

**Reflexos orais em recém-nascidos pré-termo e a termo**  
**Oral reflexes in newborn preterm and term**

Vanessa Fava Souza<sup>1</sup>; Anne da Costa Alves<sup>1</sup>; Karinna Veríssimo Meira Taveira<sup>1</sup>; Renata Veiga Andersen Cavalcanti<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar os reflexos orais em recém-nascidos pré-termo e a termo. **Método:** Estudo do tipo observacional, transversal e descritivo, realizado na Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN, com 25 recém-nascidos pré-termo e 32 recém-nascidos a termo, entre os meses de julho e agosto de 2012. Os dados foram coletados dos prontuários e através de avaliação dos reflexos orais dos recém-nascidos, sendo excluídos no estudo, os recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e analítica, através dos testes do Qui-Quadrado e o Exato de Fisher, com nível de significância considerado foi de 5%. **Resultados:** Os recém-nascidos pré-termo apresentaram 40% com reflexo de busca adequado, 52% com reflexo de mordida presente e 68% com reflexo de sucção presente; enquanto os recém-nascidos a termo apresentaram 78,1% com reflexo de busca adequado, 65,6% com reflexo de mordida presente e 90,6% com reflexo de sucção presente. Houve associação entre prematuridade e problema respiratório ( $p < 0,001$ ), estado de consciência ( $p = 0,001$ ), reflexo de busca e sucção ( $p < 0,05$ ), postura oral da língua ( $p = 0,016$ ), movimentação da língua ( $p = 0,015$ ), mandíbula ( $p = 0,003$ ), manutenção do estado de alerta ( $p < 0,001$ ), ritmo ( $p = 0,044$ ), força ( $p = 0,009$ ), uso de sonda ( $p < 0,001$ ) e condições ao nascer ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Constatou-se que, em relação aos reflexos de busca, mordida e sucção, os recém-nascidos pré-termo apresentaram mais alterações, havendo associação entre prematuridade e alteração dos reflexos de busca e sucção.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido. Prematuro. Comportamento alimentar. Comportamento de sucção. Fonoaudiologia.

**ABSTRACT**

**Objective:** Evaluate the oral reflexes in preterm and term infants. **Method:** An observational study, transversal and descriptive study conducted at Januário Cicco Maternity School / UFRN with 25 preterm and 32 at term newborns, between the months of July and August of 2012. Data was collected from medical records and through evaluation of oral reflexes of the newborns. It was excluded of this study, newborns in Neonatal Intensive Care Unit. The data analysis was descriptive and analytical, using the chi-square and Fisher's exact, with 5% significance level. **Results:** Preterm newborns showed 40% with appropriate search reflex, 52% with bite reflex and 68% with sucking reflex; while newborns at term presented 78.1% with adequate search reflex, 65.6% with bite reflex and 90.6% with sucking reflex present. There was an association between prematurity and respiratory distress ( $p < 0.001$ ), level of consciousness ( $p = 0.001$ ), search reflex and suction ( $p < 0.05$ ), oral tongue posture ( $p = 0.016$ ), tongue movement ( $p = 0.015$ ), mandible ( $p = 0.003$ ), maintaining alertness ( $p < 0.001$ ), rhythm ( $p = 0.044$ ), strength ( $p = 0.009$ ), use of the probe ( $p < 0.001$ ) and birth conditions ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** It was found that, in relation to search reflex, bite and suction the preterm newborn exhibited more changes, no association between prematurity and modification of search and sucking reflexes.

**Keywords:** Newborn. Premature. Feeding behavior. Sucking behavior. Speech therapy.

## INTRODUÇÃO

Na área da Motricidade Orofacial, a atuação do fonoaudiólogo em berçários neonatais diz respeito aos recém-nascidos (RNs) que ocupam os berçários normais, de risco e as unidades de terapia intensiva. A principal função desse profissional é possibilitar o desenvolvimento motor oral<sup>1</sup>, um melhor bem-estar<sup>2</sup>, a estimulação da alimentação oral de forma eficaz, prazerosa e segura<sup>3,4</sup> e, a promoção do aleitamento materno<sup>4</sup>, uma vez que, a sucção do seio materno é o melhor estímulo para a concretização desse desenvolvimento<sup>1</sup>.

De acordo com Madureira<sup>5</sup> a função de nutrir é imprescindível para o desenvolvimento global da criança e, considera-se que seu organismo encontra-se em plena expansão, mas, que a falta de nutrientes pode acarretar consequências malélicas e irreparáveis para o seu desenvolvimento. Assim sendo, para efetivar a funcionalidade da alimentação, o indivíduo depende de determinadas condições, tal qual o desenvolvimento das habilidades oromotoras que fazem íntima relação com a estrutura anatômica da cavidade oral. As estruturas dessa cavidade trazem como resposta motora, uma complexa rede de conexões entre os componentes neurais e biomecânicos. Assencio-Ferreira<sup>6</sup> ressalta que o sistema nervoso central (SNC) do recém-nascido (RN) apresenta um padrão de imaturidade que atinge principalmente o córtex cerebral, locais das nossas funções nervosas superiores; estabelecendo essa imaturidade importantes diferenças entre as afecções que o acometem.

Até os 3 meses de idade, a cavidade oral do RN é pequena (a língua ocupa todo espaço) e a mandíbula é reduzida e retraída<sup>5,7</sup>. Os movimentos de língua ficam restritos, entretanto, garante que o RN realize o reflexo de sucção através da mamadeira ou seio materno. E, até os 6 meses de idade, espera-se que ocorra a redução da flexão fisiológica do RN, simultaneamente, ao aumento da extensão antigravitacional. Isso favorecerá a anteriorização de mandíbula, o que proporcionará os movimentos de língua, garantindo a funcionalidade da sucção<sup>5</sup>. Com os movimentos de sucção, ocorre a estimulação do crescimento mandibular favorecendo uma harmonia facial<sup>8,9</sup>, além do íntegro desenvolvimento dos órgãos fonoarticulatórios responsáveis pela articulação dos sons da fala<sup>8</sup>.

Após o nascimento, o fonoaudiólogo atuará diretamente com o RN, avaliando o reflexo de sucção, entre outros, analisando se apresenta alguma alteração e, se caso necessário, indicando a intervenção adequada. O recém-nascido a termo (RNT), com a presença de um sistema estomatognático preservado, recebe os nutrientes necessários por via oral através da função ativa da sucção. Quanto ao recém-nascido pré-termo (RNPT) o fonoaudiólogo se depara com outros aspectos que antecedem a intervenção direta com a alimentação por via oral (VO). A alimentação através da sonda priva o RN de uma série de estímulos sensoriais e, por não efetuarem a sucção como deveria, o seu desenvolvimento motor-oral poderá ser fortemente prejudicado e, ocorrer como consequência, desorganização na alimentação por via oral/sucção nutritiva<sup>1</sup>. Modes e Almeida<sup>10</sup> exaltam que para alimentar-se o RN precisa de desenvolvimento motor oral e global apropriados e de integridade neurológica.

Segundo Hernandez<sup>11</sup> os reflexos orais podem ser divididos em adaptativos e protetivos. Os reflexos de mordida, vômito e tosse e são estabelecidos como protetivos, protegendo as vias aéreas durante a alimentação. Já os reflexos de busca, sucção e deglutição são considerados como adaptativos pela sua importância na aquisição alimentar.

