



Habilidades de recém-nascidos prematuros para início da alimentação oral

Skills of premature newborns to oral feeding initiation

Sara Emanuelle Alves Cavalcante¹, Samara Isabela Maia de Oliveira¹, Rhuama Karenina Costa e Silva¹, Carolina Pereira da Cunha Sousa¹, Jéssica Valeska Herculano Lima¹, Nilba Lima de Souza¹

Objetivo: identificar as evidências científicas acerca das habilidades de recém-nascidos prematuros, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para início da alimentação oral. **Métodos:** revisão integrativa, realizada nas bases de dados Scopus, Cinahl, Medline, Lilacs, Science Direct e Web of Science, de forma não controlada e sem recorte temporal, utilizando os descritores: Recém-Nascido Prematuro/*Premature, Infant*; Comportamento Alimentar/*Feeding Behavior* e Aleitamento Materno/*Breast Feeding*, cruzando-os com o operador AND. Critérios de inclusão: disponíveis na íntegra, em português, inglês e espanhol, sem limitação de ano; e os de exclusão: artigos que não responderam à questão de pesquisa, repetidos e provenientes de outras fontes científicas. **Resultados:** as produções científicas revelaram que a estimulação sensório-motora-oral, sucção não nutritiva e avaliação de parâmetros hemodinâmicos favorecem a transição sonda-oral para o aleitamento materno. **Conclusão:** foram identificadas evidências que comprovam que o uso da estimulação e o desenvolvimento das habilidades facilitam, em menor tempo, o início da alimentação oral.

Descritores: Recém-Nascido Prematuro; Comportamento Alimentar; Aleitamento Materno; Enfermagem Neonatal.

Objective: to identify the scientific evidence about the abilities of premature neonates in Neonatal Intensive Care Unit, to oral feeding initiation. **Methods:** integrative review, held in the databases Scopus, Cinahl, Medline, Lilacs, Science Direct and Web of Science, not controlled and with no timeframe, using the key words: *Recém-Nascido Prematuro/Premature, Infant*; *Comportamento Alimentar/Feeding Behavior* and *Aleitamento Materno/Breast Feeding*, crossing them with the AND operator. Inclusion criteria: full available in Portuguese, English and Spanish, without year limitation; and exclusion: articles that did not answer the research question, repeated and from other scientific sources. **Results:** the scientific productions revealed that the sensory-motor-oral stimulation, non-nutritious sucking and evaluation of hemodynamic parameters favor the transition from probe-oral to breastfeeding. **Conclusion:** we identified evidence that prove that the use of the stimulation and skills development facilitate, in less time, the beginning of oral feeding.

Descriptors: Infant, Premature; Feeding Behavior; Breast Feeding; Neonatal Nursing.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

Autor correspondente: Sara Emanuelle Alves Cavalcante
Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Campus Universitário Lagoa Nova. CEP: 59078-970. Caixa Postal 1524. Natal, RN, Brasil.
E-mail: saradimaria@gmail.com

Introdução

A prematuridade, crescente ao longo dos anos, é motivo da atenção dos profissionais de saúde, no intuito de prover maior enfrentamento dos problemas presentes, contribuir para redução da mortalidade perinatal e neonatal e favorecer aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros. Dentre os muitos problemas existentes nesta fase, estão as questões alimentares⁽¹⁾.

O recém-nascido prematuro tem nascimento antes de 36 semanas e seis dias, e peso ao nascer inferior a 2.500Kg. No entanto, o peso de nascimento isolado não classifica a prematuridade, sendo utilizada, para este fim, associação entre a idade gestacional e o peso. Este formato de classificação preconiza-se de três maneiras: pequeno para a idade gestacional, adequado para a idade gestacional e grande para a idade gestacional⁽²⁾.

Quanto menor a idade gestacional do recém-nascido prematuro, maior a imaturidade fisiológica, a qual somando-se à imaturidade neurológica, hipotonia muscular, reflexos orais diminuídos, dificuldade na autorregulação e distúrbios respiratórios diminuem as habilidades motoras e orais desse prematuro e prejudica a alimentação. O leite materno é o alimento ideal para suprir as necessidades nutricionais do prematuro, principalmente quando produzido pela própria mãe, pois fatores de proteção compõem esse leite, além de se constituir forma de intervenção para redução da morbimortalidade infantil e, ainda, permitir impacto na promoção da saúde integral do binômio mãe-filho⁽³⁻⁵⁾.

