

AVALIAÇÃO DO PADRÃO MOTOR ORAL RELACIONADA À AMAMENTAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO TARDIOS E RECÉM-NASCIDOS A TERMO DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ASSESSMENT OF ORAL MOTOR PATTERNS RELATED TO BREASTFEEDING IN LATE PRETERM AND TERM NEWBORNS DURING HOSPITAL STAY

Lauren Medeiros Paniagua¹ , Deborah Salle Levy² , Naiara de Fátima Binelo Schmitz¹ , Raquel Ruzicki Pereira¹ , Tais Rosa de Oliveira³ , Leandro Meirelles Nunes² 

Clin Biomed Res. 2026;46:1-9

1 Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: O aleitamento materno constitui uma das mais importantes e completas formas de alimentação. **Método:** Este é um estudo transversal, com dados contemporâneos, com amostra não probabilística, caracterizada pela seleção de participantes por conveniência. O presente estudo teve o objetivo de avaliar as diferenças de padrão motor oral entre recém-nascidos prematuros (RNPT) tardios e recém-nascidos a termo (RNT), em relação à amamentação. **Resultados:** participaram 468 díades que tiveram dificuldades para a adesão ao aleitamento nos primeiros dias de vida, sendo 365 nascidos acima de 37 semanas e 103 abaixo de 37 semanas gestacionais. Foi considerada significativa a diferença das pausas durante a coordenação sucção/deglutição/respiração, com 93,9% (n=341) realizando pausas adequadas nos RNT e 85,3% (n=87) em RNPT tardios. No que diz respeito à amamentação em RNT 60,5% foram classificados como “bom” enquanto em RNPT tardios verificou-se a ocorrência de 44,7% (n=46). **Conclusão:** Existem diferenças significativas entre o padrão motor oral dos RNPT tardios quando comparado ao RNT.

Palavras-chave: Neonato; Recém-nascido prematuro; Comportamento de sucção; Aleitamento; Fonoaudiólogo

Autor correspondente:

Lauren Medeiros Paniagua
E-mail: lpaniagua@hcpa.edu.br
Rua Ramiro Barcelos, 2350, CEP
90035-903 - Santa Cecília, Porto
Alegre - RS- Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is one of the most important and complete forms of nutrition. **Method:** This is a cross-sectional study with contemporary data and a non-probabilistic sample, characterized by the selection of participants by convenience. The present study aimed to evaluate the differences in oral motor patterns between late preterm newborns (LPN) and term newborns (TN) in relation to breastfeeding. **Results:** 468 dyads who had difficulties adhering to breastfeeding in the first days of life participated, with 365 born after 37 weeks and 103 after 37 weeks of gestation. The difference in pauses during the sucking/swallowing/breathing coordination was considered significant, with 93.9% (n=341) performing adequate pauses in TN and 85.3% (n=87) in LPN. Regarding breastfeeding in term newborns, 60.5% were classified as “good” while in late LPN the occurrence was 44.7% (n=46). **Conclusion:** There are significant differences between the oral motor pattern of LPN when compared to TN.

Keywords: Newborn; Premature; Sucking behavior; Breastfeeding; Speech-Language Pathology

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) constitui uma das mais importantes e completas formas de alimentação, sendo o leite humano considerado o único alimento capaz de atender às necessidades nutricionais, metabólicas e imunológicas do lactente¹⁻⁷. Além disso, possui diversos benefícios para a lactante, tais como a diminuição do risco de desenvolvimento de câncer de mama⁸ e de ovário⁹ e a redução dos riscos de hemorragia no pós-parto¹⁰, de hipertensão arterial sistêmica¹⁰ e de diabetes mellitus⁵, assim como promove o vínculo lactante e recém-nascido (RN)¹¹.

Apesar dos inúmeros benefícios, ainda se observam baixas taxas de aleitamento materno exclusivo (AME)¹², que podem ser parcialmente explicadas pelo surgimento de dificuldades na amamentação nos primeiros dias de vida do RN, as quais podem estar atreladas à lactante, ao RN e/ou à díade lactante/RN¹³. Quando presentes no neonato, alguns fatores podem influenciar o ritmo em que realiza as sucções e as pausas, dentre eles: idade gestacional, padrão e tempo de sucção, fadiga, saciedade, pressão intra oral e o fluxo de leite¹⁴⁻¹⁶.

Dessa forma, faz-se mister uma avaliação minuciosa e capacitada da amamentação, ainda durante a internação hospitalar, para identificar possíveis dificuldades, visto que há diferença nas avaliações e intervenções entre RNT e RNPT tardios¹⁷. Um estudo aponta para um aumento no número de sucções por segundo com o avanço da idade, de modo que a sucção torna-se mais rápida, o que pode estar relacionado com o fato destes ainda não apresentarem uma sucção madura¹⁷. O RNPT tardio precisa de um tempo maior em repouso (pausa) para se recuperar de um período de sucções contínuas e, com o avanço da maturação, o tempo necessário para a pausa diminui, evidenciando uma evolução no ritmo de sucção e maior capacidade do RN em realizá-la¹⁷.

