

Características da sucção não-nutritiva em recém-nascidos a termo e pré-termo tardio

Ana Paula d'Oliveira Gheti Kao, Zelita Caldeira Ferreira Guedes, Amélia Miyashiro Nunes dos Santos
Departamento de Fonoaudiologia, Disciplina de Pediatria Neonatal, Universidade Federal de São Paulo
Email: ana.kao@ig.com.br ou depfonoaudio@epm.br

Descritores: Prematuro, Comportamento de sucção, Idade gestacional

INTRODUÇÃO: O pré-termo tardio é definido como sendo o prematuro que nasce de 34 semanas a 36 semanas e 6 dias de gestação contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual normal da mãe⁽¹⁾. O número de recém-nascidos pré-termo tardio tem aumentado nos últimos anos. O aumento de gestações múltiplas, os avanços das técnicas obstétricas podem justificar este aumento. Em 2005, nos Estados Unidos, 70% dos prematuros eram tardios⁽²⁾. Em 2004, um estudo em Pelotas encontrou 10,8% de pré-termo tardio nesta região⁽³⁾.

Por terem o peso e o tamanho de alguns recém-nascidos a termo, os pré-termo tardios são considerados por muitos profissionais, como neonatos com o desenvolvimento normal e de baixo risco de morbidade. No entanto no período neonatal podem apresentar imaturidade, alterações respiratórias, instabilidade de temperatura, icterícia, convulsões, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, falta de controle dos mecanismos do sono, dificuldades alimentares e taxas mais elevadas de reinternação^(1,4).

A função oromotora ocupa, na maioria das vezes, um papel secundário na escala de prioridades dentro da reabilitação e prevenção de alterações no RN. No entanto, cabe ressaltar que o comportamento motor oral adequado é pré-requisito para o desenvolvimento físico e neuro-psicomotor do neonato, uma vez que se relaciona à ingestão de nutrientes, interação com o meio e até mesmo com o desenvolvimento da fala⁽⁵⁾.

Na área fonoaudiológica existem poucos estudos referentes à sucção, à sua avaliação em pré-termo e/ou lactentes pequenos para idade gestacional e ao impacto da prematuridade sobre o processo da sucção. Protocolos têm sido utilizados com o objetivo de avaliar essa função e contribuir para o planejamento da intervenção terapêutica em caso de dificuldades alimentares^(6,7,8). No entanto, o estudo da sucção se concentra nos prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas^(9,10,11).

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo comparar os parâmetros de sucção não-nutritiva de recém-nascidos a termo (RNT) e pré-termo tardio (RNPT Tardio).

MÉTODOS: Estudo transversal com RN de 24 a 72 horas de vida nascidos em dois hospitais públicos pertencentes ao Complexo Hospitalar da Universidade Federal de São Paulo (CEP 0928/06).

Crterios de inclusão: RN com 24 a 72 horas de vida, com idade gestacional ao nascer de 34 a 41 semanas e seis dias, independente do peso de nascimento, estáveis clinicamente, sem

necessidade de oxigenoterapia e com prescrição de alimentação por via oral por mamadeira ou seio materno.

Crterios de exclusão: RN cujas mães apresentaram hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, amniorrexe maior que 18 horas antes do parto, presença de líquido amniótico meconial, sinais e/ou sintomas de corioamnionite, RN com anomalias congênitas, malformações craniofaciais sinais/sintomas de infecção, doenças respiratórias, cardiovasculares, gastrintestinais ou neurológicas ou que necessitassem de cuidados em unidades de médio ou alto risco^(12,10).

Procedimentos: Os RN que obedeceram aos critérios de inclusão foram divididos em dois grupos: RN com idade gestacional de 34 semanas a 36 semanas e 6 dias (PT Tardio); RN a termo com idade gestacional de 37 semanas a 41 semanas e 6 dias.

