UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

AMANDA BURGEMEISTER

**Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião
de profissionais e efetividade da técnica**

BAURU
2018

AMANDA BURGEMEISTER

**Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião
de profissionais e efetividade da técnica**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientador: Prof. Dr. Giédre Berretin-Felix

Versão corrigida

BAURU
2018

B91u Burgemeister, Amanda
 Uso do copo na alimentação do recém-nascido
 pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da
 técnica / Amanda Burgemeister. – Bauru, 2018.
 146 p. : il. ; 31cm.

 Dissertação (Mestrado) – Faculdade de
 Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

 Orientador: Prof. Dr. Giédre Berretin-Felix

Nota: A versão original desta dissertação/tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 2.036.831
Data: 27/04/2017

(Cole a cópia de sua folha de aprovação aqui)

DEDICATÓRIA

À minha família, mãe **Jaqueline**, vó **Terezinha** e irmã **Laís**
por estarem ao meu lado dizendo que no final tudo iria dar certo...

Ao meu noivo marido **Gustavo**
por não me deixar desistir
e por estar ao meu lado nas grandes mudanças da vida...

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por estar ao meu lado sempre.

À Professora **Giédre Berretin-Felix** pela condução brilhante durante essa caminhada.

Ao Professor **Lourenço Chacon**, eterno mestre, que apesar da distância e sem nem saber, seus ensinamentos estiveram presentes durante minha escrita neste trabalho.

Às fonoaudiólogas parceiras deste estudo (**Amanda Elias Mendes, Ana Paula Duca, Charmiane Almeida, Daisy Cristina Guerra, Thaís Rosa e Wanessa Macedo de Medeiros**), pois sem a dedicação e carinho de vocês na coleta dos dados nada seria possível.

Às fonoaudiólogas amigas e avaliadoras **Camila Paiva Santos e Kátia Akiko Doi Uema**, por poder contar com vocês nesse momento tão importante do estudo e pela prontidão em me auxiliar no que fosse preciso.

À amiga **Aline Ahmad Bakr** pela colaboração internacional na tradução do resumo e por sempre poder contar.

À amiga **Fernanda Cardoso de Lima** pelas doses de ânimo sempre com seu alto astral.

À amiga **Aline Debastiani** que me deu suporte emocional e dividiu seu lar comigo durante essa jornada.

Aos **colegas de mestrado** que tanto responderam minhas perguntas à distância.

Aos **bebês**, suas **mães** e **profissionais** que acreditaram nesse estudo e aceitaram dar sua valiosa contribuição.

*"O valor das metas futuras não reside na imagem do futuro que se cria
na mente, mas sim na mudança que elas provocam no presente"*

David Allen

RESUMO

Introdução: O copo vem sendo utilizado e recomendado como método alternativo de alimentação de bebês quando, por algum motivo, estes ainda não podem ser amamentados, sendo importante conhecer melhor a técnica aplicada pelos profissionais para alimentar os recém-nascidos pré-termo (RNPT) nas unidades de terapia intensiva (UTIs) neonatais. **Objetivos:** Investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo, avaliar o uso do copo pelos profissionais que atuam na UTI neonatal, e verificar a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população. **Materiais e método:** Os dados foram coletados em UTIs neonatais de seis hospitais de diferentes regiões do Brasil. Foi aplicado um questionário sobre a técnica do copo a 58 profissionais e realizada filmagem de 32 RNPT durante a alimentação com o copo. Os questionários foram submetidos à análise de conteúdo. As filmagens foram analisadas quanto à aplicação da técnica, eficiência e segurança da deglutição. Os dados passaram por análise descritiva e estatística ($p < 0,05$). Utilizou-se os testes Correlação de Spearman, Teste de Mann-Whitney, Teste de Kruskal-Wallis e Teste Qui-Quadrado. **Resultados:** O questionário foi respondido por sete fonoaudiólogos, dez enfermeiros, 12 médicos e 29 auxiliares/técnicos de enfermagem. A maioria dos profissionais relatou usar a técnica para evitar confusão de bicos (58,62%), não ter recebido treinamento (62,07%), não ter dificuldade para executá-la (69,94%), porém, usar estratégias/recursos quando necessário (60,34%); consideraram a técnica segura (62,06%), mas não o melhor método de alimentação (56,90%) porque os bebês apresentam dificuldades para alimentar-se com ela (75,86%). Na avaliação da técnica, a maioria não aceitou todo o volume prescrito (75%), utilizou-se copo plástico (80%), posicionado acima da língua do RN (96,87%) e todos ofereceram pausas aos RNs. Os RNPT encontravam-se em estado de alerta e posição inclinada. Quanto à eficiência, houve predominância de RNPT que não apresentaram movimento de server (84,37%), com pouco escape (56,25%). Quanto à segurança, não houve alteração no nível de saturação de oxigênio, a maioria não alterou o padrão respiratório (59,37%), nem foi observado engasgo (71,87%) e tosse (75%). Observou-se correlação positiva entre tempo de oferta e volume aceito. O volume aceito por bebês que apresentaram movimento de server foi

significativamente menor aos que não apresentaram. Bebês com muito escape tiveram tempo de via oral significativamente menor aos que apresentaram pouco ou ausência de escape. **Conclusão:** A maioria dos profissionais investigados não receberam treinamento, não referiram dificuldades na execução, mas afirmaram que os bebês apresentam dificuldade em alimentar-se com copo, consideram o uso do copo seguro, mas não o melhor método de alimentação. A avaliação do uso do copo permitiu concluir que a oferta de alimento foi realizada por auxiliares/técnicos de enfermagem, em copo plástico, com os bebês em estado de consciência e posição corporal adequados, porém, com incorreta execução. Além disso, a técnica se mostrou segura, porém, ineficiente, pois sua execução não proporcionou ingestão do volume adequado prescrito devido a administração inadequada, por profissionais sem treinamento adequado.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Métodos de Alimentação. Prematuro. UTI Neonatal.

ABSTRACT

Cup-feeding for premature infants: Professional opinion and control feeding efficacy

Introduction: Cup-feeding is an alternative method of feeding infant breastmilk when the baby is reluctant or refuses to latch. In order to promote protection and support for the infants, it's important to ensure that the cup feeding technic is done safely by heath care providers in the neonatal intensive care unit (NICU). **Objectives:** The aims of this study were to verify and assess the feeding cup practices and techniques currently being used by healthcare NICU professionals, and to explore the opinions and beliefs of health professionals with regard this method. **Subjects and methods:** Neonatal intensive care units of six Brazilian hospitals agreed to participate in this study. A cup-feeding technic questionnaire was administered to 58 healthcare professionals and 32 NICU healthcare professionals were filmed while cup feeding premature infants. The questionnaires and the efficacy and efficiency cup-feeding method used by the healthcare professionals were analyzed. Descriptive and inferential statistics was used to analysis the data on this study ($P < 0,05$). This study was also analyzed using spearman rank correlation test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test, and Qui-Quadrado test. **Results:** The questionnaire was answered by seven speech-therapists, ten nurses, 12 physicians, and 29 certified nursing assistants. Most of the healthcare professionals stated to use the cup-feeding method to avoid nipple confusion (58,62%). Over half of healthcare professionals were not trained on how to use cup-feeding method (62,06%). However, most of the professionals stated to not have difficulties using the method (62,07%). Nevertheless, not all of the professionals use the method when it is appropriated (60,34%). Most of the healthcare professionals consider cup-feeding a safe method (62,06%); but not the best method to feed the infant (59,90%) due to swallowing issues (75,86%). The majority of premature infants were not able to intake the full amount of volume prescribed to them (75%). A plastic cup was used to feed the infants (80%). The cup was placed on top of the infant's tongue (96,87%) and pauses were given to let the infant rest between swallow (100%). All infants were alert and correctly positioned during feeds. However, most of the infants were not able to slurp the milk (84,37%) and milk loss was noted (56,25%).

As for safety, there was no change in oxygen saturation level, most did not alter the respiratory pattern (59,37%), nor was choking (71,87%) and cough (75%) observed. The pause breaks offered during cup feeding were positive. The oral intake of the infants able to slurp was less compared to the infants that could not slurp. It was also noted that the longer ingestion time, the lower would be the milk loss. **Conclusion:** Most of the healthcare professionals evaluated in this study did not receive proper cup-feeding training; however, they denied difficulties performing the method. The healthcare professionals stated that even though cup-feeding is a safe method, it is not the best method to feed infants. The analysis of the films showed that all infants were alert and correctly positioned during cup-feeding and a plastic cup was used to feed them. However, the infants' intake was less than recommended for them. Cup-feeding method is safe method. However, it can put infants at risk when practiced by untrained healthcare professionals; leading to questionable efficacy and efficiency of the method when not properly performed.

Key words: Breastfeeding. Feeding methods. Premature. NICU.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização do estado de consciência dos recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante.....	72
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra participante da etapa de questionários de opinião quanto a categoria profissional e ao tempo de experiência, para cada hospital.....	61
Tabela 2 - Caracterização da frequência de ocorrência das respostas para as questões 2 a 4, considerando cada hospital participante.....	63
Tabela 3 - Caracterização da frequência de ocorrência das respostas para as questões 5 a 7, considerando cada hospital participante.....	66
Tabela 4 - Caracterização da frequência de ocorrência do sexo dos recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante.....	68
Tabela 5 - Caracterização do peso ao nascimento e da idade gestacional dos recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante.....	69
Tabela 6 - Caracterização da idade, do peso e do tempo de via oral dos recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante.....	70
Tabela 7 - Caracterização da frequência do uso de sonda e do aceite de todo volume prescrito em recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante.....	71
Tabela 8 - Caracterização da utilização de complementação por sonda em recém-nascidos pré-termo que não aceitaram todo o volume para cada hospital participante.....	72
Tabela 9 - Caracterização da frequência das variáveis pausas, posição do copo e posição do bebê no momento de aplicação da técnica em recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante.....	73

Tabela 10 - Caracterização do volume prescrito, volume aceito e tempo de oferta dos recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante.....	74
Tabela 11 - Caracterização da frequência de escape e do movimento de sorver em recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante.....	75
Tabela 12 - Correlação da variável volume aceito com idade gestacional e tempo de oferta em recém-nascidos pré-termo.....	75
Tabela 13 - Análise da associação entre as variáveis movimento de sorver e peso atual em recém-nascidos pré-termo.....	76
Tabela 14 - Análise da associação entre as variáveis movimento de sorver e idade gestacional em recém-nascidos pré-termo.....	76
Tabela 15 - Análise da associação entre as variáveis movimento de sorver e volume aceito em recém-nascidos pré-termo.....	76
Tabela 16 - Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e volume aceito em recém-nascidos pré-termo.....	76
Tabela 17 - Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e idade gestacional em recém-nascidos pré-termo.....	76
Tabela 18 - Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e tempo de via oral em recém-nascidos pré-termo.....	78
Tabela 19 - Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e estado de consciência em recém-nascidos pré-termo.....	79
Tabela 20 - Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e uso de sonda em recém-nascidos pré-termo.....	79

Tabela 21 - Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e aceite de todo volume em recém-nascidos pré-termo.....	79
Tabela 22 - Análise da associação entre as variáveis engasgo e escape oral anterior em recém-nascidos pré-termo.....	79
Tabela 23 - Análise da associação entre as variáveis uso de sonda e volume aceito em recém-nascidos pré-termo.....	80
Tabela 24 - Caracterização da frequência do nível de saturação, alterações no padrão respiratório, engasgo e tosse em recém-nascidos pré-termo para os bebês avaliados em cada hospital participante.....	81
Tabela 25 - Análise da associação entre as variáveis engasgo e peso ao nascer em recém-nascidos pré-termo.....	82
Tabela 26 - Análise da associação entre as variáveis engasgo e idade gestacional em recém-nascidos pré-termo.....	82
Tabela 27 - Análise da associação entre as variáveis engasgo e volume aceito em recém-nascidos pré-termo.....	82
Tabela 28 - Análise da associação entre as variáveis engasgo e estado de consciência em recém-nascidos pré-termo.....	82

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AC	Acre
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DF	Distrito Federal
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
H	Hospital
H1	Hospital das Clínicas de Marília – Unidade Materno Infantil
H2	Hospital e Maternidade São Cristóvão
H3	Hospital Unimed Joinville
H4	Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora
H5	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
H6	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Marília
HCA	Hospital das Clínicas do Acre
IG	Idade gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Pernambuco
RMS	Raiz quadrada da média
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RNT	Recém-nascido termo
SC	Santa Catarina
SOG	Sonda orogástrica
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VO	Via oral

LISTA DE SÍMBOLOS

°	graus
+	mais ou menos
%	porcentagem
DP	desvio-padrão
g	grama
h	hora
máx	máximo
min	minuto
mín	mínimo
ml	mililitro
n	número
r	coeficiente de correlação
s	segundo
vs	versus
1Q	primeiro quartil
3Q	terceiro quartil

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1	EXPERIÊNCIAS DE MÃES E PROFISSIONAIS COM O USO DO COPO	31
2.2	AVALIAÇÃO CLÍNICA E INSTRUMENTAL DE BEBÊS EM USO DO COPO	35
3	PROPOSIÇÃO	45
4	MATERIAL E MÉTODOS	49
4.1	ASPECTOS ÉTICOS E CASUÍSTICA	51
4.2	PROCEDIMENTOS	53
4.2.1	Questionários de opinião	53
4.2.2	Avaliação da técnica	53
4.2.2.1	Aplicação da técnica do copo	55
4.2.2.2	Eficiência da técnica do copo	55
4.2.2.3	Segurança da técnica	56
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	57
5	RESULTADOS	59
5.1	QUESTIONÁRIOS DE OPINIÃO	61
5.2	AVALIAÇÃO DA TÉCNICA	68
5.2.1	Caracterização da amostra	68
5.2.2	Aplicação da técnica do copo	71
5.2.3	Eficiência da técnica do copo	73
5.2.4	Segurança da técnica do copo	80
6	DISCUSSÃO	83
7	CONCLUSÕES	101
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES	113
	ANEXOS	141

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A sucção é uma função reflexa e vital que inicia a partir do quinto mês de vida intrauterina e permanece presente até o quarto mês de vida após o nascimento, quando já inicia o controle voluntário. Na vida intrauterina, o feto suga lábios, língua, dedos e líquido amniótico de forma instintiva, assim essa função já está desenvolvida ao nascer (TAMBELI et al., 2014).

A sucção de um recém-nascido (RN) sofre influência de seu peso e também de sua maturidade. Com 28 semanas, o RN já apresenta os componentes da sucção e deglutição, porém, a coordenação entre sucção, deglutição e respiração só começa a ser possível ao redor da 32^a a 34^a semana após o nascimento (NETTO, 2003).

A oferta da dieta via oral (VO) é um dos pré-requisitos propostos pela *Academy of Pediatrics* para a alta hospitalar de neonatos prematuros, que devem ter a habilidade de coordenar sucção-deglutição-respiração, no seio materno ou mamadeira, com ganho de peso adequado (RIBEIRO, 2014). No entanto, alcançar essa habilidade é uma tarefa difícil para prematuros que, por conta da imaturidade dos sistemas neurovegetativos apresentam variadas intercorrências que dificultam o desenvolvimento adequado dos reflexos orais necessários para a alimentação VO de modo eficiente e seguro (GEWOLB; VICE, 2006).

O aleitamento materno em bebês pré-termo, quando comparado a população de bebês a termo normais, é mais difícil de ser iniciado e mantido (ROCHA; MARTINEZ; JORGE, 2002). Entre outros fatores mais importantes que dificultam o estabelecimento da amamentação nessa população em especial estão: a separação prolongada entre a mãe e o bebê; a ansiedade e o estresse materno; o manejo dos profissionais no suporte à amamentação; a diminuição da produção de leite; a insegurança da mãe sobre a qualidade de seu leite; o comportamento alimentar imaturo do recém-nascido pré-termo (RNPT), principalmente, de menos de 1500g e abaixo de 32 semanas; e, as rotinas hospitalares (LAU; SCHANLER, 1996; SCHANLER; O'CONNOR; LAWRENCE, 1999; VASCONCELLOS, 2001).

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015).

Em relação à importância da amamentação no aspecto da motricidade orofacial, a literatura traz que o movimento que o bebê realiza no momento da ordenha de leite da mama propicia adequada conformação do palato duro proporcionando o correto alinhamento dos dentes e oclusão dentária. Além disso, ao sugar o seio materno, a criança estabelece o padrão adequado de respiração nasal e postura correta da língua, sendo que os músculos envolvidos estão sendo adequadamente estimulados, o que aumenta o tônus e promove a postura correta para futuramente exercer a função de mastigação (CARVALHO, 1995; HERNANDEZ, 1996). Sendo assim, o desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionar má-oclusão dentária, respiração oral e alteração motora oral (BRASIL, 2015).

Apesar das evidências científicas que comprovam a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar o bebê, bem como apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais que elaboram orientações, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as do aleitamento materno exclusivo, estão bastante aquém do recomendado (BRASIL, 2015).

Pesquisa do Ministério da Saúde sobre a evolução do aleitamento materno, no período de 1999 a 2008, mostra que no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (DF), a duração mediana do aleitamento materno exclusivo aumentou um mês, passando de 23,4 dias (22,1 – 24,7) para 54,1 dias (50,3 – 57,7). Em relação ao aleitamento materno, a duração mediana aumentou um mês e meio, passando de 295,9 dias (289,3 – 302,7), em 1999, para 341,6 dias (331,8 – 352,4), em 2008 (BRASIL, 2009).

Diante da situação, várias políticas foram criadas pelo Ministério da Saúde visando à promoção, proteção, incentivo e apoio ao aleitamento materno no Brasil.

Uma dessas políticas intitula-se Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e está voltada ao atendimento hospitalar oferecido ao binômio mãe-bebê. Essa importante política pública propõe o cumprimento de dez passos para o sucesso no aleitamento materno e preconiza a capacitação e envolvimento de toda a equipe multiprofissional que atua nas unidades hospitalares. Dentre os dez passos, destaca-se o passo de número nove que postula o não oferecimento de

bicos artificiais (chupetas, mamadeiras ou outros) a crianças amamentadas ao seio dentro dos hospitais. Essa orientação está fundamentada em estudos que indicam a associação do uso de bicos artificiais com o desmame precoce (BRASIL, 1993).

Nesse sentido, nos casos ou períodos em que, por algum motivo, a mãe está impossibilitada de amamentar ou o bebê ainda não tem condições de ser alimentado ao seio faz-se necessário o uso de métodos alternativos para a oferta da alimentação, com prioridade para aqueles que não prejudiquem a amamentação que deverá se iniciar tão logo quanto possível.

O oferecimento de alimentos por meio do copo configura-se como um método alternativo para alimentar RNs diante dessas situações, sendo uma proposta do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como forma de se evitar a introdução de bicos artificiais devido aos prejuízos que podem trazer para o aleitamento materno (COUTO; NEMR, 2005).

De acordo com Carvalho (2005), a “confusão de bicos”, fenômeno observado quando o bebê é alimentado ao seio e na mamadeira, ocorre porque o mamilo materno e o bico artificial são diferentes não só quanto à forma, mas também quanto à textura, consistência, elasticidade e cheiro. Essa autora descreveu as diferenças relacionadas à ação muscular da língua e aos movimentos mandibulares nas situações de aleitamento materno e da alimentação por meio de mamadeira.

Sanches (2005) afirmou que quando o bebê é alimentado por meio da mamadeira não há variação de ritmo dos movimentos orais e o bebê não precisa realizar uma pega adequada, com ajuste preciso da musculatura oral, como ocorre quando o bebê é amamentado e realiza os movimentos de ordenha. Isso ocorre porque o leite escorre facilmente mediante compressão da língua contra o bico da mamadeira. Após experimentar o uso da mamadeira, ao tentar estabelecer o aleitamento materno, o lactente geralmente empurra com sua língua o mamilo para fora da boca, ao invés de comprimi-lo contra o palato. Assim, só a ponta do mamilo fica na boca do bebê, que o morde e não consegue obter o leite necessário. A autora ainda complementa que, embora muitos desses problemas possam ser corrigidos em poucos dias, as ações que ocorrem nas primeiras mamadas rapidamente se tornam hábitos bem estabelecidos e difíceis de mudar. Ela destacou que um dos objetivos dos profissionais que atuam na alimentação do bebê em seus primeiros dias de vida é eliminar todos os obstáculos presentes no início e na

manutenção da prática do aleitamento materno e, dessa forma, faz-se necessária a utilização de métodos alternativos que favoreçam a amamentação.

No que diz respeito à técnica propriamente dita, para receber o alimento (preferencialmente o leite da mãe ordenhado ou leite artificial prescrito pelo pediatra) por meio do copo alguns cuidados são importantes. O bebê deve estar envolto no cueiro e sustentado em posição sentada no colo da mãe ou do profissional de saúde, visando deixá-lo organizado em postura fletida e vertical para favorecer um melhor desempenho das funções orais. A borda do copo deve ser apoiada levemente sob o lábio inferior estimulando o bebê a protruir a língua para dentro do copo a fim de sorver o leite. O copo deve ser inclinado para que o leite toque os lábios do bebê sem que fosse despejado dentro da boca. Recomenda-se que o copo seja mantido nesta posição mesmo enquanto o bebê descansa. Durante a oferta, o RN geralmente lambe o leite ou pode tomar em pequenos goles (sorvidas). Devem ser proporcionadas pausas durante a alimentação para que a criança descanse e para que ocorra a eructação. Entretanto, não é recomendável que o período de alimentação ultrapasse 30min para evitar fadiga, bem como não se deve utilizar a técnica numa criança que esteja muito sonolenta (BRASIL, 2009, 2015; TAMEZ, 2005; LIMA; MELO, 2008; KUEHL, 1997; COUTO; NEMR, 2005).

Quando o bebê tiver recebido a quantidade de leite suficiente e estiver satisfeito, ele fechará a boca e não será necessário ofertar mais. Caso não tenha ingerido a quantidade calculada, ele poderá tomar mais na próxima oferta, ou pode ser necessário alimentá-lo por um maior número de vezes. A ingesta deve ser medida durante as 24h, e não apenas em cada alimentação (BRASIL, 2009; TAMEZ, 2005).

De acordo com Lang (1994), as vantagens do uso do copo para alimentação de RNs são o baixo gasto energético; a possibilidade de controle entre a respiração e alimentação; maior movimentação de lábios e língua; controle total do volume de leite; desenvolvimento da coordenação entre sucção, deglutição e respiração; melhora no processo de digestão; maior estado de alerta do bebê; manutenção dos padrões de sucção natural; e diminuição do stress causado por sondas gástricas.

Lima (2002) apontou que o uso de copo evita o contato precoce do bebê com outros bicos que não o do peito, permite fácil esterilização e diminui o risco de

ocorrência de morbidades, dentre elas a otite média aguda, já que o bebê deverá ser alimentado em decúbito elevado.

De acordo com Kuehl (1997), os movimentos da língua e mandíbula realizados pelo bebê ao retirar o leite do copo são semelhantes aos movimentos necessários ao aleitamento materno bem-sucedido. Isso sugere que o aleitamento por copo pode ser uma oportunidade para que o bebê, especialmente o prematuro, desenvolva a musculatura necessária a estes movimentos.

Por outro lado, Lima (2002) aponta algumas desvantagens do uso desse método, sendo: risco de aspiração laringotraqueal de leite caso a técnica seja utilizada de forma incorreta, bem como o risco de infecção, se ocorrer manipulação inadequada do leite. Ressalta-se que as desvantagens apontadas por esta autora ocorrem somente em casos que o responsável pelo emprego da técnica não o faz da forma correta e segura.

Há ainda outros argumentos que contraindicam o uso do copo, sendo mais difundido o fato de que o desenvolvimento da habilidade de tomar líquidos na caneca somente estar presente na escala de desenvolvimento normal apenas entre o quarto e o sexto mês de vida (LANG, 1994). Portanto, o RN não estaria apto para se beneficiar com essa prática. Entretanto, é importante ressaltar que a técnica correta do uso do copo pressupõe a retirada do leite pelo bebê por meio de movimentos de língua diferentes do que ocorre quando o bebê mais velho vai receber líquidos em copos ou canecas. Na técnica do copo, o RN vai sorver o leite com a língua de forma a controlar o volume de líquido que está ingerindo.

Algumas condições do bebê contraindicam o uso de copo na alimentação de RNs, como, por exemplo, quando ele corre o risco de aspirar, como ocorre em caso de reflexos de engasgos diminuídos, letargia geral e déficits neurológicos marcados (TAMEZ, 2005).

Um estudo realizado por Couto e Nemr (2005) visando descrever a prática do uso do copo para a alimentação de bebês em Hospitais Amigos da Criança mostrou a ocorrência de inadequações no emprego dessa técnica. Foram descritas as seguintes inadequações em relação à postura do bebê: RN horizontalizado com elevação apenas da cabeça; pouca preocupação com a flexão de membros; pouco apoio/sustentação dada à cabeça do bebê. No que se refere ao estado de consciência foram relatadas: sono profundo, leve ou sonolento sem sinais de fome, quando se inicia a administração da dieta ou quando o bebê se fatiga e

atinge esses estados e continuam oferecendo o copo, não observância aos sinais de retraimento. Quanto à oferta do leite, verificaram: grande quantidade de leite “despejado” na boca do bebê sem esperar que ele sorva, favorecendo o desperdício e a incoordenação sucção-respiração-deglutição; falta de paciência e pressa do profissional que administra. Também foram descritas inadequações relativas ao padrão oral do bebê, como pouco respeito ao ritmo e velocidade do bebê, bem como à posição inadequada do copo na boca quando este é apoiado nas comissuras labiais do bebê.

A literatura mostra que ainda não há consenso em relação a esse assunto e há poucos estudos que aplicaram instrumentos de avaliação objetivos com intuito de verificar a segurança da deglutição com o uso desse método de alimentação. Além do risco de broncoaspiração (MEDEIROS; BERNARDI, 2011; NUNES; CUNHA, 2012), que pode ser decorrente de uma oferta inadequada do copo, existe também o risco de baixo ganho de peso e consequente aumento no tempo de internação, estando o bebê mais tempo exposto ao risco de infecção (LOPEZ; SILVA, 2012), pois grande parte do alimento oferecido pode escapar fosse por um mecanismo de defesa do bebê com a língua ou pela inabilidade para lidar com um estímulo que não é inato ao ser humano (LOPEZ et al., 2014).