Para isso, é de extrema importância que a díade seja avaliada por uma equipe interprofissional capacitada para identificar alterações e encaminhar para o profissional qualificado caso seja necessário. Conforme a resolução nº 661, de 30 de março de 2022, o fonoaudiólogo compõe a equipe que lida com os aspectos relacionados ao AM, assim como possui atribuições para avaliar o funcionamento global do neonato e lactente e realizar o diagnóstico fonoaudiológico específico relacionado ao neonato a termo ou prematuro e lactente; nos casos de alterações, imaturidade do sistema estomatognático e suas funções e/ou disfunções orais, é importante manter o seguimento fonoaudiológico até que se considere estabelecido o AM eficiente, quando este for possível e também desejado pela família¹⁸.

Sendo assim, compreender as dificuldades que podem vir a afetar o sucesso do AM pode contribuir na elaboração de estratégias assistenciais

que possibilitem evitar ou contornar tais alterações, diminuindo o risco do desmame precoce. O presente estudo tem o objetivo de avaliar as diferenças de padrão motor oral entre RNPT tardio e RNT, em relação à amamentação.

MÉTODOS

Este é um estudo transversal, com dados contemporâneos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o CAEE nº 33698220.7.0000.5327. Trata-se de uma amostra não probabilística, caracterizada pela seleção de participantes por conveniência.

A coleta de dados foi realizada de 2019 a 2024. Os dados incluem RNs internados em uma Unidade de Internação Obstétrica (UIO) e da lactante, localizada em um hospital universitário referência no sul do Brasil e que detém o título de Hospital Amigo da Criança, desde a década de 90. Foram incluídos RNPT tardios e RNT internados na UIO que tiveram avaliação solicitada pela equipe médica, após identificação de dificuldade no ganho de peso e/ou na amamentação, sendo então encaminhados para avaliação da equipe de Fonoaudiologia e que estivessem em AM.

E foram excluídas crianças com alterações anatômicas, como anquiloglossia, paralisia facial, fissura labiopalatina e síndromes.

A coleta de dados referente ao atendimento fonoaudiológico foi obtida pelo prontuário eletrônico dos RNs e por avaliações a beira leito, sendo feitas de forma direta - que corresponde à observação da mamada propriamente dita e indireta - referente ao comportamento motor oral. As variáveis coletadas referentes à caracterização da amostra foram: data de nascimento do RN, sexo, horas de vida no momento da avaliação, idade gestacional (IG), peso ao nascimento e no momento da avaliação, percentual de perda de peso, Apgar, paridade, patologias durante a gestação, realização de tratamento durante a gravidez, uso de fórmula infantil na unidade e no momento da alta, utensílio utilizado para administração da fórmula, tipo de parto e alimentação no momento da alta. Os dados obtidos por meio da avaliação indireta correspondem à avaliação do comportamento motor oral que está relacionado aos aspectos ao qual envolvem o comportamento e padrão da sucção não nutritiva (SNN) com o dedo enluvado. A avaliação da SNN em dedo enluvado consistiu em utilizar o dedo mínimo na região intra e extra-oral da cavidade oral do RN, com o objetivo de analisar os seguintes itens: reflexo orais (procura, mordida, sucção e GAG), pressão intra-oral, grupos de sucção, pausas, movimento da língua e da mandíbula e sinais de estresse que o RN possa vir a apresentar como tiragem, soluço, batimento da asa nasal, entre

outros¹⁷. Os itens relacionados aos reflexos orais, grupos de sucção, pausa e movimento da mandíbula são considerados comportamentos motores orais e sua análise foi realizada de acordo com o número de comportamentos alterados. Previamente a avaliação, era identificado o estado de consciência do RN sendo caracterizado em alerta, sono leve, sonolento ou sono profundo.

Os dados referentes à observação direta do fenômeno de interesse do comportamento do binômio lactante e RN durante a mamada foram realizados por meio da aplicação do Protocolo de Observação da mamada da UNICEF¹⁹ ao qual consiste em cinco aspectos que são avaliados em relação aos comportamentos favoráveis e desfavoráveis para o AM: Posição (cinco itens avaliados), Resposta da dupla (seis itens avaliados), Estabelecimento de laços afetivos (três itens avaliados), Anatomia (quatro itens avaliados) e Sucção (seis itens avaliados). Os itens favoráveis, quando marcados, possuem o peso de 0, enquanto os itens indicativos de dificuldade possuem o peso 1. Ao final do preenchimento foi realizada a soma das respostas e quanto mais baixo fosse o resultado, menor seria a taxa de dificuldade no AM. Os resultados foram interpretados como bom, regular e ruim, sendo estes independentes para cada um dos aspectos avaliados¹³.