A amamentação é uma prática fundamental de nutrição, proteção, vínculo e afeto, constituindo a forma mais natural e segura de alimentar um recém-nascido. Pesquisas evidenciam que alimentar o prematuro com o leite retirado da própria mãe proporciona benefícios para imunidade, digestão e absorção de nutrientes. A recomendação da amamentação tem sido defendida com base nas propriedades imunológicas, na maturação gastrointestinal, no vínculo mãe-

-filho e na melhora do desempenho neurocomportamental⁽⁶⁻⁷⁾.

No entanto, o recém-nascido prematuro encontra dificuldades a serem vencidas, devido à instabilidade de funções vitais básicas e à imaturidade do reflexo de sucção, deglutição e respiração. Como resultado, a alimentação é realizada por sonda gástrica (gavagem) até que esteja apto a iniciar a alimentação por via oral^(3,8).

O processo de transição tem que ser acompanhado e avaliado pela equipe multidisciplinar, de forma contínua, observando a coordenação da sucção, deglutição e respiração do recém-nascido prematuro, até que se obtenha adequada ingestão nutricional que possibilite crescimento, estabilidade fisiológica e progresso na função de alimentação. É um dos grandes desafios que o prematuro deve superar depois de obtida a estabilidade fisiológica^(3,9).

O ponto mais importante no processo de transição da sonda ao seio é o incentivo ao aleitamento materno precoce, no sentido de atender às necessidades nutricionais do prematuro e inserir a mãe no contexto do cuidado durante a permanência no hospital. A Organização Mundial da Saúde indica o aleitamento materno como a melhor prática de alimentação, e a Academia Americana de Pediatria define a habilidade de alimentação oral plena como um dos critérios para a alta hospitalar⁽⁹⁾.

O recém-nascido prematuro é capaz de alimentar-se ao seio materno com o auxílio dos profissionais, que devem estar preparados para integrar o manejo clínico hospitalar da lactação através de protocolos padronizados. No entanto, a literatura aponta escassez de padronização desses protocolos sobre a temática^(6,8-9).

O conceito de Habilidade, segundo o dicionário da língua portuguesa⁽¹⁰⁾, é a capacidade para se fazer algo, ou seja, relaciona-se com a aptidão para cumprir tarefa específica com determinado nível de destreza. Desta maneira, o prematuro necessita de estimulação precoce de habilidades para alcançar a prontidão da alimentação oral. Contudo, sinaliza-se que, na

prática, o início da alimentação oral no prematuro, ainda, ocorre de forma assistemática, sem padrão de avaliação do momento certo. Pesquisas se diversificam quanto ao uso e conteúdo de protocolos de avaliação para o início da alimentação oral^(3,7-9).

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: quais as evidências na área da saúde acerca das habilidades de recém-nascidos prematuros, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para início da alimentação oral? Para responder à pergunta, a revisão objetivou identificar as evidências científicas acerca das habilidades de recém-nascidos prematuros, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para início da alimentação oral.

Métodos

Adotou-se revisão integrativa da literatura, que proporciona a síntese de conhecimentos e inter-relaciona os resultados de forma crítica, no intuito de produzir novos ensinamentos que contribua significativamente para a ciência e a prática clínica⁽¹¹⁾.

A realização da revisão integrativa foi amparada por meio do modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). A elaboração da questão norteadora foi baseada na estratégia PICO que consiste na identificação do P= participante, I= intervenção, C= controle e O= desfecho, a qual contemplou a população (recém-nascido prematuro), o interesse do estudo (saber as evidências na área da saúde sobre a habilidade), o contexto (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) e o desfecho (alimentação oral de recém-nascidos prematuros).

A busca foi realizada em 2016, nas seguintes bases de dados: SCOPUS, *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Science Direct* e *Web of Science*. A procura em diferentes bases de dados teve como meta ampliar o campo de busca da pesquisa e minimizar erros de interpretação dos resultados.

Cada base foi acessada por um único pesquisador, a fim de selecionar o maior número de artigos que respondessem à questão de pesquisa.

