Alessandra Regina Vieira Caetano de Macedo

**“O desenvolvimento das habilidades de alimentação do
bebê no primeiro ano de vida: uma perspectiva
fonoaudiológica de promoção de saúde”**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências**

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Heráclito Barbosa de Carvalho

**(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de
2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)**

São Paulo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Macedo, Alessandra Regina Vieira Caetano de

O desenvolvimento das habilidades de alimentação do bebê no primeiro ano de vida : uma perspectiva fonoaudiológica de promoção de saúde / Alessandra Regina Vieira Caetano de Macedo. -- São Paulo, 2012.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Heráclito Barbosa de Carvalho.

Descritores: 1.Saúde materno-infantil 2.Fonoaudiologia 3.Saúde coletiva
4.Neonatologia 5.Aleitamento materno 6.Alimentação mista

USP/FM/DBD-130/12

Dedico esta tese à infância, ao direito de vivê-la plenamente e à criança que habita dentro de nós, afinal “todas as pessoas grandes foram criança um dia, mas poucas se lembram disso”.

AGRADECIMENTOS

À Antônia Marinelli Arietti (*in memoria*) agradeço por me ensinar todo o valor do apego;

Ao Fernando agradeço pelo nosso amor verdadeiro;

À Marina e ao Gustavo, acima de tudo por existirem, por serem as melhores partes de mim e fonte de inspiração do meu pensamento;

Aos meus pais, por conservarem em si as crianças que foram um dia;

Ao meu orientador Prof. Dr. Heráclito Barbosa de Carvalho, pela forma com que me recebeu, pelas análises detalhadas, pela dedicação e paciência;

Ao Dr. Paulo Fumagalli Marotto por me apresentar ao Departamento;

À Profª Drª Claudia Soares Xavier, por promover o meu reencontro com a fonoaudiologia e pelo exemplo profissional no atendimento a bebês;

À Profª Drª Zelita Caldeira Ferreira Guedes pelas valiosas sugestões na banca de qualificação;

Aos professores, alunos e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva, pelo ensino e apoio durante esses anos.

Macedo, Alessandra Regina Vieira Caetano. *O desenvolvimento das habilidades de alimentação do bebê no primeiro ano de vida: uma perspectiva fonoaudiológica de promoção de saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012

Objetivos: Verificar os efeitos do acompanhamento fonoaudiológico no desenvolvimento das habilidades de alimentação do bebê no primeiro ano de vida.

Métodos: Estudo de coorte prospectivo realizado entre abril de 2010 a maio de 2011, com binômios mãe/bebê inicialmente em uma maternidade na zona sul do município de São Paulo e acompanhados durante 12 meses. O grupo estudo foi constituído de RNs com 24 a 48 horas de vida, filhos de mães primigestas e maiores de 18 anos de idade, com escore ≥ 11 de acordo com o Escala de Avaliação Motora-Oral em Berçário, submetidos a acompanhamento fonoaudiológico. O grupo controle foi obtido de bebês nascidos na mesma maternidade, com APGAR ≥ 9 e $> 2.500\text{g.}$, de mães com mesmas características, contatadas aos 12 meses.

Resultados: A prevalência de desmame foi semelhante em ambos os grupos, entretanto o aleitamento materno apresentou Md de 7m e 5m nos grupos estudo e controle respectivamente ($p=0,04$). A introdução da consistência alimentar sólida foi em média 7,8m e 9,6m ($p<0,01$). Os copos de transição foram utilizados por 92,9% e 70,2% ($p=0,01$) e canudos por 59,5% e 27,7% ($p=0,003$). A prevalência do uso de chupeta foi 54,0% e 27,7% ($p=0,01$) aos 12 meses.

Conclusões: O grupo acompanhado mostrou melhora no desempenho do aleitamento materno aos 2 meses. Comparado ao grupo controle, apresentou desmame mais tardio; redução do tempo de introdução da consistência sólida, mais utilização dos utensílios e menor prevalência do uso de chupeta aos 12m.

DESCRITORES: saúde materno-infantil; saúde coletiva; fonoaudiologia; neonatologia; aleitamento materno; alimentação mista.

Macedo, Alessandra Regina Vieira Caetano. *The feeding skills development of baby in the first year of life: A speech-language therapy perspective of health promotion* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012

Objectives: Investigate the effects of speech therapy in the development of feeding skills of the baby in the first year of life

Methods: A prospective cohort study between April 2010 and May 2011 with mother / baby binomial in a maternity hospital in the southern area of São Paulo and followed during 12 months. The study group consisted of newborns with 24 to 48 hours of life, children of primigravid mothers older than 18 years of age, with a score ≥ 11 according to the Oral-Motor in Nursery Assessment Scale undergoing speech therapy. The control group was obtained from babies born at the same hospital, with Apgar ≥ 9 and $> 2,500$ g, from mothers with similar characteristics who were contacted at 12 months.

Results: The prevalence of weaning was similar in both groups, however breastfeeding presented Md of 7m and 5m in the study and control groups respectively ($p = 0.04$). The introduction of solid consistency food was at 7.8 m and 9.6 m ($p < 0.01$). The glass transition were used by 92.9% and 70.2% ($p = 0.01$) and straws by 59.5% and 27.7% ($p = 0.003$). The prevalence of pacifier use was 54.0% and 27.7% ($p = 0.01$) at 12 months.

Conclusions: The study group, compared to the control, presented: improvement in the performance of breastfeeding at 2 months, later weaning, reducing time for introduction of solid consistency food, wider use of utensils and lower prevalence of pacifier use at 12m.

KEY WORDS: maternal and child health; speech and hearing therapy; public health; neonatology; breast feeding; mixed feeding;

SUMÁRIO

Lista de tabelas

Lista de gráficos, quadros e figuras

I. Introdução e Justificativa	1
I.1. A fonoaudiologia e a saúde pública	1
I.2. A fonoaudiologia e a saúde materno-infantil.....	7
I.3. A importância nutricional da alimentação da criança	10
I.4. As políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.	12
I.5. A biomecânica da sucção normal e sua relação com o sistema sensório-motor-oral	16
I.6. Sobre o aleitamento em seio materno	24
I.7. As implicações do desmame precoce no desenvolvimento do sistema sensório-motor-oral	28
I.8. A complexidade da alimentação: formas alternativas, alimentação mista ou complementar e o desenvolvimento das habilidades do bebê	36
I.9. A atuação fonoaudiológica junto ao aleitamento materno hoje.....	47
II. Objetivos	51
III. Métodos	52
III.1. Caracterização do estudo	52
III.2. Sobre a amostra	53
III.3. Instrumentos e procedimentos.....	56

III.4. Análise estatística dos resultados e dados coletados.....	62
III.5. Aspectos éticos.....	62
IV. Resultados.....	64
IV.1. Caracterização da amostra.....	64
IV.2. Características sócio-demográficas.....	66
IV.3. Avaliação da performance do aleitamento materno na unidade neonatal.....	69
IV.4. Desmame	71
IV.5. Condições de saúde aos 12 meses.....	73
IV.6. Introdução de alimentação complementar	74
IV.7. Utilização de utensílios para a alimentação.....	75
IV.8. Hábitos orais.....	80
V. Discussão.....	82
VI. Conclusões.....	107
VII. Referências Bibliográficas	108
VIII. Anexos	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Comparação de medianas das características sócio-demográficas entre o grupo estudo acompanhado e o grupo de perdas	65
Tabela 2:	Comparação das médias de peso do RN entre o grupo estudo acompanhado e o grupo de perdas	65
Tabela 3:	Comparação entre as frequências obtidas no grupo estudo acompanhado e no grupo de perdas	65
Tabela 4:	Comparação de medianas entre as características sócio-demográficas dos grupos estudo acompanhado e o grupo de perdas	66
Tabela 5:	Comparação das médias de peso dos RNs entre o grupo estudo acompanhado e o grupo de perdas.....	66
Tabela 6:	Comparação entre as frequências das características sócio demográficas no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012	68
Tabela 7:	Comparação entre as frequências de desmame no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.....	71
Tabela 8:	Comparação de medianas de desmame e AME no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.....	72
Tabela 9:	Comparação das frequências das condições de saúde no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.....	73
Tabela 10:	Comparação entre as médias de tempo de introdução de consistências alimentares no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.....	75
Tabela 11:	Comparação das frequências de utilização de mamadeira no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.....	77

Tabela 12:	Comparação das frequências de dos tipos de bicos e condições do furo das mamadeiras no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012	77
Tabela 13:	Comparação das frequências de utilização de utensílios no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012	77
Tabela 14:	Comparação das frequências quanto a prioridade de uso da colher no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012	78
Tabela 15:	Comparação das respostas quanto aos hábitos na principal refeição no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012	79
Tabela 16:	Frequência das respostas quanto ao local da principal refeição no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.....	80
Tabela 17:	Comparação das frequências do uso de chupeta nos últimos 12 meses no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012	81
Tabela 18:	Comparação das frequências de uso da chupeta aos 12 meses no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.....	81
Tabela 19:	Comparação entre as medianas de início do uso de chupeta no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012	81

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS

Quadro 1:	Dez passos para o sucesso do aleitamento materno	15
Quadro 2:	Os 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos de idade	44
Quadro 3:	Desenvolvimento motor e oral relacionado ao tipo de alimentação e utensílio para cada idade	46
Quadro 4:	Desenvolvimento normal das habilidades de alimentação (em meses)	96
Gráfico 1:	Distribuição da idade materna no grupo estudo	67
Gráfico 2:	Distribuição da idade materna no grupo controle	67
Gráfico 3:	Distribuição do peso do RN no grupo estudo	67
Gráfico 4:	Distribuição do peso do RN no grupo controle	67
Gráfico 5:	Comparação entre as médias da Avaliação da Performance do binômio mãe-bebê para o aleitamento materno no momento neonatal e aos 2 meses de vida do RN (Teste de Wilcoxon pareado $p < 0,01$)	70
Gráfico 6:	Distribuição do tempo de ocorrência do desmame no grupo estudo	72
Gráfico 7:	Distribuição do tempo de ocorrência do desmame no grupo controle	72
Gráfico 8:	Distribuição da duração do aleitamento materno exclusivo no grupo estudo	72
Gráfico 9:	Distribuição da duração do aleitamento materno exclusivo no grupo controle	72

Figura1:	Fluxograma para a seleção de amostra.....	56
Figura 2:	Pega	89
Figura 3:	Equipe neonatal.....	106

I. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

I.1. A Fonoaudiologia e a Saúde Pública

Historicamente, o estudo do conceito de prevenção remete-nos a Hipócrates, que preconizava o estudo da pessoa de forma integral e não somente de sua doença, acreditando que curar era menos importante que evitar doenças e enfermidades. Embora seja um conceito de longa existência, esforços organizados e coordenados para prevenir indivíduos e populações de acometimento de doenças e distúrbios não têm sido priorizado em muitos países no mundo (ANDRADE, 2000).

Não se pretende, com as ações de prevenção, uma erradicação total de todas as doenças e sim, que sejam reduzidas em número e gravidade, por meio de ações adequadas, evitando suas consequências e aumentando os níveis de saúde pessoal e coletiva. A fundamentação científica que permite ações específicas e adequadas nesta área baseia-se em dados epidemiológicos, que determinam os fatores e condições responsáveis pela ocorrência e distribuição de doenças e incapacidades de indivíduos e grupos populacionais (ANDRADE, 2000).

As patologias fonoaudiológicas constituem, segundo estatísticas americanas, a primeira causa de distúrbios infantis (COMMITTEE ON LANGUAGE, SPEECH AND HEARING PROBLEMS, 1984). No Brasil, estatísticas evidenciam que os distúrbios fonoarticulatórios tem prevalência de 7,4%, seguidos de atraso de linguagem com prevalência de 3,0% (ANDRADE, et al, 1991).

Os distúrbios fonoaudiológicos podem apresentar índices de incidência e prevalência ainda mais altos para algumas populações consideradas de risco: recém-nascidos de baixo peso, prematuros, com anomalias congênitas, com desordens hereditárias, traumatismos perinatais, crianças com distúrbios gerais do desenvolvimento, entre outros.

Embora existam em termos epidemiológicos, etiológicos, de predisposição, de gravidade e de tolerância, pouco se sabe sobre a sua real dimensão e como se associam a variáveis como condições sócio-econômicas, agentes teratogênicos, déficits nutricionais e tantos outros fatores responsáveis direta ou indiretamente pelas distúrbios fonoaudiológicos (ANDRADE, 2000).

A habilidade comunicativa é um dos maiores contribuintes para a qualidade de vida e toda ação preventiva nesta área irá contribuir significativamente para promover a saúde geral. Muitas das desordens fonoaudiológicas são originadas antes mesmo do nascimento, devendo a promoção fonoaudiológica ser iniciada antes mesmo da gestação, através de propostas e de programas de educação pública para jovens, gestantes e famílias (McGINNIS, 1984).

A trajetória da Fonoaudiologia na Saúde Pública tem sido delineada pela busca de refazer sua prática. Os fonoaudiólogos avançam no sentido de transpor suas práticas antes centradas na queixa ou problema, estruturadas na atenção individual, assintencial e curativa, que concebe a saúde como presença / ausência de doença e como fenômeno

individual, para práticas que envolvam a promoção da saúde e prevenção da doença antes de sua manifestação (MASSON, 1995).

A atuação na área da Saúde Pública e a implantação do Sistema Único de saúde (SUS) em 1988, levam o fonoaudiólogo à reflexão de sua prática clínica e à procura de caminhos que permitam construir um novo modelo de atenção à saúde (SILVA, 1999).

A implantação do SUS foi baseada em seis princípios de organização e funcionamento, nos quais preconiza-se a estruturação de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada de saúde (GARBIN, 1995).

São princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, resolubilidade e descentralização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

No contexto do SUS, o fonoaudiólogo teve necessariamente que entender os determinantes do processo saúde-doença na sua totalidade, articular-se com outros profissionais para construir uma ação intersetorial e interdisciplinar e associar a atuação clínica com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Nesse aspecto, torna-se importante para que o fonoaudiólogo, tanto em sua formação como na prática profissional, se qualifique para exercer ações coletivas dentro da concepção do SUS, articulando a saúde com condições de vida, por meio da inter-relação dos fatores biológicos, ambientais e políticos/econômicos (SANCHES, 2000).

Os principais objetivos e metas da prevenção, direcionam-se à obtenção de um quadro sobre as possíveis cadeias que respondam pela ocorrência, e distribuição das alterações fonoaudiológicas na população,

à redução da incidência e ao decréscimo da prevalência destas desordens, à redução dos custos com tratamentos reabilitadores, à expansão do campo de trabalho na área da saúde, à promoção do bem-estar geral através da efetividade da comunicação e à redução da perda do potencial e do sofrimento humano, resultantes das patologias fonoaudiológicas (COMMITTEE ON LANGUAGE, SPEECH AND HEARING PROBLEMS, 1984).

Assim para a obtenção de resultados positivos são condições básicas:

- Caracterização do problema;
- Compreensão da história natural diferenciada para cada uma das desordens fonoaudiológicas;
- Conscientização de que a prevenção é uma importante responsabilidade profissional;
- Conhecimento de estratégias de prevenção que possam reduzir as causas preveníveis destas desordens;
- Desenvolvimento de modelos de prevenção que possam ser implementados na população;
- Desenvolvimento do potencial de promoção de saúde e do bem-estar.

Para a efetivação da promoção e proteção da saúde fonoaudiológica, através de esforços preventivos específicos, é fundamental uma mudança ideológica dos profissionais. Esta reformulação de visão de mundo fundamenta-se na transposição do

conceito das habilidades fonoaudiológicas, tidas como importantes, mas não essenciais, para o reconhecimento amplo e determinante do bem-estar, da saúde geral, do desenvolvimento pessoal e de toda a sociedade, sem ser privilégio e poder de poucos. Esta transformação implica também, na expansão dos conhecimentos rigidamente sedimentados de que a Fonoaudiologia se restringe aos aconselhamentos, diagnósticos e tratamentos das patologias. É necessária a produção e ampliação de novos conhecimentos e técnicas, com suporte de estudos, pesquisas e práticas clínicas, imprescindíveis para o avanço da ciência. O reconhecimento destes novos modelos implicará não só em maiores oportunidades para o aprofundamento das especialidades, como também na valorização do fonoaudiólogo generalista (ANDRADE, 2000).

Tendo constatado a necessidade de aumentar sua inserção nos serviços públicos de saúde tanto no que se refere ao número de profissionais contratados, como também quanto ao desenvolvimento de suas próprias ações no contexto apresentado, o Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 6.965/81, o Decreto nº 87.218/82 e o Regimento Interno resolve dispor sobre as especialidades reconhecidas pelo CFFa e estabelece como áreas de especialidade da fonoaudiologia: Audiologia, Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz, Disfagia, Fonoaudiologia em Educação e Saúde Coletiva, onde:

Saúde Coletiva é um campo da Fonoaudiologia voltado a construir estratégias de planejamento e gestão em saúde, no campo fonoaudiológico, com vistas a intervir nas políticas públicas, bem como

atuar na atenção à saúde, nas esferas de promoção, prevenção, educação e intervenção, a partir do diagnóstico de grupos populacionais.

O Fonoaudiólogo com especialização na área de Saúde Coletiva se habilitará ao o título de “Especialista em Saúde Coletiva”.

O domínio do especialista em Saúde Coletiva inclui aprofundamento em estudos específicos e atuação em situações que impliquem em:

- a) efetuar diagnóstico de grupos populacionais com base em estudos epidemiológicos, que contribuam na construção de indicadores de saúde e de identificação das necessidades da população, de ações no campo fonoaudiológico, bem como situacionais buscando identificar os elementos sanitários, assistenciais, ambientais, geopolíticos e sócio-culturais de territórios locais que compõem os processos de saúde/doença;
- b) planejar, coordenar e gerenciar programas, campanhas e ações articuladas interdisciplinar e intersetorialmente;
- c) definir e utilizar metodologias de avaliação e acompanhamento dos padrões de qualidade e o impacto das ações fonoaudiológicas e interdisciplinares desenvolvidas no contexto coletivo;
- d) planejar, coordenar, gerenciar e assessorar políticas públicas ligadas à saúde e à educação, bem como às ações de Vigilância à Saúde. (RESOLUÇÃO CFFa nº 320, de 17/02/2006).

I.2. A Fonoaudiologia e a Saúde Materno-Infantil

A saúde materno-Infantil compreende as etapas de: maternidade, período neonatal, infância, período pré-escolar e escolar. A maternidade abrange as etapas de concepção até o nascimento do bebê. O período neonatal integra desde o nascimento até o fim do primeiro mês de vida e em seguida inicia-se a infância que vai até o fim do primeiro ano de vida. A partir do segundo ano de vida inicia-se o período pré-escolar que prolonga-se até o período escolar (LEAVELL & CLARK, 1976).

A fonoaudiologia materno-infantil consiste em “ciência e tecnologia responsáveis pela eliminação ou interceptação dos fatores que interferem na aquisição, desenvolvimento e degenerescência dos modelos de comunicação. Responde pela elaboração e implantação de “screenings”, diagnóstico e tratamentos precoces, pela indicação e adaptação de sistemas suplementares de comunicação e pela redução das desordens e o restabelecimento do efetivo funcionamento, para a mais completa possível reintegração do indivíduo à sociedade (ANDRADE, 1996).

Um programa fonoaudiológico preventivo em saúde materno-infantil pode ser dividido em três etapas: já na gestação (ações pré-natal), no nascimento (maternidades e unidades de risco) e no puerpério (ANDRADE, 1996).

Promover a saúde materno-infantil, através de medidas preventivas individuais e coletivas determinará a melhora da qualidade geral de vida dos indivíduos e das populações (ANDRADE, 1996).

No Brasil, a Fonoaudiologia passa a atuar em maternidades a partir da década de 1980 em São Paulo e na Baixada Santista a partir dos anos

90, inicialmente com enfoque nas unidades de risco e posteriormente na maternidade como um todo. Essa atuação se dá principalmente mediante avanços tecnológicos ocorridos a partir da década de 1960 na área de Neonatologia e consequente aumento da sobrevivência dos RN de risco, surgindo aos poucos uma demanda para a atuação interdisciplinar, inclusive para a fonoaudiologia, frente às intercorrências desses bebês (HERNANDEZ,1996). Intensificaram-se também os estudos em várias áreas que incluem a interação mãe/bebê, formação psíquica do RN e abordagem quanto à estimulação precoce (OLIVEIRA, 1996).

Ainda hoje, nos hospitais maternidade públicos ou privados onde existe a atuação do fonoaudiólogo, esta limita-se, na grande maioria, à um desempenho mais intervencionista, centrado principalmente nas UTIS neonatais em detrimento de uma atuação generalizada e sistematizadas para todas as mães/recém-nascidos da maternidade. Nesse tipo de atuação, os procedimentos fonoaudiológicos são iniciados posteriormente a existência de um agravo à saúde, sendo difícil desenvolver um trabalho de ações fonoaudiológicas direcionado à promoção da saúde (SANCHES, 2000)

Apesar do panorama atual ainda desfavorável, encontramos relatos de experiências positivas em hospitais públicos ou privados, como é o caso de hospitais integrantes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, tema que será abordado mais detalhadamente a seguir, onde o trabalho é realizado na maternidade com RN no alojamento conjunto e visa desenvolver ações promocionais de aleitamento materno, baseado nos princípios doutrinários do SUS, de equidade e integralidade, além de

ações curativas. O trabalho passa a incluir um serviço de rotina diária na maternidade e incluir orientações de rotina a todas as mães do alojamento conjunto, abordando desde aspectos referentes à fisiologia da amamentação, como questões mais amplas relacionadas aos tabus do aleitamento materno, desvantagens do uso da chupeta e mamadeira, desenvolvimento oro-facial, sempre com o objetivo de prevenir possíveis agravos futuros que possam interferir na saúde da comunicação. Nessas experiências, aos poucos vai-se construindo junto à equipe interdisciplinar um plano de atuação que inclui desde a visita aos leitos do alojamento conjunto até um programa de intervenção motora oral precoce para todo recém-nascido que apresente dificuldade na amamentação. Desta forma atende-se aos problemas do binômio mãe-bebê no alojamento conjunto além do atendimento diário na unidade de risco (SANCHES, 2000).