Considerando que o principal objetivo da alimentação por meio do uso do copo seria oferecer um método artificial de alimentação seguro para os RN até que eles se tornem aptos a realizar a amamentação, é de grande importância que essa técnica seja realizada de maneira adequada, conforme o preconizado, e que profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal estejam devidamente capacitados para o uso de tal técnica, evitando assim a ocorrência de complicações pulmonares causadas pela aspiração e também para que não traga prejuízos ao desenvolvimento motor oral dos bebês e ao início do aleitamento em seio.

Na prática clínica com bebês de UTI Neonatal, sejam eles prematuros ou a termo, é possível observar dificuldades na utilização desse método, tanto relacionado à aceitação do RN, como quanto a forma de administração por parte dos profissionais de enfermagem. Muitas vezes, há necessidade de introdução do bico artificial como complemento ao seio materno devido ao excesso de escape de leite com consequente perda de peso do RN e também devido à ocorrência de episódios de incoordenação da deglutição/respiração durante a oferta seja pela dificuldade de

sorver ou pela forma de oferta inadequada com uso do copo. Há ainda queixa dos profissionais de enfermagem de que a técnica recomendada demanda muito tempo e não são todos os bebês que conseguem mamar da forma esperada.

Diante disso, a técnica de uso do copo necessita ser mais explorada e investigada, pois seu uso inadequado não resulta nos benefícios esperados e pode trazer prejuízos para saúde do RN, principalmente se considerarmos a população de risco.

Neste sentido, o estudo ora proposto justifica-se tanto pela importância de se adotar métodos de alimentação que contribuam para a melhora do quadro clínico do bebê e que não prejudiquem o início e manutenção do aleitamento materno, como, também, pela contribuição que o profissional dessa área pode trazer para a equipe multiprofissional que atua nos cuidados em saúde com o bebê e sua família.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EXPERIÊNCIAS DE MÃES E PROFISSIONAIS COM O USO DO COPO

Couto e Nemr (2005) descreveram a prática da técnica do copinho nos Hospitais Amigos da Criança, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, e analisaram se existia uniformidade na aplicação desta técnica alternativa de alimentação de RN e lactentes, de maneira a nortear a prática da equipe multiprofissional. Para tanto, foram utilizados 18 questionários discursivos com oito perguntas sobre a técnica do copinho enviado por correio aos fonoaudiólogos responsáveis pelas Unidades Neonatais Amigas da Criança do Rio de Janeiro (n=10) e de São Paulo (n=8) contendo questões específicas sobre a técnica como: as indicações e contraindicações do método, dinâmica oral no copo, material do utensílio, técnica de administração e tipo de sonda usada na transição para a VO. Os autores encontraram que treze instituições utilizavam o copinho quando a mãe está ausente ou quando é necessário complementar a amamentação, e o mesmo número contraindicavam o uso em bebês disfágicos; 11 profissionais mostraram-se a favor e seis contrários ao uso do copo em prematuros para acelerar a transição alimentar; a sonda orogástrica (SOG) foi usada por 12 maternidades durante a transição alimentar e o modelo e material do copo mostrou ser bastante diversificado. Os autores observaram uniformidade nas respostas que refletem a observação clínica dos fonoaudiólogos e as rotinas hospitalares em relação ao uso do copinho nos seguintes aspectos: indicação no caso de mães ausentes; contraindicações quando há risco de aspiração laringotraqueal; orientação quanto ao uso mamadeira no caso de impossibilidade de amamentação natural; a SOG não demonstra representar empecilho à alimentação por copo; o modelo de copo mais eficiente, até o momento, parece ser o de remédio; atenção ao estado de consciência do bebê e à postura do mesmo durante o oferecimento do leite no copo. Dentre os participantes da pesquisa não houve consenso com relação ao uso do copo para oferecer complemento após o peito no caso dos prematuros e quanto aos parâmetros orais possíveis de serem observados no copo que são importantes na sucção propriamente dita.

Lima e Melo (2008) realizaram um estudo transversal, cujo objetivo foi avaliar o manejo das mães no uso do copinho e analisar os aspectos que interferem para administração dessa técnica. Para tanto foram analisados os prontuários de 30 binômios, executada uma observação das mães ofertando a dieta no copinho e aplicado um questionário com perguntas sobre o uso do copo. Foi observada relação significativa da postura do bebê, posição do copo, volume administrado e orientação dos profissionais de saúde às mães sobre o uso do copinho. Os autores concluíram que o copinho pode ser manejado pelas mães, mas estas necessitam de orientações sobre o uso da técnica pelos profissionais de saúde, principalmente em relação ao cuidado com a posição do copo e volume de leite.

Pacheco et al. (2012) realizaram um estudo com objetivo de descrever as dificuldades e facilidades encontradas pelas mães para alimentar seu filho através do copinho e conhecer os sentimentos vivenciados por ela frente a esta prática alimentar. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 17 mães de bebês que nasceram com baixo peso. A análise resultou nas seguintes categorias: dificuldades maternas ao alimentar o bebê de baixo peso; facilidades encontradas pelas mães após as barreiras iniciais em alimentar o bebê pelo copinho; sentimento de incapacidade e tristeza; sentindo-se incapaz e triste em não oferecer o peito ao seu filho. O estudo apontou a importância do profissional de saúde em problematizar questões referentes à vivência diante dessa prática alimentar com as mães que estão alimentando seus filhos pelo copinho.

Burgemeister e Sebastião (2013) realizaram um estudo para identificar os procedimentos utilizados por profissionais de UTI neonatal na alimentação de RNs por meio do copo, bem como analisar seus conhecimentos e experiências sobre a técnica. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 auxiliares de enfermagem, contendo questões sobre o uso do copo na alimentação dos bebês internados que analisavam os seguintes aspectos: estado de consciência do bebê; posição do bebê; posição do profissional; posição do copo; tempo de oferta e dificuldades no uso da técnica. As questões analisavam também a formação profissional, capacitação para o uso de tal técnica de alimentação e percepções desses profissionais em relação ao uso da técnica (se havia necessidade de adaptação na técnica e vantagens do uso da técnica). Os autores verificaram que, de forma geral, os profissionais de UTI neonatal entrevistados referiram executar a técnica do uso de copo para alimentação dos RNs conforme descrição da literatura.

A dificuldade mais frequentemente observada foi relacionada à posição do copo ao ofertar o leite para o RN, uma vez que vários profissionais relataram posicionar o copo de forma a “despejar” o leite na boca do bebê. Tal procedimento aumenta o risco de aspiração, escape oral anterior e perda de peso, bem como não possibilita que o bebê realize os movimentos musculares que irão favorecer o aleitamento materno. Os resultados da pesquisa mostraram, ainda, que os profissionais investigados manifestaram dúvidas em relação ao uso do copo na alimentação de bebês. Além disso, eles relataram não ter recebido capacitação para a adoção de tal procedimento na rotina do trabalho em saúde na UTI Neonatal.

Um estudo de Pacheco et al. (2014) descreveu as percepções de 11 enfermeiros acerca do manuseio do copo pelas mães na alimentação do RN em UTI Neonatal. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com a seguinte questão orientadora: Como você percebe o uso do copinho pelas mães na unidade neonatal? Os resultados evidenciaram que as dificuldades percebidas pelos enfermeiros no uso do copinho pelas mães na unidade neonatal estiveram relacionadas principalmente à oferta do leite ao RN e ao posicionamento do bebê e do copo. Frente à técnica da alimentação do RN, através do uso do copinho pelas mães, os profissionais apontaram diversas percepções, entre as quais, as dificuldades das mães em oferecer o copo ao seu filho, principalmente em função do posicionamento do bebê e do copo. Os enfermeiros também perceberam diferentes medos das mães ao oferecerem o leite pelo copinho ao seu filho, entre eles destacaram: o medo do bebê engasgar, broncoaspirar ou regurgitar.

Melo et al. (2014) realizaram um estudo com objetivo de descrever a avaliação de profissionais de saúde sobre um protótipo de copo desenvolvido especificamente para administrar leite ou outros líquidos ao RN, segundo as variáveis: *design*, praticidade e material do copo. Foram selecionados 75 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares de enfermagem) que já tinham administrado leite a RN, por copo, pelo menos uma vez. Os profissionais foram convidados a administrar o leite por meio do copo proposto e em seguida responder a um questionário. O RN ao qual seria ofertado o leite deveria estar acompanhado pela mãe, ter nascido a termo, com 24h ou mais de vida, estar saudável e ativo, ter decorrido o tempo mínimo de 90min e, no máximo, 150min da mamada anterior. Os resultados apontaram aspectos positivos (269 unidades de registro), aspectos

negativos (11 unidades de registros) e sugestões para melhoria do copo (seis unidades de registro). Foram obtidos conceitos ‘bom’ e ‘ótimo’, para o protótipo de copo, com índices acima de 90%. A percepção dos participantes demonstrou uma avaliação positiva do protótipo de copo, que demonstrou ser um utensílio prático, de design e material seguros para a realização da ‘técnica do copinho’.

Em um estudo observacional, Pereira et al. (2015) verificaram se o conhecimento da técnica de oferta da dieta pelo copo, o recebimento de treinamento e o tempo de trabalho influenciam a postura do técnico de enfermagem, a postura do RN e o posicionamento do copo. Participaram do estudo 15 profissionais de enfermagem e foi possível verificar que nove indivíduos foram treinados e 11 referiram não ter conhecimento da técnica. O oferecimento da dieta ocorreu com o profissional em pé, com o derramamento do leite na boca da criança, sendo posicionada com as regiões occipital e cervical apoiadas. Não houve associação entre o conhecimento da técnica, recebimento de treinamento, tempo de trabalho às variáveis postura do técnico de enfermagem, postura do RN e posicionamento do copo. Os autores concluíram que a postura de oferta da alimentação é realizada com o profissional em pé, há derramamento da dieta na cavidade oral do bebê e não há influência das posturas do neonato, do técnico ou do copo por conta do conhecimento da técnica, realização de treinamento e tempo de trabalho.

Melo (2015) analisou a percepção de profissionais de saúde sobre os aspectos de um copo desenvolvido para dar suporte à amamentação. Para tanto foram selecionados 75 profissionais capacitados para o uso da técnica do copinho, que responderam a um questionário semiestruturado após utilizarem o modelo de copo a ser avaliado para oferta de 10ml de leite para bebês a termo. O estudo mostrou que o conceito “ótimo” apresentou os seguintes índices médios: *design*: 77,5%; praticidade: 75,3%; material: 79,6%. Assim, o copo foi aprovado pelos profissionais por ser de vidro, transparente e esterilizável e por possuir borda virada para fora, que se encaixou adequadamente à boca de RNs, auxiliando o lábio inferior a curvar-se para fora, estimular os reflexos de busca do leite dentro do copo e proporcionar segurança ao profissional.

2.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA E INSTRUMENTAL DE BEBÊS EM USO DO COPO

Lang et al. (1994) em um artigo que relata a prática pessoal em unidades neonatais concluíram que a alimentação com copo é um método alternativo de alimentação que amplia as opções disponíveis para pais e profissionais de saúde em situações difíceis de alimentação que podem exigir soluções não convencionais. De acordo com os autores, a alimentação com copo deve ser seriamente considerada para uso em neonatos e unidades de cuidados intermediários.

Gupta, Khanna e Chattree (1999) realizaram um estudo com objetivo de demonstrar a viabilidade da alimentação com copo em prematuros com baixo peso ao nascer na UTI Neonatal. Foram sujeitos da pesquisa 59 prematuros divididos em três grupos conforme a idade gestacional - IG (I – 28 a 30 semanas; II – 31 a 34 semanas; III – 35 a 37 semanas), os quais foram analisados dentro dos grupos quanto aos seguintes parâmetros: RNs que foram ao copo direto, RNs que permaneceram inicialmente com sonda, IG de início do copo, tempo de internação, alta com copo somente, alta com copo e amamentação. O estudo mostrou que o aumento da IG aumenta as chances do estabelecimento da amamentação bem-sucedida e o método do copo é uma alternativa para os bebês que não conseguem a amamentação direta, porém não foi realizada análise estatística. Os autores concluíram que a alimentação com copo é uma alternativa útil em relação à mamadeira e um método eficaz de alimentação de bebês prematuros na UTI Neonatal, além disso, comentam que a alimentação com copo permite uma amamentação bem-sucedida, sem causar "confusão de bicos".

Marinelli, Burke e Dodd (2001) verificaram a segurança da alimentação por copo em prematuros cujas mães pretendiam amamentar. A amostra foi composta de 56 bebês com IG de 34 semanas e os enfermeiros da UTI Neonatal foram treinados a observar durante as mamadas: frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio, registrados em intervalos de 1min durante 10min antes e durante a alimentação, comparando o uso do copo ao da mamadeira. O tempo necessário para completar a alimentação e quaisquer alteração como apneia, bradicardia, asfixia, ou episódios de cuspir também foram registrados. Os autores verificaram que, durante a alimentação por copo, os bebês prematuros foram fisiologicamente mais estáveis, com frequência cardíaca mais baixa, níveis de saturação de oxigênio mais altos, tendo apresentado menos dessaturações do que

durante a alimentação por mamadeira, com valores significantes na análise estatística. No entanto, as crianças alimentadas por copo mamaram menor volume, ao longo de mais tempo que na mamadeira, o que também foi comprovado pela análise estatística. De acordo com os autores, com base na estabilidade fisiológica, a alimentação por copo é pelo menos tão segura, se não mais segura, do que a mamadeira nesta população. Este estudo apoia o uso do copo como um método alternativo de alimentação segura para prematuros aprendendo a amamentar.

Rocha, Martinez e Jorge (2002) tiveram como objetivo de estudo examinar o impacto do aleitamento por copo sobre o aleitamento materno em lactentes pré-termo. Para isso, 78 bebês foram divididos em dois grupos, um com uso de copo e outro com uso de mamadeira, acompanhados diariamente durante a internação. Um dos pesquisadores verificaram a aplicação adequada do método de alimentação proposto para cada lactente, aceitação dos alimentos, ganho de peso, e complicações. Os episódios de vômitos, recusa alimentar, distensão abdominal, e alteração das fezes foram registrados. Não houve diferenças entre os grupos com relação ao tempo de alimentação, problemas de alimentação, ganho de peso, ou prevalência de aleitamento materno no momento da alta ou em três meses de acompanhamento. Os efeitos benéficos possíveis de aleitamento por copo foram: menor incidência de episódios de dessaturação (13,6% vs 35,3%) e uma maior prevalência de amamentação aos três meses entre aqueles que ainda estavam em amamentação na primeira visita de acompanhamento (68,4% vs 33,3%), que foram comprovados estatisticamente. Concluiu-se que a introdução do copo como método de alimentação não aumentou o tempo gasto na alimentação; o uso do copo, como fator isolado não foi suficiente para mudar a situação do aleitamento materno dos prematuros após a alta e, durante o terceiro mês de acompanhamento; um possível efeito benéfico do aleitamento por copo sobre a mamadeira foi o maior percentual de manutenção do aleitamento materno após a alta hospitalar.

Czernay et al. (2003) realizaram uma revisão de literatura narrativa com objetivo de discutir a viabilidade do copo como um substituto adequado para a alimentação infantil quando da impossibilidade do aleitamento natural, uma vez que, para os autores, apesar de a mamadeira não representar um método adequado de aleitamento, ainda pouco se conhece sobre o desempenho do copo/xícara frente ao desenvolvimento psicológico e do sistema estomatognático da criança. Esse estudo concluiu que a utilização de copos ou xícaras representa uma excelente opção para

alimentar crianças impossibilitadas temporariamente de receber o aleitamento natural. Nestes casos, de acordo com os autores, o uso de mamadeiras estaria certamente contraindicado, podendo prejudicar a instituição futura da amamentação.

Collins et al. (2004), com o objetivo de determinar o efeito de bicos artificiais (mamadeira e chupeta) e copos sobre aleitamento materno em prematuros realizou um estudo com 319 bebês. Os bebês foram randomizados em quatro grupos: copo/sem chupeta; copo/chupeta; mamadeira/sem chupeta; mamadeira/chupeta. Não houve diferenças significativas para qualquer um dos resultados do estudo de acordo com a utilização de chupeta; os lactentes randomizados para alimentação por copo eram estatisticamente mais propensos a amamentação exclusiva na alta para casa, mas tinham um tempo mais longo de permanência no hospital. Portanto, os autores concluíram que chupetas não afetam a amamentação em lactentes prematuros e que a alimentação com copo aumenta significativamente a probabilidade de que o bebê foi totalmente amamentado na alta para casa, mas não tem efeito sobre prevalência de amamentação após a alta e aumenta o tempo de permanência no Hospital.

Gutierrez, Delgado e Costa (2006) tiveram como objetivos de seu estudo caracterizar o uso da técnica do copo, descrever quais as características dos bebês que fazem uso do copo, observar e descrever a adequação da técnica no momento em que esta ocorre, verificar se estes bebês receberam intervenção fonoaudiológica de estimulação da motricidade oral e conhecer como este recurso alternativo de alimentação infantil é aceito pela família dos bebês. Foram observados 28 bebês, uma vez, durante o momento de alimentação por copo, constatando-se como é administrada esta técnica com dados sobre prontidão para a alimentação, tônus de língua e de lábios, postura global do RN, local de alimentação, forma de administração do líquido, comportamento do RN, coordenação de sucção/deglutição/respiração, ritmo de sucção/pausa/respiração, variação de tônus global, alteração respiratória e sinais de stress, através de protocolo de observação. Também foi aplicado um questionário às mães dos bebês, com o intuito de verificar o conhecimento e a aceitação que o método alternativo de alimentação infantil provoca no usuário. Como resultados, a maioria dos bebês estudados estava recebendo o leite artificial no copo (ao invés de leite ordenhado) como método alternativo simultaneamente ao seio materno. Em 7,1% dos casos a técnica do copo foi utilizada de maneira adequada, sendo 39,3% o percentual de escape oral anterior

de leite durante a oferta. Dos 28 bebês, 82% foram capazes de “lamber” ou sorver o leite oferecido por copo, o que mostra que, para esses bebês, a alimentação por copo foi possível. A maioria dos bebês não alterou seu tônus global e não apresentou sinais de estresse durante a alimentação por copo. Sinais de alteração respiratória durante a alimentação por copo não foram verificadas em nenhum dos bebês desta amostra. Grande parte das mães (68%) não recebeu informação ou explicação acerca desse recurso alternativo de alimentação infantil usado com seus filhos, mas a maioria se sentia segura em relação à oferta. Nenhum dos bebês recebeu intervenção fonoaudiológica. Os autores puderam concluir que, de maneira geral, a utilização da técnica do copo como método alternativo de alimentação, para a maioria desses bebês, ocorreu de forma adequada, proporcionando uma opção na tentativa de estabelecer a amamentação ou evitar o desmame precoce, mas reconhecem que os resultados da pesquisa devam ser analisados com cautela em função da pequena amostra, apontando para a continuidade de estudos sobre alimentação alternativa, buscando subsidiar políticas públicas de saúde.

Gomes et al. (2006) mensurou, por meio de eletromiografia de superfície, a atividade dos músculos masseter, temporal e bucinador durante aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto com uso de mamadeira e aleitamento materno exclusivo com uso de copo como método alternativo temporário de alimentação. O estudo foi realizado com 60 lactentes, entre dois e três meses de idade, nascidos a termo e sem nenhum tipo de intercorrência que foram divididos em três grupos: 1) aleitamento materno exclusivo; 2) aleitamento misto com uso de mamadeira; e 3) aleitamento materno exclusivo com uso de copo. Os autores encontraram maiores resultados no grupo de aleitamento materno em relação ao grupo de aleitamento por mamadeira, tanto na amplitude quanto na média de contração do músculo masseter. No que se refere ao músculo temporal, houve resultados maiores na amplitude do grupo de aleitamento materno e na média de contração do grupo de aleitamento por copo, quando comparados ao grupo de aleitamento por mamadeira. Quanto ao músculo bucinador, observam-se resultados maiores no grupo de aleitamento por mamadeira com relação ao aleitamento materno, sendo que tal diferença ocorre apenas na amplitude de contração. Para os autores, as semelhanças entre a atividade muscular de masseter e temporal nos grupos de aleitamento materno e aleitamento por copo permitem sugerir o uso do copo como método alternativo na alimentação de lactentes, ao contrário do aleitamento por mamadeira, devido à

hiperfunção do músculo bucinador, podendo resultar em alterações motoras orais e das funções neurovegetativas.

Flint, New e Davies (2008) realizaram uma revisão de literatura sistemática com meta-análise com objetivo de determinar os efeitos da alimentação por copo *versus* outras formas de alimentação suplementar sobre o ganho de peso e obtenção de sucesso amamentação em RNs que são incapazes de amamentar plenamente. A partir dos resultados, os autores puderam concluir que a alimentação com copo não pode ser recomendada sobre a mamadeira como um complemento à amamentação, pois não confere qualquer benefício significativo na manutenção da amamentação além da alta hospitalar e carrega a consequência inaceitável de uma longa estadia no hospital.

Aquino e Osorio (2008) revisaram os métodos de alimentação mais utilizados na transição da gavagem para o peito materno em RNPTs, descrevendo as vantagens e desvantagens desses métodos e a influência nos resultados do aleitamento materno. A partir da revisão de literatura realizada os autores selecionaram quatro artigos, os quais demonstram que os bebês que utilizaram copinho apresentaram melhores resultados em relação à estabilidade fisiológica (frequência cardíaca e saturação de oxigênio) e ao impacto no aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar. Foi possível verificar que a literatura sobre o tema é escassa e, diante disso, existe a necessidade da realização de estudos, com desenhos metodológicos adequados, para se comparar a utilização dos métodos de transição da alimentação em RNPTs. Os autores também salientaram que, atualmente, há outros métodos de transição, tais como translactação, paladai, *finger feeding*, que precisam de fundamentações científicas, para serem utilizados de maneira mais segura pelos profissionais de saúde que atuam diretamente com os cuidados a esses RNs.

Pedras, Pinto e Mezzacappa (2008) realizaram uma revisão sistemática com objetivo de revisar ensaios clínicos randomizados que avaliaram a prevalência e/ou duração do aleitamento materno na alta hospitalar e/ou durante o primeiro ano de vida, em RNPT ou recém-nascido termo (RNT). Cinco artigos preencheram os critérios de inclusão, suas casuísticas variaram de 14 a 686 RNs, totalizando 1552 crianças. O uso do copo para a complementação da amamentação foi associado à maior prevalência de aleitamento materno em neonatos a termo, nascidos de parto cesárea e em prematuros no momento da alta hospitalar. A presente revisão

permitiu concluir que existem poucos estudos controlados que avaliaram a prevalência e a duração do aleitamento materno em RNT e RNPT, que receberam complementação ou realizaram a transição da sonda gástrica para o seio materno usando copo ou mamadeira. Apesar das limitações aventadas, os estudos revisados sugerem que a influência favorável do uso do copo no aleitamento materno ficou restrita aos casos de RNT nascidos de parto cesárea e aos prematuros no momento da alta. Os três estudos com maior número de sujeitos não apontaram diferença estatisticamente significativa no aleitamento materno no pós-alta, representando que, possivelmente outros fatores, que não o método alternativo de transição, interferiram nesse resultado.

Abouelfetoh et al. (2008) examinaram o efeito da utilização do copo como um método exclusivo de alimentação de 60 lactentes prematuros durante a internação e os resultados na amamentação após a alta. Os bebês do grupo controle (n=30) recebeu apenas mamadeira durante a hospitalização e o grupo experimental (n=30) receberam apenas alimentação por copo durante a hospitalização, sendo a amostra obtida por conveniência. Ambos os grupos foram acompanhados após a alta em seis semanas para avaliar o comportamento de amamentação do lactente e práticas de amamentação pela mãe. Como resultados, os bebês do grupo copo demonstraram comportamentos de amamentação significativamente mais maduros quando em comparação com o grupo mamadeira após seis semanas, além disso, tinham uma proporção significativamente maior de amamentação uma semana após a alta. Os autores concluíram que as crianças amamentadas por copo apresentavam maior taxa de amamentação exclusiva após alta, apoiando a IHAC que recomenda o uso do copo evitando a mamadeira ao fornecer suplementação para prematuros.

Silva et al. (2009) quantificou a proporção de leite perdido na oferta da dieta com copo e o tempo de oferta. Além disso, analisou a relação do desperdício e o tempo gasto na ingesta com as variáveis: sexo, dias de vida, IG corrigida, tempo de SOG, tempo de alimentação por VO, estado de vigília e sinais de estresse. A gaze foi pesada antes e após a oferta e colocada na altura do colo do bebê para conter o leite que poderia ser desperdiçado. Houve diferença estatisticamente significativa entre os volumes aceito (81,5%) e desperdiçado (22,8%) de leite, com maior aceite para o sexo feminino e para os bebês que não apresentaram sinais de estresse. O tempo médio de ingestão da dieta foi de 7min e 33s para o volume de

33ml e não foi influenciado pelas variáveis sexo, dias de vida, peso ao nascimento, IG corrigida, tempo de SOG, tempo de alimentação por VO, estado de vigília ou sinais de estresse. Assim, houve diferença entre o volume aceito e desperdiçado, o sexo feminino aceitou maior volume de leite, e quanto menor a exposição aos fatores de estresse, maior o aceite da dieta. Além disso, não foram identificados fatores que interferissem no tempo para a ingesta da dieta pelos RNs.

Com objetivo de caracterizar a transição da alimentação gástrica por VO quanto à maturidade e peso do prematuro, vias e técnicas de administração e duração da transição até a alimentação oral exclusiva, Scochi et al. (2010) analisaram dados de prontuários de 116 de bebês prematuros. A IG corrigida média foi de 36 semanas ao início da alimentação oral e de 37 semanas quando a alimentação ocorreu total somente por VO. O peso médio foi de 1743g ao início da alimentação oral e peso médio de 1934g quando a alimentação ocorreu total por VO. Durante o período de transição foram utilizadas uma ou mais técnicas de administração do leite. O uso da gavagem em conjunto com outras técnicas (89,5%) predominou, em especial, complementada pelo seio materno e copo (56,9%); a duração da transição alimentar variou de menos de um a 47 dias. Os autores concluíram que a maturidade e o peso ao nascer, além das condições clínicas decorrentes dessas variáveis, podem interferir no processo de transição da alimentação láctea do prematuro. Considerando as vantagens da amamentação, sua prática deve ser iniciada o mais precocemente possível neste segmento populacional de risco.

