesar de estar na faixa de normalidade, ainda foi relativamente baixa. Durante a pesquisa, percebeu-se que algumas mães do GE relataram não terem realizado pré-natal, afirmando, entretanto, descobrimento tardio da gestação, com internamento hospitalar para controle e monitoramento da diabetes.

Visando reverter a hiperglicemia e reduzir os riscos de problemas à saúde materna e do feto, os tratamentos mais comumente utilizados para controle da DMG são o monitoramento da glicose, o aconselhamento dietético e a farmacologia ou insulina⁽¹⁷⁾. No estudo em questão, o tratamento mais utilizado para o controle da DMG foi alimentação e insulina, ou ambos associados. Sabe-se que o adequado tratamento da DMG proporciona uma redução nos riscos das complicações durante a gestação e após o parto.

Algumas possíveis complicações neonatais encontradas em filhos de mães com DMG são asfixia e hipoglicemia⁽²⁰⁾. A hipoglicemia representa a queda de glicose no sangue, podendo resultar em fadiga muscular, sonolência, entre outros sintomas⁽²¹⁾.

Tabela 2. Comparação entre grupo-controle e grupo experimental na prontidão para via oral

Variáveis	Grupo controle n (%)	Grupo Experimental n (%)	Valor de p
Número total de recém-nascido	25 (100)	21 (100)	
Reflexo de procura			
Presente	25 (100)	14 (66,7)	,002*
Débil	0 (0)	6 (28,6)	
Ausente	0 (0)	1 (4,7)	
Reflexo de sucção			
Presente	25 (100)	17 (80,9)	,024*
Débil	0 (0)	4 (19,1)	
Reflexo de mordida			
Presente	16 (64)	5 (23,8)	,007*
Ausente	9 (36)	16 (76,2)	
Movimentação de língua			
Adequada	25(100)	19 (90,5)	,119
Alterada	0 (0)	2 (9,5)	
Canolamento de língua			
Presente	25(100)	18 (85,7)	,053
Ausente	0 (0)	3 (14,2)	
Movimentação de mandíbula			
Adequada	25(100)	19 (90,5)	,119
Alterada	0 (0)	2 (9,5)	
Força de sucção			
Forte	24 (96)	16 (76,2)	,048*
Fraca	1 (4)	4 (19,1)	
Ausente	0 (0)	1 (4,7)	
Sucções por pausa			
5 a 8	20 (80)	4 (19,1)	,000*
>8	1 (16)	4 (19,1)	
<5	4 (4)	13 (61,8)	
Manutenção do ritmo			
Rítmico	24 (96)	12 (57,1)	,002*
Arrítmico	1 (4)	9 (42,9)	
Manutenção do estado de alerta			
Sim	20 (80)	5 (23,8)	,001*
Parcial	4 (16)	14 (66,7)	
Não	1 (4)	2 (9,5)	
Sinais de estresse			
Sim	3 (12)	12 (57,1)	,001*
Não	22 (88)	9 (42,9)	

Legenda: n = tamanho da amostra; % = valor em porcentagem; valores expressos em frequência absoluta e relativa

*Valor de p < 0,05. Teste Mann-Whitney

Tabela 3. Comparação entre os dados dos recém-nascidos do grupo-controle e grupo experimental da avaliação fonoaudiológica no aleitamento materno durante a sucção nutritiva

Variáveis	Grupo controle n (%)	Grupo experimental n (%)	Valor de p
Número total de díade mãe-bebê	25 (100)	21 (100)	
Pega do RN			
Efetiva	20 (80)	8 (38,1)	,002*
Não mantém	5 (20)	13 (61,9)	
Padrão de sucção			
Sucção eficaz	18 (72)	5 (24)	,001*
Suga e logo adormece	6 (24)	12 (57)	
Não suga	1 (4)	1 (5)	
Suga com pausas longas e logo adormece	0 (0)	3 (14)	
Movimentos coordenados de mandíbula			
Sim	25 (100)	20 (96)	,274
Não	0 (0)	1 (4)	
Coordenação sucção/deglutição/respiração			
Sim	25 (100)	21 (100)	1,000
Houve necessidade de acordar o RN			
Sim	2 (8)	15 (71,4)	,000*
Não	23 (92)	6 (28,6)	
Posicionamento mãe-RN			
Barriga com barriga e cabeça do RN elevada em relação ao corpo	24 (96)	11 (52)	,001*
Barriga com barriga e cabeça do RN alinhada em relação ao corpo	1 (4)	10 (48)	

Legenda: RN = recém-nascido; n = tamanho da amostra; % = valor em porcentagem; valores expressos em frequência absoluta e relativa

*Valor de p < 0,05. Teste Mann-Whitney

Nas variáveis analisadas do protocolo POFRAS⁽⁸⁾, observou-se que a maioria dos bebês do GE apresentou alterações durante a avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva. Tais alterações podem estar justificadas em razão da DMG materna, pois, ao comparar-se com o grupo de RNs de mães sem esse diagnóstico percebeu-se melhor desempenho nas funções referentes às habilidades necessárias para realização da sucção.