Os descritores utilizados na pesquisa identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS)/*Medical Subject Headings* (MESH) foram: 1#Recém-Nascido Prematuro/*Premature, Infant*; 2#Comportamento Alimentar/*Feeding Behavior* e 3#Aleitamento Materno/*Breast Feeding*, por meio do cruzamento 1#2#3 e do operador booleano AND (1#AND2#AND3#). Esta estratégia de busca foi utilizada nas bases de dados, de forma não controlada. A escolha pela busca não controlada efetuou-se devido à limitação de publicações na busca controlada e, portanto, maior abrangência naquela opção.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, português, espanhol e sem limitação para o ano de publicação. Não teve recorte temporal, tendo em vista a limitação de publicações disponíveis acerca dessa temática e respectiva especificidade. E, os critérios de exclusão foram: artigos que não responderam à questão de pesquisa, repetidos e publicações provenientes de outras fontes científicas do tipo: dissertações, teses, livro, estudo piloto, editoriais, notas ao editor e resenhas.

Foram encontrados 5.098 artigos, na Etapa de Identificação, por meio de bases de dados pesquisadas, sendo que 5.059 foram excluídos por não atenderem ao objetivo da pesquisa. Então, foram recuperados 39 artigos para avaliação, compondo a Etapa de Elegibilidade. Na Etapa de Inclusão, dos 39 pré-selecionados, oito compuseram a revisão, pois 31 foram excluídos, dos quais 21 não responderam à questão de pesquisa, três por serem repetidos e sete por não serem disponíveis na íntegra. Não foi utilizado gerenciador de referências. No decorrer da pesquisa, os artigos repetidos foram identificados pelo pesquisador e imediatamente retirados.

Para se aferir o nível de evidência das publicações incluídas nesta revisão, optou-se pela classificação⁽¹²⁾ apresentada a seguir: Nível I – revisão sis-

temática de ensaios clínicos randomizados; Nível II – revisão sistemática de estudos quase-experimental, pelo menos um ensaio clínico controlado randomizado; Nível III – estudo de coorte bem delineado ou caso-controle ou estudo observacional, sem um grupo de controle; Nível IV – revisão sistemática de estudos descritivos ou estudo de caso; Nível V – revisão sistemática de opinião de especialistas ou consenso.

A Figura 1 mostra o fluxograma, de forma ordenada, utilizado na seleção das publicações.

Por fim, foram construídas as Figuras 2 e 3, com base no modelo PRISMA, para sistematizar os resultados da busca com as seguintes características: identificação, autor/ano de publicação, periódico/base de dados, local de pesquisa, delineamento metodológico, resultados e conclusões dos artigos analisados.