Medeiros e Bernardi (2011) verificaram se, no momento da alta hospitalar, 48 RNPT apresentavam plenas condições de receber a dieta no seio materno, e relacionaram este dado à estimulação realizada e ao tipo de oferta de dieta oferecido (copo ou mamadeira) durante a internação. Foi realizado um levantamento dos prontuários dos RNs internados na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) sendo registrados os dados dos RNs quanto ao sexo, IG corrigida, e número de dias que permaneceu em cada fase da intervenção fonoaudiológica (Fase 1: sucção não-nutritiva; Fase 2: dieta por sonda mais complemento por VO; Fase 3: VO exclusiva; Fase 4: aleitamento materno exclusivo e efetivo). Ao final do estudo não houve diferenças significativas entre os grupos para nenhum dos parâmetros estudados. Houve igual aceitação do seio materno pelos RNs, tanto no grupo copo como no grupo mamadeira. Os autores concluíram que o aleitamento materno pode

ser igualmente aceito, independentemente da forma de oferta da dieta (copo ou mamadeira), desde que haja o adequado acompanhamento fonoaudiológico e o incentivo ao aleitamento materno em idade precoce.

Lopez e Silva (2012) apresentaram uma revisão de literatura narrativa sobre o uso do copo/xícara como método alternativo de alimentação RNPTs com objetivo de verificar se há consenso sobre sua indicação para essa população. Foram selecionados artigos nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e *Cochrane Library*, independentemente do ano, usando descritores específicos: alimentação artificial, RNPT, aleitamento materno, métodos de alimentação. Dos 421 artigos encontrados nos idiomas em inglês e português, 31 foram incluídos, considerando-se o objetivo do estudo. Apesar de alguns estudos afirmarem que o método do copo/xícara é eficaz e seguro para alimentar RNPT e RNT, tais estudos não avaliaram de forma objetiva o efeito do método sobre a deglutição desses pacientes. Os autores concluíram que não há consenso na literatura quanto ao modo de oferecer a complementação da alimentação de RNPTs.

Vargas et al. (2014), em um artigo de revisão de literatura narrativa, estudaram se há influência do uso do copo ou mamadeira durante a transição alimentar de RNPTs sobre o sistema estomatognático e as taxas de aleitamento materno. Segundo os autores, ainda se mantém a orientação do uso do copo conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos casos de RNs que foram amamentados, mas a partir dos estudos já realizados observou-se que apesar das vantagens e desvantagens com o uso do copo e ou da mamadeira como métodos alternativos de alimentação, a associação entre o uso desses métodos e a duração do aleitamento materno ainda não está bem estabelecida.

França et al. (2014) analisaram com o uso de eletromiografia a atividade elétrica do músculo masseter durante sucção em RNs, comparando a oferta ao seio, mamadeira e copo de alimentação. Foram avaliados 81 RNTs, divididos em três grupos com 27 bebês por grupo: 1) Amamentação; 2) Mamadeira; e 3) Copo. A atividade muscular foi analisada quando cada criança demonstrou interesse na sucção utilizando a eletromiografia de superfície. Como resultado, foi possível observar que os valores de amplitude (RMS) foram menores para a mamadeira (média de 44,2 %) do que a amamentação (média de 58,3 %) e alimentação por copo (52,5%), mas as diferenças não foram significativamente diferente. Os autores concluíram que a atividade do músculo masseter foi significativamente maior em

RNs amamentados do que em RNs alimentados com mamadeira. Os níveis de atividade do músculo masseter durante o aleitamento por copo foram maiores entre os de mama e mamadeira, e não diferiram significativamente a partir de qualquer grupo. Portanto, os autores ressaltaram que com base neste estudo o copo pode ser preconizado para RNTs e saudáveis como um substituto temporário para a amamentação.

O estudo de Lopez et al. (2014) comparou o desempenho da deglutição na alimentação com uso de copo e mamadeira em 20 RNPTs na primeira oferta de alimento por VO. Todos os RNs foram submetidos ao exame de videofluoroscopia com esses dois utensílios. O volume total do copo foi de 10ml e o da mamadeira foi de 30ml, para facilitar a obtenção do alimento e seu monitoramento. Grande parte dos RNs alimentados por mamadeira (68%) apresentou sucção forte e com ritmo e 63% mostraram boa coordenação das funções sucção/deglutição/respiração. A mesma porcentagem de RNs alimentados pelo copo (68%) não realizou o movimento de sorver e apenas 32% sorveram quantidades mínimas de contraste líquido. Não foram observados sinais de penetração laríngea e aspiração traqueal em ambos os procedimentos. Os autores concluíram que na primeira oferta de alimento por VO, RNPTs apresentaram melhor desempenho na deglutição com o uso da mamadeira em relação ao copo. Os achados sugerem que o primeiro comportamento é inato e que as crianças estavam preparadas para sugar no momento da avaliação, enquanto o uso do copo requer treinamento.

Martins et al. (2015), em um estudo transversal observacional, mensuraram e compararam a atividade elétrica dos músculos temporal, masseter e supra-hióideos de 36 prematuros durante o aleitamento materno e por copo. Não houve diferença entre os métodos de alimentação avaliados quanto à atividade elétrica dos músculos temporal e masseter, no entanto, verificou-se maior atividade da musculatura supra-hióidea durante a alimentação por copo. Os resultados indicam haver equilíbrio entre a atividade dos músculos temporal e masseter durante a alimentação ao seio materno e por copo. A musculatura supra-hióidea apresentou-se mais ativa na alimentação por copo, o que pode ser justificado pela maior amplitude de movimentação da língua, já que geralmente os RNPT realizam a protrusão da língua para obter o leite durante a alimentação por esse utensílio.

De acordo com a revisão apresentada, o uso do copo para alimentação de RNs, principalmente RNPTs, ainda não está bem estabelecido pela literatura. Há

ainda muitos questionamentos e a necessidade de novos estudos para esclarecer as dúvidas relacionadas ao tema. Essa revisão mostrou que o uso do copo para alimentação de RNs pode ter vantagens e desvantagens e um fator determinante para sucesso no uso dessa técnica é a sua aplicação pelos profissionais.

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

- Investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo;
- Investigar a aplicação da técnica do uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo pelos profissionais que atuam na UTI neonatal;
- Verificar a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS E CASUÍSTICA

Foram adotados para esse estudo os preceitos metodológicos da pesquisa observacional quantitativa e qualitativa em saúde, com caráter transversal.

O projeto foi desenvolvido após sua aprovação pelos seguintes Comitês: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB/USP) (Anexo A); CEP da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA); CEP do Hospital das Clínicas do Acre (HCA/FUNDHACRE); e, CEP do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP/PE. Contou com a permissão dos responsáveis por oito hospitais provenientes de diferentes regiões do Brasil, que utilizam o copo como forma alternativa de alimentação de RNPTs internados e que manifestaram aceite em participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de aquiescência (Apêndice A).

O contato com os hospitais para obtenção do termo de aquiescência foi realizado por meio de convite aos fonoaudiólogos de todas as regiões do país, localizados por meio de ferramenta de busca na internet e indicação de colegas de profissão, sendo incluídos apenas os hospitais em que estes profissionais manifestaram desejo de colaboração com o estudo. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos fonoaudiólogos parceiros, manifestando seu aceite em participar da coleta de dados deste estudo e comprometendo-se a enviar os questionários e filmagens somente à pesquisadora responsável (Apêndice B). O meio de envio foi de escolha do profissional, podendo ser por e-mail, mensagem de *WhatsApp* ou correios.

Dos oito hospitais que foram convidados a participar da pesquisa, um hospital (Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - Florianópolis/SC) foi excluído por não utilizar mais o copo em sua rotina, e um hospital (Hospital Materno Infantil de Brasília - Brasília/DF) foi excluído porque o CEP da instituição não aprovou a realização da pesquisa. Dessa forma, na presente pesquisa foram analisados os dados referentes a seis hospitais, de diferentes regiões do Brasil.

Os hospitais participantes foram: H1 - Hospital das Clínicas de Marília – Unidade Materno Infantil (Marília/SP); H2 - Hospital e Maternidade São Cristóvão

(São Paulo/SP); H3 - Hospital Unimed Joinville (Joinville/SC); H4 - Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora/Hospital da Criança (Rio Branco/AC); H5 - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Recife/PE); H6 - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Marília (Marília/SP).

Em cada um dos seis hospitais, os fonoaudiólogos parceiros realizaram filmagens de RNPTs no momento da alimentação por meio do copo e foi aplicado um questionário de opinião sobre o uso do copo aos profissionais que realizam ou tem contato com essa prática em sua rotina hospitalar. Para estimar a amostra necessária foi realizado cálculo amostral. Com a casuística prevista, a porcentagem de erro possível foi de aproximadamente 10%. Dessa forma, a amostra inicial prevista foi de, no mínimo, 32 profissionais e filmagem de 40 RNs.

Tanto os pais/responsáveis pelos RNs filmados quanto os profissionais que responderam aos questionários e que realizaram a oferta de leite no copo ao RN foram informados claramente sobre os objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa, incluindo-se no estudo mediante a assinatura do TCLE (Apêndice C, Apêndice D e Apêndice E). Também foi solicitada assinatura do Termo de Permissão de Envio e Uso dos Registros (Apêndice F) que garantiu o consentimento de todos que foram incluídos na filmagem para que estas pudessem ser enviadas à pesquisadora responsável por este estudo (via e-mail, *WhatsApp* ou correios) e divulgadas em documentos científicos e didáticos (pesquisa, publicação ou apresentação).

Com relação aos bebês filmados, foram incluídos na pesquisa RNPTs (IG inferior a 37 semanas - WHO, 1994) que necessitaram de cuidados na UTI Neonatal após o nascimento, clinicamente estáveis, independentemente do tipo de parto, que tivessem iniciado o uso do copo há pelo menos dois dias, sem contato com bicos artificiais. Como critérios de exclusão foram considerados: RNs com suspeita de síndromes genéticas, doenças neurológicas, anomalias craniofaciais e sinais clínicos de distúrbios de deglutição.

4.2 PROCEDIMENTOS

4.2.1 Questionários de opinião

Os fonoaudiólogos representantes de cada hospital convidaram a participar do estudo profissionais das seguintes áreas: fonoaudiologia, medicina, enfermagem e auxiliar ou técnico de enfermagem. Os profissionais que aceitaram participar receberam do referido fonoaudiólogo um questionário de opinião sobre o uso do copo, elaborado para esta pesquisa, com base nas lacunas de conhecimentos identificadas na revisão de literatura (Apêndice G). Os profissionais foram recrutados conforme disponibilidade e manifestação de desejo em participar do estudo, sendo que 58 profissionais responderam às questões. Os questionários foram encaminhados pelos fonoaudiólogos à pesquisadora responsável, após seu preenchimento, em uma das seguintes formas de envio: de forma digitada ou escrita e enviadas por meio de foto ou digitalizados via e-mail ou *WhatsApp*, desde que em boa resolução; ou ainda de forma escrita e enviadas via Correios.

4.2.2 Avaliação da técnica

Foram realizadas filmagens de 32 bebês recebendo leite por meio do copo pelos profissionais incluídos na pesquisa conforme a rotina hospitalar (auxiliares ou técnicos de enfermagem) sem ser oferecida qualquer instrução prévia sobre a forma de manejo do bebê ou do posicionamento do copo. O objetivo foi registrar a forma com que a técnica era realmente realizada no cotidiano do processo de trabalho em saúde.

Os bebês foram filmados pelo fonoaudiólogo do hospital durante uma oferta de leite, sendo que o volume total ofertado foi o mesmo prescrito pela equipe médica para cada bebê. Os profissionais que ofertaram o copo aos bebês não foram, necessariamente, os mesmos que responderam ao questionário. As filmagens foram realizadas por meio de câmera digital ou celular, dependendo da disponibilidade do profissional, posicionada manualmente a aproximadamente a 40cm de distância, com enquadramento em um ângulo de 45° formado entre os planos coronal e sagital do bebê. Primeiramente foi solicitado que os fonoaudiólogos

realizassem uma primeira filmagem e enviassem à pesquisadora para que fosse observado se havia necessidade de ajustes na posição da câmera ou alguma outra modificação para possibilitar melhor visualização. Após resposta da pesquisadora foi dada continuidade ao restante das filmagens.

O Apêndice H contém as informações que foram dadas para que o fonoaudiólogo realizasse as filmagens e pudesse orientar o profissional que ofertou o copo para o bebê, além de um formulário que foi preenchido com dados dos bebês filmados. Foi gravado e enviado pela pesquisadora um vídeo instrucional demonstrando a forma adequada de realização da filmagem para que fosse garantida a observação de todos os aspectos necessários (este vídeo só deveria ser visualizado pela fonoaudióloga parceira). Caso o bebê apresentasse, durante a filmagem, muita sonolência ou alguma intercorrência não relacionada ao processo de alimentação (como êmese ou outro sinal de instabilidade clínica), o vídeo poderia ser descartado e gravado novamente em outro momento. As fonoaudiólogas foram orientadas que tosse, engasgo e alterações respiratórias durante a alimentação eram sinais importantes para análise e o vídeo não deveria ser descartado por estes motivos. Assim como com os questionários, as fonoaudiólogas poderiam enviar as filmagens para pesquisadora conforme preferências, via e-mail, *WhatsApp* ou correios, nesse último caso os vídeos deveriam ser gravados em DVD.

Após essa etapa, as filmagens foram analisadas separadamente por dois avaliadores convidados, orientados pela pesquisadora com base em um roteiro elaborado para esse estudo (Apêndice I), com base na literatura sobre técnica adequada do uso do copo. As orientações contêm aspectos relacionados à sua aplicação, segurança e eficiência. Estes avaliadores foram selecionados conforme a disponibilidade e desejo de participar do estudo e manifestaram sua concordância em participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE (Apêndice J). Foram considerados os seguintes critérios de inclusão dos avaliadores: graduação em fonoaudiologia, especialização em Neonatologia ou Saúde Materno Infantil, ou experiência de no mínimo dois anos na área hospitalar em UTI Neonatal. Foi enviado um texto instrucional para orientar os avaliadores quanto ao preenchimento adequado do roteiro, apresentando os parâmetros considerados conforme a literatura (aplicação, eficiência e segurança), segundo os itens que seguem.

4.2.2.1 Aplicação da técnica do copo

Com relação à aplicação da técnica foram observados: estado de consciência do bebê, realização de pausas, posição do copo e posição do bebê.

O estado de consciência foi considerado: “alerta” quando o bebê estava acordado, ativo, de olhos abertos e com alguma movimentação; “sono leve” quando com os olhos ligeiramente abertos, pouca movimentação e respondendo à estimulação; e, “sono profundo” quando de olhos fechados, sem movimentação e com ausência de resposta à estimulação. Posteriormente, para a descrição da análise dos avaliadores, foi considerada como resposta adequada a oferta de leite quando o bebê estava em estado de consciência alerta, conforme a literatura.

A realização de pausas poderia ser feita pelo profissional que estava ofertando o leite, conforme sentisse necessidade, como se estivesse deixando o bebê descansar, oferecendo intervalos entre algumas sorvidas do bebê. Este item foi classificado como “sim” para presença de pausa e “não” para ausência de pausa. Posteriormente, para a descrição da análise dos avaliadores, foi considerada uma resposta adequada a presença de pausas durante a oferta, conforme a literatura.

Quanto ao posicionamento do copo no momento da oferta de leite aos RNs, os avaliadores poderiam considerar como “abaixo da língua” ou “acima da língua” conforme posição da língua visualizada. Posteriormente, para a descrição da análise dos avaliadores, foi considerada como resposta adequada a posição do copo abaixo da língua do bebê.

A posição do bebê poderia ser considerada, conforme visualização nas filmagens, como “inclinado $\pm 45^\circ$ com apoio”, quando o bebê estivesse sentado, ou “deitado” quando estivesse nessa posição. Sendo que foi considerado como uma posição adequada quando o bebê estava inclinado com apoio.

4.2.2.2 Eficiência da técnica do copo

Quanto à eficiência da técnica foram considerados: volume prescrito e volume aceito, movimentação de língua (movimento de sorver), presença de escape extra-oral e tempo total de oferta.

O volume prescrito foi considerado aquele que a equipe médica estipulou para necessidade de cada recém-nascido e registrou em prescrição. O volume

aceito foi considerado como o volume prescrito menos o volume que sobrou no copo ao final da oferta.

Com relação ao movimento de sorver, ou seja, movimento de anteriorizar a língua em busca do leite dentro do copo, as avaliadoras poderiam considerar “sim” quando presente e “não” quando ausente. Foi considerado adequado quando o movimento de sorver estava presente.

O escape extra-oral deveria ser classificado como: “ausente” quando não fosse visualizado escape de leite pelas comissuras labiais do bebê; “pouco” quando fosse visualizado leite escapando pelas comissuras labiais, porém sem um fluxo contínuo neste escape como se estivesse escorrendo; e, “muito” quando fosse visualizado fluxo contínuo de leite escapando pelas comissuras labiais chegando a umedecer a roupa ou compressa posicionada abaixo do pescoço do bebê. Foi considerado como adequada a ausência de escape durante a alimentação com uso do copo.

O tempo total de oferta deveria ser medido desde o início da oferta de leite, até que o bebê tivesse ingerido todo o conteúdo prescrito ou até que apresentasse sinais de recusa e fosse optado por não dar continuidade na oferta (como nos casos de complementação do volume pela sonda de alimentação, por exemplo). Caso o profissional proporcionasse pausas mais longas para o bebê eructar e continuasse ofertando o leite em seguida, o tempo deveria continuar sendo contado.

4.2.2.3 Segurança da técnica

Por fim, em relação à segurança do uso da técnica, foram observados: nível de saturação de oxigênio no sangue (nos casos em que o bebê já estivesse monitorado), alteração do padrão respiratório, presença de engasgo e presença de tosse.

O nível de saturação deveria ser registrado no início da oferta somente nos casos em que houvesse prescrição médica deste controle e conforme normas e rotinas de cada hospital, pois poderia ocorrer do bebê não estar mais monitorado no momento da oferta de leite. Caso fosse possível considerar este dado, deveria ser registrado se houvesse variação (“sim”) ou ausência de variação (“não”). Foi

considerado como adequado se o bebê mantivesse seu nível de saturação inicial ou se fosse observada variação de até 4% de sua linha de base após a oferta.

A alteração do padrão respiratório poderia ser considerada como “presente” quando fosse possível observar aumento da frequência respiratória (subjetivamente) por observação da expansão torácica ou por movimentação do bebê, além da presença de batimento de asa nasal. Deveria ser considerada “ausente” quando não fosse observado nenhum dos aspectos citados anteriormente. Para análise foi considerada adequada a ausência de alterações respiratórias durante e após a oferta de leite.

A presença de engasgo foi considerada como “presente” e “ausente” conforme sua ocorrência. A presença de tosse foi considerada “ausente” quando não fosse apresentada pelo bebê, “durante” e “após” conforme sua ocorrência no momento da deglutição do leite ou após a deglutição do leite. Foram consideradas adequadas a ausência durante e após a alimentação dos bebês.

Nos casos em que fossem encontrados sinais de alteração durante a alimentação com o copo, a pesquisadora responsável pelo projeto entraria em contato com a equipe responsável pela prescrição dos cuidados alimentares dos bebês, promovendo as sugestões de adequações necessárias, tanto em relação à forma como o profissional está ofertando a alimentação com uso do copo, quanto aos possíveis sinais de alterações que o RN apresentasse durante essa oferta, garantindo a segurança de ofertas futuras. Esse contato não foi necessário.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados obtidos foram tabulados em planilha Excel e submetidos à análise descritiva e estatística. Foram calculadas as concordâncias intra e inter-avaliadores das filmagens para todas as variáveis analisadas.

Na análise de concordância inter-avaliadores das variáveis qualitativas foram obtidos índices de Kappa entre “desprezível” e “quase perfeito” (0,00 e 1,00) (LANDIS; KOCH, 1977). Já para a variável quantitativa tempo de oferta, o coeficiente de correlação intraclasse foi “excelente” (1,00) (FLEISS, 1986).

Para a análise de concordância intra-avaliadores foi realizada a replicação de 20% da amostra. Foram observados Índices de Kappa “quase perfeitos” (LANDIS; KOCH, 1977) para o Avaliador 1 (0,90 a 1,00) e para o Avaliador 2 (0,93 a

1,00). Apesar da mesma classificação, optou-se por considerar realizar a avaliação da técnica com os resultados do avaliador com melhores índices de Kappa, o Avaliador 2.

As classificações utilizadas encontram-se no Anexo B. Os questionários foram analisados por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). A análise de dados dos Questionários de Opinião foi realizada de forma descritiva.

Os dados da Avaliação da Técnica foram analisados utilizando-se o *software* estatístico *Statistica* 17.0. A normalidade das variáveis quantitativas foi testada por meio do teste Shapiro Wilk ($p < 0,05$).

A correlação entre as variáveis foi realizada por meio do teste não-paramétrico Correlação de Spearman. Para analisar variáveis não-paramétricas com dois grupos independentes foi utilizado o Teste de Mann-Whitney e com múltiplos grupos independentes foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis. Para analisar a associação entre variáveis categóricas foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

Considerou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises estatísticas.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 QUESTIONÁRIOS DE OPINIÃO

Responderam aos questionários 58 profissionais que utilizam o copo em sua rotina de trabalho com RNPTs de seis hospitais de diferentes regiões do Brasil, que foram: sete fonoaudiólogos, dez enfermeiros, 12 médicos e 29 auxiliares/técnicos de enfermagem. As respostas de todos os profissionais foram transcritas e estão disponíveis no Apêndice K.

O número de profissionais que responderam às questões, como também informações sobre suas categorias profissionais e o tempo de experiência com RNPT podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra participante da etapa de questionários de opinião quanto a categoria profissional e ao tempo de experiência, para cada hospital

Hospital (n)	Categoria profissional							
	Enfermeiro		Fonoaudiólogo		Médico		Téc./Aux. Enf.	
	n	Tempo de experiência (média)	n	Tempo de experiência (média)	n	Tempo de experiência (média)	n	Tempo de experiência (média)
H1 (n=10)	2	2,20	1	19,00	2	10,50	5	14,00
H2 (n=7)	1	14,00	1	3,00	2	20,50	3	14,30
H3 (n=15)	3	6,20	1	17,00	2	17,50	9	4,90
H4 (n=9)	1	10,00	1	10,00	1	12,00	6	8,62
H5 (n=12)	3	9,60	1	5,00	5	9,90	3	9,60
H6 (n=5)	0	0,00	2	7,50	0	0,00	3	5,30
Total	10	7,59	7	9,85	12	13,22	29	8,75

Análise descritiva

Legenda: n = número de participantes; DP = desvio-padrão; H = Hospital

Observa-se que na maioria dos hospitais a classe profissional de maior número de participantes foi a de auxiliares/técnicos de enfermagem. Ao considerar cada hospital, com relação ao tempo de experiência, duas categorias profissionais se destacaram: no H1 e no H6 os fonoaudiólogos apresentaram uma média maior de tempo de experiência (H1=média de 19,00 anos; H6=média de 7,50 anos), enquanto nos demais hospitais os profissionais com maior tempo médio de experiência foram os médicos (H2=média de 20,50 anos; H3=média de 17,50 anos; H4=média de 12,00 anos; H5=média de 9,90 anos).

As perguntas respondidas pelos profissionais incluíam questões de múltipla escolha e abertas. Somente a primeira questão foi respondida por todos os profissionais, pois as demais dependiam da resposta da questão anterior, que era de múltipla escolha.

As respostas para a questão 1 (*"Porque o copo é utilizado como método alternativo para alimentar os recém-nascidos?"*) foram agrupadas conforme semelhança em quatro categorias: evitar confusão de bicos; favorecer a amamentação; complementar ou transicionar a alimentação; e, melhorar coordenação sucção/deglutição. A maioria dos profissionais respondeu que o copo é utilizado para evitar a confusão de bicos, com 34 ocorrências (58,62%), sendo fornecida por quatro fonoaudiólogos, seis enfermeiros, dez médicos e 14 auxiliares/técnicos de enfermagem. A segunda maior ocorrência foi quanto a sua utilização para complementar ou para transicionar a alimentação por VO, apontada por 11 profissionais (18,96%), fornecida por um médico, dois enfermeiros e oito auxiliares/técnicos de enfermagem. Houve seis profissionais (10,34% - um enfermeiro, um médico, um fonoaudiólogo e três auxiliares/técnicos de enfermagem) que responderam que o copo servia para melhorar a coordenação da sucção e deglutição, e três (5,17% - um enfermeiro, um fonoaudiólogo e um auxiliar/técnico de enfermagem) que afirmaram que sua utilização favoreceria a amamentação. Um profissional (1,72% - médico) respondeu que não sabia porque utilizar o copo e um (1,72% - auxiliar/técnico de enfermagem) respondeu *"Acredito que por não ter outra alternativa melhor e muitas vezes o RN não se enquadrar após a sonda em uma boa sucção"*. Três profissionais (5,17%) não justificaram suas respostas. Um profissional (1,72% - fonoaudiólogo) respondeu que se usa *"Porque sempre acontecem situações desfavoráveis como por exemplo, ausência da mãe (por doenças ou óbito, impossibilidade de amamentação)"*. Dois profissionais (n=3,44%) contemplaram duas categorias em suas respostas como no seguinte exemplo: *"Para evitar o uso de mamadeira com seus bicos, amadurecer e estimular a deglutição"*.

Os resultados das respostas apresentadas para as questões de múltipla escolha (Questões 2 a 4) são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da frequência de ocorrência das respostas para as questões 2 a 4, considerando cada hospital participante

Hospital (n)	Q2A		Q3A		Q4A	
	Resposta					
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
H1 (n=10)	5 (50,00%)	5 (50,00%)	5 (50,00%)	5 (50,00%)	8 (80,00%)	2 (20,00%)
H2 (n=7)	1 (14,29%)	6 (85,71%)	1 (14,29%)	6 (85,71%)	7 (100%)	0 (0,00%)
H3 (n=15)	6 (40,00%)	9 (60,00%)	13 (86,66%)	2 (13,34%)	11 (73,33%)	4 (26,67%)
H4 (n=9)	5 (55,50%)	4 (44,50%)	5 (55,50%)	4 (44,50%)	7 (77,70%)	2 (22,30%)
H5 (n=12)	7 (58,33%)	5 (41,67%)	8 (66,66%)	4 (33,34%)	8 (66,66%)	4 (33,34%)
H6 (n=5)	1 (20,00%)	4 (80,00%)	4 (80,00%)	1 (20,00%)	3 (60,00%)	2 (40,00%)
TOTAL	25 (43,10%)	33 (56,90%)	36 (62,06%)	22 (37,94%)	44 (75,86%)	14 (24,14%)

Análise descritiva por frequência de ocorrência

Legenda: n = número de participantes; % = porcentagem de participantes; H = Hospital; Q2 = Na sua opinião, o copo é o melhor método alternativo de alimentação para RNPT?; Q3 = Você acredita que o copo pode ser considerado um método alternativo de alimentação seguro para o RNPT?; Q4 = Na sua rotina, você percebe que os RNPTs apresentam alguma dificuldade para se alimentar por meio do copo?