O reflexo de mordida tônica consiste em uma mordida mais forte e prolongada, podendo estar associado a alterações tônicas corporais<sup>3</sup>. Apresenta-se desde o nascimento até o 7º ou 9º mês de vida, em que se podem encontrar movimentos rítmicos de mandíbula para cima e para baixo, ao toque nas gengivas na região lateral ou anterior e, que o mesmo desaparece, após a retirada do estímulo<sup>9</sup>. Quanto ao reflexo de vômito estará presente durante

toda a vida do indivíduo<sup>9, 11</sup> e, eliciado na região posterior após o 6º mês de vida quando a mastigação está presente. Ressalta que a persistência deste reflexo anteriorizado, interfere na relação apropriada do desenvolvimento de funções como de sucção e mastigação<sup>11</sup>. Esse reflexo é provocado com o toque no segundo terço da língua, apresentando o bebê como respostas: abertura de boca, extensão da cabeça<sup>9, 11</sup>, elevação da laringe e do diafragma. Já o reflexo de tosse, infere-se que com 38 semanas, 80% dos RNs apresentam resposta consistente<sup>11</sup>.

O reflexo de busca está presente ao nascimento e persiste até os 3 meses de idade para Hernandez<sup>11</sup> e até por volta dos 4 meses para Granja<sup>9</sup>. A partir dele, observa-se quando o RN está com fome e acordado. O prematuro nem sempre dá sinais de saciedade e/ou fome e, mantê-lo em alerta é uma dificuldade. Por essas e outras razões, esse tende a estar diminuído ou ausente em prematuros, o que pode propiciar o retardamento do início da sucção nesses bebês<sup>3</sup>. Nesse reflexo, o RN apresenta movimento de cabeça em direção ao lado em que foi estimulado, podendo ser na região dos lábios, comissuras labiais e ou nas bochechas<sup>9</sup>.

O reflexo de sucção apresenta característica inata<sup>9,12,13</sup>, inicia-se a partir do 5º mês de vida intra-uterina<sup>8</sup>, sendo observado nitidamente na 29ª semana; porém seu desenvolvimento só será completado 32ª semana de gestação, quando então, haverá a coordenação entre os reflexos de sucção e deglutição<sup>8,13</sup>. Esse reflexo proporciona um adequado desenvolvimento da relação mãe-bebê por meio da amamentação<sup>12</sup>, aprimora e estimula o desenvolvimento motor oral, além de, desempenhar o papel de propiciar uma alimentação eficiente e essencial na nutrição do RN<sup>1</sup>. Todos os bebês iniciam a sucção com um padrão imaturo chamado de *suckling*, movimento de retração e extensão e canolamento da língua; e entre 4 e 6 meses, verifica-se um amadurecimento das funções orais com maior pressão intra-oral e movimentos de abaixamento e elevação de língua chamado de *sucking*<sup>3</sup>.

A sucção é dividida em dois parâmetros: sucção não-nutritiva (SNN) e sucção nutritiva (SN)<sup>3</sup>. Quanto aos benefícios para o sistema estomatognático, a estimulação da SNN aperfeiçoa o padrão de sucção, diminui o período de transição da sonda para a alimentação oral, suaviza o tempo de início da transição da sonda para via oral, acelera a maturação do reflexo de sucção, amplia a duração do aleitamento materno possibilitando uma maior eficácia na SN<sup>1</sup>, facilita a associação da sucção com a fome e a digestão, leva ao aumento de peso, promove melhor coordenação respiratória, favorecendo assim, a alta hospitalar mais cedo. A estimulação não-nutritiva deve ser associada ao horário da mamada<sup>2</sup>. Através da avaliação de sucção, o fonoaudiólogo pode conhecer o padrão de sucção, identificar características que mostrem a capacidade do RN em iniciar a alimentação por VO, analisar a presença de sinais de variações na saturação de oxigênio durante a nutrição e, de estresse<sup>1</sup>.

Os aspectos fisiológicos estabelecidos na amamentação/sucção beneficiam o desenvolvimento saudável da criança, que não se restringem aos seus primeiros anos de vida, mas que apresentam repercussões no bem-estar do indivíduo adulto. Em relação a esse aspecto, o reflexo de sucção desempenha papel essencial no desenvolvimento das funções de mastigação, deglutição, fala e respiração e, no crescimento craniofacial<sup>12</sup>.

A coordenação entre as funções de sucção e deglutição com a respiração ocorre entre 32 e 34 semanas de idade gestacional<sup>10</sup> e, a consolidação de uma boa coordenação entre essas funções faz com que o recém-nascido evolua de modo satisfatório<sup>3</sup>. De acordo com Granja<sup>9</sup>, a respiração e a deglutição apresentam uma relação funcional, estrutural e neurofisiológica de interdependência, já que utilizam das mesmas vias, sendo assim, a coordenação entre elas é de grande importância para que não ocorra aspição durante a alimentação. Desde o nascimento até a fase adulta, a sua integração será primordial para o desenvolvimento apropriado e a sobrevivência do indivíduo.

No 1º mês de vida, o RN deve ser alimentado na posição de supino, em inclinação, ou seja, com a cabeça levemente elevada, facilitando dessa maneira, o processo de

nutrição do bebê. Aos poucos, o tônus corporal vai desenvolvendo e ganhando estabilidade em posturas elevadas, chegando a alimentar-se posteriormente, sentado sem apoio<sup>9</sup>.

A classificação do recém-nascido possibilita uma assistência apropriada logo após o nascimento, levando em consideração a idade gestacional (IG) e o peso ao nascimento (PN)<sup>2</sup>. O peso ao nascimento constitui-se em RN de baixo peso (RNBP) com PN < 2500g; RN de muito baixo peso (RNMBP) com PN < 1500g; RN de muitíssimo baixo peso (RNMMBP) com PN < 1000g; e, RN microprematuro com PN < 800g. Quanto a idade gestacional classifica-se em recém-nascido pré-termo (RNPT) com IG < 37 semanas<sup>14</sup> enquanto para Medeiros et al.<sup>2</sup> é até 37 semanas e 6 dias gestacionais (até 265 dias); recém-nascido de termo (RNT) com IG entre 37 e 42 semanas na concepção de Falcão<sup>14</sup> e entre 38 e 41 semanas e 6 dias gestacionais (de 266 a 293 dias) para Medeiros et al.<sup>2</sup>; e; recém-nascido pós-termo com IG > 42 semanas (294 dias em diante)<sup>2,14</sup>.

Mendonça et al.<sup>15</sup> afirmam que a sobrevivência de neonatos prematuros e com baixo peso nos últimos anos, aumentou consideravelmente, em virtude, da melhoria do cuidado com o RN. Contudo, apesar do avanço dos recursos tecnológicos, a prematuridade ainda é um grande fator de risco para a mortalidade e morbidade neonatal.

Para Almeida<sup>16</sup> a idade da mãe é de extrema significância, pois avalia os limites fisiológicos para a primeira gestação abaixo de 16 anos (idade precoce) ou acima de 40 anos (idade avançada), ofertando cada grupo riscos específicos. Segundo o estudo de Barros, Araújo e Lins<sup>17</sup> foi constatado que as mães mais jovens apresentam maiores riscos de ter filhos prematuros que as mães não adolescentes.

Os déficits maturacionais fisiológicos<sup>4</sup>, as infecções respiratórias<sup>18</sup>, a prematuridade que esta frequentemente associada a diversos parâmetros como o peso ao nascimento, a idade gestacional e as dificuldades médicas que podem ocorrer principalmente no período neonatal<sup>19</sup>, favorecem inúmeras complicações e intercorrências perinatais<sup>20</sup>, sendo elas: a imaturidade do centro respiratório e neurológica; a presença de alguns sinais de estresse; o tônus muscular diminuído; os reflexos globais reduzidos; a dificuldade de alimentação, alimentando-se através da sonda nasogástrica<sup>3</sup>; a incoordenação na sucção-respiração-deglutição<sup>4</sup>; a ausência de alguns reflexos orais ou estes aparecem de forma incompleta<sup>18</sup>, fazendo com que o RNPT necessite de diversos procedimentos<sup>20</sup> e de cuidado intensivo<sup>3</sup>.