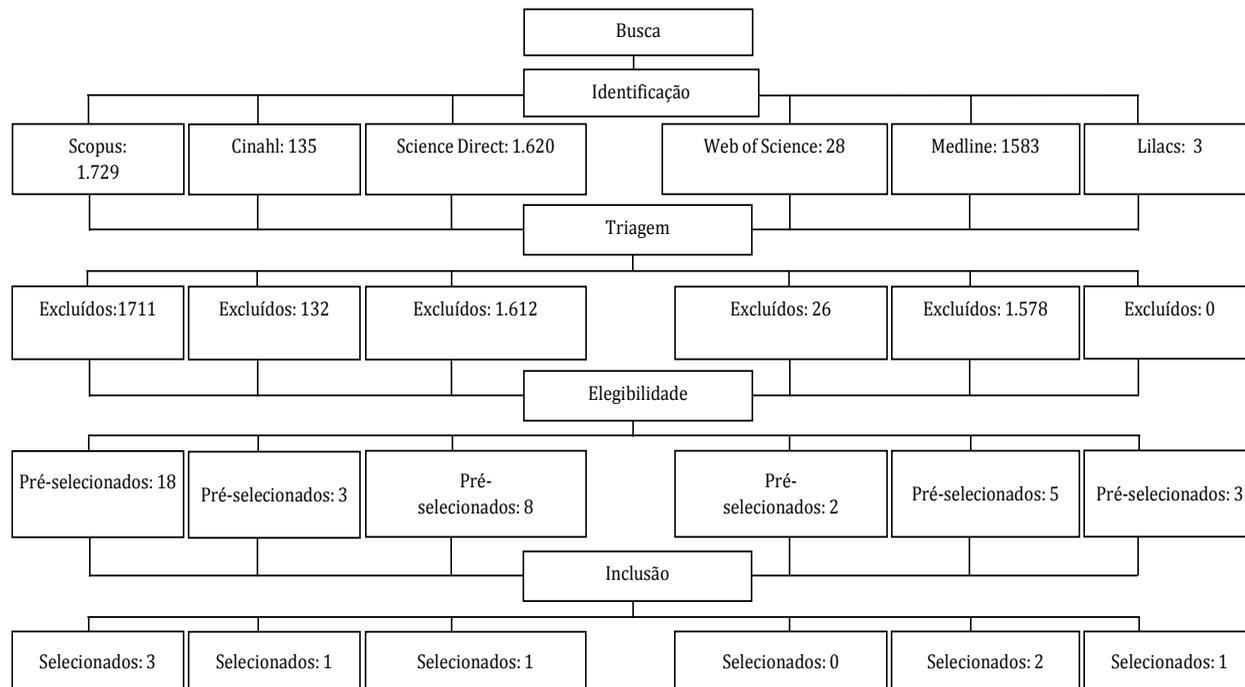


Figura 1 – Fluxograma utilizado para seleção das publicações, baseado no modelo PRISMA

Resultados

Quanto ao período de publicação, constatou-se que a variação de tempo dos artigos incluídos na pesquisa foi de 2004 a 2016, contudo, o maior volume de publicações foi realizado a partir de 2009. Em relação ao nível de evidência, identificou-se que das oito publicações, quatro classificaram-se no nível II; duas, no nível V; uma, nível IV; e uma, nível III.

No que se refere aos profissionais envolvidos na assistência aos prematuros, encontrou-se nas produções selecionadas: duas envolveram o fonoaudiólogo; uma incluiu o enfermeiro; três abrangeram os profissionais fonoaudiólogo e enfermeiro; e em uma,

não foi identificado. Quanto ao idioma das publicações, duas estavam na língua portuguesa e seis na língua inglesa, contemplando a maioria das publicações.

No tocante à idade gestacional, os resultados foram divergentes: um (entre 26 e 33 semanas); um (32 e 36 semanas); um (30 e 34 semanas); dois (menor que 36 semanas); dois (menor que 37 semanas); e um artigo não descreveu essa informação.

A Figura 2 reúne as características da amostra final, cuja codificação dos artigos foi procedida de maneira aleatória, sem utilização de critérios objetivos. Foram especificadas as principais informações dos artigos utilizados na revisão para melhor identificação destes.

ID	Autores/Ano	Periódicos/Bases	Locais das pesquisas	Desenhos
A	Jackson BN, et al./2016	Acta Paediatric/SCOPUS	Seis unidades de cuidados intensivos neonatais	Revisão retrospectiva de prontuários
B	Ziadi M, et al./2016	Newborn Infant Nurs Rev/SCIENCE DIRECT	Pesquisa em bases de dados	Revisão sistemática
C	Yildiz A, Arikan D/2011	J Clin Nurs/CINAHL	Clínica de terapia intensiva neonatal e unidade de prematuros	Ensaio clínico randomizado
D	Bauer MA, et al/2009	Rev Bras Saúde Mater Infant/SCOPUS	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Ensaio clínico controlado
E	Aquino RR, Osorio MM/2009	J Hum Lact/SCOPUS	Unidade de Terapia Mãe Canguru	Estudo descritivo
F	Rocha MS, Delgado SE/2007	Rev Soc Bras Fonoaudiol/LILACS	Centro de Neonatologia	Estudo observacional, exploratório
G	Thoyre SM, et al./2005	Neonatal Netw/MEDLINE	Centro de Pesquisa de Doença Crônica	Revisão sistemática
H	Pickler RH/2004	Neonatal Intensive Care/MEDLINE	Instituto Nacional de Pesquisa em Enfermagem	Não identificado na pesquisa

Figura 2 – Características da amostra final

A Figura 3 mostra que a estimulação feita em recém-nascidos prematuros é fundamental no processo de alcance da alimentação oral, uma vez que ao receber o estímulo, estes adquirem comportamentos

adequados, como a coordenação da função sucção, respiração e deglutição, o que facilitará a aptidão para a alimentação oral.