Desenvolver ações em conjunto com a equipe interdisciplinar, programas de incentivo ao aleitamento materno, considerando que os períodos da maternidade e da infância irão influir diretamente na qualidade de vida das pessoas, incluindo o desenvolvimento da comunicação oral, configura uma das formas de promoção fonoaudiológica da saúde materno-infantil (SANCHES, 2000).

I.3. A Importância nutricional da alimentação da criança:

Na população pediátrica, o suporte nutricional adequado é crítico, já que todos estão em crescimento e desenvolvimento, e a formação do SNC se completa em torno do segundo ano de vida, dependendo do suporte de proteínas, lipídios, carboidratos e micronutrientes adequados (TOMA, 1999).

A avaliação do estado nutricional é de fundamental importância para investigar se uma criança está crescendo dentro dos padrões recomendados ou se está se afastando dos mesmos, devido à doença ou condições desfavoráveis de sobrevivência. Medir o crescimento de uma criança é uma das maneiras mais eficientes de avaliar sua condição geral de saúde, possibilitando intervenções efetivas no sentido de restabelecer as condições ideais de saúde, evitando os danos provenientes de desnutrição (ROCHA et al, 2006)

O estado nutricional pode ser definido como o grau pelo qual a necessidade fisiológica de nutrientes do indivíduo está sendo atendida pelo alimento que está sendo ingerido. A avaliação do estado nutricional envolve o exame das condições físicas do indivíduo: crescimento e desenvolvimento, comportamento, níveis de nutrientes no sangue ou tecidos, e a qualidade e quantidade de nutrientes ingeridos (DELGADO & HALPERN, 2005).

Informações sobre medicações em uso, doenças crônicas, situação econômica, conhecimento sobre restrições, padrões culturais e condição de vida são também importantes fatores que podem influenciar a ingestão de alimentos e consequentemente o estado nutricional (STANICH, 1999).

As medidas de peso e altura são as mais comumente utilizadas, mas, nem sempre são realizadas de modo atento. A altura é um indicador de nutrição ou desnutrição crônica e deve ser medida com a máxima precisão possível. O peso é uma medida sensível de desenvolvimento e pode ser uma pista precoce para indicar problemas de crescimento e inadequações nutricionais. Ele reflete o estado nutricional recente de crianças e adultos quando comparado a altura (STANICH, 1999).

Problemas com alimentação, se não reconhecidos cedo, podem rapidamente resultar em falha nutricional no crescimento, principalmente em crianças com baixa reserva nutritiva. A desnutrição pode ser definida como uma perda da composição, particularmente da gordura e das proteínas do corpo (ROCHA & ROCHA, 2006; ARVEDSON & BRODSKY, 2002).

A desnutrição pode ser primária, quando há inadequações e desequilíbrios na quantidade ou na qualidade dos alimentos consumidos ou secundária, quando em decorrência de doenças e pode ter manifestações psíquicas, como depressão, certa apatia e irritabilidade, falta de interesse em interagir e desinteresse pelo alimento. Essas crianças também podem apresentar alterações no cabelo, ficando e secos, quebradiços, opacos, finos e deixando de crescer naturalmente (BARBOSA et al, 2005; ARVEDSON & BRODSKY, 2002)

A desnutrição aumenta o risco de pneumonia aspirativa, que por outro lado, contribui para a piora do estado nutricional, gerando um ciclo vicioso. Além disso, a desnutrição contribui para o desenvolvimento de insuficiência respiratória e cardíaca, deficiência funcional do sistema

gastrointestinal e disfunção imunológica (SOUZA et al, 2003; FROTA & BARROSO, 2004).

Apesar de todas as campanhas a favor do aleitamento materno, pesquisas mostram que o desmame é iniciado precocemente. O consumo de leite materno diminui a partir dos seis meses de idade e é substituído pelas fórmulas à base de leite em pó integral, espessante e açúcar e os alimentos oferecidos apresentam baixo valor nutritivo e calórico (GIUGLIANI & VICTORIA, 2000; MONTE & GIUGLIANI, 2004; SILVEIRA & LAMOUNIER, 2004; SIMON et al, 2007).

I.4. As Políticas Públicas de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

Os esforços de diversos organismos nacionais e internacionais favoreceram o aumento desta prática ao longo dos últimos vinte e cinco anos. Apesar disso, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão aquém do recomendado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno contempla as seguintes estratégias:

É uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas UBS, apoiado nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais, tendo como objetivo geral contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no país

e como objetivos específicos contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e para uma prática integralizadora; discutir a prática do aleitamento materno no contexto de processos de trabalho das UBS; pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM a partir da realidade das UBS e monitorar os índices de AM das populações atendidas pela UBS certificadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano trata-se de ações estratégicas integradas que visam fazer frente à agressividade do marketing da indústria de alimentos para lactentes e diminuir o desmame precoce e seu desastroso impacto sobre a saúde infantil. É a maior e mais complexa do mundo, composta por 299 unidades (201 BLH e 93 postos de coleta). Resultados da produção de serviços e produtos no quadriênio 2007-2010 evidenciam impactos positivos de sua atuação no campo da saúde materno-infantil. Nesse período foram distribuídos 485.669 litros de leite humano pasteurizado a 775.995 recém-nascidos prematuros em UTIs. Além disso, as equipes de banco de leite humano atenderam 1.208.933 lactentes em atividades de grupo, 4.619.375 consultas individuais e 996.944 visitas domiciliares. A ação coordenada, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico são os mais importantes elementos da RBBLH. Por meio desses três ingredientes vem sendo possível compatibilizar a manutenção de um elevado rigor técnico, com baixo custo operacional e, assim responder adequadamente às diferentes demandas geradas pela sociedade brasileira. O sistema trabalha com tecnologias

alternativas, de baixo custo, mas sensíveis e precisas o suficiente para assegurar um padrão de qualidade reconhecido internacionalmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Inserida na Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) encontra-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1991 e adotada por mais de 20.000 hospitais em cerca de 156 países, incluindo o Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Os critérios globais da IHAC compreendem a adesão aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (no caso do Brasil, a NBCAL-Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras) pelas maternidades certificadas. Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno são recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho de parto e parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, conforme o QUADRO 1.

Quadro 1: Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

Passo 1	Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
Passo 2	Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar essa política.
Passo 3	Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
Passo 4	Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
Passo 5	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
Passo 6	Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o aleitamento materno, a não ser que haja indicação médica.
Passo 7	Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
Passo 8	Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda
Passo 9	Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas
Passo 10	Promover formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade

Fonte: Ministério da saúde – Aleitamento materno.

Proteção Legal ao Aleitamento Materno: O Brasil tem legislação específica para proteger o aleitamento materno, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras e a Lei 11.265. Em setembro de 2008 o Presidente da República sancionou a Lei 11.770, que estabelece a licença maternidade de seis meses, sem prejuízo do emprego e do salário, para as funcionárias públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e empresas privadas a adoção desta Lei (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Mobilização Social: Dentre as atividades desenvolvidas visando à mobilização social, o Brasil comemora anualmente a Semana Mundial da Amamentação, entre 01 e 07 de agosto, e o Dia Nacional de Doação de

Leite Humano, em 01 de outubro. As comemorações configuram-se como um importante marketing social capaz de aumentar os índices de aleitamento materno, além de sensibilizar novas doadoras de leite humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Monitoramento dos Indicadores da Amamentação: A mensuração das prevalências de aleitamento materno é uma das maneiras de se avaliar o impacto das ações de promoção, proteção e apoio desenvolvidas. Em agosto de 2008, durante a segunda etapa da campanha nacional de vacinação, foram investigadas cerca de 150.000 crianças menores de um ano, residentes em 250 municípios brasileiros. Os resultados da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno em Menores de Um Ano auxiliarão na avaliação e redirecionamento das ações da política brasileira de aleitamento materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) .

I.5. A biomecânica da sucção normal e sua relação com o sistema sensório-motor-oral

Nos primeiros meses de vida, o desenvolvimento motor-oral ocorre através dos movimentos realizados pelos órgãos do sistema estomatognático (lábios, língua, mandíbula, maxila, bochechas, palato mole, palato duro, soalho da boca, musculatura oral e arcadas dentárias) durante a função de sucção (NEIVA et al, 2003).

A musculatura orofaríngea no RN tem, além da função alimentar, a ação de ajudar a manter a posição cefálica e de auxiliar na respiração. Para tanto, o tônus muscular orofaríngeo sustenta e estabiliza a

mandíbula e o osso hióide, mantendo assim a permeabilidade da via aérea. A ação da musculatura orofaríngea também cria uma câmara inspiratória que coopera com o mecanismo de sugar o ar aos pulmões. O RN a termo é exclusivamente um respirador nasal, que se apóia frequentemente no mecanismo faríngeo para inspirar, já que o movimento pulmonar muitas vezes é ineficiente (QUINTELLA et al, 2001).

O mecanismo de sucção, deglutição e respiração é complexo. É coordenado por reflexos orais que no momento da deglutição fazem o RN cessar de respirar por um segundo, tempo necessário à passagem faríngea do alimento. A deglutição ocorre dentro da fase expiratória da respiração. Desta forma, o ar expirado pós-deglutição atua limpando os restos alimentares da região glótica. Portanto, no processo de alimentação existem várias interrupções respiratórias, plenamente compensadas pelo RN normal. Entretanto, o RN pré-termo, O RN sindrômico e o RN patológico muitas vezes podem apresentar dificuldades neurológicas, funcionais ou estruturais para organizar a sucção-deglutição-respiração. A sucção tem papel fundamental na alimentação dos bebês e para compreender seu funcionamento é preciso compreender sua biomecânica (QUINTELLA et al, 2001)

Comparando a sucção como um sistema de bombeamento e a boca como uma bomba, podemos compreender os princípios da biomecânica da sucção. Podemos definir uma bomba como um dispositivo que empurra ou puxa o fluido para fora de um recipiente por meio de diferencial de pressão. Esta definição é importante na alimentação do bebê, onde o líquido caminha em primeiro momento

devido a mudança de pressão. Existem dois tipos de pressão: pressão positiva e a pressão negativa. Ambas podem ser geradas dentro da boca do bebê (QUINTELA et al, 2001).

Quando a língua comprime o mamilo, é criada uma pressão positiva, a qual expelle o leite. Enquanto a mandíbula e língua se abaixam, a cavidade oral selada é aumentada, criando uma pressão intra-oral negativa que puxará o líquido para dentro da boca produzindo a sucção. Se a cavidade oral não estiver totalmente selada, os movimentos da língua e mandíbula serão ineficientes para desenvolver sucção. Tanto na alimentação via mamadeira, como no seio materno, o desenvolvimento adequado à pressão negativa é crucial para o eficiente fluxo do líquido (WOLF & GLASS, 1992).

Através da sucção da mama, nos primeiros meses de vida, o RN poderá desenvolver adequadamente os órgãos do sistema estomatognático e as funções exercidas por eles. Para cumprir este designo, o RN deve sugar de maneira harmônica, com ritmo, força e sustentação, o que inclui adequação nos seguintes aspectos: reflexo de busca e de sucção, vedamento labial, movimentação de língua e mandíbula, coordenação sucção–deglutição-respiração e ritmo de sucção, ou seja, eclosões de sucção alternadas com pausas (MORRIS & KLEIN, 1987; RAMSAY & GISEL, 1996). Esses movimentos permitem uma variação de pressão intra-oral, fundamentais na extração e na condução do leite (RAMSAY & GISEL, 1996; GLASS & WOLF, 1994).

O mecanismo de sucção inicia-se com o reflexo de procura. Esse reflexo é um precursor para a pega correta, pois, quando os lábios ou as

bochechas são estimulados, a criança move sua face em direção ao estímulo, ocorre abertura da boca e protrusão da língua (MATHEW, 1991; EISHIMA, 1991; GLASS & WOLF, 1994).

A pega adequada da aréola e do mamilo é essencial para movimentação correta das estruturas orais durante a mamada, e o lábio inferior deve estar em eversão, possibilitando que a língua avance até a linha da gengiva (LAWRENCE, 1995; PHILLIPS, 1992). Quando o RN suga apenas o mamilo, ocorre sucção ineficaz e maior probabilidade de rachadura mamilar (LAWRENCE, 1995; MACBRIDE & DANNER, 1987).

A partir do momento em que ocorre a pega, o reflexo de sucção é desencadeado e iniciam-se os movimentos de língua e mandíbula. A língua tem a função de realizar o vedamento anterior (aderida ao redor da aréola) e posterior (contra o palato mole e faringe), ordenhar a aréola, variar o volume da cavidade oral e realizar a propulsão do bolo alimentar. Tem uma participação ativa durante a sucção, realizando os movimentos de deslocamento ântero-posterior, canolamento (bordas laterais da língua aderidas ao palato, formando um sulco na sua porção medial) e de ondulação da língua (elevação da porção medial da língua para a porção lateral e elevação de seu dorso conduzindo o leite à faringe) (GLASS & WOLF, 1994).

A mandíbula oferece uma base estável para os movimentos da língua, auxilia na criação da pressão intra-oral e realiza movimentação vertical e horizontal. Este último movimento comprime a aréola, trazendo, como consequência, a liberação do leite (MORRIS & KLEIN, 1987; MATHEW, 1991).

Nos primeiros 4 a 6 meses de vida do RN, não há dissociação entre os movimentos da língua e da mandíbula, sendo que essas estruturas realizam o movimento em conjunto (MORRIS & KLEIN, 1987; EISHIMA, 1991; NOWAK et al, 1995). Os movimentos de língua e mandíbula são sincrônicos; além disso, lábios, mandíbula, bochechas e faringe participam da sucção (EISHIMA, 1991).

Inicialmente, quando a mandíbula se eleva, a ponta e o dorso da língua movem-se para cima, comprimindo o mamilo e a aréola contra o palato, de modo que a parte anterior da língua adere ao mamilo, sem deixar espaço vazio entre língua, palato duro e superfície oral, enquanto a parte posterior realiza o selamento com o palato mole e com a faringe (BU'LOCK et al, 1990; BOSMA et al, 1990). Nessa etapa do movimento, a língua encontra-se plana, e forma-se um sistema oclusivo com o palato mole (PROENÇA, 1994; MORRIS & KLEIN, 1987; STEVENSOM & ALLAIRE, 1991; MATHEW, 1991; NOWAK et al, 1995; SMITH et al, 1985; RUDOLPH, 1994).

Quando a mandíbula se move para baixo, a língua se acanula, desencadeando uma rápida ampliação da cavidade oral, resultando em pressão negativa, que auxilia a extração do leite. Dessa forma, o leite passa a ocupar o espaço entre o dorso da língua e o palato (STEVENSOM & ALLAIRE, 1991; EISHIMA, 1991; PHILLIPS, 1992; NOWAK et al, 1995; BOSMA et al, 1990; SMITH et al, 1985; ERENBERG et al, 1986; HAYASHY et al, 1997; NOWAK et al, 1994).

Logo após o acanulamento, a língua inicia a movimentação peristáltica na qual ocorre elevação da mandíbula, elevação da parte

medial e do dorso da língua. (MORRIS & KLEIN, 1987; STEVENSON & ALLAIRE, 1991; MATHEW, 1991; EISHIMA, 1991; NOWAK et al, 1995; BU'LOCK et al, 1990; SMITH et al, 1985). Esses movimentos, acanulamento e peristaltismo, repetem-se, exercendo sucessivas pressões positivas e negativas na cavidade oral (PROENÇA, 1994; MORRIS & KLEIN, 1987; STEVENSON & ALLAIRE, 1991; NOWAK et al, 1995; BOSMA et al, 1990).

São dois padrões de sucção em bebês: a sucção nutritiva (SN) e a sucção não-nutritiva (SNN). A SN é o processo de se obter nutrição enquanto a SNN ocorre quando não há introdução de líquidos na região intra-oral. Muitas características são diferentes entre a SN e a SNN (QUINTELLA et al, 2001).

Entre as características da sucção-deglutição temos:

- *Ritmo de Sucção:* A SNN é caracterizada por padrão repetitivo de grupos de sucção e pausas. Ele é geralmente estável no que diz respeito ao número de sucções e à duração de pausas (WOLF & GLASS, 1992). Há relatos de 7 a 8 sucções, com pausas de 6 a 7 segundos entre esses grupos, nos bebês saudáveis de 4 dias de idade (WOLFF, 1968)
- O padrão de SN é mais complexo, variando de maneira previsível durante o período de alimentação. No início a amamentação, existe um padrão de sucções que pode variar de 30 a 80 segundos, e o bebê realiza breves pausas. Um período de sucção intermitente sucede o início da alimentação, nela há uma considerável redução na duração do número de sucções e um aumento na duração das

pausas. No final da alimentação pode haver somente 2 a 3 sucções, com pausas frequentes e prolongadas.

- *Taxa de Sucção:* A taxa de sucção representa a duração de tempo que um bebê demora para completar uma sucção, e não o número verdadeiro de sucções ocorridas em um dado período de tempo. Ainda que existe alguma variação na taxa de sucção entre bebês, esta medida é considerada bastante estável em cada bebê (WOLFF & GLASS, 1992). Durante a SN, a taxa atinge a média de 1 sucção por segundo e permanece constante durante o curso da alimentação. A taxa de sucção é mais rápida na SNN, sendo em média de 2 sucções por segundo (WOLFF, 1968).
- *Padrão de Deglutição:* Nos bebês a relação entre sucção/deglutição durante a SN é de 1:1. Em outras palavras, toda sucção é seguida de uma deglutição. Na fase final de alimentação, esta proporção torna-se mais alta (2:1 ou 3:1), havendo duas a três sucções do bebê antes de cada deglutição. Na SNN a proporção sucção-deglutição é bastante alta, até mesmo de 6 a 8 sucções antes de cada deglutição, uma vez que é necessário um volume de saliva para que a deglutição seja deflagrada (WEBER & AL, 1986).
- *Fluxo de Líquido:* na impossibilidade do aleitamento materno, havendo a necessidade de aleitamento artificial via mamadeira, torna-se válido que se conheça o que pode interferir no fluxo do líquido como por exemplo, o tamanho do furo (furos aumentados facilitam a sucção e podem trazer consequências desastrosas como engasgos e até aspiração) e rigidez do bico (bicos mais

moles como o de látex ao invés do de silicone e temperatura elevada facilitam o maior fluxo de leite) (QUINTELLA et al, 2001).

A sucção necessária ao aleitamento materno faz com que ocorra o desenvolvimento motor-oral adequado, promovendo o estabelecimento correto das funções realizadas pelos órgãos fonoarticulatórios (NEIVA et al, 2003).

O RN apresenta algumas características orais que facilitam a amamentação. Elas correspondem à presença de depósito de tecido gorduroso localizado nas bochechas (*sucking pads*), espaço intra-oral pequeno, retração da mandíbula, permitindo que a língua preencha toda a cavidade oral e realize o movimento de extensão-retração, não dissociação entre os movimentos de língua e mandíbula, proximidade palato / epiglote e respiração nasal. Através do movimento de sucção, as estruturas se desenvolvem, de modo que ocorre a absorção das “*sucking pads*”, o crescimento da mandíbula e, conseqüentemente, o aumento do espaço intra-oral, com maior possibilidade de movimentação da língua, que passa a alternar movimentos ântero-posterior com o movimento de elevação e rebaixamento, e maior dissociação dos movimentos de língua e mandíbula (MORRIS & KLEIN, 1987; STEVENSON & ALLAIRE, 1991; RUDOLPH, 1994; HERNANDEZ, 1996).

Ao sugar o seio materno, a criança estabelece o padrão de sucção adequado de respiração nasal e postura correta de língua. Durante a sucção no seio materno, os músculos envolvidos estão adequadamente

estimulados, aumentando o tônus e promovendo a postura correta para futuramente exercer a função de mastigação (CARVALHO, 1995).

I.6. Sobre o Aleitamento em Seio Materno

Um dos primeiros gestos da criança que acaba de nascer é buscar o seio, isso, em parte, porque fisiologicamente o organismo do bebê está pronto para digerir e absorver todos os nutrientes do leite materno (THÉVENOT & NAOURI, 2004; KLAUS & KLAUS, 2001).

O leite materno, além de ser de fácil digestão, fornece uma alimentação balanceada ao bebê e isoladamente é capaz de nutrir uma criança até os seis meses de idade, de forma a oferecer a ela todos os nutrientes necessários para o seu pleno desenvolvimento físico e neurológico, Contribui reduzindo a ocorrência de doenças infecciosas durante os primeiros meses de vida e parece reduzir os riscos de doenças respiratórias, alérgicas e obesidade (LIMA & SANTOS, 2004; BRAZELTON & SPARROW, 2005)

São amplamente divulgados na literatura os benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e econômico-sociais do aleitamento materno (HARFOUCHE, 1970; MATA & URRITIA, 1971; MATTA & WYATT, 1971; JELLIFFE & JELLIFFE, 1971; UNICEF, 1971; DIDGE ET AL, 1993; MADL, 1981; WALKER, 1981; HAMPTON, 1999; BONATI & CAMPI, 2000). Mas também não se deve deixar de mencionar a importância da amamentação para preservar o desenvolvimento adequado do sistema estomatognático do bebê e suas funções, sendo elas, a sucção, a deglutição, a respiração,

mastigação e posteriormente a articulação, favorecendo o bom desenvolvimento facial infantil (ALCÂNTARA & XAVIER, 2008).