A equipe envolvida nos cuidados com o RNPT deve dar suporte para promover o bom desenvolvimento global da criança<sup>21</sup>. O início precoce da alimentação por VO seria um ponto de partida, relacionado à eficiência da função de sucção e ao desenvolvimento motor oral, que contribuirá para um acelerado processo maturacional dos RNPTs<sup>22</sup>.

Acredita-se que o cuidado a ser implantado na unidade neonatal deve ser vivenciado e exercido em seu âmbito geral, no intuito de, minimizar manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do RN, provocando nele manifestações de dor, estresse, alterações comportamentais e fisiológicas<sup>15</sup>. Pois, o bebê é um ser frágil, tão pequeno e ao mesmo tempo tão complexo, que necessita de muitos cuidados ao seu nascimento<sup>5</sup>.

Segundo Neiva<sup>1</sup> a inserção do profissional fonoaudiólogo nas unidades neonatais, vem cada vez mais se expandindo, oferecendo contribuições para a equipe que assiste o RN e também, melhorando a qualidade de vida do RN.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar os reflexos orais nos recém-nascidos pré-termo e a termo e investigar se a prematuridade influencia na presença ou ausência dos reflexos orais, averiguando que fatores podem influenciar para a presença, debilidade ou ausência dos reflexos orais em prematuros.

## MÉTODOS

Estudo do tipo observacional, transversal e descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), de acordo com a Resolução CNS 196/96, sob o número 29776 de 25/05/2012.

Fizeram parte desta pesquisa 25 recém-nascidos pré-termo (RNPT) e 32 recém-nascidos a termo (RNT), internados nas enfermarias da Maternidade Escola Januário Cicco, sendo excluídos no estudo, os recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Compreendeu o período entre os meses de julho e agosto de 2012.

A coleta de dados era realizada após as mães dos RN serem esclarecidas quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa, e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, era coletado pelas pesquisadoras as informações referentes ao RN em seu prontuário, em seguida a pesquisadora responsável realizava a avaliação dos reflexos orais dos recém-nascidos, através da manipulação da face e cavidade oral do RN. Os dados coletados foram registrados no Protocolo de Levantamento de Dados (PLD) adaptado de Rocha e Delgado<sup>4</sup> e Fujinaga et al.<sup>23</sup> (Figura 1).

As variáveis de “postura de lábios e língua” foram avaliadas durante a sucção não-nutritiva, enquanto que, os “reflexos de vômito e tosse” foram só observados se aconteciam durante essa avaliação e não testados.

Na variável “ritmo” as categorias intituladas como “desorganizado” e “inconsistente” foram consideradas como desorganizado no processo de avaliação da sucção não-nutritiva.

Pode-se ressaltar que as variáveis “condições ao nascer” e “idade (mãe)” foram dados encontrados relevantes para o estudo, em todos os prontuários analisados e registrados no PLD no item observações.

Vale salientar que, só estarão incluídas nas tabelas as variáveis que foram presentes na pesquisa. E, alguns itens que se encontram no PLD não foram relatados no presente estudo, por não terem sido avaliados em todos os recém-nascidos deste estudo.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e analítica. Na análise das variáveis quantitativas, foi aplicada estatística descritiva através do cálculo de medidas de tendência central (média, mediana, mínimo e máximo) e medidas de variabilidade (desvio padrão). Já para as variáveis qualitativas, foi efetuada estatística descritiva por meio da frequência e do percentual. Para verificar se existe uma associação entre as variáveis e os grupos de pesquisa foram aplicados os testes do *Qui-Quadrado* e o *Exato de Fisher*. Este último efetuado quando a distribuição da amostra gerava contagens muito pequenas (inferiores a cinco). O nível de significância considerado foi de 5%. Para realização da análise estatística, 8 variáveis foram dicotomizadas (Quadro 1).

**PROTOCOLO DE LEVANTAMENTO DE DADOS (PLD).**

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 LOCAL: \_\_\_\_\_  
 EXAMINADORA: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Ausente<sup>2</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )

**1. Identificação do RN:**  
 Número: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_. DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
 Peso: \_\_\_\_\_. Comprimento: \_\_\_\_\_.

Gênero: Masc<sup>0</sup> ( ) Fem<sup>1</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Raça: Branca<sup>0</sup> ( ) Parda<sup>1</sup> ( ) Amarela<sup>2</sup> ( )  
 Negra<sup>3</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )

**2. Manifestações do RN:**

Idade gestacional: Pré-termo ( ) A termo ( )  
 Nº semanas: \_\_\_\_\_. Idade corrigida: \_\_\_\_\_.  
 Peso ao nascer: \_\_\_\_\_. Comprimento ao nascer: \_\_\_\_\_.

Tipo de parto: Normal<sup>0</sup> ( ) Cesário<sup>1</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )

Intercorrências Perinatais:  
 Ictericia neonatal<sup>0</sup> ( ) Cianose/Hipóxia<sup>1</sup> ( )  
 Permanência em incubadora<sup>2</sup> ( ) Convulsões neonatais<sup>3</sup> ( )  
 Permanência em UTI neonatal<sup>4</sup> ( )  
 Necessidades de ventilação mecânica<sup>5</sup> ( )  
 Manobras de reanimação<sup>6</sup> ( )  
 Outras<sup>7</sup> ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Nenhuma<sup>8</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )

Apresenta alguma doença respiratória: Sim<sup>0</sup> ( ) Não<sup>1</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Se sim, Qual(is)? \_\_\_\_\_.

Estado de Organização Comportamental:  
 Estado de consciência: Alerta<sup>0</sup> ( ) Sono leve<sup>1</sup> ( )  
 Sono profundo<sup>2</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Tônus global: Normotonia<sup>0</sup> ( ) Hipotonia<sup>1</sup> ( ) Hipertonia<sup>2</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Postura global: Flexão<sup>0</sup> ( ) Semiflexão<sup>1</sup> ( ) Extensão<sup>2</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )

Postura Oral:  
 Postura de língua: Plana<sup>0</sup> ( ) Elevada<sup>1</sup> ( ) Retraída<sup>2</sup> ( )  
 Protruída<sup>3</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Postura de lábios: Vedados<sup>0</sup> ( ) Entreabertos<sup>1</sup> ( ) Abertos<sup>2</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )

Reflexos Oraís:  
 Mordida: Presente<sup>0</sup> ( ) Exacerbado<sup>1</sup> ( ) Ausente<sup>2</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Vômito: Presente<sup>0</sup> ( ) Anteriorizado<sup>1</sup> ( ) Ausente<sup>2</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Tosse: Presente<sup>0</sup> ( ) Débil<sup>1</sup> ( ) Ausente<sup>2</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Busca: Presente<sup>0</sup> ( ) Débil<sup>1</sup> ( ) Ausente<sup>2</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Sucção: Presente<sup>0</sup> ( ) Débil<sup>1</sup> ( ) Ausente<sup>2</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Deglutição: Presente<sup>0</sup> ( ) Débil<sup>1</sup> ( ) Ausente<sup>2</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )

Sucção Não-Nutritiva:  
 Movimentação da língua: Adequada<sup>0</sup> ( ) Alterada<sup>1</sup> ( )  
 Canolamento de língua: Presente<sup>0</sup> ( ) Ausente<sup>1</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Movimentação de mandíbula: Adequada<sup>0</sup> ( ) Alterada<sup>1</sup> ( )  
 Ausente<sup>2</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Manutenção do estado alerta: Presente<sup>0</sup> ( ) Parcialmente<sup>1</sup> ( )  
 Ausente<sup>2</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )

Sucções x Pausas:  
 Ritmo: Presente<sup>0</sup> ( ) Desorganizado<sup>1</sup> ( ) Inconsistente<sup>2</sup> ( )  
 Ausente<sup>3</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Força: Adequada<sup>0</sup> ( ) Moderada<sup>1</sup> ( ) Débil<sup>2</sup> ( ) Exagerada<sup>3</sup> ( )  
 Ausente<sup>4</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Pausas: Rítmicas<sup>0</sup> ( ) Longas<sup>1</sup> ( ) Curtas<sup>2</sup> ( ) Ausente<sup>3</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Sinais de estresse: Ausente<sup>0</sup> ( ) Até 3<sup>1</sup> ( ) Mais de 3<sup>2</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Tremores de língua ou mandíbula: Presente<sup>0</sup> ( ) Ausente<sup>1</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Variação de coloração da pele: Presente<sup>0</sup> ( ) Ausente<sup>1</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Variação de tônus: Presente<sup>0</sup> ( ) Ausente<sup>1</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Variação de postura: Presente<sup>0</sup> ( ) Ausente<sup>1</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Acúmulo de saliva: Presente<sup>0</sup> ( ) Ausente<sup>1</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Apneia: Presente<sup>0</sup> ( ) Ausente<sup>1</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Solução: Presente<sup>0</sup> ( ) Ausente<sup>1</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Choro: Presente<sup>0</sup> ( ) Ausente<sup>1</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )

Usou/usa sonda: Sim<sup>0</sup> ( ) Não<sup>1</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Se sim, qual tipo: \_\_\_\_\_.

Forma de alimentação ao nascer: Seio materno<sup>0</sup> ( )  
 Mamadeira<sup>1</sup> ( ) Copinho<sup>2</sup> ( ) Sonda<sup>3</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Forma de alimentação atual: Seio materno<sup>0</sup> ( )  
 Mamadeira<sup>1</sup> ( ) Copinho<sup>2</sup> ( ) Sonda<sup>3</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Postura de alimentação atual: Sentado<sup>0</sup> ( ) Sentado com  
 extensão cervical<sup>1</sup> ( ) Semi-deitado<sup>2</sup> ( ) Deitado<sup>3</sup> ( )  
 Não informado<sup>9</sup> ( )  
 Ocorrências durante a alimentação atual:  
 Escape oral de alimentos<sup>0</sup> ( ) Dificuldade de sucção<sup>1</sup> ( )  
 Regurgitação/RGE<sup>2</sup> ( ) Tosses/Engasgos<sup>3</sup> ( )  
 Asfixia/Cianose<sup>4</sup> ( ) Sonolência<sup>5</sup> ( )  
 Outras<sup>6</sup> ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Nenhuma<sup>7</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )

Hábitos/achados orais:  
 Sucção de língua<sup>0</sup> ( ) Sucção de dedo<sup>1</sup> ( ) Chupeta habitual<sup>2</sup> ( )  
 Outros<sup>3</sup> ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Nenhuma<sup>4</sup> ( ) Não informado<sup>9</sup> ( )

**OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_

*Referências:*  
 FUJINAGA, Cristina I. et al. Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, p. 391-399, out./dez. 2008.  
 ROCHA, Marilene S.; DELGADO, Suzana E. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo com Gastroquise. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 12, n. 1, p. 55-62. 2007.

**Figura 1** – Protocolo de levantamento de dados. Natal, RN. 2012.

**Quadro 1** – Caracterização das variáveis dicotomizadas. Natal, RN. 2012.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS DICOTOMIZADAS	CATEGORIAS ORIGINAIS
CONSCIÊNCIA	0. Alerta	0. Alerta
	1. Não alerta	1. Sono leve 2. Sono profundo
REFLEXO DE BUSCA	0. Adequado	0. Presente
	1. Inadequado	1. Débil 2. Ausente
LÍNGUA	0. Adequada	3. Protruída
	1. Inadequada	0. Plana 1. Elevada 2. Retraída
MANDIBULA	0. Adequada	0. Adequada
	1. Inadequada	1. Alterada 2. Ausente
MANUTENÇÃO DO ESTADO ALERTA	0. Sim	0. Presente
	1. Não	1. Parcialmente 2. Ausente
RITMO	0. Normal	0. Presente
	1. Alterado	1. Desorganizado 2. Inconsistente 3. Ausente
FORÇA	0. Adequada	0. Adequada
	1. Inadequada	1. Moderada 2. Débil 3. Exagerada 4. Ausente
PAUSAS	0. Rítmicas	0. Rítmicas
	1. Alteradas	1. Longas 2. Curtas 3. Ausente

## RESULTADOS

A amostra para o presente trabalho constituiu-se de dois grupos caracterizados com 25 recém-nascidos pré-termo (G1) e 32 recém-nascidos a termo (G2).

Na caracterização dos grupos em relação ao gênero, G1 apresentou 16 (64%) dos recém-nascidos do sexo masculino e nove (36%) do feminino; G2 apresentou 21 (65,6%) dos recém-nascidos do sexo masculino e 11 (34,4%) do feminino.

A caracterização da idade, idade gestacional, idade corrigida, peso e comprimento ao nascimento, idade da mãe é apresentada na tabela 1. Em relação à idade, G1 apresenta como média 29 dias de vida e G2 3 dias de vida, dados relevantes a serem discutidos neste estudo. Pode-se analisar que os fatores idade gestacional e peso ao nascimento apresentam resultados expressivos, inferindo assim que, possam influenciar na presença, debilidade ou ausência dos reflexos orais nos RNPTs e RNTs. Quanto à idade da mãe, verifica-se que os valores foram equilibrados entre os grupos em relação à incidência de mães adolescentes e adultas a terem bebês.

Quanto ao tipo de parto (tabela 2), verifica-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à condição do parto, ou seja, os grupos são homogêneos, confirmando que a variável foi controlada.

**Tabela 1** - Caracterização da idade, idade gestacional, idade corrigida, peso e comprimento ao nascimento, idade da mãe para os 2 grupos analisados - Natal, RN. 2012.

		<b>G1</b>	<b>G2</b>
<b>IDADE</b> (dias de vida)	<i>Média</i>	29,08	3,00
	<i>Mediana</i>	25,00	2,00
	<i>Desvio Padrão</i>	25,061	3,646
	<i>Mínimo</i>	1	1
	<i>Máximo</i>	105	20
<b>IDADE GESTACIONAL</b> (dias/semanas)	<i>Média</i>	32,164	39,344
	<i>Mediana</i>	33,300	39,150
	<i>Desvio Padrão</i>	3,0029	1,2376
	<i>Mínimo</i>	24,2	37,1
	<i>Máximo</i>	36,5	42,1
<b>IDADE CORRIGIDA</b> (dias/semanas)	<i>Média</i>	36,308	
	<i>Mediana</i>	35,600	
	<i>Desvio Padrão</i>	2,4411	
	<i>Mínimo</i>	32,4	
	<i>Máximo</i>	40,6	
<b>PESO AO NASCIMENTO</b> (gramas)	<i>Média</i>	1549,24	3375,78
	<i>Mediana</i>	1442,00	3472,50
	<i>Desvio Padrão</i>	538,609	525,396
	<i>Mínimo</i>	614	2195
	<i>Máximo</i>	2898	4500
<b>COMPRIENTO AO NASCIMENTO</b> (centímetros)	<i>Média</i>	39,52	49,016
	<i>Mediana</i>	39,00	49,000
	<i>Desvio Padrão</i>	4,043	2,5918
	<i>Mínimo</i>	32	43,0
	<i>Máximo</i>	50	54,0
<b>IDADE MÃE</b> (anos)	<i>Média</i>	27,36	25,28
	<i>Mediana</i>	27,00	23,50
	<i>Desvio Padrão</i>	8,426	7,489
	<i>Mínimo</i>	13	14
	<i>Máximo</i>	44	44

**Tabela 2** - Caracterização do parto para os 2 grupos analisados - Natal, RN. 2012.

		<b>G1</b>		<b>G2</b>		<b>P</b>
		n	%	n	%	(valor)
<b>PARTO</b>	<i>Normal</i>	11	44,0	14	43,8	1,000*
	<i>Cesário</i>	14	56,0	18	56,2	
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	

\**Teste do Qui-Quadrado*

Ao analisar as condições gerais ao nascimento (tabela 3) verifica-se associação entre a prematuridade e as condições ao nascer, RNPT apresentam piores condições ao nascimento do que os RNT ( $p < 0,05$ ).