Os RN incluídos no estudo foram submetidos à avaliação da sucção não-nutritiva (SNN) 15 minutos antes do horário regular da alimentação das 15:00 horas, com a introdução do dedo mínimo esquerdo enluvado na cavidade oral do RN. Foram avaliados dentro da incubadora ou no berço comum, com a cabeça apoiada na mão direita da pesquisadora e mantendo leve flexão corporal.

Foi utilizada uma adaptação da Escala de Avaliação Motora Oral⁽⁶⁾, utilizando os critérios presença ou ausência do aspecto avaliado: prontidão para mamada (choro, reflexo de procura, reflexo de sucção); tônus (adequado, hipotônico, hipertônico); estado de consciência no início da avaliação⁽¹³⁾ (alerta, sono leve, sonolento, sono profundo); postura no início da avaliação (estável com apoio, desorganizado, mãos na face, preensão palmar, mãos em linha média); sucção (esporádica, presença de grupos de sucção, presença de pausas, presença de pausas longas, precisou de ajuda da examinadora para dar pausas e não se desorganizar, travamento/tremores de mandíbula, excursão exagerada de mandíbula); grau de força de sucção (forte ou não); movimento de língua (protrusão/retração, tremores, canolamento); sinais de stress (alteração da respiração, cianose, bater asa do nariz, adormecer).

Os dados obtidos foram registrados em planilha do Excel para posterior análise.

Análise estatística: As variáveis categóricas foram expressas em número e frequência e comparadas por χ^2 ou teste exato de Fisher. Para análise dos fatores associados à alteração da SNN foi realizada a regressão logística univariada, considerando a variável pré-termo tardio como variável independente e os parâmetros relativos à SNN como variável resposta. Considerou-se nível de significância estatística $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: No período do estudo, nasceram 124 RN pré-termo tardio (PT tardio) e 318 RN a termo. Destes, foram incluídos 40 (32,3%) RNPT tardio e 85 (26,7%) a termo. Dessa forma, foram incluídos no estudo 125 neonatos.

A porcentagem de RNPT tardio e a termo que apresentaram os parâmetros de SNN e a razão de chances (Odds ratio) entre RNPT tardio e a termo de apresentar estes parâmetros estão expostas na Tabela 2. Nessa avaliação, os neonatos poderiam apresentar mais de um parâmetro.

Tabela 1: Presença dos parâmetros de sucção não-nutritiva nos recém-nascidos

	PT Tardio (n=40)	RN Termo (n=85)	OR (IC95%)	Valor de p*
Choro	7 (17,5%)	21 (24,7%)	0,646 (0,249 - 1,677)	0,367
RP	17 (42,5%)	58 (68,2%)	0,344 (0,158 - 0,747)	0,006
RS	28 (70,0%)	78 (92,9%)	0,179 (0,062 - 0,524)	0,001
Alerta	8 (20,0%)	50 (58,8%)	0,175 (0,072 - 0,425)	<0,001
Sono leve	16 (40,0%)	24 (28,2%)	1,694 (0,769 - 3,731)	0,188
Sonolento	16 (40,0%)	11 (12,9%)	4,485 (1,832 - 10,978)	0,001
Estável com apoio	38 (95,0%)	83 (97,6%)	0,458 (0,062 - 3,374)	0,592*
Desorganizado	2 (5,0%)	2 (2,4%)	2,184 (0,296 - 16,094)	0,592#
Mãos a face	9 (22,5%)	24 (28,2%)	0,738 (0,306 - 1,778)	0,497*
Preensão palmar	19 (47,5%)	60 (70,6%)	0,377 (0,173 - 0,819)	0,013*
Mãos em LM	24 (60,0%)	72 (84,7%)	0,271 (0,114 - 0,644)	0,002*
Sucção esporádica	21 (52,5%)	11 (12,9%)	7,435 (3,063 - 18,047)	<0,001*
Grupos de sucção	18 (45,0%)	74 (87,1%)	0,122 (0,050 - 0,296)	<0,001*
Pausas	12 (30,0%)	59 (69,4%)	0,189 (0,083 - 0,428)	<0,001*
Pausas longas	19 (47,5%)	14 (16,5%)	4,588 (1,971 - 10,679)	<0,001*
Ajudar a dar pausas**	1 (2,5%)	4 (4,7%)	0,519 (0,056 - 4,802)	1,000#
Travamento/tremores***	18 (45,0%)	14 (16,5%)	4,149 (1,780 - 9,674)	<0,001*
Protrusão	10 (25,0%)	8 (9,4%)	3,208 (1,156 - 8,905)	0,021*
Retração	11 (27,5%)	8 (9,4%)	3,651 (1,335 - 9,982)	0,009*
Tremores	5 (12,5%)	3 (3,5%)	3,905 (0,884 - 17,240)	0,109#
Canolamento	28 (70,0%)	76 (89,4%)	0,276 (0,105 - 0,727)	0,007*
Alt. Respiratória	1 (1,50%)	1 (1,12%)	2,154 (0,131 - 5,338)	0,539#
Adormecer	26 (65,5%)	44 (51,8%)	1,731 (0,796 - 3,762)	0,164*

