

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**A TRANSIÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL NO
RECÉM-NASCIDO PREMATURO**

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Prof.^a Doutora Ana Paula dos Santos
Jesus Marques França

Coorientação:

Prof.^a Doutora Sandra Sílvia Silva
Monteiro Santos Cruz

Florbela Maria de Jesus Neto

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Ana Paula dos Santos Jesus Marques França e Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz, pela orientação, incentivo e pela permanente disponibilidade nesta longa caminhada.

À instituição de saúde que aceitou colaborar neste estudo, em particular à Professora Doutora Hercília Guimarães, diretora do serviço de Neonatologia e à Enfermeira Chefe Teresa Maia.

Aos médicos do serviço de Neonatologia, pela disponibilidade e colaboração.

Aos meus colegas de serviço pela cooperação e encorajamento.

À minha família, pela compreensão, paciência e ânimo ao longo deste trajeto.

Muito Obrigada!

ABREVIATURAS e SIGLAS

BP - Baixo peso

CHSJ - Centro Hospitalar de São João

DBP - Displasia Broncopulmonar

EBP - Extremo baixo peso

EFS - Early Feeding Skills Assessment

GRNMBP - Grupo de Registo Nacional de Recém Nascidos de Muito Baixo Peso

HIV - Hemorragia Intra Ventricular

Hz - Hertz

INE - Instituto Nacional de Estatística

MBP - Muito baixo peso

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

O2 - Oxigénio

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RN - Recém-nascido

RNMBP - Recém-nascido de Muito Baixo Peso

RNPT - Recém-nascido Pré-termo

sCPG - Gerador de Padrão Central da Sucção

SN - Sucção Nutritiva

SNN - Sucção Não Nutritiva

SOFFI - Supporting Oral Feeding in Fragile Infants

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

UCINs - Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 - O recém-nascido prematuro.....	17
1.2 -Emergência das competências alimentares.....	23
1.3- Intervenções promotoras das competências alimentares no bebê prematuro ..	28
CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	31
2.1 - Justificação, objetivos e finalidade do estudo	32
2.2- Caraterização do estudo	33
2.3- Contexto e participantes no estudo	35
2.4 - Procedimentos de recolha de dados.....	37
2.5 - Considerações éticas	39
CAPITULO 3 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
3.1 - Parâmetros de avaliação do recém-nascido prematuro para o início da alimentação oral	43
3.2 - Intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do recém-nascido prematuro.	58
3.3 Opiniões dos enfermeiros sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral no bebê prematuro	70
CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	109
ANEXO I	111
ANEXO II	111
ANEXO III	113
ANEXO IV	115
ANEXO V	117
ANEXO VI	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Parâmetros de avaliação do recém-nascido prematuro para o início da alimentação oral.	44
Quadro 2 - Intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do recém-nascido prematuro..	58
Quadro 3- Opiniões sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral no recém-nascido prematuro.	70

RESUMO

A transição da alimentação por sonda para a alimentação oral é uma das etapas mais difíceis para os recém-nascidos prematuros. É um processo contínuo mas lento, que exige desenvolvimento fisiológico, independência respiratória e capacidade de coordenação da sucção, respiração e deglutição.

Conseguir que o bebê prematuro desenvolva as suas habilidades na alimentação é o grande desafio dos profissionais que trabalham em neonatologia. Assim, emergiu a necessidade de compreender alguns aspectos da prática dos cuidados de enfermagem, relativos à transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral, no recém-nascido prematuro (RNPT).

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a nove enfermeiros a trabalhar no serviço de neonatologia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ). A análise de dados foi realizada utilizando a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin, da qual emergiram três temas: Parâmetros de avaliação do recém-nascido prematuro para o início da alimentação oral; Intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro; Opiniões sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral no recém-nascido prematuro.

Os resultados mostraram que os enfermeiros consideram o peso, a idade gestacional, a estabilidade fisiológica, a coordenação da sucção, deglutição e respiração, o aspeto geral e o envolvimento na alimentação como parâmetros fundamentais de avaliação para iniciar a alimentação oral no bebê prematuro. Consideram que posicionar o bebê, estimular os reflexos, controlar os níveis de stresse, monitorizar a temperatura do leite e controlar o fluxo de leite, são intervenções promotoras do desenvolvimento das competências alimentares.

Os enfermeiros são da opinião que a existência de um guia orientador, para além de dar segurança, promove o respeito pelas etapas de desenvolvimento do RNPT, promove a uniformidade e a parceria de cuidados, incentiva a formação, reduz a subjetividade e fomenta a prática baseada na evidência, mas deve ter uma estrutura simples, ser pequeno, prático e criterioso. Estas opiniões serviram de base para a construção de uma proposta do guia orientador do início da alimentação oral do recém-nascido prematuro.

Palavras-chave- Prematuro, competências alimentares, deglutir e sugar.

ABSTRACT

The transition from tube feeding, to oral feeding is one of the most difficult for preterm infants. It's a continuous but slow process, which demands physiological development respiratory independence and the ability to coordinate suction, breathing and swallowing.

Getting the premature to develop his feeding skills is the big challenge to the professionals that work in UNIC. So, a necessity arose for the understanding of some of the aspects in the nursing care practices, related to the transition from tube feeding to oral feeding in the pre-term infant,

This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach.

Semi-structured interviews were conducted to nine nurses working in UNIC center of Hospital de São João (CHSJ). Data analysis was performed using the technique of content analysis Laurence Bardin, which revealed three themes: Evaluation parameters for the onset of oral feeding; interventions by the nurses promoting the transition to oral feeding in preterm infants; Comments about the existence of a guideline in the beginning of the oral feeding in preterm infants.

The results show that nurses take in consideration weight, gestational age, physiologic stability, suction coordination, swallowing and breathing, general aspect and feeding involvement as fundamental parameters to initiate the oral feeding of the preterm infant.

They consider positioning the baby, stimulate the reflex, manage the stress levels, monitoring the milk temperature and feeding with low flow nipple, are interventions promoting the development of feeding skills.

The nurses think that the existence of a guideline, as well as giving security, also promote the respect for the development stages of the preterm infant, promotes the uniformity and care partnership, encourages learning, reduces the subjectivity and fosters the practice based on evidence, nevertheless it ought to have a simple structure, and be practical/judicious and small.

This comments were the bases for the creation for the proposed guidelines for the beginning of oral feeding in pre-term infants.

Keywords- Preterm infants, feeding skills, swallowing, sucking.

INTRODUÇÃO

A inovação tecnológica tem sido uma preocupação constante nas sociedades atuais, com reflexo na qualidade dos cuidados. Aspectos como a mortalidade e a morbidade têm vindo a decrescer significativamente, em particular no âmbito da neonatologia, onde se observa uma maior taxa de sobrevivência de recém-nascidos com idade gestacional cada vez mais baixa.

Todos os anos cerca de uma, em cada oito crianças, nasce antes das 37 semanas de gestação (prematuramente) podendo exigir cuidados intensivos nos primeiros dias, semanas ou meses de sua vida (Briere [et al.] 2014).

A Comissão Nacional de Saúde da Criança (SPP, 2011) referiu que os nascimentos pré-termo apresentam um crescimento contrário ao pretendido, tendo aumentado de 5,7% para 8,8% e a prematuridade de baixo-peso de 7,2% para 8,2%, sendo esta uma das causas de maior mortalidade infantil.

Associado à prematuridade está o maior risco de paralisia cerebral até aos 5 anos (este aumenta 5 vezes nos bebés nascidos prematuros de 32 semanas de gestação, 50 vezes nos bebés entre as 28 e as 31 semanas e 70 vezes nos bebés nascidos com menos de 28 semanas) (SPP, 2012).

A tecnologia desenvolvida nas últimas décadas contribuiu para salvar vidas fora do meio intrauterino, mesmo dos mais prematuros (Als, 2004; Alana e Timothy, 2012). No entanto, o ambiente hostil de uma unidade de cuidados intensivos neonatal (UCIN) pode atrasar e possivelmente alterar o desenvolvimento neurológico destes recém-nascidos, com conseqüente aumento da morbidade, em especial ao nível do neuro desenvolvimento (Duffi e Als, 1986; Als, 1988; Als [et al.], 2004), pois transtorna a progressão do desenvolvimento das estruturas cerebrais, afetando os sistemas sensoriais no bebé prematuro (Als [et al.], 2004;

McAnulty [et al.], 2013). Por outro lado, se houve uma melhoria acentuada dos cuidados perinatais em Portugal, obtendo-se índices de mortalidade perinatal entre os melhores da Europa, houve também uma maior preocupação com a importância da intervenção precoce nas perturbações do neuro desenvolvimento, acompanhando os avanços do conhecimento sobre a plasticidade cerebral (SPP, 2012).

Com o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, surge a percepção de que a dificuldade na alimentação é um marco importante que estas crianças precisam de ultrapassar (Crowe, Chang e Wallace, 2012; Fucile [et al.], 2012). A maioria dos recém-nascidos de termo nascem com habilidades para a alimentação oral, no entanto, este não é o caso dos bebês prematuros que são conhecidos por terem dificuldade em fazerem a transição da alimentação por sonda para a alimentação oral (Lau, Smith, Schanler, 2006; Bingham [et al.], 2012).

Como contribuição de uma transição precoce e segura, surgiram nos últimos anos vários métodos promotores do desenvolvimento das competências alimentares, que são fundamentais para preservar a energia, evitar a aspiração, não comprometer a estabilidade fisiológica e contribuir para o crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro, de forma harmoniosa (Thoyre, Shaker e Pridham, 2005; Fucile, Gisele e Lau, 2005; Lau, 2006; Wallin e Eriksson, 2009; Pcheansathian, Woragidpoonpol e Baosoung, 2009; Fucile [et al.], 2011; Lau, Smith, Schanler, 2006; Fucile [et al.], 2012).

Verifica-se que, na prática, muitos bebês vulneráveis são sujeitos a iniciarem a alimentação oral, numa abordagem de tentativa e erro, tendo como consequências a apneia, bradicardia e fadiga, que por sua vez levam a atraso na alimentação e a um tempo de hospitalização mais prolongado (Pikler e Reyna, 2004; Lessen, 2011).

Os profissionais reconhecem que a imaturidade na sucção, deglutição, respiração e a descoordenação entre os três fenómenos, são as principais causas para o adiar da alta clínica destes bebês (Stumm [et al.] 2008; Bingham, 2011).

As dificuldades inerentes ao estabelecimento das competências para a alimentação oral, associadas aos adicionais custos de hospitalização prolongada e ao aumento de stresse nos pais, fazem emergir a necessidade de definir e avaliar ferramentas terapêuticas, que facilitem o normal desenvolvimento das habilidades

motoras orais dos bebês prematuros (Lau, 2006, Barlow [et al.], 2008; Bauer [et al.], 2009; Medeiros [et al.], 2010).

De acordo com Polit e Beck (2011) a seleção de um tema de investigação deve partir de uma inquietação, de uma situação incompreendida e perturbadora para o investigador. Sendo responsabilidade dos enfermeiros observar os sinais de comunicação, biológicos e comportamentais da criança, para tomarem as suas decisões e ajudar os recém-nascidos prematuros a adquirirem as competências para a alimentação oral eficiente (Lau, Smith, Schanler, 2006; Ross, Philbin, 2011), impõe-se a necessidade de investigar a transição para alimentação oral no recém-nascido prematuro.

Foi de acordo com esta linha de orientação que foram delineados os objetivos deste estudo:

- Conhecer as características do recém-nascido prematuro que, na opinião dos enfermeiros, são fundamentais para o início da alimentação oral;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem, que consideram promotoras da transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral, do recém-nascido prematuro;
- Elaborar uma proposta de um guia orientador das intervenções de enfermagem, promotoras do desenvolvimento das competências na alimentação oral do recém-nascido prematuro.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com abordagem exploratória e descritiva. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas dirigidas a enfermeiros da unidade de neonatologia do Centro Hospitalar de São João.

O método de tratamento dos dados foi a análise de conteúdo de Laurence Bardin, porque possibilita a descoberta de experiências, crenças, valores e pensamentos dos enfermeiros, utilizando para isso uma técnica sistematizada, composta de passos sequenciais, através da linguagem no discurso dos participantes da pesquisa.

Do ponto de vista estrutural este trabalho é constituído por três capítulos, sendo o primeiro reservado ao enquadramento teórico, cujo conteúdo dará suporte à problemática em estudo. Neste capítulo serão abordados alguns aspetos das características do recém-nascido prematuro, o que a evidência científica refere sobre a emergência das competências alimentares neste grupo tão

específico de bebés e ainda, as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento das habilidades do bebé prematuro para a alimentação oral. O segundo capítulo refere-se aos procedimentos metodológicos. O terceiro capítulo dedica-se à apresentação dos resultados, respetiva análise e discussão. Por último, são apresentadas as conclusões, as implicações e as limitações do estudo.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A assistência aos recém-nascidos, especialmente aos que nasceram prematuramente, passou por profundas transformações através dos tempos.

Foi nos finais do séc. XIX, que o obstetra francês Stéphane Etienne Tarnier, em 1878, projetou a primeira incubadora como forma de preservar a vida dos recém-nascidos prematuros (Silverman, 1979; Oppenheimer, 1996; Davis, Mohay e Edwards 2003). Foi grande apologista do aleitamento materno e defensor da presença das mães junto dos filhos, logo após o parto, tendo introduzido a prática de alimentar os bebês prematuros por sonda (Krollmann [et al], 1994; Oppenheimer, 1996; Amaral, 2004; Thomas, 2008; Ferraz e Guimarães, 2004). Pierre Budin (1846-1907), seu discípulo, aperfeiçoou-a em termos de controlo térmico e de limpeza e destacou-se pelos cuidados de alimentação e higiene aos recém-nascidos (Krollmann [et al], 1994; Ferraz e Guimarães, 2004; Thomas, 2008). Pierre Budin era obstetra no Hospital La Charité em Paris e foi o autor da primeira publicação sobre a prematuridade em 1888. Foi considerado o criador da neonatologia moderna, termo que viria a ser introduzido na nomenclatura médica somente em 1963 por Alexander Schaffer no tratado intitulado “*Diseases of the Newborn*” divulgado em todo o mundo (Ferraz e Guimarães, 2004).

Em 1914 foi criado o primeiro centro de recém-nascidos prematuros, no Hospital Michel Reese em Chicago, por um pediatra, Julius Hess. Depois disso, foram criados vários outros centros, que seguiram os princípios do obstetra Pierre Budin e do pediatra Július Hess. Estes pediatras tiveram a preocupação do isolamento dos recém-nascidos prematuros, com a finalidade de lhes assegurar os cuidados adequados, por enfermeiras treinadas, com as condições ideais, incluindo

incubadoras e procedimentos rigorosos na prevenção das infeções (Oppenheimer, 1996).

Foram vários os marcos importantes ao longo da história da neonatologia, no entanto, foi fundamentalmente a partir da II Guerra Mundial que os pediatras se dedicaram ao estudo da prematuridade (Ferraz e Guimarães, 2004) e foi a partir da década de 70 (1971-1989), que se assistiu ao aparecimento das unidades intensivas neonatais, incluindo em Portugal, quando a responsabilidade da assistência ao recém-nascido passou para a pediatria (Krollmann [et al.], 1994; Thomas, 2008; Ferraz e Guimarães, 2004). Esta década foi caracterizada por um maior número e diversidade de profissionais qualificados, pela institucionalização de normas e introdução de equipamento sofisticado.

Nas décadas de 80 e 90 assistiu-se a mudanças significativas no tratamento dos bebés prematuros, em especial nos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP), até aí considerados inviáveis (Pacheco, 2001). Foi a era do surfactante (Mcfetridge [et al.], 2009), da administração de corticoides pré-natais (SPP, 2012), de novos métodos de ventilação mecânica e da melhoria da nutrição parentérica (Ferraz e Guimarães, 2004).

A enfermagem exerceu um papel fundamental no início da Neonatologia, de modo que Júlio Hess, num dos seus artigos, refere que os melhores resultados obtidos nos cuidados aos recém-nascidos prematuros eram alcançados quando enfermeiros bem treinados estavam à frente do serviço, como supervisores. Dessa forma, foi crescendo o incentivo para a especialização da enfermagem no cuidado a recém-nascidos prematuros (Avery, 1980 Cit. por Oppenheimer, 1996).

Nos últimos anos assistiu-se a uma evolução intensa nos cuidados ao recém-nascido, em especial ao bebé prematuro (Cheong e Doyle, 2012) contribuindo para uma diminuição drástica da taxa de mortalidade infantil, com uma redução do número de mortes no primeiro ano de vida de 77,5% em 1960, para 3,4% em 2012, sendo hoje em dia uma das mais baixas da Europa (INE, 2014).

De acordo com o Grupo do Registo Nacional do Recém Nascido de Muito Baixo Peso (GRNMBP, 2011-2012), nasceram em Portugal, no ano de 2011, 1135 e em 2012, 1144 RNMBP, o que corresponde a 1,2% e 1,3% respetivamente, do total de nascimentos. As crianças que nascem com menos de 1500 gr ou menos de 32 semanas têm uma sobrevivência de 88,7% (GRNMBP, 2011-2012).

Acompanhando esta evolução surgiram estudos na área do comportamento e desenvolvimento do recém-nascido (Als e Brazelton, 1981; Als, 1982,1999) e programas de cuidados centrados no desenvolvimento e na família. Assistiu-se ao crescimento da autoconsciência e da capacidade de conciliar as complexas relações e interações do profissional, com a mais alta tecnologia desenvolvida nas últimas décadas. Todo o trabalho na UCIN envolve a interação humana em muitos níveis do complexo de vulnerabilidade física e emocional. Na sua essência é a pequena criança imatura, totalmente dependente e altamente sensível, num momento de rápido desenvolvimento, rodeado pelos pais esperançosos, abertos e vulneráveis, que confiam e contam com atenção e investimento dos cuidadores (Als [et al.], 2003; Als, 2004).

1.1 - O recém-nascido prematuro

A Organização Mundial de Saúde [OMS] (1994) classifica o recém-nascido prematuro como aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação.

Existem inúmeros fatores de risco para que ocorra um parto prematuro, nomeadamente: o aumento da idade materna, o recurso a técnicas de reprodução artificial (Cheong e Doyle, 2012), o consumo de drogas durante a gravidez, o intervalo entre as gravidezes, a gemelaridade, fatores relacionados com o desenvolvimento do feto, fatores demográficos, socioeconómicos e ainda a infeção intrauterina (Westover e Moss, 2012; Alana e Timothy, 2012).

De acordo com a idade gestacional, Iams, Creasy e Resnick (2004) classificam os prematuros como: prematuro limítrofe (entre as 34 e 36 semanas de gestação), prematuro moderado (entre as 32 e as 34 semanas de gestação) e prematuro extremo (antes das 32 semanas de gestação). Tucker e McGuire (2004) adotaram outra classificação: consideram o bebé prematuro, aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação; grande prematuro, aquele que nasce antes das 32 semanas

de gestação e prematuro extremo, o bebê que nasce antes das 28 semanas de gestação.

De acordo com o peso O'Brien, Soliday e McCluskey-Fawcett (1995), Tucker e McGuire (2004) e Jakuskiene [et al.] (2011) diferenciaram o prematuro em categorias: de baixo peso (BP), com peso inferior a 2500gr, muito baixo peso (MBP) se inferior a 1500 gr e de extremo baixo peso (EBP) o que tem um peso inferior a 1000 gr.

O córtex humano começa o seu desenvolvimento por volta da sexta semana de gestação, quando o embrião é inferior a um centímetro e meio de comprimento [(Marin-Padilla,1983; Marin-Padilla, 1993) Cit. por (Als e Gilkerson,1997)]. Cada um dos milhões de neurónios tem a sua origem na matriz germinativa do córtex cerebral. No seu pico, a matriz germinativa lança cerca de 1000.000 neurónios corticais por dia e cada um deles migra para sítios específicos (Dooling [et al.], 1983) Cit. por (Als e Gilkerson, 1997). Essas migrações ocorrem em ondas, com início por volta das oito semanas de gestação, que gradualmente vão diminuindo até às 24 semanas, altura em que a maturação neuronal aumenta drasticamente. Cada um dos estimados triliões de neurónios humanos, depois de migrados, desenvolvem interligações dendríticas e axonais, num total de cerca de um quintiliões de sinapses. Este processo está em curso durante o segundo e terceiro trimestres da gravidez e continua ativamente até aos 5 anos de idade. À medida que as células aumentam a sua conectividade no final do segundo trimestre, há um crescimento simultâneo do peso do cérebro e mudança no formato da cabeça (Padilla,1983; Gilles, 1983) cit. por (Als e Gilkerson, 1997). É nesta altura que o comportamento fetal se torna mais complexo: aumento da sucção nos dedos e mão, agarrar, extensão, flexão e rotação de membros e tronco; sono cada vez mais discernível com períodos de vigília e reações ao som. Durante este período, a sensibilidade e desenvolvimento dos recetores de certos neurotransmissores são muito influenciados pela natureza da experiência (Als e Gilkerson, 1997).

Este desenvolvimento do cérebro do recém-nascido de termo ocorreu no meio intrauterino, protegido de todas as perturbações externas, com os nutrientes necessários ao seu desenvolvimento, temperatura adequada e regulação dos ritmos crono biológicos. O recém-nascido prematuro, impossibilitado de completar o terceiro trimestre de gravidez, mostra uma grande imaturidade a nível biológico e metabólico, é demasiado pequeno, imaturo e frágil, o que o impede de ter a

interação com o meio que o rodeia de forma natural (Als e Gilkerson, 1995; Als e Gilkerson, 1997). A pele é fina, transparente, apenas com uma pequena camada de gordura subcutânea. Esta imaturidade a nível fisiológico traduz-se em esforço respiratório, alterações bruscas da cor, instabilidade visceral, labilidade térmica, hipotonia, flacidez e desorganização do estado comportamental (Lawhon, 1986).

É neste período que é transportado para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), no momento em que o seu cérebro se desenvolve mais rapidamente do que em qualquer outro período da sua vida (Gilles, 1983; Als e Gilkerson, 1995; Als, 1999; Als e Gilkerson, 1997; Als, 2004). Na UCIN está sujeito a uma intensidade de estímulos, dos quais estaria protegido se estivesse *in útero* (Als, 2004; VandenBerg^b, 2007). O sistema nervoso começa a ser formado num ambiente caracterizado por sobrecarga sensorial, fortemente incompatível com o seu desenvolvimento.

Neste meio artificial o sistema nervoso central é sujeito a hiper e hipo estimulação do meio externo. A hipo estimulação é devida à redução de estímulos rítmicos, como o batimento cardíaco e a voz, a hiper estimulação, à exposição a níveis elevados de ruído, de luz brilhante e à manipulação descontrolada (Guarini [et al.], 2009). Esta atividade resulta em episódios de dessaturação, hipoxemia, descoordenação ventilatória e dispêndio desnecessário de energia, responsáveis por alterações significativas do crescimento e desenvolvimento do seu cérebro (VandenBerg^b, 2007; Als, 2004) com consequentes alterações cognitivas (Als e Gilkerson, 1995; Perlman, 2001; Cunha [et al.] 2010; Brown e Heermann, 1997).

Apesar destes ambientes agressivos de elevada tecnologia serem imprescindíveis à sua sobrevivência, não deixam de ser deletérios para o desenvolvimento de importantes órgãos e sistemas como o cérebro, pulmões, intestinos e órgãos dos sentidos (VandenBerg^a, 2007; Cunha [et al.], 2010).

O desenvolvimento e a maturação cerebral são processos contínuos, geneticamente programados e sujeitos à influência dos estímulos do ambiente envolvente durante os períodos fetal e pós natal (Ratynski [et al.], 2002). Estes estímulos podem potenciar a rutura dos vasos sanguíneos, resultando em diferentes graus de Hemorragia Intra-Ventricular (HIV). Esta rutura tem como consequência a dilatação periventricular adjacente à substância branca, levando a alterações dos processos de crescimento e organização cerebral, migração celular, sinaptogénese e mielinização, que por sua vez estão associadas a um risco elevado

de deficiência cognitiva, deficiência auditiva, paralisia cerebral e visual, ou seja, com danos neurológicos a longo prazo (Brown e Heermann, 1997; Als, 2004; VandenBerg e Ross, 2008).

São muitas as complicações às quais o RNPT está sujeito (Als, 1999): doença de membrana hialina e dificuldade respiratória (Picone e Paolillo, 2010; Moreno-Plata [et al.], 2011; Rocha, Rodrigues e Guimarães, 2010; CLavelan, 2010; Kalyoncu [et al.], 2010), alterações do metabolismo da glicose (hipoglicemia e hiperglicemia) (Coelho [et al.], 2007; Moreno-Plata [et al.], 2011), dificuldade na regulação térmica (hipotermia e hipertermia) (CLavelan, 2010; Kalyoncu [et al.], 2010) policitemia (Korkmaz [et al.], 2011) enterocolite necrosante (Korkmaz [et al.], 2011), sepsis, (Kalyoncu [et al.], 2010) hiperbilirrubinemia (CLavelan, 2010; Moreno-Plata [et al.], 2011); alterações electrolíticas (Picone e Paolillo, 2010); persistência do canal arterial, (Evans, 2012), alterações neurológicas, (Picone e Paolillo, 2010); retinopatia da prematuridade (Niranjan [et al.], 2012), intolerância alimentar, dificuldade na alimentação oral (Ross e Browne, 2002; Rega, 2012; CLavelan, 2010); (Sizun e Westrup, 2004); hemorragia intraventricular (Jary De Carli e Whitelaw, 2012), leucomalácia (Duffy e Als, 1988) e tempo de internamento prolongado (Moreno-Plata [et al.], 2011; Picone e Paolillo, 2010), com o conseqüente transtorno na relação pais - filho (Ratynski [et al.], 2002). Em Portugal, a prevalência da HIV é de 8,1% nos bebés prematuros (GRNMBP, 2014). A sua incidência continua a ser uma importante complicação que tem despertado grande preocupação por parte dos profissionais, tendo em conta as conseqüentes perturbações no crescimento e desenvolvimento do RNMBP (Als [et al.], 1986; Brown e Heermann, 1997; VandenBerg^a, 2007).

Segundo a Synactive Theory de Als (1982), o comportamento do recém-nascido pode descrever-se através de subsistemas de maturação neuro comportamental (fisiológico, autonómico, motor, estadual e interativa, de atenção e de autorregulação), que são hierárquicos e interdependentes e emergem sequencialmente em cada criança. No recém-nascido de termo saudável estes subsistemas são maduros, integrados e sincronizados, enquanto o recém-nascido prematuro pode ser incapaz ou apenas parcialmente capaz de gerir as adversidades ambientais (VandenBerg^b, 2007).

Estes sistemas interagem uns em relação aos outros e com o ambiente que rodeia o bebé, sendo que cada um é classificado de acordo com a comunicação

não-verbal do recém-nascido, indicando bem-estar ou então retração, quando demonstra sinais de stresse (Als, 1999).

Como descrevem Als, Duffy e Mcanulty (1996) o bebé prematuro pode considerar-se “organizado” se for capaz de se manter autorregulado, com comportamento aproximado daquele que apresentava antes da estimulação. É considerado “desorganizado” se um novo estímulo lhe provoca respostas de desconforto. De entre os diferentes comportamentos observados, dever-se-á dar maior atenção aos sinais de stresse ou de sofrimento (movimentos assimétricos dos braços, choro, esgares, movimentos da cabeça), aos diferentes estados comportamentais (sono ativo, sono calmo, sonolento, alerta ativo, alerta calmo e choro) e às tentativas de autorregulação (chupar, mudanças de posição, reflexo de preensão palmar, agarrar e fechar os olhos) (Als, Duffy e Mcanulty, 1996; VandenBerg^b, 2007).

Tendo por base esta teoria, surgiram em Portugal programas no âmbito do cuidar para o neuro desenvolvimento do recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP), dos quais se destaca o *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), que utiliza estruturas de reportórios de observação do comportamento da criança, resultando em narrativas onde são inferidos os objetivos e as recomendações para os cuidados individualizados, baseados na pesquisa, através da qual se tem demonstrado significativos benefícios para as crianças (Browne [et al.] 1999; Ballweg, 2001; Westrup, 2007; VandenBerg, Ross, 2008; McAnulty [et al.], 2013).

Este é um programa individualizado de avaliação e de cuidados centrados no desenvolvimento do RNPT, criado com o objetivo de diminuir o impacto do ambiente da UCIN nestes bebés. Além de englobar os aspetos físicos do ambiente, engloba também todos os procedimentos na prestação de cuidados, bem como os aspetos sociais envolvidos (Als, Duffy e Mcanulty, 1996; Als, 2009).

As crianças estão em constante esforço ao longo do desenvolvimento de habilidades cada vez mais complexas, em direção à autorregulação (Als [et al.] 1986). Os cuidadores devem reconhecer cada competência emergente e responder a cada um individualmente, suportando-o em cada estado comportamental, autonómico, fisiológico ou motor, de modo que o bebé consiga manter-se organizado e autorregulado (VandenBerg, Ross, 2008). É necessário um suporte adequado que permita regular os seus subsistemas, diminuindo a resposta ao

stress do meio ambiente, de modo a alcançar a estabilidade fisiológica. Torna-se necessário utilizar técnicas que incluem alteração do ambiente (reduzindo a intensidade da luz e favorecendo a alteração dia/noite), utilizar métodos de contenção e flexão do bebê, preferencialmente o posicionamento em lateral com alinhamento à linha média, promover o agrupamento de cuidados, de modo a permitir períodos ininterruptos de sono, utilizar meios auxiliares para autorregulação (a sucção não nutritiva e o agarrar), ter em atenção os sinais de prontidão para a alimentação oral e ainda o envolvimento dos pais tão precoce quanto possível (Jacobs, Sokol e Ohlsson, 2002; Als, 2004; McAnulty [et al.] 2013).

Os cuidados para o desenvolvimento resultam em menores períodos de agitação, permitem períodos de descanso e de sono mais prolongados, facilitam a ventilação e reduzem a hipoxia, preservando desta forma energia preciosa (Brown, 1997). Assim os bebês prematuros apresentam maior ganho de peso, são sujeitos a menos episódios de dessaturação e de hipoxia, resultando numa menor duração de suporte ventilatório, melhor função respiratória com menor risco de HIV, maior integridade neurológica com tempo de internamento mais curto (Als [et al.], 1986; Brown, 1997; Jacobs, Sokol e Ohlsson, 2002).

Os autores McAnulty [et al.] (2013) concluíram que o programa NIDCAP, de cuidados para o desenvolvimento, parece melhorar significativamente o neuro desenvolvimento, com efeitos benéficos e duradouros em idade escolar, em termos de comportamento, melhoria cognitiva consistente, conectividade funcional do cérebro e estrutura cerebral.

Gradualmente o recém-nascido apresenta maior maturidade nos comportamentos, em resposta aos mais variados estímulos (Ratynski [et al], 2002; Hack, 2007; VandenBerg e Ross, 2008) e com o crescimento observa-se melhor função executiva, além das diferenças na estrutura e volume do cérebro (McAnulty [et al.], 2013).

Podemos concluir que nas últimas décadas houve uma explosão ao nível da tecnologia e da farmacologia que permitiram dar suporte às necessidades destes recém-nascidos, nas unidades de cuidados intensivos, mas também ocorreram grandes mudanças no ambiente da prática dos cuidados e na forma de dar resposta, às necessidades destas crianças vulneráveis e suas famílias (Browne [et al.], 1999; Als, 2004; McAnulty [et al.], 2013).

1.2 -Emergência das competências alimentares

A imaturidade sensorial e motora, com a restrição de experiências durante um período crítico do desenvolvimento cerebral, quando as habilidades da pré-alimentação são refinadas, são fatores que potenciam atrasos significativos na emergência das competências alimentares do recém-nascido prematuro (Barlow [et al.], 2010).

Apesar de todos os avanços nos cuidados intensivos neonatais terem aumentado substancialmente a sobrevivência de recém-nascidos prematuros (Jeanie e Lex, 2013), as dificuldades na alimentação continuam a ser um fator decisivo no prolongamento do internamento destes bebés, bem como nas alterações na relação mãe-filho (Bingham [et al.], 2012). São por isso necessárias intervenções eficazes, no sentido de melhorar o desempenho do bebé prematuro na alimentação, tão cedo quanto possível, de modo a prevenir os distúrbios da alimentação na infância (Fucile [et al.], 2011); (Bingham [et al.], 2012; (Fucile [et al.], 2012).

A sucção e a deglutição podem ser observadas *in útero* desde muito cedo, com abertura da boca às 7-8 semanas de gestação, respiração fetal às 10 semanas, deglutição do líquido amniótico por volta das 12 e 14 semanas e sucção às 15 semanas (Breton e Steinwender, 2008; Barlow, 2009).