Em relação às intercorrências neonatais (tabela 4), foram analisadas em seu amplo com mais de 100% do total, para uma melhor visualização da ocorrência da variável entre os grupos de bebês pré-termo e a termo, podendo ocorrer mais de uma intercorrência para cada sujeito da pesquisa. Obteve-se que o G1 apresenta elevado percentual em “permanência em

incubadora” e “permanência em UTI neonatal”, enquanto o G2 dos 32 indivíduos, 27 não apresentam intercorrência.

**Tabela 3** - Caracterização das condições ao nascimento para os 2 grupos analisados - Natal, RN. 2012.

		G1		G2		P (valor)
		n	%	n	%	
<b>CONDIÇÕES AO NASCER</b>	<i>Boas</i>	15	60,0	31	96,9	<b>0,001**</b>
	<i>Ruins</i>	10	40,0	1	3,1	
<b>TOTAL</b>		25	100,0	32	100,0	

\*\**Teste do Exato de Fisher*

**Tabela 4** - Caracterização das intercorrências para os 2 grupos analisados - Natal, RN. 2012.

		G1		G2	
		n	%	n	%
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	<i>Permanência em incubadora</i>	20	80,0	2	6,2
	<i>Convulsões neonatais</i>	2	8,0	2	6,2
	<i>Permanência em UTI neonatal</i>	23	92,0	3	9,4
	<i>Ventilação mecânica</i>	9	36,0	1	3,1
	<i>Manobras de reanimação</i>	2	8,0	0	0,0
	<i>Outras</i>	1	4,0	2	6,2
	<i>Nenhuma</i>	1	4,0	27	84,4

A ocorrência de problema respiratório foi apresentada na tabela 5 e verifica-se associação entre prematuridade e problema respiratório. Os RNPTs apresentam mais ocorrência de complicações respiratórias do que os RNTs ( $p < 0,001$ ).

Quanto o estado de organização comportamental (tabela 6), constata-se que, somente no resultado referente ao estado de consciência existe associação entre os grupos 1 e 2, em que RNPT apresenta maior alteração do estado de consciência do que RNT.

Os reflexos orais são apresentados na tabela 7 e verifica-se associação entre prematuridade e os reflexos de busca e sucção, em que G1 possui mais alteração nos reflexos de busca e sucção do que G2 ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 5** - Ocorrência de problema respiratório para os 2 grupos analisados - Natal, RN. 2012.

		G1		G2		p (valor)
		n	%	n	%	
<b>PROBLEMA RESPIRATÓRIO</b>	<i>Sim</i>	24	96,0	5	15,6	<b>0,000*</b>
	<i>Não</i>	1	4,0	27	84,4	
<b>TOTAL</b>		25	100,0	32	100,0	

\**Teste do Qui-Quadrado*

**Tabela 6** - Caracterização do estado de organização comportamental para os 2 grupos analisados - Natal, RN. 2012.

		G1		G2		p (valor)	
		n	%	n	%		
ESTADO DE ORGANIZAÇÃO COMPORTAMENTAL	CONSCIÊNCIA	<i>Alerta</i>	9	36,0	27	84,4	<b>0,001*</b>
		<i>Não alerta</i>	16	64,0	5	15,6	
		<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
	TÔNUS	<i>Normotonia</i>	24	96,0	32	100,0	0,439**
		<i>Hipotonia</i>	1	4,0	0	0,0	
		<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
	POSTURA	<i>Flexão</i>	13	52,0	21	65,6	0,442*
		<i>Semiflexão</i>	12	48,0	11	34,4	
		<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	

\**Teste do Qui-Quadrado*

\*\**Teste do Exato de Fisher*

**Tabela 7** - Caracterização dos reflexos orais para os 2 grupos analisados - Natal, RN. 2012.

		G1		G2		P (valor)
		n	%	n	%	
MORDIDA	<i>Presente</i>	13	52,0	21	65,6	0,442*
	<i>Ausente</i>	12	48,0	11	34,4	
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
VÔMITO	<i>Ausente</i>	25	100,0	32	100,0	
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
TOSSE	<i>Ausente</i>	25	100,0	32	100,0	
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
BUSCA	<i>Adequado</i>	10	40,0	25	78,1	<b>0,008*</b>
	<i>Inadequado</i>	15	60,0	7	21,9	
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
SUCÇÃO	<i>Presente</i>	17	68,0	29	90,6	<b>0,045**</b>
	<i>Débil</i>	8	32,0	3	9,4	
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
DEGLUTIÇÃO	<i>Presente</i>	24	96,0	32	100,0	0,439**
	<i>Débil</i>	1	4,0	0	0,0	
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	

\**Teste do Qui-Quadrado*

\*\**Teste do Exato de Fisher*

Quanto à sucção não-nutritiva (tabela 8), verifica-se que existe associação entre prematuridade e sucção não-nutritiva nos parâmetros postura oral da língua, movimentação da língua, mandíbula, manutenção do estado de alerta, ritmo e força. Os RNPT apresentaram mais alterações do que os RNT ( $p < 0,05$ ). No G1, dos 5 RNPT com presença de sinais de estresse durante a sucção não-nutritiva, 3 apresentaram tremor de língua ou mandíbula (12%),

1 soluço (4%) e 1 choro (4%). No G2, o RNT com presença de sinais de estresse apresentou choro (3,1%).

**Tabela 8** - Caracterização da sucção não-nutritiva para os 2 grupos analisados - Natal, RN. 2012.

		G1		G2		p (valor)	
		n	%	n	%		
<b>SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA</b>	LÍNGUA	<i>Adequada</i>	6	24,0	19	59,4	<b>0,016*</b>
		<i>Inadequada</i>	19	76,0	13	40,6	
		<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
	LÁBIOS	<i>Vedados</i>	20	80,0	28	87,5	0,485**
		<i>Entreabertos</i>	5	20,0	4	12,5	
		<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
	MOVIMENTAÇÃO DA LÍNGUA	<i>Adequada</i>	9	36,0	23	71,9	<b>0,015*</b>
		<i>Alterada</i>	16	64,0	9	28,1	
		<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
	CANOLAMENTO DA LÍNGUA	<i>Presente</i>	12	48,0	22	68,7	0,189*
		<i>Ausente</i>	13	52,0	10	31,3	
		<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	
	MANDÍBULA	<i>Adequada</i>	8	32,0	24	75,0	<b>0,003*</b>
		<i>Inadequada</i>	17	68,0	8	25,0	
<b>TOTAL</b>		25	100,0	32	100,0		
MANUTENÇÃO DO ESTADO DE ALERTA	<i>Sim</i>	8	32,0	27	84,4	<b>0,000*</b>	
	<i>Não</i>	17	68,0	5	15,6		
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0		
RITMO	<i>Normal</i>	8	32,0	20	62,5	<b>0,044*</b>	
	<i>Alterado</i>	17	68,0	12	37,5		
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0		
FORÇA	<i>Adequada</i>	6	24,0	20	62,5	<b>0,009*</b>	
	<i>Inadequada</i>	19	76,0	12	37,5		
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0		
PAUSAS	<i>Rítmicas</i>	3	12,0	11	34,4	0,102*	
	<i>Alteradas</i>	22	88,0	21	65,6		
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0		
SINAIS DE ESTRESSE	<i>Ausente</i>	20	80,0	31	96,9	0,077**	
	<i>Até 3</i>	5	20,0	1	3,1		
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0		

\**Teste do Qui-Quadrado*

\*\**Teste do Exato de Fisher*

Existe associação entre prematuridade e uso de sonda de alimentação (tabela 9). RNPT tiveram mais indicação de sonda do que RNT ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 9** - Uso de sonda para os 2 grupos analisados - Natal, RN. 2012.