É fundamental que o RN apresente um bom padrão motor oral, indicando prontidão oral para a mamada, visando ao adequado estabelecimento do aleitamento materno. O correto funcionamento dos reflexos orais diz respeito ao reflexo de procura para abocanhar o seio materno, bem como o reflexo de sucção para manutenção da pega e adequada extração láctea⁽²²⁾. Se o bebê apresenta alteração nos reflexos orais, por sua vez, pode apresentar alteração no padrão de sucção, como observado nos casos dos RNs que apresentaram força de sucção fraca.

Sabe-se que a DMG e as complicações a ela associadas podem gerar impactos na saúde do RN⁽²⁾. Notou-se que, no GE, a maioria apresentou menores grupos de sucção não nutritiva, arritmicidade na sucção e sinais de estresse durante a avaliação, podendo estar relacionados a um maior padrão de sonolência e sinais de fadiga muscular. Ademais, notou-se que, no GC, todos os RNs apresentaram força de sucção forte. Com um padrão de sucção não estabelecido corretamente, o bebê pode apresentar dificuldade na manutenção da pega, gerando esforço, fadiga, sinais de estresse e dificuldade na manutenção do estado de alerta, também observado no decorrer desta pesquisa, em que foi necessário realizar estímulos táteis a fim de favorecer a manutenção de estado de alerta no GE durante a sucção nutritiva em seio materno.

Estudos^(18,23) apontam que a hipoglicemia pode ocorrer nas primeiras duas horas após o nascimento, persistindo até 72 horas, ou por uma semana, podendo gerar impacto na sucção do RN e acarretar uma sucção débil e até dificuldades alimentares futuras⁽²⁴⁾. Tal informação confirma os achados referentes ao padrão de sucção dos RNs do GE, destacando-se o desempenho inferior relacionado ao reflexo de procura, de sucção e mordida, grupos de sucção por pausa, força e manutenção do ritmo de sucção e do estado de alerta, além de apresentarem mais sinais de estresse.

A avaliação da sucção nutritiva foi realizada dentro das primeiras 72 horas pós-parto. Notou-se que o GE apresentou maior dificuldade na pega em seio materno e não manteve o estado de alerta, adormecendo logo após iniciar a sucção em seio materno. Tais características foram diferentes das observadas no GC, podendo o diagnóstico materno de DMG ter influenciado o padrão de sucção não nutritiva do GE, assim como o baixo estado comportamental.

Na intenção de melhorar a pega do RN do GE durante a sucção nutritiva em seio materno, foi necessária intervenção profissional do fonoaudiólogo, apto para trabalhar com as dificuldades no manejo do aleitamento materno, para auxiliar a mãe precocemente, com o objetivo de favorecer o sucesso do aleitamento. Todas as mães do estudo, mesmo aquelas sem dificuldades, foram orientadas sobre o benefício e manejo do aleitamento materno. Para as mães nas quais foram verificadas dificuldades em amamentar, após a avaliação, foram realizados auxílio e adequação das alterações observadas e sinalizou-se a equipe multiprofissional do referido hospital para realização de acompanhamento da diáde durante o internamento.

A literatura aponta a tendência de mães com DMG a introduzirem fórmula láctea nos primeiros dias de vida, bem

como realizarem o desmame precoce^(17,22). Porém, não existe consenso de que tais fatores possam estar associados à dificuldade que essa população pode apresentar durante a amamentação.

Observou-se, nesta pesquisa, que as mães avaliadas após 48 horas do parto apresentavam alterações nas condições das mamas, seja por ingurgitamento mamário ou dor. O GE foi composto, em sua maioria, por mães multigestas, que vivenciaram a amamentação anteriormente. Todavia, percebeu-se que, mesmo as mães que já tiveram contato pregresso com o aleitamento, apresentaram dificuldades no posicionamento mãe-bebê durante a mamada. As dificuldades encontradas no processo de aleitamento materno podem estar diretamente relacionadas ao desempenho inferior das habilidades motoras orais do RN durante a sucção nutritiva, bem como ao seu baixo estado de alerta.

Faz-se necessária a realização de mais estudos sobre o tema, visto que a presente pesquisa apresentou dificuldades no número amostral quando aplicados os critérios de inclusão e exclusão, assim como na continuidade do segmento ambulatorial para acompanhamento fonoaudiológico desses pacientes, a fim de evitar precocemente dificuldades alimentares e distúrbios miofuncionais orofaciais.

CONCLUSÃO

Recém-nascidos de mães diagnosticadas com diabetes *mellitus* gestacional apresentaram maior dificuldade na prontidão para via oral e na prática do aleitamento materno nas primeiras 72 horas de vida, comparados aos filhos de mães híginas.