ID	Resultados e conclusões dos artigos analisados
A	O tempo para o início da alimentação oral diminuiu com o aumento da idade gestacional e do peso. Para nascidos em 32 semanas: seis dias; em 33 semanas: dois dias. A alimentação oral foi atingida em média de 36 semanas.
B	A sucção não nutritiva diminuiu o tempo necessário para atingir a amamentação direta (grupo chupeta = 7,7 dias x grupo controle = 11,7 dias) e o tempo de internação (média chupeta = 15,4 dias x grupo controle = 21,7 dias). A sucção não nutritiva, junto à chupeta, ajudou a alcançar pontuações mais elevadas no sucesso da amamentação.
C	Os bebês que utilizaram a chupeta atingiram a alimentação oral total em menor tempo e obtiveram maior sucesso no desenvolvimento de sucção.
D	A estimulação sensório-motora-oral, seguida da sucção não nutritiva, antes de cada mamada, motivou 83,3% do grupo a realizarem transição completa da sonda para a via oral em até sete dias, com ganho de peso.
E	A transição da alimentação foi iniciada quando o bebê ficou clinicamente estável e capaz de coordenar o processo de sucção, deglutição e respiração. O tempo de transição foi de 5 a 10 dias, o ganho de peso médio diário foi de 15 a 18 g/d. Menos de 34 semanas de idade gestacional corrigida foi o tempo em que 10,0% dos bebês começaram a transição.
F	Foi realizada estimulação do sistema estomatognático, com manuseio peri e intraoral e uso da chupeta, com recém-nascidos prematuros em estado de alerta, com objetivo de adequar a sensibilidade oral alterada, organizar a coordenação das funções de deglutição e respiração e estimular a pega correta no seio da mãe. Resultou em ganho de peso, pois o recém-nascido prematuro estimulado suga todo o volume prescrito com maior facilidade, ativa o comportamento reflexo de procura, sucção e deglutição, favorece a alimentação.
G	O prematuro que está interessado para se alimentar irá procurar o mamilo, organizar a língua para recebê-lo e orientar a postura do corpo. As habilidades de recém-nascidos são: manter postura corporal flexionada e buscar a oportunidade de sucção.
H	A sucção não nutritiva é indicador marcante da prontidão para alimentação oral. Os fatores relevantes nas decisões de enfermeiros: fator comportamental (capacidade de sucção não nutritiva); fator fisiológico (os engasgos com inserção do tubo); e fator físico (idade pós-concepcional).

Figura 3 – Resultados e conclusões dos artigos analisados

Discussão

Este artigo apresentou como limitação a escassa quantidade de produções científicas acerca das habilidades de recém-nascidos prematuros para iniciar alimentação oral, uma vez que protocolos para este fim não são, ainda, padronizados em Unidades de Terapias Intensivas Neonatais, evidenciando inconsistência em se estabelecer critérios e tempo necessário para se alcançar a alimentação oral. Além disso, observou-se dificuldade para encontrar produções atuais sobre o assunto, devido à especificidade.

Diante da análise do conteúdo das publicações, notou-se que as habilidades desenvolvidas mediante técnicas e baseadas em direcionamento, que conduzem à aquisição de comportamentos específicos, proporcionam a recém-nascidos prematuros a aptidão para alimentação oral, em menor tempo.

As principais técnicas utilizadas por profissionais na busca pelo desenvolvimento das habilidades foram o uso da sucção não nutritiva, a estimulação com dedo enluvado, por meio de massagens extra e intraorais, e a utilização da mamadeira e do copo, com propósito de capacitar recém-nascidos prematuros para sucção, deglutição e respiração. Além da avaliação dos parâmetros hemodinâmicos, antes e durante o processo de transição, como saturação de oxigênio, estado de alerta, tônus muscular, postura, manutenção do ritmo de sucção e sinais de estresse.

A expressão da habilidade facilita melhor adaptação às mudanças, que acontece de forma segura. A aptidão é confirmada diante do estado de alerta, da organização motora oral, coordenação da sucção, deglutição e respiração, como também da manutenção da estabilidade fisiológica. Estas habilidades ajudam profissionais a determinarem o momento ideal para os prematuros iniciarem a alimentação oral, além de facilitarem a identificação de disfunções orais e a maturidade fisiológica⁽¹³⁾.