Para a questão 2 (*“Na sua opinião, o copo é o melhor método alternativo de alimentação para RNPT?”*) foram obtidas 25 (43,10%) repostas “sim” e 33 (56,90%) repostas “não”. Três hospitais (H2, H3 e H6) consideram, de acordo com a opinião da maioria dos profissionais (85,71%; 60,00% e 80,00%, respectivamente), que o copo não seria o melhor método de alimentação para os RNPTs. Em dois hospitais (H4 e H5) a maioria dos profissionais (55,50% e 58,33%, respectivamente) acredita que o copo seria a melhor opção e no H1 não houve um predomínio de posicionamento (sim=50,00%; não=50,00%).

Para a segunda parte da questão 2 (*“Se não, qual método você julga mais adequado?”*) as respostas foram agrupadas por semelhança nas seguintes categorias: método *finger feeding*; transição da sonda direto para seio materno; translactação, e chupa. Participaram dessa etapa os 33 profissionais que responderam “não” na questão 2. A maioria dos profissionais considerou que o método *finger feeding* é a melhor forma de alimentar os RNPT, com dez ocorrências de respostas (30,30% - um enfermeiro, um fonoaudiólogo, um médico e sete auxiliares/técnicos de enfermagem), seguida de transicionar diretamente da sonda para o seio materno, com oito ocorrências (24,24% - um enfermeiro, três fonoaudiólogos, um médico e três auxiliares/técnicos de enfermagem). Seis respostas (18,18% - dois fonoaudiólogos e quatro auxiliares/técnicos de enfermagem) afirmaram que o melhor método seria a chupa e cinco (15,15% - um enfermeiro, um fonoaudiólogo e três médicos) citaram a translactação. Três profissionais (9,09%) não justificaram suas repostas e um (3,04% - auxiliar de

enfermagem) respondeu que acredita *"...que não porque tem RNs que não se adaptam ao copo, acho que o melhor método é o que o RN aceita a dieta oferecida"*.

Para a questão 3 (*"Você acredita que o copo pode ser considerado um método alternativo de alimentação seguro para o RNPT?"*) a maioria dos profissionais respondeu "sim" (n=36; 62,06%), sendo que a resposta "não" foi dada por 22 (37,94%) profissionais. Somente em um hospital (H2) foi obtida a resposta "não" pela maioria dos profissionais (85,71%), enquanto em outro houve empate nas opiniões (H1 – sim=50,00%; não=50,00%). Nos demais hospitais (H3, H4, H5 e H6), a maioria dos profissionais 86,66%; 55,50%; 66,66 e 80,00%, respectivamente, informou que o copo pode ser considerado um método seguro de alimentação dos RN prematuros.

As respostas apresentadas para a segunda parte da questão 3 (*"Se não, por quê?"*) foram agrupadas nas seguintes categorias: dificuldade de administração; risco de engasgo ou broncoaspiração; dependente da coordenação sucção/deglutição do RN; e, dificuldade de mensurar o volume ingerido. Participaram dessa etapa os 22 profissionais que responderam "não" na etapa anterior (n=22). Nove profissionais (40,91% - dois enfermeiros, dois médicos e cinco auxiliares/técnicos de enfermagem) consideraram não ser um método seguro pelo risco de engasgo ou broncoaspiração. Sete (31,82% - um médico, três fonoaudiólogos e três auxiliares/técnicos de enfermagem) referiram que a forma de administração não torna a técnica do copo segura, como pode ser visto na resposta a seguir: *"É um método de difícil prática para ser executado pelas mães, e a equipe de enfermagem o utiliza sem técnica adequada"*. Cinco profissionais (22,73% - um enfermeiro, um médico, um fonoaudiólogo e dois auxiliares/técnicos de enfermagem) relataram que a segurança da técnica vai depender da coordenação de cada RN e um (4,54% - um médico) respondeu que seria *"Porque não conseguimos dosar a quantidade ofertada"*. Um profissional (4,54% - médico) não justificou a sua resposta. Um técnico de enfermagem (4,54%) apresentou duas categorias na sua resposta (*"No copo o risco de broncoaspiração é maior e também falta de preparo do funcionário"*).

Para a questão 4 (*"Na sua rotina, você percebe que os RNPTs apresentam alguma dificuldade para se alimentar por meio do copo?"*) foram coletadas 44 (75,86%) respostas "sim" e 14 (24,14%) respostas "não", considerando

o total de profissionais participantes. Ao observar os dados de cada hospital também pode ser verificado que a maioria dos profissionais (H1=80,00%; H3=73,33%; H4=77,70%; H5=66,66%; H6=60,00%) concorda que os RNPTs apresentam alguma dificuldade para se alimentar por meio do copo, sendo que em um deles todos os profissionais (H2=100%) consideraram essa possibilidade de reposta.

As repostas encontradas para a segunda parte da questão 4 (“Se *sim, qual (is)?*”) foram agrupadas da seguinte forma: presença de escape de leite; presença de cansaço/taquipnéia; e, dificuldade de deglutição ou de movimentação de língua. Participaram dessa etapa os participantes que responderam “sim” na anterior (n=44). A maioria dos profissionais respondeu que os bebês apresentam dificuldade de deglutição ou de movimentação de língua na utilização do copo com 27 ocorrências (61,36% - três fonoaudiólogas, quatro enfermeiros, seis médicos e 14 auxiliares/técnicos de enfermagem). 17 profissionais (38,63% - dois enfermeiros, dois fonoaudiólogos, três médicos e dez auxiliares de enfermagem) informaram que a dificuldade do RNPT em se alimentar com uso do copo é devido a presença de escape de leite e seis (13,63% - um enfermeiro, um fonoaudiólogo e quatro auxiliares/técnicos de enfermagem) responderam que seria pela presença de cansaço ou taquipnéia. Um profissional (2,27% – um técnico de enfermagem) não apresentou justificativa para suas repostas e dois (4,54% - um enfermeiro e um médico) atribuíram a dificuldade do bebê aos profissionais que administram o copo. Nove destes profissionais (20,43%) tiveram duas categorias expressas em uma mesma resposta. No trecho a seguir pode ser observada uma resposta que contempla as duas categorias mais citadas: *"Dificuldade de controlar o volume a ser deglutido, alguns não fazem o movimento correto da língua de sorver o líquido"*.

Os resultados obtidos para as respostas das questões 5 a 7 se encontram na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização da frequência de ocorrência das respostas para as questões 5 a 7, considerando cada hospital participante

Hospital (n)	Q5A		Q6A		Q7A	
	Resposta					
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
H1 (n=10)	4 (40,00%)	6 (60,00%)	7 (70,00%)	3 (30,00%)	2 (20,00%)	8 (80,00%)
H2 (n=7)	6 (85,71%)	1 (14,29%)	4 (57,14%)	3 (42,86%)	5 (71,42%)	2 (28,58%)
H3 (n=15)	1 (6,67%)	14 (93,33%)	9 (60,00%)	6 (40,00%)	9 (60,00%)	6 (40,00%)
H4 (n=9)	2 (22,30%)	7 (77,70%)	6 (66,60%)	3 (33,40%)	1 (11,20%)	8 (88,8%)
H5 (n=12)	4 (33,34%)	8 (66,66%)	5 (41,67%)	7 (58,33%)	2 (16,67%)	10 (83,33%)
H6 (n=5)	1 (20,00%)	4 (80,00%)	4 (80,00%)	1 (20,00%)	3 (60,00%)	2 (40,00%)
TOTAL	18 (31,06%)	40 (68,94%)	35 (60,34%)	23 (39,66%)	22 (37,93%)	36 (62,07%)

Análise descritiva por frequência de ocorrência

Legenda: n = número de participantes; % = porcentagem de participantes; H = Hospital; Q5 = Você sente dificuldade em utilizar o copo para alimentar RNPTs?; Q6 = Você utiliza alguma estratégia/recurso para sanar dificuldades na utilização do copo para alimentar RNPTs?; Q7 = Você recebeu algum tipo de capacitação/treinamento para utilizar a técnica do copo?

Para a questão 5 (*“Você sente dificuldade em utilizar o copo para alimentar RNPTs?”*) foram obtidas 18 (31,06%) respostas “sim” e 40 (69,94%) respostas “não”. Somente em um dos hospitais (H2=85,71%) a maioria dos profissionais relatou dificuldade em utilizar o copo, sendo que os demais optaram em sua maioria pela resposta “não” (H1=60,00; H3=93,33%; H4=77,70%; H5=66,66%; H6=80,00%).

As respostas para a segunda parte da questão 5 (*“Se sim, qual (is)?”*) foram agrupadas nas seguintes categorias: RN com dificuldade de deglutição e escape oral; mensurar o volume ingerido; e, administrar o copo para o RN. Participaram dessa etapa os profissionais que responderam sim na anterior (n=18). A maioria dos profissionais respondeu que a dificuldade em utilizar o copo se dá pela dificuldade de deglutição do RN e devido à presença de escape oral anterior, com onze ocorrências (61,11% - um enfermeiro, três fonoaudiólogos, um médico e seis auxiliares/técnicos de enfermagem). Quatro profissionais (n=22,22%; um enfermeiro, dois médicos e um auxiliar/técnico de enfermagem) informaram que a dificuldade está em administrar a técnica do copo para alimentar o RNPT e um (5,55% - técnico de enfermagem) trouxe a dificuldade de controlar o volume de leite ingerido. Um dos profissionais (5,55% - um técnico de enfermagem) apresentou duas categorias em uma única resposta: *“Perda de leite e dificuldade de acoplá-lo na boca, administrar a quantidade de leite a ser colocada na boca”*. Além disso, dois profissionais (11,12% - dois fonoaudiólogos) não justificaram suas respostas.

Para a questão 6 (*“Você utiliza alguma estratégia/recurso para sanar dificuldades na utilização do copo para alimentar RNPTs?”*), foram obtidas 35 (60,34%) respostas “sim” e 23 (39,66%) respostas “não”. Analisando cada hospital foi possível verificar que para cinco deles a maioria dos profissionais (H1=70,00%; H2=57,14%; H3=60,00%; H4=66,60%; H6=80,00%) utiliza algum tipo de estratégia para sanar as possíveis dificuldades em administrar o copo. Somente no H5 a maioria respondeu não utilizar nenhuma estratégia, mas com resultados próximos a 50%.

Para a segunda parte da questão 6 (*“Se sim, qual (is)?”*), as respostas fornecidas pelos profissionais foram agrupadas nas categorias a seguir: solicita auxílio do fonoaudiólogo; realiza estímulo oral; acorda ou reposiciona o RN; e, uso do método *finger feeding*. Participaram dessa etapa os 35 profissionais que responderam “sim” na anterior. A maioria dos profissionais respondeu que quando tem dificuldade para utilizar o copo realiza estimulação oral nos RN antes ou durante a oferta do copo, com 14 ocorrências (40,00% - três fonoaudiólogos, dois médicos e nove auxiliares/técnicos de enfermagem), como no exemplo a seguir: *“Nos Rns com dificuldades para alimentação utilizaria estímulo sensório motor oral e técnica de sucção não-nutritiva”*. Adicionalmente, oito profissionais (22,85% - dois enfermeiros, um fonoaudiólogo e cinco auxiliares/técnicos de enfermagem) responderam que acordam ou reposicionam os RNPTs no momento da oferta do copo, enquanto outros oito (22,85% - quatro enfermeiros, dois médicos e dois auxiliares/técnicos de enfermagem) relataram solicitar a presença de um fonoaudiólogo para auxiliar e cinco (14,30% - quatro fonoaudiólogos e um técnico de enfermagem) utilizam a técnica de *finger feeding* para auxiliar na aceitação. Dois profissionais (5,71% - um fonoaudiólogo e 1 auxiliar/técnico de enfermagem) utilizaram duas categorias em uma mesma resposta, como, por exemplo, no trecho a seguir: *“Estímulo tátil para estimular e manter o RN acordado para aceitar a dieta e realizar a deglutição”*.

Para a questão 7 (*“Você recebeu algum tipo de capacitação/treinamento para utilizar a técnica do copo?”*) foram obtidas 22 (37,93%) respostas “sim” e 36 (62,07%) respostas “não”. Apesar da maioria dos profissionais participantes ter recebido algum tipo de capacitação para o uso da técnica do copo, considerando os hospitais separadamente, os resultados foram variados. Metade dos hospitais informou que os profissionais receberam treinamento (H2=71,42%; H3=60,00%;

H6=60,00%) e a outra metade que não houve nenhum treinamento (H1=80,00%; H4=88,80%; H5=83,33%).

A segunda parte da questão 7 (*“Se sim, há quanto tempo? Onde?”*) foi respondida, predominantemente, com o nome do Hospital em que a pessoa estava atuando na época em que realizou o curso. O tempo de realização do curso só foi contemplado na resposta de 12 profissionais (54,54%) e variou entre um mês e 15 anos, com média de 8,84 anos. Participaram dessa etapa apenas os 22 profissionais que responderam “sim” na anterior.

5.2 AVALIAÇÃO DA TÉCNICA

Um dos hospitais não encaminhou as filmagens e foi excluído dessa etapa da pesquisa (H6), pois não houve internação de RNs que atendiam aos critérios de inclusão no período de coleta. Devido a isso o número de bebês participantes foi inferior ao estimado pelo cálculo amostral. Dessa forma, participaram dessa etapa do estudo cinco hospitais (H1, H2, H3, H4 e H5), num total de 32 bebês avaliados.

5.2.1 Caracterização da amostra

Os resultados apresentados na Tabela 4 apontam que houve predominância de RNPT do sexo feminino em dois hospitais (H1=60,00%; H4=100,00%) e do masculino em dois hospitais (H3=60,00%; H5=62,50%). Em um dos hospitais houve igual número de participantes para o sexo masculino e feminino (H2).

Tabela 4 – Caracterização da frequência de ocorrência do sexo dos recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante

Hospital (n)	Sexo	
	Feminino n (%)	Masculino n (%)
H1 (n=10)	6 (60,00%)	4 (40,00%)
H2 (n=4)	2 (50,00%)	2 (50,00%)
H3 (n=5)	2 (40,00%)	3 (60,00%)
H4 (n=5)	5 (100%)	0 (0,00%)
H5 (n=8)	3 (37,50%)	5 (62,50%)

Análise descritiva por frequência de ocorrência

Legenda: n = número de participantes; % = porcentagem de participantes; H = Hospital

Visualiza-se na Tabela 5 a caracterização dos RNPT no momento do nascimento. Observa-se que todos os bebês eram RNPTs visto que a IG máxima para todos os hospitais foi inferior a 37 semanas completas (OMS, 1980). Já a mediana do peso ao nascimento foi classificada (OMS, 1980) em baixo peso ao nascer para quatro hospitais (H2 mediana=1560,00g; H3 mediana=1900,00g; H4 mediana=1522,00g; H5 mediana=1612,00g) e de muito baixo peso ao nascer em um hospital (H1 mediana=1401,00g).

Tabela 5 – Caracterização do peso ao nascimento e da idade gestacional dos recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante

Hospital	Peso ao nascimento (gramas)				Idade Gestacional (semanas)			
	Média	Mín	Máx	Mediana	Média	Mín	Máx	Mediana
H1 (n=10)	1490,80	884,00	2288,00	1401,00	31,80	27,00	36,00	32,50
H2 (n=4)	1490,00	935,00	1905,00	1560,00	32,00	29,00	33,00	33,00
H3 (n=5)	1827,00	1055,00	2455,00	1900,00	31,80	28,00	34,00	32,00
H4 (n=5)	1488,40	1250,00	1690,00	1522,00	34,20	31,00	36,00	35,00
H5 (n=8)	1608,12	1200,00	1855,00	1612,50	30,75	30,00	32,00	30,50

Análise descritiva

Legenda: n = número de participantes; Mín = mínimo; Máx = máximo; H = Hospital

A Tabela 6 mostra que a mediana da idade dos RNPT variou entre 21 e 31 dias e o peso entre 1675,00g e 2235,00g. Com relação ao tempo de VO, para a maioria dos hospitais a mediana foi entre dois e três dias (H1, H2, H4 e H5), porém, para um hospital (H4) ela foi de dez dias.

A oferta de alimento em todos os hospitais (n=5; 100%) foi realizada por auxiliares/técnicos de enfermagem. O copo utilizado para oferta alimento foi de plástico em quatro hospitais (80%) e de vidro em apenas um hospital (H3=20%).

Tabela 6 – Caracterização da idade, do peso e do tempo de via oral dos recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante

Hospital	Idade atual (dias)				Peso atual (gramas)				Tempo de VO (dias)			
	Média	Mín	Máx	Mediana	Média	Mín	Máx	Mediana	Média	Mín	Máx	Mediana
H1 (n=10)	27,20	6,00	64,00	25,00	1734,50	1580,00	2260,00	1675,00	3,90	2,00	8,00	3,00
H2 (n=4)	24,00	13,00	41,00	21,00	1750,00	1430,00	2045,00	1762,50	6,50	2,00	18,00	3,00
H3 (n=5)	23,20	3,00	56,00	25,00	2184,00	1875,00	2310,00	2235,00	8,80	2,00	20,00	10,00
H4 (n=5)	30,40	21,00	37,00	31,00	1795,20	1742,00	1854,00	1796,00	2,20	2,00	3,00	2,00
H5 (n=8)	25,38	14,00	37,00	26,00	1934,37	1700,00	2075,00	1927,50	3,50	2,00	6,00	3,00

Análise descritiva

Legenda: n = número de participantes; Mín = mínimo; Máx = máximo; VO = via oral; H = Hospital

5.2.2 Aplicação da técnica do copo

Tabela 7 mostra que em três hospitais a maioria dos bebês não utilizava sonda (H2=75,00%; H3=80,00%; H4=100,00%), em um havia igualdade de RNPT com sonda nasogástrica (SNG) e sem sonda (H5=50,00% cada), e apenas em um hospital a maioria dos bebês utilizava SOG (H5=62,50%). Com relação ao volume, na maioria dos hospitais os RNPT não aceitaram todo o volume prescrito (H2=75,00%; H3=100,00%; H4=80,00%; H5=87,50%), e apenas em um houve igual frequência de RNPT que aceitaram e que não aceitaram todo o volume prescrito (H1=50,00% cada).

Tabela 7 – Caracterização da frequência do uso de sonda e do aceite de todo volume prescrito em recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante

Hospital (n)	Sonda			Aceitou todo volume	
	SOG	SNG	Não	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
H1 (n=10)	0 (0,00%)	5 (50,00%)	5 (50,00%)	5 (50,00%)	5 (50,00%)
H2 (n=4)	0 (0,00%)	1 (25,00%)	3 (75,00%)	1 (25,00%)	3 (75,00%)
H3 (n=5)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	4 (80,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)
H4 (n=5)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	1 (20,00%)	4 (80,00%)
H5 (n=8)	5 (62,50%)	0 (0,00%)	3 (37,50%)	1 (12,50%)	7 (87,50%)

Análise descritiva por frequência de ocorrência

Legenda: n = número de participantes; % = porcentagem de participantes; SOG = sonda orogástrica; SNG = sonda nasogástrica; H = Hospital

Como apresentado na Tabela 8, dentre os bebês que não aceitaram todo o volume prescrito, em quatro hospitais a maioria não foi complementada por sonda (H1=60,00%; H2=66,67%; H3=80,00%; H4=100,00%), sendo que em apenas um hospital a maioria dos bebês recebeu complemento por meio da sonda (H5=71,43%).

Tabela 8 – Caracterização da utilização de complementação por sonda em recém-nascidos pré-termo que não aceitaram todo o volume para cada hospital participante

Hospital (n)	Complementação por sonda	
	Não	Sim
	n (%)	n (%)
H1 (n=5)	3 (60,00%)	2 (40,00%)
H2 (n=3)	2 (66,67%)	1 (33,33%)
H3 (n=5)	4 (80,00%)	1 (20,00%)
H4 (n=4)	4 (100,00%)	0 (0,00%)
H5 (n=7)	2 (28,57%)	5 (71,43%)

Análise descritiva por frequência de ocorrência

Legenda: n = número de participantes; % = porcentagem de participantes; SOG = sonda orogástrica; SNG = sonda nasogástrica; H = Hospital

O Gráfico 1 apresenta os dados referentes ao estado de consciência dos RNPT para cada hospital. Observa-se que na maioria dos hospitais houve predominância de RNPT em estado de alerta (H2, H3, H4 e H5). Apenas em um hospital (H1) houve igualdade de RNPT em estado de alerta e em sono leve. Nenhum RNPT avaliado está em estado de sono profundo.

Legenda: n = número de participantes; H = Hospital

Gráfico 1 – Caracterização do estado de consciência dos recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante

A Tabela 9 mostra que no momento de aplicação da técnica todos os RNPT encontravam-se na posição inclinada (H1=100,00%; H2=100,00%; H3=100,00%; H4=100,00%; H5=100,00%) e realizaram pausas (H1=100,00%; H2=100,00%; H3=100,00%; H4=100,00%; H5=100,00%). Quanto à posição do copo, em todos os hospitais houve maior ocorrência da posição acima da língua (H1=90,00%; H2=100,00%; H3=100,00%; H4=100,00%; H5=100,00%).

Tabela 9 – Caracterização da frequência das variáveis pausas, posição do copo e posição do bebê no momento de aplicação da técnica em recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante

Hospital (n)	Posição do bebê		Posição do copo		Pausas	
	Inclinado	Deitado	Acima da língua	Abaixo da língua	Presente	Ausente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
H1 (n=10)	10 (100,00%)	0 (0,00%)	9 (90,00%)	1 (10,00%)	10 (100,00%)	0 (0,00%)
H2 (n=4)	4 (100,00%)	0 (0,00%)	4 (100,00%)	0 (0,00%)	4 (100,00%)	0 (0,00%)
H3 (n=5)	5 (100,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	0 (0,00%)
H4 (n=5)	5 (100,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	0 (0,00%)
H5 (n=8)	8 (100,00%)	0 (0,00%)	8 (100,00%)	0 (0,00%)	8 (100,00%)	0 (0,00%)

Análise descritiva por frequência de ocorrência

Legenda: n = número de participantes; % = porcentagem de participantes; H = Hospital

5.2.3 Eficiência da técnica do copo

Observa-se na Tabela 10 que a maioria dos hospitais apresentou mediana do volume prescrito entre 34,00ml e 40,00ml (H1 mediana=34,00; H2 mediana=34,50; H3 mediana=40,00; H5 mediana=40,00), com exceção de um hospital que apresentou mediana de 10ml (H5). O volume aceito e do tempo de oferta foram heterogêneos entre os hospitais, havendo um hospital com mediana superior as demais para as duas variáveis (H1 mediana=27,50ml; mediana=260s, respectivamente).

Tabela 10 – Caracterização do volume prescrito, volume aceito e tempo de oferta dos recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante

Hospital	Volume prescrito				Volume aceito				Tempo de oferta			
	Média	Mín	Máx	Mediana	Média	Mín	Máx	Mediana	Média	Mín	Máx	Mediana
H1 (n=10)	32,80	25,00	40,00	34,00	22,80	5,00	35,00	27,50	368,40	176,00	628,00	260,00
H2 (n=4)	29,75	10,00	40,00	34,50	18,00	3,00	40,00	14,50	105,50	76,00	128,00	109,00
H3 (n=5)	37,00	25,00	45,00	40,00	7,00	5,00	10,00	5,00	114,40	95,00	146,00	101,00
H4 (n=5)	10,00	10,00	10,00	10,00	6,00	5,00	10,00	5,00	88,40	56,00	122,00	94,00
H5 (n=8)	39,75	35,00	45,00	40,00	22,50	15,00	40,00	20,00	190,50	0,00	477,00	197,50

Análise descritiva

Legenda: n = número de participantes; Mín = mínimo; Máx = máximo; VO = via oral; H = Hospital

Visualiza-se na Tabela 11 que em dois hospitais houve predominância de pouco escape (H1=90,00%; H4=60,00%), em dois houve o mesmo número de ocorrências de pouco e muito escape (H2=50,00% cada; H3=40,00% cada) e apenas em um houve maior frequência de ausência de escape (H5=50,00%). Observa-se ainda que, em todos os hospitais, a maioria dos bebês não apresentou o movimento de sorver (H1=90,00%; H2=100,00%; H3=60,00%; H4=60,00%; H5=100,00%).

Tabela 11 – Caracterização da frequência de escape e do movimento de sorver em recém-nascidos pré-termo para cada hospital participante

Hospital (n)	Escape oral anterior			Movimento de sorver	
	Pouco	Muito	Ausente	Não	Sim
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
H1 (n=10)	9 (90,00%)	1 (10,00%)	0 (0,00%)	9 (90,00%)	1 (10,00%)
H2 (n=4)	2 (50,00%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	4 (100,00%)	0 (0,00%)
H3 (n=5)	2 (40,00%)	2 (40,00%)	1 (20,00%)	3 (60,00%)	2 (40,00%)
H4 (n=5)	3 (60,00%)	1 (20,00%)	1 (20,00%)	3 (60,00%)	2 (40,00%)
H5 (n=8)	2 (25,00%)	2 (25,00%)	4 (50,00%)	8 (100,00%)	0 (0,00%)

Análise descritiva por frequência de ocorrência

Legenda: n = número de participantes; % = porcentagem de participantes; H = Hospital

Para correlacionar o volume aceito com as variáveis idade gestacional e tempo de oferta, considerando que todas tiveram distribuição não-normal, utilizou-se o Teste de Correlação de Spearman. A partir dessa análise, observa-se na Tabela 12 que houve uma correlação positiva entre as variáveis tempo de oferta e volume aceito, ou seja, o tempo de oferta é maior conforme aumenta o volume aceito pelo RNPT. Não foi encontrada correlação entre as variáveis IG e volume aceito.