A sucção é um comportamento relativamente maduro no recém-nascido (RN) de termo e é parte integrante da alimentação competente. No entanto, o recém-nascido prematuro demonstra descoordenação e inabilidade na sucção é incapaz de se alimentar por via oral, tendo necessidade de ser alimentado por sonda gástrica durante períodos prolongados de tempo, levando a atrasos no desenvolvimento das habilidades necessárias para a alimentação oral competente (Mc Cain [et al.], 2001; Amaizu [et al.], 2008; Barlow^a [et al.], 2008; Bauer [et al.], 2009).

A deglutição é também um processo complexo, que requer um comportamento altamente organizado, exigindo uma coordenação adequada dos músculos da boca, palato, faringe e esófago (Lau e Schanler, 1996). O bolo de leite estimula os

quimiorreceptores da faringe, os movimentos de deglutição são iniciados e a respiração é suprimida (Lau e Schanler, 1996), deste modo a sucção é contínua no início da refeição e decorre sem interrupção para respirar (Shiao, 1997).

A coordenação entre a sucção e a deglutição só ocorre a partir das 32 a 34 semanas e a coordenação da sucção, deglutição com a respiração só ocorre às 37 semanas de gestação (Mathew, 1988; Bu'Lock, Woolridge e Brum, 1990 cit. por Pickler, 2004; Amaizu [et al.], 2008). Pode ainda persistir imaturidade comportamental até às 40 semanas, que segundo Ratynski [et al.], (2002) parece estar associada com uma alteração estrutural observada por ressonância magnética. À medida que a criança amadurece, a respiração torna-se mais coordenada, atingindo um nível em que a criança respira durante a sucção (Lau e Schanler, 1996; Lau, 2012).

Com o crescimento a criança torna-se competente na alimentação e estabelece-se a coordenação sincronizada da sucção, deglutição e respiração, na proporção de 1:1:1 ou 2:2:1, que pode ser alcançada pelas 36-37 semanas de gestação, em bebês prematuros saudáveis (Wolff, 1968).

No início da alimentação o rácio da sucção para a respiração aumenta em cerca de 2:1 para 4:1. Assim, a respiração é particularmente afetada durante a sucção contínua e como consequência o leite flui em maior quantidade (Pickler, 2004; Goldfield [et al.], 2010; Bingham [et al.], 2012), sendo exigida uma adequada coordenação da sucção, deglutição e respiração, para que haja o mínimo risco de aspiração (Amaizu [et al.], 2008).

A descoordenação entre a sucção, deglutição e respiração, pode levar à dessincronização e dificuldades na alimentação oral (Pickler, 2004). Para tal, podem existir várias causas: hemorragia cerebral, encefalopatia hipóxico isquémica, anomalia craniofacial, intolerância alimentar, cirurgia, distúrbios da glicose, ventilação ou intervenções que interferem no desenvolvimento do padrão *ororhythmic*, como a entubação prolongada e procedimentos de suplementação de oxigénio (Benzies [et al.], 2013).

O padrão de sucção típico está organizado por surtos seguidos de pausa, ou seja, consiste em surtos de 6 a 12 sucções seguidos de uma pausa, sendo basicamente o mesmo em todas os recém-nascidos normais, podendo ser considerado um mecanismo de espécie para a regulação temporal de comportamento motor (Wolff, 1968).

A sucção representa um comportamento sensório motor complexo, que fornece informações valiosas sobre a integridade do sistema nervoso central (Barlow^b [et al.], 2008; Poore [et al.], 2008). Este comportamento é controlado pelo Gerador de Padrão Central (sCPG), que consiste num sistema de saídas rítmicas locais, sob orientação de um controlador principal do cérebro, que coordena tarefas quotidianas, como mastigar, chupar, deglutir e respirar.

Vários estudos têm demonstrado que a utilização de diferentes métodos de estimulação sensoriomotora, associados à posição corporal adequada e à experiência do cuidador, favorecem o tempo de transição da sonda gástrica para a via oral, influenciando a *performance* alimentar do RNPT, no momento de iniciar a alimentação oral (Pickler, 2004; Fucile, Gisele e Lau, 2002, 2005; Barlow^b [et al.], 2008, 2011; Amaizu [et al.], 2008; Bauer [et al.], 2009).

O desenvolvimento do padrão de sucção pode ser conseguido através da estimulação repetida sobre os recetores periféricos orais e periorais que incentivam este movimento (Finan e Barlow, 1998; Poore [et al.], 2008) definindo pelo menos dois modos ou ritmos de sucção:

- Modo nutricional organizado com uma sequência de sucções cíclicas, que depende do fluxo de leite que sai da tetina, e tem uma frequência média de uma sucção por segundo.
- Modo não nutritivo, que é caracteristicamente segmentado em surtos alternados de sucção e períodos de descanso, com uma frequência base de duas sucções por segundo, que podem estar presentes em todos os estados de comportamento, exceto quando o recém-nascido está a dormir ou muito excitado. Desta forma a organização temporal da sucção é perturbada pelos diferentes órgãos, estado comportamental e pelo sistema nervoso central (Wolff, 1968).

A maturação e coordenação da sucção não nutritiva (SNN) precedem o padrão de sugar, deglutir e respirar associados à característica do padrão da sucção nutritiva (SN), (2Hz para 1Hz) respetivamente (Lau e Schanler, 1996; Gewolb [et al.], 2001; Boiron [et al.], 2009; Barlow, 2012).

O ritmo e a amplitude da sucção aumentam ao longo dos dias e o processo de desenvolvimento das habilidades na alimentação oral, juntamente com a sua coordenação, amadurecem em tempos diferentes (Amaizu [et al.], 2008). O funcionamento adequado da sucção, deglutição e respiração ocorre em dois níveis: na apropriada maturação funcional e na sincronização dos músculos

implicados dentro de cada função (Gewolb [et al.], 2006; Amaizu [et al.], 2008). Estas atividades coordenadas necessitam da interação entre os diferentes conjuntos de músculos da região perioral, para gerar pressão de sucção, abertura e fecho da mandíbula, peristaltismo da língua, formação do bolo e transporte para a faringe (Amaizu [et al.], 2008; Boiron [et al.], 2009).

É necessário haver maturação periférica e central, precisão e coordenação oro motora (sucção/deglutição) bem como o envolvimento de toda a mecânica da respiração, com participação correta do diafragma, musculaturas intercostais, bem como dos músculos das vias aéreas superiores, desde o nariz até à glote, de modo a reduzir ao mínimo o risco de aspiração. Estas três funções devem acontecer sequencialmente e a deglutição deve ocorrer na fase segura do ciclo respiratório (Amaizu [et al.], 2008).

A presença de dispositivos na boca e face, como sondas ou tubos de suplemento de oxigénio (O₂) que impedem o contacto das mãos à boca, pode ter impacto negativo no desenvolvimento da coordenação oro motora. Com isto, o desenvolvimento de funções importantes do cérebro pode ser prejudicado, comprometendo a alimentação e até a produção fona audiológica, incluindo balbuciar e a produção da fala (Pridham [et al.], 1988; Fucile, Gisele e Lau, 2002; Barlow [et al.], 2010; Dodrill, 2011; Barlow [et al.] 2012). Isto acontece porque, para além de um sistema nervoso intacto, são também necessárias experiências ambientais adequadas, para a coordenação funcional da sucção, deglutição e respiração na criança (Izquierdo [et al], 2012; Poore e Barlow, 2009).

Sendo tão bem conhecida a prevalência das dificuldades na alimentação oral nos prematuros, torna-se imprescindível a avaliação do bebé prematuro no seu todo, a avaliação do estado comportamental inicial, a avaliação da estabilidade fisiológica (frequência respiratória, esforço respiratório, saturações de oxigénio e frequência cardíaca basal), bem como a criação das condições ambientais adequadas para dar início a este processo de aprendizagem [Thoyre, Shaker e Pridham, (2005); Bingham [et al.], (2012)].

O processo de desenvolvimento neurológico do bebé fornece uma série de informações que são fundamentais para o prestador de cuidados, devendo ser dada especial atenção ao funcionamento neuro-comportamental do bebé prematuro, quando expressa os seus pontos fortes e aqueles que são mais

vulneráveis, de modo a definir estratégias que estimulem os pontos fortes, diminuindo os fatores de stresse (Als e Gilkerson, 1997).

Um grupo de profissionais, Suzanne Thoyre, Catherine Shaker e Karen Pridham, duas das quais enfermeiras, dedicaram-se à elaboração de um instrumento de avaliação das competências para a alimentação oral, Early Feeding Skills (EFS). Esta escala que tem como objetivo a avaliação das competências alimentares do bebé prematuro é constituída por 36 itens, que estão divididos por grupos: avaliação da prontidão do bebé para a alimentação; envolvimento na alimentação; organização oro motora; coordenação da sucção, deglutição e respiração e estabilidade fisiológica (Thoyre, Shaker e Pridham, 2005).

Mais tarde Ross e Philbin (2011) apresentaram um novo instrumento de avaliação, *Supporting Oral Feeding in Fragile Infants* (SOFFI). Este instrumento é baseado num sistema de algoritmo que permite a avaliação das competências do bebé prematuro para a alimentação, bem como o suporte necessário por parte do cuidador, no sentido de proporcionar uma alimentação de qualidade, com o mínimo gasto de energia. A construção deste instrumento teve por base a influência da Synactive Theory de Als (1982) e os estudos de Thoyre sobre o desenvolvimento das competências alimentares do bebé prematuro.

Recentemente um grupo de profissionais (Horner [et al.] 2014) confirmou a avaliação dos resultados da aplicação da SOFFI, a bebés nascidos com menos de 37 semanas e a bebés nascidos com mais de 37 semanas, em grupos separados. Deste estudo concluiu-se que as crianças nascidas com menos de 37 semanas atingiram a alimentação via oral completa em menos dias e tiveram um ganho de peso, em gramas por dia, ligeiramente maior do que o grupo de controlo.

A transição de uma alimentação por sonda, para a alimentação oral é um processo lento, que envolve a estabilidade fisiológica e o desenvolvimento do recém-nascido (Grose, 2011). No entanto, o seu desempenho e organização, durante a alimentação podem ser influenciados positivamente, pelo atendimento prestado dentro da unidade de neonatologia, e prolongar-se após a alta (Dodrill, 2011; Horner [et al.] 2014).

1.3- Intervenções promotoras das competências alimentares no bebê prematuro

Nos últimos anos surgiram vários estudos sobre o processo de transição do bebê prematuro para a alimentação oral, que demonstram serem necessárias intervenções específicas para que essa transição seja mais precoce (Barlow^b [et al.], 2008); Bauer [et al.], 2009; Fucile [et al.], 2011; Greene [et al.], 2013).

Um estudo realizado por Barlow^b [et al.], (2008) demonstrou que o estímulo oro cutâneo com chupeta pulsátil é altamente eficaz em acelerar o desenvolvimento de sucção não nutritiva (SNN) em prematuros, apresentando deste modo maior sucesso em alcançar a alimentação por via oral. Assim, a expressão funcional do sCPG nos prematuros que não têm uma sucção organizada pode ser induzida, através do estímulo oro cutâneo (Poore [et al.], 2008). É por isso elementar que o recém-nascido prematuro, durante o período essencial do desenvolvimento do seu cérebro, possa ter experiências sensoriais e motoras que são importantes para as habilidades necessárias à alimentação oral, sem as quais altera significativamente o desenvolvimento do seu padrão oro-motor (Barlow [et al.],2010; Fucile [et al.], 2012).

A exposição repetida e modulada de estimulação oro-cutânea facilita o desenvolvimento e fortalece a rede neuronal que regula a sucção. Sendo uma intervenção não invasiva, é segura e agradável para o recém-nascido e facilmente administrada numa UCIN (Barlow^a [et al.], 2010). Os mesmos autores acrescentam que são ainda conhecidos benefícios adicionais, como a melhoria do controle do estado pós alimentação, maturação gástrica, diminuição do stresse e eficácia na transição para a alimentação oral.

De acordo com Fucile [et al.] (2012), os bebês prematuros podem melhorar as suas habilidades, com a intervenção reforçada de componentes específicos da sucção nutritiva, que consiste na estimulação oral (O), tátil/cinestésica (T/K) e sensoriomotora combinada (O + T/K).

A estimulação oral corresponde à estimulação das bochechas, lábios e queixo durante 7 minutos, intraoral nas gengivas e língua durante 5 minutos, e sucção

não nutritiva durante 3 minutos. A estimulação tátil/cinestésica (T/K) consiste em alisar o corpo a partir da cabeça, seguida do pescoço, ombros, costas, pernas e braços durante 10 minutos, com amplitude passiva de movimento dos braços e pernas durante 5 minutos. A estimulação combinada (O+T/K) consiste em aplicar 15 minutos de oral e 15 minutos de tátil /cinestésica, acima descritos. Estes autores demonstraram que todas as intervenções resultaram em melhor coordenação respiração-deglutição e melhoria no desempenho do prematuro ao alimentar-se por via oral. Mais tarde, os mesmos autores Fucile [et al.] (2012) confirmaram que a intervenção sensoriomotora tem efeito positivo na maturação das competências alimentares do bebê prematuro e especificamente na coordenação da sucção, deglutição e respiração.

Bauer [et al.] (2009) já tinham demonstrado que esta intervenção sensoriomotora não leva à perda de peso, mas também não favorece o seu aumento, motivo pelo qual devia ser iniciada tão precocemente quanto possível e logo que o RNPT estivesse com alimentação plena e estável.

Um estudo efetuado por Vaivre-Douret [et al.] (2008) concluiu que a combinação de massagem com a aplicação de óleo vegetal na pele do bebê prematuro saudável, resulta num maior ganho de peso e melhor desenvolvimento neurológico e psicomotor, maior maturação, resultando em menor tempo de internamento.

A revisão da literatura efetuada por Pinelli e Symington (2009) demonstrou que a estimulação oral através da SNN e a estimulação oromotora (Clark, 2010) têm efeitos positivos no tempo de internamento do bebê prematuro, assim como na *performance* da sucção e na transição da alimentação por sonda para a alimentação oral.

Os estudos efetuados por Barlow [et al.] (2010); Arvedson [et al.] (2010) Fucile [et al.] (2012) e Greene [et al.] (2013) acrescentam que é de extrema importância a implementação de estimulação oral associada à sucção, no período neonatal precoce, uma vez que estas intervenções se têm mostrado eficazes no desenvolvimento das habilidades na alimentação por via oral exclusiva e diligência uma alta da UCIN mais precoce.

No estudo realizado por Yildiz e Arikan (2010), foi demonstrado que a transição para a alimentação oral completa ocorre três dias mais cedo, se o bebê prematuro

for estimulado com o cheiro do leite materno, durante a administração do leite por gavagem.

Por outro lado, Standley (2012) concluiu que esta experiência de aprendizagem associada à música pode reforçar a sucção na chupeta, aumentando a frequência, duração e resistência, que por sua vez levam à rápida proficiência e uma alta mais precoce.

Por último, Maron (2012) mostra que a pesquisa do gene NPY2R na saliva, no período neonatal, fornece informações a nível molecular, de forma objetiva e não invasiva, sobre o processo de aprendizagem na alimentação por via oral em recém-nascidos prematuros. A análise estatística revelou que a expressão positiva de NPY2R tinha 95% de valor preditivo para a imaturidade na alimentação. Estes dados confirmam ainda mais a complexidade da alimentação por via oral, sugerem que o desenvolvimento do comportamento alimentar é um componente biológico essencial, permitindo identificar novas vias associadas à alimentação oral bem-sucedida (Maron, 2012).

CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação em enfermagem tem permitido dar resposta às questões colocadas pelos profissionais na sua prática diária, no sentido de melhor descrever e compreender as experiências humanas (Streubert e Carpenter, 2002), motivando, assim, a aquisição de novos saberes essenciais à qualidade dos cuidados, atualização de técnicas e aperfeiçoamento das competências dos enfermeiros, servindo de base para a sua visibilidade social enquanto ciência e profissão (Martins, 2008). As opções metodológicas, como salienta Fortin (2009), são importantes para assegurar a qualidade e fiabilidade dos resultados do estudo. Neste contexto, o enquadramento metodológico torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois é através dele que se estuda, descreve e explicam todas as etapas que se vão processar, se descreve o método que dá resposta às questões de investigação e que permite concretizar os objetivos traçados (Fortin, 2003).

2.1 - Justificação, objetivos e finalidade do estudo

A definição do tema em estudo é o ponto de partida de uma investigação, levando o investigador a focalizar a sua atenção para o fenómeno que pretende estudar, a partir de uma área temática mais ampla e desconhecida, pela qual tem especial interesse e que o impulsiona para fazer uma investigação e aumentar os seus conhecimentos (Polit e Beck, 2011). *“Este tema deve traduzir um problema geral que necessite de investigação, relacionado com comportamentos, observações, conceitos ou teorias, que suscitem preocupações humanas, clínicas, sociais ou teóricas”* (Fortin, 2009, p. 19). Para tal é necessário documentá-lo de forma rigorosa e elaborar a questão de investigação que, no decorrer do estudo, vai sendo gradualmente delimitada, até que se torne clara e possa dar-lhe a orientação necessária (Fortin, 2009). A escolha do tema é portanto *“uma das etapas mais importantes do processo de investigação, porque influencia o desenrolar das etapas seguintes”* (Fortin, 2009, p.67).

As inquietações que levam a definir a pergunta de partida para este estudo surgem da experiência profissional, numa unidade de neonatologia, ao longo de duas décadas de atividade. Assim, emergiu a necessidade de compreender alguns aspetos da prática dos cuidados de enfermagem, relativos à transição para a alimentação oral, no recém-nascido prematuro.

Esta tem sido uma área à qual se tem dado especial relevância nos últimos anos e é foco de grande atenção, estudo e pesquisa, através de diversos métodos e técnicas de investigação.

Em Portugal a prática de enfermagem e a experiência nesta área tão específica, não estão ainda devidamente refletidas e exploradas e os estudos realizados são escassos (Nicolau [et al.], 2009), razão pela qual surgiu a necessidade de dar resposta à questão central, que originou este estudo: Como melhorar a transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral do recém-nascido prematuro?

A questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar, com vista a obter novas informações, e que reflete a

orientação que se quer dar à investigação (Fortin, 2009). Para dar resposta à questão de investigação deste estudo, foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer as características do recém-nascido prematuro que, na opinião dos enfermeiros, são fundamentais para o início da alimentação oral;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem, que eles consideram promotoras da transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral, do recém-nascido prematuro;
- Contribuir para a elaboração de uma proposta de um guia orientador do início da alimentação oral no recém-nascido prematuro.

Uma vez que a percentagem de RNMBP representa cerca de 1,3 % dos nados vivos em Portugal (GRNMBP, 2014) e que o custo diário de internamento de continuação de cuidados de um recém-nascido, para aumento de peso, é de 664,33€ (Diário da República, 1.^a série – N.º 80 – 24 de abril de 2013 p. 2517. Portaria n.º 163/2013), mostra que a possibilidade de redução do tempo de internamento dos recém-nascidos prematuros, através de intervenções promotoras da transição para a alimentação oral, para além de representar ganhos significativos em saúde, também contribui para melhorar a qualidade da sua alimentação na infância.

A compreensão do fenómeno em estudo permitirá a utilização dos conhecimentos produzidos na melhoria dos cuidados de enfermagem, relativos à transição para alimentação oral nos bebés prematuros, com ganhos efetivos em saúde e, eventual valorização profissional dos enfermeiros.

2.2- Caracterização do estudo

O paradigma de investigação subjacente a este trabalho classifica-se quanto à abordagem, como qualitativo, uma vez que, o problema em estudo lhe confere a natureza qualitativa.

Como refere Fortin (2009, p. 156) neste paradigma “*considera-se essencial conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a experienciam, sendo direcionada a atenção de quem investiga, sobre a percepção dos indivíduos acerca da mesma.*” Assim, conhecer as opiniões dos enfermeiros é de extrema importância, para o desenvolvimento do conhecimento e melhoria das práticas. A pesquisa qualitativa “... *procura compreender e interpretar experiências pessoais, comportamentos, interações e contextos sociais para explicar os fenómenos de interesse, tais como as atitudes, crenças e perspectivas de pacientes e médicos, a natureza interpessoal do cuidado (...) a experiência da doença, ou o impacto do sofrimento humano*” (Wong, Wilczynski e Haynes, 2004, p.6).

As metodologias qualitativas são sustentadas pelo raciocínio indutivo desenvolvendo conceitos, ideias, entendimentos ou até mesmo teorias, a partir de padrões identificados na análise dos dados (Bogdan e Biklen, 1994).

Face aos objetivos delineados, este estudo pode classificar-se como exploratório e descritivo, uma vez que corresponde à descoberta de realidades, relativamente às quais é necessário tomar decisões, que pressupõem o conhecimento de uma série de dados, de atitudes e de expectativas, por parte dos enfermeiros (Ferrarotti, 1985). Por outro lado permite compreender o fenómeno a partir do discurso dos participantes, conhecer as suas opiniões e experiências, e descrever um fenómeno de interesse, sobre o qual existe pouca informação (Fortin, 2003).

É descritivo uma vez que “*a investigação qualitativa é descritiva. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não em números (...) na sua busca de conhecimento, os investigadores qualitativos não reduzem as muitas páginas contendo narrativas e outros dados a símbolos numéricos*” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 48). O processo real da análise de dados toma a forma de aglomerados por dados semelhantes, que é referida como temas, designadas por unidades estruturais de significado dos dados (Streubert e Carpenter, 2002) e, o investigador desenvolve conceitos, ideias e entendimentos a partir dos padrões encontrados (Sousa e Baptista, 2011).

2.3- Contexto e participantes no estudo

Num estudo de investigação é necessário selecionar a população-alvo. Esta é caracterizada pelo conjunto de pessoas que têm características comuns e que satisfazem os critérios de seleção definidos (Fortin, 2009). Esta foi a razão pela qual foi selecionado, para participar neste estudo, um grupo de enfermeiros a trabalhar num serviço de neonatologia.

O Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar de S. João (CHSJ) é um serviço de referência da Zona Norte para recém-nascidos, dando uma resposta multidisciplinar a situações de crianças com patologias cardíacas, cirúrgicas, metabólicas e neurocirúrgicas. Está inserido num Hospital Universitário, participando em vários estudos multicêntricos, de programas nacionais e internacionais, dos quais se destaca o projeto NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*).

Este programa foi implementado em 2003 e, desde então, pretende que todos os bebés prematuros sejam cuidados tendo por base a filosofia NIDCAP. Todos os recém-nascidos prematuros são colocados em ninhos para simular o ambiente intrauterino, com barreiras de contenção. Durante e após a realização de procedimentos dolorosos é pedida a colaboração dos pais na contenção manual de modo a acalmar o seu filho, como medida de promover a autorregulação e diminuir os níveis de stresse do bebé, para além de promover a participação dos pais nos cuidados.

Outro aspeto diretamente influenciado pela existência do projeto NIDCAP é o incentivo à realização do método *kangaroo care*, quer pelo pai, quer pela mãe, a todos os recém-nascidos prematuros, desde que tenham condições para tal. É incentivada a personalização da unidade do recém-nascido, através da exposição de desenhos e fotografias (dos pais e dos irmãos), a utilização de objetos pessoais, tais como uma fralda de pano com o cheiro da mãe e pequenos bonecos de tecido, trazidos pelos pais.

É grande a preocupação em reduzir os fatores stresse e desconforto do recém-nascido, através do controle do ambiente exterior, nomeadamente através da

redução da luz ambiente, mantendo as persianas das janelas descidas. Todas as incubadoras são cobertas com mantas espessas e coloridas que permitem reduzir a intensidade de luz e de ruído. Em cada unidade existe um foco de luz utilizado em procedimentos mais minuciosos, que ilumina apenas a área de interesse, evitando a luz direta sobre os olhos. A temperatura do serviço é mantida estável e adequada aos cuidados a prestar aos recém-nascidos. É incentivado o silêncio e o tom de voz baixo. A manipulação mínima, apesar de ser uma das medidas fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento harmoniosos do recém-nascido prematuro é a mais difícil de cumprir, pelas condições inerentes às necessidades destes bebês tão frágeis, em especial aos que se encontram em cuidados intensivos. A manipulação mínima implica que se manipule o recém-nascido apenas quando necessário, de forma a assegurar que este tenha períodos de descanso e sono, sendo os cuidados realizados não por rotina, tais como a troca da fralda ou o banho, mas apenas quando são considerados necessários.

Embora estes conceitos estejam bem presentes no cuidado ao recém-nascido prematuro, o momento de iniciar a alimentação oral continua a ser uma área sensível, que suscita muitas dúvidas e incertezas. Os enfermeiros são os profissionais que nesta área têm um papel crucial, pois são eles que alimentam estes bebês e que têm as melhores oportunidades, de identificar as competências emergentes em cada recém-nascido. São os enfermeiros que estão na melhor posição de fornecer as informações para a realização deste estudo.

De acordo com alguns autores o conjunto de pessoas a incluir neste tipo de estudos de natureza qualitativa, deve ser determinado a partir da necessidade de informações (Polit, Tatano e Hungler, 2004) e não deve ser denominado amostra, mas antes participantes ou informantes, pois os indivíduos são selecionados para participar na investigação, atendendo à sua experiência, cultura, interação social ou fenómeno de interesse (Streubert e Carpenter, 2002).

Os critérios de seleção dos participantes deste estudo foram definidos de modo a obter uma abordagem mais abrangente da perspectiva dos enfermeiros, em diferentes fases da sua experiência profissional. Como critérios de inclusão foram considerados: serem enfermeiros com especialidade em saúde infantil e pediatria e com mais de 3 anos de tempo de serviço em neonatologia. Foram determinados como critérios de exclusão: serem enfermeiros a exercer funções de gestão no serviço de neonatologia; serem enfermeiros com formação de NIDCAP; serem

enfermeiros com formação na escala *Early feeding skills assessment* (EFS), estes últimos por possuírem formação específica na avaliação das competências alimentares dos recém-nascidos prematuros.

Assim, os participantes no estudo foram nove enfermeiros do serviço de neonatologia do CHSJ, tendo sido determinado o número de participantes pela análise da saturação dos dados obtidos. Bogdan e Biklen (1994) denominam de “Saturação Teórica”, quando se verifica que os dados se tornam repetitivos.

Trata-se portanto de um tipo de amostragem não probabilística, uma vez que, de acordo com (Polit, Tatano e Hungler, 2004) nem todos os indivíduos da população tiveram oportunidade de serem incluídos na amostra.

2.4 - Procedimentos de recolha de dados

O instrumento selecionado para a recolha de dados foi a entrevista individual, semiestruturada, gravada em suporte áudio, que é também o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas e o instrumento que melhor se adequa ao tipo e fenómeno em estudo. Permite recolher informações particulares sobre um tema e possibilita aos participantes explicarem a sua experiência sobre um fenómeno de interesse (Streubert e Carpenter, 2002; Fortin, 2009); permite ainda uma maior interação entre o entrevistador e o entrevistado, possibilitando a perceção de sentimentos, valores e emoções (Bogdin e Biklen, 1994).

A entrevista “é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 134). Este tipo de entrevista requer a elaboração de um guião, com linhas orientadoras da área temática em estudo. O guião inclui perguntas guia, possibilitando ao participante do estudo descrever a sua experiência, fornecendo as informações que quiser, pela ordem que desejar (Freitas, 2007). O

guião serve de fio condutor ao investigador, para garantir que a entrevista segue os objetivos previamente delineados (Polit e Beck, 2011).

As questões abertas, mais frequentes na entrevista semiestruturada, deixam o respondente livre de responder como queira, encontra, ele próprio, as respostas e formula-as nas suas próprias palavras (Fortin, 2009). O investigador *“inicia com alguma questão ou tópico geral e permite que o respondente conte a sua história, de modo natural, narrativo (...) tendem a apresentar uma natureza de conversação”* (Polit, Tatano e Hungler, 2004, p. 251).

O guião de entrevista (Anexo I) foi elaborado com três questões abertas, nomeadamente:

- Quais são as características do recém-nascido prematuro que, na sua opinião, são fundamentais para o início da alimentação oral?
- Qual é a sua opinião sobre as intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do recém-nascido prematuro?
- O que pensa sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral, no recém-nascido prematuro?

O guião foi validado através da realização de um pré-teste, a uma enfermeira que reunia características semelhantes aos participantes, de modo a avaliar se as questões seriam facilmente compreensíveis e se permitiam a recolha de informação pertinente, não tendo sido necessário alterar a sua estrutura.

Como refere Fortin (2009) a principal particularidade da entrevista reside no contacto direto com os participantes, com a possibilidade de obter informações sobre temas complexos, proporcionando a obtenção de respostas completas e detalhadas. Proporciona oportunidades de reflexão, de tomada de consciência e de transformação por parte das pessoas envolvidas, permitindo aos interlocutores organizarem e estruturarem o seu pensamento. Deste modo, *“estabelece-se uma negociação entre as pessoas a propósito do sentido: uma tentando revelar o seu pensamento, a outra querendo compreendê-lo melhor”* (Savoie-Zajc, 2003, p. 285). Ao investigador é exigido que seja bom inquiridor e bom ouvinte, enquanto ao participante é requerido que seja bom informante, devendo estar disponível para refletir sobre as suas experiências, ter boa capacidade de comunicação e esteja determinado a conversar durante longos períodos de tempo com o investigador (Polit e Beck, 2011).

As entrevistas foram realizadas no serviço de neonatologia do CHSJ no período de março a junho de 2013. A sua realização esteve dependente da disponibilidade de cada participante, com os quais foi agendada data e hora. Foram dirigidas individualmente a cada participante pelo investigador principal. O local foi escolhido por cada um, de acordo com a sua conveniência, tendo a maioria delas sido realizada na sala de reuniões do serviço de neonatologia, por ser um local calmo e acolhedor, tal como é recomendado por Streubert e Carpenter (2002).

2.5 - Considerações éticas

Após a concretização do projeto deste trabalho de investigação, foram delineadas ações no sentido de fazer cumprir todos os requisitos necessários à sua aprovação, pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar S. João (CHSJ).

Para ter acesso ao campo de estudo foram contactadas a Diretora Clínica e a Enfermeira Chefe do serviço de neonatologia do CHSJ, a quem foram explicados os objetivos do estudo e posteriormente encaminhado o pedido formal de autorização, para o Presidente do Conselho de Administração da referida instituição, que foi deferido após a análise pela Comissão de Ética para a Saúde, do Centro Hospitalar de S. João (Anexo II).

No que diz respeito à investigação, as considerações éticas são e sempre serão de consideração crítica, sendo imprescindível assegurar que o desenho dos estudos seja sólido, do ponto de vista ético e moral, devendo o investigador consciencializar-se que o trabalho de investigação implica responsabilidade pessoal e profissional, de modo que a dignidade humana seja protegida (Streubert e Carpenter, 2002).

Assim, *“a primeira reflexão ética deve surgir no momento da decisão do problema a investigar. O facto de que os trabalhos de investigação interferem com seres humanos, deve estar presente na mente do investigador, impedindo-o*

de iniciar trabalhos cujo âmbito fuja à sua capacidade de resposta profissional” (Martins, 2008, p. 64). O respeito pelos Direitos do Homem deve ser tido em conta, qualquer que seja o aspeto estudado (Fortin, 2009), sendo imperativo assegurar “os três princípios éticos mais importantes, princípio da beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça” (Polit, Tatano e Hungler 2004, p. 84), salvaguardando desta forma o consentimento informado e a proteção dos sujeitos contra qualquer espécie de dano. Deste modo é garantido que os sujeitos aderem voluntariamente aos projetos de investigação, com conhecimento da natureza do estudo, dos perigos e obrigações neles envolvidos e, que não são expostos a riscos superiores aos ganhos que possam advir (Bogdan e Biklen, 1994).

Ao longo de toda a investigação, os princípios éticos foram respeitados através do consentimento informado e do anonimato dos dados. Citando Fortin (2009,p. 193), *“o consentimento é a aquiescência dada por uma pessoa para a participação num estudo”* e *“para que o consentimento seja livre e esclarecido, é preciso que a pessoa possua toda a informação necessária para poder julgar das vantagens e dos inconvenientes da sua participação”*.

Os dados foram colhidos junto dos enfermeiros, que aceitaram voluntariamente participar no estudo. Foi fornecida informação prévia essencial sobre o mesmo a todos os participantes, designado por informação ao participante (Anexo III), onde eram explicitados os objetivos do trabalho de investigação, os seus direitos, incluindo o de não participar (direito à autodeterminação) ou de, a qualquer momento, recusar-se a participar no estudo, assim como as condições de confidencialidade na utilização das entrevistas, de modo que pudessem dar o consentimento livre e esclarecido (Anexo IV).

Em qualquer trabalho de investigação, o investigador deve ter em conta estes pressupostos fundamentais, não só para a formação da identidade profissional, mas também para desenvolver um processo de investigação de qualidade (Sousa e Baptista, 2011).