O desfecho primário do estudo foi o padrão motor oral de RNT e RNPT tardios. Esse desfecho foi avaliado por meio do formulário de observação de mamada da UNICEF¹⁹ e avaliação indireta do comportamento motor oral com dedo enluvado, permitindo analisar aspectos relacionados ao aleitamento, como estado de alerta, reflexos orais, coordenação entre sucção,

deglutição e respiração, pausas durante a sucção e movimentos mandibulares. O fator do estudo foi a idade gestacional, analisada em dois grupos, RNT e RNPT tardio.

As variáveis quantitativas (tais como idade gestacional e peso ao nascer) foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas (tais como sexo e intercorrências maternas) foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias (tais como peso ao nascer e volume), o teste t-student foi aplicado. Em caso de assimetria (como horas de vida e apgar no 1º minuto), o teste de Mann-Whitney foi utilizado. Na comparação de proporções (intercorrências maternas e tipo de parto), os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram aplicados.

Para controle de fatores confundidores, o modelo de Regressão de Poisson foi aplicado.

O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 27.0.

RESULTADOS

No período estudado, 520 RNs internados na UIO receberam avaliação fonoaudiológica. Destes, foram excluídos 52 RNs que possuíam alterações estruturais conforme descrito na Figura 1, totalizando 468 díades que tiveram dificuldades para a adesão ao AME nos primeiros dias de vida, sendo 365 nascidos acima de 37 semanas e 103 RNs abaixo de 37 semanas gestacionais.

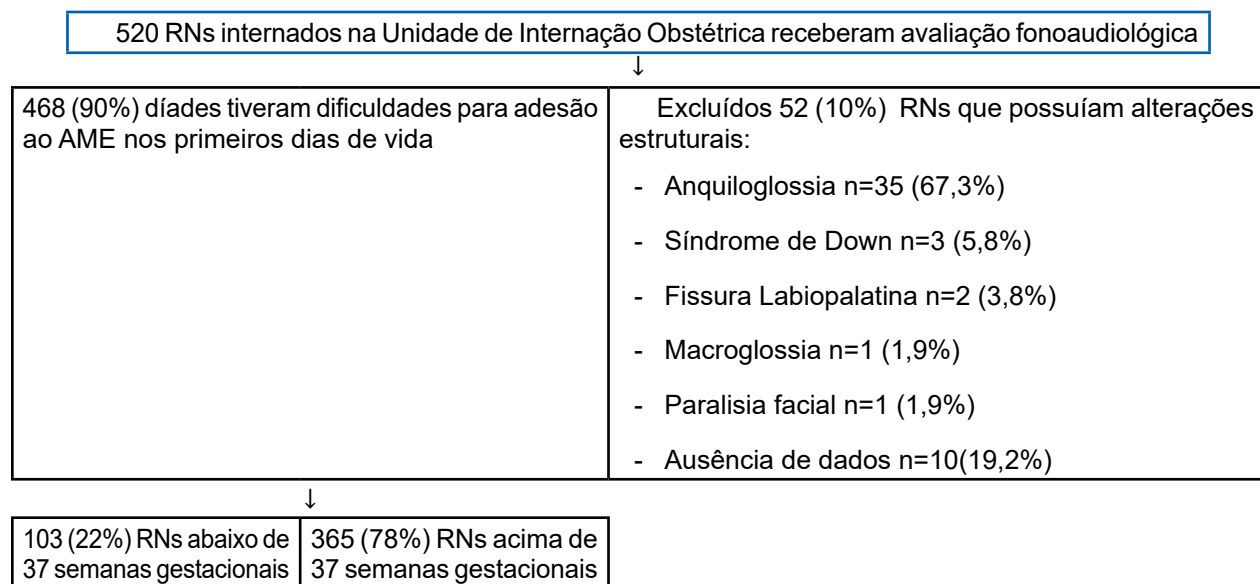


Figura 1: Descrição da amostra.

AME: Aleitamento Materno Exclusivo; RNs: Recém-nascidos

Destes 76,7% (n=79) das duplas lactantes/RNT e 23,3% (n=24) das duplas lactantes/RNPT tardios não apresentavam colostro no momento da avaliação. Em relação às duplas lactantes/RNTs com ausência de colostro, pôde-se observar que 9,4% (n=11) lactantes apresentavam diabetes, 3,41% (n=4) apresentavam hipertensão, 5,98% (n=7) hipotireoidismo e 2,56% (n=3) sífilis. Já em relação às duplas lactantes/RNPT tardio, observou-se que 0,85% (n=1) lactante apresentava diabetes,

2,56% (n=3) hipertensão e 0,85% (n=1) apresentou sífilis. Na Tabela 1 constam dados de caracterização da amostra estratificada de aspectos maternos, dos RNPT tardios e a termos, via de alimentação complementar.