		G1		G2		p (valor)
		n	%	n	%	
<b>SONDA</b>	<i>Sim</i>	23	92,0	3	9,4	<b>0,000*</b>
	<i>Não</i>	2	8,0	29	90,6	
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0	

\**Teste do Qui-Quadrado*

A tabela 10 apresenta a forma de alimentação ao nascer e atual para os 2 grupos analisados, cabe ressaltar que os resultados apresentam mais de 100% do total, pois cada sujeito pode apresentar mais de uma variável. Observa-se que os indivíduos pré-termo apresentam uma transição favorável da sonda para o copinho e seio materno, já que de uma

amostra de 25 sujeitos incluídos no G1, 23 indivíduos apresentam sonda (ao nascer) e 11 (atual). No G2 constatou-se porcentagem elevada da forma de alimentação “seio materno” tanto ao nascer quanto atual. Verifica-se maior frequência da posição “semi-sentado” em relação à postura alimentar atual entre os grupos (tabela 11).

**Tabela 10** - Caracterização da forma de alimentação ao nascer e atual para os 2 grupos analisados - Natal, RN, 2012.

			G1		G2	
			n	%	n	%
<b>FORMA DE ALIMENTAÇÃO</b>	AO NASCER	<i>Seio materno</i>	3	12,0	27	84,4
		<i>Copinho</i>	8	32,0	6	18,7
		<i>Sonda</i>	23	92,0	3	9,4
	ATUAL	<i>Seio materno</i>	15	60,0	31	96,8
		<i>Copinho</i>	13	52,0	3	9,4
			11	44,0	1	3,1

**Tabela 11** - Caracterização da postura alimentar atual para os 2 grupos analisados - Natal, RN, 2012.

		G1		G2	
		n	%	n	%
<b>POSTURA ALIMENTAR ATUAL</b>	<i>Sentado</i>	1	4,0	1	3,1
	<i>Semi-sentado</i>	24	96,0	30	93,8
	<i>Deitado</i>	0	0,0	1	3,1
	<b>TOTAL</b>	25	100,0	32	100,0

## DISCUSSÃO

No presente estudo, foi observado uma diferença quanto à idade de vida em dias do recém-nascido, em que o RNPT encontrava-se mais tempo internado na maternidade, fazendo inferência de que, este necessita de maiores cuidados ao nascimento por causa das intercorrências e complicações ofertadas durante o período neonatal.

Analisamos quanto ao gênero, que dos 25 RNPT, 16 (64%) eram do sexo masculino, com média de idade gestacional 32,164 semanas/dias (*tabela 1*) e de peso ao nascimento 1549,24 gramas (*tabela 1*), apresentando dados semelhantes quando comparado ao estudo de Ruedell et al.<sup>24</sup>, em que foram avaliadas as habilidades orais de 14 crianças nascidas pré-termo, sendo 71,4% do sexo masculino e que, apresentaram média de idade gestacional 31,6 semanas/dias e de peso ao nascer de 1556 gramas.

Segundo Modes e Almeida<sup>10</sup> os riscos ao RN aumentam à medida que diminui o peso ao nascimento e a idade gestacional e, quanto maior for o desvio apresentado mais grave será o efeito sobre a morbidade e mortalidade. Mas ainda ressaltam que, atualmente RNs com peso inferior a 1,000 gramas quando nascidos em centros de maior complexidade, evoluem bem e recebem alta, apesar do tempo prolongado de hospitalização.

Barros, Araújo e Lins<sup>17</sup>, em sua pesquisa, investigaram os aspectos do sistema sensorio motor oral de RNPT de mães adolescentes e não adolescentes, em que, os RNTPs de mães não adolescentes tiveram maior frequência dos reflexos orais de sucção (44%), procura (22%) e deglutição (44%), ratificando a hipótese que a imaturidade das mães adolescentes pode interferir no desenvolvimento do sistema sensorio motor oral. No entanto, no atual estudo, observou-se quanto à idade materna um equilíbrio entre os grupos de RNPT e a RNT em relação à incidência de mães adolescentes e adultas, não sendo realizada inferência entre os reflexos orais e a idade da mãe.

Em relação à concepção do parto não houve diferença significativa entre os grupos, apresentando-se homogêneos. Pode-se inferir assim que, esse fator não foi preponderante para a determinação da presença, debilidade ou ausência dos reflexos orais em bebês, como objetiva este estudo.

Os RNPT necessitam de intervenção fonoaudiológica precoce, por apresentarem disfunção respiratória importante, requerendo assim, cuidados especiais na oferta da alimentação<sup>25</sup>. Isso pode ser observado neste estudo, em que na população de 25 bebês do G1, 24 apresentaram alterações respiratórias (*tabela 5*), e 9 fizeram uso de ventilação mecânica (*tabela 4*), diferentemente do G2 que dos 32 indivíduos, 27 não apresentaram alteração respiratória (*tabela 5*). Pode-se ressaltar que, houve associação entre prematuridade e problema respiratório ( $p < 0,001$ ). Também houve associação ( $p < 0,05$ ) entre a prematuridade e as condições ao nascimento (*tabela 3*), supondo-se que, os bebês que nasceram com condições desfavoráveis foram os que apresentaram as intercorrências respiratórias, fator esse também significativo para o estudo.

Hernandez<sup>18</sup> elucida que no RNPT, devido ao estado incompleto de seu desenvolvimento e crescimento, suas funções vitais podem encontrar-se comprometidas e assim, apresentam grande predisposição para desenvolver complicações clínicas.

Medeiros et al.<sup>2</sup> explicam que os RNPTs deverão frequentar as unidades de altos risco para cuidados médicos hospitalares, já que são indivíduos que apresentam alterações respiratórias, cardiovasculares, malformações e infecções congênitas, hematológicas, metabólicas, neurológicas, necessidade de nutrição parental. Corroborando com este estudo, que apresentou 20 recém-nascidos prematuros com permanência em incubadora e 23 na UTI neonatal (*tabela 4*).

O prematuro é ser tão pequeno e indefeso que carece assim, de um suporte respiratório, nutricional, maternal necessário para a sua sobrevivência. É imprescindível que uma equipe interdisciplinar o acompanhe desde o seu nascimento, principalmente o profissional fonoaudiólogo, a fim de que, obtenha-se um prognóstico satisfatório em seu desenvolvimento. Isso pode ser justificado em concordância com a literatura, em que para Modes e Almeida<sup>10</sup> as equipes sob uma visão interdisciplinar de saúde integram-se, no intuito de, melhorar qualitativamente e quantitativamente as condições de vida do bebê durante o período de internação, favorecendo a alta mais rapidamente.