As entrevistas foram realizadas num ambiente recatado e tranquilo, assegurando a privacidade e salvaguardando o anonimato dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e codificadas com letra E, seguida de um número, correspondente à ordem de gravação, de E2 a E11. Após a transcrição das entrevistas, foi validado seu conteúdo com os participantes e de seguida as gravações foram destruídas.

CAPITULO 3 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e a interpretação de dados qualitativos é um processo de procura e organização metódica de transcrição de entrevistas, com o objetivo de aumentar a compreensão desses materiais (Bogdan e Biklen, 1994), bem como de planificar outras análises, promover a comparação de dados com outros disponíveis e, finalmente permitir ao investigador apresentar aos outros aquilo que encontrou, em relatório final (Sousa e Baptista, 2011).

Na perspetiva de Bogdan e Biklen (1991, p. 205) esta “*análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspetos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros*”.

Neste estudo, o tratamento de dados teve por base os procedimentos de análise de conteúdo das entrevistas, definidos por Laurence Bardin. Este método caracteriza-se por um conjunto de técnicas de análise das comunicações (Bardin, 2009), e constitui um método de tratamento de dados qualitativos no domínio das ciências sociais (Landry, 2003).

Esta é a técnica mais frequentemente utilizada em ciências humanas, uma vez que dá a possibilidade de tratar de forma metódica e sistemática, as informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, em pequenas unidades que contêm os pontos importantes, que emergem do discurso dos participantes (Bardin, 2009).

Após a realização das entrevistas procedeu-se à transcrição das mesmas para suporte escrito, respeitando integralmente a linguagem utilizada pelas

participantes. Tal como recomendam Streubert e Carpenter (2002, p. 68) “*a seguir a uma entrevista, os investigadores devem ouvir imediatamente a gravação*” e “*quando a colheita de dados começa, inicia-se igualmente a análise de dados. A partir do momento em que os investigadores comecem a ouvir as descrições de um determinado fenómeno, a análise está decorrendo.*” Polit e Beck (2011, p. 507), acrescentam que ao investigador cabe a responsabilidade de “*garantir que as transcrições sejam precisas e reflitam validamente a totalidade da experiência da entrevista*” devendo por isso o investigador efetuar uma transcrição palavra a palavra (Savoie-Zajc, 2003).

Na investigação qualitativa a recolha e análise dos dados ocorre de forma simultânea (Fortin, 2009), daí que após a transcrição dos dados obtidos nas entrevistas se tenha procedido de imediato à análise do discurso dos enfermeiros que participaram neste estudo.

A análise de conteúdo realizou-se em três momentos, “pré análise”, “exploração do material” e por fim o “tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação” (Bardin, 2009, p. 121).

A “pré-análise” correspondeu ao momento em que todo o material foi recolhido, com o objetivo de organizar as ideias, após uma leitura «flutuante» através da qual se estabeleceu o primeiro contacto com o material que, progressivamente se foi tornando mais pormenorizada até formar a constituição de um “*corpus de análise*”. Esta organização permitiu extrair da informação em bruto, pequenas unidades que comportam os pontos importantes, que emergiram do discurso dos participantes (Bardin, 2009).

Na etapa da “exploração do material” procedeu-se à escolha de categorias, que teve em consideração os princípios da exclusividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 2009). Ribeiro (2010, p.67) aconselha que a “*codificação vá sendo feita ao longo da recolha anotando nas margens ao lado dos registos as prováveis categorias em que tal parte poderá caber, de modo a facilitar o processo*”.

Depois de constituído o *corpus* de análise, foram selecionadas as unidades de registo mais significativas, que posteriormente serviram de base à definição das categorias, que emergiram do discurso dos participantes (Vilelas, 2009). As unidades de registo foram agrupadas, de acordo com o seu sentido, em categorias de diversos níveis (dentro de cada categoria os dados foram ainda agregados em

subcategorias), de forma a representarem o fenómeno em estudo e responderem aos objetivos. Nesta etapa a categorização foi fundamental para a análise dos dados qualitativos, uma vez que permitiu a classificação da informação obtida de forma sintetizada no sentido de promover a compreensão dos resultados e estabelecer conclusões ou elações.

Na última etapa procedeu-se ao tratamento dos dados com elaboração de quadros, onde estão representadas as categorias emergentes do discurso dos participantes.

Da organização destas categorias emergiram três temas, nomeadamente: “Parâmetros de avaliação do recém-nascido prematuro para o início da alimentação oral”; “Intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do recém-nascido prematuro” e “Opiniões dos enfermeiros sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral do recém-nascido prematuro”, que passamos a explicitar cada um *per si*, que podem ser consultados na matriz de referência da análise de conteúdo (Anexo V).

3.1 - Parâmetros de avaliação do recém-nascido prematuro para o início da alimentação oral

O tema “parâmetros de avaliação do recém-nascido prematuro para o início da alimentação oral” permite uma melhor compreensão da opinião dos enfermeiros sobre as características físicas, bem como das alterações fisiológicas e comportamentais, manifestadas pelo bebé e que funcionam como critérios de decisão, para o início da alimentação oral no RNPT.

Do discurso dos participantes emergiram seis categorias e respetivas subcategorias: “Peso”; “idade gestacional”; “estabilidade fisiológica” (respiração, frequência cardíaca e saturação de O₂); “coordenação da sucção, deglutição e respiração”; “aspeto geral” (coloração da pele e tónus muscular) e

“envolvimento na alimentação” (sinais de prontidão e sinais de fome), como ilustra o quadro 1.

Quadro 1- Parâmetros de avaliação do recém-nascido prematuro para o início da alimentação oral.

Parâmetros de avaliação do recém-nascido prematuro para o início da alimentação oral	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Peso	
Idade Gestacional	
Estabilidade Fisiológica	Respiração
	Frequência cardíaca
	Saturação de oxigênio
Coordenação da sucção, deglutição e respiração	
Aspeto Geral	Coloração da pele
	Tónus muscular
Envolvimento na Alimentação	Sinais de prontidão
	Sinais de fome

As categorias e subcategorias são aqui ilustradas por alguns exemplos das unidades de registo que lhes deram origem e que podem ser consultadas no (anexo V).

Da análise do discurso dos participantes emergiu a categoria, **“Peso”**.

“... ter peso (...) de 1500gr à volta disso” E6

“... Assim parece-me que 1kg, parece-me se...” E7

“Até se poderia estabelecer um peso...” E8

Alguns enfermeiros consideram o peso do bebé, uma característica importante a ter em conta, no momento de iniciar a alimentação oral. No entanto, não houve

consenso quanto ao peso mínimo para iniciar a alimentação oral no recém-nascido prematuro. Esta opinião dos enfermeiros vai de encontro aos estudos realizados por Cunha [et al.] (2007) e por Wrotniak, Stettler e Medoff-Cooper (2009) que referem que a maturação, tempo de intervenção, força muscular e peso ao nascer estão diretamente associados com a maturação da pressão máxima de sucção nos recém-nascidos prematuros. Por outro lado, as orientações da *Clinical Practice Guideline for the Management of Feeding in Monash Newborn* (2008) recomenda que o peso não deva ser o critério condicionante para o início da alimentação oral, se cumprir todos os outros critérios. Ross (2008), Wrotniak, Stettler e Medoff-Cooper (2009) e Bingham [et al.], (2012) são de opinião que os critérios para a tomada de decisão sobre a prontidão para a alimentação no bebé prematuro parece dependente de uma série de fatores tais como idade, peso, habilidades motoras orais, técnicas e experiências de alimentação. No entanto, nenhum dos autores estabelece um peso mínimo necessário para iniciar a alimentação oral.

A “idade gestacional” foi outra categoria que emergiu do discurso dos enfermeiros entrevistados relativamente aos parâmetros de avaliação para decidir o início da alimentação oral.

A idade gestacional está relacionada com a maturação fisiológica do bebé prematuro, como se exemplifica a seguir:

“... é assim se ele tiver uma grande prematuridade...mesmo que ele mostre interesse em mamar eu não lhe vou dar...” E2

“... se ele tiver menos de 33 semanas, 34 semanas não invisto muito no leite espontaneamente...” E2

“... é a partir das 33 semanas é que podem mamar espontaneamente ao biberão, se ela realmente mostra interesse ...” E2

“Tenho em atenção a idade gestacional em termos do que é a maturação, porque a idade gestacional leva a ter competências. A gente sabe que com uma idade gestacional muito baixa eles não têm competências para mamar por muito que manifestem fome, mas (...) se for uma idade muito baixa eles não mamam...” E9

“... fazem aquela sucção toda e depois não deglutem, não respiram (...) não têm essa coordenação muitas vezes por causa da idade gestacional ...” E9

Estes enfermeiros consideram que a partir das 33 semanas, se o bebé mostrar interesse deve iniciar a alimentação oral. São da opinião que os bebés com idade

gestacional muito baixa, não têm competências para mamar, por não terem maturação que lhes permita coordenar a sucção e deglutição com a respiração.

A opinião dos enfermeiros corrobora os estudos realizados ao longo dos anos, como os de Hack [et al] (1985) quando referem que a sucção aparece *in útero* durante o segundo trimestre de gravidez e só é estável por volta das 34 semanas pós menstruais.

Breton e Steinwender (2008) são mais precisos e afirmam que as habilidades para a alimentação oral não são totalmente coordenadas entre as 31 e as 33 semanas de gestação, sendo só a partir daí que a sucção se torna mais consistente, com um ritmo estável e de forma organizada. O prematuro com 32 semanas de gestação é incapaz de coordenar a sucção com a deglutição, fazendo frequentemente episódios de dessaturação de oxigênio durante a alimentação, resultante em parte, da pausa respiratória durante a deglutição (Breton e Steiwender, 2008). Thoyre (2007) também defende que os bebês prematuros desenvolvem essas habilidades ao atingirem uma idade pós-concepcional, que suporte a coordenação do funcionamento oro-motor com a respiração e deglutição. No entanto a *Clinical Practice Guideline for the Management of Feeding in Monash Newborn* (2008) recomenda o início da alimentação oral a partir de uma idade gestacional corrigida de 32 semanas.

Recentemente Sridhar e Arguello (2011) confirmaram que um bebê prematuro, de 32 semanas de gestação, é imaturo na alimentação oral, sendo que a coordenação e a estabilização da sucção parecem mais dependentes da idade gestacional, do que da idade cronológica, pela imaturidade neurológica. Bertocelli [et al] (2012) acrescentam que existe uma diferença significativa, na coordenação da deglutição e respiração entre bebês prematuros, com idade gestacional superior e inferior a 34 semanas de gestação e que a maturação na respiração durante a alimentação, não está ainda completamente estabelecida, às 36 semanas de gestação.

A “**estabilidade fisiológica**” foi outra categoria que emergiu do discurso dos enfermeiros entrevistados.

A estabilidade fisiológica do recém-nascido prematuro é definida pelos autores como a capacidade de estabilizar os seus parâmetros fisiológicos, incluindo a frequência cardíaca, respiração, oxigenação e a digestão (Ross e Browne, 2002).

Inicialmente o bebê começa por estabilizar as saturações de oxigênio durante os cuidados de rotina e, só depois de ter ultrapassado esta fase, procura manter a estabilidade fisiológica, durante as experiências orais, como a sucção não nutritiva e alimentação (Ross e Browne, 2002). Por outro lado os níveis de maturidade e a condição clínica do bebê prematuro são fatores que condicionam a sua *performance* bem como as respostas cardiorrespiratórias, no momento de iniciar a alimentação por via oral (Chang e Chang, 2008).

Nesta categoria estão incluídas três subcategorias: “Respiração”; “Frequência Cardíaca” e “Saturações de O₂”.

A subcategoria “Respiração” está exemplificada pelas unidades de registo:

“Porque quando por exemplo nós fazemos um desmame da respiração, para a alimentação, eu acho que é assim, o nosso bebê no fundo, vai ser ele o grande impulsionador do início da alimentação...” E2

“...tem independência respiratória...não tem dificuldade...acho que vou tentar alimentar... E3

“...respeitar a respiração, estar atenta à respiração... E4

“...é importante para mim a avaliação do RN... é importante... estabilidade respiratória e ventilatória, estar clinicamente bem” E5

“...nunca dei espontaneamente a nenhum bebê... acho que um bebê que ainda precisa de apoio respiratório... nós vemos que eles mamam mas ficam cansados... com CPAPn não...” E6

“...Primeiro que tenha a parte respiratória resolvida, resolvida em termos de características do bebê, porque, resolvida pode ser um bebê que tenha uma displasia, em que o padrão respiratório se vai prolongar durante muito tempo nessa condição e se calhar até nem vai agravar...” E7

Os enfermeiros são de opinião que a alimentação exige um gasto acrescido de energia, sendo por isso necessário que o bebê esteja estável a nível fisiológico e com independência respiratória, para poder executar essa tarefa sem detrimento de outras mais importantes.

Foi ainda referido que um bebê prematuro em CPAP nasal (CPAPn), não deve ser alimentado espontaneamente, sendo necessário que esteja autónomo, clinicamente bem e com os sinais vitais estáveis. Consideram que é fundamental avaliar o comportamento do bebê, respeitar a estabilidade respiratória e deixar que ele seja o grande impulsionador do início da alimentação oral.

Por outro lado foi referido que, embora seja importante a independência respiratória, existem particularidades como é o caso da displasia pulmonar, com a qual o bebê prematuro pode conviver confortavelmente, com condições

respiratórias estáveis. Nestas circunstâncias, se está desperto, pode iniciar a alimentação oral segura.

Estas opiniões são também defendidas por Thoyre (2007), ao afirmar que as habilidades precoces na alimentação são muito complexas, o bebé prematuro necessita de regular a profundidade e frequência da respiração, para manter a estabilidade fisiológica, sem excesso de trabalho respiratório.

Por outro lado as recomendações da *Clinical Practice Guideline for the Management of Feeding in Monash Newborn* (2008) sugerem que, se uma criança tem uma frequência respiratória acima de 70 respirações por minuto ou com esforço respiratório moderado, a decisão de iniciar a alimentação oral deve ser feita tendo em consideração outros fatores, incluindo o peso, idade gestacional e número de dias desde o nascimento. A mesma fonte recomenda que relativamente a uma criança que está em CPAPn, o início da alimentação oral deve ser reavaliada antes de cada refeição, à luz do estado clínico da criança.

No entanto, Thoyre (2010) acrescenta que inadequada oxigenação é suscetível de contribuir para o cansaço que os prematuros experimentam durante a alimentação, resultando em refeições menores, ingestão de menos calorias e de uma transição para a alimentação oral mais prolongada, sendo por isso necessário estabilidade respiratória antes de iniciar a alimentação oral.

A subcategoria “**Frequência Cardíaca**” foi referida apenas por um participante, no entanto a importância do seu papel na estabilidade fisiológica do bebé prematuro não pode ser subestimada.

“...frequência cardíaca estável, sem alterações...” E11

A frequência cardíaca está dependente da capacidade respiratória e das saturações de oxigénio do recém-nascido prematuro (Thoyre, 2010).

A subcategoria “**Saturações de O₂**” emerge das referências de alguns participantes, como sendo um parâmetro a ter em conta no início da alimentação oral no bebé prematuro.

“Estar atenta... à saturação, sinais vitais todos, não é?” E4

“Às vezes fazem baixa de saturação... também é um indicador...” E9

“... e o facto de não dessaturarem quando não estão a mamar... saturações estáveis...” E11

As saturações de O₂ foram consideradas, pelos participantes, como um indicador de estabilidade fisiológica, assim como os restantes sinais vitais [frequência cardíaca e respiração], por estarem diretamente relacionados com o bom desempenho do bebé durante a alimentação oral.

Relativamente a este aspeto os autores Shiao e Ou (2007) alertam que, para evitar que ocorram eventos de dessaturação nos recém-nascidos, os valores da oximetria de pulso devem ser mantidos superiores a 95%, não descurando a importância da observação clínica, bem como o reconhecimento dos mecanismos de regulação cardiorrespiratória, durante a alimentação, de modo que seja uma experiência segura e confortável, para o bebé prematuro (Chang e Chang, 2008).

É no período inicial da alimentação por via oral, que as saturações de O₂ dos bebés prematuros diminuem continuamente (Chang e Chang, 2008), sendo que, durante os episódios de stresse, o bebé faz as pausas respiratórias, originando a dessaturação de oxigénio, que precede a bradicardia, motivando instabilidade fisiológica (Thoyre, 2007). A mesma autora acrescenta que é importante que a oxigenação esteja estável, para que após um episódio stressante, o bebé possa recuperar rapidamente, reduzindo o risco de bradicardia e hipoxia.

Considera-se que os sinais vitais estão estáveis, quando o bebé apresenta uma frequência respiratória entre 40 a 60 ciclos respiratórios por minuto, ou um intervalo específico definidos para o bebé em particular; uma frequência cardíaca com uma variação até 20%, dos valores em repouso; e as saturações de O₂ no sangue, com níveis dentro de um intervalo especificado para aquele bebé em particular (Ross e Philbin, 2011).

Tal como referem Briere [et al] (2014), a estabilidade fisiológica é a grande tarefa a cumprir pelo bebé prematuro antes de iniciar a alimentação por via oral.

A categoria **“Coordenação da sucção, deglutição e respiração”** emergiu do discurso dos enfermeiros entrevistados.

A coordenação destes fatores foi considerada como uma característica imprescindível para iniciar a alimentação oral de forma segura, como se verifica pelas unidades de registo abaixo descritas.

“...Tem que apresentar reflexo de sucção bem presente...” E3

“...Por mais que se insista, se ele ainda não tiver coordenação, por mais que se insista eles não conseguem...” E6

“...Com a descida do leite dá a sensação que a coordenação dos três... lá está dos três fatores, [sucção e deglutição e respiração] ainda não está completa, ou demora, ou engasga-se...” E7

“Reflexo de deglutição eficaz...” E11

“Conseguir coordenar, deglutir sempre sem dificuldade e coordenar as duas coisas ou as três, a sucção, a deglutição e a respiração...” E11

“...Conseguir coordenar a respiração com a sucção.” E11

Os enfermeiros são de opinião que na deglutição, propriamente dita, está incluída a coordenação da sucção com a deglutição e com a respiração, para que seja feita de forma segura. Referem ainda que se o bebé não apresentar a coordenação dos três fatores [sucção, deglutição, respiração], por mais que se insista, ele é incapaz de se alimentar de forma segura e eficiente. Consideram que o reflexo de sucção no bebé prematuro pode ser pesquisado oferecendo umas gotas de leite ou de sacarose e verificando se consegue coordenar a sucção com a deglutição e com a respiração. São da opinião que um bebé prematuro que busca a tetina, com reflexo de sucção bem presente e vigoroso, apresenta sinais de maturidade e de estabilidade para iniciar a alimentação oral.

De acordo com Pickler [et al.] (2006) a atividade de sucção está dependente do estado comportamental, da morbidade, da maturidade e da experiência do recém-nascido. Esta opinião é confirmada por Standley (2012) ao afirmar que a emergência do reflexo de sucção está dependente da maturação fisiológica e pelas experiências na aprendizagem que, por sua vez, vão influenciar o seu desempenho na alimentação, já que esta tarefa requer maturação adequada da musculatura implicada na sucção, deglutição e na respiração (Amaizu [et al.], 2008 e Oder, Stalling e Barlow [et al.] 2013).

Ou seja, os bebés prematuros manifestam frequentemente dificuldades na alimentação por via oral, devido às habilidades motoras orais subdesenvolvidas, pela falta de coordenação entre sucção, deglutição e respiração (Lessen, 2011). Esta coordenação reflete a habilidade da criança, em gerir o fluido e ao mesmo tempo proteger adequadamente a via aérea mantendo a estabilidade fisiológica, (respiração, frequência cardíaca e saturações de oxigênio) dentro de valores normais (Grose, 2011).

O **“Aspeto geral”** foi outra categoria que emergiu do discurso dos participantes. O aspeto geral pode ser identificado pelas características físicas e comportamentais do bebé. O bom aspeto geral refere-se ao recém-nascido prematuro que apresenta uma coloração rosada da pele, boa vitalidade e bom tónus muscular. A alteração do aspeto geral pode ser reconhecido pelo bebé que não consegue manter a energia para a alimentação, com coloração pálida da pele, com o tónus muscular diminuído, que apresenta perda da orientação dos braços na linha média e perda de flexão do cotovelo (Als, 1999; Thoyre, Shaker, Pridham, 2005; Thoyre, 2007; Ross e Philbin, 2011; Bertoncelli [et al.],2012). Estas características por vezes são impercetíveis, especialmente para pessoas menos experientes (Thoyre, Shaker, Pridham, 2005).

Nesta categoria foram identificadas duas subcategorias: **“Coloração da pele”** e **“Tónus muscular”**.

A subcategoria **“Coloração da pele”** está exemplificada pelas unidades de registo:

“...a palidez... aquela palidez...” E10

“ Começa a ficar mais pálida também...” E11

A coloração da pele pode ser um forte indicador da estabilidade do recém-nascido prematuro e conseqüentemente da sua capacidade para iniciar, de forma segura, a alimentação oral. A cor da pele do recém-nascido prematuro pode ter flutuações temporais e apresentar mais do que uma categoria de cor, desde a ictérica, rosada, vermelho escuro, cianosada, pálida, manchas de cores diferentes, ou em circunstâncias especiais o padrão de Arlequim (divisão do corpo da região frontal ao púbis em metades vermelha e pálida, é uma alteração vasomotora transitória benigna).

A cor esbranquiçada da pele, ou até amarelada, pode ser observada em algumas partes do rosto, testa, boca e à volta dos olhos, por vezes também no tronco e extremidades. As manchas de cor diferentes, normalmente designadas por coloração marmoreada da pele, caracterizadas por vasos sanguíneos visíveis em forma de rede, podem ser observadas na face, pescoço e por vezes generalizadas a todo o corpo. A cor vermelha escura confere uma cor pletórica ao bebé

prematuro, podendo ser observadas zonas mais escuras, de cor púrpura, na face ou mesmo generalizadas a todo o corpo. A cor cianosada pode ser observada especialmente à volta da boca, face, tronco ou mesmo nas extremidades. Estas alterações estão normalmente associadas a instabilidade autonómica, respiratória e comportamentos viscerais (Als, 1999).

Os enfermeiros inquiridos corroboram a opinião dos estudos ao darem relevância à coloração da pele, em particular à palidez, considerada como um indicador inabilidade para a alimentação oral. Segundo Thoyre, Shaker, Pridham (2005) as variações da cor do bebé prematuro podem ser muito rápidas, passando de vermelho escuro à cor pálida, num curto espaço de tempo, até à cianose perioral ou periorbital ou mais generalizada, estas alterações podem refletir episódios de quase asfixia ou obstrução das vias aéreas.

A subcategoria “**tónus muscular**” que também emerge desta categoria, parece estar diretamente relacionado com o bom desempenho do bebé na alimentação, como mostram as unidades de registo:

“Tem que ter vitalidade... também mostrar vitalidade...” E3

“ Não é um bebé hipotónico, tem que ter um tónus ... não é exagerado, mas um tónus normal...” E4

“...Se é um bebé que começa a ficar hipotónico, que começa a não mostrar mesmo interesse, então eu paro.” E4

“...Eu procuro que ele me dê algum sinal... humm... tonicidade muscular.” E5

“...Estar com... aquele aspeto de molengão... o desinteresse, o estar praticamente a dormir de braços caídos... E10

“...Para saber se fica cansado, se perde interesse, se fica hipotónico e de repente apagou-se...” E11

Relativamente a esta subcategoria, os enfermeiros inquiridos são da opinião que um bebé que está ativo e com vigor é um bebé que tem mais competência para iniciar a alimentação oral. Se pelo contrário, não mostrar interesse em mamar, está sonolento, hipotónico e sem vigor, então não apresenta as condições necessárias para iniciar a alimentação oral.

O tónus muscular do recém-nascido prematuro pode ser observado através dos movimentos flexores ou extensores, ativos ou posturais, dos braços, pernas ou do tronco. Estes podem ser movimentos suaves de flexão e de extensão, movimentos

de abalo do corpo, ou movimentos mais difusos, como hiperextensão e arqueamento do tronco ou de empurrar as pernas contra uma barreira (Als, 1999).

As opiniões destes enfermeiros estão de acordo com os estudos de Thoyre (2007), quando afirma que a criança demonstra organização comportamental e energia para a alimentação oral, se atingir e mantiver o estado de vigília, a postura do corpo em flexão, com suficiente tônus muscular e estabilidade fisiológica. O bom tônus muscular é também definido por Ross e Philbin (2011) como a flexão moderada dos ombros, pescoço, tronco e quadris. Por outro lado os mesmos autores defendem que uma criança sonolenta, com os braços caídos, que não é capaz de manter o estado de alerta, não deve iniciar a alimentação oral. O estado de alerta antes e durante a alimentação afeta positivamente a criança, no desenvolvimento das suas habilidades para a alimentação, especialmente na capacidade de gerar o número de sucções necessárias (Bertoncelli [et al.] 2012).

A categoria **“Envolvimento na alimentação”**, que emergiu do discurso dos participantes, refere-se ao interesse demonstrado pelo bebé em mamar espontaneamente. Nesta categoria emergem duas subcategorias: **“Sinais de prontidão”** e **“sinais de fome”**.

Considera-se que uma criança está envolvida na alimentação quando demonstra energia, robustez e participa ativamente na alimentação, procura o mamilo e organiza a língua para o receber, orienta o corpo na linha média e direciona os braços para a frente, ou seja, participa ativamente nesse processo (Thoyre, 2007), O envolvimento é importante para aprender uma nova habilidade, requer um estado de vigília, energia suficiente, robustez e atenção focalizada. O baixo envolvimento pode ser visto como a diminuição da excitação e/ou fadiga, que podem afetar a sua capacidade para coordenar a sucção, deglutição e respiração, reduzir estabilidade respiratória e aumentar o risco de aspiração (Thoyre [et al.], 2010; Thoyre, 2007). Os mesmos autores referem que a condição ideal para a alimentação inclui o estado acordado, com tônus muscular e com vigor, enquanto as mudanças bruscas de estados, irritabilidade ou agitação prejudicam esta tarefa.

A subcategoria **“sinais de prontidão”** refere-se aos movimentos das extremidades e da cabeça, como levar as mãos ao rosto e à boca, movimentos de

sucção e estado de alerta calmo (Lau, Smith, Schanler, 2006). Esta subcategoria está ilustrada pelas unidades de registo:

“Se ele mostrar interesse para mamar espontaneamente, se não mostrar é porque não tem capacidade para isso.” E2

“...Mas se eu estou a tentar e ele mostra sinais que não quer, eu não vou insistir...não quer mamar... não se insiste... dá-se por sonda e espera-se...” E3

“...Esperamos que ele nos diga...ok...é para alimentar. Esses sinais, não é? Estar desperto, o querer ... e não insistir.” E3

“...Se é um bebé ... que começa a não mostrar o mesmo interesse, então eu paro.” E4

“...Tem que estar acordado, tem que estar desperto, tem que estar à procura...” E7

“...O conforto em que ele fica, se fica assim sossegadinho e ali a mamar ou se é um bebé que fica muito atrapalhado e que esbraceja muito... que não fica assim confortável, não é? E8

“Eu acho que é quando vejo o bebé desperto, com vontade de mamar, procurar a mamada (...) ir vendo se ele consegue terminar e ficar bem...” E10

“...Se ela estiver acordada e quiser mamar, mama, se ela entretanto adormecer, não vale a pena...” E11

Estes enfermeiros são da opinião que um bebé que está acordado e calmo, que mostra interesse, procura a tetina, está direcionado para o leite e mostra vontade de mamar espontaneamente, apresenta sinais de prontidão para a alimentação oral. Referiram ainda que os sinais de conforto e satisfação manifestados pela expressão facial, concentração, coordenação e a selagem na tetina, são parâmetros importantes a ter em conta para alimentar o bebé espontaneamente.

O bebé deve estar tranquilo e acordado, para que possa estar concentrado e atento no momento da alimentação; um bebé adormecido ou sem interesse em mamar na tetina, não apresenta os sinais de prontidão que, segundo os enfermeiros, são fundamentais para o início da alimentação oral.

A opinião dos enfermeiros inquiridos corrobora os estudos efetuados por McCain [et al.] (2001), que afirmam que a criança que está a dormir deve ser alimentada por sonda tentando a sucção não nutritiva, até que apresente comportamento de prontidão. Estes autores afirmam que insistir na sucção involuntária tem consequências deletérias, incluindo a proteção da via aérea, com má coordenação do comportamento durante a alimentação e ainda a associação entre o alimento e uma experiência desagradável. Thoyre [et al.] (2010) acrescentam que a prontidão para a alimentação pode ser observada pela capacidade do recém-nascido

prematuro responder prontamente ao acariciar dos lábios, descer a língua segurando a tetina contra o palato duro, de modo a estabilizar os músculos da cabeça e pescoço e iniciar a sucção de forma consistente. Bertoncelli [et al.] (2012), por sua vez, é da opinião que o estado de alerta antes e durante a alimentação afeta positivamente as habilidades do bebê para a alimentação oral, bem como a sua capacidade de gerar maior número de sucções.

Este é um processo lento, que implica desenvolvimento fisiológico e prontidão para desempenhar eficazmente esta tarefa (Grose, 2011).

A subcategoria “**Sinais de fome**” refere-se ao comportamento do bebê prematuro, quando movimenta as extremidades e a cabeça, movimenta as mãos no rosto ou na boca, movimenta o rosto contra a roupa da cama, com movimentos de sucção e estado comportamental de excitação e choro. Estes comportamentos podem aparecer de forma irregular, por intervalos e de forma fugaz ou subtil (Lau, Smith e Schanler, 2006; Ross e Philbin, 2011; Grose, 2011). Esta subcategoria está ilustrada pelas unidades de registo:

“... Tem que mostrar vontade de ser alimentado, aquelas características, a fome ou uma sucção que indique que... que ele tem fome, quer ser alimentado, não é aquela sucção só de conforto...” E3

“... Sucção não nutritiva tu pões-lhe a chupeta mas ele não fica satisfeito só com isso, continua a mostrar que... digamos que não está satisfeito...” E3

“Estarem, despertos, às vezes chorarem com fome, ou percebemos... que é fome...” E9

“Às vezes eles querem mamar e percebemos que ficavam mais sossegados se mamassem espontaneamente, sentem essa necessidade...” E9

Segundo a opinião dos nossos enfermeiros, um bebê que está com fome, está desperto a chorar, apresenta uma sucção forte, com movimentos da cabeça à procura da tetina, significando que está insatisfeito, tem fome e quer mamar espontaneamente.

Pelo discurso dos participantes observa-se que as suas opiniões corroboram a dos autores Ross e Philbin (2011) quando afirmam que se o recém-nascido prematuro está com fome e tem interesse em mamar espontaneamente, procura a tetina, abre a boca prontamente quando é estimulado nos lábios, está fisiologicamente estável durante a alimentação, está envolvido, participando ativamente com movimentos de sucção fortes, bem regulados e coordenados.

É por isso necessária a compreensão do desenvolvimento das habilidades necessárias para a alimentação oral segura e bem-sucedida. É hoje reconhecido que um padrão de sucção maduro, que consiste na alternância rítmica de sucção e de expressão, não é suficiente para uma criança se alimentar por via oral de forma segura. Em vez disso, uma adequada coordenação entre sucção, deglutição e respiração parecem ser cruciais, para que a criança se alimente sem episódios de dessaturação, apneia, bradicardia ou aspiração (Lau, 2006).

A consideração cuidadosa de características como a idade gestacional, o peso, a gravidade da doença, o comportamento de prontidão para a alimentação, o estado de alerta, é fundamental para evitar efeitos adversos como aspiração, obstrução das vias aéreas, o aumento da necessidade de oxigênio, perda de peso e agravamento do estado de saúde (Breton e Steinwender, 2008).

Relativamente a este tema pode concluir-se que, para iniciar a alimentação oral no bebé prematuro é necessário ter em consideração a avaliação de vários parâmetros, que segundo a opinião dos enfermeiros são fundamentais para o início da alimentação oral. Assim consideram que o recém-nascido prematuro deve ter condições físicas adequadas, nomeadamente, no que se refere ao peso e idade gestacional, pela relação que têm com a maturação e força necessárias, ao seu desempenho durante a alimentação oral.

Para além das condições físicas consideram igualmente fundamental a avaliação da estabilidade fisiológica, na qual estão incluídas a respiração, a frequência cardíaca e as saturações de oxigênio. Os enfermeiros consideram que o recém-nascido prematuro deve apresentar independência respiratória, bem como a frequência cardíaca e as saturações de oxigênio dentro dos valores normais. Deve mostrar coordenação dos reflexos de sucção, deglutição com a respiração, uma vez que a sua ausência para além de comprometer a estabilidade fisiológica, pelo risco de asfixia, também compromete o seu desempenho durante a alimentação.