A mamada eficaz tem como característica uma boa pega (abertura de boca suficiente para abocanhar grande parte da aréola) e uma boa ordenha (movimentos feitos pelo bebê de anteriorização e posteriorização juntamente com a presença de pressões negativas e positivas para a retirada do leite). Em uma boa pega, o lábio superior do bebê promove um vedamento ativo, favorecendo a respiração nasal. A língua tem seu papel ativo, se posicionando para frente, canolada, isto é, em forma de concha, com as bordas laterais elevadas, mantendo assim a orofaringe livre para que ocorra a respiração normalmente e para conter o fluxo de leite. Levando em conta os movimentos da mandíbula e da língua, observa-se que a atividade muscular durante o aleitamento materno é diferente da atividade muscular durante a amamentação artificial. A utilização de mamadeira, independentemente do bico utilizado (comum ou ortodôntico), aciona os músculos bucinadores com maior frequência, enquanto que em seio materno, o bebê aciona os músculos pterigóideos, masséteres e temporais. A ordenha em seio materno favorece o bom desenvolvimento da arcada dentária, prevenindo a ocorrência de alterações ortodônticas e respiração oral (ALCÂNTARA & XAVIER, 2008; GOMES et al., 2006).

A prática do aleitamento materno está associada à queda nas taxas de mortalidade e de desnutrição, além de inúmeras pesquisas enfatizando os benefícios para a saúde e para a vida emocional dos indivíduos. Se isso, por um lado, é muito saudável e benéfico, por outro

lado, acaba novamente por pressionar a mulher num momento peculiar da vida, o de ser mãe, tendo em mente esse ponto de vista, pensar no aleitamento materno como um ato puramente biológico e que deveria ser praticado por todas as mães como dita o modelo biomédico, independente de sua própria vontade e convicções, é algo que não tem colaborado com o estabelecimento efetivo da amamentação (GUSMAN, 2005).

Para as mães, a regressão do útero é mais rápida, previne câncer de ovário, útero e mamas e diminui o risco de hemorragia e de anemia pós-parto, no entanto, apesar de inúmeros benefícios, muitas mães não possuem informações claras sobre amamentação (SANCHES et al., 2007).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) estima que o aleitamento materno exclusivo e até o sexto mês de vida pode evitar, por 1 ano, 1,3 milhão de mortes de crianças com menos de 5 anos em todo o mundo.

Não menos importante que o desenvolvimento físico infantil é o desenvolvimento psicológico relacionado com a amamentação. Desde a antiguidade egípcia, grega ou romana, enfatiza-se o aleitamento materno porque ele oferece a oportunidade de uma harmoniosa relação mãe/filho.

O aleitamento materno é a continuação da gravidez, um momento privilegiado que vai além da nutrição (THÉVENOT & NAOURI, 2004). De fato, o vínculo que surge a partir de cada mamada é muito importante. A mamada é um momento para comunicação e aprendizagem sobre os ritmos do outro, é uma maneira de proporcionar ao bebê uma experiência

de carinho, afeto, contato prazeroso e segurança, que são tão importantes para o desenvolvimento infantil, quanto os demais aspectos citados anteriormente (BRAZELTON & SPARROW, 2005; THÉVENOT & NAOURI, 2004; PAMPLONA, 2002). A saúde mental do indivíduo está sendo construída desde o início por meio também da contribuição materna e todo esse processo certamente contribuirá não só para uma infância feliz, mas também para um adulto mais equilibrado, com maior riqueza de personalidade, força de caráter e capacidade para ser feliz (WINNICOTT, 2006).

Apesar de todo o conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno, o descompasso entre o avanço do conhecimento científico, que descobre e correlaciona as especificidades do leite humano às peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente, e a amamentação como prática socialmente instituída vem sendo cada vez mais evidente. Todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não tem sido suficientes para garantir a introjeção de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame (ALMEIDA & NOVAK, 2004)

Muitos fatores contribuem para o desmame precoce, no entanto, a falta de conhecimento sobre aleitamento materno por parte das mães tem representado papel importante na redução da duração desta prática. Esta carência de informação é frequentemente constatada em pesquisas que revelam entre as justificativas para o desmame afirmações como; “o leite secou” ou “o leite é fraco” ou “o bebê chora muito” (PERCEGONI et al., 2002).

O nível educacional da mãe pode influenciar diretamente na saúde da criança através da adoção de cuidados preventivos (amamentação, higiene e imunização) e cuidados curativos (apropriados tratamentos de doenças) ou indiretamente influenciar por meio de melhores colocações no mercado de trabalho e melhor renda (LIMA e SANTOS, 2004).

I.7. As implicações do desmame precoce no desenvolvimento do sistema sensório-motor-oral

A alimentação natural do lactente também tem efeitos na saúde fonoaudiológica, considerando que está relacionada ao crescimento e desenvolvimento crânio-facial e motor-oral do recém-nascido (PROENÇA, 1994; ANDRADE, 1996)

A literatura tem apontado a importância da sucção durante o aleitamento natural, pois promove o desenvolvimento adequado dos órgãos fonoarticulatórios quanto à mobilidade, força, postura e o desenvolvimento das funções de respiração, mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala. Desta forma reduz a presença de maus hábitos orais e de várias patologias fonoaudiológicas (PROENÇA, 1994; MORRIS & KLEIN, 1987; NEIVA, 1999; LEITE et al, 1999)

O desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, provocando alterações na postura e força dos órgãos fonoarticulatórios e prejudicando as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala. A falta de sucção fisiológica ao peito pode interferir no desenvolvimento motor-oral, possibilitando a instalação de má oclusão, respiração oral e alteração

sensório-motora-oral. Durante a alimentação com mamadeira a sucção no seio materno, o RN exercita melhor a musculatura facial. Além disto, na alimentação com mamadeira, o lactente recebe pouca estimulação motora-oral, ocorrendo flacidez da musculatura perioral e da língua, o que conduz à instabilidade na deglutição. Frequentemente há deformação dento-facial, ocasionando mordida aberta anterior ou lateral e distúrbios respiratórios (NEIVA et al, 2003).

Estudo longitudinal realizado com 108 crianças, mostrou a existência de associação significativa entre a utilização precoce de mamadeira e presença de má-oclusão ântero-posterior, ressaltando que o aleitamento materno diminui o risco desse problema (DAVIS & BELL, 1991).

Somente a sucção no seio materno promove a atividade muscular correta. A mamadeira propicia o trabalho apenas dos bucinadores e do orbicular dos lábios, deixando de estimular outros músculos, tais como, pterigóideo lateral, pterigóideo medial, masseter, temporal, digástrico, gênio-hióideo e milo-hióideo. O excessivo trabalho muscular dos orbiculares pode influenciar no crescimento crânio-facial, levando a arcadas estreitas e falta de espaço para dentes e língua. Induz, ainda, disfunções na mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala, conduzindo a alterações de mordida e má oclusões. Além disso, a sucção no bico de mamadeira não requer movimentos de protrusão e retração da mandíbula, que são importantes para o correto crescimento mandibular (CARVALHO, 1995).

Resultados obtidos a partir de pesquisa realizada em ambulatório mostraram que 33% das crianças que receberam aleitamento materno por curto período ou não o receberam apresentaram alterações na deglutição e 34% apresentaram alterações fonoarticulatórias diversas (BARBOSA & SCHNONBERGER, 1996).

Assim como a mamadeira, os hábitos orais refletem diretamente no desenvolvimento motor-oral, crânio-facial e no crescimento ósseo. A presença de hábitos orais afeta o sucesso do aleitamento materno, podendo trazer, como consequência, o desmame precoce ou vice-versa, ou seja, com o desmame precoce a criança não supre suas necessidades de sucção e acaba adquirindo hábitos de sucção não-nutritiva (SNN). Entre esses hábitos estão a sucção digital e o uso de chupeta, que podem decorrer em alterações da oclusão dentária (OGAARD et al, 1994).

Pesquisas mostram uma relação direta entre o uso de mamadeira e a presença de hábitos orais. De modo que nas crianças alimentadas com mamadeira, a frequência desses hábitos orais é maior, pois após o desmame, há a tendência do estabelecimento da sucção digital ou da chupeta (BLACK et al, 1990; MORESCA & FERES, 1994; LEITE et al, 1999).

Uma pesquisa realizada com 214 crianças demonstrou que, entre as que usaram chupeta, 31% foram alimentadas exclusivamente com mamadeira. Por outro lado, entre as que não utilizaram chupetas, 59% receberam aleitamento natural por no mínimo 3 meses (LEGOVIC & OSTRIC, 1991).

Outra pesquisa mostrou que crianças amamentadas no seio materno por no mínimo 6 meses apresentaram menor frequência de hábitos orais, já as que receberam aleitamento artificial por mais de 1 ano apresentaram 10 vezes mais risco de estabelecer hábitos orais (SERRA-NEGRA et al, 1991).

Estudo de 2001, com 150 crianças com idades entre 1 e 7 anos, constatou que as amamentadas exclusivamente no seio materno por no mínimo 6 meses, em sua maioria não desenvolveram hábitos de sucção e aquelas que o fizeram, mantiveram o hábito de sucção por período mais curto quando comparadas com as que receberam alimentação artificial (PIEROTTI, 2001).

O desenvolvimento motor-oral reflete no desenvolvimento crânio-facial, no crescimento ósseo e na dentição. O formato da arcada dentária é influenciado por forças exercidas nos dentes através dos músculos da língua, lábios e bochechas (CARVALHO, 1995).

O movimento dos dentes sofre influência dos tecidos moles, de modo que um desequilíbrio pode gerar má oclusão (GARLINER, 1966; BIANCHINNI, 1998).

Os dentes e demais estruturas sofrem pressões de forças provenientes da musculatura da face e da língua durante as funções de sucção, mastigação, deglutição e articulação dos sons, indicando estreita relação entre o desenvolvimento da dentição e a atividade muscular. Estas forças musculares, quando adequadas, promovem uma ação modeladora; entretanto, em condições inadequadas, podem conduzir a alterações anatômico-funcionais indesejáveis (RODRIGUEZ, 1999).

Entre os neonatos, o ramo mandibular é curto verticalmente, e a eminência mentoniana está incompleta. A estimulação durante a amamentação e, posteriormente, a mastigação, levam ao crescimento mandibular adequado, estabelecendo uma relação harmônica com a maxila (BÖNECKER et al, 1999).

O desenvolvimento motor-oral adequado também influencia a evolução nutricional do RN, permitindo a adequada transição alimentar, de modo que a criança tenha condições de receber os alimentos certos na idade adequada, garantindo que a mobilidade e a força da musculatura possam evoluir adequadamente (STEVENSON & ALLAIRE, 1991; ANDRADE & GULLO, 1993; PADOVAN, 1976)

A má oclusão dental está relacionada a um desequilíbrio motor-oral, que pode ser advindo do uso da mamadeira e da sucção não nutritiva (BIANCHINI, 1998).

Em pesquisa que estudou a influência do aleitamento materno na má oclusão de crianças e adolescentes, comparando 3 grupos: os amamentados por 6 meses ou mais, os amamentados por menos de 6 meses e os que receberam alimentação artificial via mamadeira exclusivamente, os resultados concluíram que o aleitamento materno oferece proteção contra a má oclusão, porém apenas quando a duração é de 6 meses ou mais (LABBOK & HERDERSHOT, 1987).

Outros autores corroboram com esse apontamento, observando maior indicação de tratamento ortodôntico com o aumento da exposição à mamadeira (MEYERS & HERTZBWERG, 1988).

Ainda há resultados que relatam menor incidência e gravidade de má oclusão em crianças amamentadas no seio materno se comparadas com as que receberam aleitamento artificial (DEGANO & DEGANO, 1993).

Verifica-se maior frequência de mordidas abertas ou cruzadas entre as crianças que iniciaram precocemente o uso da mamadeira, mesmo na alimentação mista (LEITE et al, 1999).

Grande parte da literatura sugere que a má oclusão advém da presença de hábitos orais, e que, por sua vez, os hábitos orais podem ser consequências do uso da mamadeira. Entre essas pesquisas, destaca-se estudo realizado na Finlândia com 1018 crianças, que mostrou que a introdução precoce da mamadeira foi acompanhada de uso prolongado de chupeta, mordida aberta e mordida cruzada (PAUNIO et al, 1993).

Em revisão de literatura sobre amamentação e má oclusão, pesquisadores concluíram que a instalação da mordida aberta anterior está em certo grau, relacionada ao aleitamento artificial, e que mesmo que a alimentação seja mista, pode levar ao estabelecimento de hábitos orais deletérios (FAGUNDES & LEITE, 2001).

A sucção não-nutritiva está fortemente associada com a instalação de má oclusão, em especial à mordida cruzada posterior, à mordida aberta anterior e à sobressaliência (SERRA-NEGRA et al, 1991)

Os desvios na forma dos arcos dentários são também determinados pela intensidade, força e duração do hábito (BLACK et al, 1990).

Estudo retrospectivo com 445 crianças verificou que o uso da chupeta leva à mordida cruzada e que o uso da chupeta por 2 anos

produz alteração significativa na maxila e por 3 anos produz alteração na mandíbula (OGAARD et al, 1994).

Pesquisas apontam a sucção digital como um dos fatores etiológicos da mordida aberta e que hábitos orais nocivos podem determinar desvios também na morfologia dento-alveolar (URIAS, 1994; TOMÉ et al, 1996).

Estudo com 106 crianças com idade entre 4 e 6 anos concluiu que, entre os hábitos orais deletérios, a sucção digital parece ser o que mais interfere para o aparecimento de mordida aberta anterior (FAYYAT, 2000).

Outra alteração com bastante impacto sobre a qualidade de vida de crianças e adultos é a respiração oral. O padrão correto de respiração pode sofrer influências do desmame precoce. O lactente que recebe aleitamento materno mantém a postura de repouso dos lábios ocluídos e a respiração nasal. Quando ocorre o desmame precoce, a postura de lábios entreabertos é mais comum no bebê, facilitando a respiração oral (NEIVA et al, 2003).

Pesquisa realizada com 100 crianças com idades entre 2 e 11 anos, verificou que a respiração oral foi 40% mais frequente nas crianças que receberam mamadeira (LEITE et al, 1999).

A criança que recebe o aleitamento natural nos primeiros anos de vida tem maior possibilidade de manter a respiração nasal na vida adulta, bem como a ausência de amamentação no seio materno pode ser um dos fatores que contribui para o surgimento da respiração oral ou oro-nasal (FAYYAT, 2000).

Ainda temos a alteração motora-oral, que também compromete as funções de respiração, mastigação e deglutição, podendo estar associada a outros problemas. A alteração motora-oral também pode decorrer do uso de mamadeiras e de hábitos orais de sucção não-nutritiva, provocando modificações na respiração e na oclusão dental (NEIVA et al, 2003).

A alteração motora-oral é definida como distúrbio miofuncional oral, que inclui anteriorização anormal da língua, incompetência labial, podendo incluir alterações fonoarticulatórias (ASHA, 1990).

A amamentação promove estímulos adequados à musculatura da língua, favorecendo o fortalecimento da mesma e a conseqüente produção correta dos sons da fala, já que os distúrbios fonoarticulatórios podem ser decorrentes do mau funcionamento das estruturas orais (JUNQUEIRA, 2000).

Estudo realizado em São Paulo, entre crianças não amamentadas no seio materno ou que foram desmamadas precocemente, 34% apresentaram alterações fonoarticulatórias e 33% alterações de deglutição (BARBOSA & SCHNONBERGER, 1996).

Outro estudo, realizado com recém-nascidos, verificou que o aleitamento natural exclusivo favorece a sucção normal, e o aleitamento misto induz a alterações na sucção, que podem levar á ineficiência do padrão motor-oral da criança (CATTONI et al, 1998).

O desmame precoce não é o único fator que pode interferir no estabelecimento de padrões motor-orais e da oclusão dentária. Os fatores

genéticos e os ambientais também estão relacionados a tais alterações (LEGOVIC & OSTRIC, 1991).

Considerando que o desmame precoce traz consequências no desenvolvimento motor-oral, na oclusão dentária, na respiração e nos aspectos motores orais da criança, ressalta-se a importância do aleitamento materno. O incentivo a essa prática e ao adequado padrão de sucção é a base para a prevenção de alterações fonoaudiológicas no que se refere ao sistema motor-oral (NEIVA et al, 2003).

Por sua vez, alterações no sistema sensório-motor-oral ou problemas com a alimentação podem levar a dificuldade de ganhar peso. A presença de terapeutas especializados nos processos de alimentação/deglutição, trabalhando junto com nutricionistas, médicos e famílias pode melhorar as possibilidades de um crescimento mais adequado (MORRIS & KLEIN, 1987).

I.8. A complexidade da alimentação: Formas alternativas, alimentação mista ou complementar e o desenvolvimento das habilidades do bebê

A alimentação é função vital em qualquer idade e em especial para o recém-nascido. A correta alimentação do recém-nascido propicia o crescimento físico, o desenvolvimento neuropsicomotor e a aquisição de resistência imunológica. Assim sendo, podemos considerar o ato de alimentar como um dos mecanismos iniciais do desenvolvimento da comunicação e afetividade entre mãe e filho (QUINTELLA, et al, 2001).

A sucção é o mecanismo básico da alimentação do bebê. Sucção, deglutição e respiração já devem se organizar no RN a termo e no

lactente jovem, para propiciar uma alimentação sem aspiração pulmonar e com o mínimo de deglutição de ar, sendo, portanto, a habilidade para alimentação, um fator indicativo da maturidade neurológica. Os mecanismos de deglutição acham-se representados em ambos os hemisférios cerebrais, o que facilita a recuperação desses mecanismos mesmo em casos de lesões cerebrais extensas (QUINTELLA,et al, 2001)..

A deglutição existe desde a vida intra-uterina, atuando até mesmo como fator regulador da quantidade de líquido amniótico presente na bolsa placentária. Ainda que a deglutição não esteja completamente desenvolvida no recém-nascido a termo (chamada imaturidade transitória), ela se ajusta ao modelo em 48 horas. Nos prematuros o modelo sucção-deglutição deve amadurecer por volta de 39 a 40 semanas de vida (considerando a idade gestacional) (QUINTELLA,et al, 2001)..

No RN as primeiras experiências de deglutição são sem alimento e constituídas de 3 a 5 sucções seguidas de poucas deglutições. Nas primeiras 48 horas ele atinge 10 a 30 sucções contínuas, seguidas por várias deglutições. Inicialmente a peristalse esofágica é curta, imatura, atingindo movimentos prolongados depois das primeiras 48 horas. A absorção intestinal é deficitária no primeiro mês de vida, e ocorrem inúmeras evacuações neste período (QUINTELLA,et al, 2001).

Na deglutição com alimento, o RN procura uma postura flexora facilitadora e faz uso coordenado da musculatura orofaríngea. Para coordenar as ações musculares nas funções sucção-deglutição e respiração, o RN é dotado de reflexos neurológicos multissinápticos (orais

e faríngeos) com respostas padronizadas, divididas em mecanismos de defesa (envolvidos no fechamento dos esfíncteres aéreos), e mecanismos de alimentação (que propulsionam o alimento e abrem os esfíncteres do aparelho digestivo). Este sistema reflexo permanece até o sexto ou oitavo mês de vida, favorecendo muito a deglutição de líquidos. Com o desenvolvimento, o lactente aprende a deglutir pastosos e sólidos, de forma progressiva, automatizando estes movimentos rapidamente (QUINTELLA, et al, 2001).

Apesar de todos os benefícios nutricionais, físicos, psicológicos e afetivos do aleitamento em seio materno, seja por razões fisiológicas, psicológicas ou simplesmente por opção materna, muitos bebês utilizam outros métodos de alimentação. Muitos especialistas têm recomendado o uso de copos ou xícaras como substitutos da mamadeira para evitar a “confusão de bicos” e diminuir os riscos de contaminação dos bebês, relacionados com inadequada higienização dos bicos e das próprias mamadeiras. Realmente esse tem sido um método muito utilizado em hospitais que participam da iniciativa “Hospital amigo da criança” e tem se mostrado eficaz para evitar o desmame precoce. O uso do copinho é indicado nos casos em que o bebê está sendo amamentado, mas necessita de complementação alimentar, quando as mães estão impossibilitadas de amamentar ou estão ausentes (BRAZELTON & SPARROW, 2005; PAMPLONA, 2002; ALCÂNTARA & XAVIER, 2008).

Outro método de alimentação alternativa do recém-nascido é o “Finger Feeding” ou alimentação através de sonda-dedo. Essa técnica é feita através de um tubo fino de polietileno (sonda) seguro ao dedo

mínimo enluvado por meio de uma fita adesiva; o dedo enluvado é então colocado na boca do bebê e, enquanto se estimula a sucção realizando movimentos de anteriorização e posteriorização do dedo para que o recém-nascido movimente desta maneira a língua. A outra extremidade da sonda é colocada em um recipiente com leite materno ordenhado, leite de banco de leite ou fórmula láctea. A vantagem dessa técnica está em estimular a sucção do bebê durante a alimentação e poder controlar o fluxo de leite de acordo com a capacidade e coordenação do RN, porém, esta técnica toma mais tempo e requer um profissional de saúde habilitado (TAMEZ, 2002; SANCHES, 2004)

Embora haja discussão a respeito desses métodos, estudos comparativos ao seio materno e seus efeitos sobre o desenvolvimento psicológico e do sistema estomatognático da criança ainda são escassos e tem despertado polêmica (ALCÂNTARA & XAVIER, 2007).

Além disso, há uma clara dificuldade dos pais em relação ao uso desses métodos alternativos, principalmente nas primeiras semanas (GIUGLIANI, 2002; CZERNAY et al, 2003).

O uso da mamadeira é a forma alternativa utilizada pela população em geral. Aqueles que defendem a amamentação ao seio argumentam os efeitos negativos da mamadeira e sua ligação com o desmame precoce, o aparecimento precoce de cáries, a ocorrência de má oclusão dentária e o desenvolvimento de deglutição atípica e da síndrome do respirador bucal (ALCÂNTARA & XAVIER, 2007).