PT=pré-termo; n=número de neonatos; OR=razão de chances; IC=intervalo de confiança; RP=reflexo de procura; RS=reflexo de sucção; LM=linha média; ** é preciso ajudar a dar pausas para o RN não se desorganizar; *** referentes à mandíbula; valor p*: qui-quadrado; #=teste exato de Fisher

Houve diferença estatisticamente significativa para reflexo de procura e de sucção entre os dois grupos estudados. Estes reflexos foram menos freqüentes no RNPT tardio em relação ao a termo. Os reflexos orais têm o papel de regulação, acalmamento e desenvolvimento motor-oral para uma sucção efetiva e podem não estar maduros no RNPT^(14,15). O reflexo de procura apresenta-se desenvolvido a partir de 32 semanas de idade gestacional e o reflexo de sucção a partir de 34 semanas, justificando o que foi encontrado no presente estudo^(16,5).

Em relação ao tônus corporal, não houve diferença estatística entre os dois grupos. A alteração no tônus pode levar a uma sucção fraca ou descoordenada^(6,11).

O estado de consciência do RN influencia no desempenho motor oral^(6,11,8). No presente estudo, os neonatos PT tardio apresentaram sono leve ou estavam sonolentos antes da avaliação, similar a outro estudo⁽⁸⁾. No entanto, os RN a termo apresentaram-se predominantemente em estado de alerta, havendo diferença estatística entre os dois grupos.

No início da avaliação, a postura corporal dos RN foi avaliada, mostrando que a chance do PT tardio apresentar preensão palmar foi 2,7 vezes menor que o RN a termo e a sua chance de apresentar mãos em linha média foi 3,7 vezes menor, comparados aos RN a termo. A postura flexora favorece a organização corporal importante para sucção, possibilitando o selamento labial e movimentos adequados do complexo orofacial no momento da alimentação, além de evitar situações que comprometam o desempenho oral e que podem colocar a vida do RN em risco⁽¹⁷⁾.

Em relação ao padrão de sucção dos RN, o grupo PT tardio apresentou predominantemente sucção esporádica ou grupos de sucção com pausas longas e travamento e/ou tremores de mandíbula. No grupo dos RN a termo observaram-se grupos de sucção acompanhados de pausas, com diferença estatística entre os dois grupos.

Em relação à intensidade da força de sucção, a chance do PT tardio foi 4,7 vezes menor que a chance do RN a termo de apresentar sucção forte. A imaturidade neurológica e a falta de resposta a estímulos sensoriais presentes no PT justifica a presença de sucção fraca⁽¹⁸⁾.