O aspeto geral do recém-nascido prematuro, designadamente a coloração da pele e o tônus muscular, foram considerados indicadores importantes de força e capacidade de manter a estabilidade fisiológica, durante o esforço necessário à alimentação oral.

Para além dos parâmetros referidos anteriormente, os enfermeiros consideram a avaliação do envolvimento na alimentação fundamental para perceberem que o RNPT tem capacidade de iniciar a alimentação oral. O bebé deve apresentar sinais

de prontidão, bem como sinais de fome, caracterizados fundamentalmente pela vontade e interesse em mamar.

O estado de alerta antes e durante a alimentação é fundamental, uma vez que afeta positivamente as habilidades da criança para a alimentação, especialmente na capacidade em produzir maior número de sucções (Bertoncelli [et al.], 2012), uma vez que a sua incapacidade, pode levar a falhas nutricionais e crescimento inadequado destes bebês (Ross e Philbin, 2011).

O envolvimento na alimentação é uma condição imprescindível para que o bebê inicie esta tarefa de forma segura, coordenada e eficiente, com o mínimo gasto de energia.

Hoje, o grande desafio dos profissionais da UCIN na avaliação da prontidão do bebê prematuro para a alimentação é desenvolver modelos de avaliação adequados, que ajudem os cuidadores a reconhecer as características que indiquem desenvolvimento comportamental e de prontidão para alimentação oral, abandonando preconceitos pessoais e culturais, que insistem no julgamento do modelo médico da alimentação, baseado no volume e tempo da refeição (Briere [et al.] 2014).

3.2 - Intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do recém-nascido prematuro.

O segundo tema reúne a opinião dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem que consideram promotoras do desenvolvimento das competências alimentares do recém-nascido prematuro.

Do discurso dos participantes emergiram cinco categorias e respetivas subcategorias: **“posicionar o bebé”** (alinhamento na linha média, contenção, apoio do maxilar); **“estimular os reflexos”** (treinar a sucção, treinar a deglutição, executar técnica de *kangaroo care*, colocar bebé à mama); **“controlar níveis de stresse”** (prevenir o cansaço, observar sinais de stresse); **“monitorizar a temperatura do leite”** e **“alimentar o bebé com tetina de baixo fluxo”**, como ilustra o quadro 2.

Quadro 2 - Intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do prematuro.

Intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do prematuro	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Posicionar o bebé	Alinhamento na linha média
	Contenção
	Apoio do maxilar
Estimular reflexos	Treinar sucção
	Treinar deglutição
	Executar técnica de <i>Kangaroo care</i>
	Colocar bebé à mama
Controlar níveis de stresse	Prevenir o cansaço
	Observar sinais de stresse
Verificar a temperatura do leite	
Controlar o fluxo de leite	

A categoria **“posicionar o bebê”** emergiu do discurso dos participantes, referindo-se ao posicionamento do bebê durante a alimentação, como sendo uma intervenção de extrema importância para o seu sucesso. Desta categoria emergiram as subcategorias **“alinhamento na linha média”**, **“contenção”** e **“apoio do maxilar”**.

A subcategoria **“alinhamento na linha média”** que emergiu do discurso dos enfermeiros refere-se à posição do bebê, que consideram ideal no momento de ser alimentado por via oral, como ilustram as unidades de registo:

“A própria maneira como pegam nele é fundamental para ele ter interesse ou não...” E2

“... No posicionamento do bebê ... o pegar nele ao colo, o embrulhá-lo, mantê-lo com, os membros na linha média, acho que isso ajuda, francamente.” E5

“... É colocá-los de lado para eles mamarem de lado, no colo, com a fralda, para que os braços fiquem alinhados na linha média...” E9

“ ... Aconchegá-lo de maneira a pôr as mãozitas de maneira a levar as mãos à boca (...) acho que é por aí... mais do que isso não sei...” E10

Os enfermeiros consideram que pegar o bebê no colo, embrulhado e posicionado de lado, com os membros na linha média de modo que leve as mãos à boca é o posicionamento ideal para iniciar a alimentação oral, sendo por isso uma intervenção promotora do desenvolvimento das competências alimentares.

A opinião dos enfermeiros está de acordo com a das autoras Thoyre, Shaker e Pridham, (2005) que defendem que o tipo de apoio prestado pelo cuidador, particularmente o apoio nos ombros e no tronco, mantendo uma postura fletida, com alinhamento na linha média é fundamental, para apoiar as suas habilidades emergentes. Este posicionamento permite uma melhor organização comportamental e favorece a autorregulação (Thoyre [et al.],2010).

A subcategoria **“contenção”** refere-se ao envolvimento do bebê com uma fralda de pano, que permita manter uma posição alinhada, com os membros em flexão, impedindo movimentos descoordenados, como descrevem as unidades de registo:

“...posicionamento... acho que o posicionamento e as medidas de contenção são eficazes se ele manifestar vontade e se tiver os reflexos eficazes.”E11

“...e quando eu comecei a fazer essa medida de contenção nota-se uma eficácia na mamada do bebê. É diferente, é mais rápido, são mais coordenados e conseguem mamar de uma forma mais eficaz. Nota-se perfeitamente.” E11

“...é importante que a enfermeira realmente envolva o bebê ao dar-lhe o leite...” E2

“...o posicionamento ser o mais aconchegante e mais confortável para ele sentir mais segurança...” E7

“...ele também não pode estar desconfortável, muito solto, se não também descoordena um bocadinho...” E8.

Pegar no bebê ao colo, envolvido e contido numa fralda, na opinião dos enfermeiros é um posicionamento de aconchego e de conforto, que proporciona maior segurança, coordenação e a autorregulação, no momento da alimentação.

Esta opinião é apoiada pelos vários estudos dedicados ao desenvolvimento comportamental do bebê prematuro. Als e Gilkerson, (1995) e Grose (2011) defendem que os cuidadores devem envolver o bebê numa posição segura e confortável sendo a posição semi-ereta, com uma flexão suave, bastante favorável ao auxílio dos sistemas autonómico, motor e do estado de atenção, além de guiar o ritmo da alimentação. Ross e Philbin (2011) acrescentam que as medidas de suporte à autorregulação durante a alimentação devem incluir a contenção e a posição lateralizada.

A subcategoria “**apoio do maxilar**” emerge da mesma categoria, uma vez que os participantes consideram o apoio e estabilização da mandíbula, como uma medida de suporte às habilidades imaturas do bebê e um meio de promover a autorregulação, como se pode analisar pelas unidades de registo:

“...e às vezes fazemos também um bocadinho do apoio do maxilar e um bocadinho de estimulação, é basicamente isso...” E9

“Se ele fizer uma selagem boa, se for preciso fazer apoio do queixo...” E11

Relativamente a esta subcategoria, a opinião dos enfermeiros coincide com alguns estudos.

Segundo os estudos de Araújo [et al.] (2004) o suporte oral beneficia o aumento do volume sugado através da sucção, sem prejudicar a saturação de oxigénio nem a frequência, e os sinais de desorganização durante as refeições são menos frequentes nos bebês com suporte oral. Por outro lado, Ross e Browne (2002) referem que, apesar do apoio do maxilar ser considerada uma medida adequada

ao desenvolvimento da coordenação da deglutição, é também uma técnica que ajuda o bebé a sugar um maior fluxo de leite do biberão, para o qual pode não ter capacidade de gerir. Ross (2008) acrescenta ainda que o aumento do fluxo de leite aumenta de acordo com o desenvolvimento da coordenação da sucção, deglutição e respiração, que por sua vez está relacionada com a maturação do bebé. Thoyre (2007) defende que, a dificuldade do bebé em manter a língua em concha sob o mamilo, exige mais apoio postural, como o apoio do maxilar, dando suporte à ideia dos participantes.

No entanto Ross e Philbin (2011) defendem que depositar uma grande quantidade de leite na orofaringe, pode resultar em apneia, bradicardia e consequentemente diminuição da oxigenação, com comprometimento da estabilidade fisiológica.

A categoria **“estimular reflexos”** que emergiu do discurso dos participantes refere-se às medidas utilizadas pelos enfermeiros, na estimulação dos reflexos necessários, ao processo da alimentação oral do bebé prematuro. Nesta categoria emergiram ainda as subcategorias **“treinar sucção”**, **“treinar deglutição”**, **“executar técnica de Kangaroo care”** e **“colocar o bebé à mama”**.

A subcategoria **“treinar sucção”** refere-se ao conjunto de intervenções que, na opinião dos enfermeiros, são necessárias para treinar o reflexo de sucção, como se pode observar pelas unidades de registo:

“...Quando os bebés mamavam por sonda eram postos na mesma ao colo da mãe e punha-se a chupetinha... quase que parecia que estavam a mamar na mama da mãe.” E2

“Eu acho que darmos a chupeta, ensiná-los a sugar, eu acho que ajuda bastante...” E3

“O facto de lhe proporcionares a tetina antes da alimentação, acho que sim acho que isso ajuda-lhe a desenvolver, ou estimular competências que já tem, o reflexo de sucção, ou mesmo de deglutição da própria saliva...” E5

“Primeiro é necessário ensina-los a mamar numa tetina seca para depois começarem a deglutir o leite.” E8.

Os enfermeiros consideram que promover a sucção não nutritiva é fundamental para ajudar o bebé prematuro a desenvolver o reflexo de sucção, logo as habilidades para a alimentação oral.

A opinião dos enfermeiros veio de encontro às opiniões de vários autores. Fucile, Gisel e Lau (2005) defendem que a aplicação de um programa de estimulação oral melhora as componentes expressão e sucção e resulta num melhor desempenho na alimentação por via oral. Por outro lado, esta atividade está dependente do estado comportamental, da morbilidade, da maturidade e da experiência do bebé (Pickler [et al], 2006), por isso é importante promover a estimulação oral e a sucção não nutritiva, uma vez que favorece o desenvolvimento dos músculos da boca e da língua, além de beneficiar a associação da sucção com a alimentação (Breton e Steinwender, 2008).

É importante destacar que a presença de sondas, tubos ou dispositivos na boca e face, que impedem o contacto das mãos à boca, podem atrasar o desenvolvimento da coordenação oro motora (Poore e Barlow, 2009), por impedirem experiências ambientais adequadas, como a sucção não nutritiva, que são importantes para o desenvolvimento da coordenação funcional na criança (Barlow [et al.], 2010).

A exposição repetida a um estímulo oro cutâneo, sem nenhum tubo introduzido na boca, que impeça a experiência da sucção, segundo Barlow [et al] (2010), facilita o desenvolvimento e presumivelmente fortalece as redes neuronais que regulam a sucção. Este é um método não invasivo, seguro e agradável para o bebé, por outro lado esta intervenção promove o controlo comportamental pós alimentar, o crescimento, a motilidade gástrica, diminui o stresse e promove a transição para a alimentação oral (Barlow [et al.], 2010; Barlow [et al] 2012). Por essa razão Yildiz e Arikan (2010) defendem que o uso de chupeta durante a alimentação por sonda, associado às músicas de embalar, pode ter efeitos positivos na estabilidade fisiológica (respiração, frequência cardíaca e saturações de oxigénio), bem como no desenvolvimento da sucção, no bebé prematuro.

Esta opinião também é partilhada por Fucile [et al.] (2011) e Bertocelli [et al.] (2012) ao afirmarem que as intervenções sensoriomotoras orais fornecidas isoladamente ou em combinação, encurtam o tempo de transição da alimentação oral independente, nos bebés prematuros.

Estas intervenções são de extrema importância, uma vez que a emergência do reflexo de sucção está dependente da maturação fisiológica e pode ser afetado pelas experiências do bebé e pelo ambiente (Standley, 2012; Oder, Stalling, Barlow, 2013).

A subcategoria “**Treinar deglutição**” que emergiu do discurso dos participantes refere-se às medidas adotadas pelos enfermeiros no sentido de desenvolver o reflexo de deglutição, como se observa nas unidades de registro:

“...Dou algumas gotas para o saciar. Para ele ficar satisfeito mas não para o alimentar.” E2

“...Quando estamos a alimentá-lo mesmo por sonda pôr umas gotinhas e dar-lhe se achamos que ele está capaz na chupeta exerce essa sucção não nutritiva...” E3

“...Costumamos fazer é em simultâneo a sucção não nutritiva, enquanto dá por gavagem... e colocar umas gotas de leite na tetina para terem a percepção...” E7

“...Por sonda acho que só costume fazer isso, colocar a chupetinha para tentar estimular. Molhar a chupeta com umas gotinhas de leite, sim... pelo menos deglute alguma coisa e não está a chupeta seca.” E11

“Pode-se experimentar com um bocadinho de sacarose e ver se eles conseguem deglutir ou não...” E11

Ajudar o bebé prematuro a treinar a deglutição, implica ajudá-lo a coordenar a deglutição com a respiração. Assim, os enfermeiros consideram que oferecer a tetina com algumas gotas de leite ou de sacarose, enquanto se alimenta por sonda, promove o desenvolvimento das competências alimentares do bebé prematuro. Essa experiência tem efeito sobre as alterações no número de sucções e na deglutição, podendo por isso resultar na sua maturação precoce (Pickler e Reyna, 2004; Pickler [et al], 2006; Bertoncelli [et al] 2012).

A alimentação oral é um comportamento do bebé prematuro que segue um desenvolvimento baseado num itinerário, que começa com hábitos de sucção, e culmina com ritmos organizados da sucção deglutição e respiração (Bingham [et al.], 2012; Bertoncelli [et al] 2012). A estimulação oral, desenvolvida no período neonatal precoce, através da sucção na chupeta, tem-se mostrado eficaz no desenvolvimento das habilidades na alimentação (Barlow [et al.], 2010), favorecendo a coordenação da sucção, deglutição e respiração, em recém-nascidos prematuros (Bertoncelli [et al.] 2012). Além disso, as intervenções sensoriomotoras precoces podem melhorar as habilidades de alimentação via oral em recém-nascidos prematuros (Fucile [et al.] 2011;Fucile [et al.] 2012).

A subcategoria “**executar técnica de Kangaroo care**”, que emergiu do discurso dos participantes, refere-se a uma medida adotada pelos enfermeiros no sentido de estimular os reflexos, como se pode observar pelas unidades de registro:

“O Kangaroo care que nós já fazemos aqui, pelo menos segundo os estudos, a técnica de Kangaroo care estimula a produção de leite e o próprio bebê também procura, também é uma técnica que também já é feita na nossa unidade e acho que é muito importante.” E2

“...Quando possível fazer o Kangaroo care, até pô-los na mama da mãe, alimentá-los por sonda e pô-los nos mamilos, a tentar fazer qualquer coisa ali na mama, muitas vezes eles não mamam mas estão ali, sentem o cheiro da mãe sentem a mama, pô-los mais próximo da mãe possível, sempre que possível, a fazer Kangaroo care, estar junto à mãe, sentir o cheiro do leite, quando estamos a administrar o leite pôr na mama, acho que isso tudo ajuda...” E3

Os enfermeiros são de opinião que o método *Kangaroo care* é uma intervenção facilitadora da estimulação dos reflexos, uma vez que o contacto pele com pele estimula a produção de leite, proporciona ao bebê oportunidade de sentir a mama, sentir o cheiro do leite e o cheiro da mãe, enquanto é alimentado por sonda, o que está de acordo com os estudos efetuados nesta área.

Antes de mais é importante salientar que, criar oportunidades de contacto de pele com pele para mães e pais no *Kangaroo care*, proporciona maior estabilidade respiratória e um sono mais repousante ao bebê e, aos pais, proporciona uma sensação de calma pessoal, beneficia e prolonga a lactação e promove o bem-estar psicológico materno (Lau e Hurst, 1999); sem esquecer que a técnica *Kangaroo care* não é impeditiva de realizar todos os cuidados médicos e de enfermagem necessários ao bebê (Als e Gilkerson, 1995).

As mães dos bebês prematuros necessitam de ser encorajadas a participar e incluir nos cuidados o método *Kangaroo care*, como forma de fortalecer a relação mãe-filho, uma vez que o inadequado funcionamento neuro comportamental associado a interações mãe-bebê menos ideais, no período neonatal, estão relacionados com as dificuldades na transição para a alimentação oral, no bebê prematuro (Silberstein [et al.], 2009). Por outro lado, proporcionar novos estímulos sensoriais como o sabor do leite materno com uma chupeta, facilita a aquisição de experiência na alimentação (Ross e Browne, 2002) e é um método eficaz para diminuir o tempo de transição da alimentação por gavagem para alimentação oral nos bebês prematuros (Yildiz [et al.], 2011), para além de promover a produção e manutenção do leite materno (Nye, 2008; McGrath, 2014).

A subcategoria “colocar o bebê à mama”, que emergiu do discurso dos participantes, refere-se ao facto do recém-nascido prematuro ser colocado na mama enquanto é alimentado por sonda, contribuir para estimular os reflexos, como mostram as unidades de registo:

“Quando eles são pequeninos e não conseguem mamar muito bem e a gente coloca ao seio para mamar um bocadinho no seio...sabemos que não vão mamar ao seio, que não vai ser suficiente, optamos por lhe dar o leite por sonda mas eles estão ali a estimular na mãe e...a própria sucção deles...” E9

“...colocar na mama enquanto dá o leite por sonda?” E11

Os enfermeiros consideraram que colocar o bebê na mama enquanto é alimentado por sonda, é uma forma de estimulação da produção de leite materno, por um lado, e por outro lado é uma forma de estimulação dos reflexos de sucção e deglutição.

A opinião dos enfermeiros corrobora os estudos de Nyqvist (2008) que afirma que colocar o bebê à mama da mãe, para estimular a sucção enquanto se alimenta por sonda, promove a transição para a alimentação por via oral, ou seja, a amamentação numa idade pós-menstrual baixa contribui para o desenvolvimento precoce de competências motoras-orais. Além disso, os estudos recentes de McGrath (2014) revelam que, fornecer a primeira alimentação por via oral diretamente no peito, tendo por base a estabilidade fisiológica, o crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro, bem como os sinais de prontidão para a alimentação oral, é um novo conceito para muitos prestadores de cuidados nas UCINs e uma das novas diretrizes de apoio às boas práticas dirigidas à alimentação oral no bebê prematuro. Acrescenta ainda que os bebês prematuros que tiveram a sua primeira experiência de alimentação por via oral, diretamente no peito, conseguiram períodos de alimentação mais longos e sustentados (McGrath, 2014).

A categoria “controlar os níveis de stresse”, que emergiu do discurso dos participantes, refere-se às atitudes que os enfermeiros têm em relação ao bebê, antes e durante a refeição, no sentido de evitar ao máximo o stresse que pode envolver a alimentação oral. Nesta categoria emergiram as subcategorias “prevenir o cansaço” e “observar sinais de stresse”.

A subcategoria “prevenir o cansaço” inclui as unidades de registo em que os enfermeiros expressam a sua opinião relativamente às medidas que consideram importantes na prevenção do cansaço, nomeadamente à organização dos cuidados antes de iniciar a alimentação oral, como ilustram algumas unidades de registo.

“...É o mais importante, não o cansar antes da mamada.” E2

“...Ele mamou espontaneamente os 10 ml que era o que estava estabelecido e acabei por não lhe lavar a cabeça, que não era o mais importante naquele momento. Por isso a atitude é muito importante não só nas coisas que se faz antes mas mesmo no ato da alimentação (...) para ele se orientar efetivamente para a mamada e não para outras coisas...” E2

“...com o NIDCAP e assim, nós aprendemos que eles ficam muito desorganizados e há muitos estímulos. Se calhar o que os cansa, é que nós exigimos muito deles antes da própria mamada, e quando chegar efetivamente a hora da refeição eles já não vão ter essa capacidade, não porque não tenham capacidade para mamar mas, porque já estão exaustos por diversas situações, não é?” E2

“...Outras atitudes para que ele chegue a altura da refeição e esteja menos cansado...” E6

“ Depois ir dando o leite pausadamente, ir estimulando para que ele mame... ir ensinando a mamar, fazendo-lhe as pausas para o ensinar a mamar.” E8

“...Não estar a aspirá-lo ou a mudar fraldas, tudo naquela hora e logo a seguir dar-lhe o biberão, já está é muito cansado para conseguir mamar...” E10

“...É evitar stressá-lo muito, antes de começar a dar de mamar, tentar mantê-lo aconchegado...” E10

Reduzir os estímulos, respeitar as pausas entre as sucções, observar os sinais de stresse do bebé e prevenir o cansaço, de modo a conservar energia, segundo os enfermeiros são intervenções promotoras desenvolvimento das competências alimentares no bebé prematuro. Os enfermeiros consideram importante observar o comportamento do bebé prematuro e compreendê-lo através dos sinais por ele manifestados, saber parar, dar-lhes suporte quando manifestam sinais de cansaço, sonolência, instabilidade fisiológica ou de intolerância à estimulação, ajudando a sua autorregulação.

A opinião dos enfermeiros está de acordo com a Synactive Theory de Als (1982) e os estudos de Ross (2008) que consideram que, apoiar o desenvolvimento de habilidades para a alimentação inclui modificações ambientais, como a organização dos cuidados antes da alimentação, bem como a redução de estímulos em torno da criança. Para além destas intervenções, o controle do fluxo de leite, durante as refeições num ritmo de 3-5 sucções, seguido por uma pausa, evita a

apneia induzida pela alimentação, resultando redução dos níveis de stresse, em menos episódios de instabilidade fisiológica e um aumento da eficiência dos padrões oro motores (Ross, 2008).

A subcategoria “**observar sinais de stresse**” refere-se à observação de sinais de desconforto ou de instabilidade do recém-nascido prematuro durante o processo da alimentação oral, como se pode observar pelas unidades de registo:

“...ter atenção ao fâcies, à forma de reagir...” E7

“Acho que devia ter mesmo isso, as competências, os sinais de interpretação do prematuro, que isso acho que é... não é específico... acho que é... são coisas que toda a gente sabe que tem mas que pouco se fala sobre isso, saber interpretar o comportamento, saber se ele vai conseguir mamar se não vai, pelos sinais que ele nos dá... os sinais de stresse, por exemplo, saber quando parar.” E9

“...eles ficam cansados, não é cianose mas é aquela palidez peri bucal e começam a rodar a cabeça para trás ou a ficar mais sonolentos...” E9

A capacidade da criança para se alimentar está diretamente relacionada com a capacidade do enfermeiro em compreender e ser sensível, para responder à comunicação fisiológica e comportamental do bebé, ajudando-o a alcançar uma alimentação de qualidade.

São vários os sinais de stresse comportamental e as respostas cardiorrespiratórias manifestadas pelo bebé, no momento da alimentação: empurrar o biberão para longe, vibrar os olhos, puxar o queixo, levantar as sobrancelhas e adejo nasal, como tentativa de expandir ainda mais as vias aéreas e aumentar o consumo de oxigénio, dessaturação de oxigénio e bradicardia (Thoyre, Shaker e Pridham, 2005; Thoyre [et al.], 2010).

A organização dos cuidados de enfermagem e a adoção de medidas de suporte que favoreçam a autorregulação têm como objetivo controlar os níveis de stresse e proporcionar as condições ideais da transição para a alimentação oral (Thoyre [et al.], 2010).

Estes sinais implicam, por parte do cuidador, perspicácia e conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento do bebé prematuro, no sentido de lhe dar o suporte adequado, saber parar e dar o tempo necessário, à sua autorregulação (Pickler [et al] 2006; Ross e Philbin, 2011).

A categoria **“verificar a temperatura do leite”**, que emergiu do discurso de um participante, não deixa de ser fundamental, uma vez que se refere à temperatura adequada do leite, no momento da alimentação, como sugere a unidade de registo:

“...Pode não ser característica do bebé... mas do leite estar frio...” E7

A verificação da temperatura do leite foi considerada pelo enfermeiro, uma medida importante para o desempenho do bebé, durante a alimentação.

A categoria **“controlar o fluxo de leite”**, que emergiu do discurso dos participantes refere-se a uma medida que permite ao recém-nascido manter-se estável, do ponto de vista fisiológico, e organizado, do ponto de vista neuro-comportamental, ao ser alimentado com um fluxo de leite adequado à sua maturidade:

“...Tento adaptar o furo da tetina ao bebé, não é?” E5

“...Pode não ser característica do bebé, mas sim de a tetina estar muito furada...” E7

“...A tetina sei lá... mais isso... se calhar a tetina menos furada, ter cuidado com esse aspeto, para não se cansar, não se engasgar tão rapidamente...” E7

Os bebés prematuros podem ter os reflexos de sucção e de deglutição muito fortes, excluindo a respiração. Mas quando estão com fome, sugam e engolem em apneia, podendo ter consequências graves, como respirar enquanto deglutem ou aspirar uma quantidade de leite superior aquela que tem capacidade para deglutir, correndo o risco de engasgamento. Estas complicações podem ser prevenidas com o uso de tetina de baixo fluxo, que se mostra mais eficientes na alimentação oral do bebé prematuro (Chang [et al.] 2007; Ross e Philbin, 2011).

No entanto, os bebés com displasia bronco pulmonar (DBP), têm maior dificuldade na alimentação oral, devido à sua condição respiratória comprometida e maior dificuldade em coordenar a respiração e a deglutição (Kao, Lin e Chang, 2010) cit. por (Briere [et al.] 2014). Neste caso as tetinas de corte transversal mostram-se mais seguras, uma vez que encurtam o tempo de alimentação, exigindo menos esforço respiratório (Kao, Lin e Chang, 2010 cit. por Briere [et al.] 2014; Ross e Philbin, 2011).

Relativamente a este tema pode concluir-se que os enfermeiros consideram que o momento da alimentação deve ser cuidadosamente preparado, num ambiente calmo e tranquilo tendo em atenção os sinais de cansaço e de stresse do bebé.

Consideram que a estimulação dos reflexos pode ser feita de forma prazerosa colocando o bebé na mama, fazendo *Kangaroo care* ou proporcionando a sucção não nutritiva.

A contenção com alinhamento à linha média e apoio do maxilar foram consideradas medidas indispensáveis no suporte à autorregulação e à concentração do bebé, durante a refeição.

Uma tetina de baixo fluxo e uma temperatura do leite adequada parecem proporcionar ao bebé, uma oportunidade de aprendizagem e também um momento de conforto e de prazer.

É importante recordar uma frase de Lawhon, (1986), p. 319, “*A enfermeira da UCIN está na posição mais privilegiada para ter um grande impacto no desenvolvimento da criança*”. Pode concluir-se que a qualidade da alimentação depende das avaliações, decisões e ações do cuidador e do conhecimento que tem sobre a natureza das etapas de desenvolvimento, incluindo o cronograma da aquisição da coordenação da sucção, deglutição e respiração (Ross e Philbin, 2011), para poder facilitar a transição gradual da alimentação por sonda para a alimentação por via oral, com aumento de peso sustentado, mantendo a estabilidade fisiológica (Grose, 2011).

3.3 Opiniões dos enfermeiros sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral no bebê prematuro

O terceiro tema agrupa as opiniões dos enfermeiros sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral no recém-nascido prematuro.

Do discurso dos participantes relativamente a este tema emergiram nove categorias: “dá segurança”; “reduz a subjetividade”; “promove o respeito pelas etapas de desenvolvimento”; “promove a uniformidade de cuidados”; “promove a parceria de cuidados”; “diminui o tempo de internamento”; “incentiva a formação”; “fomenta a prática baseada na evidência” e “características de um guia” (simples, pequeno, prático/criterioso), como representa o quadro 3.

Quadro 3- Opiniões sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral no recém-nascido prematuro.

Opiniões sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral no recém-nascido prematuro	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Dá segurança	
Reduz a subjetividade	
Promove o respeito pelas etapas de desenvolvimento	
Promove a uniformidade de cuidados	
Promove a parceria de cuidados	
Diminui o tempo de internamento	
Incentiva a formação	
Fomenta a prática baseada na evidência	
Características de um guia	Simples
	Pequeno
	Prático/criterioso

Relativamente à categoria **“dá segurança”**, os enfermeiros consideram que a possibilidade da existência de um guia orientador transmitirá segurança no cuidado ao bebé prematuro e na sua observação baseada em parâmetros definidos, como se pode observar pelas unidades de registo:

“...Por te transmitir segurança no cuidado que tens com o bebé durante esse procedimento” E7

“...Em termos de segurança... se conseguires fazer uma observação baseada naqueles parâmetros... primeiro não te perdes tanto... e acabas por ter um esquema mental que se calhar nada te foge a nível do essencial, tens é que avaliar...” E7

“...Isso depois também dá muita segurança também às pessoas, não é?” E8

Neste contexto, segundo a OE (2012), os Guias Orientadores de Boas Práticas permitem reduzir o stresse no trabalho e aumentar a confiança, *“são enunciados sistemáticos, que têm em conta diversos parâmetros (legais, éticos, psicossociais e técnicos) e assentam tanto em avaliações, como em intervenções necessárias aos processos de cuidados e seus resultados”* (OE, 2007, p. 4). Quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, baseados em resultados de pesquisa, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias para os problemas que se lhes colocam, adequando a eficiência, a segurança da ação e a eficácia do resultado (Brouwers [et al.], 2009; Gagliardi e Brouwers, 2012).

A categoria **“reduz a subjetividade”** que emergiu do discurso dos participantes, evidencia que a existência de um guia orientador permitirá avaliar o bebé prematuro com rigor e com objetividade, no processo de transição para a alimentação oral:

“...Permite avaliar o recém-nascido para saber se ele está apto ou não para mamar.”E9

“É mais objetivo do que ser só pelo senso comum e pela nossa opinião...”E9

A opinião dos enfermeiros está de acordo com a OE (2007) quando recomenda que, num guia orientador se utilize uma estrutura que garanta a clarificação do quê, porquê, quem, onde e como esta deve ser observada, por ser uma forma de

ajudar os enfermeiros a decidir sobre determinado aspeto ou dimensão da prestação de cuidados para uma prática de qualidade.

Uma vez que os guias orientadores são desenvolvidos a partir de níveis elevados de evidência de boas práticas reúnem o consenso multiprofissional, no contexto clínico, usam uma linguagem clara, incorporam definições precisas, identificam potenciais decisões, avaliam cada decisão em termos de sua viabilidade, adequação, significância e eficácia, na prática a que se destina, e fornecem a evidência que quando adicionada ao julgamento clínico, aos valores e às expectativas do paciente, auxiliam enfermeiros a tomar decisões individuais sobre o cuidado dos pacientes (Robertson, 2007).

A categoria **“promove o respeito pelas etapas de desenvolvimento”** que emergiu do discurso dos participantes, evidencia que a existência de um guia orientador contribuirá para respeitar o ritmo e as características do bebé prematuro, tal como ilustram as unidades de registo que lhe deram origem:

“Por isso se nós respeitarmos o ritmo dele, as características dele, atendendo a todos esses critérios que falamos agora, acho que poderíamos ter mais sucesso em tempo útil, ou seja, se ele tem uma semana para começar a alimentação e se prevê, se nós respeitarmos o ritmo dele acho que conseguimos.” E5

“...Para eles não encararem a alimentação como algo negativo, algo que lhes causa desconforto a uma coisa a que eles não querem... ajudava, eu acho que ajuda... a fazer as coisas no momento certo... percebes? Não estar a forçar demais...” E10

O reconhecimento do processo de desenvolvimento dos subsistemas fisiológico, motor e neurológico para além de influenciar as atuais práticas de alimentação no recém-nascido prematuro, permite aos profissionais e aos pais ajudar a criança a ter experiências alimentares mais organizadas. Esta é razão pela qual a alimentação oral no bebé prematuro tem sido descrita, como um processo neuro comportamental contínuo, que requer uma base que começa na UCIN (Browne e Ross, 2011).

A prevalência das dificuldades na alimentação oral do bebé prematuro é bem conhecida, no entanto, a natureza das etapas de alimentação, incluindo o cronograma da aquisição da coordenação da sucção, deglutição e respiração ainda precisa de mais pesquisa (Bertoncelli [et al.] 2012). A existência de um guia orientador seria um meio de ajudar os enfermeiros a compreenderem as etapas de

desenvolvimento do bebê prematuro e dar suporte às habilidades emergentes. Seria ainda um meio de definir os objetivos a atingir, para ter mais sucesso em tempo útil, uma vez que a alimentação inadequada nos prematuros pode levar a falha nutricional e ao comprometimento do seu crescimento (Bertoncelli [et al.] 2012).