Tabela 12 – Correlação da variável volume aceito com idade gestacional e tempo de oferta em recém-nascidos pré-termo

Variáveis	Volume aceito	
	r	Valor de p
Idade gestacional	-0,082	0,655
Tempo de oferta	0,462	0,008*

Teste de Correlação de Spearman

Legenda: r=coeficiente de correlação; * correlação estatisticamente significativa

Não houve associação entre a variável movimento de sorver e as variáveis peso atual (Tabela 13) e IG (Tabela 14) em RNPT.

Tabela 13 – Análise da associação entre as variáveis movimento de sorver e peso atual em recém-nascidos pré-termo

Movimento de sorver	Peso atual					Valor de p
	Média	DP	1Q	Mediana	3Q	
Não	1864,26	224,75	1685,00	1800,00	2045,00	0,979
Sim	1876,20	247,29	1742,00	1784,00	1875,00	

Teste de Mann-Whitney

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil

Tabela 14 – Análise da associação entre as variáveis movimento de sorver e idade gestacional em recém-nascidos pré-termo

Movimento de sorver	Idade gestacional					Valor de p
	Média	DP	1Q	Mediana	3Q	
Não	31,67	2,40	30,00	32,00	33,00	0,164
Sim	33,40	2,41	32,00	34,00	35,00	

Teste de Mann-Whitney

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil

A Tabela 15 mostra que o volume aceito por RNPT que apresentaram o movimento de sorver foi significativamente menor, do que a dos que não apresentaram.

Tabela 15 – Análise da associação entre as variáveis movimento de sorver e volume aceito em recém-nascidos pré-termo

Movimento de sorver	Volume aceito					Valor de p
	Média	DP	1Q	Mediana	3Q	
Não	18,78	11,31	10,00	20,00	30,00	0,040*
Sim	7,60	3,71	5,00	5,00	10,00	

Teste de Mann-Whitney

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil; * associação estatisticamente significativa

Não houve associação entre escape oral anterior e as variáveis volume aceito (Tabela 16) e IG (Tabela 17) em RNPT.

Tabela 16 – Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e volume aceito em recém-nascidos pré-termo

Escape	Volume aceito					Valor de p
	Média	DP	1Q	Mediana	3Q	
Ausente/adequado	19,17	13,20	5,00	20,00	25,00	0,902
Pouco	16,94	11,04	5,00	17,00	30,00	
Muito	15,63	11,48	10,00	10,00	20,00	

Teste de Kruskal-Wallis

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil

Tabela 17 – Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e idade gestacional em recém-nascidos pré-termo

Escape	Idade gestacional					Valor de p
	Média	DP	1Q	Mediana	3Q	
Ausente/adequado	30,33	1,37	30,00	30,50	31,00	0,114
Pouco	32,17	2,90	30,00	32,00	35,00	
Muito	32,63	1,41	32,00	33,00	33,50	

Teste de Kruskal-Wallis

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil

Visualiza-se na Tabela 18 que RNPT com muito escape tiveram tempo de VO significativamente menor que os que possuíam pouco ou ausência de escape.

Tabela 18 – Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e tempo de via oral em recém-nascidos pré-termo

Escape	Tempo de via oral					Valor de p	Comparações múltiplas	Valor de p
	Média	DP	1Q	Mediana	3Q			
Ausente/adequado	6,33	6,83	3,00	3,50	6,00	0,010*	Ausente/adequado x Pouco	1,000
Pouco	5,11	4,09	3,00	3,00	5,00		Ausente/adequado x Muito	0,062
Muito	2,25	0,46	2,00	2,00	2,50		Pouco x Muito	0,017*

Teste de Kruskal-Wallis

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil; * associação estatisticamente significativa

Observa-se que não houve associação entre o escape oral anterior e as variáveis estado de consciência (Tabela 19), uso de sonda (Tabela 20), aceite de todo volume (Tabela 21) e engasgo (Tabela 22) em RNPT.

Tabela 19 – Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e estado de consciência em recém-nascidos pré-termo

Escape	Estado de consciência						Valor de p
	Alerta		Sono leve		Sono profundo		
	N	%	n	%	n	%	
Pouco	11	34,38%	7	21,88%	0	0,00%	0,970
Muito	5	15,63%	3	9,38%	0	0,00%	
Ausente/adequado	4	12,50%	2	6,25%	0	0,00%	

Teste de Qui-Quadrado

Legenda: n=número de sujeitos; %=porcentagem de sujeitos

Tabela 20 – Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e uso de sonda em recém-nascidos pré-termo

Escape	Uso de sonda						Valor de p
	SNG		SOG		Não		
	n	%	n	%	n	%	
Pouco	5	15,63%	2	6,25%	11	34,38%	0,566
Muito	2	6,25%	2	6,25%	4	12,50%	
Ausente/adequado	0	0,00%	1	3,13%	5	15,63%	

Teste de Qui-Quadrado

Legenda: n=número de sujeitos; %=porcentagem de sujeitos

Tabela 21 – Análise da associação entre as variáveis escape oral anterior e aceite de todo volume em recém-nascidos pré-termo

Escape	Aceitaram todo o volume				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Pouco	5	15,63%	13	40,63%	0,862
Muito	2	6,25%	6	18,75%	
Ausente/adequado	1	3,13%	5	15,63%	

Teste de Qui-Quadrado

Legenda: n=número de sujeitos; %=porcentagem de sujeitos

Tabela 22 – Análise da associação entre as variáveis engasgo e escape oral anterior em recém-nascidos pré-termo

Escape	Engasgo				Valor de p
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
Pouco	6	18,75%	12	37,50%	0,715
Muito	2	6,25%	6	18,75%	
Ausente/adequado	1	3,13%	5	15,63%	

Teste de Qui-Quadrado

Legenda: n=número de sujeitos; %=porcentagem de sujeitos

Não houve diferença no volume aceito em função do uso de sonda em RNPT (Tabela 23).

Tabela 23 – Análise da associação entre as variáveis uso de sonda e volume aceito em recém-nascidos pré-termo

Uso de sonda	Volume aceito					Valor de p
	Média	DP	1Q	Mediana	3Q	
SNG	16,86	12,55	5,00	10,00	30,00	0,716
SOG	19,00	4,18	15,00	20,00	20,00	
Não	16,60	12,29	5,00	11,50	25,00	

Teste de Kruskal-Wallis

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil

5.2.4 Segurança da técnica do copo

A Tabela 24 mostra que para todos os bebês avaliados nos diferentes hospitais não houve alteração no nível de saturação, vale ressaltar que para esse cálculo foram considerados 19 bebês, porque 13 não estavam mais monitorados no momento da oferta de leite. Em um hospital houve igualdade de respostas (H2=50,00% cada), e em um houve maior frequência de ausência do dado (H1=90,00%). Na maioria dos hospitais observou-se maior frequência de ausência de alteração no padrão respiratório (H2=75,00%; H3=80,00%; H4=100,00%), de engasgo (H2=100%; H3=100%; H4=80,00%; H5=62,50%) e de tosse (H1=60,00%; H2=100%; H3=100%; H4=80,00%; H5=62,50%).

Tabela 24 – Caracterização da frequência do nível de saturação, alterações no padrão respiratório, engasgo e tosse em recém-nascidos pré-termo para os bebês avaliados em cada hospital participante

Hospital (n)	Nível de saturação		Alteração do padrão respiratório		Engasgo		Tosse		
	Com alteração	Sem alteração	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Durante	Após	Ausente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
H1 (n=10)	0 (0,00%)	1 (100,00%)	6 (60,00%)	4 (40,00%)	5 (50,00%)	5 (50,00%)	4 (40,00%)	0 (0,00%)	6 (60,00%)
H2 (n=4)	0 (0,00%)	2 (100,00%)	1 (25,00%)	3 (75,00%)	0 (0,00%)	4 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (100,00%)
H3 (n=5)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	1 (20,00%)	4 (80,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)
H4 (n=5)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	1 (20,00%)	4 (80,00%)	1 (20,00%)	0 (0,00%)	4 (80,00%)
H5 (n=8)	0 (0,00%)	6 (100,00%)	5 (62,50%)	3 (37,50%)	3 (37,50%)	5 (62,50%)	3 (37,50%)	0 (0,00%)	5 (62,50%)

Análise descritiva por frequência de ocorrência

Legenda: n = número de participantes; % = porcentagem de participantes; H = Hospital

Observa-se que não houve associação da variável engasgo com as variáveis peso ao nascer (Tabela 25), IG (Tabela 26) e volume aceito (Tabela 27) em RNPT.

Tabela 25 – Análise da associação entre as variáveis engasgo e peso ao nascer em recém-nascidos pré-termo

Variáveis		Peso ao nascer					Valor de p
		Média	DP	1Q	Mediana	3Q	
Engasgo	Presente	1501,67	390,09	1268,00	1525,00	1668,00	0,345
	Ausente	1599,78	356,08	1360,00	1665,00	1855,00	

Teste de Mann-Whitney

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil

Tabela 26 – Análise da associação entre as variáveis engasgo e idade gestacional em recém-nascidos pré-termo

Variáveis		Idade gestacional					Valor de p
		Média	DP	1Q	Mediana	3Q	
Engasgo	Presente	31,44	2,79	30,00	31,00	33,00	0,409
	Ausente	32,13	2,34	30,00	32,00	34,00	

Teste de Mann-Whitney

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil

Tabela 27 – Análise da associação entre as variáveis engasgo e volume aceito em recém-nascidos pré-termo

Variáveis		Volume aceito					Valor de p
		Média	DP	1Q	Mediana	3Q	
Engasgo	Presente	22,22	9,05	15,00	25,00	30,00	0,059
	Ausente	15,00	11,51	5,00	10,00	20,00	

*Teste de Mann-Whitney

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil

Não houve associação entre a ocorrência de engasgo e o estado de consciência (Tabela 28) em RNPT.

Tabela 28 – Análise da associação entre as variáveis engasgo e estado de consciência em recém-nascidos pré-termo

Engasgo	Estado de consciência				Valor de p
	Alerta		Sono leve		
	n	%	n	%	
Presente	7	21,88%	2	6,25%	0,264
Ausente	13	40,63%	10	31,25%	

Teste de Qui-Quadrado

Legenda: n=número de sujeitos; %=porcentagem de sujeitos

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

A literatura aponta evidências científicas que comprovam a superioridade da amamentação em comparação as outras formas de alimentação do bebê (BRASIL, 2015). Porém, sabe-se que em RNPT, como na amostra do presente estudo, é difícil o aleitamento em seio materno por diversos motivos, dentre eles a imaturidade dos sistemas neurovegetativos que dificultam o desenvolvimento adequado dos reflexos orais necessários para uma alimentação por VO eficiente e segura (GEWOLB; VICE, 2006). Nos casos ou períodos em que a mãe está impossibilitada de amamentar ou o bebê ainda não tem condições de ser alimentado no seio, são implantados métodos alternativos para a oferta da alimentação, dentre os quais se encontra o copo (COUTO; NEMR, 2005).

A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde aponta que a construção do conhecimento científico da parte técnica é essencial para a compreensão e a racionalidade da prática (NOVAES, 2000). Nesse sentido, a percepção da prática clínica baseada em evidência aponta para a necessidade de evidências científicas confiáveis para apoiarem a tomada de decisão clínica sobre qual o melhor procedimento a ser realizado em cada caso. Nesse sentido, uma das formas de avaliação que busca responder à necessidade de conhecimentos aprofundados sobre algumas intervenções, no que diz respeito às suas dimensões técnicas, é a análise de segurança e efetividade. Tal análise busca avaliar a capacidade da técnica de produzir o resultado para o qual ela foi desenvolvida, sem causar danos, em condições normais de utilização nos serviços de saúde (NOVAES, 2000). A partir dessa perspectiva, o presente estudo se propôs a investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do RNPT; avaliar o uso do copo na alimentação do RNPT pelos profissionais que atuam na UTI neonatal e verificar a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população.

O questionário de opinião foi respondido por 58 profissionais (sete fonoaudiólogos, dez enfermeiros, 12 médicos e 29 auxiliares/técnicos de enfermagem) que utilizam o copo em sua rotina de trabalho com RNPT, de seis hospitais de diferentes regiões do Brasil. Estudos com questionários ou entrevistas sobre o uso do copo na população de recém-nascidos têm sido realizados somente

com opinião de mães (PACHECO et al., 2012; LIMA; MELO, 2008), de enfermeiros (PACHECO et al., 2014), de auxiliares/técnicos de enfermagem (BURGEMEISTER; SEBASTIÃO, 2013; PEREIRA et al., 2015) ou de fonoaudiólogos (COUTO; NEMR, 2005). Dois estudos utilizaram a resposta de diversos profissionais de saúde incluindo, além das classes contempladas no presente estudo, os psicólogos e fisioterapeutas, mas tratou-se um estudo sobre opinião sobre um determinado modelo de copo de vidro (MELO et al., 2014, 2015).

Quanto ao motivo de utilização do copo, no presente estudo, a maioria das respostas apontou a finalidade de evitar a confusão de bicos (Questão 1). A confusão de bicos pode ser uma consequência do uso de bicos artificiais como contraindica o item nove dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno da UNICEF (NYQVIST; EWALD, 2006). A literatura relata que ela ocorre porque há diferenças entre o mamilo materno e o bico artificial quanto à forma, textura, consistência, elasticidade e cheiro, além das diferenças relacionadas à ação muscular da língua e aos movimentos mandibulares nas duas situações. Dessa forma, a introdução do bico artificial pode levar a um desmame precoce da amamentação (GUPTA et al., 1999; CARVALHO, 2005; NYQVIST; EWALD, 2006; ALVES; SILVA; OLIVEIRA, 2007). Atualmente já existem autores (MEDEIROS; BERNARDI, 2011) que contrariam esses achados com evidências que mostram que, independente da forma de dieta (copo ou mamadeira), quando há o adequado acompanhamento fonoaudiológico e o incentivo em idade precoce, a amamentação pode ser igualmente aceita.

Apesar de utilizar a técnica, a maioria dos profissionais aponta que o copo não seria o melhor método de alimentação para os RNPTs. A maioria desses profissionais citou o método *finger feeding* como a melhor forma de alimentar os RNPT (Questão 2). Estudo de revisão de literatura mostrou que a técnica *finger feeding*, ou 'sonda a dedo', consiste no oferecimento do leite materno por meio de uma sonda gástrica conectada a uma seringa com êmbolo e fixada em dedo mínimo enluvado com fita adesiva. O dedo com a sonda é posicionado na cavidade oral do RN e deve servir como uma técnica de auxílio para adequação do padrão de sucção. Porém, a literatura sugere que sua indicação seja apenas nos casos em que ocorra uma disfunção oral, a fim de adequar as disfunções orais observadas na avaliação da sucção não-nutritiva ou em seio materno (FUJINAGA et al., 2012). De acordo com Fujinaga et al. (2012), entende-se como disfunções orais: alterações

nos padrões de postura de lábios e língua, nos reflexos de procura, sucção e mordida, movimento e canolamento de língua, movimentação de mandíbula, força de sucção, ritmo de sucções por pausa e alterações na sucção ao seio materno em lactentes saudáveis e que não apresentem intercorrências que justifiquem alterações na sucção ao seio materno.

A maioria dos profissionais respondeu acreditar que o copo é um método alternativo seguro para a alimentação do RNPT. Dentro os que responderam não, o maior motivo foi risco de engasgo ou broncoaspiração (Questão 3). Esse achado corrobora os resultados da maioria dos estudos encontrados na literatura, que a partir de evidências científicas concluíram tratar-se de uma técnica segura (COUTO; NEMR, 2005; ROCHA; MARTINEZ; JORGE, 2002; MARINELLI; BURKE; DOBB, 2001; MALHOTRA et al., 1999; LAWRENC; ORME, 1994). De acordo com a literatura, os RNPT podem apresentar dificuldades de alimentação caracterizadas por engasgo, tosse, náusea, regurgitação, refluxo faringonasal e aspiração, atribuídas a presença de uma sucção débil e anormalidades da função faríngea em virtude da imaturidade orgânica e funcional dos sistemas respiratório e gastrointestinal (COSTA et al., 2011). Porém, a presença de engasgo ou aspiração de leite não são comuns na população de bebês que não apresentam dificuldades de deglutição (COUTO; NERM, 2005), apesar de representarem risco para qualquer RNPT caso a técnica seja utilizada de forma incorreta (LIMA, 2002). Estudo que comparou o desempenho da deglutição com uso de copo e mamadeira em RNPT na primeira oferta de alimento por VO, por meio do exame de videofluoroscopia da deglutição, mostrou que não houve penetração laríngea ou aspiração traqueal ressaltaram a importância da correta execução da técnica para evitar a presença de aspiração, e possíveis infecções decorrentes dela (LOPEZ et al., 2014).

Pesquisa semelhante, que descreveu a prática do uso do copinho em Hospitais Amigos da Criança do Rio de Janeiro e São Paulo, mostrou que a maioria dos profissionais fonoaudiólogos considerou ideal fazer a transição da sonda direto para o peito. Nos casos em que o prematuro precisava que a amamentação fosse complementada, a maioria dos profissionais do estudo referiu utilizar o copo. Apesar disso, houve ressalvas ao uso do copo, quanto aos riscos de engasgos, microaspirações e maior chance de alterações respiratórias (COUTO; NEMR, 2005). Dessa forma, observa-se que parte dos achados diverge do presente estudo, em que a transição da sonda direta para o peito foi a segunda de maior ocorrência. Por

outro lado, a maioria dos fonoaudiólogos estudados por Couto e Nemr (2005) e dos profissionais pesquisados no presente estudo (fonoaudiólogos, enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem) concordam que é uma técnica segura, e mostram preocupações relacionadas a dificuldades semelhantes no uso da técnica.

A maioria dos profissionais entrevistados no presente estudo referiu perceber que os RNPT apresentam dificuldade para se alimentar por meio do copo, com destaque para dificuldade de deglutição ou de movimentação de língua na utilização do copo (Questão 4). Esses dados apontam para uma realidade conhecida no meio científico, referente à falta do movimento de sorver em prematuros (LOPEZ et al., 2014; GUTIERREZ; DELGADO; COSTA, 2006). A literatura justifica a falta do movimento de sorver porque os mecanismos de sucção e deglutição fazem parte do desenvolvimento neurológico normal, configurando-se como atos reflexos, inatos e inerentes aos mamíferos, e que quando o RN recebe a sua alimentação por copo, deixa de realizar os movimentos de sucção para realizar o mecanismo de sorver, podendo não estar preparado para realizar tal função (GUTIERREZ; DELGADO; COSTA, 2006; LOPEZ et al., 2014). Isso porque o mecanismo de sorver não é inato, ele tem que ser aprendido, não sendo fisiológico no ser humano nesta fase (GUTIERREZ; DELGADO; COSTA, 2006). Nesse sentido, a literatura relata que o RN pode ter inabilidade para lidar com um estímulo que não é inato ao ser humano (LOPEZ; SILVA, 2012). Há também argumentos de que o desenvolvimento da habilidade de tomar líquidos na caneca somente está presente na escala de desenvolvimento normal entre o quarto e o sexto mês de vida (LANG, 1994). Porém, ressalta-se que os movimentos de língua realizados na sorção são diferentes do que ocorre quando o bebê mais velho ingere líquidos com o uso de copos ou canecas. A dificuldade na realização do movimento de sorver e a deglutição com a técnica do copo também pode estar relacionada a forma incorreta de administração da técnica.

A presença de dificuldades para usar o copo foi referida por alguns profissionais, dentre os quais, a maioria respondeu que ela ocorre pela dificuldade de deglutição do RN e devido à presença de escape oral anterior (Questão 5). Estudo relata que a presença de escape prematuro de leite pode estar associada à forma de manipulação ou administração inadequada da técnica (PEREIRA et al., 2015; SILVA et al., 2015; MEDEIROS; BERNARDI, 2011; SILVA et al., 2009), nível de consciência (SILVA et al., 2015; SILVA et al., 2009), ou ao vedamento ineficiente

de lábios realizado pelo RN, que dificulta o controle do alimento na cavidade oral (DUSICK, 2003). Dessa forma, é necessário seguir os cuidados e recomendações para execução da técnica a fim de minimizar os fatores que interferem no escape oral anterior no momento da administração da dieta.

O uso de alguma estratégia/recurso para sanar dificuldades na utilização do copo para alimentar RNPT foi referido pela maioria dos profissionais, destacando-se a realização de estimulação oral nos RNs antes ou durante a oferta do copo para sanar tais dificuldades (Questão 6). A estimulação do sistema estomatognático é realizada a fim de favorecer o processo de maturação e coordenação dos músculos utilizados na sucção, melhorar as respostas quanto aos reflexos orais, o padrão de sucção e o aproveitamento da dieta oral, contribuindo com o ganho ponderal do RN (LEMES et al., 2015). Estudo de revisão de literatura ressalta que a estimulação precoce do sistema estomatognático para adequação das funções orais, a fim de que o RN consiga, o mais breve possível, se alimentar por VO e ser posicionado ao seio materno, apresenta resultados satisfatórios de maneira global. Os autores ressaltam, ainda, que ela é muito utilizada no processo de transição da alimentação por sonda para VO (LEMES et al., 2015). Lemes et al. (2015) destaca que a estimulação sensoriomotora em RNPT pode ser tanto intra quanto extraoral, sendo que a técnica mais utilizada com essa finalidade no Brasil é a sucção não nutritiva com dedo mínimo enluvado.

A maioria dos profissionais referiu não ter realizado capacitação/treinamento para utilizar a técnica do copo. Os profissionais que tiveram treinamento referiram que ele havia sido realizado no mesmo hospital em que trabalhavam na época do curso (Questão 7). Diversos estudos ressaltam que para que a técnica do copo seja empregada de forma adequada e para que os riscos do bebê possam ser minimizados, é imprescindível o treinamento e monitoramento da equipe que administra o alimento (LOPEZ et al., 2014; SILVA et al., 2009; MEDEIROS; BERNARDI, 2011). Por tratar-se de um procedimento cuja eficiência e segurança ainda são questionadas pela literatura, a falta de treinamento da equipe que aplica a técnica pode levar a uma execução inadequada que tanto pode colocar em risco os RNPT, considerando a imaturidade orgânica e funcional dos sistemas respiratório, cardíaco e gastrointestinal (COSTA et al., 2011), quanto gerar mais sofrimento, ansiedade e estresse na mãe que acompanha a amamentação. Tal achado vem sendo apontado pela literatura como preocupante e de risco,

principalmente para os RNPT que não demonstrem amadurecimento suficiente para a autodefesa, há mais de dez anos (COUTO; NEMR, 2005). Outra questão é que profissionais sem treinamento não estão preparados para orientar as mães sobre a importância, bem como a forma correta de realização da técnica, para que elas estejam aptas a executá-la (COUTO; NEMR, 2005; LIMA; MELO, 2008). Tudo isso contraria a proposta da IHAC, que é de oferecer cursos de treinamentos da técnica no hospital (COUTO; NEMR, 2005), e interfere diretamente no sucesso da administração da dieta pela técnica do copo e mostra que apesar da limitação já apontada anteriormente e do passar do tempo, não houve mudança no perfil do profissional que administra a técnica, que continua despreparado, o que é muito preocupante.

Na amostra do presente estudo houve igualdade no número de hospitais com maioria de bebês do sexo feminino e masculino (Tabela 4). Ao momento do nascimento a maioria dos bebês foi classificado como baixo peso ao nascer (Tabela 5), ou seja, inferior a 2500g e superior a 1500g (OMS, 1980). Quanto à IG (Tabela 5), todos apresentaram IG menor que 37 semanas e foram classificados como RNPT, segundo a OMS (1980). No momento da avaliação, a mediana da idade dos RNPT variou entre 21 e 31 dias e o peso atual entre 1675,00 e 2235,00 gramas, sendo que na maioria dos hospitais o tempo de VO foi entre dois e três dias (Tabela 6). A classificação de RNPT era esperada, considerando as instruções fornecidas as fonoaudiólogas parceiras para escolha da população para avaliação da técnica. O baixo peso ao nascer faz parte das características do aspecto físico do RNPT, além de outras como pele fina, brilhante e rosada, por vezes coberta por lanugo (penugem branca), veias visíveis sob a pele, pouca gordura subcutânea, cabeça grande comparando com o resto do corpo, músculos fracos com atividade física reduzida, além de reflexo de sucção e de deglutição diminuídos (BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSON, 2002; CRUVINEL; PAULETTI, 2009). A literatura ressalta, ainda, que RNPT podem apresentar muito baixo peso ao nascer, ou seja, abaixo de 1500g (CRUVINEL; PAULETTI, 2009), dado esse que não foi observado no presente estudo.

A oferta de alimento em todos os hospitais foi realizada por auxiliares/técnicos de enfermagem. Tal achado está de acordo com outras pesquisas nacionais em que a prescrição da dieta foi realizada por médicos ou fonoaudiólogos, e a etapa de administração executada por auxiliares e técnicos de

enfermagem (SILVA et al., 2015; BURGEMEISTER; SEBASTIÃO, 2013; MEDEIROS; BERNARDI, 2011). A literatura relata que profissionais fonoaudiólogos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, e inclusive mães treinadas previamente pela equipe técnica através de cursos que deveriam ser promovidos por todas as unidades que possuem o título de Hospital Amigo da Criança (credenciados pela UNICEF), estariam aptos a realizar a técnica do copo de maneira rotineira (COSTA; NEMR, 2005).

A maioria dos hospitais utilizava copo de plástico para ofertar o alimento. A literatura relata que muitos utensílios podem ser utilizados para alimentar o bebê com esta técnica, como: copinho de vidro (americano), xícara, copo descartável para cafezinho, a caixinha que acompanha a miniatura de alguns chocolates, o copinho medida para remédios, tampas de chucas ou de mamadeiras (GUTIERREZ; DELGADO; COSTA, 2006). De acordo com Galego e Gomes (2013) o copo Suzana® foi mais favorável ao RN que copo descartável, utilizado largamente nos hospitais em todo o Brasil. Os dados diferem dos apresentados no presente estudo, no qual apenas um hospital utilizou copo de vidro.