A prática da estimulação sensório-motora-oral é abordada como potencial avaliador sobre o tempo de transição da sonda para via oral, a qual consiste em

massagens extra e intraorais realizadas com a mão enluvada, seguidas da sucção não nutritiva, com o dedo mínimo enluvado. Os resultados obtidos apontaram para ocorrência de transição completa, na média de 1,6 dias, em pacientes submetidos à estimulação. A maioria das crianças estimuladas (83,3%) já havia feito a transição completa da sonda para a via oral ao final de sete dias⁽¹⁴⁾.

A estimulação sensório-motora-oral tem sido analisada na literatura como medida positiva ao desenvolvimento de recém-nascidos prematuros, de modo a melhorar a coordenação da sucção, deglutição e respiração, acelerar a transição alimentar da sonda para via oral, diminuir o tempo de internação e favorecer o ganho ponderal precoce e o aleitamento materno⁽¹⁵⁾.

Outra intervenção usada nas unidades de terapias intensivas neonatais é a utilização de bicos de mamadeira para facilitar o início da transição. No entanto, esta prática interfere no processo de amamentação. O uso da mamadeira como método de suporte pode gerar confusão do bico de silicone com o mamilo da mãe e, ainda, facilitar maior preferência de recém-nascidos prematuros pelo fato de não precisarem retirar o leite do seio. Além disso, os bebês alimentados por mamadeira mostraram sinais de estresse fisiológico e saturação de oxigênio diminuída, em comparação com aqueles que foram alimentados ao seio materno⁽¹⁶⁾.

Por outro lado, a alimentação por copo estimula os reflexos necessários para amamentação por meio dos receptores sensoriais orais e olfatórios, aumentando a produção de saliva e enzimas digestivas. O copinho mostra-se efetivo como metodologia alimentar, uma vez que despende pouca energia, estimula o desenvolvimento e a coordenação dos reflexos de sucção e deglutição, estimula a secreção da saliva, o que torna a digestão mais eficiente, constituindo método fácil de oferta de dieta⁽¹⁷⁾.

A imaturidade neurológica também interfere no sucesso da amamentação. Quando o recém-nascido está clinicamente estável e capaz de coordenar a suc-

ção, deglutição e respiração, torna-se apto para iniciar a transição. A translactação foi a técnica de intervenção encontrada em pesquisa que verificou período de transição entre 5 e 10 dias, com ganho de peso diário médio de 15 a 18g, e de 45 a 55g, durante o período de alimentação oral completa. E, menos de 34 semanas de idade gestacional corrigida foi o tempo em que 10,0% desses bebês começaram a mudança. Destaca-se que a avaliação da habilidade da sucção determina a técnica para o início da transição, método de translactação e relactação, sem a utilização de copos e mamadeiras. Alta porcentagem de bebês (63,4%) fez a transição por relactação, devido às mães não expressarem dois terços do pré-volume de dieta prescrita⁽¹⁸⁾.

Para corroborar, outra pesquisa aponta que a técnica de transição direto da sonda para o seio materno (translactação) traz benefícios à lactogênese, pois com a ordenha realizada de maneira frequente, a nutriz mantém produção láctea adequada às necessidades calóricas e nutricionais do recém-nascido prematuro. Assim, quando o bebê estiver na fase da técnica denominada sucção em “mama cheia”, receberá o volume de leite adequado ao peso e, gradativamente, passará a fase da amamentação sob livre demanda, sem receber complemento por via oral (copo e/ou mamadeira), o que favorece a prática do aleitamento materno exclusivo⁽⁶⁾.

A idade gestacional e o peso são fatores observados na conduta assistencial para aptidão da alimentação oral, por serem indicadores de maturidade fisiológica, no entanto, isolados, não garantem a eficiência para iniciar a transição. O tempo para o início da transição diminui com o aumento da idade gestacional e do peso. Os nascidos em 32 semanas obtiveram tempo médio de seis dias e, para os nascidos em 33 semanas, a conquista foi em dois dias⁽¹⁹⁾.