A experiência e a literatura mostram que a maioria da população utiliza-se da mamadeira e de forma incorreta, portanto há, sem dúvida,

uma necessidade urgente de orientar a população quanto aos malefícios da mamadeira, mas também se faz necessário orientar de forma correta aqueles que de fato precisam utilizar-se dela. Bicos de mamadeira longos com furos grandes ou bicos com furos exagerados induzem o bebê a utilizar de forma inadequada a musculatura orofacial, alterando o crescimento e o desenvolvimento desses músculos. Enquanto o bebê extrai o leite pela mamadeira, a mãe deve ter seu bebê ao colo, junto ao seu corpo, nos seus braços, estar confortável e relaxada; o bebê deve estar igualmente relaxado, tranquilo e aconchegado, mas suficientemente solto para se movimentar, assim como o é também durante a amamentação ao seio. A mãe, ou outra pessoa que alimenta o bebê, deve ainda ter o cuidado para alternar as posições em que segura o bebê enquanto ele suga a mamadeira para ajudar a desenvolver o conhecimento do seu corpo no espaço quanto à orientação direita/esquerda (CANOGIA et al, 1990). No entanto, ao utilizar-se da mamadeira, algumas mães, para ganhar tempo e independência, deixam o bebê sugar sozinho a mamadeira, privando-o de sua presença, seu carinho e estimulação (PAMPLONA, 2002; WINNICOTT, 2006).

Os gestos, os cuidados, as palavras, o saber segurar e a presença física do adulto que alimenta são tão importantes para o desenvolvimento do bebê quanto a nutrição em si (THÉVENOT & NAOURI, 2004). Outro fator importante é o contato pele a pele durante o aleitamento natural, o que não ocorre através da mamadeira (CZERNAY, 2003; WINNICOTT, 2006).

Dada a importância do contato pele a pele referido por vários autores, vale a pena comentar outro método que vem sendo utilizado em diversos países, o método Canguru , criado em 1978 por Edgar Rey Sanabria e posteriormente Héctor Martínez Gómez, médicos do Instituto Médico Infantil (IMI) de Bogotá, Colômbia. A proposta do método Mãe-Canguru é que, da mesma forma que os cangurus, as mães de bebês prematuros irão carregar os seus filhos, quando esses se encontrarem em condições clínicas, gástricas e respiratórias que viabilizem uma situação estável. Devem ser enfatizados, três componentes comuns: posição canguru, nutrição baseada no aleitamento materno e alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial. Atualmente, no Brasil, vem-se trabalhando com a visão de um novo paradigma, que é o de atenção humanizada à criança e à família, em função de avanços tecnológicos que têm aumentado a sobrevivência e as perspectivas de desenvolvimento de recém-nascidos prematuros. Novos procedimentos sistematizados estão sendo valorizados, influenciando a qualidade da interação mãe-bebê, a comunicação, audição, o desenvolvimento global e a adequação da alimentação. Isso justifica a inclusão do fonoaudiólogo como integrante da equipe multidisciplinar do ambiente hospitalar. Em estudo que teve como objetivo comparar o processo de sucção entre bebês prematuros inseridos no Método Mãe-Canguru e aqueles submetidos aos cuidados tradicionais, verificou-se que este método constitui uma ótima alternativa para países em desenvolvimento, contribuindo para a efetividade de amamentação, diminuindo o tempo de

permanência no hospital e acarretando menores custos para a saúde pública (ANDRADE & GUEDES, 2005)

Além do domínio das formas alternativas de aleitamento do bebê, outro aspecto de relevância que pertence às complexidades da alimentação da criança nos primeiros anos de vida é a introdução da alimentação mista ou complementar, que já foi tratada em capítulo anterior deste sob o enfoque nutricional, mas que também deve ser considerada sob o enfoque do desenvolvimento neuro-psico-motor da criança.

A OMS recomenda que os alimentos complementares ao leite materno sejam oferecidos a partir dos 4-6 meses porque é nesse período que a criança encontra-se num estágio de maturidade fisiológica que a torna capaz de lidar com alimentos diferentes do leite materno. Nesse momento são introduzidos outros alimentos, sólidos, pastosos e líquidos, que não o leite, gradativamente na dieta do bebê e essa nova dieta é a chamada de “alimentação complementar” definida também como sendo o conjunto de alimentos especialmente preparados para crianças pequenas, até que elas passem a se alimentar daqueles consumidos pela família (GIUGLIANI & VICTORIA, 200; MONTE & GIUGLIANI, 2004; PERSANO, 2006; RIBEIRO, 2006).

O momento para se introduzir a alimentação complementar não deve ser desconsiderado, pois a sua introdução precoce, ou seja, antes do quarto mês de vida, é desnecessária e pode deixar o bebê mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, interferindo na absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como

o ferro e o zinco, o que pode levar ao comprometimento do crescimento e do desenvolvimento. Por outro lado, a complementação do leite materno a partir dos 6 meses de idade é fundamental, visto que o leite materno sozinho não é suficiente para atender todas as necessidades nutricionais do lactante. Além disso, a introdução tardia dos alimentos complementares pode trazer consequências indesejadas, tais como deficiência no crescimento, risco de desnutrição e aumento de deficiência e micronutrientes. Portanto, a inclusão dos alimentos complementares tem o objetivo de elevar as quotas de energia e micronutrientes. Mas o aleitamento ao peito até 12 meses ainda é muito importante e Poderá ser mantido até os 2 meses de idade da criança , conforme / desejo do binômio mãe-filho (GIUGLIANI & VICTORIA, 2000; MONTA & GIUGLIANI, 2004).

Atualmente são recomendados novos métodos de promoção da alimentação saudável da criança até dois anos que abrange tanto a quantidade quanto a qualidade adequada dos alimentos, além do cuidado com o manuseio, preparo, administração e armazenamento dos alimentos. As novas recomendações enfatizam as práticas alimentares saudáveis que devem ter alimentos ricos em energia e micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), sem contaminação, sem muito sal ou condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança. O conjunto de (recomendações que vem sendo implementado em todo o país desde 2002, foi denominado “Os dez passos para a alimentação saudável da criança menor de dois anos”, conforme quadro 2 abaixo (ALCÂNTARA & XAVIER, 2007).

Quadro 2 – Os 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos de idade

Passo 1	Dar somente leite materno até 6 meses, sem oferecer água ou outro alimento
Passo 2	A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais
Passo 3	A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereias, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada
Passo 4	A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se vontade da criança
Passo 5	A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher, começar com consistência pastosa (papas/ purês) e gradativamente aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família
Passo 6	Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida
Passo 7	Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições
Passo 8	Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação
Passo 9	Cuidar de higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o armazenamento e conservação adequados
Passo 10	Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação

Fonte: Ministério da Saúde – Aleitamento materno

Dentre todas as recomendações nutricionais para a alimentação complementar, a mais aceita entre os médicos e nutricionistas é que a criança seja alimentada com os alimentos variados, com texturas diversas e que estejam disponíveis à família. Os alimentos devem ser escolhidos conforme a época do ano e a região em que a família mora – uma regra básica para garantir o balanceamento nutricional é utilizar vegetais de cores diferentes – lembrando que durante a primeira infância o alimento básico das refeições principais deve ser o energético. Convém, ainda, lembrar que alimentos estimulantes (caféina, chá, refrigerantes) devem

ser evitados, bem como aqueles considerados pelos nutricionistas como “calorias vazias”, que contém apenas açúcar, gordura saturada e poucos nutrientes, muitas vezes utilizado por pais, às vezes até mesmo por recomendação de profissionais da saúde, para aumentar a densidade energética da alimentação da criança. Não deveria ser oferecida sobremesa após as refeições, mas se for o desejo dos pais, a orientação é que se evite doces e dê preferência às frutas. Oferecer alimentos nutritivos à criança é muito importante na atual era do “fast-food”, de comidas com muitas calorias e de valor nutritivo duvidoso, o que tem levado muitas crianças à obesidade (THÉVENOT & NAOURI, 2004)

Todas as mudanças na alimentação devem ser realizadas conforme a capacidade motora oral da criança permita para que se justifique a introdução de novos alimentos conforme quadro 3. Desta forma ela terá condições de receber alimentos e os utensílios certos na idade mais apropriada, garantindo que a mobilidade e a força da musculatura possam evoluir adequadamente (MOURA, 2002; NEIVA et al, 2003).

Quadro 3 - Desenvolvimento motor e oral relacionado ao tipo de alimentação e utensílio para cada idade

Idade	Desenv. motor	Desenv. oromotor	Nutrição	Utensílio
0 – 4 m	Leva a mão à boca; sustenta a cabeça; vira de um lado para o outro	Reflexo de protrusão da língua	- Leite materno	Seio materno
4 – 5 m	Alcança e pega pequenos objetos, por vezes levando-os à boca; movimentos começam a coordenar-se	Movimentos de língua e mandíbula sincrônicos; diminuem os reflexos de vômito; inicia-se o controle voluntário da boca	- Leite materno; - Início do interesse pelo salgado	Início do uso de colher
6 – 7 m	Senta com apoio transfere objetos de uma mão para a outra e apresenta maior interesse visual pelo mundo ao seu redor, inclusive explorando objetos e dedos com a boca	Erupcionam incisivos centrais; começa a mascar com o início dos movimentos verticais e rotatórios da mandíbula; vedamento labial ao redor da colher	- Cereais, tubérculos, carnes leguminosas frutas e verduras servidas separadas em forma de purê ou papa peneirada ou amassada. - Leite materno	Início do uso da caneca ou copo; a papa, com iguais texturas é oferecida na colher
8 – 10 m	Bom controle de cabeça, senta sem apoio; desenvolve os movimentos de extensão, flexão e rotação de tronco; transfere objetos de uma mão para outra; fica em pé com apoio	Bom controle da saliva; coordena os movimentos de língua, lábios e mandíbula em todas as posições e combina movimentos verticais voluntários com movimentos diagonais e rotatórios de mandíbula; transfere o alimento da lateral ao centro da cavidade e vice-versa	- A consistência da comida deve ser aumentada, mas deve-se evitar misturar texturas em uma mesma colherada. - Leite materno	Sucção de líquidos com caneca ou copo; ajuda com a colher.
10-12 m	Dedos em pinça para pegar objetos pequenos; tem um total controle de tronco e de cabeça. Arrasta-se ou engatinha; aponta objetos; fica de pé sem ajuda.	Têm boa coordenação de mandíbula, língua e lábios em todas as posições; mastiga com movimentos verticais e rotatórios.	- Os alimentos precisam ser firmes para serem mastigados e deglutidos sem dificuldades. - Leite materno	Pega a colher bebe na caneca com ajuda começa a usar os dedos em pinça para se alimentar.

continua....

...continuação

Idade	Desenv. motor	Desenv. oromotor	Nutrição	Utensílio
12 – 18 m	Locomove-se bem; anda sozinho, sobe escadas com ajuda; abaixa-se e levanta do chão um objeto.	A língua faz movimentos laterais; apresenta boa coordenação fala-deglutição-respiração: faz 4/5 deglutições seguidas.	Consegue lidar com todos os tipos de texturas. O consumo de frutas, verduras e legumes deve ser estimulado.	Sabe segurar a colher com a mão e a caneca com as duas mãos; bebe no canudo: usa os dedos para se alimentar.
18 – 24 m	Está bem estável, apresenta bom equilíbrio em todas as posições; atira objetos com firmeza; rabisca quando tem um lápis na mão; põe brinquedos numa caixa e torna a retirá-los.	É capaz de ter uma boa mastigação, com movimentos de língua refinados e movimentos rotatórios de mandíbula; deglute bem os alimentos.	A partir desta idade a criança terá condições de ter um aproveitamento melhor de certos alimentos como a celulose e as fibras e comer a comida que é oferecida a sua família.	Habilidades refinadas para a alimentação independente: faz uso de garfo e colher para se alimentar sozinho e usa plenamente o copo para líquidos.

Fonte*: *Pediatric Swallowing and Feeding Assessment and management*, (Arvedson & Brodsky, 1993.) Tradução: Cláudia Xavier, 1996

I.9. A atuação fonoaudiológica junto ao aleitamento materno hoje

A observação da pega e sucção do RN nesta primeira hora poderá resultar na detecção precoce de problemas, os quais poderão acarretar um aleitamento materno inadequado. Esse fato explica a atuação fonoaudiológica em unidades neonatais (SANCHES et al., 2007).

A atuação fonoaudiológica se dá também no apoio à população, com transmissão de informações acessíveis para resolver eventuais intercorrências da lactação. Esse tipo de atuação começa em bancos de leite, para favorecer a estocagem e a substituição de leite a bebês com mães ausentes ou sem possibilidades de amamentar; auxílio nos consultórios, de pega e avaliação de sucção do recém-nascido para efetivar o aleitamento materno; estudos de alternativas de alimentação e ações terapêuticas para promover qualidade de vida (como o método Mãe Canguru); orientações focais quando identificada dificuldade na

amamentação; e acompanhamento do aleitamento materno em ambulatórios de amamentação (SANCHES et al., 2007).

Na perspectiva da saúde coletiva, os fonoaudiólogos ainda notam falta de informação sobre a importância do aleitamento materno. Faltam ações de impacto. As mães ouvem que é importante amamentar, mas não têm conhecimento real das razões, da verdadeira necessidade e importância. Isso se aplica principalmente ao aleitamento materno exclusivo (AME), que não é tão valorizado. Ainda existem muitas mães que oferecem leite artificial ou chás nos primeiros meses, pela crença de que o leite materno não é suficiente. Para esses fonoaudiólogos, um programa de atuação durante o pré-natal, talvez esclarecesse esses tipos de dúvidas e teriam um papel maior na conscientização dessas mães sobre a importância de amamentar (SANCHES et al., 2007).

A iniciativa do Hospital Amigo da Criança também configura um campo de atuação fonoaudiológico em aleitamento materno. A partir dessa iniciativa termos como “aconselhamento”, “teoria síncrono-ativa”, “atuação materno-infantil”, “humanização do nascimento” e “prejuízo dos bicos artificiais” tornaram-se mais frequentes na rotina dessas maternidades. Nesses hospitais a fonoaudiologia tem marcado presença com seu trabalho no incentivo e no auxílio ao estabelecimento do aleitamento materno no Alojamento Conjunto, e na Sala de Amamentação, que atende as nutrizes e bebês após a alta hospitalar (SANCHES et al., 2007).

Apesar da inserção da Fonoaudiologia na saúde Pública desde a década de 80 e a ampliação da atuação desse profissional após a instituição do SUS, em 1988, os primeiros registros de fonoaudiólogos em Hospital Amigo da Criança, no SUS, somente surgiram no início da década de 90. Até os dias de hoje a atuação fonoaudiológica como integrante diário na rotina dos hospitais maternidades, compondo a equipe interdisciplinar, ainda é muito reduzida e não está prevista na portaria da IHAC. Por outro lado encontramos atualmente alguns fonoaudiólogos participando tão ativamente desse processo da IHAC, que coordenam bancos de leite e comissões de aleitamento materno, sendo responsáveis pelas ações de promoção e capacitação de toda a equipe de saúde em amamentação (SANCHES et al.,2007).

O fórum realizado entre 2000 e 2002 que estudou a implantação do método Canguru no Estado de São Paulo concluiu que existe uma dificuldade em sistematizar uma rotina diária e permanência do fonoaudiólogo na unidade neonatal, favorecendo ações intervencionistas, focadas na reabilitação de bebês de maior risco, muitas vezes sem condição de manter-se uma continuidade diária no atendimento às famílias, bem como no atendimento às mães e bebês do alojamento conjunto e em ações mais voltadas para a prevenção e promoção de saúde (SANCHES et al., 2007).

Diante do exposto fica evidente que entre os cuidados no primeiro ano de vida, desde o período neonatal até o bebê completar 12 meses, a fonoaudiologia tem muito a contribuir para um bom desenvolvimento de habilidades alimentares. Além do conhecimento geral referente ao recém-

nascido e ao primeiro ano de vida do bebê, questões nutricionais e afetivas, o profissional fonoaudiólogo pode enriquecer a atenção à saúde materno-infantil com o enfoque inerente a sua atuação, relacionado com o adequado desenvolvimento das habilidades de alimentação, adequado crescimento e desenvolvimento orofacial, introdução adequada de consistências alimentares para cada fase do bebê e utilização adequada de utensílios, tendo seu primeiro vínculo para essa atuação já na unidade neonatal e portanto reforçando o aleitamento materno.

Outro aspecto importante, é que apesar dos ganhos que vêm ocorrendo no campo do aleitamento materno nos últimos anos, raros são os serviços que contam com enfoque inerente à atuação fonoaudiológica em sua sistemática e rotina. A mesma situação também é encontrada na maioria dos serviços de puericultura.

É objetivando preencher qualitativamente esta lacuna no sistema de saúde atual que pretendemos através desta proposta de atuação contribuir para a melhoria da qualidade de vida do binômio mãe-bebê.

Hipótese:

Será que mães e bebês que recebem assistência fonoaudiológica na maternidade e durante o 1º ano de vida apresentam maior sucesso no aleitamento materno? Será que esses bebês assistidos pela fonoaudiologia durante o primeiro ano de vida apresentam desenvolvimento mais adequado das habilidades de alimentação e do sistema sensório-motor-oral do que aqueles que não recebem este tipo de assistência?

II. OBJETIVOS

GERAL

Verificar os efeitos do acompanhamento fonoaudiológico no desenvolvimento das habilidades de alimentação do bebê no primeiro ano de vida.

ESPECÍFICOS

- Medir a diferença entre os grupos ao nascimento;
- Medir a diferença entre os grupos ao final do primeiro ano de vida.

III. MÉTODOS

III.1. Caracterização do estudo

Tipo de estudo: Estudo exploratório

Local: Hospital e Maternidade situado na zona sul do município de São Paulo

Período: Coleta de dados: Abril de 2010 a Maio de 2011

Sujeitos da pesquisa: Binômio mãe / bebê

Critérios de inclusão:

Grupo estudo: RNs de 24 a 48 horas de vida filhos de mães primigestas, com 18 anos ou mais, com escore maior ou igual a 11 de acordo com o protocolo sugerido por SOARES, C.X., 2002

Grupo controle: Bebês de 12 meses nascidos na mesma maternidade, filhos de mães primigestas com 18 anos de idade ou mais no momento do parto, com APGAR maior ou igual a 9 no quinto minuto e peso ao nascimento maior 2.500gr.

O grupo controle foi emparelhado aos casos, segundo 3 categorias, sendo elas:

*2.500 -----| 3.000g

*3.000 -----| 3.500g e

*> 3500g

Critérios de exclusão:

- RNs gemelares;
- RNs de mães menores de 18 anos;
- RNs de mães multíparas;

- RN que permaneceram em UTI, RN com patologia neurológica, síndromes ou qualquer tipo de anomalia que pudesse interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor;
- RNs de mães que não referiram disposição ou possibilidades de realizarem seguimento pediátrico e ou fonoaudiológico durante o primeiro ano de vida;
- RN que tiveram escore menor que 11 de acordo com o protocolo sugerido por SOARES, 2002;

III.2. Sobre a amostra

Amostragem de conveniência:

Para estimar o tamanho da amostra utilizamos a estimativa amostral de ***precisão relativa especificada*** dada pela seguinte fórmula (LWANGA & LEMESHOW, 1991):

$$n_1 = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 (1-p)}{\epsilon^2 p} \quad \text{onde;}$$

n_1 é o tamanho da amostra estimada;

α é o nível de confiança assumido em 90%;

z é a área da curva z para os diferentes níveis de significância;

p é a proporção esperada do evento, no caso, desmame que estimamos

se encontrar em torno de 40% com uma precisão relativa, ϵ , de 35%, isto

é aceitando uma variação de 26 a 54% nesta prevalência.

$$n_1 = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 (1-p)}{\epsilon^2 p} \quad \Rightarrow \quad n_1 = 47$$

ou com arredondamento $n = 50$ indivíduos

Tamanho da amostra: 50 binômios mãe - bebê em cada grupo;

Seleção da amostra:

A partir de Abril de 2010 as puérperas internadas na referida maternidade foram orientadas e informadas sobre o Acompanhamento Fonoaudiológico da Alimentação do bebê no 1º ano de vida.

As mães de bebês que permaneceram em UTI, com patologia neurológica, síndromes ou qualquer tipo de anomalia que pudesse interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor foram acompanhadas pela equipe de fonoaudiologia da UTI neonatal da maternidade e tiveram acompanhamento específico para as possíveis disfunções alimentares, e não participaram da presente pesquisa.

As mães que referiram não ter disposição ou possibilidades de realizarem seguimento pediátrico não fizeram parte do grupo estudo da presente pesquisa, devido à implicação de seguimento inerente a esta, entretanto fizeram parte do grupo controle.

As mães de bebês do berçário, sem qualquer tipo de patologia, síndrome ou anomalia que pudesse interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor e que referiram ter disponibilidade e possibilidades de realizarem seguimento pediátrico e fonoaudiológico durante o primeiro ano de vida, tiveram seus bebês avaliados, entretanto, os que apresentaram escore menor que 11 de acordo com a Escala de Avaliação Motora-Oral em Berçário (SOARES, 2002) não fizeram parte da presente pesquisa.

Sendo assim, fizeram parte do grupo estudo da presente pesquisa as mães maiores de 19 anos idades com seus RNs do berçário, sem

qualquer tipo de patologia, síndrome ou anomalia que pudesse interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor, e que referirem disponibilidade e possibilidades de realizarem seguimento pediátrico e fonoaudiológico durante o primeiro ano de vida e que apresentaram escore maior ou igual a 11 de acordo com Escala de Avaliação Motora-Oral em Berçário (SOARES, 2002).

Para o grupo controle foram selecionados, a partir dos livros de registro do berçário e prontuários da mãe e do bebê, RNs sem qualquer tipo de patologia, síndrome ou anomalia que pudesse interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor, com peso maior que 2.500 g ao nascimento e APGAR mínimo de 9 no quinto minuto, filhos de primigestas maiores de 18 anos no momento do parto, com 12 meses no momento da abordagem. O peso foi emparelhado ao grupo estudo de acordo com as 3 categorias descritas.

Figura1 - Fluxograma para a seleção de amostra

III.3. Instrumentos e Procedimentos

O **Acompanhamento Fonoaudiológico da Alimentação do bebê no 1º ano de vida** contou com 4 momentos, sendo o primeiro presencial na Unidade Neonatal / Berçário, o segundo presencial aos 2 meses de vida do bebê, o terceiro e o quarto momentos através de orientações e coleta de dados realizados pelo telefone aos 6 meses e aos 12 meses de vida do bebê respectivamente.