As avaliações fonoaudiológicas à beira leito ocorreram após uma mediana de 39 horas de vida de pacientes a termo e 43 horas de vida de pacientes RNPT tardios. Destes, 225 dos RNTs e 58 RNPT tardios estavam com prescrição de fórmula já no momento da avaliação.

Tabela 1: Dados de caracterização da amostra estratificada de aspectos maternos, dos recém-nascidos a termo e recém-nascidos pré-termo tardio, via de alimentação complementar.

Variáveis	A termos (n=365)	Pré-termo tardio (n=103)	p
Sexo – n(%)			0,711 ^a
Masculino	178 (48,8)	53 (51,5)	
Feminino	187 (51,2)	50 (48,5)	
Horas de vida – mediana (P25 – P75)	39 (26 – 48)	43 (26 – 61)	0,016 ^b
Peso ao nascer – média ± DP	3273 ± 468	2583 ± 397	<0,001 ^c
Peso atual – média ± DP	3093 ± 454	2422 ± 373	<0,001 ^c
Apgar 1º minuto – mediana (P25 – P75)	8 (8 – 9)	8 (8 – 9)	0,406 ^b
Perda de peso (%) – média ± DP	5,59 ± 3,18	6,22 ± 2,78	0,068 ^c
Faixa etária da mãe – n(%)			0,225 ^a
De 14 a 25 anos	147 (40,5)	32 (31,4)	
De 26 a 34 anos	136 (37,5)	46 (45,1)	
35 anos ou mais	80 (22,0)	24 (23,5)	
Paridade – n(%)			0,002 ^a
Primípara	233 (64,2)	48 (46,6)	
Múltipara	130 (35,8)	55 (53,4)	
Intercorrências maternas – n(%)			0,015 ^a
Não	248 (67,9)	56 (54,4)	
Sim*	117 (32,1)	47 (45,6)	
Tratamento materno – n(%)			0,562 ^a
Não	298 (82,5)	81 (79,4)	
Sim	63 (17,5)	21 (20,6)	
Parto – n(%)			<0,001 ^a
Vaginal	209 (57,9)	32 (31,4)	
Cesárea	152 (42,1)	70 (68,6)	
Colostro – n(%)			0,521 ^a
Não	72 (19,8)	24 (23,3)	
Sim	292 (80,2)	79 (76,7)	
Fórmula – n(%)			<0,001 ^a
Não	239 (65,7)	45 (43,7)	
Sim, se necessário	110 (30,2)	52 (50,5)	
Sim, fixa	15 (4,1)	6 (5,8)	
Utensílio – n(%)			<0,001 ^a
Não	232 (63,7)	43 (41,7)	
Copinho	132 (36,3)	60 (58,3)	
Volume (ml) – média ± DP	21,7 ± 6,9	20,9 ± 6,6	0,468 ^c

^a Teste qui-quadrado; ^b Teste de Mann-Whitney; ^c Teste t-student; * mais frequentes: diabetes, hipertensão, sífilis, hipotireoidismo e infecção do trato urinário (%).

O estado de consciência dos RNs a termo foi considerado significativo (p= 0,007^a), sendo encontrado 68,5% pacientes no estado de alerta (n=250), 18,1% pacientes em sono leve (n=66), 10,7% em estado sonolento (n=39), 2,7% em sono profundo (n=10), e em RNPT tardios respectivamente 53,4% (n=55), 19,4% (n=20), 22,3% (n=23), 4,9% (n=5).

O copinho foi o único utensílio utilizado para oferta da dieta complementar, e sua aplicação ocorreu apenas quando houve necessidade de suplementação alimentar. Dessa forma, não houve variação significativa entre os grupos quanto ao tipo de utensílio, minimizando seu potencial impacto como fator de confusão nos desfechos relacionados ao padrão motor oral.

Quanto à avaliação funcional da sucção, deglutição e formulário de observação da mamada (Tabela 2), foram considerados alguns dados como significativos. Dentre eles, o reflexo de procura ($p 0,041^a$), presente em 84,9% ($n=310$) dos RNs a termos e 75,7%

($n=78$) dos RNPT tardios. Além disso foi considerado significativa ($p 0,020^a$) a diferença das pausas durante a coordenação sucção/deglutição/respiração, com 93,9% ($n=341$) das pausas adequadas em a termos e 85,3% ($n=87$) em menores de 37 semanas.

Tabela 2: Avaliação funcional da sucção, deglutição e formulário de observação da mamada da UNICEF.