Outro aspecto discutido na literatura é a longa separação do binômio mãe-filho no pós-natal imediato, que somado ao estresse da mãe, devido ao período de internação, repercute negativamente na transição da alimentação e no estabelecimento do aleitamento materno, aumentando o risco do desmame precoce⁽²⁰⁾.

As intervenções realizadas nesse processo de adaptação são critérios que fundamentam e consolidam a tomada de decisão. Em pesquisa que observou o comportamento de diferentes grupos de bebês, identificou-se que os recém-nascidos prematuros que utilizaram a chupeta alcançaram menor tempo na transição da sonda para alimentação oral e maior sucesso na sucção, comparados aos submetidos à canção de ninar⁽²¹⁾.

Verificou-se que a sucção não nutritiva diminuiu o tempo necessário para atingir a amamentação direta (média no grupo chupeta = 7,7 dias contra 11,7 dias no grupo de controle) e o tempo de internação, que também foi reduzido (média no grupo chupeta = 15,4 dias, contra 21,7 dias no grupo controle). A estimulação foi realizada uma vez por dia, durante pelo menos 10 dias⁽²²⁾. Os maiores benefícios desta técnica estão na capacidade de acalmar uma criança agitada e também, deixá-la em estado de alerta para uma alimentação⁽²³⁾.

O alcance em menor tempo da técnica de sucção não nutritiva em “dedo enluvado” ou “mama vazia” está associado a maior idade gestacional corrigida e maior tempo de exposição a experiências extrauterinas, que facilita o sucesso da sucção e favorece a habilidade da coordenação sucção, deglutição e respiração. O desmame da sonda direto para o seio materno tem vantagens qualitativas, pois, durante a sucção, o bebê estabelece estímulo adequado dos músculos orofaciais. Com isso, há aumento de tônus muscular e promoção das posturas corretas, durante o repouso, e das funções do sistema estomatognático, como é esperado no desenvolvimento normal⁽⁶⁾.

O envolvimento de uma equipe multiprofissional durante as intervenções realizadas em recém-nascidos prematuros no processo de avaliação da transição alimentar é fundamental, tendo destaque os profissionais fonoaudiólogos e enfermeiros^(13-14,19-22,24).

A importância desses profissionais é adequar o sistema estomatognático à estimulação da alimentação oral de forma segura e eficaz, e, assim, promover o aleitamento materno. A equipe multiprofissional deve

agir de forma a desenvolver confiança e tranquilidade para mães e ambiente de trabalho calmo, bem como precisa estar consciente da importância do afeto e respeito que as mães e filhos necessitam nesse momento. A escuta é fundamental nesse processo de criação de vínculo mãe-filho, crucial para o desenvolvimento da saúde física e mental^(20,24).

Pesquisa ratifica que o alcance do recém-nascido prematuro à sucção nutritiva é primordialmente, de responsabilidade de enfermeiros, pois são os únicos profissionais que assistem o cliente nas 24 horas. E, ainda, sugere que os cuidadores podem ajudá-los a cumprir as metas de autorregulação⁽²³⁾.

Nesse sentido, a equipe multiprofissional acompanha e avalia, com exatidão, a existência de capacidade motoras e orais que vão indicar o momento adequado, na transição da sonda para o seio materno.

Conclusão

Foram identificadas evidências que comprovam o uso da estimulação (sensório-motora-oral, sucção não nutritiva, uso do copo, relactação), bem como a observação de disfunções orais e motoras e dos eventos adversos, como facilitadores de comportamentos que ajudaram recém-nascidos prematuros a adquirirem, em menor tempo, as habilidades específicas e essenciais para o início da alimentação oral. Algumas evidências, ainda, apontam, de forma mais direta, as habilidades prioritárias nesse processo: manutenção do estado de alerta e da estabilidade fisiológica; boa resposta à estimulação sensório-motora-oral; eficiente coordenação das funções sucção; deglutição; e respiração.