Para verificar a eficácia desta proposta de assistência e, portanto atingir o objetivo principal da presente pesquisa, foram utilizados 5 Instrumentos, dispostos na linha abaixo e descritos a seguir:

1	2	3	4
Neonatal (2 dias)	2 meses	6 meses	12 meses

Instrumento 1:

Escala de Avaliação Motora-Oral em Berçário (ANEXO 1)

Avaliação das condições do RN para o aleitamento teve como objetivo selecionar os bebês que apresentavam condições adequadas para o aleitamento, seguindo um roteiro de observação e avaliação da sucção e dos fatores que a cercam nos primeiros 2 dias de vida, de acordo com o protocolo sugerido por SOARES, C.X., 2002.

Cada aspecto foi pontuado com + 1, 0 ou -1. Foram considerados aptos a participar da pesquisa os RNs que obtiveram escore maior ou igual a 11.

Todos os aspectos foram avaliados a partir da observação dos itens do protocolo por um avaliador. Neste momento o avaliador não realizou nenhum tipo de orientação.

No item FORÇA de sucção, fazendo uso de técnica usualmente realizada pela fonoaudiologia o avaliador introduziu o dedo mínimo enluvado no interior da cavidade oral dos RNs.

Instrumento 2:

1º Contato de Assistência Fonoaudiológica na Unidade Neonatal para mães e bebês do grupo estudo, de acordo com o Formulário de Observação Fonoaudiológica da Amamentação, descrito por SANCHES, M.T.C. (2000)(ANEXO 2).

- Informações e Orientações durante os dois dias em que mãe/bebê permaneceram na maternidade,
- Com este instrumento, foi avaliada a performance do binômio mãe e bebê para o aleitamento materno em cinco aspectos, MAMAS, VÍNCULO, POSIÇÃO, PEGA e MAMADA. Foram registradas as notas 0, 1 e 2 respectivamente do pior para o melhor desempenho em cada aspecto observado, seguido de soma ao final de cada grande grupo de aspectos. As notas foram obtidas a partir da observação do avaliador antes que o mesmo interferisse na prática do aleitamento materno

A soma das notas podia variar entre:

- 0 a 10 para o grupo de aspectos relacionados às MAMAS;
- 0 a 6 para o grupo de aspectos relacionados ao VÍNCULO
- 0 a 20 para o grupo de aspectos relacionados à POSIÇÃO
- 0 a 10 para o grupo de aspectos relacionados à PEGA
- 0 a 10 para o grupo de aspectos relacionados ao FINAL DA MAMADA

Após obtenção das notas e baseado nos aspectos observados, o avaliador abordava a mãe oferecendo informações e estratégias. O

fonoaudiólogo abordou principalmente as questões eminentes na observação, como o cuidado com as mamas, prevenção do ingurgitamento e fissuras, massagens, favorecimento de maior produção de leite, hidratação, noções sobre a adequada pega do bebê com lábio inferior evertido e abocanhamento de toda a aréola, sugestões de adequado posicionamento da mãe e do bebê para o aleitamento, etc. Além disso, o fonoaudiólogo também fez colocações referentes aos benefícios do aleitamento materno e prevenção das alterações miofuncionais. A assistência se encerrava com a entrega de folder informativo sobre aleitamento materno (ANEXO 6).

Instrumento 3:

2ª Contato de Assistência Fonoaudiológica de Seguimento para o grupo estudo: 2 meses de vida do RN (ANEXO 3)

- Acompanhamento fonoaudiológico do aleitamento materno, objetivando manter o aleitamento em seio materno exclusivo até o 6º mês de vida do bebê.

Em primeiro momento ocorreu uma entrevista com a mãe a fim de colher informações a respeito da(s) forma(s) de alimentação, que foi seguida pela observação da forma com que o bebê se alimentava, seja exclusivamente com aleitamento materno, seja fazendo uso de utensílios.

Aqui a observação do aleitamento materno seguiu os mesmos passos e aspectos observados durante o período neonatal.

Após a observação e informações colhidas na entrevista, então o profissional realizou novas orientações, passando informações e estratégias principalmente em relação ao que foi importante na observação, mas também poderá reforçar os benefícios do aleitamento materno e prevenção das alterações miofuncional.

Tanto para a mãe do bebê em aleitamento materno exclusivo, quanto para a mãe do bebê em uso de utensílios foram realizadas orientações quanto aos itens existentes no mercado que causam menor impacto sobre a musculatura orofacial do bebê e seu desenvolvimento miofuncional oral, como mamadeiras ortodônticas, material e furos dos bicos ortodônticos, copinhos, canudos, colheres e etc.

Nesse momento também foi abordada a situação da licença maternidade, sendo a mãe estimulada a manter o aleitamento materno ou prolongar ao máximo a oferta de leite materno e outros alimentos através dos utensílios mais adequados.

Ao final desta consulta foi entregue material informativo sobre o Desenvolvimento Normal das Habilidades de Alimentação elaborado por Arvedson & Brodsky, 1993 (ANEXO 7).

Instrumento 4:

3ª Contato (telefônico) de Seguimento para o grupo estudo: 6 meses de vida do RN (ANEXO 4)

Orientações e Informações sobre a alimentação e utilização de utensílios para o bebê na 1ª infância, com objetivo de incentivar a manutenção do aleitamento materno e informar e conscientizar sobre o

bom desenvolvimento da musculatura orofacial com adequada utilização de utensílios.

Neste momento, tanto a coleta dos dados sobre a forma de alimentação do bebê, como as orientações necessárias foram realizadas através de contato telefônico, seguindo o protocolo apresentado no ANEXO 4.

Instrumento 5:

4º. Contato (telefônico) de Seguimento para o grupo estudo: 12 meses e Contato telefônico para o grupo controle: 12 meses

Este instrumento (ANEXO 5) foi utilizado para a coleta dos dados via contato telefônico tanto para os indivíduos do grupo estudo como os do grupo controle.

As entrevistas via contato telefônico foram realizadas por 4 alunas do 4º ano de graduação em fonoaudiologia previamente orientadas quanto a aplicação dos questionários e quanto às orientações a serem dadas às mães. Todas as ligações foram realizadas da maternidade para as residências ou celulares das mães durante o período vespertino sob a supervisão da pesquisadora responsável por esta pesquisa.

III.4. Análise Estatística dos Resultados e Dados Coletados

Os dados obtidos foram codificados, armazenados e analisados utilizando-se o programa Epi-Info 6.0 e StataIC 10.0 for Windows.

Na análise, foram utilizadas variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, nível de escolaridade, profissão, renda familiar), além de variáveis de risco (desmame, tempo de aleitamento materno exclusivo, introdução de consistências, utilização de utensílios, hábitos orais).

Inicialmente foi realizada análise descritiva, utilizando-se medidas de frequências e médias. Para comparar as diferenças entre grupos, as variáveis de mensuração do tipo nominal foram analisadas pelo teste de *Qui-quadrado (χ^2) de Pearson*, enquanto as variáveis com mensuração do tipo intervalar, distribuição normal e homogeneidade de variância foram analisadas pelo teste *t de Student* e caso não respeitassem essa distribuição, por testes não paramétricos *Mann - Withney* ou *Kruskall - Wallis*.

III.5. Aspectos Éticos

A presente pesquisa passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP e foi autorizada por escrito pela diretoria do hospital situado na zona sul do município de São Paulo, onde foi realizada a atividade em campo.

Todos os indivíduos que fizeram parte deste estudo foram informados previamente sobre os aspectos que este implica conforme o Termo de Consentimento Livre Escalrecido (padrão Capepesq) (ANEXO 8).

Todas as mães foram informadas sobre o que é puericultura e orientadas a realizarem seguimento pediátrico de seus bebês, sendo ressaltada a importância da puericultura e suas ações principais como: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Indicação de vacinas; Acompanhamento e orientações sobre a alimentação; Prevenção e diagnóstico precoce de doenças.

IV. RESULTADOS

IV. 1. Caracterização da Amostra

Ao longo dos 12 meses de acompanhamento, das 50 puérperas assistidas inicialmente na unidade neonatal, 74% (n=37) compareceram ao 2º momento presencial e mantiveram a participação nos próximos 2 momentos, aos 6 e 12 meses, via contato telefônico.

Dessa forma, a partir do segundo momento de seguimento fonoaudiológico, que ocorreu aos 2 meses de vida do bebê, houve uma perda de 26% (n=13) dos participantes.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo estudo final n=37 e o grupo de perdas n=13 em variáveis importantes para esse tipo de avaliação como: idade materna, renda familiar, escolaridade, profissão, situação conjugal e peso do RN, sendo assim, não houve diferença significativa entre a amostra inicial e o grupo acompanhado como mostram as tabelas 1, 2 e 3. Já no grupo controle, dos 50 binômios mãe/bebê selecionados através dos livros de registro e prontuários da mãe e do bebê, 3 não foram encontrados via contato telefônico, permanecendo o grupo controle com 47 participantes.

Tabela 1: Comparação de medianas das características sócio-demográficas entre o grupo estudo acompanhado e o grupo de perdas.

		n	Mediana	/z/*	P
Idade materna (anos)	Estudo	37	24	1,2	0,23
	Perdas	13	27		
Renda familiar (reais)	Estudo	37	1.500	0,7	0,46
	Perdas	13	1.200		

**Teste Wilcoxon rank sum (Mann-Whitney)*

Tabela 2: Comparação das médias de peso do RN entre o grupo estudo acompanhado e o grupo de perdas.

		n	Média	DP	Mediana	IC 95%	/t/*	p
Peso RN (gramas)	Estudo	37	3280	438,4	3230	3134-3427	0,18	0,86
	Perdas	13	3258	198,6	3210	3138-3378		

**Teste t student*

Tabela 3: Comparação entre as frequências obtidas no grupo estudo acompanhado e no grupo de perdas.

		Grupo Estudo N= 37 n (%)	Grupo de Perdas N=13 n (%)	/X²/*	p
Situação conjugal	Só	9 (23,3)	2 (18)	0,4	0,5
	União Estável	28 (75,7)	11 (82)		

**Teste qui quadrado*

IV. 2. Características sócio-demográficas

Os grupos mostraram-se semelhantes no que diz respeito às características sócio-demográficas.

A idade média das puérperas dos casos foi de 25,8 anos e das mães do grupo controle foi de 27,2 anos no momento do parto.

A renda familiar informada pelas mães no período neonatal foi em média R\$ 1.555,00 no grupo estudo e R\$ 1.430,00 no grupo controle, sendo que neste 5 mães não informaram a renda.

Quanto ao peso dos bebês ao nascimento, encontramos no grupo estudo a média de 3280g e entre os controles a média foi de 3230g,

Esses dados apresentados estão nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4: Comparação de medianas entre as características sócio-demográficas dos grupos estudo acompanhado e o grupo de perdas.

		N	Médiana	z *	p
Idade (anos)	Estudo	37	24	-1,2	0,23
	Controle	47	27		
Renda (reais)	Estudo	37	1.500,00	1,3	0,2
	Controle	42	1.200,00		

**Teste Wilcoxon rank sum (Mann-Whitney)*

Tabela 5: Comparação das médias de peso dos RNs entre o grupo estudo acompanhado e o grupo de perdas.

		n	Média	DP	Mediana	IC 95%	t *	p
Peso RN (gr)	Estudo	37	3280	438,4	3230	3134-3427	0,55	0,58
	Controle	47	3230	396	3190	3113-3346		

**Teste t student*

Gráfico 1: Distribuição da idade materna no grupo estudo

Gráfico 2: Distribuição da idade materna no grupo controle

Gráfico 3: Distribuição do peso do RN no grupo estudo

Gráfico 4: Distribuição do peso do RN no grupo controle

Quanto ao estado civil, das 37 mães acompanhadas pelo serviço de fonoaudiologia 75,7% (n=28) referiram viver relação estável, e 76,6% (n=36) das 47 mães envolvidas no grupo controle referiram o mesmo.

Com relação à escolaridade, entre as mães do grupo estudo, 13,5% (n=5) referiram ter frequentado a escola até o nível fundamental II, 86,5% (n=32) o ensino médio ou mais. Entre o grupo controle, 8,5% (n=4) referiram ter estudado até o ensino fundamental II e 91,5% (n=43), o ensino médio ou mais.

Tanto no grupo estudo como no grupo controle, a maioria da puérperas referiu trabalhar fora de casa, sendo que 11% (n=4) referiu ser do lar no primeiro grupo e 30% (n=14) referiu o mesmo no segundo.

No grupo estudo 51,4% (n=19) das mães referiram já terem tido contato com outras mães que amamentaram e no controle 49% (n=23) referiram o mesmo tipo de contato.

Quanto ao tipo de parto, entre o grupo estudo obtivemos 81% (n=30) de cesareanas e 19% (n=7) vaginais, e no controle encontramos 87,2% (n=41) de cesareanas e 12,8% (n=6) vaginais.

O grupo de estudo contou com 56,8% (n=21) de bebês do sexo feminino e 43,2% (n=16) do sexo masculino.

Esses dados podem ser visualizados na tabela 6.

Tabela 6: Comparação entre as frequências das características sócio demográficas entre os grupos no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

		Grupo Estudo n= 37	Grupo Controle n=47	/X ² /*	p
Situação conjugal	Só União estável	9 (24,3) 28 (75,7)	11 (23,4) 36 (76,6)	0,01	0,90
Escolaridade	Até EFII E.M. ou +	5 (13,5) 32 (86,5)	4 (8,5) 43 (91,5)	0,54	0,46
Profissão	Fora de casa Do lar	33 (89,0) 4 (11,0)	33 (70,0) 14 (30,0)	4,4	0,03
Contato AM	N S	18 (48,6) 19 (51,4)	24 (51,0) 23 (49,0)	0,05	0,82
Tipo de Parto	Cesareana Vaginal	30 (81,0) 7 (19,0)	41 (87,2) 6 (12,8)	0,59	0,44
Sexo	F M	21 (56,8) 16 (43,2)	22 (46,8) 25 (53,2)	0,82	0,36

* *Teste qui quadrado*

Entre os bebês do grupo estudo que foram selecionados a partir da Escala de Avaliação Motora Oral, todos apresentaram escore maior que 11 pontos, sendo o menor escore a soma de 12 pontos positivos e o maior a soma de 22 pontos positivos

IV.3. Avaliação da Performance do Aleitamento Materno na Unidade Neonatal – Primeiro momento de acompanhamento fonoaudiológico presencial na Unidade Neonatal e segundo momento de acompanhamento fonoaudiológico aos 2 meses.

Como já descrito, o grupo estudo passou por avaliação fonoaudiológica da performance do binômio mãe/bebê para o aleitamento materno, sendo avaliados e depois orientados quanto a 5 aspectos relevantes, descritos por SANCHES (2000) na unidade neonatal e depois aos 2 meses de idade em consulta presencial.

Nos cinco aspectos avaliados e orientados houve melhora das notas aos 2 meses de idade quando comparadas ao momento neonatal.

Quanto aos aspectos relacionados às condições das MAMAS antes da mamada as notas poderiam variar de 0 a 10 do pior para o melhor desempenho. Nos primeiros dias de vida na unidade neonatal a mediana das somas recebidas pelos binômios mãe-bebê foi 8,0, indo para 10 aos 2 meses de idade.

Nos aspectos relacionados ao VÍNCULO entre a mãe e o bebê a nota poderia variar de 0 a 6. Nos primeiros dias de vida após o parto

ainda na unidade neonatal a mediana da soma das notas foi 4,0 chegando a 5,0 aos 2 meses de vida do RN.

Quanto aos aspectos relacionados à POSIÇÃO utilizada pelo binômio durante a amamentação, encontramos a mediana de 11,0 no momento neonatal e 18,0 aos 2 meses de vida do RN.

No que diz respeito à PEGA do bebê no seio materno, a mediana das notas foi 4,0 na unidade neonatal, subindo para 8,0 aos 2 meses de idade.

Em relação às condições das mamas e do bebê no FINAL DA MAMADA, a mediana das notas no momento neonatal foi 7,0 e passou a 8,0 aos 2 meses de idade do RN, conforme gráfico 5.

Gráfico 5: Comparação entre as médias da Avaliação da Performance do binômio mãe-bebê para o aleitamento materno no momento neonatal e aos 2 meses de vida do RN (Teste de Wilcoxon pareado $p < 0,01$)

IV.4. Desmame

Através de entrevistas via contato telefônico, coletamos informações com as mães quanto ao tempo de aleitamento materno misto e exclusivo. Através dessa coleta de dados, constatamos que entre o grupo de estudo 67,5% (n=25) não recebiam mais o aleitamento materno aos 12 meses, e no grupo controle, dos 47 envolvidos na amostragem, 70% (n=34) também não recebiam mais o aleitamento materno, conforme tabela 7.

Tabela 7: Comparação entre as frequências de desmame aos 12 meses no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

	Grupo estudo n = 37 n (%)	Grupo controle n = 47 n (%)	/X²/*	p
Fora do AM	25 (67,5)	34 (70)	0,22	0,64
Em AM	12 (32,5)	13 (30)		

AM= Aleitamento materno

***Teste qui quadrado**

O aleitamento materno apresentou mediana de 7 meses no grupo de estudo e 5 no grupo controle, enquanto o aleitamento materno exclusivo obteve mediana de 3 meses em ambos os grupos, conforme tabela 8.

Tabela 8: Comparação entre as medianas de desmame e AME no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

		n	Médiana	/z/	p
Desmame	Estudo	37	7	2,1	0,04
	Controle	47	5		
AME¹	Estudo	37	3	0,6	0,56
	Controle	42	3		

**Teste t student*

1AME= Aleitamento materno exclusivo

Gráfico 6: Distribuição do tempo de ocorrência do desmame no grupo estudo

Gráfico 7: Distribuição do tempo de ocorrência do desmame no grupo controle

Gráfico 8: Distribuição da duração do aleitamento materno exclusivo no grupo estudo

Gráfico 9: Distribuição da duração do aleitamento materno exclusivo no grupo controle

IV.5. Condição de Saúde informada pelas mães aos 12 meses de vida dos bebês

Nas entrevistas via contato telefônico, as mães foram perguntadas a respeito das condições de saúde de seus bebês ao longo do primeiro ano de vida. Quando perguntadas se o bebê apresentou alguma condição desfavorável ao longo dos 12 meses, 19% (n=7) delas referiram que sim no grupo estudo e 27,5% (n=13) no grupo controle. Quando perguntadas em relação a refluxo gastro esofágico, 11% (n=4) referiram ter esta condição diagnosticada pelo pediatra no grupo estudo e 21% (n=10) no grupo controle. Quanto a ocorrência de otites, 8% (n=3) referiram esta condição de saúde ao longo do primeiro ano de vida do bebê no grupo estudo, enquanto que no grupo controle esta porcentagem foi de 13% (n=6), conforme tabela 9 a seguir.

A média do peso dos bebês informados por suas mães aos 12 meses de idade foi de 10 quilos.

Tabela 9: Comparação das frequências das condições de saúde no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

		Grupo estudo n = 37 n (%)	Grupo controle n = 47 n (%)	/X ² /*	p
Cond. Desf. de Saúde	S	7 (19)	13 (27,5)	0,8	0,35
	N	30 (81)	34 (72,5)		
RGE¹	S	4 (11)	10 (21)	1,6	0,2
	N	33 (89)	37 (79)		
Otite	S	3 (8)	6 (13)	0,46	0,5
	N	34 (92)	41 (87)		

**Teste qui quadrado*

¹RGE= Refluxo gastro-esofágico

IV.6. Introdução de Alimentação Complementar

Na coleta de dados aos 12 meses de vida do bebê, as mães referiram informações a respeito dos momentos de introdução das diferentes consistências, líquida, pastosa e sólida, na alimentação do bebê.

A média de tempo para a introdução de outros líquidos que não o leite materno foi de 3,2 meses para o grupo de estudo e 3 meses para o grupo controle, o que coincide com a duração do aleitamento materno exclusivo.

Quanto a introdução de alimentos com consistência pastosa, a média de tempo foi de 5,4 meses para o grupo de estudo e 5,5 meses para o grupo controle.

Em relação a consistência sólida, observamos diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo 7,8 a média de tempo para introdução desta consistência na alimentação dos bebês do grupo de estudo e 9,6 no grupo controle, sendo que neste grupo, 6,38% (n=3) das mães referiram ainda não ter oferecido sólidos a seus bebês.

Os dados descritos acima podem ser visualizados na tabela 10

Tabela 10: Comparação entre as médias de tempo de introdução de consistências alimentares no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

		N	Média (meses)	DP	Mediana (meses)	Min--- Máx (meses)	/t/*	p
Outros líquidos	Estudo	37	3,2	2,2	3	0---7	0,13	0,55
	Controle	47	3	2,1	3	0---8		
Pastosa	Estudo	37	5,4	1,5	5	3---8	0,36	0,36
	Controle	47	5,5	1,4	6	3---9		
Sólida	Estudo	37	7,8	1,5	8	6---12	4,8	<0,01
	Controle	47	9,6	1,8	9	4...>12		

***Teste t student**

IV.7. Utilização de utensílios para a alimentação

Foi investigada a utilização dos utensílios mamadeira com seus tipos de bico (ortodôntico e não ortodôntico, alargado ou não pela mãe), colheres, copos de transição, copos/caneca e canudo.

Em relação ao uso da mamadeira, entre os 37 participantes do grupo de estudo, 94,5% (n=35) referiram que o bebê fazia uso deste utensílio e no grupo controle essa porcentagem foi de 91,5% (n=43). Dos que faziam uso da mamadeira, no grupo de estudo, 65% (n=23) referiram fazer uso de mamadeira com bico ortodôntico e 63% (n=22) negaram alargar o furo deste item. No grupo controle, foram 55% (n=24) que referiram uso de bicos ortodônticos e 45% (n=19) que negaram alargar o furo do bico da mamadeira.

Aos 12 meses de vida, no momento da investigação todas as mães, tanto as que faziam parte do grupo estudo (n=37), como as do grupo controle (n=47) referiram que os bebês utilizavam com frequência

as mãos para pegar os alimentos, sobretudo os sólidos e secos como biscoitos ou frutas

Os copos de transição foram referidos como utensílios utilizados pelos bebês aos 12 meses de idade por 92% (n=34) no grupo de estudo e por 70% (n=33) no grupo controle.