Variáveis	Amostra total ($n=468$)	A termos ($n=365$)	Pré-termo tardio ($n=103$)	p	p _{ajustado*}
	n (%)	n (%)	n (%)		
Estado de consciência				0,007 ^a	0,001
Alerta	305 (65,2)	250 (68,5)	55 (53,4)		
Sono leve	86 (18,4)	66 (18,1)	20 (19,4)		
Sonolento	62 (13,2)	39 (10,7)	23 (22,3)		
Sono profundo	15 (3,2)	10 (2,7)	5 (4,9)		
Reflexo procura	388 (82,9)	310 (84,9)	78 (75,7)	0,041 ^a	0,044
Reflexo mordida	430 (91,9)	337 (92,3)	93 (90,3)	0,642 ^a	0,589
Reflexo sucção	386 (82,5)	307 (84,1)	79 (76,7)	0,110 ^a	0,070
Reflexo GAG	415 (88,7)	324 (88,8)	91 (88,3)	1,000 ^a	0,641
Pausas	430 (92,3)	341 (93,9)	89 (86,4)	0,020 ^a	0,023
Mandíbula movimentação adequada	423 (91,0)	336 (92,6)	87 (85,3)	0,039 ^a	0,045
Força	408 (88,3)	324 (90,0)	84 (82,4)	0,051 ^a	0,008
Estresse	170 (36,4)	130 (35,7)	40 (38,8)	0,642 ^a	0,571
Classificação posição				0,539 ^a	0,488
Bom	310 (66,2)	239 (65,5)	71 (68,9)		
Regular	45 (9,6)	38 (10,4)	7 (6,8)		
Ruim	113 (24,1)	88 (24,1)	25 (24,3)		
Classificação resposta				<0,001 ^a	0,004
Bom	267 (57,1)	221 (60,5)	46 (44,7)		
Regular	120 (25,6)	96 (26,3)	24 (23,3)		
Ruim	81 (17,3)	48 (13,2)	33 (32,0)		
Classificação laços				0,652 ^c	0,294
Bom	461 (98,5)	360 (98,6)	101 (98,1)		
Regular	7 (1,5)	5 (1,4)	2 (1,9)		
Ruim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Classificação anatomia				0,352 ^a	0,192
Bom	348 (74,4)	266 (72,9)	82 (79,6)		
Regular	119 (25,4)	98 (26,8)	21 (20,4)		
Ruim	1 (0,2)	1 (0,3)	0 (0,0)		
Classificação da sucção				0,213 ^a	0,084
Bom	259 (55,3)	208 (57,0)	51 (49,5)		
Regular	118 (25,2)	92 (25,2)	26 (25,2)		
Ruim	91 (19,4)	65 (17,8)	26 (25,2)		
Tipo de Aleitamento na alta – n(%)				0,103 ^a	0,950
AME	313 (66,9)	253 (69,3)	60 (58,3)		
AM + complemento	125 (26,7)	91 (24,9)	34 (33,0)		
Somente fórmula	30 (6,4)	21 (5,8)	9 (8,7)		

^a Teste qui-quadrado; ^b Teste de Mann-Whitney; ^c Teste exato de Fisher; * ajustado para horas de vida, paridade, intercorrências maternas, tipo de parto e uso de fórmula pelo modelo de Regressão de Poisson. AME: Aleitamento Materno Exclusivo; AM: Aleitamento Materno

Após o ajuste por fatores confundidores, as associações mantiveram-se estatisticamente significativas, demonstrando a independência da associação da prematuridade com os escores do formulário de observação de mamada recém-nascidos. Além disso, uma nova associação significativa foi encontrada, que foi com a força, sendo significativamente menor nos prematuros tardios.

Para estimar a associação entre idade gestacional (RNPT tardio vs. RNT) e os desfechos do padrão motor oral foi aplicado um modelo de Regressão de Poisson ajustado.

Dentre eles, o reflexo de procura ($p 0,041^a$), presente em 84,9% ($n=310$) dos RNs a termos e 75,7% ($n=78$) dos RNPT tardios. Além disso foi considerado significativa ($p 0,020^a$) a diferença

das pausas durante a coordenação sucção/deglutição/respiração, com 93,9% (n=341) das pausas adequadas em a termos e 85,3% (n=87) em menores de 37 semanas. Dos dados da avaliação através do Protocolo de Observação da Mamada¹⁹, foram considerados significativas as informações coletadas dos itens de análise descritos como “respostas” (p <0,001^a). Cada um dos seis itens previstos para avaliação eram categorizados como 1 para sim, 0 para não, sendo considerada a soma 0 e 1- bom, 2 e 3- regular, 4 - ou mais ruim. Em RNs

a termos, 60,5% (n=221) foram classificados como bom, 26,3% (n=96) classificados como regular e 13,2% (n=48) classificados como ruim. Em RNPT tardios, foi verificada a ocorrência de 44,7% (n=46) classificados como bom, 23,3% (n=24) como regular, e 32,0% (n=33) categorizados como ruins.

Na Tabela 3 constam informações dos escores do formulário de observação de mamada associados com os desfechos na alta. O estado de alerta e a presença dos reflexos orais refletiu numa maior ocorrência de aleitamento exclusivo.

Tabela 3: Associação do comportamento motor oral, escores do formulário de observação da mamada com as formas de aleitamento materno.