A sucção desempenha um papel fundamental na vida dos recém-nascidos em seus primeiros meses de vida. Após o nascimento tem sido possível observar movimentação de boca, ainda que de maneira desorganizada e débil, em RNs de 27 a 28 semanas de IG<sup>25</sup>. Para o desenvolvimento do padrão de sucção em recém-nascido pré-termo no período neonatal é primordial não só para o estabelecimento de uma sucção adequada, mas também para o desenvolvimento motor oral<sup>22</sup>. Analisou-se que houve associação entre prematuridade e os reflexos de busca e sucção ( $p < 0,05$ ), diferentemente do reflexo de mordida, que não houve significância estatística.

Foi analisado um elevado percentual de RN com presença do reflexo de deglutição em ambos os grupos, com 24 (96%) para o G1 e 32 (100%) para o G2 (*tabela 6*), podendo-se inferir, que o controle da deglutição pode ser de predomínio de tronco encefálico, estando presente independente do reflexo de sucção. Corroborando com Madureira<sup>5</sup> que a deglutição é propriedade de uma série de neurônios precisamente interconectados, que dependem da atividade dos neurônios do tronco cerebral pertencentes a um centro de deglutição, conhecido como “centro rombencefálico”.

No estudo de Ruedell et al.<sup>24</sup>, com 14 crianças nascidas pré-termo aos 4 e 6 meses de idade corrigida, com idade gestacional entre 29 e 35 semanas, foi encontrado como resultados adequados aos 4 meses movimentos da língua (92,8%), vedamento labial (71,4%), mandíbula (100%) e, aos 6 meses (85,8%) vedamento labial. Segundo Neiva e Leoni<sup>26</sup> com o

passar do tempo e o aumento da IG corrigida, o processo de maturação para a capacidade de sucção do RN evolui, assim como também, as estruturas orais que estão interligadas intimamente a esse processo.

A resposta do estímulo na sucção não-nutritiva pode variar de acordo com o estado de consciência, padrão maturacional, idade, e saciedade do RN<sup>25</sup>. O estado de consciência (*tabelas 6 e 8*) avaliado neste estudo antes e durante a avaliação de SNN foi um fator relevante, em que houve associação ( $p<0,05$ ) quando associada à prematuridade, favorecendo a uma inadequação dos reflexos orais na avaliação.

Hernandez<sup>11</sup> esclarece que a ação de sugar é uma coordenação da língua, do hioide, dos músculos da mandíbula e do lábio inferior. Pode-se deduzir que, quanto mais cedo o bebê sugar, mais condições ele terá para desenvolver apropriadamente os seus órgãos fonarticulatórios. Degan<sup>13</sup> ressalta que a presença da sucção ao nascimento pode indicar maturidade e boa função neurológica.

Segundo Rios<sup>27</sup> o RN prematuro e de alto risco tem dificuldade de alimentação, apresentando reduzida mobilidade de língua, exagerada excursão de mandíbula, vedamento labial frouxo, almofadas de gorduras diminuídas. Corroborando em parte com este estudo, que apresentou associação significativa entre prematuridade e alteração da movimentação de língua e de mandíbula, mas não apresentou associação significativa entre prematuridade e lábios vedados (*tabela 8*).

O número de sugadas por pausa, a presença ou ausência de pausas espontâneas, tempo médio das pausas, a relação sucção-deglutição-respiração, bem como a manutenção de condições fisiológicas estáveis durante todo o período são importantes fontes indicativas da prontidão do bebê para se alimentar por VO. Quando as pausas são muito longas, intercaladas de poucas sucções pode-se supor imaturidade ou fadiga, ou alguma condição clínica<sup>25</sup>. Para uma alimentação segura e adequada, o RNPT tem que apresentar uma sucção com ritmo e coordenação<sup>22</sup>. O ritmo de sucção é estabelecido por cada bebê e varia em relação aos grupos de eclosões de sugadas<sup>10</sup>. Em comparação a esse dois parâmetros aqui citados, durante a sucção não-nutritiva houve associação estatística significativa entre prematuridade e ritmo de sucção alterado. Ressalta-se aqui também, que a força durante sucção encontrou associação significativa entre prematuridade e força inadequada neste estudo (*tabela 8*).

O tremor de língua é um indício significativo de esgotamento do RN<sup>25</sup>, observou-se neste estudo, que dos 25 RNPT, 3 tiveram tremores de língua e ou mandíbula associado como sinal de estresse (*tabela 8*).

Embora os RNTs tenham apresentado um percentual de presença de reflexos orais mais elevados em comparação com os RNPT, alguns obtiveram valores aquém do esperado, principalmente no aspecto das pausas, que dos 32 sujeitos 21 encontraram alteração (*tabela 8*); pode-se supor que, como a maior parte dos RNT foram avaliados com menos de 48h de vida, esse fator possa ter influenciado para este resultado.

Rocha e Delgado<sup>4</sup> explanam que a nutrição enteral é indicada para RNPT que são impedidos de ser amamentados em consequência dos déficits maturacionais fisiológicos. Essa imaturidade apresenta como resultado a incoordenação na sucção-respiração-deglutição, o que representa também dificuldade de alimentação por via oral, sendo necessária utilização de alimentação enteral, através de sondas nasogástrica (SNG) ou orogástrica (SOG), pelas quais o alimento é depositado diretamente no tubo digestivo do RN.

Observou-se frequência elevada de recém-nascidos prematuros que fizeram ou ainda faziam uso da sonda no momento da avaliação da sucção não-nutritiva, por apresentarem imaturidade de suas estruturas orais dificultando assim, a alimentação por via oral. No G1, 92% RNPT fizeram uso da sonda enquanto no G2 apenas 9,4% RNT fizeram uso (*tabela 9*), havendo associação entre uso de sonda e prematuridade ( $p<0,001$ ).

Medeiros et al.<sup>2</sup> ressaltam que a utilização da sonda por um determinado tempo oferece benefícios para o RN, pois ele continua a receber nutrientes essenciais sem fazer esforço por via oral, que em muitos casos pode levar o bebê a perda de peso ou ao ganho de peso mais lento. Segundo Rios<sup>27</sup> dependendo do tipo de calibre da sonda utilizada na prática clínica, o bebê pode apresentar desconforto, protrusão de língua e dificuldade de vedamento labial. Vale salientar, que nesse estudo como referido anteriormente, os bebês não apresentaram dificuldade de vedamento labial, pelo contrário, obtiveram um alto percentual de adequação de sua função, mesmo os RNPT que fizeram uso da sonda, diferentemente do que ocorreu com a função da língua.

Observou-se que os indivíduos pré-termo apresentaram uma transição favorável da sonda para o copinho e seio materno, já que de uma amostra de 25 RNPT incluídos no G1, 23 apresentaram uso de sonda (ao nascer) e 11 (atual) e; no G2 constatou-se porcentagem elevada da forma de alimentação “seio materno” tanto ao nascer quanto atual, o que se supõe como resultado esperado pelos aspectos maturacionais desses sujeitos, dados demonstrados na *tabela 10*.

Neiva<sup>20</sup> evidencia que a sucção no seio materno é a maneira mais adequada para propiciar o desenvolvimento morto-oral e o estabelecimento correto das funções realizadas pelos órgãos fonoarticulatórios; assim como para Junqueira<sup>7</sup> que, durante a sucção todas as estruturas orais (lábios, língua, bochecha, ossos, músculos da face) se desenvolvem e se fortalecem; apresentando essas estruturas, papel primordial na fala, mastigação, deglutição, respiração.

Monreal et al.<sup>28</sup> explicam que o RN deve permanecer próximo ao corpo da mãe, com a cabeça inclinada entre o braço e o antebraço, com o cotovelo levemente elevado, ressaltando a importância dessa posição, devido ao formato da tuba auditiva e a possibilidade de ocorrência de otites caso o leite escoe para o ouvido médio (OM), corroborando com este estudo, em que houve maior incidência da postura alimentar atual entre os grupos na posição “semi-sentado”, com 24 bebês (96%) do G1 e 30 (93,8%) do G2 (*tabela 11*), posição adequada para que a alimentação do RN ocorra de forma satisfatória sem intercorrências. E, em relação ao estado de organização comportamental “tônus” observou-se um elevado percentual de bebês em “normotonia” em ambos os grupos, com 24 (96%) para o G1 e 32 (100%) para o G2 (*tabela 6*).