Durante a sucção, o PT tardio apresenta 3,65 vezes mais chance de ter retração de língua e 3,62 vezes menos chance de apresentar canolamento de língua comparados aos RN a termo. A presença do canolamento de língua é importante para uma boa sucção^(14,15).

Ao final da avaliação, foram registrados os sinais de estresse observados nos neonatos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os RN PT tardio e a termo em relação às variáveis alterações respiratórias e adormecer.

CONCLUSÃO: O RN PT tardio apresentou parâmetros de SNN diferentes do RN a termo. Os achados poderão contribuir para facilitar a intervenção do fonoaudiólogo junto aos neonatos, respeitando as diferenças existentes entre os dois grupos e propiciar melhor desenvolvimento global e facilitar a alta hospitalar precoce.

REFERÊNCIAS

1. Engle WA. A Recommendation for the Definition of "Late Preterm" (Near-Term) and the Birth Weight–Gestational Age Classification System. *Semin Perinatol* 2006; 30:2-7.
2. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C. "Late-Preterm" infants: a population at risk. *Pediatrics*. 2007; 120(6): 1390-1401.
3. Santos IS, Matijasevich A, Silveira MF, Scowitz IK, Barros AJ, Victora CG, Barros FC. Associated factors and consequences of late preterm births: results from the 2004 Pelotas birth cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2008; 22(4):350-9.
4. Darcy AE. Complications of the late preterm infant. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2009; 23(1):78-86.
5. Neiva FC, Leone CR. Development of sucking rhythm and the influence of stimulation in premature infants. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007;19(3):241-8.
6. Xavier C. Avaliação da alimentação de recém-nascidos em fase de hospitalização (escala de avaliação motora oral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 1995; 7(2): 69-74.

7. Law-Morstatt L, Judd DM, Snyder P, Baier RJ, Dhanireddy R. Pacing as a treatment technique for transitional sucking patterns. *J Perinatol*. 2003; 23(6):483-8.
8. Fujinaga CI, Rodarte MDO, Amorim NEZ, Gonçalves TC, Scochi CGS. Aplicação de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral: estudo descritivo. *Rev Salus*. 2007; 1(2): 129-37.
9. Medoff-Cooper B, McGrath JM, Bilker W. Nutritive sucking and neurobehavioral development in preterm infants from 34 weeks PCA to term. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2000; 25(2):64-70.
10. Fucile S, Gisel EG, Lau C. Effect of an oral stimulation program on sucking skill maturation of preterm infants. *Dev Med Child Neurol*. 2005; 47(3):158-62.
11. Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2005; 17(2): 141-52.
12. Medoff-Cooper B, McGrath JM, Shults J. Feeding patterns of full-term and preterm infants at forty weeks postconceptional age. *J Dev Behav Pediatr*. 2002; 23(4):231-6.
13. Brazelton TB. Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS). *Clin Dev Med* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1984.
14. Periotto MC. Amamentação e Desenvolvimento do Sistema Estomatognático. In: Hitos SF, Periotto MC. Amamentação – Atuação Fonoaudiológica – uma abordagem prática e atual. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.p.37-39.
15. Rios IJA, Oliveira MBP, Farias PT, Barcellos SF, Tini V. Amamentando o Prematuro. In: Hitos SF, Periotto MC. Amamentação – Atuação Fonoaudiológica – uma abordagem prática e atual. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.p.101-107.
16. Lau C, Alagugurusamy R, Schanler RJ, Smith EO, Shulman RJ. Characterization of the developmental stages of sucking in preterm infants during bottle feeding. *Acta Paediatr*. 2000 Jul; 89(7):846-52.
17. Telles MS. Importância do Posicionamento do Bebê no Momento da Alimentação. In: Hitos SF, Periotto MC. Amamentação – Atuação Fonoaudiológica – uma abordagem prática e atual. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.p.87-96.
18. Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. *J Midwifery Womens Health*. 2007; 52(6):579-87.