No momento de aplicação da técnica, na maioria dos hospitais houve predominância de RNPT em estado de alerta (Gráfico 1) e os RNPT encontravam-se na posição inclinada (Tabela 9). Em todos os hospitais houve predominância do copo posicionado acima da língua no momento da oferta, e todos os RNPT realizaram pausas (Tabela 9). Observa-se que o estado e posição do bebê no momento de execução da técnica de oferta de alimento pelo copo estão de acordo com a literatura, que recomenda que o bebê não deve estar muito sonolento e deve estar em posição sentada, a fim de organizá-lo com a postura fletida e vertical para favorecer as funções orais e diminuir o risco do bebê esbarrar no copo e desperdiçar o leite. Porém, apesar do RNPT estar em posição e estado adequados no momento de aplicação da técnica do copo, observa-se que a forma de oferta não seguiu as recomendações, que preconizam que a borda do copo seja apoiada levemente sob o lábio inferior, de forma inclinada, a fim de que o leite toque os lábios do bebê e por meio da estimulação sensorial dos lábios e dos nervos olfatórios, ele passe a realizar a atividade de protruir a língua para dentro do copo e sorver o leite (COUTO; NEMR, 2005). Já a presença de pausas durante a oferta é esperada, para que a criança descanse e também para que ocorra a eructação (BRASIL, 2009; 2015; TAMEZ, 2005; LIMA; MELO, 2008; KUEHL, 1997; COUTO; NEMR, 2005; LOPEZ;

SILVA, 2012; LANG; LAWRENCE; ORME, 1994). A literatura ressalta que a posição inadequada do copo durante a oferta pode promover alteração no ritmo de sorver o leite, pausas longas e escape prematuro de leite (PEREIRA et al., 2015). A posição do copo acima da língua não propicia movimentos da língua e mandíbula necessários para retirada do leite do copo. Considerando-se que esses movimentos favorecem o desenvolvimento da musculatura orofacial (KUEHL, 1997; LOPEZ; SILVA, 2012), infere-se que a posição incorreta do copo possa trazer prejuízos ao desenvolvimento motor oral dos bebês.

Apesar da realização inadequada da técnica, maioria dos profissionais entrevistados no presente estudo referiu não sentir dificuldades para usar o copo. Dentre os que informaram dificuldades, a maioria associou a outras causas (Questão 5), não sendo citada dificuldade com o posicionamento do copo para a oferta do alimento. A maioria dos profissionais referiu, também, não ter recebido treinamento para a realização da técnica (Questão 7), o que pode ser o motivo para a execução incorreta. Tais dados são semelhantes ao de outro estudo que analisou 15 profissionais, técnicos de enfermagem, durante a administração da dieta às crianças aos RN por meio do copo, cujos resultados apontaram ocorrência significativamente maior de casos cujo copo foi posicionamento errado no momento da oferta de alimento, em comparação a execução correta (PEREIRA et al., 2015).

O volume prescrito variou entre 34 e 40ml, o volume aceito de 3 a 40ml e o tempo de oferta entre 56 e 628s (Tabela 10). Na maioria dos hospitais os RNPT não aceitaram todo o volume prescrito (Tabela 10). A recomendação da literatura é de que o volume inicial prescrito para bebês a partir de 30 semanas seja entre 5 e 15ml (LANG; LAWRENCE; ORME, 1994). Já quanto ao tempo de alimentação, ele não deve ultrapassar 30min para evitar fadiga (COUTO; NEMR, 2005). Observa-se que no presente estudo nenhum RNPT ultrapassou o tempo máximo recomendado.

Estudo anterior que verificou o volume de dieta prescrita, oferecida e ingerida pelo RN, observou que a ingestão (média de 18,20ml) não correspondeu à metade do prescrito (média de 37,75 ml). Houve derramamento de parte da dieta (média de 3,75ml), o que fez com que o volume de dieta oferecido (média de 21,95ml) fosse superior ao ingerido (média de 18,20ml), e correspondesse a 58,4% do volume prescrito (SILVA et al., 2015).

Uma pesquisa que analisou a primeira sessão de alimentação com o uso do copo, em oito bebês prematuras com IG de 34,5 semanas, apontou que o mesmo

permitia ao bebê realizar deglutições curtas, cujas lambidas tinham duração média de 3,6s, com pausas de 20s, tempo total de alimentação de 15min (900s) para um volume de 4,6ml (LANG; LAWRENCE; ORME, 1994). Essas variáveis temporais diferem dos achados do presente estudo, cujo volume médio aceito foi maior e o tempo de oferta foi menor.

Na maioria dos hospitais os RNPTs não utilizavam sonda (Tabela 8). Dentre os bebês que não aceitaram todo o volume prescrito, a maioria não foi complementada por sonda (Tabela 8). Dessa forma, o uso de sonda não influenciou no volume aceito (Tabela 23). A literatura cita que a dificuldade de aceitar todo volume por VO está entre as mais frequentes dos prematuros (SILVA et al., 2015; SILVA et al., 2009; PAGLIARO et al., 2006), que em alguns casos podem ser complementados pela sonda. Além disso, o uso da SOG (normalmente usada em unidades neonatais por ser o RN obrigatoriamente um respirador nasal) exige um cuidado maior no momento da realização da técnica do copo, para que ela não fique presa pela borda do copo e dificulte a movimentação de língua do RN (COUTO; NEMR, 2005). A literatura relata que o uso de sonda pode levar a alterações da sensibilidade oral e facial, principalmente em crianças prematuras que utilizaram por um período de tempo superior a três semanas (PAGLIARO et al., 2006; COUTO; NEMR, 2005; NORRIS et al., 2002). Apesar disso, no presente estudo, o seu uso não influenciou no volume aceito dos RNPT.

No que se refere à eficiência da técnica, em todos os hospitais houve predominância de bebês que não apresentaram o movimento de sorver (Tabela 11). Tal achado corrobora o dado encontrado na entrevista com os profissionais, que relataram perceber que os RNPT apresentam dificuldade de deglutição ou de movimentação de língua na utilização do copo (Questão 4). De acordo com Couto e Nemr (2005), a capacidade do RN de lambear o conteúdo oferecido no copo parece estar relacionada com a sucção primitiva descrita como *suckling*. No *suckling* ocorre uma movimentação de extensão e retração da língua.

Esse resultado concorda com os achados da literatura cuja maioria dos estudos (LOPEZ et al., 2014) aponta que RNPT não apresentam movimento de sorver. Quando o RN recebe a sua alimentação por copo, ele deixa de realizar a sucção para realizar o mecanismo de sorver, e ele poderá não estar preparado para realizar tal função (GUTIERREZ; DELGADO; COSTA, 2006). Autores apontam que,

diferentemente do movimento de sucção, o mecanismo de sorver não é inato e não ocorre espontaneamente nos prematuros (LOPEZ et al., 2014).

Além disso, em apenas um hospital houve maior ocorrência de ausência de escape, predominando a ocorrência de pouco a muito escape em RNPT (Tabela 11), porém, sem associação com as variáveis IG (Tabela 17), uso de sonda (Tabela 20), estado de consciência (Tabela 19), volume aceito (Tabela 16), aceite de todo volume (Tabela 21) e engasgo (Tabela 22). O escape oral anterior é comum na administração da dieta pelo copo. Ele é atribuído a diversos fatores como vedamento ineficiente de lábios (DUSICK, 2003), execução inadequada da técnica (PEREIRA et al., 2015; SILVA et al., 2015; MEDEIROS; BERNARDI, 2011; SILVA et al., 2009), e até a falta de habilidade oral de sorver do RN (SILVA et al., 2015; MEDEIROS; BERNARDI, 2011). Apesar dos diversos fatores representarem risco de escape, a administração incorreta da técnica na qual o copo foi posicionado acima da língua, o que torna viável apenas o despejo do leite na cavidade oral e não a sorção realizada pelo RN (GALEGO; GOMES, 2013; COUTO; NEMR, 2015), parece ser o fator de ocorrência mais frequente no presente estudo. Outras pesquisas também referem grande quantidade escape oral anterior nos RN alimentados com o copo (SILVA et al., 2009; SILVA et al., 2015).

Por outro lado, houve uma correlação positiva entre as variáveis volume aceito e tempo de oferta. Tal dado aponta que, conforme aumenta o volume aceito pelo RNPT, mais tempo demora para ser realizada a oferta (Tabela 12). Acredita-se que isso tenha ocorrido porque com a técnica do copo os bebês sorvem pequenas quantidades de alimento, o que leva ao consequente aumento no tempo de oferta para que um volume maior seja aceito (LOPEZ et al., 2014). Por outro lado, nos casos em que os bebês expulsam o alimento da cavidade oral ou apresentam muito esforço para ingestão, para evitar sinais de estresse ou instabilidade fisiológica o tempo de administração da técnica é reduzido, e o seu aumento ocorre conforme o maior aceite do RNPT. Estudo nacional (SILVA et al., 2009) que analisou 20 RNPT com média IG de 36 semanas e peso na avaliação de 1668 gramas mostrou dados divergentes, sendo que os autores não encontraram relação entre o tempo total de ingestão com o volume de dieta aceito. Os autores (SILVA et al., 2009) acreditam que isso aconteceu porque o tempo de ingesta da dieta, 416s (7min e 33s) para um volume médio de 33ml, encontrado na pesquisa estava abaixo do valor citado pela literatura. Além disso, no estudo de Silva et al. (2009), outras variáveis como sexo,

sinais de estresse e tempo de VO interferiram no volume de dieta aceito, o que pode tê-las configurado como variáveis de confundimento para o cálculo da relação entre volume aceito e tempo de oferta.

Não foi encontrada correlação do volume aceito com a IG dos RNPTs (Tabela 12). A IG é considerada pela literatura como um indicador pobre para a sucção, uma vez que há uma variação individual na IG em que os RN estão prontos para iniciar a dieta por VO (CAETANO; FUJINAGA; SCOCHI, 2003). Tais dados corroboram os achados do presente estudo, que apontam que a IG não influencia no volume aceito dos RNPT, que parece estar mais relacionada a presença do movimento de sorver.

Nesse sentido, os resultados mostram que em bebês que apresentaram o movimento de sorver, o volume aceito foi significativamente menor (Tabela 15). Na presença do movimento de sorver, a literatura aponta que os volumes ingeridos são mínimos, o que pode ser atribuído a diversos fatores como o esforço e a dificuldade para realizar o movimento (LOPEZ; SILVA, 2012). A literatura mostra que ao ingerir o leite por meio da sucção, o bebê parece conseguir regular a sua própria ingestão em relação ao tempo e quantidade, o que reduz seu gasto energético (LOPEZ; SILVA, 2012). Além disso, quando o bebê não possui o movimento de sorver, o leite é despejado na boca, o que também ocasiona maior desperdício e não garante a ingestão total do volume (SILVA et al., 2015). Muitas vezes quando o leite é despejado na boca, os volumes são maiores que no ato de sorver. Nesses casos os bebês podem expulsar o alimento com a língua para fora da cavidade oral sem deglutir, o que pode ser atribuído a inabilidade da criança em administrar grandes quantidades de leite, na tentativa de se proteger (LOPEZ et al., 2014).

Os dados também apontaram que RNPT com muito escape oral anterior apresentaram tempo de VO significativamente menor que os que apresentaram pouco ou ausência de escape (Tabela 18). A literatura refere que entre 30 a 34 semanas de IG os bebês passam a "lamber", colocando a língua no leite e iniciando sua sucção. Posteriormente, essa atividade de língua será fundamental para o sucesso da amamentação, por proporcionar um esvaziamento eficiente dos ductos mamários (GUTIERREZ; DELGADO; COSTA, 2006). Considerando que os bebês do presente estudo apresentavam IG entre 27 e 36 semanas, idade atual de três a 64 dias e tempo de VO de dois a 20 dias, acredita-se que, conforme aumentou o tempo de VO do RN, melhorou o movimento de sorver e conseqüentemente diminuiu o

escape anterior. Outros autores corroboram esse achado ao apontar que em RNPT, o movimento de sorver não está presente desde a primeira oferta, como o movimento de sucção (LOPEZ et al., 2014).

Estudo que mensurou e comparou a atividade elétrica dos músculos masseter, temporal e bucinador durante a amamentação no peito, no peito e com mamadeira, e, no peito e com copo de 60 RNPT com idade entre dois e três meses, mostrou que o movimento de sorver o leite no copo gera uma atividade muscular semelhante à da amamentação no peito. Dessa forma, o método pode ser usado como uma alternativa melhor que a mamadeira para a alimentação infantil, visando estimular o desenvolvimento do sistema sensório motor oral do RN (GOMES et al., 2006).

Assim, infere-se também que com o aumento do tempo de VO e de estímulo das estruturas do sistema estomatognático possa ter ocorrido melhora na coordenação muscular e nos reflexos motores orais, porém, sem relação com o peso atual (Tabela 13) e a IG (Tabela 14) dos RNPT. Isso pode ter melhorado o vedamento de lábios, bem como o controle do alimento na cavidade oral, reduzindo o escape e melhorando o aproveitamento da dieta (DUSICK, 2003). A dificuldade de vedamento labial pode ocorrer principalmente em RNPT que utilizam ou utilizaram nutrição enteral, na qual o alimento é depositado diretamente no tubo digestivo do RN. O uso prolongado de SOG pode alterar a mobilidade, tonicidade e sensibilidade das estruturas orais, além de influenciar nas funções estomatognáticas (DELGADO, 2009).

Quanto à segurança da técnica, na maioria dos hospitais não houve mudança no nível de saturação ou alteração no padrão respiratório (Tabela 24) durante a oferta de alimento. A estabilidade fisiológica do RNPT é avaliada por meio do monitoramento dos sinais vitais durante a oferta de alimentação (SOLA, 2008; XAVIER, 2013). Os padrões recomendados pela literatura são: nível de saturação de oxigênio de até 93% ou ausência de quebra superior a 10% do valor médio em repouso; frequência cardíaca entre 120 a 160 batimentos por minuto com ausência de taquicardia e bradicardia; frequência respiratória entre 30 a 40 respirações por minuto sem ocorrência de apneia (XAVIER, 2013; ALMEIDA; ALMEIDA; FORTI, 2007; SILVA et al., 2015).

Ainda com relação à segurança da técnica, pesquisa que comparou o uso de copo com o de mamadeira em 56 bebês prematuros com IG igual ou superior a

34 semanas e analisou as medidas fisiológicas de frequência cardíaca e respiratória e saturação de oxigênio registradas em intervalos de 1 minuto durante 10 minutos de alimentação, observou aumento da frequência cardíaca e respiratória, e redução da saturação de oxigênio em relação ao momento pré-alimentação com os dois métodos. Porém, os autores ressaltam que a mamadeira mostrou maior ocorrência de períodos de saturação abaixo de 90% e maior frequência cardíaca durante sua utilização, concluindo que o método do copo se mostrou seguro, e melhor que a mamadeira, para essa população (MARINELLI; BURKE; DOBB, 2001). Tais dados corroboram os achados do presente estudo, e mostram que a técnica parece inclusive ser mais segura que outras similares, como a mamadeira.

Outros estudos também apontaram a estabilidade fisiológica do RN durante a ingestão da dieta oral pelo copo (LOPEZ et al., 2014; GUTIERREZ; DELGADO; COSTA, 2006; DOWLING; MEIER; DIFIORE, 2002; MARINELLI; BURKE; DOBB, 2001; HOWARD et al., 1999). Dessa forma, apesar da maioria dos estudos que comparou a alimentação pelo copo e pela mamadeira apontarem maiores benefícios com o copo (MARINELLI; BURKE; DOBB, 2001; LANG; LAWRENC; ORME, 1994; ROCHA; AMRTINEZ; JORGE, 2002; MALHOTRA et al., 1999), ainda há autores que apontam que os bebês apresentam melhor desempenho na alimentação com a mamadeira (LOPEZ et al., 2014), justificado pelo fato do movimento de sorver não estar presente desde a primeira oferta, enquanto o movimento de sucção estava.

Quanto à segurança da técnica, na maioria dos hospitais não houve presença de engasgo e tosse (Tabela 24). A ocorrência do engasgo também não esteve associada à de outras variáveis (Tabelas 25 a 28). A literatura relata que não é comum a presença desses sinais durante a aplicação da técnica do copo em RN que não possuem dificuldades de deglutição (COUTO; NEMR, 2005). Parece haver consenso de que a tosse e o engasgo não são frequentes na aplicação da técnica do copo (SILVA et al., 2009; COUTO; NEMR, 2005; MARINELLI; BURKE; DOBB, 2001).

As respostas ao questionário também corroboram os achados supracitados, visto que a maioria dos profissionais participantes considerou a técnica segura (Questão 3). Outras pesquisas que se propuseram a analisaram a segurança da técnica do copo também relatam ser um procedimento seguro (COUTO; NEMR,

2005; ROCHA; MARTINEZ; JORGE, 2002; MARINELLI; BURKE; DOBB, 2001; MALHOTRA et al., 1999; LAWRENC; ORME, 1994).

Pedras, Pinto e Mezzacapa (2008) revisaram ensaios clínicos randomizados publicados em português ou inglês, no período de 1966 a 2006, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, a fim de avaliar a prevalência ou duração do aleitamento materno na alta hospitalar e durante o primeiro ano de vida, em RNPTs ou RNTs. Os resultados mostraram que o uso do copo para a suplementação da amamentação foi associado a maior prevalência de aleitamento materno em neonatos a termo, nascidos de parto cesárea e em prematuros no momento da alta hospitalar. Dessa forma, os autores inferiram que parece haver uma influência favorável do uso do copo sobre o aleitamento materno, embora a presente revisão não seja conclusiva e definitiva.

Divergindo desses achados, uma revisão de literatura narrativa que analisou o uso do copo/xícara como método alternativo de alimentação para RNPTs e verificou se havia consenso sobre sua indicação para essa população nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e Cochrane publicado até 2012 mostrou que apesar de alguns estudos afirmarem que o método do copo/xícara é eficaz e seguro para alimentar o RNPT a termo, eles não avaliaram de forma objetiva o efeito do método sobre a deglutição desses pacientes. Os autores concluem que não havia consenso na literatura quanto à complementação da alimentação de RNPTs por meio do copo/xícara (LOPEZ; SILVA, 2012).

Assim, apesar da maioria dos estudos apresentar resultados positivos, de maneira geral não há consenso sobre a segurança e eficiência da técnica do copo. Na população estudada, a técnica do copo pareceu ser um procedimento seguro, devido a estabilidade fisiológica dos bebês durante a execução da técnica, sem mudança no nível de saturação e no padrão respiratório, e ausência de engasgo e tosse. Apesar dos dados mostrarem a segurança da técnica propriamente dita, a execução incorreta e a falta de capacitação e treinamento técnico por parte dos profissionais que a executam divergem das recomendações da literatura e da IHAC e oferecem risco aos RNPT.

Confirmando esses dados, a presente pesquisa verificou que a técnica se mostrou ineficiente para administração de dieta por VO para RNPT. Isso porque houve predominância de bebês sem movimento de sorver, e com presença de escape durante a oferta, volume aceito menor em bebês que possuem o movimento

de sorver e aumento no tempo de oferta conforme aumento do volume aceito, o que em conjunto sugere ingestão de volumes mínimos devido ao esforço e dificuldade de executar o movimento que geram aumento no tempo de oferta, além de mostrar que sem o movimento de sorver o leite é despejado, o que aumenta o volume aceito devido ao desperdício e não necessariamente a ingestão, confirmando a administração incorreta da técnica. A presença de escape foi maior em RNPT que possuíam menor tempo de VO, sugerindo melhora no movimento de sorver com o aumento do tempo de VO.

No presente estudo houve limitações quanto a ausência de participantes de todas as regiões do Brasil e um número menor de filmagens, conforme proposta inicial. Dessa forma, vê-se a necessidade de realização de estudos com delineamento de ensaio clínico randomizado para comprovar os achados supracitados e promover um consenso acerca da eficiência e segurança da técnica do copo com RNPT.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

A investigação da opinião dos profissionais que atuam na UTI Neonatal mostrou que a técnica do copo é utilizada para evitar a confusão de bicos, e que apesar segura, os profissionais não a consideram como melhor método de alimentação para RNPT, referindo que os bebês apresentam dificuldades para alimentar-se pelo copo, principalmente na deglutição e na movimentação de língua. A maioria dos profissionais que participou não recebeu capacitação para executar a técnica, porém, relatou não apresentar dificuldade para executá-la, além de referir usar estratégias/recursos para sanar as dificuldades na utilização do copo para alimentar os RNPTs.

A oferta de alimento foi realizada por auxiliares/técnicos de enfermagem, na maioria dos hospitais com copo plástico, com os bebês em estado de consciência e posição corporal adequados, porém com incorreta execução da técnica, posicionando o copo acima da língua, ocasionando escape de leite.

A técnica propriamente dita se mostrou segura, com base nos parâmetros avaliados, porém, ineficiente, sendo que a administração incorreta por profissionais sem oportunidade de capacitação técnica e treinamento adequado oferece risco aos RNPTs.

Referências

REFERÊNCIAS

Abouelfetoh AM, Dowling DA, Dabash SA, Elguindy SR, Seoud IA. Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: a quasiexperimental study. *Int Breastfeed J*. 2008;3:27.

Almeida CM, Almeida AFN, Forti EMP. Efeitos do Método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(1):1-5.

Alves AML, Silva EHAA, Oliveira C. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(1):23-8.

Aquino RR, Osório MM. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2008;8(1):11-6.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Tratado de Pediatria*. 16th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno. Passo 1 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Ministério da Saúde, Brasília (1993).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília (2015). 2.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília (2009).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Brasília (2009).

Burgemeister A, Sebastião LT. Profissionais de UTI neonatal e alimentação de recém-nascidos com uso do copo. *Disturb Comum*. 2013;25(3):430-9.

Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. 2003;11(2):232-6.

-
- Carvalho GD. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. *Rev Secretários de Saúde*. 1995;10:12-3.
- Carvalho RM, Tamez RN. Amamentação: bases científicas. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Collins CT, Ryan P, Crowther CA, Mcphee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effect of bottles, cups, and dummies on breastfeeding in preterm infants: a randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;329:193-8.
- Costa PP, Ruedell AM, Weinmann ARM, Keske-Soares M. Influência da estimulação sensório-motora-oral em recém-nascidos pré-termo. 2011;13(4):599-606.
- Couto DE, Nemr K. Análise da prática da técnica do copinho em hospitais amigos da criança nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. *Rev CEFAC*. 2005;7(4):448-59.
- Cruvinel FG, Pauletti CM. Formas de atendimento humanizado ao recém nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. *Cad Pós-Grad Distúrbios Desenv*. 2009;9(1):102-25.
- Czernay APC, Nogueira DA, Shardosim LR, Bosco VL. Pode o copo substituir a mamadeira como método alternativo de aleitamento artificial para bebês? *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;6:235-9.
- Delgado SE. Atuação fonoaudiológica na Unidade de Terapia Intensiva em bebê com síndrome de pterígeo poplíteo. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(1):123-8.
- Dowling DA, Meier PP, Difiore JM. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. *J Hum Lact*. 2002;18(1):13-20.
- Dusick A. Investigation and management of dysphagia. *Semin Pediatr Neurol*. 2003;10(4):255-64.
- Fleiss JL. The design and analysis of clinical experiments. New York: John Wiley & Sons; 1986.
- Flint A, New K, Davies M. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for new born infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;2:CD005092.
- França EC, Sousa CB, Aragão LC, Costa LR. Electromyographic analysis of masseter muscle in newborns during suction in breast, bottle or cup feeding. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:154.
- Fujinaga CI, Duca AP, Petroni RACL, Rosa CH. Indicações e uso da técnica "sonda-dedo". *Rev CEFAC*. 2012;14(4):721-4.
- Galego PAR, Gomes CF. O uso do copo na alimentação de lactentes: existe um modelo ideal? *Temas Desenvol*. 2013;19(104):73-6.

- Gomes CF, Trezza EM, Murade EC, Padovani CR. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(2):103-9.
- Gewolb IH, Vice FL. Abnormalities in the coordination of respiration and swallow in preterm infants with bronchopulmonary dysplasia. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48:595-9.
- Gupta A, Khanna K., Chattree S. Cup feeding: an alternative to bottle feeding in a neonatal intensive care unit. *J Trop Pediatr*. 1999;45(2):108-10.
- Gutierrez L, Delgado SE, Costa AP da. Caracterização do uso da técnica do copo em UTI neonatal de um hospital público. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2006;16(1):22-31.
- Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: Andrade CRF. *Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco-Série Atualidades em Fonoaudiologia*. São Paulo: Editora Lovise; 1996. p. 43-98.
- Howard CR, Blicek EA, Hoopen CB, Howard FM, Lanphear BP, Lawrence RA. Physiologic stability of newborns during cup-and bottle-feeding. *Pediatrics*. 1999;104(5):1204-7.
- Kuehl J. Cup feeding the newborn: what you should know. *J Perinat Neonatal Nurs*. 1997;11(2):56-60.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
- Lang S. Cup feeding: an alternative method. *Midwives Chronicle and Nursing Notes*. 1994;107:171-6.
- Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child*. 1994;71(4):365-9.
- Lau C, Schanler J. Oral motor function in the neonates. *Clin Perinatol*. 1996;23(2):161-78.
- Lemes EF, Silva THMM, Correr AMA, Almeida EOC de, Luchesi KF. Estimulação sensoriomotora intra e extra-oral em neonatos prematuros: revisão bibliográfica. *Rev CEFAC*. 2015;17(3):945-55.
- Lima GMS. Aleitamento materno em situações especiais. In: Rego JD. *Aleitamento: um guia para pais e familiares*. São Paulo: Atheneu; 2002.
- Lima VP, Melo AM. Uso do copinho no Alojamento Canguru. *Rev CEFAC*. 2008;10(1):126-33.
- Lopez CP, Chiari BM, Goulart AL, Furkim AM, Guedes ZCF. Avaliação da deglutição em prematuros com mamadeira e copo. *CoDAS*; 2014;26(1):81-6.