Os copos ou canecas comuns foram referidos como utensílios utilizados pelos bebês aos 12 meses por 57% (n=21) das mães do grupo de estudo e por 36% (n=17) das mães do grupo controle.

Entre os participantes do grupo de estudo, 60% (n=22) das mães referiram que seus bebês faziam uso de canudo assystematicamente para ingestão de líquidos e 27,5% (n=13) referiram o mesmo no grupo controle.

Todos os bebês faziam uso de colheres aos 12 meses tanto no grupo estudo como no controle. A atitude frente à alimentação relacionada a este utensílio também foi investigada, tendo como objetivo saber quem utiliza prioritariamente a colher com objetivo de alimentação, a mãe, o bebê ou os dois igualitariamente. Esta investigação mostrou que no grupo de estudo 38% (n=14) das mães referiram utilizar mais frequentemente os utensílios do que os bebês, 54% (n=20) referiram que mãe e bebê manipulavam igualitariamente e 8% (n=3) referiram que o bebê manipulava os utensílios prioritariamente. Entre as participantes do grupo controle, 44,7% (n=21) referiram que a mãe utilizava prioritariamente os utensílios, 46,8% (n=22) referiram que mãe e bebê os manipulavam, e 8,5% (n=4) referiram que os bebês utilizavam prioritariamente os utensílios para alimentação.

Esses resultados estão apresentados nas tabelas 11, 12, 13 e 14 a seguir:

Tabela 11: Comparação das frequências de utilização de mamadeira no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

		Grupo estudo n = 37 (%)		Grupo controle n = 47 (%)		/X ² /*	p
Mamadeira	S	35	(94,6)	43	(91,5)	0,3	0,6
	N	2	(5,4)	4	(8,5)		

**Teste qui quadrado*

Tabela 12: Comparação das frequências de tipos de bicos e condições do furo das mamadeiras no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

		Grupo Estudo N= 35 n (%)	Grupo Controle N=43 n (%)	/X ² /*	p
Tipo de bico	Não ortodôntico	12 (34,3)	19 (44,2)	0,79	0,37
	Ortodôntico	23 (65,7)	24 (55,8)		
Condições do furo	Alargado	13 (37,1)	24 (55,8)	3,4	0,07
	Normal	22(63)	19 (44,2)		

**Teste qui quadrado*

Tabela 13: Comparação das frequências de utilização de utensílios no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

		Grupo Estudo N= 37 n (%)	Grupo Controle N=47 n (%)	/X ² /*	p
Copo de Transição	N	3 (8,1)	14 (29,8)	6,0	0,01
	S	34 (92,9)	33 (70,2)		
Caneca comum	N	16 (43,2)	30 (63,8)	3,5	0,06
	S	21 (56,8)	17 (36,2)		
Canudo	N	15 (40,5)	34 (72,3)	8,6	0,003
	S	22 (59,5)	13 (27,7)		

**Teste qui quadrado*

Tabela 14: Comparação das frequências quanto à prioridade de uso da colher no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

	Grupo estudo n = 37	Grupo controle n = 47	/X ² /*	p
Mais a mãe	14 (38,0)	21 (44,7)	0,45	0,80
Ambos	20 (54,0)	22 (46,8)		
Mais o bebê	3 (8,0)	4 (8,5)		

***Teste qui quadrado**

Com o objetivo de melhor caracterizar a situação de alimentação, as mães foram interrogadas a respeito de como e aonde seus bebês costumam receber sua principal refeição. Como resultados para a questão “como” ocorre a alimentação, no grupo de estudo obtivemos 16% (n=6) que recebiam a principal refeição sentados em cadeirinha, 24% (n=9) no cadeirão, 27% (n=10) sentados no carrinho, 22% (n=8) sentados no colo, 8% (n=3) no sofá e 3% (n=1) no andador. No grupo controle, 21% (n=10) referiram que o bebê recebe sua principal refeição sentado no carrinho, 19% (n=9) no cadeirão, 19% (n=9) em cadeirinha, outros 19% (n=9) no colo, 13% (n=6) referiram que seus bebês se alimentam andando pela casa, 7% (n=3) no sofá e 2% (n=1) sentado sobre a mesa, conforme tabela 15.

Tabela 15: Frequência das respostas quanto aos hábitos para a principal refeição no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

	Grupo Estudo N= 37 (%)	Grupo Controle N=47 (%)
Cadeirinha	6 (16)	9 (19)
Cadeirão	9 (24)	9 (19)
Carrinho	10 (27)	10 (21)
Colo	8 (22)	9 (19)
Sofá	3 (8)	3 (7)
Andador	1 (3)	0
Andando	0	6 (13)
Sobre a mesa	0	1 (2)

Em resposta a pergunta “aonde” na casa ocorre a principal refeição do bebê, no grupo de estudo obtivemos 49% (n=18) que referiram na cozinha, 27% (n=10) na sala e 24% (n=9) que referiram na sala ou na cozinha. No grupo controle, encontramos 38% (n=18) que referiram ser a cozinha o lugar da casa aonde seu bebê faz as refeições, 23,5% (n=11) na sala ou na cozinha, 21,5% (n=10) na sala, 8,5% (n=4) por toda casa, 6,5% (n=3) no quarto e 2% (n=1) em frente à televisão, como podemos visualizar na tabela 16.

Tabela 16: Frequência das respostas quanto ao local da principal refeição no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

	Grupo Estudo N= 37 (%)	Grupo Controle N=47 (%)
Cozinha	18 (49)	18 (38)
Sala	10 (27)	10 (21,5)
Cozinha / sala	9 (24)	11 (23,5)
Toda a casa	0	4 (8,5)
Quarto	0	3 (6,5)
Frente à TV	0	1 (2)

IV.8. Hábitos orais

Os últimos aspectos interrogados nas entrevistas foram os hábitos orais do bebê, sendo eles, chupeta e sucção digital.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto ao uso da chupeta quando considerado o uso durante os 12 meses de vida do bebê, já que, no grupo de estudo, 24% (n=9) das mães negaram o uso enquanto 19% (n=9) delas referiram o mesmo no grupo controle. No entanto, os dados mostram diferença quando consideramos o hábito que permanece e se mantém, pois no momento da investigação 54% (n=20) das mães referiram que o bebê não usava chupeta no grupo estudo enquanto 27,7% (n=13) referiram o mesmo no grupo controle, conforme tabelas 17 e 18

Tabela 17: Comparação das frequências do uso de chupeta nos últimos 12 meses no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

		Grupo estudo n = 37 (%)	Grupo controle n = 47 (%)	/X ² /*	p
Chupeta	S	28 (76,0)	38 (81,0)	0,33	0,57
	N	9 (24,0)	9 (19,0)		

**Teste qui quadrado*

Tabela 18: Comparação das frequências de uso da chupeta aos 12 meses no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

		Grupo estudo n = 37 (%)	Grupo controle n = 47 (%)	/X ² /*	p
Chupeta	S	17 (46,0)	34 (72,3)	6,0	0,01
	N	20 (54,0)	13 (27,7)		

**Teste qui quadrado*

O hábito de sucção digital foi negado por todas as mães de ambos os grupos.

A mediana de idade em que se iniciou o uso da chupeta foi de 2 meses no grupo estudo e 1,5 no grupo controle, de acordo com tabela 19.

Tabela 19: Comparação entre as medianas de início de uso da chupeta no estudo Desenvolvimento das habilidades de alimentação no primeiro ano de vida, 2012.

		n	Mediana (meses)	/z/*	p
Início do uso de chupeta	Estudo	28	2	0,56	0,57
	Controle	38	1,5		

**Teste t student*

V. DISCUSSÃO

Para iniciar este capítulo, cabe fazer algumas considerações quanto ao desenho do estudo. O desenho inicial previa a aplicação da Escala de Avaliação Motora-Oral em Berçários em ambos os grupos, controle e estudo, entretanto a Comissão de Ética (Capepesq) da FMUSP não concordou com esse desenho, entendendo que o grupo controle estaria sendo privado de assistência. Embora discordássemos, atendemos à solicitação utilizando grupo controle retrospectivamente, comprometendo em parte o desenho inicial.

A intervenção, embora bem definida pela aplicação dos instrumentos relatados, não garante que o grupo controle não esteja sofrendo outros tipos de intervenções por outros meios, o que traz prejuízo na comparação entre os grupos.

Tendo em vista o prejuízo na caracterização da intervenção e não intervenção, nos pareceu mais importante o acompanhamento do desenvolvimento das habilidades de alimentação dos bebês do grupo estudo do que propriamente a comparação das diferenças entre os grupos.

No que tange ao título, poderia ter aparecido o descritor “saúde coletiva”, que me agrada e que traduz uma maneira de se pensar em políticas e de realizar ações de saúde, entretanto seu uso no título deste trabalho talvez remetesse a um cenário exclusivo das práticas públicas de saúde, o que embora configure a grande maioria das ações coletivas

exercidas no país, não tem, ou pelo menos não precisa ter uma relação direta com as ações coletivas, podendo estas serem exercidas e financiadas tanto pelo setor público como pelo setor privado. Desde o período das práticas médico-assistenciais privatistas ocorridas nas décadas 60 e 70 até os dias atuais, a saúde no Brasil, assim como a sociedade e o sistema jurídico–institucional do país vêm mudando, até chegar a um modelo plural, onde o público e o privado cohabitam na saúde bem como em outras áreas da sociedade organizada.

Desse modo, a ideia que pretendemos sustentar, é que as ações coletivas de promoção de saúde e prevenção de doenças possam ganhar espaço nos dois setores da sociedade brasileira.

No que diz respeito às características da amostra faz-se necessário esclarecer alguns pontos quanto às perdas ocorridas. Como visto no capítulo anterior tivemos uma perda de 26% da amostragem do grupo estudo a partir do segundo momento de intervenção. Tal perda provavelmente se deve às dificuldades enfrentadas pelos binômios mãe-bebês para comparecer a sessão de acompanhamento fonoaudiológico, visto que não contavam com incentivo financeiro para despesas com transporte, e que muitas delas moravam em áreas longínquas da zona Sul da cidade de São Paulo, ou ainda em cidades periféricas à capital, como é o caso de Guarulhos ou Itapeverica da Serra.

Mediante tais perdas, realizamos tratamento estatístico do grupo de estudo inicial, que contava com 50 binômios mãe-bebê e do grupo estudo final que contou com 37, objetivando validar as análises e comparações do grupo de estudo nos momentos seguintes.

Como pode-se ver no capítulo anterior, os grupos estudo e controle são semelhantes e portanto comparáveis. Ao analisar as características sócio-demográficas destes grupos, chama a atenção o número e a porcentagem de cesareanas realizadas nesta amostragem, que se encontram bem superiores aos dados nacionais.

O parto normal é mais seguro para a mãe e para o bebê, mas mesmo assim a quantidade relativa de cesáreas ainda é alta no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Dados do Datasus de 2009 mostram que as cesarianas correspondem a 632.361 das internações pagas, enquanto o parto normal corresponde a 1,19 milhão das internações

A cesariana é indicada apenas em casos de risco para a mãe e/ou bebê, mas é comum a cirurgia ser marcada sem uma indicação precisa, o que aumenta os riscos de complicação e morte para ambos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A alta prevalência das cesáreas leva a uma série de prejuízos: para o bebê, para a mãe e para o SUS. Estudos demonstram que fetos nascidos entre 36 e 38 semanas, antes do período normal de gestação (40 semanas) têm 120 vezes mais chances de desenvolver problemas respiratórios agudos e, em consequência acabam precisando de internação em UTI Neonatal. Além disso, no parto cesárea há uma separação abrupta e precoce entre mãe e filho, num momento primordial para o estabelecimento de vínculo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Para as mães, as cesáreas significam mais chances de sofrer hemorragia ou infecção no pós-parto e uma recuperação mais difícil. Por essas razões, o ministério incentiva às mulheres a reivindicar o direito de

dar à luz por meio do parto normal, com autonomia e segurança. Por meio de suas ações e publicações, baseadas em evidências científicas, o ministério também incentiva os profissionais de saúde a oferecerem suporte às escolhas das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Para o SUS, o parto cesáreo significa mais custos. Em média, o valor desse procedimento fica entre R\$ 647,00 e R\$ 1.012,00 e do parto normal entre R\$ 445,00 e R\$ 638,00 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A falta de informação sobre os direitos da mulher, contribui para que muitas delas não participem da escolha do tipo de parto mais adequado à realidade de saúde, mesmo nas classes mais altas. Estudos epidemiológicos apontam que, no Brasil, há uma inversão: tem-se um maior número de cesarianas na população de classes mais altas, que contam com melhores condições de vida e saúde, quando o esperado seria justamente o contrário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O ministério da Saúde também esclarece que cesárea anterior, gestação gemelar e tamanho do feto, por exemplo, não são determinantes para uma cesariana.

A constatação deste alto índice de cesareanas na amostragem, reflete a falta de compromisso do serviço com os direitos e saúde da mulher e da criança, visto que a mesma situação também ocorria com o aleitamento materno, já que não havia, a despeito desta pesquisa, nenhum tipo de orientação e incentivo do aleitamento materno na rotina do berçário. Frente à menor dificuldade encontrada pela dupla mãe –bebê para a amamentação natural, oferecia-se a mamadeira, e ainda que a mãe fizesse questão do aleitamento materno exclusivo, mamadeiras eram

rotineiramente oferecidas aos neonatos nos momentos em que se encontravam no berçário.

A simples constatação do número exagerado de cesareanas, bem como de uma rotina de berçário que desfavorece o aleitamento materno, fortalece a necessidade de pesquisas como o presente estudo e justifica a natureza do mesmo.

Ainda com relação às características sócio-demográficas, foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudo e controle para a variável profissão, sendo que o grupo controle contou com maior prevalência de mães que referiram ser “do lar” e portanto não trabalhavam fora no momento da pesquisa do que no grupo estudo. Acreditamos que tal diferença entre os grupos não se traduziu em viés de seleção, visto que na II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno das capitais brasileiras de 2009 chama atenção o predomínio do AME entre as mulheres que estavam em licença-maternidade no momento da pesquisa, e portanto, a presença da mãe em casa e não no trabalho parece ser favorável às práticas saudáveis de alimentação, logo, tal diferença não traria melhores resultados para o grupo estudo.

O Formulário de Observação Fonoaudiológica da Amamentação (SANCHES, 2000), que avalia a performance do binômio-mãe-bebê nos aspectos mamas, vínculo, posição, pega e mamada foi utilizado neste estudo para avaliar a situação de amamentação e nortear o trabalho de orientação e incentivo do aleitamento materno. O método empregado permite afirmar que de maneira geral, os cinco aspectos observados e orientados obtiveram ganho na performance aos 2 meses de vida. e que

os aspectos que obtiveram maior ganho entre a primeira avaliação no período neonatal e aos 2 meses de vida do bebê foram as condições da pega e o posicionamento.

Estudos que visam encontrar dificuldades iniciais na amamentação utilizam protocolos similares ao utilizado nesta pesquisa, baseados no formulário oficial proposto pela UNICEF, algumas vezes adaptado.

Marques e Melo, 2008 utilizaram o protocolo sugerido pela UNICEF adaptado por Carvalhares para avaliar a amamentação de bebês em alojamento conjunto. O protocolo adaptado consta de cinco aspectos: posição, respostas, afetividade, anatomia e sucção. Como resultados obtiveram que 44% dos binômios estudados apresentaram escores ruins para sucção, 54% das duplas apresentaram dificuldades de posicionamento, 34% escores ruins para a anatomia dos mamilos e 25% apresentaram respostas negativas para afetividade entre mãe e bebê. Ressaltam que as dificuldades foram mais significativas quando o parto foi cirúrgico e quando a mãe não recebeu orientações sobre o aleitamento. Finalmente concluem que um grande número de binômios mãe/bebê apresentam comportamento sugestivo de dificuldades iniciais na amamentação e observam a necessidade de realização de um trabalho de orientação junto às mães o quanto antes afim de proporcionar a técnica correta de amamentação.

Confrontando o estudo de Marques e Melo, 2008 com a presente pesquisa, encontramos pontos em comum no que diz respeito a comprovar a necessidade do trabalho de orientação junto às mães baseado em observação sistemática e em protocolos já estabelecidos,

entretanto no presente estudo não se tem como objetivo conhecer a prevalência das dificuldades iniciais encontradas pelos binômios mãe/bebê na amamentação, mas as toma como ponto de partida, sobretudo quando primigestas e a partir daí, tentamos verificar se um trabalho de orientação fonoaudiológica é capaz de reverter o quadro de dificuldades e incentivar a boa performance do aleitamento materno, dentro de um contexto maior que é a alimentação do bebê durante os primeiros 12 meses de vida.

Desse modo torna-se importante discutir como os profissionais de saúde podem intervir em cada um dos aspectos avaliados pelo protocolo utilizado.

Considerando-se que rotinas hospitalares e práticas de profissionais de saúde podem facilitar o estabelecimento e a duração do aleitamento materno, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) centram esforços para a instituição de uma política pública de incentivo à amamentação desde a década de 80. Em 1991, foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a qual propõe modificações nas rotinas das maternidades para atender os Dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Um desses passos – o de número 2 – sugere que todos os profissionais da equipe que prestam assistência às mães e aos bebês sejam treinados adequadamente no manejo clínico da amamentação. Esse treinamento é feito por meio de cursos que enfatizam a avaliação da mamada por meio de protocolo específico (formulário de observação e avaliação da mamada), com observação da postura corporal da mãe/bebê, respostas

do bebê (comportamento global), vínculo emocional entre mãe/bebê, anatomia da mama, aspectos da sucção e funcionamento oral. O objetivo primordial do treinamento da avaliação da mamada é o de identificar problemas no início da amamentação e verificar qual grupo de mães/RN apresenta necessidades especiais e requer apoio para um início bem-sucedido (SANCHES, 2004).

Na avaliação da mamada, é importante observar dois pontos-chave: posicionamento e pega. A posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao complexo aréolo-mamilar, resultando no que se denomina de má pega. Esta, por sua vez, interfere na dinâmica de sucção e extração de leite, podendo gerar traumas mamilares, dor e desconforto para a mãe, dificultando inclusive a continuidade do aleitamento, caso não seja devidamente corrigida (SANCHES, 2004).

Figura 2: Pega adequada durante aleitamento materno

É importante também que os profissionais de saúde estejam atentos para as condições gerais das mamas e mamilos, observando ingurgitamento e traumas mamilares, situações que dificultam sobremaneira a amamentação. Também é importante observar vínculo entre mãe e filho pela forma de segurar o bebê, toques físicos durante a mamada e contato visual. Numa avaliação efetiva da mamada, deve-se observar a dupla antes, durante e depois da mamada, com o objetivo de conferir o grau de satisfação do bebê e de conforto (ausência de dor) da mãe (SANCHES, 2004).

Além dos fatores já mencionados, podem ocorrer transtornos de sucção mais específicos em bebês a termo, saudáveis e sem intercorrências clínicas, denominados disfunções motoras-orais. Estas são consequência de imaturidade neurológica do RN, dor facial (como a decorrente do uso de fórceps), características anatômicas individuais e fatores iatrogênicos, como o uso de bicos artificiais. Logo após o nascimento, alguns RN apresentam incoordenação dos reflexos orais, necessitando de alguns dias para desenvolver um padrão mais maduro, o que pode ocorrer simultaneamente ao processo de apojadura, no terceiro ou quarto dia pós-parto. Podem ocorrer, ainda, alterações de natureza anatômica no funcionamento oral tanto do bebê (palato mais alto, mandíbula mais retraída ou freio lingual encurtado ou totalmente fixo – anquiloglossia – , apresentando, assim, maior dificuldade de pega) como da mãe (mamilos pouco elásticos, planos, invertidos ou excessivamente longos). Nesses casos, torna-se necessário intervir para auxiliar os bebês

a realizarem adequadamente a pega e a extração de leite da mama de suas mães (SANCHES, 2004).

As disfunções orais podem ser identificadas precocemente mediante anamnese dirigida, avaliação oral do RN e observação minuciosa da mamada. Esses procedimentos devem fazer parte do serviço das maternidades, e, para isso, sugere-se treinamento constante dos profissionais (obrigatórios nos hospitais credenciados como Amigo da Criança – OMS/UNICEF) para a realização da avaliação da mamada e atuação da equipe interdisciplinar, incluindo fonoaudiólogo sempre que possível na rotina nas maternidades (SANCHES, 2004).

Os resultados obtidos em relação a duração do aleitamento materno e à ocorrência do desmame, não refletiram os mesmos obtidos pelo ministério da saúde, o que pode ser explicado pela diferença de metodologia empregada para a obtenção dos mesmos. No presente estudo a informação sobre duração do aleitamento materno foi obtida aos 12 meses de vida do bebê e neste momento a mediana de duração do aleitamento materno foi de 7 meses para o grupo estudo e 5 para o controle. De acordo com a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e distrito federal de 2009 a duração mediana do AM na cidade de São Paulo foi de 292 dias (9,6 meses). Entretanto na pesquisa do Ministério da Saúde, foram considerados bebês entre 9 e 12 meses de vida para a obtenção deste resultado. O aleitamento materno exclusivo (AME) teve duração mediana de 3 meses tanto no grupo de estudo como no grupo controle da presente pesquisa. De acordo com a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas

capitais brasileiras e distrito federal de 2009 a duração mediana do AME na cidade de São Paulo foi de 54,8 dias (1,8 meses). A prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras. É interessante observar que o comportamento desse indicador é bastante heterogêneo entre as regiões e capitais brasileiras. A região Norte foi a que apresentou maior prevalência desta prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%). Para a obtenção dos resultados, a pesquisa do MS levou em consideração os bebês até 6 meses de idade. Para a obtenção dos resultados da presente pesquisa, objetivando minimizar possível viés de memória, a perguntando sobre o AME aos 6 meses e depois aos 12 meses. Caso as informações não tivessem coerência, as mães eram solicitadas a rever suas respostas e afirmar qual era a mais coerente. Portanto levamos em consideração a última resposta da mãe aos 12 meses de vida do bebê.