Variáveis	AME n (%)	AM + Complemento n (%)	Somente fórmula n (%)	p^a
Estado de consciência				0,359
Alerta	209 (66,8)	75 (60,0)	21 (70,0)	
Sono leve	61 (19,5)	22 (17,6)	3 (10,0)	
Sonolento	34 (10,9)	23 (18,4)	5 (16,7)	
Sono profundo	9 (2,9)	5 (4,0)	1 (3,3)	
Reflexo procura	269 (85,9)	100 (80,0)	19 (63,3)	0,004
Reflexo mordida	288 (92,0)	117 (93,6)	25 (83,3)	0,179
Reflexo sucção	266 (85,0)	100 (80,0)	20 (66,7)	0,029
Reflexo GAG	275 (87,9)	114 (91,2)	26 (86,7)	0,571
Pausas	294 (93,9)	113 (90,4)	23 (82,1)	0,054
Mandíbula movimentação adequada	295 (94,2)	105 (84,7)	23 (82,1)	0,002
Força	289 (92,3)	98 (79,7)	21 (80,8)	<0,001
Estresse	116 (37,1)	42 (33,6)	12 (41,4)	0,673
Classificação posição				0,893
Bom	204 (65,2)	85 (68,0)	21 (70,0)	
Regular	29 (9,3)	13 (10,4)	3 (10,0)	
Ruim	80 (25,6)	27 (21,6)	6 (20,0)	
Classificação resposta				<0,001
Bom	210 (67,1)	46 (36,8)	11 (36,7)	
Regular	66 (21,1)	45 (36,0)	9 (30,0)	
Ruim	37 (11,8)	34 (27,2)	10 (33,3)	
Classificação laços				<0,001
Bom	311 (99,4)	123 (98,4)	27 (90,0)	
Regular	2 (0,6)	2 (1,6)	3 (10,0)	
Ruim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Classificação anatomia				0,457
Bom	238 (76,0)	86 (68,8)	24 (80,0)	
Regular	74 (23,6)	39 (31,2)	6 (20,0)	
Ruim	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Classificação da sucção				<0,001
Bom	216 (69,0)	32 (25,6)	11 (36,7)	
Regular	59 (18,8)	51 (40,8)	8 (26,7)	
Ruim	38 (12,1)	42 (33,6)	11 (36,7)	

^a Teste qui-quadrado

AME: Aleitamento Materno Exclusivo; AM: Aleitamento Materno

DISCUSSÃO

Este estudo encontrou diferenças estatisticamente significativas no padrão motor oral entre RNPT tardios e RNT.

Os RNPT apresentaram peso ao nascer e peso no momento da avaliação significativamente menores do que os RNTs ($p < 0,001$), conforme descrito na literatura^{20,21}. A perda de peso entre os grupos não demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,068$). Esse fator é particularmente relevante, considerando que 56,3% ($n = 58$) dos RNPT tardios já utilizavam fórmulas na primeira avaliação pós-natal ($p < 0,001$). Corroborando esses achados, um estudo acompanhou lactentes com idade gestacional inferior a 33 semanas durante o primeiro ano de vida e revelou que apenas 5,5% dos RNs estavam em AME no momento da alta hospitalar, enquanto 28,6% já recebiam fórmula infantil²².

A paridade apresentou associação estatisticamente significativa com a prática do aleitamento materno ($p = 0,002$). Estudo brasileiro com 161 díades, sendo formadas 74 de mães primíparas e 87 de multíparas, identificou diferença no momento da primeira oferta de AM entre os grupos²³. Os resultados são compatíveis com os dados da presente investigação²³.

Foram identificadas associações entre intercorrências maternas durante a gestação e dificuldades na amamentação ($p = 0,015$), especialmente entre os RNPT tardios, incluindo diagnósticos de diabetes gestacional, hipertensão arterial e hipotireoidismo. Esses achados estão em consonância com a literatura existente, que aponta esse conjunto de condições clínicas como fatores potencializadores de desfechos negativos relacionados ao aleitamento.

O copinho ($p < 0,001$) foi o método mais utilizado para oferta da dieta, auxiliando na manutenção das funções orais do RN. O copinho é o método indicado no momento da aquisição das habilidades orais para a amamentação, visto que é o utensílio que estimula as musculaturas orofaciais²⁴.

As taxas de cesarianas foram maiores em RNPT tardios ($p < 0,001$), achado descrito em estudos prévios²⁵. A literatura descreve que a cesariana está relacionada à maior probabilidade de atraso na descida do colostro e no início da amamentação, além de possíveis repercussões no contato pele a pele precoce²⁵.

O tempo para o primeiro atendimento fonoaudiológico apresentou associação estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,016^b$). A mediana de idade de vida na primeira avaliação foi de 39 horas (26–48 horas no segundo e terceiro quartis) e de 43 horas entre RNPT tardios (26–61 horas no segundo e terceiro quartis). Estudos internacionais relatam intervenções inespecíficas na amamentação em RNPT tardios com efeitos imediatos no período hospitalar²⁶.