AGRADECIMENTOS

A todos os colaboradores que fizeram este trabalho possível.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes—2021. *Diabetes Care*. 2021;44(Supl 1):S15-33. <http://dx.doi.org/10.2337/dc21-S002>. PMID:33298413.
2. Stewart A, Malhotra A. Gestational diabetes and the neonate: challenges and solutions. *Res Rep Neonatol*. 2015;5:31-9. <http://dx.doi.org/10.2147/rrn.s30971>.
3. Duarte BNA, Ramos CAMC, Oliveira FRC, Gomes LE, Queiroz MP, Fonte PB, et al. Hipoglicemia neonatal resultante da hiperglicemia materna. *Rev Cad Medicina [Internet]*. 2019 [citado em 2022 Nov 22];2(3):94-100. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/viewFile/1645/772>
4. Sanches MTC. Clinical management of oral disorders in breastfeeding. *J Pediatr*. 2004;80(Supl 5):S155-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700007>. PMID:15583766.
5. Ledo BC, Góes FGB, Santos AST, Pereira-Ávila FMV, Silva ACSS, Bastos MPC. Fatores associados ao uso de complemento lácteo entre recém-nascidos no ambiente hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e51503. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.51503>.

6. França EC, Sousa CB, Aragão LC, Costa LR. Electromyographic analysis of masseter muscle in newborns during suction in breast, bottle or cup feeding. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):154. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-154>. PMID:24885762.
7. Fujinaga CI, Scocchi CGS, Santos CB, Zamberlan NE, Leite AM. Validação do 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000400004>.
8. Pivante CM, Medeiros AMC. Intervenções fonoaudiológicas no aleitamento materno junto às mães de paridade zero. *Mundo Saúde*. 2006;30(1):87-95. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.200630.1.10>.
9. Medeiros AMC, Nascimento HS, Santos MKO, Barreto IDC, Jesus EMS. Análise do conteúdo e aparência do protocolo de acompanhamento fonoaudiológico - aleitamento materno. *Audiol Commun Res*. 2018;23:e1921. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1921>.
10. Hod M, Kapur A, Sacks DA, Hadar E, Agarwal M, Renzo GC, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: a pragmatic guide for diagnosis, management, and care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131(Supl 3):S173-211. [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(15\)30033-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(15)30033-3).
11. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2015 [citado em 2022 Nov 22]. Diabetes: a global emergency; p. 12-17. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/7/IDF%20Diabetes%20Atlas%207th.pdf>
12. Johns EC, Denison FC, Norman JE, Reynolds RM. Gestational diabetes mellitus: mechanisms, treatment, and complications. *Trends Endocrinol Metab*. 2018;29(11):743-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tem.2018.09.004>. PMID:30297319.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 2022 Nov 22]. Diabetes gestacional; p. 183-184. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
14. Knobel R, Lopes TJP, Menezes MO, Andreucci CB, Gieburowski JT, Takemoto MLS. Cesarean-section rates in Brazil from 2014 to 2016: cross-sectional analysis using the Robson Classification. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(9):522-8. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1712134>. PMID:32559791.
15. Nguyen PTH, Pham NM, Chu KT, Van Duong D, Van Do D. Gestational diabetes and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Asia Pac J Public Health*. 2019;31(3):183-98. <http://dx.doi.org/10.1177/1010539519833497>. PMID:30832484.
16. Silva JLP, Linhares FMP, Barros AA, Souza AG, Alves DS, Andrade PON. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):e4190017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>.
17. Johns EC, Denison FC, Norman JE, Reynolds RM. Gestational diabetes mellitus: mechanisms, treatment, and complications. *Trends Endocrinol Metab*. 2018;29(11):743-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tem.2018.09.004>. PMID:30297319.
18. Estacia C, Souza FC, Tisott TM. Diabetes mellitus neonatal: relato de caso. *Bol Cient Pediatr [Internet]*. 2015 [citado em 2022 Nov 22];4(1):22-4. Disponível em: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/150915221204bcped_v4_n1_a6.pdf
19. Retnakaran R, Shah BR. Fetal sex and the natural history of maternal risk of diabetes during and after pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(7):2574-80. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2015-1763>. PMID:25993641.
20. Alejandro EU, Mamerto TP, Chung G, Villavieja A, Gaus NL, Morgan E, et al. Gestational diabetes mellitus: a harbinger of the vicious cycle of diabetes. *Int J Mol Sci*. 2020;21(14):5003. <http://dx.doi.org/10.3390/ijms21145003>. PMID:32679915.
21. Sweet CB, Grayson S, Polak M. Management strategies for neonatal hypoglycemia. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2013;18(3):199-208. <http://dx.doi.org/10.5863/1551-6776-18.3.199>. PMID:24052783.
22. Mosele PG, Santos JF, Godoi VC, Costa FM, Toni PM, Fujinaga CI. Instrumento de avaliação da sucção do recém-nascido com vistas à alimentação ao seio materno. *Rev CEFAC*. 2014;16(5):1548-57. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201426412>.
23. - Bueno EB, Coca KP, Abuchaim ESV, Abrão ACFV, Marcacine KO, Draque CM. Aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos de mães diabéticas em alojamento conjunto. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2017;17(2):70-5. <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201700009>.
24. Pereira LFM, Menezes RVD, Correa TR, Braga VC, Mesquita GA, Pires VCL, et al. Pathophysiology and prevention of neonatal hypoglycemia: literature review. *Braz J Health Rev*. 2021;4(2):5852-65. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n2-148>.