Com relação à prevalência do aleitamento materno aos 12 meses obtivemos prevalência de 32,5% dos bebês em aleitamento materno no grupo estudo e 30% no grupo controle, resultados esses inferiores aos da Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nos Municípios Brasileiros de 2010, que refere 48,7% de prevalência de bebês em aleitamento materno na cidade de São Paulo, entretanto a pesquisa do Ministério da Saúde considera esta prevalência em bebês de 9 à 12 meses.

No conjunto das capitais brasileiras e DF, a prevalência do AM em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7% no conjunto das capitais brasileiras e DF. A região Norte apresentou a melhor situação (76,9%), seguida das regiões Centro-Oeste (64,1%), Nordeste (59,1%) e Sudeste (51,4%). Com relação a esse indicador, a pior situação é a da região Sul (49,5%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A partir da análise comparativa pudemos constatar que o grupo acompanhado e orientado apresentou maior duração de aleitamento materno e consequente ocorrência mais tardia do desmame do que o grupo controle e que essa diferença foi estatisticamente significativa. O mesmo não ocorreu em relação à duração do aleitamento materno exclusivo. Apesar de parecer que as orientações oferecidas colaboram com a melhora da performance do aleitamento materno e diminuem as dificuldades iniciais encontradas na amamentação, além de prolongar a duração do aleitamento materno, ainda que misto, não podemos afirmar que essa assistência, isoladamente, garanta ou prolongue, a sua duração, seja ele misto ou exclusivo, vistos os inúmeros fatores que envolvem as circunstâncias do aleitamento materno e sua complexidade. Entre eles, a idade e a escolaridade materna, a presença ou não de um parceiro, a renda familiar, o tipo de parto, o contato com o aleitamento materno anteriormente, o estilo de vida, a ocupação da mãe, a licença maternidade, as condições sócio-geográficas, como as apresentadas pelas pesquisas de prevalência do Ministério da Saúde, além dos fatores psicológicos, afetivos ou simplesmente a vontade da mãe.

Todos esses fatores foram considerados, na medida que procuramos grupos homogêneos e portanto passíveis de comparação para responder à hipótese inicial levantada final do primeiro capítulo, que é identificar se o acompanhamento fonoaudiológico pode influenciar nos comportamentos e habilidades de alimentação do bebê no primeiro ano de vida.

Embora não tenhamos evidenciado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos estudo e controle quanto às condições gerais de saúde do bebê, presença de RGE ou otites diagnosticadas pelo pediatra, estudos mostram que frequentemente tais condições estão associadas a hábitos inadequados de alimentação como oferta de dietas liquidificadas e em posição deitada, além de favorecer o aparecimento de quadros respiratórios crônicos e pneumonias de repetição (VANDENPLAS ET AL, 2009; GUEVARA & TOLEDO, 2011)

No que diz respeito à introdução de alimentação complementar, pautamos nossos objetivos em coletar informações quanto a introdução das diferentes consistências alimentares ao cardápio da criança, vista a escassez de informação por parte das mães sobre a importância deste aspecto e visando contemplar a perspectiva fonoaudiológica do estudo.

A densidade dos alimentos não deve ser desconsiderada e a alimentação complementar do bebê não deve ser oferecida na mamadeira; no início a papa pode ser peneirada em malha grossa, passando para amassada com o garfo, depois em pedaços (alguns autores recomendam não passar pela peneira e iniciar com alimentos amassados, e ser oferecida na colher, sempre levando em consideração

as habilidades e o desenvolvimento motor e neurológico do bebê. As refeições devem ser oferecidas conforme a disponibilidade do bebê e os horários da família e ser divididas em três grandes refeições e dois lanches para as que não são amamentadas e três refeições para as que são amamentadas. Estas refeições deverão ser introduzidas uma a uma, e o ideal é que se aguarde aproximadamente um mês para introduzir uma nova refeição (DOMÈNECH, 2006; MOURA, 2002; BRAZELTON & SPARROW, 2005; OLIVEIRA et al, 2005)

Estudos têm mostrado que a aquisição motora global influencia as aquisições motoras orais, por isso é muito importante levar em conta o desenvolvimento normal das habilidades de alimentação da criança (tabela 2) ao introduzir um novo alimento, uma nova textura ou um novo utensílio, considerando a inter-relação entre eles. Alimentar-se requer aprendizado de movimentos motores e manutenção da postura corporal, o que influenciará as habilidades orais para aprender, morder e controlar o alimento na boca. Não apenas a idade deve ser observada quando se introduz novos alimentos, é necessário respeitar o desenvolvimento da criança. Os próprios bebês são capazes de mostrar quando estão prontos para receber novos alimentos. Através da observação do ganho de peso, do controle de cabeça e tronco (a estabilidade oral está diretamente relacionada à estabilidade de pescoço e ombros, e esta, por sua vez, está diretamente relacionada a estabilidade de tronco e pélvis), da maturidade sensorial (capacidade de levar objetos à boca e testar novas texturas) e do comportamento comunicativo (verbal e não verbal) no momento das refeições, pode-se avaliar qual será o melhor momento da introdução de

determinados alimentos ou utensílios (XAVIER, 1998; MORRIS, 2007; ARVEDSON, 1993; ARVEDSON & BRODSKY, 1993).

Quadro 4: Desenvolvimento normal das habilidades de alimentação (em meses)

0-5	Mão à boca
2-4	Mão à mamadeira
4	Colher é introduzida
4-6	Caneca é introduzida
5-6	Segura a mamadeira com 2 mãos
5-7	Semi-sólidos na colher
6	Bolacha na boca brevemente
6	Vedamento labial ao redor da colher
6	Começa a mascar – ação vertical da mandíbula
7	Início da mastigação – movimentos rotatórios da mandíbula
6-8	Sucção de líquidos com caneca ou copo
8-9	Ajuda com a colher
9	Leva a bolacha à boca
9-10	Bebe na caneca com ajuda da mãe que segura
10-11	Movimento de pinça na alimentação
12	Independência na alimentação: segura a colher com a mão
12	Segura a caneca com as duas mãos
12	Segura a mamadeira sozinho
15-24	Habilidades refinadas para alimentação independente

Fonte: Pediatric Swallowing and Feeding Assessment and Management, (Arvedson & Brodsky, 1993.) Tradução: Cláudia Xavier, 1996*

A média de tempo de introdução de outros líquidos que não o leite corresponde ao Tempo de duração do aleitamento materno exclusivo (AME), já discutido no início deste capítulo.

A análise dos nossos resultados mostra que as médias de tempo para a introdução de alimentos pastosos (5,4 meses para o grupo estudo e 5,5 para o grupo controle) apresentaram-se superiores a recomendada pela literatura apresentada, visto que a introdução da colher aos 4 meses,

corresponde ao tempo de introdução da alimentação pastosa. A alimentação pastosa deve ser espessa desde o início e oferecida na colher. Sopas liquidificadas, com todos os alimentos misturados, tornam imperceptível o colorido e o sabor distinto de cada alimento, além de prejudicar a dinâmica oral da criança que se habitua a não mastigar. A consistência dos alimentos deve ser pastosa inicialmente e aumentada gradativamente (ALCÂNTARA & XAVIER, 2007). Mediante a possibilidade motora das estruturas orais, bebês a partir dos 4 meses já têm condições de alimentar-se com pastosos oferecidos na colher. No entanto, como já vimos em outros momentos deste estudo, a UNICEF, OMS e os MS recomendam o AME até os 6 meses de idade. Se considerarmos a ocorrência de alergias alimentares, pesquisas mostram que bebês que tiveram contato mais tardio a outros alimentos têm maior probabilidade de apresentar alergias alimentares no futuro, e portanto recomendam a oferta de outros sabores, que não o leite materno, anteriormente aos 6 meses de idade. Portanto o momento inicial da introdução de alimentação complementar, não é consenso entre a literatura e especialistas em alimentação infantil.

Na prática fonoaudiológica clínica junto à alimentação de bebês, parece ocorrer atraso na oferta de alimentação sólida. Seja pelas dificuldades sócio culturais e econômicas das famílias, seja por motivos individuais do bebê, da mãe ou do cuidador, notamos fortemente uma tendência em prolongar a oferta de leite na mamadeira e sopas em consistências líquida ou pastosa e homogênea por um período que ultrapassa os 12 meses de vida, o que parece estar diretamente

relacionado com a escassez de informação por parte da população sobre as implicações desse atraso no sistema motor orofacial da criança.

Conforme o quadro 2, o início da mastigação ocorre perto dos 7 meses de vida do bebê, conseqüentemente com essa idade eles se encontram hábeis para o início da alimentação sólida (ARVEDSON & BRODSKY, 1993).

Confirmando a observação da prática clínica fonoaudiológica, as mães que não receberam acompanhamento fonoaudiológico iniciaram a alimentação sólida de seus bebês com um atraso significativo quando comparadas ao grupo estudo (7,8 meses para o grupo estudo e 9,6 para o grupo controle). O acesso à informação e a orientação fonoaudiológica mostraram-se valiosos na mudança deste comportamento alimentar.

A mamadeira é o utensílio de transição mais prevalente, independente do nível sócio-econômico e mesmo em crianças amamentadas no seio. Entretanto, os alimentos líquidos devem ser oferecidos no copo e não através da mamadeira que é uma fonte de contaminação pela dificuldade de limpeza e higienização adequada. Não deveria haver lugar para a mamadeira como utensílio na alimentação complementar. O ideal é que os alimentos líquidos sejam oferecidos no copo assim que o bebê tiver habilidade para tal, ou seja, entre 4 e 6 meses. Aos 12 meses o bebê já é capaz de segurar uma colher sem ajuda e um copo com duas mãos, de forma que não justificativa para o uso de mamadeira nessa idade, nem mesmo para alimentos líquidos, incluindo o leite artificial. Entretanto, corroborando com a literatura, os resultados desta pesquisa mostram que a maioria dos bebês faz uso deste utensílio

e que embora as mães tenham sido orientadas ainda hoje prevalece a “cultura da mamadeira” (ALCÂNTARA & XAVIER, 2007).

Partindo da premissa que vivemos a “cultura da mamadeira”, uma adequação relativa quanto ao tipo de bico e tamanho do furo buscam minimizar a interferência deletéria deste utensílio no desenvolvimento das habilidades de alimentação do bebê. Os resultados mostram que não houve diferença entre o grupo estudo e controle quanto a estes aspectos, embora apareça uma prevalência discretamente maior do uso de mamadeiras com bicos ortodônticos e furos não alargados no grupo acompanhado.

Para uma evolução gradual do uso de utensílios para a ingestão de líquido, foram orientados copos de transição a partir do quarto mês e canecas e canudos a partir do sexto mês. Como resultados, obtivemos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na utilização destes utensílios. Tais dados foram obtidos de forma secundária, a partir de respostas das mães via contato telefônico em ambos os grupos. Para a obtenção destes dados, assim como os dados referentes ao aleitamento materno, também houve preocupação em minimizar a possibilidade de viés de memória, sendo colhidos aos 6 e aos 12 meses e confrontadas as respostas em caso de incompatibilidades.

Como já vimos, a literatura mostra que o bebê está apto a receber alimentos pastosos na colher a partir quarto mês de vida. No presente estudo não objetivamos identificar o momento de início da utilização da colher, mas sim, se o bebê fazia uso deste utensílio e sua atitude frente a colher aos 12 meses.

Dados como esse, bem como as frequências de respostas sobre “como” e “aonde” ocorre a alimentação da criança nos ajudam a caracterizar o momento e a situação da alimentação nos lares e a compreender que as dificuldades não se restringem àquelas iniciais encontradas na amamentação e já aqui citadas, mas também passam pelas dificuldades das famílias em estabelecer hábitos, comportamentos e rotinas favoráveis a situação de alimentação. A despeito de comparações entre os grupos, verificamos em ambos, situações desfavoráveis, como alimentar o bebê no andador, no carrinho, em frente à televisão ou no sofá, o que nos leva a acreditar que mais estudos devem ser realizados objetivando conhecer e caracterizar como as famílias enfrentam a situação de alimentação e quais medidas podem ser tomadas, no âmbito da saúde coletiva a fim de encontrar estratégias que permitam não só o melhor desenvolvimento das habilidades de alimentação da criança, mas também melhor qualidade nas relações familiares desde a primeira infância. Será que o momento da alimentação não pode ser um ponto de partida pelo qual a família, na condição de primeiro meio social do ser humano, venha se compreender e se estruturar?

A alimentação é um ato de relacionamento do indivíduo com o mundo e está fortemente ligada à aprendizagem social e cultural, e cada cultura tem seu próprio ritual em torno do alimento (MADEIRA & AQUINO, 2003; THÈVENOT & NAOURI, 2004). Hábitos, assim como as preferências alimentares, são aprendidos pelo exemplo, portanto a família desempenha um papel fundamental na introdução de rotinas e hábitos

alimentares saudáveis da criança, algo que se inicia quando ela é ainda bebê (MOURA, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE/OPAS, 2002)

Alimentar-se é uma questão de sobrevivência; a fome é um instinto básico, uma necessidade biológica e natural, entretanto algumas crianças se recusam sistematicamente a serem alimentadas. Muitas vezes o problema está relacionado a maus hábitos alimentares. A falta de conhecimento das etapas de desenvolvimento da criança por parte de alguns pais/cuidadores também pode interferir na boa alimentação, pois as crianças querem maior independência e muitos pais se sentem desafiados; ocorre então uma verdadeira guerra em torno da comida, e com certeza os pais serão derrotados (MADEIRA & AQUINO, 2003; THÈVENOT & NAOURI, 2004; BRAZELTON & SPARROW, 2005).

O desenvolvimento do comportamento alimentar infantil depende de muitos fatores e problemas relacionados com os maus hábitos são de fácil prevenção e solução. Algumas sugestões podem ser úteis para evitar que se chegue a essa situação, por exemplo, estar atentos à comunicação não-verbal da criança com relação ao alimento. Ela pode demonstrar sua aceitação ao alimento por inclinar o corpo para a colher e o alimento, levar a mão ou a colher ao alimento, sorrir para a comida, abrir a boca e começar a sugar e emitir sons; pode demonstrar que não deseja o alimento por girar a cabeça e o corpo para longe da colher e do alimento, olhar para baixo ou jogar o alimento para longe de si, empurrar a colher ou a mão do cuidador afastando-o, mostrar olhares afligidos, fechar a boca firmemente enquanto a colher se aproxima, ou gritar. Crianças devem ser alimentadas com supervisão e precisam ser

encorajadas a comer com independência (enquanto a criança tenta comer com a própria colher, os pais podem oferecer o alimento outra), e nada impede que ela, mesmo bem pequena, participe das refeições com a família, o que poder ser de ajuda para que ela aprenda a comer alimentos variados, evitando assim a monotonia, e se sinta motivada a comer (BRAZELTON 1988, 2005; ALCÂNTARA & XAVIER, 2007).

Em torno do final do primeiro ano o bebê quer fazer suas escolhas. Compreender as necessidades de autonomia da criança e promover situações de alimentação mais adequadas, tanto nesse momento como em outros posteriores, é muito importante para seu desenvolvimento físico e social normal. Comer sozinho é um passo importante na busca da independência e autoconfiança da criança, mas isso requer muito treino e a “bagunça” que o bebê faz precisa ser ignorada para o bem da boa convivência familiar. O momento das refeições deve ser prazeroso e as crianças devem ser incentivadas a se alimentar, mas sem serem forçadas, chantageadas, tapeadas ou punidas (ALCÂNTARA & XAVIER, 2007).

Na alimentação, assim como para o restante, as crianças precisam de disciplina e parâmetros e isso para um bebê significa rotinas. Assim, existe uma rotina de sono, de banhos, de passeios e também alimentação. A criança não necessariamente deverá ter horários rígidos de alimentação, mas uma rotina. Um exemplo claro é a livre demanda e a tendência dos pais em confundirem o choro do bebê com fome; livre demanda não quer dizer mamar o tempo todo, mas deixar que o bebê estabeleça seu próprio ritmo de alimentação e intervalos de mamada

(SPINELLI, 2000; MOURA, 2002). Ao se introduzir a alimentação complementar, isso também deverá ser levado em consideração. Não há necessidade de oferecer comida e guloseimas a todo o momento à criança; ela deverá ter uma rotina com horários mais ou menos estabelecidos, mas não excessivamente rígidos, para fixar um hábito adequado de comer, a fim de dar a ela a oportunidade de sentir fome e desejar se alimentar (ALCÂNTARA & XAVIER, 2007).

A hora da alimentação é uma oportunidade para todos relaxarem e desfrutarem da companhia um do outro, enfim, para o conhecimento mútuo. Os alimentos são muitas vezes usados como expressão de carinho e por isso as refeições devem ser prazerosas, com troca carinhosa entre a criança e o cuidador. A criança precisa de que acreditem nela, precisa de exemplo, de limite, de muito amor e carinho, e também de firmeza e disciplina (ALCÂNTARA & XAVIER, 2007).

A alimentação prazerosa é um dos elementos da organização emocional do aprendizado do bebê. A criança, ao se alimentar, atende a suas necessidades instintivas e satisfaz à mãe, provando-lhe sua vontade de viver; daí o fato da alimentação tornar-se o criador de relações afetivas positivas e pessoais. Este aprendizado, se adequado, orienta e organiza os demais contatos (QUINTELLA, et al, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde são considerados “bicos artificiais” tanto as mamadeiras quanto as chupetas

O Ministério da Saúde não recomenda o uso de chupeta nem de mamadeira, pois existe uma associação entre o uso de chupeta e mamadeira e a duração do aleitamento materno. A Região Norte, onde

mais se amamenta no Brasil (média de 434,81 dias), apresenta menor prevalência do uso de chupeta e mamadeira.

O Levantamento do Ministério da Saúde mostra que, entre 1999 e 2008, houve redução expressiva do uso de chupeta em crianças menores de 12 meses. Em 1999, 57,7% dos bebês menores de 12 meses usavam chupeta no país. Em 2008, esse percentual caiu para 42,6%, uma variação de 15,1%. O estudo levou em consideração as 27 capitais e outros 239 municípios, o que somou informações de 34.366 crianças.

A queda no uso de chupetas foi percebida em todas as regiões. Maceió foi a capital que apresentou a maior redução no uso de chupeta (20 pontos percentuais). Na região Norte, apenas 25,5% das crianças menores de 12 meses usam chupeta. A região Sul possui o maior índice com 50,6%. Esses e outros dados fazem parte da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF (PPAM), divulgada durante a Semana Mundial de Amamentação (www.saude.gov.br. Acessado em março de 2012)

Na pesquisa de 2008 verificou-se que, para o total das crianças menores de 12 meses analisadas, foi frequente também o uso de mamadeira (58,4%). O uso de mamadeira foi mais registrado na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50,0%).

Ao se considerar a amamentação não apenas um ato biológico, mas também social e cultural, percebe-se que o Brasil, como um país continental, apresenta diferentes realidades e questões culturais diversas. O uso da chupeta e da mamadeira, ambos muito arraigados em

determinadas regiões, são difíceis de eliminar. (www.saude.gov.br. Acessado em março de 2012)

Tanto para chupeta quanto para mamadeira, as diferenças entre as regiões Norte e Sul/Sudeste são prioritariamente culturais. Por exemplo, no Norte, há uma presença mais forte de populações indígenas. Na região Sul e Sudeste, a pressão do mercado de trabalho exige que a mulher fique mais distante do filho. Além disso, aspectos da vida moderna, como o trânsito e a distância entre o trabalho e a casa, distanciam a mulher do bebê e do aleitamento exclusivo por seis meses, o que o Ministério da Saúde preconiza. (www.saude.gov.br. Acessado em março de 2012)

No presente estudo, a análise dos resultados mostrou que a prevalência foi mais alta quando a coleta do dado incluiu os bebês que usaram a chupeta nos últimos 12 meses, mas não necessariamente ainda fazem uso dela. No entanto encontramos diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudo e controle quando considerado o hábito que permanece, isto é, quando inclui apenas os bebês que fazem uso da chupeta no momento da pesquisa. A interpretação destes resultados pode evidenciar, que embora ainda frequente, parece haver uma redução na duração do uso quando as mães são orientadas quanto aos efeitos deletérios do uso da chupeta e acompanhadas pelo setor de fonoaudiologia. Nos resultados obtidos quanto ao hábito que permanece, isto é, aquele que se mantém, obtivemos no grupo controle uma prevalência semelhante, embora um pouco superior ao resultado do levantamento do Ministério da Saúde para a capital de São Paulo (grupo

controle: 72,3%, e SP pelo MS: 64,8%). No grupo estudo, obtivemos resultado de prevalência inferior ao resultado do levantamento do Ministério da Saúde para a capital São Paulo e semelhante ao conjunto das capitais brasileiras (grupo estudo: 46%, e capitais brasileiras pelo MS: 42,6%), o que fortalece o efeito da assistência para esta variável.