A presença de colostro na primeira consulta não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,521$). Estudo publicado no *Breastfeeding Medicine* descreveu aumento do volume de colostro após aproximadamente 30 horas pós-parto²⁷.

Observou-se maior frequência de sonolência entre RNPT tardios em comparação aos RNT ($p = 0,007$). Estudo internacional com RNs entre 28 a 40 semanas de idade gestacional identificou maior proporção de sono ativo e transicional em prematuros e menor proporção de sono quieto e vigília em comparação aos a termos²⁸.

Em relação aos reflexos orais, foi identificada diferença significativa na presença do reflexo de procura entre os grupos ($p = 0,041$). A literatura descreve a cronologia de desenvolvimento desses reflexos ao longo da gestação^{29,30}.

As pausas relacionadas à coordenação sucção/respiração/deglutição ($p = 0,020$) e à movimentação mandibular ($p = 0,039$) apresentam diferença entre os grupos, com maior frequência em RNs a termo. A literatura descreve a aquisição da coordenação sucção/respiração a partir da 34ª semana gestacional³¹.

Não houve diferença estatística entre os grupos quanto ao reflexo de mordida ($p = 0,642$), reflexo de GAG ($p = 1,000$), força muscular ($p = 0,051$) e estresse ($p = 0,642$). A literatura descreve o desenvolvimento do reflexo de GAG a partir da 24ª semana gestacional e o reflexo de mordida a partir da 28ª semana^{32,33}.

No formulário de avaliação da mamada, os itens relacionados ao posicionamento da díade ($p = 0,539$) e às alterações anatômicas do seio ($p = 0,352$) não apresentaram diferença significativa.

Não houve diferença estatística nos aspectos referente aos laços afetivos entre a díade. Os dados foram coletados em uma Unidade de Internação Obstétrica com alojamento conjunto, a qual não ocorre a separação da díade. Uma revisão sistemática de 2025 identificou a permanência conjunta da mãe e do RN como fator protetor ao aleitamento³⁴.

Houve diferença significativa nas respostas relacionadas ao padrão motor oral e aos aspectos da díade entre RNPT tardios e a termos ($p < 0,001$). Os itens relacionados à sucção ($p = 0,213$) e o desfecho analisado ($p = 0,103$) não apresentaram diferença estatisticamente significativa²⁶.

Destaca-se como limitação do estudo o delineamento com amostra por conveniência, composta exclusivamente por díades encaminhadas para avaliação fonoaudiológica. Essa característica metodológica restringe a representatividade da amostra e limita a generalização dos achados para a população geral de RNs e suas respectivas díades. Recomenda-se que estudos futuros incluam amostras probabilísticas e diferentes contextos assistenciais, a fim de ampliar a validade externa dos resultados.

Conclui-se que existem diferenças significativas no padrão motor oral do RNPT tardios, quando comparado ao RNT, caracterizado por maior frequência de sonolência e alterações em reflexos orais, além de maior uso precoce de fórmula e associação com intercorrências maternas. Os RNTs, por sua vez, demonstraram maior ocorrência de pausas relacionadas à coordenação sucção/respiração/deglutição e à movimentação mandibular. Esses achados indicam que a prematuridade tardia influencia o desempenho motor oral e aspectos da amamentação no período neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre C, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987;2(8554):319-22.
2. Kramer M. Breastfeeding and allergy: The evidence. *Ann Nutr Metab*. 2011;59(1):20-6.
3. Hossain S, Mhrshahi S. Exclusive breastfeeding and childhood morbidity: A narrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):14804.
4. Victora C, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
5. Horta BL, Mola CL, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(S467):30-7.
6. Horta BL, Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(S467):14-9.
7. Peres KG, Barros AJD, Peres MA, Victora CG. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):343-50.
8. Rodrigues FOS, Silveira JVF, Costa MS, Torres GN, Farial IM. Amamentação na prevenção do câncer de mama: revisão de literatura. *Rev Eletr Acervo Cient*. 2021;18:e5900.
9. Babic A, Sasamoto N, Rosner BA, Tworoger S, Jordan SJ, Risch HA, et al. Association between breastfeeding and ovarian cancer risk. *JAMA Oncol*. 2020;6(6):e200421.
10. Park S, Choi N-K. Breastfeeding and maternal hypertension. *Am J Hypertens*. 2018;31(5):615-21.
11. Linde K, Lehnig F, Nagl M, Kersting A. The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*. 2020;81:102592.
12. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estudo nacional de alimentação e nutrição infantil ENANI-2019: resultados preliminares – indicadores de aleitamento materno no Brasil: resultados preliminares. Rio de Janeiro: UFRJ; 2020 [citado 2023 set 22]. Disponível em: https://crn8.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Relatorio-preliminar-AM_ENANI-2019-1.pdf
13. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(1):13-20.
14. Hack M, Estabrook MM, Robertson SS. Development of sucking rhythm in preterm infants. *Early Hum Dev*. 1985;11(2):133-40.
15. Hernandez AM. O neonato de alto risco: proposta de intervenção global. In: Hernandez AM. Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. São Paulo: Pulso; 2003. p. 15-23.
16. Scheel CE, Schanler RJ, Lau C. Does the choice of bottle nipple affect the oral feeding performance of very-low-birthweight (VLBW) infants? *Acta Paediatr*. 2005;94(9):1266-72.
17. Neiva FCB, Leone CR. Evolução do ritmo de sucção e influência da estimulação em prematuros. *Pró-Fono*. 2007;19(3):241-8.
18. Conselho Federal de Fonoaudiologia (Brasil). Resolução CFFa nº 661, de 30 de março de 2022. *Diário Oficial da União* [Internet]. 30 mar 2022. [citado 2023 set 22]. Disponível em: https://fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_661_22.htm
19. World Health Organization (WHO). Positioning a baby at the breast. In: Integrated Infant Feeding Counselling: a Training Course. Trainer's Guide. Geneva: WHO; 2004.
20. Souza ESD, Magalhães LDC. Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(4):462-70.
21. Ribeiro CC, Pachelli MRO, Amaral NCO, Lamônica DAC. Habilidades do desenvolvimento de crianças prematuras de baixo peso e muito baixo peso. *CoDAS*. 2017;29(1).
22. Meio MDBB, Villela LD, Gomes Júnior SCS, Tovar CM, Moreira MEL. Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. *Cien Saude Colet*. 2018;23(7):2403-12.
23. Neves RO, Bernardi JR, Silva CH, Goldani MZ, Bosa VL. A paridade pode influenciar na alimentação do lactente nos primeiros seis meses de vida? *Cien Saude Colet*. 2020;25(11):4593-600.