-
- Lopez CR, Silva RG. Métodos de alimentação alternativos para recém-nascidos prematuros. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(2):278-82.
- Malhotra N, Vishwambaran L, Sundaram KR, Naryanan I. A controlled of oral feeding in neonates. *Early Hum Dev*. 1999;54(1):29-38.
- Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. A comparison of the safety of cupfeedings and bottlefeedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol*. 2001;21(6):350-5.
- Martins CD, Furlan RMMM, Motta AR, Viana MCFB. Avaliação eletromiográfica dos músculos envolvidos na alimentação de recém-nascidos prematuros. *CoDAS*. 2015;27(4):372-7.
- Medeiros AMC, Bernardi AT. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(1):73-9.
- Melo SL. Suporte à amamentação através de um copo. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2015;4(2):56-66.
- Melo SL, Santiago LB, Gomes CF, Simões AL, Weffort VRS. Protótipo de copo para administrar líquidos a recém-nascidos. *Rev Rene*. 2014;15(3):402-10.
- Netto CRS. Deglutição na criança, no adulto e no idoso. São Paulo: Lovise; 2003.
- Norris FJ, Larkin MS, Williams CM, Hampton SM, Morgan JB. Factors affecting the introduction of complementary foods in the preterm infant. *Eur J Clin Nutr*. 2002;56(5):448-54.
- Novaes, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):547-59.
- Nunes JA, Cunha MC. Alimentação em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. *Disturb Comun*. 2012;24(3):443-5.
- Nyqvist KH, Ewald U. Avaliação eletromiográfica dos músculos faciais durante o aleitamento natural e artificial de lactentes: identificação de diferenças entre aleitamento materno e aleitamento com uso de mamadeira ou copo. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(2):85-6.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. 1980. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 23 jan. 2018.
- Pacheco STA, Organista RR, Rodrigues BMRD, Dionisio MCR, Carvalho MOG, Souza SM. Percepções do enfermeiro: manuseio do copo pelas mães na alimentação do recém-nascido em unidade neonatal. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(4):472-6.

- Pacheco STA, Rodrigues BMRD, Araújo BBM, Cabral IE, Enrici MJS, Organista RR. Uso do copinho em unidade de terapia intensiva neonatal: dificuldades e facilidades maternas. *R Pesq Cuid. Fundam.* 2012;4(3):2554-60.
- Pagliaro CL, Buhler KEB, Ibidi SM, Limongi SCO. Dietary transition difficulties in preterm infants: critical literature review. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(1):7-14.
- Pedras CTPA, Pinto EALC, Mezzacappa MA. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2008;8(2):163-9.
- Pereira ADC, Brito DO, Rodrigues LCB, Araújo VC. O copinho oferecido pelos cuidadores aos recém-nascidos prematuros hospitalizados. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1270-7.
- Ribeiro FGSM. Protocolo para Transição da Alimentação para Via Oral em Prematuros. In: Furkim AM, Rodrigues KA. *Disfagias nas unidades de terapia intensiva*. 1st ed. São Paulo: Roca; 2014. p. 189-99.
- Rocha NMN, Martinez FE, Jorge SM. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. *J Hum Lact*. 2002;18(2):132-8.
- Sanches MTC. Amamentação: enfoque fonoaudiológico. In: Carvalho MR, Tamez RN. *Amamentação: bases científicas para prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Schanler RJ, O'connor KG, Lawrence R. Pediatricians practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 1999;103(3):35-40.
- Scocchi CG, Gauy JS, Fujinaga CI, Fonseca CM, Zamberlan NE. Oral feeding transition in preterm infants in a Child-Friendly Hospital. *Acta Paul Enferm*. 2010;23:540-5.
- Silva AC, Alencar KC, Rodrigues LC, Perillo VC. Cup-feeding of premature newborn children. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(3):387-93.
- Silva JPC, Antonio ACR, Souza CHM, Araújo AC, Bezerra ACB. Sinais vitais e derramamento da dieta com o uso do copo ao recém-nascido pré-termo. *Saber Científico*. 2015;4(2):22-30.
- Sola A. Oxygen for the preterm newborn: one infant at a time. *Pediatrics*. 2008;121(6):1257.
- Tambeli CH, Berretin-Felix G, Mourão LF, Gavião MBD, Bueno MRS, Martinelli RLC. Sucção e deglutição. In: Tambeli CH. *Fisiologia Oral*. São Paulo: Artes Médicas; 2014. p. 77-89.
- Tamez RN. Atuação de enfermagem. In: Carvalho MR, Tamez RN. *Amamentação: bases científicas*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 123-36.

Vargas CL, Steidl EM, Berwig LC, Weinmann ARM. Influência do uso do copo ou mamadeira durante a transição alimentar de recém-nascidos pré-termo sobre o sistema estomatognático e as taxas de aleitamento materno. *Disturb Comun.* 2014;26(2):327-36.

Vasconcellos JV. Baixa produção de leite. In: Rego JD. *Aleitamento materno*. 3rd ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 245-63.

Xavier C. Trabalho fonoaudiológico em unidade neonatal. In: Lopes-Filho O. *Novo Tratado de Fonoaudiologia*. Barueri: Manole; 2013. p. 570-84.

WHO - World Health Organization. *Home-based maternal records. Guidelines for development, adaptation and evaluation*. Geneva: World Health Organization; 1994.

Apêndices

APÊNDICE A - Termos de Aquiescência

Termo de Aquiescência 1

São Paulo, 22 de dezembro de 2016

Senhora Coordenadora,

Como parte da documentação solicitada por este Colegiado para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos o desenvolvimento da pesquisa **"Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica"** de autoria de Amanda Burgemeister sob orientação da Profa. Dra. Giedre Berretin-Felix nas dependências da UTI Neonatal do Hospital e Maternidade São Cristóvão. A pesquisa tem como objetivos: investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo, avaliar a aplicação dessa técnica pelos profissionais, bem como a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população.

Declaramos estar ciente da realização da pesquisa bem como a existência de infraestrutura necessária para o seu desenvolvimento e solução de eventuais problemas dela resultantes, nos termos das normas vigentes, e nos comprometemos a cumprir as exigências contidas na Resolução CNS Nº 466, de 12.12.12.

O trabalho só poderá ser iniciado em nossas instalações, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da FOB-USP.

Atenciosamente,

Assinatura do responsável pelo setor

Profª Drª Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-FOB-USP

Termo de Aquiescência 2

<p>Estado do Acre Secretaria de Estado de Saúde Grupo de Trabalho de Humanização Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora / Hospital da Criança</p>		
<p>A Sua Senhoria a Senhora Alexsandra Bragança Coordenadora da UTI/UCI Neonatal da Maternidade</p>	<p>Rio Branco, 13 de Janeiro de 2017.</p>	
<p>Senhora Coordenadora,</p> <p>Como parte da documentação solicitada por este Colegiado para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos o desenvolvimento da pesquisa "Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica" de autoria de Amanda Burgemeister sob orientação da Profa. Dra. Giedre Berretin-Felix nas dependências da UTI Neonatal do Hospital (completar). A pesquisa tem como objetivos: investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo, avaliar a aplicação dessa técnica pelos profissionais, bem como a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população.</p> <p>Declaramos estar ciente da realização da pesquisa bem como a existência de infraestrutura necessária para o seu desenvolvimento e solução de eventuais problemas dela resultantes, nos termos das normas vigentes, e nos comprometemos a cumprir as exigências contidas na Resolução CNS Nº 466, de 12.12.12.</p> <p>O trabalho só poderá ser iniciado em nossas instalações, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da FOB-USP.</p> <p>Atenciosamente,</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> Alexsandra Bragança Coordenadora da UTI/UCI Neonatal da Maternidade</div>		
<p>Profª Drª Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-FOB-USP</p>		

Termo de Aquiescência 3

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

Recife, 14 de Outubro de 2016.

Senhora Coordenadora,

Como parte da documentação solicitada por este Colegiado para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos o desenvolvimento da pesquisa **"Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica"** de autoria de Amanda Burgemeister sob orientação da Profa. Dra. Giedre Berretin-Felix nas dependências da Unidade Neonatal (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional - UCINCO). A pesquisa tem como objetivos: investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo, avaliar a aplicação dessa técnica pelos profissionais, bem como a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população.

Declaramos estar ciente da realização da pesquisa bem como a existência de infraestrutura necessária para o seu desenvolvimento e solução de eventuais problemas dela resultantes, nos termos das normas vigentes, e nos comprometemos a cumprir as exigências contidas na Resolução CNS Nº 466, de 12.12.12.

O trabalho só poderá ser iniciado em nossas instalações, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da FOB-USP.

Atenciosamente,

Geisy Lima
Coordenadora da Unidade Neonatal
DRA GEISY LIMA
CHEFE DA UNIDADE NEONATAL

Profª Drª Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-FOB-USP

Termo de Aquiescência 4

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO
Complexo Assistencial - Famema
Hospital das Clínicas de Marília – Unidade Materno Infantil

Marília, 21 de novembro de 2016

Senhora Coordenadora,

Como parte da documentação solicitada por este Colegiado para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos o desenvolvimento da pesquisa **“Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica”** de autoria de Amanda Burgemeister sob orientação da Profa. Dra. Giedre Berretin-Felix nas dependências da UTI Neonatal do Hospital das Clínicas de Marília – Unidade Materno Infantil. A pesquisa tem como objetivos: investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo, avaliar a aplicação dessa técnica pelos profissionais, bem como a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população.

Declaramos estar ciente da realização da pesquisa bem como a existência de infraestrutura necessária para o seu desenvolvimento e solução de eventuais problemas dela resultantes, nos termos das normas vigentes, e nos comprometemos a cumprir as exigências contidas na Resolução CNS Nº 466, de 12.12.12.

O trabalho só poderá ser iniciado em nossas instalações, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da FOB-USP.

Atenciosamente,

DRA. CARLA BICUDO RAMOS

Diretora Técnica

Hospital das Clínicas – Unidade Materno-Infantil

Profª Drª Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-FOB-USP

Termo de Aquiescência 5

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

CNPJ 52.049.244/0001-62

Av. Vicente Ferreira, 828 – Fone PABX: (014) 3402-5555 – Fax (014) 3402-5564

CEP: 17.515-900 – Marília – Estado de São Paulo

E-mail: diretoriatecnica@santacasamarilia.com.br

Marília, 13 de janeiro de 2017

Senhora Coordenadora,

Como parte da documentação solicitada por este Colegiado para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos o desenvolvimento da pesquisa **“Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica”** de autoria de Amanda Burgemeister sob orientação da Profa. Dra. Giedre Berretin-Felix nas dependências da UTI Neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Marília. A pesquisa tem como objetivos: investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo, avaliar a aplicação dessa técnica pelos profissionais, bem como a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população.

Declaramos estar ciente da realização da pesquisa bem como a existência de infraestrutura necessária para o seu desenvolvimento e solução de eventuais problemas dela resultantes, nos termos das normas vigentes, e nos comprometemos a cumprir as exigências contidas na Resolução CNS Nº 466, de 12.12.12.

O trabalho só poderá ser iniciado em nossas instalações, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da FOB-USP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Diretor Clínico

Profª Drª Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-FOB-USP

Termo de Aquiescência 6

Joinville, 16 de janeiro de 2017.

Senhora Coordenadora,

Como parte da documentação solicitada por este Colegiado para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos o desenvolvimento da pesquisa **"Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica"** de autoria de Amanda Burgemeister sob orientação da Profa. Dra. Giedre Berretin-Felix nas dependências da UTI Neonatal do Hospital da Unimed de Joinville. A pesquisa tem como objetivos: investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo, avaliar a aplicação dessa técnica pelos profissionais, bem como a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população.

Declaramos estar ciente da realização da pesquisa bem como a existência de infraestrutura necessária para o seu desenvolvimento e solução de eventuais problemas dela resultantes, nos termos das normas vigentes, e nos comprometemos a cumprir as exigências contidas na Resolução CNS Nº 466, de 12.12.12.

O trabalho só poderá ser iniciado em nossas instalações, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da FOB-USP.

Atenciosamente,

Dr. Ernesto Reggio
Responsável pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP)
Unimed Joinville | Centro Hospitalar Unimed

Profª Drª Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-FOB-USP

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Página 1 de 1

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TCLE (fonoaudiólogas parceiras)

Título: “Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica”

Caro fonoaudiólogo, convidamos para participação neste estudo que tem como objetivos: investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido prematuro; avaliar como estes profissionais utilizam o copo na alimentação desses bebês; e verificar a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população. A justificativa desse estudo é que conhecer melhor a técnica aplicada pelos profissionais irá contribuir para que sejam utilizados métodos de alimentação alternativos mais seguros e que não comprometam o desenvolvimento oral de bebês que necessitam de cuidados de UTI Neonatal.

Para isso necessitamos que sejam realizadas filmagens dos bebês sendo alimentados por meio do copo, conforme vídeo instrucional e orientações por escrito que serão enviadas pela pesquisadora. Um questionário também será enviado para que seja aplicado aos profissionais que utilizam o copo em sua prática. Após as filmagens e resposta dos profissionais ao questionário, estes dados deverão ser enviados via e-mail, correios ou WhatsApp para a pesquisadora responsável tendo a segurança desses dados assegurados. Caso sejam verificados sinais de alteração durante a alimentação com o copo, a pesquisadora se compromete a entrar em contato para sugestões de adequações e indicação de acompanhamento e intervenções necessárias.

Sua participação poderá implicar em riscos/desconfortos como gasto de tempo, cansaço pelo tempo em que estiver realizando a filmagem ou na organização e envio dos dados, por isso orientamos a realizar a coleta sem pressa. Os benefícios esperados serão indiretos e relacionados aos avanços nos estudos da população referida. Todos os custos como compra de CDs para armazenamento das filmagens, correios, impressão e outros gastos eventuais serão custeados pela pesquisadora por meio de depósito bancário em sua conta. Além disso, qualquer eventual dano decorrente da pesquisa será indenizado pela pesquisadora.

A qualquer momento tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de penalização. Será assegurado a manutenção do sigilo e privacidade de todos os participantes durante todas as fases da pesquisa. Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos o (a) senhor (a) pode recorrer a pesquisadora responsável Amanda Burgemeister através do telefone (14) 98821-6006 ou pelo e-mail amanda.burg@usp.br.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional Art. 23º do Código de Ética Fonoaudiológico.

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

_____, _____ de _____ de _____.

Profissional participante da pesquisa

Amanda Burgemeister - Pesquisadora Responsável

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das 14hs às 17 horas, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901 - Telefone/FAX(14)3235-8356e-mail: cep@fob.usp.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Página 1 de 1

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE_2 (pais/responsáveis pelos bebês)

Título: “Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica”

Caro responsável pelo recém-nascido, estamos realizando este estudo com um dos objetivos de verificar como está sendo realizada a oferta de leite por meio do copo e saber se os bebês estão engolindo bem, sem o risco de engasgar com esse método. A identificação de dificuldades ou facilidades com o uso do copo poderá contribuir para que os métodos alternativos de alimentação se tornem mais seguros e que não comprometam o desenvolvimento de bebês que necessitam de cuidados de UTI Neonatal.

Para isso, solicitamos a sua permissão para que seja realizada uma filmagem do seu bebê se alimentando com o uso do copo, e que esta filmagem seja analisada posteriormente. Os bebês serão expostos aos riscos habituais do ato de se alimentar, pois estarão sendo filmados em uma situação normal de sua rotina durante a internação. Caso sejam verificados sinais de alteração durante a alimentação com o copo, a pesquisadora se compromete a entrar em contato com a equipe para sugestões de adequações e a fonoaudióloga parceira responsável pela instituição fará o acompanhamento e intervenções necessárias. Os benefícios esperados serão indiretos e relacionados aos avanços nos estudos sobre a alimentação dos prematuros.

Para participar dessa pesquisa não haverá qualquer compensação financeira ou ressarcimento de despesas, uma vez que não haverá gastos de sua parte para participar do estudo, mesmo assim garantimos a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

A qualquer momento tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de penalização. Será assegurado a manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa. Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos o (a) senhor (a) pode recorrer a pesquisadora responsável Amanda Burgemeister através do telefone (14) 98821-6006 ou pelo e-mail amanda.burg@usp.br.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional Art. 23º do Código de Ética Fonoaudiológica.

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

_____, _____ de _____ de _____.

Responsável pelo participante da pesquisa

Amanda Burgemeister - Pesquisadora Responsável

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das 14hs às 17 horas, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901 - Telefone/FAX(14)3235-8356-e-mail: cep@fob.usp.br

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 3

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Página 1 de 1

Departamento de Fonoaudiologia

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TCLE (profissionais - questionários)****Título: “Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica”**

Caro profissional, convidamos para participar deste estudo que tem como um de seus objetivos investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo. A identificação de dificuldades ou facilidades com o uso do copo poderá contribuir para que os métodos alternativos de alimentação se tornem mais seguros e que não comprometam o desenvolvimento de bebês que necessitam de cuidados de UTI Neonatal.

Para isso, você deverá responder a um questionário, com questões fechadas e abertas, abordando sua opinião em relação ao uso do copo com bebês prematuros na UTI Neonatal. O questionário será entregue pela fonoaudióloga parceira do estudo no seu local de trabalho e você terá um mês para devolvê-lo a ela.

Sua participação poderá implicar em riscos/desconfortos como gasto de tempo e cansaço ao responder às questões, por isso orientamos responder com calma e utilizando o prazo estipulado. Além disso, garantimos que todas as respostas permanecerão em sigilo e utilizadas somente para fins de pesquisa sem a sua identificação, portanto fique à vontade para responder o que desejar. Os benefícios esperados serão indiretos e relacionados aos avanços nos estudos dessa população.

Para participar dessa pesquisa não haverá qualquer compensação financeira ou ressarcimento de despesas, uma vez que não haverá gastos de sua parte para participar do estudo, mesmo assim garantimos a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. A qualquer momento tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de penalização. Será assegurado a manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos o (a) senhor (a) pode recorrer a pesquisadora responsável Amanda Burgemeister através do telefone (14) 98821-6006 ou pelo e-mail amanda.burg@usp.br.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional Art. 23º do Código de Ética Fonoaudiológica.

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

_____, _____ de _____ de _____.

Profissional participante da pesquisa

Amanda Burgemeister - Pesquisadora Responsável

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das 14hs às 17 horas, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901 - Telefone/FAX(14)3235-8356e-mail: cep@fob.usp.br

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 4

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Página 1 de 1

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE (profissionais – filmagem)

Título: “Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica”

Caro profissional, convidamos para participação neste estudo que tem como objetivos avaliar como o copo está sendo utilizado na alimentação do recém-nascido prematuro verificando a segurança desse método e se o bebê deglute bem durante o uso do copo. A identificação de dificuldades ou facilidades com o uso do copo poderá contribuir para que os métodos alternativos de alimentação se tornem mais seguros e que não comprometam o desenvolvimento de bebês que necessitam de cuidados de UTI Neonatal.

Para isso, necessitamos realizar uma filmagem sua ofertando leite aos bebês indicados pela fonoaudióloga parceira de sua instituição, conforme a prescrição médica e sua rotina de costume nesse procedimento, sem que seja filmado seu rosto para que não haja identificação.

Sua participação implica nos riscos habituais de alimentar os bebês, pois estará sendo filmado em situação normal de sua rotina durante o trabalho. Caso acidentalmente seu rosto seja identificado durante a filmagem, o sigilo das imagens estará garantido. Os benefícios esperados serão indiretos e relacionados aos avanços nos estudos dessa população.

Para participar dessa pesquisa não haverá qualquer compensação financeira ou ressarcimento de despesas, uma vez que não haverá gastos de sua parte para participar do estudo, mesmo assim garantimos a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. A qualquer momento tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de penalização. Será assegurado a manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos o (a) senhor (a) pode recorrer a pesquisadora responsável Amanda Burgemeister através do telefone (14) 98821-6006 ou pelo e-mail amanda.burg@usp.br.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____,

após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional Art. 23º do Código de Ética Fonoaudiológica.

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

_____, _____ de _____ de _____.

Profissional participante da pesquisa

Amanda Burgemeister - Pesquisadora Responsável

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das 14hs às 17 horas, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901 - Telefone/FAX(14)3235-8356-e-mail: cep@fob.usp.br

APÊNDICE F – Termo de Autorização de Uso e Envio de Imagens

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Página 1 de 1

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO E ENVIO DE IMAGENS

Eu _____, RG _____,
depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem ou de meu bebê, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Amanda Burgemeister orientada pela Profa. Dra. Giedre Berretin Felix, responsáveis pelo projeto de pesquisa intitulado “Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica” a realizar as filmagens que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas filmagens para fins científicos e de estudos (pesquisa, publicação e apresentações), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados. Estou ciente de que para isso, haverá necessidade de envio dessas filmagens pelas fonoaudiólogas parceiras das instituições participantes para a pesquisadora por meio de e-mail, correios ou WhatsApp.

_____, ____ de _____ de 2017

Pesquisador responsável pelo projeto_____
Participante da Pesquisa

APÊNDICE G – Questionário de Opinião sobre o uso do copo

QUESTIONÁRIO - USO DO COPO COM PEMATUROS NA UTI NEONATAL

Orientações: O questionário deve ser preenchido por médicos, fonoaudiólogos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem que trabalham em UTI Neonatal. Caso fosse necessário, utilize o verso para complementar suas respostas.

Nome: _____

Profissão: _____ Cargo/Função: _____

Tempo de Experiência com RNPT: _____

1) Porque o copo é utilizado como método alternativo para alimentar os recém-nascidos?

2) Na sua opinião, o copo é o melhor método alternativo de alimentação para RNPT? Se não, qual método você julga mais adequado?

() sim () não

3) Você acredita que o copo pode ser considerado um método alternativo de alimentação seguro para o RNPT? Se não, por quê?

() sim () não

4) Na sua rotina, você percebe que os RNPTs apresentam alguma dificuldade para se alimentar por meio do copo? Se sim, qual (is)?

() sim () não

5) Você sente dificuldade em utilizar o copo para alimentar RNPTs? Se sim, qual (is)?

() sim () não

6) Você utiliza alguma estratégia/recurso para sanar dificuldades na utilização do copo para alimentar RNPTs? Se sim, qual (is)?

() sim () não

7) Você recebeu algum tipo de capacitação/treinamento para utilizar a técnica do copo? Se sim, há quanto tempo? Onde?

() sim () não

APÊNDICE H – Roteiro das Filmagens

REGISTRO DAS FILMAGENS – HOSPITAL _____

ORIENTAÇÕES PARA FILMAGEM:

- Antes de iniciar a filmagem preencher os dados de identificação do recém-nascido e do profissional que irá realizar a oferta.
- Posicionar manualmente a câmera digital ou celular há aproximadamente 40 cm de distância do recém-nascido, com enquadramento em um ângulo de 45° formado entre os planos coronal e sagital do bebê (conforme vídeo instrucional enviado pela pesquisadora).
- A filmagem deve ser realizada do início ao fim da oferta de leite sem dar nenhuma instrução quanto a forma de oferta e intervir somente se o bebê estiver sendo colocado em risco (o vídeo instrucional não deverá ser mostrado ao profissional que irá utilizar o copo para não influenciar o modelo de oferta).
- Ao final registrar o volume total aceito e se houve variação de saturação de oxigênio (caso o bebê esteja monitorado) durante a oferta.
- Caso o bebê apresente, durante a filmagem, muita sonolência ou alguma intercorrência não relacionada ao processo de alimentação (como êmese ou outro sinal de instabilidade clínica) o vídeo poderá ser descartado e gravado novamente em outro momento. Lembrando que tosse, engasgo e alterações respiratórias durante a alimentação são sinais importantes para nossa análise e o vídeo não deverá ser descartado por estes motivos.

DATA: __/__/__

IDENT. RN: _____

DN: __/__/__ PN: _____ g IG: ____ s SEXO: () M () F

Hipótese Diagnóstica: _____

Idade Atual: _____ Peso Atual: _____ g Tempo de Via Oral: _____

OFERTA RN_1

Profissional:	Função:
Volume Prescrito: _____ ml	Volume Aceito: _____ ml
Saturação de O2: _____ Variação: () não () sim: _____	Tipo de Copo: () vidro () plástico

DATA: __/__/__

IDENT. RN: _____

DN: __/__/__ PN: _____ g IG: ____ s SEXO: () M () F

Hipótese Diagnóstica: _____

Idade Atual: _____ Peso Atual: _____ g Tempo de Via Oral: _____

OFERTA RN_2

Profissional:	Função:
Volume Prescrito: _____ ml	Volume Aceito: _____ ml
Saturação de O2: _____ Variação: () não () sim: _____	Tipo de Copo: () vidro () plástico

APÊNDICE I – Avaliação das Filmagens**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA OFERTA DE LEITE POR MEIO DE COPO**

DATA: ____/____/____

IDENT. RN: _____

DN: ____/____/____ PN: _____ g IG: ____ s SEXO: () M () F

Idade Atual: _____ Peso Atual: _____ g Tempo de Via Oral: _____

OFERTA

Profissional:	Função:
Volume Prescrito: _____ ml	Volume Aceito: _____ ml
Estado de Consciência: () alerta () sono leve () sono profundo	
Oferta de Pausas: () sim () não	
Posição do Copo: () abaixo da língua () acima da língua	
Posição do bebê: () inclinado $\pm 45^\circ$ com apoio () deitado	
Movimento de Sorver: () sim () não	Escape Extra Oral: () ausente () pouco () muito
Engasgo: () ausente () presente	Tosse: () ausente () durante () após
Queda No Nível SpO2: () não () sim	Alteração respiratória: () ausente () presente
Tempo de Oferta: ____ minutos	Descreva:
Outros sinais/observações:	

APÊNDICE J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 5

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Página 1 de 1

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TCLE_5 (fonoaudiólogas avaliadoras)

Título: “Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica”

Caro fonoaudiólogo, convidamos para participação neste estudo que tem como objetivos: investigar a opinião de profissionais que atuam na UTI neonatal sobre o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo; avaliar o uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo pelos profissionais que atuam na UTI neonatal; e verificar a segurança e a eficiência da deglutição durante o uso do copo nessa população. A justificativa desse estudo é que conhecer melhor a técnica aplicada pelos profissionais irá contribuir para que sejam utilizados métodos de alimentação alternativos mais seguros e que não comprometam o desenvolvimento oral de bebês que necessitam de cuidados de UTI Neonatal.

Sua participação implica em assistir aos vídeos dos bebês se alimentando por meio do copo e avaliar essas filmagens, considerando aspectos relacionados à sua aplicação, segurança e eficiência. Para isso você receberá um roteiro e treinamento oferecido pela pesquisadora para atentar-se às recomendações quanto ao adequado manejo da técnica do copo com base na literatura. Caso sejam verificados sinais de alteração durante a alimentação com o copo, se comprometerá a apontar estes sinais para que a pesquisadora possa entrar em contato com a equipe do determinado hospital para sugestões de adequações.

Sua participação poderá implicar em riscos/desconfortos como gasto de tempo, cansaço pelo tempo de análise dos vídeos ou na organização e registro dos dados, por isso orientamos a realizar a análise com calma. Os benefícios esperados serão indiretos e relacionados aos avanços nos estudos da população referida.