A categoria **“promove a uniformidade de cuidados”** que emergiu do discurso dos participantes, realça que a existência de um guia orientador poderá ser um meio de promover a uniformização de cuidados, seguindo todos a mesma linha orientadora, tal como ilustram as unidades de registo:

“...Também é muito importante investirmos num folheto, numa coisa informativa que tivéssemos ali e que trabalhasse-mos realmente todas no mesmo sentido. Maneiras de trabalhar diferentes, mas todas no mesmo sentido de trabalho, acho que essa é que é fundamental para haver sempre o mesmo elo...” E2

“...Ah... acho que era muito, muito importante para que nós uniformizasse-mos as nossas práticas em relação à alimentação...” E3

“...Era importante para não se andar a fazer de cada uma à sua maneira...” E10

Neste sentido a OE (2007, p. 9) refere que *“as vantagens da utilização de um Guia Orientador da Boa Prática são, assim, evidentes para os profissionais (melhoria da qualidade da dimensão da prática clínica, consubstanciando opções técnicas e diminuindo a sua variação; acesso a orientações eficazes e contextualizadas; identificação de áreas necessitadas de investigação clínica), para os clientes (acesso a informação, a cuidados consistentes e coerentes e a práticas mais seguras e eficazes, com a consequente redução da variação dos cuidados recebidos) ”.*

Quando existe evidência de variação na prática, que afeta os resultados dos pacientes, Robertson (2007) recomenda uma base sólida de investigação fornecendo evidências de prática efetiva e diretrizes clínicas, que podem ajudar os profissionais de saúde na tomada de decisões sobre os cuidados apropriados e eficazes para seus pacientes, elevando a qualidade do atendimento, com redução do risco para o paciente e para o profissional de saúde.

A categoria **“Promove a parceria de cuidados”**, que emergiu do discurso dos participantes, revela a necessidade da parceria entre profissionais e pais,

caracterizada pela sua presença e envolvimento nos cuidados, como ilustram as unidades de registo:

“É o nosso objetivo ajudar os pais a serem os melhores cuidadores para não precisarem mais de nós.” E2

“Numa fase de início da alimentação, mesmo para serem ensinados os pais, o que é que os pais deveriam observar durante a mamada e como começar com a mamada, quando parar e se deve ou não continuar...” E11

“Se toda a gente fizer mais ou menos igual, os pais também acabam por perceber que é assim... se não, os pais ficam baralhados pela informação não ser dada da mesma maneira por toda a gente...” E8

“Acho que devia falar um bocadinho sobre essas competências, esses sinais interpretativos do RN e depois, mesmo as técnicas de promoção que nós podemos fazer para melhorar a mamada e a ...que seja benéfico para ele, para também poder ensinar aos pais... é mais fácil de explicar aos pais...” E9

“...Depois a ida para casa, as mães tentarem manter aquilo que aprenderam e conhecerem melhor o bebé para perceber se a selagem está bem, se eles conseguem controlar, se são coordenados (...) A coloração da pele, a respiração, a forma como mamam se fazem as pausas para poder respirar e depois retomam a mamada sem insistência de ninguém para que ela acelere a mamada, e depois as tais medidas de contenção e os pais perceberem que realmente eles ficam mais concentrados.”E11

Os enfermeiros consideram que a existência de um guia orientador ajudaria a criar um elo de ligação nos ensinamentos feitos aos pais por diferentes pessoas, ajudando-os a serem os melhores cuidadores, aprenderem a conhecer melhor o bebé e identificar sinais de alerta. Um guia orientador seria uma via facilitadora da inclusão dos pais nos cuidados, dando-lhes o suporte necessário a tornarem-se autónomos e seguros na implementação das técnicas promotoras da transição para a alimentação por via oral. Neste sentido, os enfermeiros consideram que a existência de um guia orientador contribuiria para ensinar e instruir os pais a observar o bebé prematuro, identificar as suas competências emergentes, assim como os sinais de instabilidade e de stresse antes e durante a refeição, utilizando uma linguagem clara, sobre o desenvolvimento das competências alimentares do seu bebé, incluindo-os nos cuidados.

Estas opiniões estão de acordo com a de McGrath (2001) e Griffin (2006), que referem que a parceria entre profissionais e pais é patenteada por uma comunicação aberta, uma tomada de decisão compartilhada, que requer uma mudança nos papéis e atitudes dos profissionais. Latour [et al.] (2010) acrescenta que as habilidades de comunicação entre os profissionais e os pais são muitas

vezes subvalorizadas e que os cuidados centrados na família têm efeitos positivos sobre o stresse e no conforto parental. Assim, a avaliação das experiências e das necessidades dos pais é necessária para melhorar a prática nos serviços, atingindo melhores resultados para os bebês e bem-estar aos pais (Latour [et al.] 2010).

Um guia orientador baseado na evidência, na opinião de Briggs (2011,p. 9) seria *“um meio de dar aos consumidores uma voz no processo de tomada de decisão através da documentação das suas experiências, preferências e prioridades...”*

A categoria **“diminui o tempo de internamento”**, que emergiu do discurso dos participantes, revela nas suas opiniões que a existência de um guia orientador poderá contribuir para diminuir o tempo de internamento do bebé prematuro na UCIN, como ilustram as unidades de registo:

“Quando chegamos a uma passagem de turno e dizemos que uma criança não consegue mamar, nós sabemos que vai ser um dos fatores que vai prolongar o internamento do bebé numa unidade de neonatologia, e fica caro o internamento...” E2

“...a alimentação é a parte mais importante para depois eles poderem ter alta e saírem daqui.” E3

Estas opiniões estão de acordo os estudos de Werley [et al.] [1991) que afirmam que as consequências de uma boa prática clínica em enfermagem são evidentes quando determinam ganhos em saúde para os clientes alvo das suas intervenções. De acordo com Robertson (2007) a existência de um guia orientador permite melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, reduzir o uso de intervenções desnecessárias, ineficazes ou prejudiciais, facilita o tratamento com maior possibilidade de benefício e o menor risco de dano, permitindo ainda alcançar o melhor equilíbrio, entre os custos, a eficácia, a especificidade, a sensibilidade e a firmeza.

A categoria **“incentiva a formação”** emergiu do discurso dos participantes, como se pode observar pelas unidades de registo:

“Porque depois é importante termos a formação para nós, para fazer também depois aos pais...” E10

“Mas era importante a formação por acaso. Era importante e se calhar termos ali uma das escala para a gente se calhar ir lá e reavivar a memória... terem um bocadinho a noção dos parâmetros que são avaliados até onde é que se pode ir e se pode ou não dar a mamada.” E11

Os participantes consideram que a existência de um guia orientador permitiria o acesso à formação nesta área, possibilitando orientar os enfermeiros a determinar o momento de iniciar a alimentação oral.

Estas opiniões vão de encontro à teoria de Brouwers [et al.] (2009) ao afirmarem que as orientações de prática são sistematicamente desenvolvidas para ajudar o enfermeiro a tomar as decisões adequadas a cada situação específica e que, para além disso, as orientações podem desempenhar um papel importante na formação em todo o *continuum* de cuidados.

A categoria **“fomenta a prática baseada na evidência”** emergiu a partir do discurso dos participantes, de acordo com algumas unidades de registo aqui exemplificadas:

“...Se eu não tiver conhecimento científico do que é que um bebé é capaz de fazer...vamos deitar tudo por água abaixo, em termos de cuidados.” E2

“...Eu acho que é... não é importante, são obrigatórios os conhecimentos científicos sobre as etapas do desenvolvimento do bebé.” E2

“...Há muitas coisas que mudaram e aquilo que a gente aprende na escola, ao fim de 20 anos muitas técnicas que foram evoluindo e muitos conceitos que foram avançando e que a gente não tem muitas vezes a indicação, não é?” E8

Os enfermeiros referiram sentir necessidade de uma atualização sistemática e contínua dos conhecimentos científicos referentes ao complexo processo da alimentação do bebé prematuro.

Considerando que *“prática baseada na evidência é um método de resolução de problemas, no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”* (OE, 2012, p.10) a elaboração de um guia orientador da alimentação oral permitiria uma atualização permanente dos enfermeiros nesta área tão específica. Segundo a OE (2007, p. 10) *“Os Guias Orientadores da Boa Prática deveriam ser elaborados em complementaridade, contribuindo a enfermagem com a sua perspetiva particular, o que requer, que os enfermeiros detenham um conjunto de competências de reconhecido valor nas práticas recomendadas”*, permitindo estabelecer uma rede de partilha de conhecimento avançado e avaliações relacionadas com a inovação e a mudança (OE, 2012).

A prática baseada na evidência "... tem um papel importante nos cuidados de saúde baseados em evidências, na medida em que representa o ser humano, nas dimensões e experiências dos consumidores de cuidados de saúde. Este tipo de pesquisa não pretende responder a perguntas sobre a eficácia dos cuidados de saúde, mas sim, fornecer importantes informações sobre as realidades, como a adequação do atendimento ao impacto da doença" (Briggs, 2011, p.9).

A categoria "**características de um guia**" emergiu do discurso dos participantes incluindo três subcategorias: "**Simples**"; "**Pequeno**"; "**Prático/criterioso**".

A subcategoria "**simples**" está ilustrada pelas unidades de registo:

"só que depois o facto de terem que preencher uma coisa maçuda, acabam por se desinteressar e... isso é muito importante." E2

"...que acaba por ser maçudo e quando, temos muitos bebés, imagina quando nós temos três bebés ou quatro de intermédios, eles tem que ser os quatro avaliados, se ou tenho que fazer uma escala de avaliação para cada um, vai ser uma coisas muito maçuda, eu confesso que é maçudo, é moroso mas, traz muitos benefícios para o bebé." E2

"Mas se calhar uma coisa mais simples..." E6

"Se fossem itens assim simples com meia dúzia assim importantes, assim era mais fácil... as pessoas cumprirem, não é? ...se também são muitos... faz uns e não faz outros... por isso eu acho que tinha que ser uma coisa muito prática, muito simples para as pessoas poderem-se orientar por aí." E8

"Mas se calhar uma coisa mais simples e menos extensa..." E6

"O importante neste caso era o guia, as orientações, eu acho que um guia, que não fosse um guia complicado, eu acho que não precisa de ter muitos itens..." E8

Os enfermeiros consideram que o guia deve ser claro, com poucos itens, fácil de aplicar.

A subcategoria "**pequeno**" está ilustrada pelas unidades de registo:

"...e menos extensa do que a escala." E6

"...se calhar uma coisa mais pequena mais sucinta, mais..." E7

"...e acho que eu sei que às vezes são demasiadas coisas para a gente aplicar, e estando com quatro nos berços nem sempre é fácil ..." E9

Os enfermeiros consideram que um guia orientador deve ser pouco extenso, de modo a facilitar e ser pouco demorada a sua consulta.

A subcategoria "**prático/criterioso**" está ilustrada pelas unidades de registo:

“Eu acho que seria importante haver protocolos rígidos, seja da alimentação, seja do banho, acho que a alimentação (...) eu acho que era importante ter um guia de orientação para a alimentação... no prematuro... Um guia orientador, alguma coisa que nos ajude...” E2

“...eu acho que deveria haver regras mais rígidas em termos de protocolos, na alimentação, parece uma coisa muito banal.” E2

“...eu acho que é adequado, acho que é importante para também irmos todas mais ou menos pelos mesmos critérios, embora eu ache que isso não tem que ser rigoroso mas, é muito importante, para estabelecer-mos critérios...” E4

“...Haver critérios definidos e não considerando nunca um guia, um documento estanque, ou seja, poder vir a ser acrescentado alguns parêntesis, algumas coisas que vamos observando, um conhecimento em construção, certo? Mas partir sempre do pressuposto de que aquelas coisas que estão no guia definidas... acho que era favorável.” E5

“Acho, claro. Até mesmo, não sei se é possível, mas até mesmo, esse guia funcionar tipo protocolo, inicia se... não sei quê, e toda a gente tinha que respeitar isso. Se calhar aí até já...” E6

Os enfermeiros inquiridos consideraram que um guia orientador deveria ser pequeno, simples e prático/criterioso, com protocolos e com critérios definidos, não um documento estanque mas uma *guideline* para iniciar a alimentação oral no bebé prematuro. Estas características estão esplanadas nas recomendações da OE (2007) que referem que num guia orientador deverá ser tido em conta um conteúdo que seja atual, preciso, sintético e claro, adequando uma linguagem acessível a uma forma facilitadora de leitura. Do mesmo modo Robertson (2007) defende que uma orientação clínica é geralmente determinada pelo cariz particular do cuidado ou condição que aborda e pela população alvo, dando informações e orientações mais pormenorizadas e específicas, sobre as opções de tratamento.

De acordo com o discurso dos enfermeiros, torna-se evidente a importância de existir um guia orientador específico do início da alimentação oral do recém-nascido prematuro. Este facto fez emergir a necessidade da sua construção tendo por base as recomendações das pesquisas atuais e as opiniões dos enfermeiros, sobre esta temática.

Os enfermeiros assumem que um guia orientador seria um instrumento fundamental para a comunicação entre os profissionais, um recurso na promoção da parceria de cuidados e um meio de uniformizar as práticas, baseado em parâmetros rigorosos e objetivos. Este seria o instrumento ideal para fomentar a prática baseada na evidência e, uma forma de promover bases científicas, sobre

as etapas de desenvolvimento do bebê, evitando agir por livre arbítrio. Por outro lado serviria de base para a formação em serviço dirigida tanto aos profissionais, como aos pais.

Aos pais permitiria conhecerem melhor o bebê, identificarem sinais de instabilidade e stresse. Ajudá-los-ia a serem melhores cuidadores e a tornarem-se autônomos na implementação das técnicas promotoras da transição para a alimentação oral.

São ainda escassos os instrumentos de avaliação nesta área, e a alimentação a continua a ser um fator determinante no crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro, e um fator de prolongamento do internamento. A existência de um guia orientador contribuiria para que as intervenções de enfermagem fossem planeadas e ajustadas à vulnerabilidade de cada criança, permitindo o estabelecimento de diretrizes ou instruções de trabalho, tanto aos profissionais como aos pais, sobre o início da alimentação oral no recém-nascido prematuro.

Apesar de ser parte integrante da vida, a mestria na alimentação oral é um processo incrivelmente complexo e, nem sempre é compreendida a dificuldade desta tarefa para o recém-nascido prematuro (Briere [et al.],2014). Por isso, é imperioso ter em conta, que as experiências precoces na alimentação afetam a saúde e o bem-estar psicológico e, preparam o palco para comportamentos saudáveis associados à alimentação, na infância e na idade adulta (Savino [et al.] 2012).

Tendo em conta todos os fatores já mencionados, torna-se inadiável a elaboração de uma proposta de um guia orientador para a alimentação oral no bebê prematuro, tendo por base na sua construção, a articulação dos resultados deste trabalho associados aos estudos recentes sobre esta problemática (Anexo VI).

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É consensual que a alimentação oral é um dos maiores desafios do recém-nascido prematuro, depois de atingir a estabilidade do ponto de vista hemodinâmico, fisiológico e digestivo. Nesse sentido, é fundamental a capacidade dos profissionais da UCIN em identificar as habilidades emergentes do bebê prematuro, de modo a iniciarem intervenções eficientes e fisiologicamente guiadas, para permitir que o bebê possa iniciar de forma segura, a alimentação oral independente.

Através das opiniões dos enfermeiros que trabalham em neonatologia, e que aceitaram participar neste estudo, foi possível aceder a dados que dão uma visão mais ampla, sobre o início da alimentação por via oral nestes bebês.

Após a análise dos resultados verificou-se que, antes de iniciar a alimentação oral, é imprescindível avaliar alguns parâmetros, sem os quais este processo estaria com certeza comprometido.

A opinião dos enfermeiros não foi consensual quanto ao peso mínimo do recém-nascido prematuro para iniciar a alimentação oral, no entanto, partilham que a idade gestacional não deve ser inferior a 33 semanas. Estes parâmetros estão diretamente relacionados com a força de sucção e com a maturação das competências alimentares, sem as quais o bebê seria incapaz de desempenhar esta tarefa.

A estabilidade fisiológica, em geral e em particular a independência respiratória, a frequência cardíaca e as saturações de oxigénio, dentro dos

parâmetros adequados, foram consideradas condições indispensáveis à capacidade de coordenação da sucção e deglutição com a respiração do RNPT.

Sem a presença dos reflexos de sucção e de deglutição, e mais especificamente da coordenação entre estes e a respiração, o RNPT seria incapaz de se alimentar espontaneamente, correndo o risco de comprometer a estabilidade fisiológica, pela descoordenação oro motora.

O aspeto geral, do qual foram salientados a coloração da pele e o tónus muscular são indicadores, que não podem ser desconsiderados. Estes parâmetros traduzem a condição clínica do bebé e a estabilidade hemodinâmica, que são essenciais para que o RNPT participe ativamente, com vitalidade e vigor, no momento da alimentação, sem dispêndio desnecessário de energia. Para tal é necessário que apresente sinais de prontidão e sinais de fome. Deve estar desperto, procurar a tetina, apresentar uma sucção forte e vontade de mamar. Um bebé que não mostra interesse, está hipotónico ou a dormir de braços caídos, sem sinais de prontidão, deve ser alimentado por sonda. O posicionamento do bebé contido, com alinhamento à linha média, contribui para que consiga manter-se concentrado e autorregulado.

O bebé que está tranquilo e acordado, que mostra interesse, que está concentrado e atento a desempenhar a sua nova habilidade, significa que está envolvido na alimentação.

A estimulação dos reflexos foi igualmente considerada fundamental no desenvolvimento das competências alimentares do bebé prematuro. Foram várias as formas de estimulação de reflexos, referidas pelos enfermeiros: treinar a sucção e a deglutição através da sucção não nutritiva, com a chupeta e umas gotas de sacarose ou umas gotas de leite, bem como colocar o bebé à mama e em *kangaroo care*.

As atitudes antes e durante as refeições são fatores determinantes na capacidade do bebé em manter a organização e autorregulação necessárias ao seu bom desempenho. A organização dos cuidados de enfermagem antes da refeição, como a troca da fralda, o banho ou a aspiração de secreções, devem ser cuidadosamente programadas, para preservar a energia necessária à difícil tarefa da alimentação oral.

Os sinais de stresse manifestados pelo RNPT durante a refeição, tais como rodar a cabeça para trás, alteração da cor da pele, palidez peri bucal, sonolência,

polipneia, fácies desconfortável, segundo os enfermeiros, são indicadores de que é essencial parar, deixar o bebê descansar e dar-lhe o suporte necessário à sua autorregulação. O respeito pelas pausas entre cada surto de três a cinco sucções dá tempo ao bebê para respirar, manter a estabilidade fisiológica e prevenir o cansaço.

A diminuição de estímulos, como a intensidade da luz e do ruído em torno do bebê, protege-o dos fatores de stresse e favorece o seu envolvimento na alimentação.

Considerar que os problemas de alimentação são comuns em crianças nascidas pré-termo e podem persistir até à primeira infância (Da Costa [et al.], 2010,2012), torna o início da alimentação oral um momento de extrema importância, devendo ser cuidadosamente preparado, num ambiente calmo e tranquilo, observando o comportamento do bebê, compreendendo o que ele quer dizer através da manifestação de sinais de conforto, de cansaço ou de stresse.

Tal como referem Als e Gilkerson (1995) é importante que o recém-nascido prematuro seja visto como um colaborador ativo no seu próprio cuidado, determinado a continuar a sua trajetória de crescimento e desenvolvimento, como aconteceria se estivesse dentro do útero da mãe. Neste sentido o apoio alimentar individualizado deve ser determinado pelas necessidades e competências individuais de cada bebê. Assim, o enfermeiro deve ser capaz de identificar as dificuldades de cada um e estabelecer as intervenções promotoras da transição para a alimentação oral, que lhes são adequadas, facilitando a associação deste momento a uma experiência prazerosa.

Os resultados deste trabalho demonstraram ser essencial a existência de um guia, com linhas orientadoras das intervenções de enfermagem, baseadas na evidência científica, que suportem o desenvolvimento das competências alimentares do recém-nascido prematuro e que promovam o desenvolvimento de trajetórias de pesquisa e aumento de conhecimento, nesta área tão importante para o futuro destes bebês.

Tendo consciência de que a construção de um guia orientador deve ter por base orientações claras, atuais e consistentes com os estudos nesta área, de modo a permitir acesso a informação, a cuidados coerentes e a práticas mais seguras e eficazes, considera-se essencial como próximo passo a seguir, sujeitar a proposta

à análise por parte de um painel de peritos e após as alterações necessárias, iniciar a sua implementação num serviço de neonatologia.

Este estudo apresenta algumas limitações, que porventura são devidas à inexperiência da investigadora, pois trata-se do seu primeiro trabalho nesta área e sabemos que só com a prática se conhece a realidade e surgem dúvidas relativas a esta forma de investigar. Na investigação qualitativa, o papel do investigador é determinante, por um lado, mas por outro, poderá influenciar de alguma forma os participantes no estudo.

A inexperiência em conduzir entrevistas pôde eventualmente ter condicionado o seu conteúdo e o facto de o investigador ser parte integrante do contexto em que foi realizada a investigação, pode ter sido um fator inibidor para os participantes, em contrapartida, o facto de o investigador ser alguém conhecido, quebrou a insegurança inicial e proporcionou uma partilha de informação útil para a investigação.

Apesar destas limitações, este estudo representou um enorme desafio, quer a nível pessoal, quer no âmbito profissional. Proporcionou um entendimento mais profundo do pesquisador e momentos de discussão sobre o tema, para além de ter contribuído para uma mudança profunda, na linguagem utilizada sobre a transição da alimentação oral, pelos enfermeiros no serviço onde foi realizado.

Entendemos que o presente estudo deu resposta aos objetivos inicialmente propostos: “Conhecer as características do recém-nascido prematuro que, na opinião dos enfermeiros, são fundamentais para o início da alimentação oral”; “Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem, que eles consideram promotoras da transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral, do recém-nascido prematuro” e “Contribuir para a elaboração de uma proposta de um guia orientador”.

Fica ainda a sugestão do desenvolvimento de trabalho em equipa, com reuniões regulares para discussão de ideias e medidas relacionadas com a formação nesta área, contribuindo para a uniformização aos cuidados através da implementação do guia orientador proposto neste trabalho.

Conseguir que a alimentação oral no bebé prematuro seja um evento seguro, em que a criança está fisiologicamente estável, ativa, participante, com atividade oro motora, confortável e comportamentalmente organizada, constitui-se um grande desafio para os enfermeiros em neonatologia. Para tal é determinante a

adoção de linhas orientadoras claras para conseguir uma alimentação de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALANA W; TIMOTHY M. - Effects of intrauterine infection or inflammation on fetal lung development: Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology. *Proceedings of the Australian Physiological Society Symposium: Emerging Leaders in Developmental Physiology Australian*. Vol. 39, (2012) p. 824-830. doi: 10.1111/j.1440-1681.2012.05742.x

ALS, H; DUFFY, H; MCANULTY, B. - Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the newborn intensive care unit (NICU): *Acta Paediat.Suppl*. Vol. 416 (Oct, 1996), p. 21-30.;

ALS, Heidelise - Reading the premature infant. In Goldson E (ed) *Developmental Interventions in the Intensive Care Nursery*. New York: *Oxford University Press*. (1999), p. 18-85.

ALS, Heidelise - Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*. Vol.3, nº 4, (1982), p. 229-243, DOI: 10.1002/1097-0355(198224)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H

ALS, Heidelise - The High-Risk Neonate: Developmental Therapy Perspectives. *Physical & Occupational Therapy Pediatrics*. J.K.Sweeney ed. Vol. 6, (1986), p. 3-35.

ALS, Heidelise - *Prematurity Individualized Developmental Care for Preterm Infants - Centre of Excellence for Early Childhood Development*. Encyclopedia on Early Childhood Development. (2004).

ALS, Heidelise. - Toward a Synactive Theory of Developmental Promise for the Assessment. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 3 nº 4, Winter (1982)

ALS, Heidelise - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine Department of Psychiatry, Harvard Medical School and Children's Hospital Boston. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. Vol.2, (2009), p.135-147. DOI 10.3233/NPM-2009-0061

ALS, H, BRAZELTON, T. - A new model of assessing the behavioral organization in preterm and fullterm infants. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. Vol. 20; (1981), p.239-263.

ALS, Heidelise; GILKERSON, Linda - Developmentally Supportive Care In The Neonatal Intensive Care Unit. *Nacional Center for Clinical Infant Programs*. Vol. 15, nº6 (June/july 1995).

ALS, Heidelise; GILKERSON, Linda - The Role of Relationship-Based Developmentally Supportive Newborn Intensive Care in Strengthening Outcome of Preterm Infants. *Seminars in Perinatology*. Vol. 21, Nº 3 (June, 1997), p. 178-189

ALS, Heidelise [et al.] - Individualized Behavioral and Environmental Care for the Very Low Birth Weight Preterm Infant at High Risk for Bronchopulmonary Dysplasia: Neonatal Intensive Care Unit and Developmental Outcome. *Pediatrics* Vol. 78 Nº.6 (December 1, 1986), p. 1123 -1132.

ALS, Heidelise.[et al.] - A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. *J Dev Behav Pediatr*. Vol. 24, nº6, (2003 Dec), p. 399-408.

Als, Heidelise [et al.] - Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*. Vol. 113, nº 4, (2004), p. 846-857.

AMAIZU, N. [et al] - Maturation of oral feeding skills in preterm infants. *ActaPaediatr*. Vol.97 nº1, (January, 2008), p. 61-67.

AMARAL, Nádea- *A neonatologia no mundo e em Portugal*. Angelini Farmacêutica, Setembro, 2004.

ARAUJO, Karla [et al.] - Os efeitos do controle motor oral na alimentação de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. *Rev CEFAC*. Vol.6, nº4, (out-dez, 2004), p. 7-382.

ARVEDSON, J.[et al.]- Evidence-based systematic review: effects and swallowing in preterm infants. *Am J. Speech Lang Pathology*. Vol. 19, nº4, (2010), p. 40-321.

BALLWEG D - Implementing Developmentally Supportive Family-Centered Care in the Newborn Intensive Care Unit as a Quality Improvement Initiative. *J Perinatal and Neonatal Nursing*. vol.15, nº 3, (December 2001), p. 58-73.

BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70 Lda., 2009. ISBN 9789724415062.

BARLOW^a, Steven [et al] - Respiratory Distress Syndrome Degrades the Fine Structure of the Non-Nutritive Suck In Preterm Infants. *Journal of Neonatal Nursing*. Vol.14, Nº1, (2008) p.9.

BARLOW^b, Steven [et al.]- Synthetic orocutaneous stimulation entrains preterm infants with feeding difficulties to suck. *Journal of Perinatology*. [EmLinha] Vol.28, 2008, p. 541-548. [consult. 26 Nov. 2011]. Disponívelna internet: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=11&sid=0a73b7cf-9018-4049-ae49-05eaecd7224e%40sessionmgr12>>

BARLOW, Steven [et al.]- Frequency Modulation and Spatiotemporal Stability of the sCPG in Preterm Infants with RDS. *International Journal of Pediatrics* (2012), p. 9. doi:10.1155/2012/581538

BARLOW, Steven [et al.] - Feeding Skills in the Preterm Infant - *Journal article*. [em Linha]. Vol. 22, Nº 3, (2010) [consultado 26 Novembro 2011] Disponível na internet: <www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1240&accno=2010687898>

BARLOW, Steven [et al] - Feeding Skills in the Preterm Infant. *The ASHA Leader*. [em linha] (June 8, 2010) [Consultado em 22/03/2013]. Disponível na internet: <<http://www.asha.org/Publications/leader/2010/100608/Feeding-Skills-Infant/>>

BARLOW, Steven [et al.] -Frequency Modulation and Spatiotemporal Stability of the CPG in Preterm Infants with RDS. *International Journal of Pediatrics*. (2012), p. 9, doi:10.1155/2012/581538

BARLOW, Steven - Central pattern generation involved in oral and respiratory control for feeding in the term infant. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*.Vol. 17,(2009), p.187-193.

BARROS, Luísa - *Intervenção desenvolvimentista para mães de bebés de risco*. Universidade de Lisboa. 1992. Tese de doutoramento.

BARROS, Luísa - *A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento*. IN M.C. CANAVARRO. *Psicologia da*

Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto [em linha] 2001, p. 297-316 [consult. 11 de janeiro, 2013]. Disponível na internet: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0a73b7cf-9018-4049-ae49-05eaecd7224e%40sessionmgr12&vid=7&hid=19>>

BAUER, M. [et al.] - Avaliação da estimulação sensório-motora-oral na transição da alimentação enteral para a via oral plena em recém-nascidos pré-termo. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* N° 9,(2009), p. 429-434.

BENZIES, Karen [et al.] - Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Child birth*. [em linha] Vol.13 n° 10. 2013 [consult. 18 de janeiro de 2013]. Disponível na internet: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/S1/S10>

BERTONCELLI, N [et al.] - Oral Feeding Competences of Healthy Preterm Infants. A Review. *International Journal Pediatric* (May 17, 2012), doi: 10.1155/2012/896257 PMID: PMC336283

BINGHAM, Peter - Deprivation and dysphagia in premature infants. *Journal Of Child Neurology*. Vol. Bingham, Peter [et al.] - Relationship of behavioral state and tube-feeding to non-nutritive sucking in premature infants. *Journal of Neonatal Nursing*. Vol. 17, (2011), p. 150-157. doi:10.1016/j.jnn.2010.07.02324 n° 6, (Jun. 2009), p. 743-9. ISSN: 1708-8283, PMID: 19491116.

BINGHAM, Peter [et al.] - Relationship of Neonatal Oral Motor Assessment Scale to Feeding Performance of Premature Infants. *Journal of Neonatal Nursing*. Vol.18, n°1, (February, 2012), p.30-36. doi:10.1016/j.jnn.2010.09.004.

BODGAN, R.; BIKLEN, S. - *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora. Porto: 1994.

BOIRON, M. [et al.] - Pharyngeal swallowing rhythm in response to oral sensorimotor programs in preterm infant. *Neonatal Nurses Association*. Jan. 2009.

BRETON, Suzanne; STEINWENDER, Sandy - Timing Introduction and Transition to Oral Feeding in Preterm Infants: Current Trends and Practice. *Newborn and infant nursing reviews*. Vol. 8, N°3, (September, 2008), p. 155. doi:10.1053/j.nainr.2008.06.007

BRIERE, Carrie-Ellen [et al.] - State of the Science -A Contemporary Review of Feeding Readiness in the Preterm Infant. Continuing Education. *J Perinat Neonat Nurs*. Vol. 28, n°1, (2014), p.11-58. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000011

BRIGGS, Joanna - Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual Institute. *Edition The Joanna Briggs Institute*. 2011. ISBN: 978-1-920684-09-9

BROWN, L; HEERMANN; J - The Effect of Developmental Care on Preterm Infant Outcome. *Applied Nursing Research*, Vol. 10, Nº4 (November, 1997), p 190-197.

BROWNE, Joy - Developmental Care for High-Risk Newborns: Emerging Science, Clinical Application, and Continuity from Newborn Intensive Care Unit to Community. *Clin Perinatol*. Vol. 38, (2011), p. 719-729. doi:10.1016/j.clp.2011.08.003 perinatology.theclinics.com

BROWNE, J. ROSS E.- Eating as a neurodevelopmental processor high risk newborns. *Clin Perinatol*. Vol.38, (2011), p.731-743.

BROWNE, V; TALMI, A. - Infant-Parent Relationships in the NICU. *Journal of Pediatric Psychology*. vol. 30, Nº8, (March 3, 2005), p. 667-677doi:10.1093/jpepsy/jsi053 Advance Access publication

BROWNE, V [et al.]-The Newborn Developmental Specialist: Definition, Qualification and Preparation for an Emerging Role in the Neonatal Intensive Care Unit Trends in Professional Education - *Infant and Young Children*. April, 1999.

BROUWERS, Melissa [et al.] - Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II. The AGREE Next Steps Consortium. May 2009.

GAGLIARDI, Anna; BROUWERS, Melissa - Integrating guideline development and implementation: analysis of guideline development manual instructions for generating implementation advice. *Implementation Science*. Vol. 7, nº67, (2012). Doi:10.1186/1748-5908767

BUDIN, Pierre - The nursling: the feeding and hygiene of premature and full-term infants. London. [em linha]. *The Caxton Publishing Company* (1907). [Consultado em 18 de Setembro de 2013]. Disponível na internet: <http://www.neonatology.org/classics/nursling/nursling.html>

BU'LOCK F; WOOLRIDGE, M; BAUM J.- Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants.- *Developmental Medicine And Child Neurology*. Vol. 32, nº 8, (Aug, 1990), p. 669-78. PMID: 2210082; ISSN: 0012-1622.

CHANG, Y [et al] - Effects of single-hole and cross-cut nipple units on feeding efficiency and physiological parameters in premature infants. *J Nurs Res*. Vol. 15, nº 3, (Sep 2007), p. 23-215

CHANG, Y; CHANG, Y -The relationship between oral feeding and cardiorespiratory regulation of premature infants. *The Journal of Nursing*. Vol. 55, nº3, (2008, Jun), p. 5-10. ISSN: 0047-262X. PMID: 18543179.