Faz-se necessário conhecer um pouco das relações existentes entre as partes do corpo do bebê e do desempenho do complexo orofacial na alimentação para uma melhor compreensão. Pois, a instabilidade corporal presente nos primeiros meses de vida, expõe o RN a riscos no momento da nutrição. Ao assumir uma postura de flexão exagerada de cabeça poderá trazer problemas para a movimentação adequada da língua e mandíbula, para o posicionamento dos lábios, para a realização da sucção e da deglutição, comprometendo assim, a alimentação<sup>29</sup>.

O desenvolvimento motor-oral está intimamente relacionado à técnica de alimentação utilizada, sendo através da sucção, efetuada nos primeiros meses de vida, que as habilidades motoras orais se aprimoram<sup>20</sup>.

## CONCLUSÃO

Por meio dos resultados apresentados neste estudo, constatou-se que, em relação aos reflexos de busca, mordida e sucção, a maior parte dos recém-nascidos a termo apresentaram presença dos reflexos orais avaliados, enquanto que, os recém-nascidos pré-termo apresentaram alteração. Verificou-se associação entre prematuridade e alteração dos

reflexos de busca e sucção. Ressalta-se que o fator da prematuridade apresentou papel preponderante na presença, debilidade ou ausência dos reflexos orais.

Os RNPTs apresentaram maior percentual de inadequação dos aspectos avaliados durante a realização da sucção não-nutritiva, quando comparados aos RNTs. O RNPT apresentou alteração do padrão respiratório; maior percentual do uso de sonda; condição ao nascimento ruim; estado de consciência mais frequente o sono leve e não mantém o estado de alerta; debilidade do reflexo de sucção; inadequação do reflexo de busca, postura oral da língua, mandíbula e padrão da força de sucção e alteração da movimentação da língua e padrão do ritmo da sucção.

Pode-se confirmar que as intercorrências e complicações apresentadas durante o período neonatal e, os déficits maturacionais fisiológicos e neurológicos são outros fatores que podem influenciar na presença, debilidade ou ausência dos reflexos orais nos RNPT deste estudo. Já em relação à idade gestacional e o peso ao nascimento podemos apenas inferir que quando apresentados valores aquém do esperado, o indivíduo estará mais propenso a apresentar dificuldade na realização dos reflexos orais.

## **REFERÊNCIAS**

1. Neiva F. Neonatologia: papel do fonoaudiólogo no berçário. In: Comitê de Motricidade Orofacial editor. Motricidade Orofacial como atuam os especialistas. São José dos Campos: Pulso; 2004. p. 235-42.
2. Medeiros A, Oliveira K, Bittencourt A, Alves P, Araripe A, Cardoso M, et al. Caracterização da atuação em berçário neonatal: uma visão fonoaudiológica. In: Marchesan I, Zorzi J, editors. Tópicos em Fonoaudiologia 2002/2003. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 293-308.
3. Rios I. Estimulação de sucção para recém-nascido de alto risco. In: Marchesan I, editor. Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade orofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 11-8.
4. Rocha MS, Delgado SE. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo com gastroquise. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12:55-62.
5. Madureira D. Deglutição em neonatos. In: Fernandes F, Mendes B, Navas A, editors. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo Roca; 2009. p. 587-96.
6. Assencio-Ferreira V. Patologia neurológica do recém-nascido. In: Hernandez A, editor. Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 25-30.
7. Junqueira P. Amamentação, hábitos orais e mastigação: Orientações, cuidados e dicas. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 33
8. Tanigute C. Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: Marchesan I, editor. Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade orofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-10.

9. Granja L. Desenvolvimento do sistema estomatognático na infância. In: Silva HJ, Cunha D, editores. O Sistema Estomatognático: anatomofisiologia e desenvolvimento. São José dos Campos: Pulso; 2011. p. 91-100.
10. Modes L, Almeida E. Avaliação e intervenção fonoaudiológica em recém-nascido de alto risco com dificuldades na dieta via oral. In: Almeida E, Modes L, editores. Leitura do prontuário: avaliação e conduta fonoaudiológica com o recém-nato de risco. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 23-35.
11. Hernandez A. Atuação fonoaudiológica com o sistema estomatognático e a função da alimentação. In: Hernandez A, editor. Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 47-78.
12. Bitar M. Tentando compreender os hábitos orais. In: Comitê de Motricidade Orofacial, editor. Motricidade Orofacial como atuam os especialistas. São José dos Campos: Pulso; 2004. p. 87-92.
13. Degan V, Boni R. Fisiologia da sucção. In: Degan V, editor. Hábitos de sucção, chupeta e mamadeira. São José dos Campos: Pulso; 2004. p. 13-6.
14. Falcão M. Terapia nutricional do recém-nascido. In: Hernandez A, editor. Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 35-46.
15. Mendonça L, Menezes M, Rolim K, Lima F. Cuidados ao recém-nascido prematuro em uso de sonda orogástrica: conhecimento da equipe de enfermagem. Rev Rene. 2010;11:178-85.
16. Almeida E, Terra E, Holzer S, Benetti L, Gierwiatowski A, Gutierrez F. neonatal: explicação detalhada das siglas, terminologia e patologias. In: Almeida E, Modes L, editores. Leitura do prontuário avaliação e conduta fonoaudiológica com o recém-nato de risco. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 1-21.
17. Barros PML, Araújo CMT, Lins LCB. Atuação fonoaudiológica em bebês pré-termos de mães adolescentes: uma nova realidade. Rev CEFAC. 2008;10:520-7.
18. Hernandez A. O neonato de alto risco: Proposta de intervenção global. In: Hernandez A, editor. Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 15-24.
19. Pinto EB. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. Psicol Repl Crít. 2009;22:76-85.
20. Neiva F. Aleitamento materno em recém-nascido. In: Hernandez A, editor. Conhecimentos essenciais para atender bem: o neonato. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 97-106.
21. Calado DFB, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. Rev CEFAC. 2012;14:176-81.

22. Neiva FCB, Leone CR. Efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev Paul Pediatr.* 2007;25:129-34.
23. Fujinaga CI, Scochi CGS, Santos CB, Zamberlan NE, Leite AM. Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2008;8:391-9.
24. Ruedell AM, Haeffner LSB, Silveira LM, Keske-Soares M, Weinmann ARM. Avaliação de habilidades orais de crianças nascidas pré-termo. *Rev CEFAC.* 2011;13:407-13.
25. Hernandez A. Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactantes disfágicos. In: Hernandez A, Marchesan I, editors. *Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar.* Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 1-38.
26. Neiva FCB, Leone CR. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2006;18:141-50.
27. Rios I. Técnicas de sucção nutritiva para recém-nascido prematuro. In: Rios I, editor. *Conhecimentos essenciais para atender bem em Fonoaudiologia Hospitalar.* São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 83-8.
28. Monreal M, Ferrari R, Bruder C, Porto L. Orientação à lactante quanto aos hábitos orais. In: Rios I, editor. *Conhecimentos essenciais para atender bem em Fonoaudiologia Hospitalar.* São José dos Campos; 2003. p. 89-96.
29. Telles M. Importância do posicionamento do bebê no momento da alimentação. In: Hitos S, Periotto M, editors. *Amamentação Atuação Fonoaudiológica: uma abordagem prática e atual.* Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p. 87-100.