Para participar dessa pesquisa não haverá qualquer compensação financeira ou ressarcimento de despesas, uma vez que não haverá gastos de sua parte para participar do estudo, mesmo assim garantimos a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. A qualquer momento tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de penalização. Será assegurado a manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos o (a) senhor (a) pode recorrer a pesquisadora responsável Amanda Burgemeister através do telefone (14) 98821-6006 ou pelo e-mail amanda.burg@usp.br.

Pelo presente instrumento que ntende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional Art. 23º do Código de Ética Fonoaudiológico.

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

_____ de _____ de _____.

Avaliadora

Amanda Burgemeister - Pesquisadora Responsável

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das 14hs às 17 horas, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901 - Telefone/FAX(14)3235-8356 e-mail: cep@fob.usp.br

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
e-mail: dep-fono@fob.usp.br - Fone (0xx14) 3235-8232 / 3235-8332 - Fax (0xx14) 3235-8390

<http://www.fob.usp.br>

APÊNDICE K – Respostas dos profissionais ao Questionário de Opinião

Q1 - Porque o copo é utilizado como método alternativo para alimentar os recém-nascidos?	
H1_01	"Para não ocorrer a confusão de bico e assim posteriormente iniciar aleitamento materno com sucesso"
H1_02	"Para fazer a transição da SOG para a dieta VO e por ser hospital amigo da criança é proibido o uso de bico"
H1_03	"Quando o RN não está apto para iniciar com o SM usa-se o copo para não confundir com SM da mãe"
H1_04	"É utilizado para evitar o uso de bicos artificiais"
H1_05	"Para não confundir com bicos e não querer o seio materno"
H1_06	"É utilizado na tentativa de aumentar o índice de aleitamento materno"
H1_07	"Para evitar o uso de bicos e mamadeira confundindo assim a experiência de sucção do RN"
H1_08	"Para evitar o uso de bico artificial"
H1_09	"Para incentivar o aleitamento materno, pois se oferecermos bicos (chucas e mamadeiras) pode ter rejeição do bico da mama da mãe e assim não conseguir realizar aleitamento materno exclusivo e também causa problemas dentários por causa da mamadeira"
H1_10	"Para transição até que o RN esteja apto a sucção em seio materno"
H2_01	"Para não interferir na amamentação"
H2_02	"Para evitar o uso de mamadeira enquanto os RNPTs não estão sendo amamentados exclusivamente em seio materno ou quando a mãe não pode amamentar no momento, ou quando ainda não ocorreu a apojadura"
H2_03	"Facilidade de sucção, sem utilização da mamadeira para que o RN não confunda pega em seio materno"
H2_04	"O copo acaba sendo utilizado no alojamento conjunto pela praticidade, evita a confusão com o peito. Nos pacientes internados gasta menos tempo para administrar e facilita também a sucção em seio materno comparado a mamadeira"
H2_05	"Facilidade de sucção, sem utilização de mamadeira para que o RN não confunda a pega em seio materno"
H2_06	"Para não interferir na sucção"
H2_07	"Para evitar o desmame precoce"
H3_01	"Para complementação da dieta estipulada pelo pediatra"
H3_02	"Para que o bebê não confunda com outro bico o seio materno"
H3_03	"Para evitar confusão de bico com a mamadeira"
H3_04	"Não interfere na adaptação e sucção na mama, o RN controla a ingesta de leite e evita a introdução precoce de mamadeira"

H3_05	"Para não causar confusão de bicos (no caso de usar chuquinha ou mamadeira)"
H3_06	"Acredito que por ser um método simples e seguro"
H3_07	"Quando o bebe está bem acordado e aceita o complemento. Não vejo dificuldades na aceitação"
H3_08	"Porque é um método barato e não faz confusão de bicos, incentivamos o aleitamento materno"
H3_09	"Excelente alternativa no caso de complementação de RNPT ou a termo após a mamada em seio materno, na ausência da mãe como forma de avaliação e principalmente porque evita a confusão de bicos já descrita na literatura e seguro"
H3_10	"Para que ele aprenda a deglutir por ele mesmo"
H3_11	"Para que não ocorra confusão de bicos"
H3_12	"É usado para o não uso da mamadeira (que confunde a sucção do bebe) por isso que é um método adequado"
H3_13	"Para não confundir a sucção do bebê"
H3_14	"Para suprir as necessidades de complemento de dieta do RN com pouco ou nenhum estímulo de sucção"
H3_15	"Para RNs com pouco ou sem estímulo de sucção prefiro o método <i>finger</i> assim auxilia a sucção do RN, o copo na minha opinião é utilizado melhor quando o RN já adquiriu a sucção e precisa ser complementado"
H4_01	"Na necessidade de alimentar e diante das falhas das outras alternativas como amamentação exclusiva e debilidades do RN"
H4_02	"Para evitar o uso de mamadeira com seus bicos, amadurecer e estimular a deglutição"
H4_03	"Porque é uma forma de transição que o RN passa da sonda para o copo até chegar na amamentação"
H4_04	"Acredito que por não ter outra alternativa melhor e muitas vezes o RN não se enquadrar após a sonda em uma boa sucção se utiliza o copo para haver perda de peso"
H4_05	"Porque é um meio de evitar o contato precoce do RN com outros recursos de alimentação como outros bicos, mamadeira e etc., facilitando assim a amamentação e a pega do RN no seio da mãe".
H4_06	"Algumas vezes a prescrição de copo na enfermagem por falta de informação"
H4_07	"Eu aprendi que é utilizado para o bebê da UTI, para que não perca o vínculo de mamar ou ganhar peso e evitar infecções com bicos e mamadeiras"
H4_08	"Na ausência da mãe utiliza-se o copo para alimentar o RN"
H4_09	"Porque sempre acontecem situações desfavoráveis como por exemplo, ausência da mãe (por doenças ou óbito), impossibilidade de amamentação"
H5_01	"Porque favorece o processo fisiológico de sucção, deglutição e respiração"
H5_02	"Para auxiliar na transição alimentar ou nos casos de necessidade de complementar aleitamento"
H5_03	"Não sei"

H5_04	"Para evitar o uso de bicos artificiais e confusão por parte do RN, atrapalhando a pega ao seio"
H5_05	"porque seria uma opção que não atrapalharia a amamentação futura"
H5_06	"Para evitar o uso de chucha (mamadeira)"
H5_07	"Para não causar confusão de bicos com o bico do seio materno"
H5_08	"Nos seguintes casos: quando não consegue mamar; quando não consegue a pega correta; quando tem que se ausentar durante um certo período; quando existe (...) no peito e precisa de um tempo para cicatrizar"
H5_09	"Para não utilizar a mamadeira?! Mãe ausente ou sem condições de amamentar"
H5_10	"Evitar bicos artificiais (mamadeira)"
H5_11	"Muitas vezes é quando a mãe não pode alimentar, em algumas vezes inicia o copinho quando o RN cansa mais mamando do que no copinho, mas sempre o aleitamento materno será mais importante"
H5_12	"Para evitar o uso da chucha, na ausência da genitora e impossibilidade de seio materno exclusivo"
H6_01	"É considerado uma alternativa segura para o uso de dieta oral no momento em que a criança incoordena a sucção a respiração e a deglutição"
H6_02	"Porque além de ser seguro para os bebês, não estimula a confusão de bicos no caso do uso do bico artificial"
H6_03	"Sim, estimula a criança a pegar o seio materno com mais facilidade"
H6_04	"Porque ele estimula as estruturas do sistema digestório"
H6_05	"Para favorecer a pega no aleitamento materno, pois o RN tem mais facilidade na amamentação, além de estimular a deglutição"

Q2 - Na sua opinião, o copo é o melhor método alternativo de alimentação para RNPT? Se não, qual método você julga mais adequado?

H1_01	"Devido as diferentes formas na administração expondo o RN a vários riscos, o mais adequado/seguro seria a chucha"
H1_02	"Porque muitas vezes o RN acostuma com a facilidade e rejeita o seio"
H1_04	"Acho que não porque tem RNs que não se adaptam ao copo, acho que o melhor método é o que o RN aceita a dieta oferecida"
H1_06	"Mamadeira"
H1_08	"Sonda e seio materno"
H2_01	"Mamadeira"
H2_02	"Depende da situação atual da mãe e do RN para indicar o método adequado"
H2_03	"Translactação + sonda"

H2_04	"Na minha opinião nos prematuros a melhor técnica é a sonda dedo principalmente para treinar a musculatura bucal e a coordenação da língua, facilita também a pega do seio"
H2_05	"Na minha opinião é a sonda"
H2_06	"Mamadeira"
H3_01	"Acredito que <i>finger feeding</i> tem melhores resultados e aceitação pelos RNs"
H3_02	"Eu prefiro <i>finger feeding</i> porque estimula a sucção"
H3_06	" <i>Finger</i> , por conseguir estimular a sucção do bebê durante o procedimento"
H3_07	"Depende muito do bebe, prefiro o <i>finger</i> "
H3_09	"Em minha rotina utilizamos principalmente sonda-dedo, pois também podemos estimular os movimentos de língua"
H3_11	"Em RNPT prefiro a técnica sonda-dedo"
H3_12	" <i>Finger</i> "
H3_14	"O método <i>finger</i> "
H3_15	"Gosto muito do <i>finger</i> e relactação"
H4_05	"A sonda orogástrica"
H4_06	"O melhor método é sonda em seguida peito"
H4_08	"Uso de sonda nasogastrica até o desmame total da sonda para amamentação exclusiva"
H4_09	"Estimulação não nutritiva até a maturação da sucção, para que o bebê venha a ser amamentado"
H5_02	"Translactação"
H5_04	"Se a mãe tiver presente, translactação"
H5_07	"Translactação"
H5_12	"A translactação quando é possível se mostra mais benéfica e a própria mamadeira apresenta riscos menores de aspiração"
H6_01	"A via alternativa e quando houver condições uma chucha de bico de pétala"
H6_02	"Depende da condição clínica do RNPT, se for grave o mais seguro é sem dúvida via alternativa de alimentação"
H6_03	"A chucha também é um bom método, quando a criança rejeita o copo"
H6_04	"Não é o melhor, mas com certeza ajuda muito no comportamento de sucção do RN"

Q3 - Você acredita que o copo pode ser considerado um método alternativo de alimentação seguro para o RNPT? Se não, por quê?

H1_01	"Devido a forma de administração por alguns profissionais: posicionamento incorreto do RN; administração rápida do volume; ignorar o escape de leite inclusive na anotação/controlar hídrico levando assim RN a possível desidratação e perda de peso"
H1_02	"Pois pode o RN engasgar ou aspirar"
H1_04	"Porque ainda há dificuldades em profissionais manusear o copo assim se torna inseguro"
H1_06	"Pois na maioria das vezes o copo não é oferecido ao RNPT da forma correta"
H1_08	"Depende da pessoa que administra"
H2_01	"Porque ocorrem mais chances de engasgo e broncoaspiração"
H2_03	"Risco de broncoaspiração e falta de preparo do profissional"
H2_04	"No copo o risco de broncoaspiração é maior, principalmente se não tiver o bico (copos com bico)"
H2_05	"No copo o risco de broncoaspiração é maior e também falta de preparo do funcionário"
H2_06	"Acredito que não é seguro, pois o copo aumenta o risco do RNPT apresentar engasgos"
H2_07	"Ocorre perda de leite pela lateral da boca e risco de broncoaspiração"
H3_11	"Será seguro apenas para aqueles RNPT que já estão com a coordenação e posicionamento de língua adequado"
H3_12	"Depende das semanas do RN"
H4_05	"Pelo fato de terem dificuldade para deglutir e manter o leite por muito tempo na boca"
H4_06	"porque não permite que o RN desenvolva a musculatura perioral, pode ocorrer engasgo"
H4_08	"Dificuldade na deglutição e maior risco de engasgo"
H4_09	"Porque o bebê demonstra incoordenação na musculatura orofacial, dificuldade na coordenação respiração/deglutição muitas vezes desperdício de leite"
H5_04	"Vai depender da condição clínica e da avaliação da fonoaudióloga"
H5_07	"Porque não conseguimos dosar a quantidade ofertada"
H5_12	"No copo o RN realiza movimentos diferentes do que os realizados em seio materno. As genitoras e até mesmo a equipe mostra dificuldades na oferta, aumentando os riscos para o RN"
H6_01	"É um método de difícil prática para ser executado pelas mães e a equipe de enfermagem o utiliza sem técnica adequada"
Q4 - Na sua rotina, você percebe que os RNPTs apresentam alguma dificuldade para se alimentar por meio do copo? Se sim, qual (is)?	
H1_01	"Taquipnéia durante administração; escape lateral de leite"

H1_02	"Alguns não aceita bem e joga toda a dieta fora"
H1_03	"Devido a prematuridade extrema e que apresenta dificuldade respiratória e apresenta cansaço ou problema de deglutição"
H1_04	"Muitos RNs tentam colocar a língua dentro do copo e assim percebo que não conseguem engolir o leite"
H1_05	"Apresenta DR mas deglutição (em alguns RNs)"
H1_06	"Dificuldade de controlar o volume a ser deglutido, alguns não fazem o movimento correto da língua de sorver o líquido"
H1_08	"Alguns não aceitam o copo e jogam a dieta"
H1_10	"Na verdade, quando o funcionário não está treinado o suficiente"
H2_01	"Ocorrem muitas perdas do leite"
H2_02	"Devido as respostas já esperadas pelo RN prematuro como sonolência, mobilidade reduzida, incoordenação deglutição-respiração"
H2_03	"Porque a musculatura não está preparada"
H2_04	"Geralmente ocorre perda de leite durante as mamadas, dificuldade em deglutir muitas vezes acompanhada de tosse, dificuldade em fazer a pausa"
H2_05	"Ocorre perda de leite durante a mamada e dificuldade em deglutir"
H2_06	"Apresentam muita perda de leite ofertado no copo"
H2_07	"Deglutição deficitária"
H3_01	"Na deglutição. Muitas vezes acabam jogando fora"
H3_02	"Depende do bebê, uns conseguem engolir e outros ainda não"
H3_03	"Mais associado a quem administra"
H3_04	"Sonolência"
H3_06	"Acredito que a maior dificuldade é a deglutição, conseguir deglutir o que é oferecido"
H3_07	"RN muito sonolento tem dificuldade na deglutição"
H3_08	"Desperdício do leite"
H3_11	"Por vezes se atrapalham na deglutição com excesso de volume"
H3_12	"Se atrapalham para engolir jogando fora o leite"
H3_14	"Às vezes depende de cada criança e sua capacidade de deglutição"
H3_15	"Depende do poder de deglutição de cada RN"
H4_02	"Prematuros extremos e RNs com malformação de face"

H4_03	"Pois as vezes tem dificuldade com a deglutição, perdendo assim boa parte da dieta"
H4_05	"Às vezes pelo fato de serem muito sonolentos e as também não aceitam bem, colocando o leite para fora"
H4_06	"Apresentam sonolência e ficam logo cansados"
H4_07	"Durante alimentação com copo, apresentam cansaço, derramam muito a dieta, sonolentos"
H4_08	"Dificuldade de deglutição e acúmulo de leite em cantos da boca"
H4_09	"Ficam mais cansados, mesmo com manobras o leite não é totalmente ingerido levam um tempo para efetuar o vedamento labial, levam mais tempo para sugar o seio materno"
H5_03	"Alguns RNs apresentam dificuldade"
H5_04	"Os de IG mais baixa não coordenam bem"
H5_05	"Coordenação"
H5_07	"Derrubam grande quantidade do volume ofertado"
H5_08	"Deglutir"
H5_09	"Depende do RN tem alguns lentinhos, não apresentam deglutição"
H5_12	"Escape oral anterior, engasgos e aceitação"
H6_01	"Observo grande escape anterior do leite, fato que dificulta a precisão da medida (volume) ingerido e observo também episódios frequentes de engasgos!"
H6_03	"Muitos jogam o leite fora, pois preferem métodos que utilizam o bico"
H6_05	"Percebo dificuldade de alguns RN na pega e sucção no copo"
Q5 - Você sente dificuldade em utilizar o copo para alimentar RNPTs? Se sim, qual (is)?	
H1_01	"Alguns RN apresentam pouca força de sucção com aceitação lenta ou escape de leite lateral"
H1_02	"Quando o RN não aceita o copo, joga dieta fora e engasga"
H1_03	"Quando o RN possui problemas de deglutição"
H1_06	"Principalmente quando o volume da dieta é grande"
H2_01	"Em mensurar a quantidade correta que foi ingerida e controlar o fluxo de leite"
H2_02	"Depende da idade gestacional, RNPT de 36 s normalmente não tenho dificuldade em utilizar o copinho. Depende de cada RN e suas complicações devido a prematuridade"
H2_03	"Perda de leite, dose não é quantificada corretamente"
H2_04	"Percebo dificuldade em acoplá-lo na boca, administrar a quantidade de leite a ser colocado perto da boca (se pouco

	engole ar, se muito engasga)"
H2_05	"Perda de leite e dificuldade de acoplá-lo na boca, administrar a quantidade de leite a ser colocada na boca"
H2_06	"As dificuldades são por conta da perda que os RNs apresentam"
H3_12	"Sinto dificuldade com bebês menores e sonolentos"
H4_06	"Mãe com dificuldade em ministrar a dieta; sonolência do RN; problema de refluxo pelo mal posicionamento na hora da dieta"
H4_09	"Os RNs apresentam dificuldade no vedamento labial, mesmo com manobras, escape de leite, algumas mães acomodam-se e não querem amamentar, a incoordenação na sucção/respiração/deglutição"
H5_03	"Não é minha prática diária, estão tendo dificuldade"
H5_04	"O mesmo acima + dificuldade de manuseio das técnicas de enfermagem e mães"
H5_07	"Dificuldade de aceitação"
H5_12	"Nem todos os RNs se mostram aptos à alimentação no copo. Alguns incoordenam, não apresentam um bom controle e captação oral"
H6_01	"Os RNPT têm um quadro de sonolência intenso e isso dificulta o processo de uso de via oral, mesmo sendo no copinho"

Q6 - Você utiliza alguma estratégia/recurso para sanar dificuldades na utilização do copo para alimentar RNPTs? Se sim, qual (is)?

H1_02	"Chama auxílio da fono"
H1_03	"Ao administrar o método do copo, coloco o apoio com o dedo no queixo e faço estímulo na mandíbula (bochecha)"
H1_04	"Chamo a fonoaudióloga para me orientar em qualquer dificuldade"
H1_05	"Quando RN tem dificuldade para deglutir realizo estímulos maxilares"
H1_06	"Às vezes é necessário jogar o leite na cavidade oral do bebê ou fazer contenção da mandíbula, quando os RNPT apresentam abertura excessiva de mandíbula"
H1_08	"Massagear a região malar"
H1_10	"Procuro sempre orientação da fono"
H2_01	"Ofertar o leite apenas com o RN bem acordado e deixa-lo ir controlando a quantidade que vai ingerindo, de preferência em pequenas quantidades"
H2_02	"Técnica de translactação, técnica sonda-peito, técnica sonda-dedo até o RN estar apto a ficar em seio materno exclusivo"

H2_03	"Acompanhamento fonoaudiologia"
H2_05	"Acompanhamento com a fono"
H3_02	"Realizo <i>finger feeding</i> "
H3_03	"Treinamento"
H3_07	"RN em posição adequada"
H3_08	"De preferência o bebe tem que estar bem acordado para ofertar"
H3_09	"Se no copo há dificuldades devido a não prontidão do RN ou nível de consciência alterado muitas vezes optamos por <i>finger feeding</i> (ou sonda-dedo) ou posicionar adequadamente o RN, estabiliza-lo em linha média"
H3_11	"Quando observo alguma dificuldade aciono a fonoaudióloga do turno e ela intensifica o treinamento e acompanhamento"
H3_12	"Encaixo o copinho deixando a língua pra baixo; as vezes é preciso fazer uma pequena vedação na boca"
H3_14	"Posicionamento e estímulo em bochechas"
H3_15	"Estimulo as bochechas"
H4_01	"Posicionamento correto do bebê e inclinação do copo em cima da língua ajuda na aceitação"
H4_04	"Um bom posicionamento do RN para ser administrado o leite"
H4_05	"Estímulo tátil para estimular e manter o RN acordado para aceitar a dieta e realizar a deglutição"
H4_06	"Posicionamento do RN no braço da mãe; retirar todas as cobertas sobre o RN para torná-lo mais esperto"
H4_08	"Estimulo tátil para manter o RNPT por mais tempo acordado evitando, digo, na tentativa de evitar um maior risco de engasgo"
H4_09	"Translactação, seringa-dedo"
H5_01	"Quando existe dificuldade, avaliação da fono"
H5_03	"Solicito opinião da fonoaudióloga"
H5_04	"Chamo a fono"
H5_07	"Seio materno + técnica de translactação"
H5_12	"Realizo estímulo da sucção não nutritiva antes de iniciar a oferta"
H6_01	"Usamos a técnica de sonda dedo até que o bebê consiga engolir pelo menos 30% do volume prescrito. Segue daí a tentativa em mama vazia, mama cheia ou chucha"
H6_02	"Nos RNs com dificuldades para alimentação utilizaria estímulo sensório motor oral e técnica de SNN"
H6_03	"Chupeta ou dedo de luva"

H6_05 "Manual de enfermagem relacionado ao assunto dieta VO no copo"

Q7 - Você recebeu algum tipo de capacitação/treinamento para utilizar a técnica do copo? Se sim, há quanto tempo? Onde?

H1_06 "HC Ribeirão Preto"

H1_10 "HMI"

H2_01 "Hospital Samaritano/2008"

H2_02 "Hospital São Paulo há 2a"

H2_03 "UTI neo há 14a"

H2_05 "No hospital"

H2_06 "Hosp. Estadual Vila Alpina (2005)"

H3_01 "Unimed Joinville há 1 mês"

H3_02 "Na UTI atual"

H3_03 "Curso de Apoio ao Aleitamento Materno"

H3_07 "Há 8 anos na Maternidade Darcy Vargas"

H3_08 "No hospital atual com fono"

H3_09 "Em treinamentos do HAC há 15 anos/Aprimoramento em Fono Hospitalar há 17 anos"

H3_11 "treinamento com fonoaudióloga - nosso acompanhamento é diário"

H3_12 "Há 10 anos no banco de leite Darcy Vargas"

H3_13 "Na maternidade Darcy Vargas há mais de 10 anos"

H4_09 "Quando ingressei na maternidade Barbara Heliodora, há 10 anos"

H5_11 "Há 3 anos na UTI Neo"

H5_12 "Em especialização e cursos na área fui orientada do modo correto da oferta"

H6_01 "Há 11 anos atrás por uma fonoaudióloga que orientou o posicionamento do bebe e colocação do copo nas proximidades dos lábios superior e inferior"

H6_03 "A curto prazo quando admitido no setor"

H6_05 "Na UTI Neo"

Anexos

ANEXO A – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso do copo na alimentação do recém-nascido pré-termo: opinião de profissionais e efetividade da técnica

Pesquisador: AMANDA BURGEMEISTER

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63883717.8.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.036.831

Apresentação do Projeto:

Idem ao Parecer: 2.023.249, de 19/04/2017.

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao Parecer: 2.023.249, de 19/04/2017.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao Parecer: 2.023.249, de 19/04/2017.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem ao Parecer: 2.023.249, de 19/04/2017.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Referido projeto foi considerado com pendência em reunião ordinária realizada no dia 12/04/2017, para adequações nos TCLEs.

A pesquisadora encaminha para nova análise e com as adequações nos TCLEs, conforme solicitação deste CEP, de modo que sou favorável à aprovação da pesquisa.

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**

Continuação do Parecer: 2.036.831

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO ad referendum deste CEP, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_802539.pdf	20/04/2017 11:16:47		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Parecer_CEP_2.pdf	20/04/2017 11:11:43	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_5.pdf	20/04/2017 11:08:10	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_4.pdf	20/04/2017 11:07:21	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3.pdf	20/04/2017 11:06:47	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.pdf	20/04/2017 11:06:19	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	20/04/2017 11:05:09	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Amanda_PB.pdf	10/03/2017 18:45:03	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Outros	Termo_Autorizacao_Uso_e_Envio_Imagens.pdf	10/03/2017 18:42:41	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	10/03/2017	AMANDA	Aceito

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**

Continuação do Parecer: 2.036.831

Orçamento	Orçamento.pdf	18:38:43	BURGEMEISTER	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	10/03/2017 18:38:33	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Temo_Aquiescencia_8.pdf	17/01/2017 17:14:50	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Temo_Aquiescencia_7.pdf	16/01/2017 19:55:42	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Temo_Aquiescencia_6.pdf	16/01/2017 19:55:31	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Temo_Aquiescencia_5.pdf	16/01/2017 19:55:08	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Temo_Aquiescencia_4.pdf	16/01/2017 19:54:57	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Temo_Aquiescencia_3.pdf	16/01/2017 19:54:39	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Temo_Aquiescencia_2.pdf	16/01/2017 19:54:21	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Temo_Aquiescencia_1.pdf	16/01/2017 19:54:09	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Outros	Quest_Tecnico_Pesquisador_Amanda.pdf	02/12/2016 20:11:10	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Compromisso_Amanda.pdf	28/11/2016 22:28:32	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Amanda.pdf	28/11/2016 22:26:48	AMANDA BURGEMEISTER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 27 de Abril de 2017

Assinado por:

Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

ANEXO B – Classificações

Kappa	Força de Concordância
<0,00	Pobre
0,00-0,20	Desprezível
0,21-0,40	Fraca
0,41-0,60	Moderada
0,61-0,80	Substancial
0,81-1,00	Quase perfeita

Classificação do valor do Índice de Kappa segundo Landis e Koch (1977)

CCI	Força de Correlação
< 0,4	Pobre
0,4-0,75	Satisfatório
> 0,75	Excelente

Classificação do Coeficiente de Correlação Intraclassa segundo Fleiss (1986)

Idade Gestacional	Classificação
<37 semanas completas (<259 dias)	Pré-termo
37 a 42 semanas (259 - 293 dias)	Termo
≥42 semanas (≥294 dias)	Pós-termo

Classificação da Idade Gestacional segundo a OMS (1980)

Peso ao nascer	Classificação
<2500g	Baixo peso ao nascer
<1500g	Muito baixo peso ao nascer
<1000g	Extremo baixo peso ao nascer

Classificação do Peso ao Nascer segundo a OMS (1980)