CHENG, Y; KAIMAL, A, BRUCKNER, T; HALLARON, D; CAUGHEYE, A. - Perinatal morbidity associated with late preterm deliveries compared with deliveries between 37 and 40 weeks of gestation. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* (2011)

CHEONG, Jeanie; DOYLE, Lex - Increasing rates of prematurity and epidemiology of late preterm birth. *Journal of Paediatrics and Child Health*. Vol. 48, nº 9,(September 2012)p. 784-788, DOI: 10.1111/j.1440-1754.2012.02536.x

CLARK, Adverson, [et al.]- Evidence - based systematic review: effects of oral motor interventions on feeding and swallowing in preterm infants. *Am J Speech Lang Pathol*. Vol. 19, nº 4, (2010), p. 321-340.

BRIERE, CE; MCGRATH, J; CONG, X. -Contemporary Review Of Feeding Readiness In The Preterm Infant. *J.Perinat Neonat Nurs*. Vol. 28, nº 1, p. 51-58. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000011

CLAVELAN, Karen - Feeding Challenges in the Late Preterm Infant Neonatal network. Vol .29, Nº1 (Jan/feb, 2010).

Clinical Practice Guideline for the Management of Feeding in Monash Newborn. Evidence-Based Practice Guideline for the Management of Feeding in Monash Newborn. "Ensuring Infants in Monash Newborn Receive the Best Possible Care" Southern Health. 13 November (2008).

COELHO, Raquel [et al.]- Severe Hypoinsulinemic Hypoglycemia in a Premature Infant Associated with Poor Weight Gain and Reduced Adipose Tissue. *Hormone Research*.Vol. 68 (March 21, 2007), p. 91-98 DOI: 10.1159/000100974

CROWE, L, CHANG, A., WALLACE, K. - Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalization. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Nº4 (2012) CD005586

CUNHA, Manuel [et al.] - Grupo do Registo Nacional Acompanhamento dos recém-nascidos de muito baixo peso em Portugal de Muito Baixo Peso. Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, Vol.41, Nº 4 (2010). DOI: 155-6 0873-9781/10/41-4/155

CUNHA, M [et al.] - Observação do padrão de sucção nutritiva em recém-nascidos de muito baixo peso-Desenvolvimento Motor da Criança. *Faculdade de Motricidade Humana*. (2007).

DUNN P. -PERINATAL LESSONS FROM THE PAST. Arvo Ylppo (1887-1992): pioneer of Finnish paediatrics. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. Vol. 92(2007), p.230-232. doi: 10.1136/adc.2005.077552

DA COSTA, Saakje, [et al.] - The Development of Sucking Patterns in Preterm, Small-for-Gestational Age Infants. *Journal of Pediatrics*. Vol. 157, nº 4, (October 2010), p.603-609.

DA COSTA, Saakje [et al.] - Uncoordinated Sucking Patterns in Preterm Infants are Associated with Abnormal General Movements Tjitske Nieuwenhuis. *The Journal of Pediatrics*. Vol. 161, Nº 5. (November 2012).

DAVIS L, MOHAY H, EDWARDS H. - Mothers involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *J Adv Nurs*. Vol.42, nº 6, (2003), p. 578-586.

Decreto-lei n.º 163/2013 (D.R. I série Nº 80 (24-04-2013), p. 2517

DODRILL, Pamela - Feeding Difficulties in Preterm Infants. ICAN. *Infant, Child, and Adolescent Nutrition*. Vol. 3, Nº6, (August 24, 2011), p. 324-331.doi: 10.1177/1941406411421003

DOOLING, E; GILLES, F.- Telencephalic development: Changing gyral patterns - The Developing Human Brain. Boston. (1983), p. 94-104

DUFFY. F; ALS, H. - Neural plasticity and the effect of a supportive hospital environment on premature newborns. Kavanagh JF, editor. *Understanding Mental Retardation: Research Accomplishments and New Frontiers*. 1988, p. 179-206.

ENGINEER, Neelam; KUMAR, Sailesh - Perinatal variables and neonatal outcomes in severely growth restricted preterm fetuses - Main Research Article. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. (2010). ISSN 1174-1181. 89

EVANS, Nick - Preterm patent ductus arteriosus: Should we treat it? *Journal of Paediatrics and Child Health*. Vol. 48 (2012) 753-758 doi:10.1111/j.1440-1754.2012.02542.x

Evidence-Based Practice Guideline for the Management of Feeding in Monash Newborn. "Ensuring Infants in Monash Newborn Receive the Best Possible Care". Developed with support from the William Buckland Foundation. Southern Health.

[em linha] 13 November 2008 [consultado em 18 de Março de 2014] disponível na internet: http://www.monashhealth.org/icms_docs/929_Feeding_guideline.pdf

FERRAROTTI, Franco - Sociologia. Lisboa. Editorial Teorema Lda, 1985

FERRAZ, Amélia; GUIMARÃES, Hercília - Ensino da Pediatria na Escola Médica do Porto - História da Neonatologia no Mundo. Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2004.

FINAN, D; BARLOW, S.-Intrinsic dynamics and mechano sensory modulation of non nutritive sucking in human infants. *Early Human Development*. Vol. 52, (1998), p. 181-197. ISBN 0 4407378 3

FORTIN, Fabienne - O Processo de investigação: Da Concepção à Realização. 3ª Ed. Loures: Lusociência, 2003.

FORTIN, Marie-Fabienne - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. 595 pgs. ISBN 978-989-8075-18-5. XXXI.

FREITAS, Sylvia - A pesquisa fenomenológica em psicologia. In BAPTISTA, Makilim e CAMPOS, Dinael - Metodologias de pesquisa em ciências - análise quantitativa e qualitativa. *Rio de Janeiro*: LTC, 2007.

FUCILE, Sandra [et al.] - Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance oral feeding performance in preterm infants. *Development Medicine et Child Neurology* Vol.53, N°9, (September, 2011), p.829-835. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.04023.x.

FUCILE, Sandra [et al.] - Oral and non-oral sensorimotor interventions facilitate suck-swallow-respiration functions and their coordination in preterm infants. *Early Human Development*, Vol. 88, N°6, (June, 2012), p. 345-350. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.09.007.

FUCILE, S; GISELE, G; LAU, C. - Effect of an oral stimulation program on sucking skill maturation of preterm infants. *Developmental Medicine et Child Neurology*. Vol.47, (2005), p. 158-162.

FUCILE, S; GISELE, G; LAU, C. - Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *Journal of Pediatric*. 2002.

GAUTHIER, Benôit - *Investigação social - da problemática à colheita de dados*. Lusociência, 2003. p. 65-93

GOLDFIELD, E. [et al.] - Premature Infant Swallowing: Patterns of Tongue-Soft Palate - Coordination Based Upon Video fluoroscopy. *Infant Behavior Dev*. Vol. 33, N°2, (April, 2010), p. 209-218. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.001.

GEWOLB, Ira [et al.]. Frank L Vice M - Maturational changes in the rhythms, patterning, and coordination of respiration and swallow during feeding in preterm and term infants. *Developmental Medicine et Child Neurology*. Vol. 48, (2006), p. 589-594 DOI: 10.1017/S001216220600123X

GEWOLB, Ira [et al.] - Developmental patterns of rhythmic suckle and swallow in preterm infants. [em linha]. *Dev Med Child Neurol* . Vol. 43, (2001), p. 22-27. [consultado em 15 janeiro de 2014]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2006.tb01320.x/pdf>

GILLES, F.- Changes in growth and vulnerability at the end of the second trimester-*The Developing Human Brain*. Boston. (1983) p. 316-320.

GREENE, Zelda [et al.] - Oral stimulation techniques in preterm infants e International research challenges.[em linha] *Journal of Neonatal Nursing*. Vol. 19, (2013), p. 168-174.[Consultado em 15 de janeiro de 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2013.03.005>

GRIFFIN, T. Family-centered care in the NICU. *J Perinat Neonatal Nurs*. Vol.20, (2006), p.98-102.

GROSE, Sara - Feeding, Gavage: Newborn - Transitioning to Oral Feeding. *Nursing Practice Council*. Vol. 20, (august 19, 2011), ICD-996.3511

GRUPO DE REGISTO DE RECÉM NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO.- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2011-2012).

GRUPO DE REGISTO DE RECÉM NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO - Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2014).

GUARINI, A. [et al.] - Reconsidering the impact of preterm birth on language outcome. *Early Human Development Elsevier*.(2009).

GUIMARÃES, Hercília [et al] - Nascer prematuro. Um manual para os pais de bebés prematuros - Direção da Secção de Neonatologia. 1ª ed. (2005-2007): 2007.

GUTIÉRREZ-PADILLA, José Alfonso, [et al.] - Hijos de madres adictas con síndrome de abstinencia en Terapia Intensiva Neonatal Neonatal abstinence syndrome in a Neonatal Intensive Care Unit. *Bol Med Hosp Infant Mex*. Vol. 65 (Julh-Agt 2008).

HACK, M; ESTABROOK, M; ROBERTSON, S. - Development of sucking rhythm in preterm infants. *Early Human Development*. Vol. 11, (1985), p. 133-140.

HACK, M [et al.] - School-age outcomes in children with weights under 750g. *N Engl J Med*. Vol. 331,(1994), p. 753-759.

HACK, M [et al] - the very low birthweight infant: the broader spectrum of mobility during infancy and early childhood. *Dev Behav Pediat* . Vol. 4, (1985), p. 243-249

HACK, M.- Survival and neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* . Vol. 45, nº 3, (2007), p. 2-141.

HACK, M; KLEIN, N; TAYLOR, H. - Long-term developmental outcomes of low birth weight infants - *The Future of Children*. vol. 5, nº 1, (1995), p. 176-196.

HELLMEYER, Lars [et al.] - The underestimation of immaturity in late preterm infants. *Arch Gynecol Obstet*. Vol. 286, (2012) p. 619-626: DOI 10.1007/s00404-012-2366-7

HORNER, Susan [et al.] - Setting the Stage for Successful Oral Feeding- The Impact of Implementing the SOFFI Feeding Program With Medically Fragile NICU Infants. *J Perinat Neonat Nurs*. Vol. 28 nº 1, (2014), p.59-68 . DOI: 10.1097/JPN.0000000000000003

IAMS, J.; CREASY, R.; RESNICK R.- Preterm labor and delivery, Chapter 34. In Creasy. *Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. Philadelphia 5ª ed. Saunders (2004).

ISHIGURO, A; YOSHIYUKI, N; ITO, Y M. - Managing “healthy” late preterm infants. *Pediatrics International*. Vol.51, (2009), p. 720-725.doi: 10.1111/j.1442-200X.2009.02837.x

IZQUIERDO, Orden [et al.] - Retraso de la adquisición de la succión-degludón-respiradón en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. *NutrHosp*. Vol.27, nº4, (2012), p.1120-1126.ISSN 0212-161t • CODEN NUH0EQ S.V.R.

JACOBS S; SOKOL, J; OHLSSON, A. - The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program is not supported by meta-analyses of the data. *The Journal of Pediatrics*. Vol. 140, Nº 6, (June 2002), p. 699-706: PMID: 12072873

JAIWAL, Ashish [et al.] - Early Neonatal Morbidities in Late Preterm Infants - From Fernandez Hospital, Hyderabad. *Indian Pediatrics*. Vol. 48, (August 17, 2011).

JAKUSKIENE, Rita [et al.] - Neonatal outcomes of very preterm infants admitted to a tertiary center in Lithuania between the years 2003 and 2005. *Eur J Pediatr*. Vol. 170, (2011), p.1293-1303:DOI 10.1007/s00431-011-1431-8

JARY, S; DE CARLI, A; WHITELAW, L. - Impaired brain growth and neurodevelopment in preterm infants with posthaemorrhagic ventricular dilatation. *Foundation Acta Pædiatrica*. Vol. 101, (2012) p. 743-748.

JEANIE L.; LEX W.- Increasing rates of prematurity and epidemiology of late preterm. *Journal of Paediatrics and Child Health*. Vol. 48 (2012) doi:10.1111/j.1440-1754.2012.02536.x788 784-birthjpc_2536 784..788© 2012 The Authors Review Article

KALYONCU, O' Zlem [et al.] - Neonatal morbidity and mortality of late-preterm babies. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. Vol. 23, nº7,(July 2010), p. 607-612.

KORKMAZ, Ayçe [et al.] Fetal malnutrition and its impacts on neonatal outcome in preterm infants.*The Turkish Journal of Pediatrics*. 2011; 53: (May-June 2011), p.261-268

KROLLMANN B. [et al.] - Neonatal transformation: thirty years. [em linha]. *Wissmann Neonatal Netw*. Vol.13, nº6, (1994, Sep), p. 17-20. [Consultado em 19 de janeiro de 2014], Disponível na internet: CS.PMID: 7854277 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7854277>

LANDRY, R; - Análise de conteúdo. IN GAUTHIER, B - Investigação social da problemática à colheita de dados. 3ª ed. Lisboa.Lusociência, 2003 p. 345-371.

LATOUR, Jos [et al.] - Perceptions of Parents, Nurses, and Physicians on Neonatal Intensive Care Practices. *J Pediatr*. Vol. 157 (2010) p.215-20.

LAU, Chantal - Oral feeding in preterm infants. *Neo Reviews*. Vol. 7 (Jan. 2006).

LAU, Chantal - Oral feeding in preterm infants. *Pediatrics*. Vol. 110, nº 3 (September, 2002), p. 517-522.

LAU, Chantal- Development of Oral Feeding Skills in the Preterm Infant. V.R. Preedy (ed.), *Handbook of Growth and Growth Monitoring in Health and Disease*. Vol. 499, (2012). DOI 10.1007/978-1-4419-1795-9_29

LAU, C; HURST, N. - Oral Feeding in Infants. *Curr Probl Pediatr*. Vol. 53, nº1, (April 1999).

LAU C, SCHANLER RJ. - Oral motor function in the neonate. *Clinics in Perinatology*. Vol.23 (1996), p.161-178.

LAU, C; SMITH, E; SCHANLER, R. - Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. *Acta Pædiatr*. Vol. 92, (2006), p. 721-727. Stockholm. ISSN 0803-5253

LAU, C; SHEENA, H; SHULMAN, R; SCHANLER, R. Oral feeding in low birth weight infants. *J Pediatr*. Vol. 130, (1997), p. 561-569.

LAWHON, G. - Management of stress in premature infants. In Angelini DJ, Whelan Knapp CM, Gbes RM, eds. Perinatal/neonatal nursing. A clinical handbook. *Blackwell Scientific Publications*, (1986), p. 319-328.

LESSEN B. - Effect of the premature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants. *Official Journal of The National Association of Neonatal Nurses*. Vol. 11, nº2, (2011), p. 129-39; ISSN: 1536-0911.PMID: 21730902;

LORRAINE, Savoie-Zajc, - A entrevista semidirigida. IN GAUTHIER, Benôit- Investigação social - da problemática   colheita de dados. *Lusociência*, 2003. p. 279-301.

LUDWIG, Susan - Oral Feeding and the Late Preterm Infant. *j.nainr*. Vol. 7, nº 2, (2007), p. 72-75. Doi:10.10532007.05.005

LUSSKY, R. - A century of neonatal medicine. [em linha]. Minnesota Medical Association, Mine polis. Vol. 82 (dec.1999).[Consultado em 18 de Janeiro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.nmed.org/publications/MnMed1999/December>. Acesso em 08/06/2001.

MARIN-PADILLA M. - Structural organization of the human cerebral cortex prior to the appearance of the cortical plate. *Anat Embryol*. Vol. 168, (1983), p.21-40.

MARIN-PADILLA M. - Pathogenesis of late-acquired leptomenigeal heterotopias and secondary cortical alterations- A Golgi study, in Galaburda AM (ed): *Dyslexia and Development*. (1993), p. 64-89.

MARON, Jill [et al.] - Neuropeptide Y2 Receptor (NPY2R) Expression in Saliva Predicts Feeding Immaturity in the Premature Neonate, Vol. 7, nº 5 (May, 2012)

MARTINS, José Carlos Amado - Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão  tica. *Pensar em enfermagem*.Vol. 12, nº 2 (2^a semestre, 2008), p. 62-66.

MATHEW, O.- Breathing patterns of preterm infants during bottle feeding: Role of milk flow. *Journal of Pediatrics*. 119 (1991), p. 960-965.

MCANULTY, G. [et al.]. - School-age effects of the newborn individualized developmental care and assessment program for preterm infants with intrauterine growth restriction: preliminary findings. *BMC Pediatrics* [em linha] (2013),Vol.13,

Nº 25 [Consultado em 19 de janeiro de 2014]. Disponível na internet: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/25>>

MCCAIN, G. [et al.] - A feeding protocol for healthy preterm infants that shortens time to oral feeding. *J Pediatr*. Vol. 139, (2001), p. 374-379.

MCFETRIDGE, Lynne [et al.] - Surfactant Metabolism Dysfunction and Childhood Interstitial Lung Disease (chILD) - The Ulster Medical Society. *Ulster Medicine Journal*. Vol. 78, nº1 (2009) p. 7-9

MCGRATH, Jacqueline -Building relationships with families in the NICU: exploring the guarded alliance. *J Perinat Neonatal Nurs*. Vol.15, (2001), p.74-83.

MCGRATH, Jacqueline -What Are Best Practices for Beginning Oral Feedings for High-Risk Infants? - Expert Opinion Neonatal. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. (January/March 2014). DOI: 10.1097/JPN.0000000000000013

MEDEIROS, A. [et al.] -Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *J Soc Bras Fonoaudiol*. Vol. 23, nº 1,(2010).

MITANCHEZ, Delphine - Glucose Regulation in Preterm Newborn Infants. *Horm Res*. Vol.68 (June 20, 2007) p.265-271. DOI: 10.1159/000104174

MIZUNO, K; UEDA, A. - The maturation and coordination of sucking, swallowing, and respiration in preterm infants. *J Pediatr*. Vol.142, nº1, (2003), p.36-40

MORENO-PLATA, Héctor [et al] - Morbilidad a cortoplazo de recién nacidos en el período pretérmino tardío. *Ginecol Obstet Mex*. Vol. 79, Nº 3, (marzo 2011), p. 116-124. ISSN-0300-9041

NICOLAU, Cláudia [et al.] - Competências precoces na alimentação oral do Recém-Nascido Pré-Termo Estudo de pré-validação e determinação das competências na alimentação. *Enfermagem*. Nº 55-56 (2.ª Série) (Julho-Dezembro 2009), p. 34-41.

NIEUWENHUIS, Tjitske [et al.] - Uncoordinated Sucking Patterns in Preterm Infants are Associated with Abnormal General Movements. *J Pediatr* (2012), [em linha] Vol. 161, Nº 8, p.792 [Consultado em 10-10-2012]. Disponível na Internet: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.04.032>>

NIRANJAN, H [et al.] - Retinopathy of Prematurity: Promising Newer Modalities of Treatment - From the Division of Neonatology, Indira Gandhi Institute of Child Health, Bangalore, Karnataka. India. *Indian Pediatrics*, Vol. 49, Nº139 (February 16, 2012)

NYE, Caria -Transitioning Premature Infants from Gavage to Breast. *Neonatal Network*. Vol. 27, nº 1, January/february, 2008, p.7-13.

NYQVIST K. - Early attainment of breast-feeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr.* Vol.97, nº6,(2008), p.776-781. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2008.00810.x

O'BRIAN, M.; SOLIDAY, E.; MCCLUSKEY-FAWCETT, K. - Prematurity and the neonatal intensive care unit. In: Roberts MC Handbook of Pediatric Psychology. *Guilford Press; New York.*(1995) p. 463-478.

ODER, Austin; STALLING, David; BARLOW, Steven - 3 Short-Term Effects of Pacifier Texture on NNS in Neurotypical Infants. *International Journal of Pediatrics*. (2013): ID 168459, p.8. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/168459>
Research Article

OLIVEIRA, L; CUNHA, M; ABRANTES, M. - Sobrevivência. IN PEIXOTO, JC [et al], *Nascer Prematuro em Portugal. Estudo Multicêntrico Nacional 1996-2000* (Eds. *Fundação Bial.*2002), p.175-183.

OPPENHEIMER, Gerald - Public Health Then and Now- Prematurity as a Public Health Problem: US Policy from the 1920s to the 1960s. *American Journal of Public Health*. Vol. 86, nº6, (June 1996), p. 870-877.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, (OMS) (1994). *Classificação Internacional das doenças*. 10ª Revisão, II-5: definições regulamentações, regras, normas para a mortalidade e problemas relacionados com a saúde (p 136-143) São Paulo: EDUSP.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados Ordem dos enfermeiros, [em linha], Julho de 2007. [consultado em 12 de dezembro de 2013] Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - Combater a desigualdade- da evidência à ação. Conselho internacional de enfermeiros - ICN. 2012.

PACHECO, Madalena - Avaliação das Alterações Cardio-respiratórias Resultantes da Manipulação do Recém-Nascido Pré-termo Ventilado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2001. Dissertação de Mestrado.

PCHEANSATHIAN, W; WORAGIDPOONPOL, P; BAOSOUNG, C. Position of Preterm Infants for Optimal Physiological Development: *JBI Library of Systematic Reviews*, 2009, p. 255-259.

PERLMAN, J. M.- Neurobehavioral deficits in premature graduates of intensive care - Potential medical and neonatal risk factors. *Pediatrics*, 108, (2001), p.1339-1348.

PICKLER, Rita - A Model of Feeding Readiness for Preterm Infants. *Neonatal Intensive Care*; Vol.17, nº 4, (2004), p. 31-36.

PICKLER, R; REYNA, B. - Effects of non-nutritive sucking on nutritive sucking, breathing, and behavior during bottle feedings of preterm infants. *Adv Neonatal Care*. Vol. 4, (2004), p. 226-234.

PICKLER, Rita [et al.]- Predictors of nutritive sucking in preterm infants. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*. Vol. 26, nº 11, (2006), p. 693-699,

PICONE, S.; PAOLILLO, P.- Neonatal outcomes in a population of late-preterm infants - Department of Neonatology, NICU, Casilino General Hospital, Rome, Italy. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, Vol. 23, nº 3 (October, 2010) p. 116-120

PINELLI, J; SYMINGTON, A. - Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants (Review). *The Cochrane Database of systematic Reviews*. Vol. 4, (2009) DOI: 10.1002/14651858.CD001071

PHILBIN, M, ROSS, E. - The SOFFI Reference Guide: text, algorithms, and appendices: a manualized method for quality bottle-feedings. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*. Vol. 25, Nº 4 (Oct/Dec; 2011) p. 360-80.doi: 10.1097/JPN.0b013e31823529da.

POLIT, Denise; TATANO, Cherly; HUNGLER, Benardette - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. 5ª Edição Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLI, D. e BECK, C. - Fundamentos de pesquisa em enfermagem- avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN 978-85-363-2545-3.

POORE, M [et al.] - Patterned orocutaneous therapy improves sucking and oral feeding in preterm infants. *Acta Paediatr*.Vol. 97, Nº7 (July, 2008) p. 920-927. doi:10.1111/j.1651-2227.2008.00825.x

POORE, M; BARLOW, S. - Suck predicts neuromotor integrity and developmental outcomes. *Perspectives on Speech Science and Orofacial Disorders*. [em linha].

Vol. 19, nº 1, (2009), p. 44 - 51. [Consultado em 18- de janeiro de 2014]. Disponível em: <http://div5perspectives.asha.org/content/19/1/44.full>

PORTUGAL, Alto Comissariado da Saúde - Comissão Nacional de Saúde da Criança E do Adolescente 2004-2008, Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, [Em Linha] 2009 [Consult. 7 de Dezembro de 2011]. http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/D0F2A43E9EFF4938AB00521E6812580F/18840/RelatorioCN_SCA_2edicao.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2009, Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro, publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 21, de 30 de Janeiro de 2009.

PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística: População e Sociedade (INE). (2008). Estatísticas Demográficas [em linha] 2007 [Consultado em 11 de Novembro de 2013] INE I.P (Ed.).

PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística: População e Sociedade (INE). (2012). Estatísticas Demográficas [em linha] 2013 [Consultado em 18 de Fevereiro de 2014] INE I.P (Ed.).

PRIDHAM, K [et al.] - Transition time to full nipple feeding for premature infants with a history of lung disease. *Pediatric Pulmonology*. 1988; p. 220-224.

PRIDHAM K. [et al.] - Transition time to full nipple feeding for premature infants with a history of lung disease. *JOGN Nurs*. Vol 27, nº 5, 1998; p. 533-545.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - Manual de investigação em ciências sociais. 3ª Edição. Lisboa: Gradiva. 2003.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - Manual de investigação em ciências sociais. 4ª Edição, 2005. Lisboa: Gradiva. ISBN 972-662-275-1.

RATYNSKI, N [et al.] - L'observation du comportement du nouveau-né: une source pertinented'informations médicales - The neonatal behavioral observation: a pertinent source of medical informations. *Archives de Pédiatrie*. N°9 (2002) p. 1274 - 1279

REGA, Ana Isabel - O comportamento alimentar e o desenvolvimento da linguagem em crianças nascidas pré-termo: Estudo longitudinal com recém-nascidos pré-termo e recém-nascidos de termo ao longo dos primeiros 30 meses de vida. Universidade de Lisboa: 2012. Tese de Doutoramento.

RIBEIRO, José - Metodologia de investigação em psicologia e saúde. 3ªEdição. Porto: Livpsic - Psicologia, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.

ROCHA, G; RODRIGUES, M; GUIMARÃES, H. - Respiratory distress syndrome of the preterm neonate – placenta and necropsy as witnesses. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. Vol.24 nº1 (January, 2011) p.148-151

ROBERTSON, Jeanette - Guide to the Development of Clinical Guidelines for Nurse Practitioners. *Office of the chief nursing officer* - Australia (June 2007)

ROCHA, Gustavo - New Frontiers in Neonatology Neonatal Respiratory Track. [em linha], Innsbruck (2005). [Consultado em 18 de Janeiro de 2014]. Disponível na internet: http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201655_new_frontiers_in_neonatology_2005.pdf

ROSS, E; BROWNE, J - Developmental progression of feeding skills: an approach to supporting feeding in preterm infants. *Seminar neonatology* Nº7 (2002) p. 469-475 doi:10.1053/siny.2002.0152

ROSS, Erin; PHILBIN, Kathleen - Supporting Oral Feeding in Fragile Infants - An Evidence-Based Method for Quality Bottle-Feedings of Preterm, Ill, and Fragile Infants. *Journal Perinatal Neonatal Nurse*. Vol. 25, Nº 4, (2011), p. 349-357. DOI: 10.1097/JPN.0b013e318234ac7a

ROSS, Erin - Feeding in the NICU and Issues That Influence Success. Hindawi Publishing Corporation. [Em Linha]. *International Journal of Pediatrics* (2008), [Consult. 18 Dez. 2013]. Disponível em: [www:<http://journals.asha.org/perspectives/terms.dtl](http://journals.asha.org/perspectives/terms.dtl)

ROSS, E. - Supportive Interventions for Nipple Feeding. Westminster, CO: Rocky Mountain Fragile Infant Feeding Institute. (2010).

ROSS, ES - Feeding in the NICU and Issues That Influence Success. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Pediatrics* [Em Linha]. (2008), [Consult. 18 Dez. 2013]. Disponível na internet: [<http://journals.asha.org/perspectives/terms.dtl>](http://journals.asha.org/perspectives/terms.dtl)

SAVOIE-ZAJC, Lorraine - A entrevista semi dirigida. In GAUTHIER, Benôit - *Investigação Social: Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-55-X.

SAVINO, Francesco [et al.] - Ghrelin and feeding behaviour in preterm infants. *Early Human Development* Vol. 88 (2012), p. 51-55. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.12.028

SCHANLER, Richard; LAU, Chantal; HURST, Nancy; O'BRIAN, Elliott. - Randomized, Controlled Trial of Breastfeeding versus Formula Feeding in Extremely Low Birth Weight Infants: In Reply. [em linha]. *Pediatrics*. Vol. 117, (2006), p.986. DOI: 10.1542/peds. 2005-3125. [Consultado em 18 de janeiro de 2014]. Disponível em:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/117/3/986.full.html>

SHIAO S. - Comparison of continuous versus intermittent sucking in very-low-birth-weight infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. Nº26 (1997) p.313-319.

SHIAO, K.; BROOKER, J.; DIFIORE, T. - Desaturation events during oral feedings with and without a nasogastric tube in low birth weight infants. *Heart et Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. vol. 25 (May/June 1996), p. 236-245

SHIAO, K.; Ou, C. - Validation of Oxygen Saturation Monitoring in Neonates. *American Journal of Critical Care*. Vol. 16 (March, 2007) p. 168-178

SILBERSTEIN, Dalia [et al.]- The transition to oral feeding in low-risk premature infants: Relation to infant neurobehavioral functioning and mother-infant feeding interaction. *Early Human Development*. Vol.85 (2009), p.157-162

SILVERMAN A. - Incubator-baby side shows (Dr. Martin A. Couney). *Pediatrics*. Vol. 64, nº2, (1979), p. 127-141.

SIZUN, J; WESTRUP, B. - Early developmental care for preterm neonates: a call for more research.[em linha]. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*.Vol. 89, nº5, 2004 September, p.384-F388.[Consultado em 13 de outubro de 2013]. doi: 10.1136/adc.2002.025114 PMID: PMC1721761. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1721761/pdf/v089p0F384.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP) - Secção de Neonatologia - Prescrição pré-natal de corticoides para reduzir a morbilidade e mortalidade neonatais. [em linha] Recomendações. Janeiro 2012. [Consultado em 22 de Janeiro de 2014]. Disponível em: <http://lusoneo.portugueseforum.net/t119-recomendacoes-da-seccao-sobre-corticoide-pre-natal>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP) - Unidade de vigilância Pediátrica, SCPE - Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos. Crianças nascidas entre 2001 e 2005. (2012).

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP) - Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde (2000-2010). Alto Comissariado

da Saúde, Ministério da Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 42, nº 5, (2011), p.195-204.DOI:0873-9781/11/42-5/195

SOUSA, M; BAPTISTA, C - Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios, segundo Bolonha. 2ª Edição. Lisboa: Lidel, 2011. ISBN: 9789896930011.

SRIDHAR, S; ARGUELLO, S; LEE, H. - Transition to Oral Feeding in Preterm Infants. *Neo Reviews*. Vol. 12, nº 8, (2011), p.141-147.

STANLEY, F; BLAIR, E; ALBERMAN, E. - Cerebral Palsies-Epidemiology and Causal Pathways. Mac Keith Press. *Clinics in Dev Med*. Vol. 151, (2000).

STANDLEY, Jayne - A discussion of evidence-based music therapy to facilitate feeding skills of premature infants: The power of contingent music. [em linha]. *The arts in Psychotherapy*. Vol. 39 (2012) p. 379- 382 [Consultado em 12 de setembro de 2013]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.06.009>

STREUBERT, H; CARPENTER, D - Investigação qualitativa em enfermagem - Avançando o imperativo humanista, 2ª Edição, Lusociência, 2002.

STOLL, Barbara [et al.]- Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD *Neonatal Research* [EmLinha] (2010) [Consult. Em 08 Dezem. 2011]. Disponível

em:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&hid=11&sid=60495acd-8b7c-4fc689b457cc35b4c49a%40sessionmgr12&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9z dC1saXZl#db=rzh&AN=2010774509>

STUMM, S. [et al.]. - Respiratory Distress Syndrome Degrades the Fine Structure of the Non-Nutritive Suck In Preterm Infants. *J Neonatal Nurs*. Vol.14, nº 1, (2008), p. 9-16.

THOMAS, W [et al.] - Oxygen saturation in premature infants at risk for threshold retinopathy of prematurity. *European Journal Ophthalmology Wichtig*. Editor, vol. 21, Nº2, 2011, p.189-193 Original Article - ISSN 1120-6721

THOMAS L. - The changing role of parents in neonatal care: a historical review. *Neonatal Netw*. Vol. 27, nº 2 (2008) doi: 200891-100.

THOYRE, Suzanne; CARLSON, John - Preterm infants' behavioral indicators of oxygen decline during bottle feeding. *J Adv Nurs*. Vol.43 nº6,(2003 September), p. 631-641.

THOYRE, S; SHAKER, C.; PRIDHAM, K.-The early feeding skills assessment for preterm infants. *Journal article* [Em Linha] - forms, tables/charts. 2005. [Consult.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0a73b7cf-9018-4049-ae49-05eaecd7224e%40sessionmgr12&vid=7&hid=7>

THOYRE, Suzanne; SHAKER, Catherine, PRIDHAM, Karen - Manual for Administration of the Early Feeding Skills Assessment (EFS). 2007.

THOYRE, Suzanne; SHAKER, Catherine, PRIDHAM, Karen - The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants. *Neonatal Netw.* Vol.24, N°3, (2005), p.7-16.

THOYRE, Suzanne [et al.] - The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants. *Neonatal Netw.* 2010 February 25.