Colaborações

Cavalcante SEA, Oliveira SIM, Silva RKC contribuíram com a redação do artigo, análise e interpretação dos dados. Sousa CPC e Lima JVH colaboraram com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Souza NL contribuiu com a concepção e projeto, redação do artigo, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Aires LCP, Santos EKA, Costa R, Borck M, Custódio ZAO. Baby follow-up in primary care: interface with the third stage of the kangaroo method. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(esp):224-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56805>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica [Internet]. 2015 [citado 2018 jan. 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf
3. Lima AH, Côrtes MG, Bouzada MCF, Friche AAL. Preterm newborn readiness for oral feeding: systematic review and meta-analysis. *Codas.* 2015; 27(1):101-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20152014104>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. 2015 [citado 2018 jan. 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
5. Melo LM, Machado MMT, Leite AJM, Rolim KMC. Preterm infant: maternal experience during breastfeeding in neonatal intensive care unit and after discharge. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [citado 2018 Jan 13]; 14(3):512-20. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3424/2663>
6. Medeiros AMC, Sá TPL, Alvelos CL, Novais DSF. Speech therapy in food transition from probe to breast in newborn in kangaroo method. *Audiol Commun Res.* 2014; 19(1):95-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312014000100016>
7. Silva PK, Almeida ST. Evaluation of preterm infants during the first offering of the maternal breastfeeding in a neonatal intensive care unit. *Rev CEFAC.* 2015; 17(3):927-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620159614>

8. Tronco CS, Padoin SMM, Paula CC, Rodrigues AP, Neves ET, Weinmann ARM. Maintenance of the lactation of preterm newborns: health care routine, mother-child relationship and support. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(4):635-40. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150085>
9. Fujinaga CI, Moraes SA, Zamberlan-Amorim NE, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Clinical validation of the preterm oral feeding readiness assessment scale. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(spe):140-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700018>
10. Ferreira ABH. Miniaurélio século XXI escolar: minidicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.
11. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):335-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>
12. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan. 05]. Available from: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>
13. Thoyre SM, Shaker CS, Pridham KF. The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Netw*. 2005; 24(3):7-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/0730-0832.24.3.7>
14. Bauer MA, Yamamoto RCC, Weinmann ARM, Keske-Soares M. Evaluation of sensory-motor-oral stimulation in the transition from gastric tube to full oral feeding in preterm newborns. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2009; 9(4):429-34. doi: dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000400007
15. Vargas CL, Berwig LC, Steid EMS, Prade LS, Bolzan G, Keske-Soares M, et al. Premature: growth and its relation to oral skills. *Codas*. 2015; 27(4):378-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20152014179>
16. Aytakin A, Albayrak EB, Küçükoglu S, Caner I. The effect of feeding with spoon and bottle on the time of switching to full breastfeeding and sucking success in preterm babies. *Turk Pediatri Ars [Internt]*. 2014 [cited 2018 Jan. 12]; 49(4):307-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462321/>
17. Vargas CL, Steidl EM, Berwig LC, Weinmann ARM. Cup or bottle influence on pre-term newborn stomatognathic system during feed transition and breastfeeding rates. *Distúrb Comum [Internet]*. 2014 [cited 2018 Jan. 12]; 26(2):327-36. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/issue/view/1245/showToc>
18. Aquino RR, Osorio MM. Relactation, translactation and breast-oro-gastric tube as transition methods in feeding preterm babies. *J Hum Lact*. 2009; 25(4):420-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0890334409341472>
19. Jackson BN, Kelly BN, McCann, CM, Purdy SC. Predictors of the time to attain full oral feeding in late preterm infants. *Acta Paediatr*. 2015; 105(1):1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13227>
20. Rodrigues AP, Martins EL, Trojahn TC, Padoin SMM, Paula CC, Tronco CS. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. *Rev Eletr Enf*. 2013; 15(1):253-64. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.17067>
21. Yildiz A, Arikan D. The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success. *J Clin Nurs*. 2011; 21(5-6):644-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03634.x>
22. Ziadi M, Héon M, Aita M. A critical review of interventions supporting transition from gavage to direct breastfeeding in hospitalized preterm infants. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2016; 16(2):78-91. doi: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.03.013>
23. Pickler RH. A model of feeding readiness for preterm infants. *Neonatal Intensive Care [Internet]*. 2004 [cited 2018 Jan. 05]; 17(4):31-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1317102/>
24. Rocha MS, Delgado SE. Speech language therapy in a preterm newborn infant with gastroschisis. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007; 12(1):55-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000100011>