AGRADECIMENTOS

Ao programa de residência multiprofissional em saúde da mulher e da criança por proporcionar vivências cotidianas de atendimentos às famílias na Unidade de Internação Obstétrica. Às famílias por permitirem que façamos parte de um momento tão significativo das suas vidas.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

24. Brasil GD, Almeida TEG, Rodrigues JC, Souza JPS, Marinho RS, Porto LR, et al. Impacto da pré-eclâmpsia grave na saúde materna e fetal. *Braz J Implantol Health Sci.* 2024;6(2):803-12.
25. Gomes MTB, Yamamoto RCC, Oliveira TRS. Prontidão para via oral, aleitamento materno e diabetes mellitus gestacional: estudo caso-controle. *Audiol Commun Res.* 2023;28:e2721.
26. Vassoler RN, Possobon LA, Vasconcelos CF, Nez N, Pinto VA. Incidência de parto prematuro e suas complicações. *Rev Thêma Sci.* 2023;13(2E).
27. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de aleitamento materno atualizado. [Internet]. 26 ago. 2024 [citado 13 mar 2026]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/guia-pratico-de-aleitamento-materno-atualizado/>
28. Dias BAS, Leal MC, Martinelli KG, Nakamura-Pereira M, Esteves-Pereira AP, Santos Neto ET. Prematuridade recorrente: dados do estudo "Nascer no Brasil". *Rev Saude Publica.* 2022;56:7.
29. Skaaning D, Carlsen E, Brødsgaard A, Kyhnæb A, Pedersen M, Ravn S, et al. Randomised oral stimulation and exclusive breastfeeding duration in healthy premature infants. *Acta Paediatr.* 2020;109(10):2017-24.
30. Kato I, Horike K, Kawada K, Htun Y, Nishida T, Nakamura S, et al. The trajectory of expressed colostrum volume in the first 48 hours postpartum: An observational study. *Breastfeed Med.* 2022;17(1):52-8.
31. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de seguimento ambulatorial do prematuro de risco. 1. ed. Porto Alegre: Departamento Científico de Neonatologia; 2012.
32. Santana MCCP, Silva BK, Araujo AGFS, Araujo JFS. Disfunções orais e aleitamento materno: correlação no âmbito da fonoaudiologia. *Gepnews.* 2024;7(3):74-89.
33. Calado DFB, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Rev CEFAC.* 2012;14(1):176-81.
34. Silva WF, Guedes ZCF. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. *Rev CEFAC.* 2015;17(4):1232-40.
35. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80(5 Suppl):S147-54.
36. Badr LK, Abdallah B, Purdy I. Developmental patterns of sucking, swallowing, and breathing coordination in preterm infants: A review. *J Appl Physiol.* 2019;127(3):832-9.
37. Costa IBNP, Barros MKDL. Políticas de incentivo ao aleitamento materno em hospitais e maternidades: uma revisão sistemática. *Arq Cienc Saude UNIPAR.* 2025;28(3):968-83.

Recebido: 23 dez 2025

Aceito: 11 mar 2026