TYSON J [et al.] - National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Intensive care for extreme prematurity - moving beyond gestational age. [em linha].*The New England Journal of Medicine.* Vol.358, (2008), p.1672 - 1681. [consultado em 18 de janeiro de 2014]. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa073059>

TÖRÖLÄ, Helena [et al.] - Feeding skill milestones of preterm infants born with extremely low birth weight (ELBW). *Infant Behavior et Development.*Vol.35, N°5 (January, 2012), p.187- 194. doi:10.1016/j.infbeh.2012.01.005

TUCKER, J.; MCGUIRE, W. - ABC of preterm birth. Epidemiology of preterm birth. *Clinical review BMJ.* Vol. 329, n° 7467,(2004), p. 675-678. doi: 10.1136/bmj.329.7467.675

UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL DE S. JOÃO- Registo Nacional de Recém nascidos de Muito Baixo Peso, EPE- Porto. (2011-2012)

VANDENBERG, Kathleen ; ROSS, Erin - Individualized Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Nursery - *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia).* Vol.17, (October 2008),p. 84-93. doi:10.1044/sasd17.3.84

VANDENBERG, Kathleen (a) - Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: A practice guideline. *Early Human Development.* Vol. 83, (2007), p. 433-442 doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.03.008

VANDENBERG, Kathleen (b) - State Systems Development in High-risk newborns in the Neonatal Intensive Care Unit Identification and Management of Sleep, Alertness, and Crying. *J. Perinatal Neonatal Nurse.* Vol. 21, No. 2, (2007), p. 130-139

VAIVRE-DOURET, L. [et al.] - The effect of multimodal stimulation and cutaneous application of vegetable oils on neonatal development in preterm

infants: a randomized controlled trial. *Child: care, health and development*. Vol. 35, nº 1 (2008), p. 96 -105 doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00895.x

VILELAS, José - Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento. Edições Sílabo, 1ª Edição, Lisboa, (2009) p.399 ISBN: 978-972-618-557-4.

WALLIN, L; ERIKSSON, M. - Newborn Individual Development Care and Assessment Program (NIDCAP): A systematic Review of the Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.Nº54, 2009.

WESTOVER, A; MOSS, T. - Effects of intrauterine infection or inflammation on fetal lung development. [em linha]. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*. Vol. 39,nº9, (2012 Sep), p. 824-30. [Consultado em setembro de 2013]. doi:10.1111/j.14401681.2012.05742.x.Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22816773>

WERLEY [et al.] - The nursing Minimum Data Set: abstraction tool for standardized, comparable essential data. *Am J Public Health*. Vol.81, nº 4, (1991), p. 421-426.

WESTRUP, Björn. - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) – Family-centered developmentally supportive care. *Early Human Development*. Vol. 83, (2007), p. 443-449.

WILLIAMS, Simon; KATZ , Stephen ; MARTIN, Paul - The neuro-complex: Some comments and convergences. *MediaTropese Journal*. Vol 3, nº 1, (2011), p. 135-146. ISSN 1913-6005

WROTNIAK, H; STETTLER, N; MEDOFF-COOPER, B - The relationship between birth weight and feeding maturation in preterm infants. *Acta Paediatr*. Vol.98, Nº2 (February, 2009) p. 286-290. doi:10.1111/j.1651-2227.2008.01111.x.

WOLFF, Peter H. The serial organization of sucking in the young infant.[Em Linha] *Pediatrics* 1968. [Consult. 02 Abr. 2012] p. (943-956). Disponível na internet: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/42/6/943>

WONG S, WILCZYNSKI N, HAYNES R. - Developing optimal search strategies for detecting clinically relevant qualitative studies in Medline. *Stud Health Technol Inform*. Vol. 107, nº 1, (2004), p. 6-311.

YILDIZ, Aynur; ARIKAN, Duygu - 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. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 21,(2010), p. 644-656. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03634.x

YILDIZ, Aynur [et al] - The Effect of Odor of Milk on the Time Needed for Transition From Gavage to Total Oral Feeding in Preterm Infants- [EmLinha] *Journal of Nursing Scholarship* (2011) p.165-273 [Consult. 02 Abr. 2012]. Disponível na internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2007.00448.x/pdf>

ANEXOS

ANEXO I

Guião de entrevista

Guião da entrevista

Data:-----/-----/-----

I
N
T
R
O
D
U
Ç
Ã
O

A TRANSIÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL, NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO.

OBJECTIVOS

- ✓ Conhecer as características do recém-nascido prematuro, alimentado por gavagem, que na opinião dos enfermeiros são fundamentais para o início da alimentação oral;
- ✓ Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem que eles consideram promotoras da transição para a alimentação oral do recém-nascido prematuro;
- ✓ Contribuir para a elaboração de uma proposta de um guia orientador Elaborar um guia orientador do início da alimentação oral no recém-nascido prematuro, baseado na opinião dos enfermeiros e na evidência científica.

OBSERVAÇÕES

- Apresentação;
- Confirmar se o participante compreendeu toda a informação;
- Garantir que não se pretende avaliar acções nem efectuar juízos de valor;
- Demonstrar uma postura e escuta activa;
- Proporcionar tempo de reflexão, esclarecer as questões, facilitar o diálogo e a oportunidade de novas questões;
- Agradecer a disponibilidade.

	<u>Questões</u>	<u>Justificação</u>	<u>Observações</u>
D E S E N V O L V I M E N T O	Quais são as características do recém-nascido prematuro que, na sua opinião, são fundamentais para o início da alimentação oral?	As circunstâncias em que a alimentação do prematuro é iniciada, podem influenciar as experiências dos enfermeiros e o desenvolvimento das competências alimentares do recém-nascido prematuro.	
	Qual é a sua opinião sobre as intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do recém-nascido prematuro? O que pensa sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral, no recém-nascido prematuro?	<p>O desempenho do recém-nascido prematuro pode ser influenciado pelas intervenções de enfermagem.</p> <p>Certas circunstâncias, como limitações físicas ou condições clínicas do recém-nascido, condicionam o início da alimentação oral.</p> <p>O conhecimento científico, que os enfermeiros possuem, sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido prematuro, condiciona a sua tomada de decisão sobre o momento de iniciar a alimentação oral.</p> <p>Uniformidade de critérios sobre o início da alimentação oral no recém-nascido prematuro.</p> <p>Meio de atualização e esclarecimento de dúvidas sobre o início da alimentação oral no recém-nascido prematuro.</p> <p>Proporcionar maior segurança no momento de iniciar a alimentação oral no recém-nascido prematuro.</p> <p>Elevar a qualidade de cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro.</p>	
C O N C L U S Ã O	Quer acrescentar algo sobre este tema que não tenha sido abordado?	Obter informação adicional.	

ANEXO II

Documentos de autorização da Comissão de Ética para a realização do estudo e colheita de dados



Para submissão à apreciação pelo Conselho de Administração, junto se remetem os seguintes Projectos de Investigação compareceres finais da CES e da unidade de Investigação:

Projecto	Investigador Principal
Método canguru: Conhecimentos, crenças e práticas dos enfermeiros	Ana Isabel de Magalhães Barbosa
Estimativa da idade à morte em não-adultos com recurso à osteometria dos ossos longos em período pós-natal	Hugo Filipe Violante Cardoso
Desenvolvimento de um monosensor para detecção de risco de doenças cardiovasculares	Paulo Manuel Barreiros de Castro Chaves
Posição e conhecimento dos médicos obstetras sobre a associação entre patologias da cavidade oral e parto pre-termo	Raquel Mesquita Pinto da Rocha
Arquétipos associados à transição situacional dos familiares cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado: auto-elevar, virar-se e transferir-se	Rui Andre de Oliveira Barbosa Leite Coutinho
Arquétipos de pessoas dependentes no autocuidado: auto elevar, virar e transferir-se	Olinda Maria Lopes Dias Vieira Mendes
Formação em cuidados paliativos: Uma necessidade?	Maria Ana Braz Fernandes
Isquemia silenciosa do miocárdio na doença inflamatória intestinal	Tiago Emanuel Sampaio Vieira e Fernando José Magro Dias
Estudo da importância da Biocinética Tiroideia do ^{99m} Tc-Sestambi no diagnóstico diferencial do doente com Tirotoxicose induzida pela Amiodarona	Sofia Alexandra Diogo Chaves e Tiago Emanuel Sampaio Vieira
The endocannabinoid system in pathogenesis of dermal fibrosis	Inês Bastos Correia de Sá
Valor prognóstico de biomarcadores cardíacos nas cardiopatias congénitas	Ana Luísa Vieira de Castro Ramos das Neves
A transição para a alimentação oral, no recém-nascido prematuro	Florbela Maria de Jesus Neto da Silva
Early CPAP versus Surfactant in very low birth weight babies	Pedro Luís Neves Esteves
Derrame pleural na insuficiência cardíaca crónica	Patrícia Tavares+Raquel Duro
A influência dos turnos na vida familiar do enfermeiro	Cátia Sofia Lopes Duarte
Caracterização de uma população de doentes internados no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de São João com o diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade	Ana Rita Matos Veiga Ferraz
Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crónica	Andreia Sofia Rocha
Doença de Graves e factores de risco cardiovascular	Carla Sofia Couto Brandão
Identification of human molecular variants associated to tuberculosis	Hélder Novais e Basto
Indicadores das estratégias da Supervisão Clínica de Pares	Duarte José Esteves Pinto
Caracterização fenotípica de doente com enfisema pulmonar e avaliação da eficácia de métodos de redução endoscópica de volume pulmonar	Adriana Magalhães + Gabriela Fernandes
Tensão arterial no recém-nascido com restrição de crescimento intra-uterino	Gustavo Marcondes Duarte Rocha
Modelo psicobiológico da personalidade de Robert C. Cloninger e resistência á mudança em crianças, adolescentes e adultos com e sem condições psiquiátricas	Mariana Cúria Fonseca Cardoso Lima



SÃO JOÃO

Hipotiroidismo subclínico e factores de risco cardiovascular	Teresa Catarina Alves Pereira
Competência de gestão na formação em enfermagem	Maria Narcisa Costa Gonçalves
Avaliação do desenvolvimento da função visual de prematuros até aos 6 anos	Tânia Filipa Teixeira Gonçalves
Malassezia infections: experimental answers for a medical conundrum	Ana Filipa Bastos Pedrosa
Alterações do metabolismo do ferro na insuficiência cardíaca	Maria Inês Ribeiro Rangel
Avaliação da dependência no autocuidado e da intolerância à actividade em clientes com insuficiência cardíaca	Sofia Clara Costa Marinho Santos Moura
Avaliação da ingestão alimentar, inflamação e estado nutricional em doentes oncológicos	Elsa Maria Nunes de Madureira
Coping e capacidade para o trabalho	Marco Ramos
Avaliação e optimização dos níveis de referência de diagnóstico em TC em Pediatria	Joana Margarida Rodrigues dos Santos
Childhood obesity-related inflammation and vascular injury - Impact on the kidney	Liane Correia Costa

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 13 JUN 2012
Presidente do Conselho de Administração

[Signature]
Prof. Doutora Antónia Ferreira

Directora Clínica Enfermeira Directora Vogal Executivo Vogal Executivo

[Signature] *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*
Dra. Margarida Soares Enfermeira Fátima Pereira Dra. Ana Filipa Bastos Dr. João Oliveira

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projecto: A transição para a alimentação oral, no recém-nascido prematuro

Nome da Investigadora Principal: Enf.^a Florbela Maria de Jesus Neto da Silva, enfermeira no Serviço de Neonatologia

Serviço onde decorrerá o Estudo: Serviço de Neonatologia. Dispõe da autorização da Prof.^a Hercília Guimarães e da Enf.^a Teresa Maia.

Objectivo do Estudo:

Conhecer as características do recém-nascido prematuro, alimentado por gavagem, que, na opinião dos enfermeiros, são fundamentais para o início da alimentação oral.

Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem que consideram promotoras da transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral do recém-nascido prematuro.

Elaborar um guia orientador das intervenções de enfermagem, promotoras do desenvolvimento das competências na alimentação oral do recém-nascido prematuro, baseado na opinião dos enfermeiros e na evidência científica.

Este estudo insere-se no âmbito de um projecto de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Prof.^a Doutora Ana Paula dos Santos Jesus Marques França e da Mestre Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz.

Concepção e Pertinência do estudo:

O desenvolvimento das competências para a alimentação oral do recém-nascido prematuro tem sido alvo de grande atenção e pesquisa, e, nas últimas décadas, surgiu a necessidade de compreender alguns aspectos da prática de cuidados de enfermagem associados a esta transição.

O presente estudo realiza-se segundo a metodologia qualitativa, exploratória e descritiva, procurando responder aos objectivos propostos através de uma entrevista semi-estruturada a enfermeiros do Serviço de Neonatologia, a partir da qual, através da análise do discurso dos participantes, do conhecimento das suas opiniões, experiências e vivências, tentará compreender melhor o fenómeno em causa, e propor linhas orientadoras que promovam uma melhor transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral no prematuro.

Estão definidos os critérios de inclusão para a participação neste estudo (enfermeiros com especialidade em Saúde Infantil e Pediatria; com mais de 10 anos de tempo de serviço;

no Serviço; com formação em NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program; com tempo de Serviço em Neonatologia inferior a 3 anos; com formação na escala EFS - The early feeding skills assessment).

Benefício/risco:

Melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros na transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral no recém-nascido prematuro.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

A participação será voluntária. A todos será solicitado um consentimento informado, que é acompanhado de uma adequada informação para o participante.

Confidencialidade dos dados:

Todos os dados obtidos no decorrer do estudo têm garantia absoluta de confidencialidade, uma vez que esta é assegurada pelo anonimato. Após a conclusão deste trabalho de investigação, todos os dados relativos aos intervenientes gravados em audio serão destruídos.

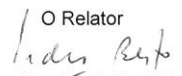
Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: Julho de 2012

Conclusão:

Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 25 de Maio de 2012

O Relator

Doutor Pedro Brito

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

7. SEGURO

- a. *Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

SIM (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

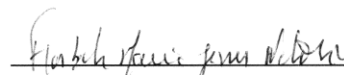
NÃO APLICÁVEL


8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Florbela Maria de Jesus Neto da Silva

abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 13 / Maio / 2012


O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de <u>25</u> / <u>Maio</u> / <u>2012</u>	<div data-bbox="774 1422 1069 1518" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.</div>  Prof. Doutor Filipe Almeida Presidente da Comissão de Ética

ANEXO III

Informação ao participante

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Sou estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto e, estou a realizar um estudo que pretende contribuir para promoção da transição para a alimentação oral do recém-nascido prematuro, de forma precoce e segura e que tem como objetivos:

- ✓ Conhecer as características do recém-nascido prematuro, alimentado por gavagem, que na opinião dos enfermeiros, são fundamentais para o início da alimentação oral;

- ✓ Conhecer a opinião dos enfermeiros, sobre as intervenções de enfermagem, que consideram promotoras da transição da alimentação por gavagem, para a alimentação oral, do recém-nascido prematuro;

- ✓ Contribuir para a elaboração de uma proposta de um guia orientador do início da alimentação oral no recém-nascido prematuro, baseado na opinião dos enfermeiros e na evidência científica.

Trata-se de um Estudo Qualitativo, sendo o instrumento de colheita de dados a entrevista.

O estudo não tem riscos associados, apenas o incómodo subjacente ao dispêndio de tempo para a realização de uma entrevista. Esta será gravada em formato áudio, transcrita na íntegra mas sem informação que a ligue ao formulário de consentimento. Após a conclusão do estudo as gravações serão destruídas.

Trata-se portanto de um estudo confidencial e anónimo, pelo que a declaração que irá assinar será completamente dissociada da entrevista.

A sua participação é voluntária, tem o tempo necessário para refletir e, pode desistir a qualquer momento.

O local da entrevista será acordado e o tempo de duração será de aproximadamente 30 minutos.

Este estudo foi aprovado pela comissão de ética do Centro Hospitalar de S. João.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento pode entrar em contacto comigo.

Obrigado pela sua ajuda.

Florbela Neto

ANEXO IV

Consentimento livre e informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

A transição para a alimentação oral, no recém-nascido prematuro.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo.

Por isso, consinto que me seja aplicada a entrevista proposta pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do doente ou voluntário são:

O Investigador responsável:

Nome: Florbela Maria de Jesus Neto da Silva

Assinatura:

ANEXO V

Matriz de referência da análise de conteúdo

TEMA - Parâmetros de avaliação do recém-nascido prematuro para o início da alimentação oral

CATEGORIA - Peso

“... Ter peso ... de 1500gr à volta disso” E6

“... Mais..., o peso, não é?” E7

“... Assim parece-me que 1kg, parece-me ser, às vezes pode não ser, se for uma restrição e não for prematuridade as coisas mudam de figura...” E7

“... Depois os outros fatores de evolução de peso” E8

“... Às vezes essencialmente eu ligo um bocado ao peso. O peso ... do bebé.” E9

“Até se poderia estabelecer um peso...” E8

CATEGORIA - Idade gestacional

“... É assim se ele tiver uma grande prematuridade... mesmo que ele mostre interesse em mamar eu não lhe vou dar...” E2

“... Mas se calhar até existem alturas que se calhar até se dá o leite e ela ainda não tem as 33 semanas de gestação, não é? Se ele tiver menos de 33 semanas, 34 semanas não invisto muito no leite espontaneamente...” E2

“... Se é a partir das 33 semanas é que podem mamar espontaneamente ao biberão, se ela realmente mostra interesse ...” E2

“... Porque se a criança nasce com 28 semanas de gestação ou com 25, quando atinge as 33 parece que já tem uma infinidade de tempo e ela se calhar ainda não tem essas competências, não devemos exigir isso dela...” E2

“... Se nas semanas x e ainda não tem competência para a alimentação e se eu vou investir nisso, ele se calhar vai deteriorar a parte respiratória só porque eu insisti na parte da alimentação.” E2

“... Já tem as semanas... tem 35 semanas... ah... tem que comer... não, agora esperamos. Não quer... vamos esperar que o bebé queira.” E3

“Terem idade... poderia ser um critério...” E8

“Tenho em atenção a idade gestacional em termos do que é a maturação, porque a idade gestacional leva a ter competências. A gente sabe que com uma idade gestacional muito baixa eles não têm competências para mamar por muito que manifestem fome, mas... se for uma idade muito baixa eles não mamam...” E9

“... Fazem aquela sucção toda e depois não deglutem, não respiram... não têm essa coordenação muitas vezes por causa da idade gestacional...” E9

CATEGORIA - Estabilidade Fisiológica

Subcategoria - Respiração

“... Outras valências que são mais importantes... que não a alimentação, que estão à frente, tipo a respiração, é importante que ele esteja realmente bem, e só depois é que iria dar o leiteinho

espontaneamente...” E2

“... Agora, chegar a dar a uma criança em CPAPn 5 ml ou 10ml, acho que nunca se deveria dar, porque se ela ainda tem realmente que organizar a sua vida respiratória e depois passar para a parte da alimentação...” E2

“Porque quando por exemplo nós fazemos um desmame da respiração, para a alimentação, eu acho que é assim, o nosso bebé no fundo, vai ser ele o grande impulsionador do início da alimentação...” E2

“... Sinais vitais estáveis, já de algum tempo, em termos de dificuldade respiratória por exemplo. Eu não concordo muito quando... estamos a fazer um desmame de um CPAP e se vá ao mesmo tempo alimentar...” E3

“...Tem que ter algumas características, nomeadamente em termos de independência respiratória, não é? Já estar estável na parte respiratória... para que depois possamos tentar em termos de alimentação...” E3

“... Eu até tenho um bebé que já está bem, em termos de sinais vitais, é um bebé que está bem... está desperto... tem independência respiratória... não tem dificuldade... acho que vou tentar alimentar...” E3

“... Respeitar a respiração, estar atenta à respiração...” E4

“... É importante para mim a avaliação do RN, ou seja, ele pode estar numa situação em que está a piorar da parte respiratória, ou estar com outro problema que seja importante despistar... mas é importante... estabilidade respiratória e ventilatória, estar clinicamente bem” E5

“Acho que um bebé com CPAPn, não consegue estar a mamar espontaneamente, se consegue eu acho que... vai-lhe depois faltar energias... para outras coisas...” E6

“... Nunca dei espontaneamente a nenhum bebé... acho que um bebé que ainda precisa de apoio respiratório... nós vemos que eles mamam mas ficam cansados... com CPAPn não...” E6

“... Primeiro que tenha a parte respiratória resolvida, resolvida em termos de características do bebé, porque, resolvida pode ser um bebé que tenha uma displasia, em que o padrão respiratório se vai prolongar durante muito tempo nessa condição e se calhar até nem vai agravar...” E7

“... É mais isso que eu me tenho apercebido, alguns fazem cianose e às vezes tem que se recuar nessas condições...” E7

“... Sem ele procurar, é a parte respiratória, eu acho que realmente é a parte mais importante, que pode estar mais comprometida...” E7

“A parte respiratória já resolvida...” E8

“... Que não seja um bebé que tenha muitas secreções, que esteja muito atrapalhado, que mama na chupeta...” E8

“... Volta tudo para trás porque também às vezes insistiu-se demais, mesmo em termos respiratórios, porque às vezes até largaram o CPAPn e toca a insistir-se muito depressa e depois volta a parte respiratória ...voltam a ficar mais cansaditos e volta tudo para trás.” E8

“... A parte respiratória, é assim, se eu notar que não há assim sinais de dificuldade respiratória, ou então sentir uma dificuldade, com aquela respiração mais acelerada...” E10

“... Hum... tudo... sei lá... a parte, a parte respiratória dela, avaliar a respiração, avaliar o comportamento dela...” E10

Subcategoria - Saturação de oxigénio

“Às vezes fazem baixa de saturação... também é um indicador...” E9

“... E o facto de não dessaturarem quando não estão a mamar... saturações estáveis...” E11

“Estar atenta... à saturação, sinais vitais todos, não é?” E4

Subcategoria - Frequência cardíaca

“... Frequência cardíaca estável, sem alterações...” E11

CATEGORIA - Coordenação da sucção, deglutição e respiração

“... Tem que apresentar reflexo de sucção bem presente...” E3

“... O bebé não apresenta um reflexo eficaz, por exemplo de deglutição...” E3

“Ah... ter um bom reflexo de sucção...vejo que ele realmente até suga, até tem um bom reflexo...” E4

“... O reflexo em si, se é um bebé que coordena o reflexo de sucção com a deglutição..., portanto a respiração” E4

“... Ter o reflexo de busca, reflexo de sucção presente na tetina por exemplo...”E5

“... Por mais que se insista, se ele ainda não tiver coordenação, por mais que se insista eles não conseguem...” E6

“... Acho que às vezes se insiste um bocado e nota-se que ele ainda não coordena a respiração com a deglutição... e se insiste um bocado se ele ainda não tiver coordenação da respiração, por mais que se insista ele não consegue...”E6

“Em sintonia, a coordenação com a sucção e com a deglutição... na minha opinião ele deve apresentar pelo menos, acho isso básico, em termos de sucção e de coordenação com a deglutição...” E7

“... Com a descida do leite dá a sensação que a coordenação dos três... lá está dos três fatores, [sucção e deglutição e respiração] ainda não está completa, ou demora, ou engasga-se...” E7

“Em sintonia, a coordenação com a sucção e com a deglutição...” E7

“... Basicamente isso, a nível de coordenação...depois os outros fatores de evolução...” E8

“Tentar dar umas gotinhas de leite... ou tentar dar um bocadinho de sacarose para ver se ele consegue...” E8

“Se ele mama bem na tetina e com a sacarose não se atrapalha, mama também o leite, por isso posso experimentar a dar-lhe o leite...” E8

“... Às vezes com dificuldade em deglutir, em...fazer a sucção e a deglutição e faz a coordenação com as duas coisas...acho que é por aí...” E10

“Reflexo de deglutição eficaz...” E11

“Conseguir coordenar, deglutir sempre sem dificuldade e coordenar as duas coisas ou as três, a sucção, a deglutição e a respiração...” E11

“... Conseguir coordenar a respiração com a sucção.” E11

“... O reflexo de sucção, se tem reflexo de sucção, um bebé que procure já a chupetinha, que esteja sempre com reflexo de sucção...” E8

“Reflexo de sucção presente...” E11

CATEGORIA - Aspeto geral

Subcategoria - Coloração da pele

“... A palidez... aquela palidez...” E10

“Começa a ficar mais pálida também...” E11

Subcategoria - Tónus muscular

“Tem que ter vitalidade... também mostrar vitalidade...” E3

“... Tenho que ver se o bebé está reativo, se for um bebé que está assim muito molengão, se calhar não vou tentar dar-lhe assim o leiteinho. “ E4

“ Não é um bebé hipotónico, tem que ter um tónus... não é exagerado, mas um tónus normal...” E4

“... Se é um bebé que começa a ficar hipotónico, que começa a não mostrar mesmo interesse, então eu paro.” E4

“... Eu procuro que ele me dê algum sinal...humm... tonicidade muscular.” E5

“... Também o vigor, não sei se é o termo técnico...na mamada...” E7

“ Quando ele começa a ficar muito cansado...” E9

“...Estar com... aquele aspeto de molengão...o desinteresse, o estar praticamente a dormir de braços caídos...E10

“... O desinteresse o estar praticamente a dormir de braços caído... completamente hipotónicos...” E11

“... Se estiverem hipotónicos, se não mostrarem interesse em mamar...na chupeta... acho que não é para insistir...” E11

“... Para saber se fica cansado, se perde interesse, se fica hipotónico e de repente apagou-se ...” E11

CATEGORIA - Envolvimento na alimentação

Subcategoria - Sinais de prontidão

“... Não podemos iniciar a alimentação quando ele não tem interesse...” E2

“Se ele mostrar interesse para mamar espontaneamente, se não mostrar é porque não tem capacidade para isso.” E2

“... Se ela tem interesse está ali mesmo direcionada para o leite e pode...” E2

“... Mas se eu estou a tentar e ele mostra sinais que não quer, eu não vou insistir... não quer mamar... não se insiste... dá-se por sonda e espera-se...” E3

“... E... mostrar sinais que quer ser alimentado...” E3

“... Esperamos que ele nos diga... ok... é para alimentar. Esses sinais, não é? Estar desperto, o querer... e não insistir.” E3

“... Se é um bebé... que começa a não mostrar o mesmo interesse, então eu paro.” E4

“... Se estiver a dormir... não vou fazer nada porque... não é? Se não quer a tetina seca também não quer o biberão...” E7

“... Tem que estar acordado, tem que estar desperto, tem que estar à procura...” E7

“Se ele mamar na tetina sem esses condicionantes à partida também já é porque quer mamar alguma coisa, pronto.” E8

“... O conforto em que ele fica, se fica assim sossegadinho e ali a mamar ou se é um bebé que fica muito atrapalhado e que esbraceja muito... que não fica assim confortável, não é? E8

“ Se ele estiver a mamar confortável... mesmo o fácies dele... também se ele está satisfeitinho a mamar ou não...” E8

“Sentir que está confortável e concentrado naquilo que vai fazer...” E8

“Se ele estiver a dormir, a menos que a gente espere um bocado e saiba que vai mamar e que vai manifestar interesse, acorde com fome... Mostrar interesse, conseguir mamar na chupeta...” E9

“... Avaliar a criança antes da mamada, como é que ela reage, à procura de ... não é?” E10

“Eu acho que é quando vejo o bebé desperto, com vontade de mamar, procurar a mamada e depois, ao longo da mamada ir vendo se ele consegue terminar e ficar bem...” E10

“... Mesmo em relação ao biberão que lhe estás a por no momento... como é que ela adapta a... como é que ela se adapta ao biberão, como é que ela mama... ficar até ao fim com interesse na mamada...” E10

“... A vontade que eles mostram em querer mamar...quando se põe uma chupeta, a selagem que fazem na chupetinha...” E11

“-Primeiro estar desperto para a alimentação, não é?” E2

“... Estar acordado, estar desperto...” E3

“... Então eu procuro que ele me dê algum sinal... OK. Estar acordado...” E5

“... Esperar que ele acorde para a mamada.” E5

“... Se ficar assim sossegadinho e confortável a mamar numa tetina.” E8

“- Uma das condições é estar acordado, não é?” E9

“... Se for um daqueles bebés que ao manipular ele não acorde, eu se calhar não vou acordá-lo. Se ele não acordasse dar-lhe-ia por sonda.” E9

“... Se ela estiver acordada e quiser mamar, mama, se ela entretanto adormecer, não vale a pena...” E11

Subcategoria - Sinais de fome

“... Antes de lhe mexer, tem que mostrar vontade de ser alimentado, aquelas características, a fome ou uma sucção que indique que...que ele tem fome, quer ser alimentado, não é aquela sucção só de conforto...” E3

“... Sucção não nutritiva, tu pões-lhe a chupeta mas ele não fica satisfeito só com isso, continua a mostrar que... quer ser alimentado, digamos que não está satisfeito...” E3

“... Também os sinais que ele vai apresentando... a busca, não é? A procura... da tetina... Se eles não procuram a tetina também dificilmente vão conseguir mamar... mas se apresentar novamente busca e tudo, porque razão não deva experimentar outra vez?” E7

“Estarem, despertos, às vezes chorarem com fome, ou percebemos...que é fome...” E9

“Às vezes eles querem mamar e percebemos que ficavam mais sossegados se mamassem espontaneamente, sentem essa necessidade...” E9

TEMA - Intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do prematuro

CATEGORIA - Posicionar o bebê

Subcategoria - Alinhamento na linha média

“... No posicionamento do bebê... o pegar nele ao colo, o embrulhá-lo, mantê-lo com, os membros na linha média, acho que isso ajuda, francamente.” E5

“... Quando às vezes isso também não resulta é colocá-los de lado para eles mamarem de lado, no colo, com a fralda para que os braços fiquem alinhados na linha média, às vezes eles não conseguem...” E9

“... Aconchegá-lo de maneira a pôr as mãozitas de maneira a levar as mãos à boca... acho que é por aí... mais do que isso não sei...” E10

Subcategoria - Contenção

“A própria maneira como pegam nele é fundamental para ele ter interesse ou não...” E2

“... É importante que a enfermeira realmente envolva o bebê ao dar-lhe o leite...” E2

“... Há aquelas atitudes que nós podemos... ah... o posicionamento do RN para ele mamar...” E6

“... O próprio bebê tem de estar num posicionamento confortável...é importante o posicionamento, o posicionamento é importante até pelo próprio sentir, a forma como ele se vai sentir em termos de aconchego de conforto...” E7

“... O posicionamento ser o mais aconchegante e mais confortável para ele sentir mais segurança...” E7

Primeiro a maneira como a gente pega no bebê, pô-lo confortável assim junto, aconchegadinho para ele estar...” E8

“... Ele também não pode estar desconfortável, muito solto, se não também descoordena um bocadinho...” E8

“... Começam a mamar muito bem e depois acabam por ficar mais sonolentos, as medias que nós tomamos é a contenção com a fralda consegue, consegue-se fazer essa contenção permanente...” E9

“ Ah...contê-la. Embrulhar. Eu acho que eles ficam mais concentrados no que estão a fazer...” E11

“Posicionamento... acho que o posicionamento e as medidas de contenção são eficazes se ele manifestar vontade e se tiver os reflexos eficazes.” E11

“... E quando eu comecei a fazer essa medida de contenção nota-se uma eficácia na mamada do bebê. É diferente, é mais rápido, são mais coordenados e conseguem mamar de uma forma mais eficaz. Nota-se perfeitamente.” E11

Subcategoria - Apoio do maxilar

“... E às vezes fazemos também um bocadinho do apoio do maxilar e um bocadinho de estimulação, é basicamente isso...” E9

“Se ele fizer uma selagem boa, se for preciso fazer apoio do queixo...” E11

CATEGORIA - Estimular os reflexos

Subcategoria - Treinar a sucção

“... Dou-lhe uma chupeta mas não vou dar o leite...” E2

“... Isso não quer dizer que não podemos investir numa alimentação não nutritiva, dar a chupeta, coisa que também já se estudou...” E2

“... Quando os bebés mamavam por sonda eram postos na mesma ao colo da mãe e punha-se a chupetinha que era para eles quase que pareciam que estavam a mamar na mama da mãe.” E2

“Eu acho que darmos a chupeta, ensiná-los a sugar, eu acho que ajuda bastante...” E3

“O facto de lhe proporcionares a tetina antes da alimentação, acho que sim acho que isso ajuda-lhe a desenvolver, ou estimular competências que já tem, o reflexo de sucção, ou mesmo de deglutição da própria saliva...” E5

“ Primeiro é necessário ensina-los a mamar numa tetina seca para depois começarem a deglutir o leite.” E8

Subcategoria - Treinar deglutição

“... Dou algumas gotas para o saciar. Para ele ficar satisfeito mas não para o alimentar.” E2

“... Quando estamos a alimentá-lo mesmo por sonda pôr umas gotinhas e dar-lhe se achamos que ele está capaz na chupeta exerce essa sucção não nutritiva...” E3

“... Costumamos fazer é em simultâneo a sucção não nutritiva, enquanto dás por gavagem... e colocar umas gotas de leite na tetina para terem a perceção...” E7

“Não começo por dar logo o leite ou quando dou é mesmo muito pouco, uma quantidade muito pequenina, para se ir habituando a mamar...” E8

“... Também quando a gente começa a dar o leitinho, também costuma dar a tetina para que eles se habituem a mamar...às vezes colocamos aquelas gotitas na chupeta e eles associam ao mamar...” E9

“ ... Imagina colocar algumas gotinhas de leite quando vejo que o bebé está interessado, tentando que o bebé vá procurar fazer a sucção numa tetina ou numa chupeta...” E10

“... Por sonda acho que só costumo fazer isso, colocar a chupetinha para tentar estimular. Molhar a chupeta com umas gotinhas de leite, sim... pelo menos deglute alguma coisa e não está a chupeta seca.” E11

“Pode-se experimentar com um bocadinho de sacarose e ver se eles conseguem deglutir ou não...” E11

Subcategoria - Executar técnica de kangaroo care

“O kangaroo care que nós já fazemos aqui, pelo menos segundo os estudos a técnica de kangaroo care estimula a produção de leite e o próprio bebé também procura, também é uma técnica que também já é feita na nossa unidade e acho que é muito importante.” E2

“... Quando possível fazer o kangaroo care, até pô-los na mama da mãe, alimentá-los por sonda e pô-los nos mamilos, a tentar fazer qualquer coisa ali na mama a fazer qualquer coisa, muitas vezes eles não mamam mas estão ali, sentem o cheiro da mãe sentem a mama, pô-los mais próximo da mãe possível,

sempre que possível, a fazer o kangaroo care, estar junto à mãe, sentir o cheiro do leite, quando estamos a administrar o leite pôr na mama, acho que isso tudo ajuda...”E3

Subcategoria - Colocar bebé à mama

“Quando eles são pequeninos e não conseguem mamar muito bem e a gente coloca ao seio para mamar um bocadinho no seio... sabemos que não vão mamar ao seio, que não vai ser suficiente, optamos por lhe dar o leite por sonda mas eles estão ali a estimular na mãe e... a própria sucção deles...” E9

“... Colocar na mama enquanto dá o leite por sonda?” E11

CATEGORIA - Controlar níveis de stresse

Subcategoria - Prevenir o cansaço

“... Com o NID CAP e assim, nós aprendemos que eles ficam muito desorganizados e há muitos estímulos. Se calhar o que os cansa, é que nós exigimos muito deles antes da própria mamada, e quando chegar efetivamente a hora da refeição eles já não vão ter essa capacidade, não porque não tenham capacidade para mamar mas, porque já estão exaustos por diversas situações, não é?” E2

“... É o mais importante, não o cansar antes da mamada.” E2

“Se nós estivermos a dar de comer ao bebé e estivermos ao mesmo tempo a falar para ele, estamos a dar mais do que um estímulo, ou seja, estamos a estimular e a obrigá-lo a olhar para nós, para as coisas que nós estamos a falar, ou então se estamos a falar com outra pessoa...” E2

“... Se calhar já tomaram um banho e ainda tem pouca capacidade de se reorganizarem após o banho, estão cansados, estão exaustos, ou porque fizeram outro tipo de coisas que se calhar já os deixaram exaustos e eles já não conseguem...” E2

“... Ele mamou espontaneamente os 10 ml que era o que estava estabelecido e acabei por não lhe lavar a cabeça, que não era o mais importante naquele momento. Por isso a atitude é muito importante não só nas coisas que se faz antes mas mesmo no ato da alimentação é importante se calhar a maneira como... para ele se orientar... Efetivamente para a mamada e não para outras coisas...” E2

“... Fica muito cansado... não quer mamar...” E3

“... Outras atitudes para que ele chegue a altura da refeição e esteja menos cansado...” E6

“ Depois ir dando o leite pausadamente, ir estimulando para que ele mame... ir ensinando a mamar, fazendo-lhe as pausas para o ensinar a mamar.” E8

“Muitas vezes não sabem é coordenar a deglutição e se a gente não for fazendo aquelas pausas para o ensinar a mamar eles atrapalham-se mais, vem os vômitos e desmotivam-se começam a piorar a sucção deles e perdem o interesse na mamada.” E8

“... Também tentar dar um bocadinho de sacarose para ver se ele sossega...” E8

“... Às vezes acho que são demasiado frágeis, mas nota-se que eles depois ficam muito cansados...” E9

“... A criança pode não estar fisicamente preparada e vai-se cansando ao longo do turno... ao longo do dia vai-se cansando...” E10

“... É evitar stressá-lo muito antes de começar a dar de mamar, tentar mantê-lo aconchegado...” E10

“... Não estar a aspirá-lo ou a mudar fraldas, tudo naquela hora e logo a seguir dar-lhe o biberão, já está

é muito cansado para conseguir mamar...” E10

“... Se vir que tem dificuldades ...se sentir que os bebês ao longo das mamadas, de mamada em mamada vão ficando cada vez mais cansados...” E10

“... Tentando aconchegar o bebê, não estar a stressá-lo muito antes da mamada...” E10

“... Quando ainda estão naquela fase já mamam uma mamada toda e a outra já não conseguem, e que se calhar é mais benéfico para a criança fazer mamadas alternadas e não cansa-la até ela despertar completamente e conseguir fazer as mamadas todas.” E11

Subcategoria - Observar sinais de stresse

“Acho que devia ter mesmo isso, as competências, os sinais de interpretação do prematuro, que isso acho que é... não é específico... acho que é... são coisas que toda a gente sabe que tem mas que pouco se fala sobre isso, saber interpretar o comportamento, saber se ele vai conseguir mamar se não vai, pelos sinais que ele nos dá... partir do ponto do prematuro... os sinais de stresse, por exemplo, saber quando parar.”E9

“... Eles ficam cansados, não é cianose mas é aquela palidez peribucal e começam a rodar a cabeça para trás ou a ficar mais sonolentos...” E9

“Quando ele começa ... com uma polipneia mais marcada, quando começa... com mais ciclos respiratórios do que mamar... às vezes nota-se que eles param mais do que no início da mamada, para fazer umas respirações mais frequentes, do que propriamente mamar. Enquanto ao mamar, paravam uma ou duas vezes para respirar, nota-se que eles respiram para aí 10 vezes para mamar depois mais um bocado...”E9

“... Ter atenção ao fácies, á forma de reagir...”E7

“... Até tem um bom reflexo, mas dá 2 mamadelas e fica cansado, portanto esse bebê para mim não está apto a fazer as mamadas todas. Provavelmente continuarei a dar-lhe 5 ou 10 ml para ele começar a estimular, mas o restante vai ser por sonda.”E4

CATEGORIA - Verificar a temperatura do leite

“... Pode não ser característica do bebê... mas do leite estar frio...”E7

CATEGORIA - Controlar o fluxo de leite

“... Tento adaptar o furo da tetina ao bebê, não é?”E5

“... Pode não ser característica do bebê, mas sim da tetina estar muito furada...”E7

“... A tetina sei lá...mais isso... se calhar a tetina menos furada, ter cuidado com esse aspeto, para não se cansar, não se engasgar tão rapidamente...”E7

TEMA 3 - Opiniões sobre a existência de um guia orientador do início da alimentação oral no bebé prematuro

CATEGORIA - Dá segurança

“... Por te transmitir segurança no cuidado que tens com o bebé durante esse procedimento”E7

“... Em termos de segurança...se conseguires fazer uma observação baseada naqueles parâmetros...primeiro não te perdes tanto... e acabas por ter um esquema mental que se calhar nada te foge a nível do essencial, tens é que avaliar...”E7

“... Isso depois também dá muita segurança também às pessoas, não é?” E8

CATEGORIA - Reduz a subjetividade

“... Permite avaliar o recém-nascido para saber se ele está apto ou não para mamar.” E9

“É mais objetivo do que ser só pelo senso comum e pela nossa opinião...” E9

CATEGORIA - Promove o respeito pelas etapas de desenvolvimento

“... Até porque às vezes eu acho que há miúdos que queremos mandar embora (...) e quer-se à força que... ah porque tem que se alimentar e não são feitas as coisas se calhar como se deveriam fazer...se calhar em vez de estarmos a ajudar o bebé, estamos a atrasar-lhe a vida (...) porque se insistimos cedo de mais...” E3

“Por isso se nós respeitarmos o ritmo dele, as características dele, atendendo a todos esses critérios que falamos agora, acho que poderíamos ter mais sucesso em tempo útil, ou seja, se ele tem uma semana para começar a alimentação e se prevê, se nós respeitarmos o ritmo dele acho que conseguimos.” E5

“... Embora agora eu acho que há artigos que dizem que tem consequências o facto de estarmos a obrigar a mamar, eles no futuro vão ficar com uma certa ... digamos aversão a comer... quer dizer, isso é muito negativo, por isso é que eu acho que ainda mais para o futuro da criança ter uma alimentação saudável, nós começarmos agora...” E3

“... Para eles não encararem a alimentação como algo negativo, algo que lhes causa desconforto a uma coisa a que eles não querem... ajudava, eu acho que ajuda... a fazer as coisas no momento certo... percebes? Não estar a forçar demais...” E10

“Critérios para alimentar os bebés. Pronto quando é que a gente devia começar no prematuro a dar espontaneamente. Quais as competências que eles deviam ter..., aqueles pontinhos todos... os pontos que ele deveria ter... e agente depois via ... se atingisse os objetivos todos... poderia dar-se se não atingisse, não, não dava.” E8

CATEGORIA - Promove a uniformidade de cuidados

“... Também é muito importante investirmos num folheto, numa coisa informativa que tivéssemos ali e que trabalhasse-mos realmente todas no mesmo sentido. Maneiras de trabalhar diferentes, mas todas no mesmo sentido de trabalho, acho que essa é que é fundamental para haver sempre o mesmo elo ...” E2

“... Ah... acho que era muito, muito importante para que nós uniformizasse- mos as nossas práticas em relação à alimentação...” E3

“... Eu acho que isso contribuiria muito para que toda a gente fizesse toda da mesma maneira, e melhorasse os nossos cuidados nesse aspeto da alimentação do prematuro.” E3

“É o que eu te digo, se a gente tivesse um guia orientador, a gente fazia um bocadinho da mesma maneira. E8

Quando é que se deve começar, podia estar tudo mais estipulado e toda a gente se guiava um bocado, assim a gente nota que há diferenças...” E8

Por isso acho que um guia era muito importante, tem aquelas orientações e as pessoas guiavam-se por aquilo, mesmo que não soubessem direitinho, as pessoas guiavam-se por aquilo... assim há sempre que foge um bocadinho, que há... mas já não fugia tanto... agente sabia mais ou menos aquilo que devia de fazer...” E8

“... Acho que devia haver mais informação sobre isso, sobre a evolução, que era para a gente fazer da mesma maneira. Eu acho que isso ainda está um bocadinho... acho de devia haver...” E8

“... Era importante para não se andar a fazer de cada uma à sua maneira, não é?” E10

CATEGORIA - Promove a parceria de cuidados

“... Se cada um disser de uma maneira, apesar de até estarem corretas, mas se um diz de uma maneira e outro de outra, eles ficam baralhados, porque interpretam aquilo como, uma diz bem e outra diz mal e... alguns pais notam-se que eles ficam baralhados pela informação não ser feita por toda a agente.” E8

“Acho que devia falar um bocadinho sobre essas competências, esses sinais interpretativos do RN e depois, mesmo as técnicas de promoção que nós podemos fazer para melhorar a mamada (...) que seja benéfica para ele, para também poder ensinar aos pais...” E9

“... É mais fácil de explicar aos pais...” E9

“Numa fase de início da alimentação, mesmo para serem ensinados os pais, o que é que os pais deveriam observar durante a mamada e como começar com a mamada, quando parar e se deve ou não continuar...” E11

“... Mas realmente se calhar se houvesse um tal guia, um folheto informativo até para os próprios pais dos prematuros, se calhar eles entendiam melhor depois de falarmos do assunto.” E11

“Que é isso que é o nosso objetivo ajudar os pais a serem os melhores cuidadores para não precisarem mais de nós.” E2

“... Maneiras de trabalhar diferentes, mas todas no mesmo sentido de trabalho... é fundamental para haver sempre o mesmo elo... até para não atrapalhar os pais... às vezes os pais sentem-se um bocado confusos...” E2

“ Se toda a gente fizer mais ou menos igual, os pais também acabam por perceber que é assim...se não, os pais ficam baralhados pela informação não ser dada da mesma maneira por toda a gente...” E8

“Observação do bebé em termos respiratórios, em termos de saturações, coloração da pele, sem eles [Pais] estarem a olhar para o monitor...” E11

“... Depois a ida para casa, as mães tentarem manter aquilo que aprenderam e conhecerem melhor o bebé para perceber se a selagem está bem, se eles conseguem controlar, se são coordenados...” E11

“A coloração da pele, a respiração, a forma como mamam se fazem as pausas para poder respirar e depois retomam a mamada sem insistência de ninguém para que ela acelere a mamada, e depois as tais medidas de contenção e os pais perceberem que realmente eles ficam mais concentrados.” E11

CATEGORIA - Diminuir o tempo de internamento

“Quando chegamos a uma passagem de turno e dizemos que uma criança não consegue mamar e se nós sabemos que vai ser um dos fatores que vai prolongar o internamento do bebé numa unidade de neonatologia, e fica caro o internamento...” E2

“... A alimentação é a parte mais importante para depois eles poderem ter alta e saírem daqui.” E3

CATEGORIA - Incentiva a formação

“É mas a formação para o serviço era bom, temos muita gente nova, a quem isso não chegou.” E11

“Mas era importante a formação por acaso. Era importante e se calhar ter-mos ali uma das escala para a gente se calhar ir lá e reavivar a memória e como temos gente nova e tudo. Para eles terem um bocadinho a noção dos parâmetros que são avaliados até onde é que se pode ir e se pode ou não dar a mamada.” E11

“...Acho que sim, acho que formação nessa área por exemplo era bom. Acho que sim, que precisávamos de muita formação...” E9

CATEGORIA - Fomenta a prática baseada na evidência

“... Se eu não tiver conhecimento científico do que é que um bebé é capaz de fazer... vamos deitar tudo por água abaixo, em termos de cuidados.” E2

“... Eu acho que é...não é importante, são obrigatórios os conhecimentos científicos sobre as etapas do desenvolvimento do bebé.” E2

“... Acho que a escala nos ajudou a...porque nos deu uma base científica. Antes era um bocadinho o nosso sentir... agora não... é uma coisa palpável, e que é... possível quantificar... tem aqueles 5 itens.” E3

“... A introdução da escala, pelo menos para mim ajudou-me, acho que aprendi muita coisa que eu não sabia, que não tinha conhecimento e que ajudou...” E3

“... Há muitas coisas que mudaram e aquilo que a gente aprende na escola, ao fim de 20 anos muitas técnicas que foram evoluindo e muitos conceitos que foram avançando e que a gente não tem muitas vezes a indicação, não é?” E8

“Porque depois eu acho que eu vou fazendo...um bocadinho pela forma de como eu vejo as coisas, não é propriamente o científico...” E10

“Eu sei assim um bocadinho (fez um gesto com os dedos indicando um bocadinho pequeno e riu-se), não tenho grande... não tenho muito conhecimento, sei um bocadinho e acho que era importante...” E10

“Acho que não tenho aquela base científica de dizer, olha faz-se assim, assim e assim...eu vou fazendo um bocadinho como eu acho que deve ser...” E10

CATEGORIA - Características de um guia

Subcategoria - Simples

“Aquela escala que nós avaliávamos as competências, acho que desinteressa as pessoas porque as pessoas... não querem dizer que não saibam o que tem que avaliar porque se tu sabes que há x itens... tem que preencher para começar iniciar a mamada... eu acho que as pessoas sabem, só que depois o facto de terem que preencher uma coisa maçuda, acabam por se desinteressar e... isso é muito importante.” E2

“... Que acaba por ser maçudo e quando, temos muitos bebés, imagina quando nós temos 3 bebés ou 4 de intermédios, eles tem que ser os 4 avaliados, se ou tenho que fazer uma escala de avaliação para cada um, vai ser uma coisa muito maçuda, eu confesso que é maçudo, é moroso mas, traz muitos benefícios para o bebé.” E2

“Um guia orientador, alguma coisa que nos ajude e, mesmo por exemplo, eu sei que houve essa formação... acho que é um bocado maçudo, confesso, o papel de preencher...” E2

“Mas se calhar uma coisa mais simples...” E6

“Se fossem itens assim simples com meia dúzia assim importantes, assim era mais fácil... as pessoas cumprirem, não é? (...) Se também são muitos... faz uns e não faz outros... por isso eu acho que tinha que ser uma coisa muito prática, muito simples para as pessoas poderem-se orientar por aí.” E8

Subcategoria - Pequeno

“... E menos extensa do que a escala.” E6

“O importante neste caso era o guia, as orientações, eu acho que um guia, que não fosse um guia complicado, eu acho que não precisa de ter muitos itens...”E8

”Olha pronto, provavelmente é muito grande... se calhar uma coisa mais pequena mais sucinta, mais...”E7

“... E acho que eu sei que às vezes são demasiadas coisas para a gente aplicar, e estando com 4 nos berços nem sempre é fácil ...”E9

Subcategoria - Prático/Criterioso

“Eu acho que seria importante haver protocolos rígidos, seja da alimentação, seja do banho, acho que a alimentação...” E2

“... Eu acho que deveria haver regras mais rígidas em termos de protocolos, na alimentação, parece uma coisa muito banal.” E2

“... Eu acho que era importante ter um guia de orientação para a alimentação... no prematuro (...) Um guia orientador, alguma coisa que nos ajude...” E2

“... Eu acho que é adequado, acho que é importante para também irmos todas mais ou menos pelos mesmos critérios, embora eu ache que isso não tem que ser rigoroso mas, é muito importante, para estabelecermos critérios...” E4

“... Haver critérios definidos e não considerando nunca um guia, um documento estanque, ou seja, poder vir a ser acrescentado alguns parêntesis, algumas coisas que vamos observando, um conhecimento em construção, certo? Mas partir sempre do pressuposto de que aquelas coisas que estão no guia definidas, acho que era favorável.” E5

“- Acho. Acho, claro. Até mesmo, não sei se é possível, mas até mesmo, esse guia funcionar tipo protocolo, inicia se ...não sei quê, e toda a gente tinha que respeitar isso. Se calhar aí até já...” E6

“É assim... pelo menos já que temos noutro tipo de procedimentos, protocolos e guias de... é importante também existir na alimentação...” E7

“ Critérios para alimentar os bebês... Quando é que se devia começar a dar espontaneamente no prematuro...” E8

“... Era uma boa ideia haver um guia e formação para nós. Eu sinto essa necessidade.” E11

ANEXO VI

Proposta de guia orientador da transição para o início da alimentação oral no recém-nascido prematuro

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

GUIA ORIENTADOR DA TRANSIÇÃO PARA O INÍCIO DA ALIMENTAÇÃO ORAL NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO



Florbela Maria de Jesus Neto

Porto | 2014

ÍNDICE

1-GLOSSÁRIO	5
2- PROPOSTA DO GUIA ORIENTADOR PARA O INÍCIO DA ALIMENTAÇÃO ORAL NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

1- GLOSSÁRIO

A

Apoio do maxilar- Pressionar a mandíbula com o dedo médio, de forma suave e contínua. A dificuldade do bebê em manter a língua em concha sob o mamilo exige mais apoio postural, como o apoio do maxilar.¹⁶

Aspeto geral - Coloração da pele e tônus muscular.

Bom tônus muscular com flexão moderada dos ombros, pescoço, tronco e quadris. A alteração do aspeto geral pode ser reconhecido pelo bebê que não consegue manter a energia para a alimentação, com coloração pálida da pele, com o tônus muscular diminuído, que apresenta perda da orientação dos braços na linha média e perda de flexão do cotovelo.^{1,2,3,4}

C

Colocar o bebê à mama - Fornecer a primeira alimentação por via oral diretamente no peito, tendo por base a estabilidade fisiológica, o crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro, bem como os sinais de prontidão para a alimentação oral.³⁵

Coloração da pele - Cor rosada da pele/alteração da cor da pele para (marmoreada, pálida, pletórica, macilenta e cianosada).^{1, 2, 3, 4, 16}

Controlar o fluxo de leite - Estabelecer um ritmo de 3-5 sucções, com pausas para descansar. Uso de tetina de baixo fluxo.^{3, 5, 6}

Controlar os níveis de stresse - Prevenir o cansaço através de modificações ambientais com a redução de estímulos, como a organização dos cuidados antes da alimentação e observar os sinais de stresse.^{2, 3,7,8,9,10}

Coordenação da sucção, deglutição e respiração- Coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração. A coordenação reflete a habilidade da criança, em gerir o fluido e ao mesmo tempo proteger adequadamente a via aérea mantendo a estabilidade fisiológica.^{8, 11, 12,13,14,15}

E

Envolvimento na alimentação - Uma criança está envolvida na alimentação quando demonstra energia, robustez e participa ativamente na alimentação, procura o mamilo e organiza a língua para o

Guia orientador para o início da alimentação oral no recém-nascido prematuro

receber, orienta o corpo na linha média e direciona os braços para a frente, ou seja, participa ativamente nesse processo. Apresenta sinais de prontidão e sinais de fome.^{10,16}

Estabilidade fisiológica - Saturações de O₂ basal > 95%; independência respiratória e Frequência respiratória basal inferior a 70c/m; Frequência cardíaca com variação de 20% dos valores de repouso.^{3,6,10,18,19,20}

Estimular reflexos - Treinar sucção, treinar deglutição, executar técnica de Kangaroo care e colocar o bebê à mama.¹⁷

I

Idade gestacional - Idade gestacional superior a 33 semanas de gestação. A idade gestacional é um indicador da maturidade e desenvolvimento do recém-nascido prematuro e tem reflexo direto na capacidade de coordenação da sucção, deglutição e respiração.^{4, 16,19,21,22,23}

Iniciar a alimentação oral - Tocar com a tetina nos lábios e aguardar de baixe a língua para receber a tetina. Fazer pausas para respirar a cada 3-5 sucções.^{2,10,13}

K

Kangaroo care - As mães (ou pais) colocam os seus filhos, após estabilização clínica, numa posição verticalizada entre os seios, debaixo das suas roupas, proporcionando calor humano e estímulos sensoriais positivos. É um método eficaz para diminuir o tempo de transição da alimentação por gavagem para alimentação oral nos bebês prematuros, para além de promover a produção e manutenção do leite materno.^{30,33,34,35}

M

Monitorizar a temperatura do leite - Retirar o leite do frigorífico 30 minutos antes, de modo que fique à temperatura ambiente, ou aquecer em água quente para que fique morno.¹³

P

Posicionar o bebê - Fazer contenção, envolvendo o bebê numa fralda de pano, na posição semi ereta, com alinhamento dos braços na linha média e apoio do maxilar.^{2,3,9,10,13,16,24, 25,26}

S

Sinais de fome - Movimentos das extremidades e a cabeça, movimenta as mãos no rosto ou na boca, movimenta o rosto contra a roupa da cama, com movimentos de sucção e estado comportamental de excitação e choro. ^{3,4,6,13,22,27,}

Sinais de prontidão - Movimentos das extremidades e da cabeça, como levar as mãos ao rosto e à boca, movimentos de sucção e estado de alerta calmo. Tocar com a tetina nos lábios e aguardar que baixe a língua para receber a tetina. ^{4,10,13,16,27,28,}

Sinais de stresse - Empurrar o biberão para longe, vibrar os olhos, puxar o queixo, levantar as sobrancelhas, adejo nasal, esticar os dedos, arquear o tronco, trémulos; hiperextensão das extremidades; vômitos; tosse; soluços; engasgamento; suspiro, *gasping*, palidez periorbital; dessaturação de oxigénio e bradicardia. ^{2,3,7,8,9,28}

T

Tónus muscular - Flexão moderada dos ombros, pescoço, tronco e quadris -alteração do tónus muscular para tónus muscular diminuído, com perda da orientação dos braços na linha média e perda de flexão do cotovelo, sonolência e braços caídos. ^{1,3,4,16,13,28}

Treinar a deglutição- A estimulação oral, através da sucção na chupeta, com algumas gotas de leite ou de sacarose, enquanto se alimenta por sonda. ^{31,32}

Treinar a sucção- Promover a sucção não nutritiva, enquanto se alimenta por sonda, uma vez que favorece o desenvolvimento dos músculos da boca e da língua, além de beneficiar a associação da sucção com a alimentação. ^{22,31,32}

**2- GUIA ORIENTADOR PARA O INÍCIO DA ALIMENTAÇÃO
ORAL NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ALS, Heidelise - Reading the premature infant. In Goldson E (ed) Developmental Interventions in the Intensive Care Nursery. New York: Oxford University Press. (1999), p. 18-85.
- 2- THOYRE, S; SHAKER, C.; PRIDHAM, K.-The early feeding skills assessment for preterm infants. journal article [Em Linha] - forms, tables/charts. 2005. [Consult. 26 Nov. 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0a73b7cf-9018-4049-ae49-05eaecd7224e%40sessionmgr12&vid=7&hid=7>
- 3- ROSS, Erin; PHILBIN, Kathleen - Supporting Oral Feeding in Fragile Infants - An Evidence-Based Method for Quality Bottle-Feedings of Preterm, Ill, and Fragile Infants. J. Perinat
- 4- BERTONCELLI, N [et al] - Oral Feeding Competences of Healthy Preterm Infants. A Review. International Journal Pediatric (May 17, 2012), doi: 10.1155/2012/896257 PMID: PMC336283
- 5- CHANG, Y [et al] - Effects of single-hole and cross-cut nipple units on feeding efficiency and physiological parameters in premature infants. J Nurs Res. Vol. 15, nº 3, (Sep 2007), p. 23-215
- 6- BRIERE, Carrie-Ellen [et al.] - State of the Science -A Contemporary Review of Feeding Readiness in the Preterm Infant. Continuing Education. J Perinat Neonat Nurs. Vol. 28, nº1, (2014), p.11-58. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000011
- 7- ALS, Heidelise. - Toward a Synactive Theory of Developmental Promise for the Assessment. Infant Mental Health Journal. Vol. 3 nº 4, Winter (1982)
- 8- PICKLER, Rita [et al.]- Predictors of nutritive sucking in preterm infants. Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association. Vol. 26, nº 11, (2006), p. 693-699,

Guia orientador para o início da alimentação oral no recém-nascido prematuro

- 9- ROSS, Erin - Feeding in the NICU and Issues That Influence Success. Hindawi Publishing Corporation. [EmLinha]. International Journal of Pediatrics (2008), [Consult. 18 Dez. 2013].
- 10- THOYRE, Suzanne [et al.] - The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants. Neonatal Netw. 2010 February 25.
- 11- AMAIZU, N. [et al] - Maturation of oral feeding skills in preterm infants. Acta Paediatr. Vol.97 nº1, (January, 2008), p. 61-67.
- 12- LESSEN B. - Effect of the premature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants. Official Journal of The National Association of Neonatal Nurses. Vol. 11, nº2, (2011), p. 129-39; ISSN: 1536-0911.PMID: 21730902.
- 13- GROSE, Sara - Feeding, Gavage: Newborn - Transitioning to Oral Feeding. Nursing Practice Council. Vol. 20, (august 19, 2011), ICD-996.3511
- 14- STANDLEY, Jayne - A discussion of evidence-based music therapy to facilitate feeding skills of premature infants: The power of contingent music. [em linha]. The arts in Psychotherapy. Vol. 39 (2012) p. 379- 382 [Consultado em 12 de setembro de 2013]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.06.009>
- 15- ODER, Austin; STALLING, David; BARLOW, Steven - 3 Short-Term Effects of Pacifier Texture on NNS in Neurotypical Infants. International Journal of Pediatrics. (2013): ID 168459, p.8. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/168459> Research Article
- 16- THOYRE, Suzanne - Feeding Outcomes of Extremely Premature Infants After Neonatal Care. JOGNN. Vol.36, (2007), p. 366-376.DOI: 10.1111/J.1552-6909.2007.00158.x
Neonat Nurs. Vol. 25, Nº 4, (2011), p. 349-357. DOI: 10.1097/JPN.0b013e318234ac7a
- 17- IZQUIERDO, Orden [et al.] - Retraso de la adquisición de la succión-degludón-respiradón en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. Nulr Hosp. Vol.27, nº4, (2012), p.1120-1126.ISSN 0212-161t • CODEN NUHOEQ S.V.R.
- 18- SHIAO, K.; Ou,C. - Validation of Oxygen Saturation Monitoring in Neonates. American Journal of Critical Care. Vol. 16 (March, 2007) p. 168-178
- 19- Clinical Practice Guideline for the Management of Feeding in Monash Newborn. Evidence-Based Practice Guideline for the Management of Feeding in Monash Newborn. “Ensuring Infants in Monash Newborn Receive the Best Possible Care” Southern Health. 13 November 2008.
- 20- CHANG, Y; CHANG, Y -The relationship between oral feeding and cardiorespiratory regulation of premature infants.The Journal of Nursing. Vol. 55, nº3, (2008, Jun), p. 5-10. ISSN: 0047-262X. PMID: 18543179.
- 21- HACK, M [et al] - the very low birthweight infant: the broader spectrum of mobility during infancy and early childhood. Dev Behav Pediat . Vol. 4, (1985), p. 243-249
- 22- BRETON, Suzanne; STEINWENDER, Sandy - Timing Introduction and Transition to Oral Feeding in Preterm Infants: Current Trends and Practice. Newborn and infant nursing reviews. Vol. 8, Nº3, (September, 2008), p. 155. doi:10.1053/j.nainr.2008.06.007
- 23- SRIDHAR, S; ARGUELLO, S; LEE, H. - Transition to Oral Feeding in Preterm Infants. Neo Reviews. Vol. 12, nº 8, (2011), p.141-147.

Guia orientador para o início da alimentação oral no recém-nascido prematuro

24- ALS, Heidelise; GILKERSON, Linda - Developmentally Supportive Care In The Neonatal Intensive Care Unit. National Center for Clinical Infant Programs. Vol. 15, nº6 (June/july 1995).

25- ROSS, E; BROWNE, J - Developmental progression of feeding skills: an approach to supporting feeding in preterm infants. Semin Neonatol N°7 (2002) p. 469-475
doi:10.1053/siny.2002.0152 Disponível em:
www.<<http://journals.asha.org/perspectives/terms.dtl>

26- ARAUJO, Karla [et al.] - Os efeitos do controle motor oral na alimentação de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. Rev CEFAC. Vol.6, nº4, (out-dez, 2004), p. 7-382.

27- LAU, C; SMITH, E; SCHANLER, R.- Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. Acta Pædiatr. Vol. 92, (2006), p. 721-727. Stockholm. ISSN 0803-5253

28- LAU, Chantal- Development of Oral Feeding Skills in the Preterm Infant. V.R. Preedy (ed.), Handbook of Growth and Growth Monitoring in Health and Disease. Vol. 499, (2012). DOI 10.1007/978-1-4419-1795-9_29

29- MCCAIN; G. [et al.] - A feeding protocol for healthy preterm infants that shortens time to oral feeding. J Pediatr. Vol. 139, (2001), p. 374-379.

30- BROWNE, Joy - Developmental Care for High-Risk Newborns: Emerging Science, Clinical Application, and Continuity from Newborn Intensive Care Unit to Community. Clin Perinatol. Vol. 38, (2011), p. 719-729. doi:10.1016/j.clp.2011.08.003 perinatology.theclinics.com

31- BARLOW, Steven [et al.] - Frequency Modulation and Spatiotemporal Stability of the sCPG in Preterm Infants with RDS. International Journal of Pediatrics (2012), p. 9. doi:10.1155/2012/581538

32- BARLOW, Steven [et al.] - Feeding Skills in the Preterm Infant - Journal article. [em Linha]. Vol. 22, Nº 3, (2010) [consultado 26 Novembro 2011] Disponível na internet: <www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1240&accno=2010687898>

33- YILDIZ, Aynur [et al] - The Effect of Odor of Milk on the Time Needed for Transition From Gavage to Total Oral Feeding in Preterm Infants- [EmLinha] Journal of Nursing Scholarship (2011) p.165-273 [Consult. 02 Abr. 2012]. Disponível na internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2007.00448.x/pdf>

34- NYE, Caria -Transitioning Premature Infants from Gavage to Breast. Neonatal Network. Vol. 27, nº 1, January/february, 2008, p.7-13.

35- MCGRATH, Jacqueline -What Are Best Practices for Beginning Oral Feedings for High-Risk Infants? - Expert Opinion Neonatal. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing. (January/March 2014). DOI: 10.1097/JPN.000000000000013