Figura 3: Equipe neonatal

VI. CONCLUSÕES

O grupo acompanhado pelo serviço de fonoaudiologia mostrou:

- Melhor desempenho do aleitamento materno aos 2 meses de idade quando comparado ao momento neonatal;

Quando comparado ao grupo controle mostrou:

- Maior duração do aleitamento materno e portanto desmame mais tardio;
- Mais adequação no tempo de introdução da consistência sólida na dieta da criança;
- Utilizar mais os utensílios copo de transição, canecas e canudos;
- Menor prevalência do uso de chupeta aos 12 meses de vida do bebê.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCÂNTARA, J.P; XAVIER, C.S. Alimentando bebês saudáveis no primeiro ano de vida. Monografia CEPEF – centro de Especialização em Fonoaudiologia, 2007.
2. ANDRADE, C.R.F. Ações fonoaudiológicas na saúde materno-infantil. In: Andrade CF, organizador. Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. São Paulo: Editora Lovise; 1996. p. 25-42.
3. ANDRADE, C.R.F. Fonoaudiologia e Saúde Pública. Pró-fono, Carapicuíba, 2000.
4. ANDRADE, C.R.F; GARCIA, S.F. A influência do tipo de aleitamento no padrão de sucção dos bebês. Pró-Fono Revista de atualização Científica 1998;10:40-4.
5. ANDRADE, C.R.F; GULLO, A. As alterações do sistema motor-oral dos bebês como causa das fissuras/rachaduras mamilares. *Pediatrics* (São Paulo) 1993;15:28-33.
6. ANDRADE, C.R.F; LOPES, D.M.B; WERTZNER, H.F. Uma reflexão sobre a fonoaudiologia preventiva. In: REUNIÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 43. Rio de Janeiro, 1991. v.43. p.152-3.
7. ANDRADE, I.S.N; GUEDES, Z.C.F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método mãe-canguru com os cuidados tradicionais. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* Vol 5, n.1, pp.61-69, 2005
8. ARVEDSON, J.C. Oral-motor and feeding assessment. In: Arvedson JC, Brodsky L. *Pediatric swallowing and feeding: assessment and management*. San Diego: Singular Publishing Group Inc. 1993.
9. ARVEDSON, J.C; BRODSKY, L. Anatomy, Embryology, physiology, and normal development. In: Arvedson JC, Brodsky L. *Pediatric swallowing*

and feeding: assessment and management. San Diego: Singular Publishing Group Inc. 1993.

10. ARVEDSON, J.C; BRODSKY, L. Pediatric Nutrition. In: Arvedson JC, Brodsky L., editores. Pediatric swallowing and feeding assessment and management. 2ed. San Diego: California. Singular Publishing Group 2002. p. 233-76.
11. ASHA - AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. The role of speech-language pathologist in assessment and management of oral myofunctional disorders. Asha 1990;31 :7.
12. ARONIS, E.A. Um olhar fonoaudiológico sobre o recém nascido. In: *Org: CAMAROTTI, M.C. Atendimento ao bebê. Uma abordagem interdisciplinar.* Casa do Psicólogo.
13. ARONIS, E.A.; DEGIOVANI, V.M Atuação fonoaudiológica junto à maternidade: Alojamento conjunto e berçário de alto risco. In: A Fonoaudiologia nas Instituições. Editora Lovise, 1997.
14. ARONIS, E.A.; FIORINI, M.C. Aleitamento materno e alimentação na primeira infância sob o enfoque fonoaudiológico. Ver. Memnon. Temas sobre o desenvolvimento, v.5 nº 30, pag24-27, 1997.
15. ARONIS, E.A.; PIRES, R.M.R.; RODRIGUES, S.V. Acompanhamento fonoaudiológico da recém-nascida R.L.P. In: *Temas sobre o desenvolvimento.* Revista Memnon. Vol 7 nº 52 Set-Out, 2000
16. ARVEDSON & BRODSKY. Pediatric Swallowing and Feeding – Assesment and management. Singular Publishing Group, Inc. San Diego, California, 1993.
17. BARBOSA, L.C; MARTINS, M.C; SILVA, V.A.G; CARVALHO, Q.C.M; Dor na criança desnutrida: percepção da mãe. Ver. Latino-am Enfermagem 2005; 13(4): 596-8.
18. BARBOSA, C, SCHNONBERGER, M.B. Importância do aleitamento materno no desenvolvimento da motricidade oral. In: Marches IQ, Zorzi JL, Gomes IC, editores. Tópicos em Fonoaudiologia. São Paulo; Lovise; 1996. p. 435-46.

19. BIANCHINI, E.M.G. A cefalometria nas alterações miofuncionais orais - diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. 4a ed. Carapicuíba: Pró-Fono Departamento Editorial; 1998.
20. BLACK B, KÖVESEI, E; CHUSID, I.J. Hábitos bucais nocivos. *Ortodontia* 1990;23:40-4.
21. BÖENECKER, M.J.S; FONSECA, Y.P.C; DUARTE, D.A. Protocolo básico de orientação para exame clínico em bebês. *Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas* 1999;53:103-7.
22. BONATI M, CAMPI R. Breastfeeding and infant illness. *Am J Public Health* 2000;90:1478-9.
23. BOSMA, J.F, HEPBUM, L.G; JOSEIL, S.D; BAKER, K. Ultrasound demonstration of tongue motions during suckle feeding. *Dev Med Child Neurol* 1990;32:223-9.
24. BRAZELTON, T.B, SPARROW, J.D. Alimentando seu filho: o método Brazelton; trad. Carlos Soares. Porto Alegre: Artmed, 2005. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
25. BU'LOCK, F; WOOLRIDGE, M.W; BAUM, J.D. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound stud of term and preterm infants. *Dev Med Child Neurol* 1990;32:669-78.
26. BRUNKEN, G.S.; SILVA, M.S.; FRANÇA, G.V.A.; ESCUDER, M.M.; VENÂNCIO, S.I. Fatores Associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia de alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. *J. Pediatr (rio J.)*, 2006; 82(6): 445-51.
27. CARVALHO, G.D. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. *Revista Secretários de Saúde* 1995;10:12-3.
28. CARVALHO, G.D. Amamentação e o sistema estomatognático. *In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. Amamentação: bases científicas para a prática profissional.* Ed. Guanabara Koogan, 2002. cap. 4
29. CATTONI, D.M; NEIVA, F.C.B; ZACKIEWICZ, D.V; ANDRADE, C.R.F. Fonoaudiologia e aleitamento materno: algumas

contribuições. São Paulo. Pró-Fono Revista de Atualização Científica 1998;10:45-50.

30. COMMITTEE ON LANGUAGE, SPEECH AND HEARING PROBLEMS – Prevention; a challenge for the profession. *ASHA* (EUA), 26(8):35-7, 1984
31. COSTA, S.A.; ARONIS, E.A. A fonoaudiologia no alojamento conjunto e berçário de alto risco: relato de experiência. In: ROHENBAHL, F.M.C. A clínica com o bebê. Casa do psicólogo, pg. 63, 2000.
32. CRAIG, C.M.; LEE, D.N. Neonatal control of nutritive sucking pressure: evidence for an intrinsic t-guide. *Exp Brain Res* 124: 371-382, 1999.
33. CZERNAY, A.P.C; NOGUEIRA, D.A; SHARDOSIM, L.R; BOSCO, V.L. Pode o copo substituir a mamadeira como método alternativo de aleitamento artificial para bebês ? *JBP, j. Brás. Odontopediatr. Odontol. Bebê.* 2003; 6(31): 235-9.
34. DAVIS, D.W; BELI, P.A. Infant feeding practices and occlusal outcomes: A longitudinal study. *J Can Dent Assoc* 1991;57:593-4.
55. DEGANO, M.P;
35. DEGANO, R.A. Breastfeeding and oral health. A primer for the dental practitioner. *NY State Dent J* 1993;59:30-2.
36. DELGADO, S.E; HALPERN, R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica.* 2005; 17(2): 141-152.
37. DODGE, J.A.; MORISON, S; LEWIS, P.A. Cystic fibrosis in the United Kingdom, 1968-1988: incidence, population and survival. *Pediatr Perinat Epidemiol* 1993;7 :157-66.
38. DOMÈNECH, M. Vamos comer ! : método Estivill; trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
39. DOLLBERG, S.; LAHAV, S.; MIMOUNI, F.B. A comparison of intakes of breast-fed and bottle-fed infants during the first two days of life. *Journal of the college of nutrition*, vol. 20, nº 3, 209-211, 2001.

40. EISHIMA, K. The analysis of sucking behavior in newborn infants. *Early Hum Dev* 1991 ;27: 163-73.
41. ERENBERG, A; SMITH, W.L; NOWAK, A.J; FRANKEN, E.A. Evaluation of sucking in the breast-fed infant by ultrasonography (abstract) *Pediatr Res* 1986;20:409.
42. FAGUNDES, A.L.A; LEITE, I.C.G. Amamentação e maloclusão: revisão da literatura. *J Bras de Fonoaudiologia*. 2001;2:229-32.
43. FAYYAT, E.L.R.C. A influência de hábitos orais e respiração bucal no aparecimento de mordida aberta anterior em crianças com dentição decídua. *Revista Fono Atual* 2000;12:36-40.
44. FERREIRA, M.I.D.T; TOLEDO, O.A; Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. *Revista ABO Nacional* 1997;5:317-20.
45. FROTA, M. A; BARROSO, M.G.T; Desnutrição infantil no contexto familiar de mães adolescentes: visão cultural do cuidado. *Acta Scientiarum Health Sciences* (Maringá). 2004; 26(1): 167-73.
46. GARLINER, D. The speech therapist's role in myo-Functional therapy. *NY Dent J* 1966; 32: 169-72.
47. GIUGLIANI, E.R.J. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
48. GIUGLIANI, E.R.J; VICTORIA, C.G. Alimentação complementar. *J.pediatr. (Rio de J.)*. 2000; 76 (supl.3): s253-62
49. GLASS, R.P; WOLF, L.S. A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. *Am J Occup Ther* 1994;48:514-26.
50. GOMES, C.F, TREZZA E.M; MURADE, E.C; PADOVANI, C.R. Surface electromyography of facial muscle during natural and artificial feeding of infants. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82; 103-9.
51. GUEVARA, G.P.; TOLEDO, M.C. Reflujo gastroesofágico en pediatría. *Ver. chil. pediatr*. Vol 82. No.2. Santiago. Abril 2011.

52. GUSMAN, C.R. Os significados da amamentação na perspectiva das mães. [Dissertação}. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
53. HAMPTON SM. Prematurity, immune function and infantfeeding practices. Proc ofthe Nutr Soc 1999;58:75-8.
54. HARFOUCHE, J.K. The importance of breast-feeding. J Trop Pediat 1970;16:135-75
55. HAYASHI, Y, HOASHI, E; NARA, T. Ultrasonographic analysis of sucking behavior of newborn infants: the driving force of sucki pressure. Early Hum Dev 1997;49:33-8.
56. HERNANDEZ, A.M. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: Andrade CRF, organizador. Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco-Série Atualidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Editora Lovise; 1996 p43- 98.
57. JELLIFFE, D.B; JELLIFFE, E.F.P. The uniqueness ofhuman milk: an overview; symposium. Am J Clin Nutr 1971;24:1013-24.
58. JUNQUEIRA, P. Amamentação, hábitos orais e mastigação. Orientações, cuidados e dicas. Rio de Janeiro: Ed. Revinter; 2000.
59. KILAUS, M.H; KILAUS, P.H. Seu surpreendente recém-nascido; trad. Maria Adriana Veronese. Porto Alegre: Artmed, 2001.
60. LABBOK, M.H; HENDERSHOT, G.E. Does Breast-feeding protect against malocclusion? An analysis ofthe 1981 child health supplementto the national health interview survey. Am J Prev Med 1987;3:227-22.
61. LAWRENCE, R. The clinician's role in teaching proper infant feeding techniques. J Pediatr 1995;126:112-7.
62. LEAVELL, .HR; CLARK, E.G. Medicina preventiva. São Paulo: MCGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro: Fename; 1976.
63. LEGOVIC, M; OSTRIC, L. The effects of feeding methods on the growth of the jaws in infants. J Dent Child 1991; 58(3):253-4.

64. LEITE, I.C.G; RODRIGUES, C.C; FARIA, A.R; MEDEIROS, G.V; PIRES, L.A. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. *Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas* 1999;53:151-5.
65. LEVIN, A. Humane neonatal care Initiative. *Acta Paediatr* 88: 353-5, 1999.
66. LIMA, M.C; MOTTA, M.E.F.A; SANTOS, E.C; SILVA, C.A.P. Determinants of impaired growth among hospitalized children – a case-control study. *Ver. São Paulo Medical Journal* 2004; 122(3): 117-23.
67. LUSVARGH, L. Identificando o respirador bucal. *Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas*. 1999;53:265-73.
68. MADEIRA, IR; AQUINO, L.A. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79(Supl.1): S43-54.
69. MADL, P.E. The importance of breast-feeding [Assign Child 1981 55/56:9-16.
70. MARGE, M – The prevention of communication disorders. *ASHA (EUA)*, 26(8):29-33, 1984.
71. MARQUES, M.C.S; MELO, A.M. Amamentação no alojamento conjunto. *Ver. CEFAC vol 10 n°2*. São Paulo, 2008.
72. MASSON, MLV. É melhor prevenir ou remediar? Um estudo a construção do conceito de prevenção em fonoaudiologia. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado-Distúrbios da Comunicação da PUC-SP].
73. MATA, L.J; URRITI, J.J. Intestinal colonization of breast-fed children in a rural area of low socioeconomic level. *Ann N Y Acad.*1971;176:93-109
74. MATA, L.J; WYATT, R.G; The uniqueness of human milk: host resistance to infection; symposium. *Am J Clin Nutr* 1971 24:976-86. 21.
75. MATHEW, O.P. Science of bottlefeeding. *J Pediatr* 1971;119:511-91

76. McBRIDE, M.C; DANNER, S.C. Sucking disorders in neurologically impaired infants: assessment and facilitation of breastfeeding Clin Perinatol 1987;14:109-30
77. McGINNIS, J.M. – Prevention. *ASHA* (EUA), 26(6):22-4, 1984.
78. MEYER, E.P.; FICHINO, S.N.; JUNQUEIRA, P. A investigação da atuação fonoaudiológica preventiva em cursos preparatórios para gestantes em maternidades em São Paulo. Rev. Soc. Bras. Fgia. Ano 2, nº 3 – Jun/1998.
79. MEYERS, A; HERTZBWERG, J. Bottle-feeding and malocclusion: is there an association? Am J Orthod Dentofacial Orthop 1988;93: 149-52.
80. MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SNAS. ABC do SUS, doutrinas e princípios. Brasília (DF), 1990.
81. 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, 2009
82. MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE / DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, 2010.
83. MONTE, C.M.G; GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J. pediatri. (Rio de J.) 2004; 80(supl.5): s131-41
84. MORESCA, C.A; FERES, M.A. Hábitos viciosos bucais. In: Petrelli E, editor. Ortodontia para fonoaudiologia. São Paulo: Lovise;1994. p. 163-74.
85. MORRIS SE, Guidelines for success: enhancing infant readiness for supplemental foods. Disponível em URL; <http://www.new-vis.com/papers/p-feed2.h>. Acessado em 20/11/2011.
86. MORRIS, S.E.; KLEIN, M.D. Pre-feeding skills; a comprehensive source for feeding development. Tucson, Arizona, Therapy Skill Builders, 1987

87. MOURA, E.C. Nutrição. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
88. NEIVA, F.C.B. Análise do padrão de sucção em recém-nascidos de termo e pré-termo com idade gestacional de 34 a 36 6/7 semanas (dissertação). São Paulo, Universidade de São Paulo; 1999.
89. NEIVA, F.C.B; CATTONI, D.M.; RAMOS, J.L.A.; ISSLER, HUGO Desmame Precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. J. Pediatr. (Rio J.) vol 79 nº1 Porto Alegre Jan/Feb., 2003.
90. NOWAK, A.J; SMITH, W.L; ERENBERG, A. An imaging evaluation of artificial nipples during bottle-feeding. Arch Pediatr Adolesc 1994;148:40-3.
91. OGAARD, B; LARSSON, E; LINDSTEN, R. The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3-year-old children. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1994;106:161-6.
92. OLIVEIRA, L.P.M; ASSIS, A.M.O; PINHEIRO, S.M.C; PRADO, M.S; Barreto ML. Alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida. Ver. Nutr.2005; 18(4): 459-69.
93. OLIVEIRA, N.G.S. Amamentação em creche no local de trabalho da mãe. São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado-Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].
94. PADOVAN, B.A.E. Deglutição atípica. Separata do artigo reeducação miooterápica nas pressões atípicas de língua: diagnóstico terapêutica. Rev Ortodontia 1976;9:5-60.
95. PAMPLONA, V. Aspectos psicológicos na lactação. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: g-Guanabara Koogan, 2002
96. PAUNIO, P; RAUTAVA, P; SILLANPAA, M. The Finnish Family Competence Study: the effects of living conditions on sucking habits in 3-year-old Finnish children and the association between these habits and dental occlusion. Acta Odontol Scand,1993;51 :23-9.

97. PERCEGONI, N; ARAÚJO, R.M.A; SILVA, M.M.S; EUCLYDES, M.P; TINOCO, A.L.A; Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. Ver. Nutr. (Campinas) 2002; 15(1): 29-35.
98. PERSANO, H.L. La importância de la teoria de apego em La nutrición infantil. Diaeta (B.Aires). 2006;24(114): 24-34.
99. PHILLIPS, V. Correcting faulty suck: tongue protusion and the breastfed infant (letter). Med J Aust 1992;156:508.
100. PIERROTTI, S.R. Amamentar: influência na oclusão, funções e hábitos orais. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial 2001 6:91-8.]
101. PRAETZEL, J.R.; PISTÓIA, S.P.; SALDANHA, M.J.Q.; ROCHA, N.L. A importância da amamentação no seio materno para a prevenção de distúrbios miofuncionais da face. Pró-fono – Revista de Atualização Científica. Vol 9, nº 2, Setembro de 1997.
102. PROENÇA, M.G. Sistema sensório-motor-oral. In: Kudo AM, coordenador. Fonoaudiologia, fisioterapia, e terapia ocupacional em pediatria. 2 ed. São Paulo: Savier; 1994. p. 115-24.
103. QUINTELLA, T; SILVA, A.A.; BOTELHO, M.I.M.R. Distúrbios da Deglutição e aspiração na infância. In: DISFAGIAS OROFARÍNGEAS. Pró-fono, Carapicuíba, 2001.
104. RAMSAY, M, GISEL, E.G. Neonatal sucking and maternal feeding practices. Dev Med Child Neurol 1996;38:34-47.
105. RIBEIRO, P. Composição química de preparações culinárias salgadas destinadas a crianças menores de 18 meses de idade (tese). São Paulo: USP; s,n;2006 (135)p.
106. ROCHA, G.A, ROCHA, E.J.M; MARTINS, C.V. The effects of hospitalization on the nutritional status of chml dren. J. Pediatr (Rlo J). 2006;82:70-4.
107. RODRIGUES, K.A. Mordida abertc anterior dentoalveolar: critérios de seleção para(indicaÇão de"grade palatina e/ou encaminhamento fonoaudiológico.\$Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia 1899;5:42,9.
108. RUDOLPH, C.D. Feeding disorders in infants and children.(J Pediatr 1996;125:116-24.

109. SANCHES, M.T.C. Dificuldades iniciais na amamentação – Enfoque fonoaudiológico. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2000.
110. SANCHES, M.T.C. Amamentação – Enfoque Fonoaudiológico. In: CAVVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Ed. Guanabara Koogan, 2006. Cap 5.
111. SANCHES, M.T.C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação J. Pediatr. vol.80 no.5 suppl. Porto Alegre Nov. 2004
112. SANCHES, M.T.C; SANTOS, A; COTRIM, L.C; GARCEZ, L.W; VIANA, A.P. Aleitamento materno - Participação do Fonoaudiólogo fortalece a relação mãe-bebê. *JORNAL DO CFFA*, Brasília, Julho/Agosto/Setembro de 2007
113. SERRA-NEGRA, J.M.C, PORDEUS, I.A; ROCHA, J.F. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1991;11:79-86.
114. SIMON, V.G.N; SOUZA, J.M.P; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Ver. Brás. Epidemiol. (periódico na Internet)*. 2003 Abr (citado 2007 Fev 24) ; 6(1):29-38.
115. SILVA, R.C; O nível local e a promoção da saúde em fonoaudiologia no município de Piracicaba. São Paulo; 1999. [Projeto de Pesquisa apresentado no exame de qualificação para Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
116. SILVEIRA, F.J.F.; LAMOUNIER, J.Á. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Rev. nutr.* 2004; 17 (4): 437-47.
117. SMITH, W.L; ERENBURG, A; NOWAK, A; FRANKEN, E.A. Physiology of sucking in the normal term infant using real-time US. *Radiolc* 1985;156:379-81.
118. SOARES, C.X. Avaliação dos padrões de sucção em recém-nascidos prematuros visando a transição da alimentação de SNG

para via oral. Tese de doutorado, instituto de Psicologia da USP. São Paulo, 2002.

119. SOUZA; MARTINS; CAMPOS; BALSINI; MEYER. Consequências da disfagia. In: Souza, editores. Nutrição e Disfagia: guia para profissionais. 2003. P.13-16.
120. SPINELLI, M.G.N. Prática alimentar de crianças menores de um ano de idade, atendidas em unidades básicas de saúde-escola, do município de Mogi das Cruzes (tese). São Paulo: USP; s.n.; 2000.97 p.
121. STANICH, P. Nutrição em disfagia. In: Furkin MA, Santini SC, editores. Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba: São Paulo; 1999. P.127-37.
122. STEVENSON, R.D; ALIAIRE, J.H. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatr Clin North Am* 1991 ;38:1439-53.
123. STRAUB, WJ. Malfunction of the tongue. Part II. *Am J Orthodon* 1961; 47:596-617
124. SUBTLENY, J.D. Examination of current philosophies associated with swallowing behavior. *Am J Orthodon* 1965;51:161-82.
125. Thévenot B, Naouri A. Conversando sobre bebês: do nascimento aos 3 anos; trad. Viviane Ribeiro. Bauru, SP : EDUSC, 2004.
126. TOMA, RK. Refluxo gastroesofágico. In: Furkin MA, Santini SC, editores. Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba: São Paulo; 1999. P.139-56.
127. TOMÉ, M.C; FARRET, M.M.B; JURACH, E.M. Hábitos orais e maloclusão. In: Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes IC. Tópicos em fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 1996. p. 97-109.
128. UNICEF Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância. Genebra, 1979.
129. URIAS, D. Mordida aberta anterior. In: Petreili E, editor. Ortodontia para fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 1994. p. 177-93.
130. VANDENPLAS, Y, RUDOLPHZ, CD, Di-LORENZO, C. Pediatric Gastro esophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric

Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2009; 49: 498-547.

131. VICTORA, C.G.; BEHAGUE, D.P.; BARROS, F.C.; OLINTO, M.T.A.; WEIDERPASS, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, Vol 99 n° 3 March, 1997.
132. XAVIER, C. Avaliação da alimentação de recém nascidos em fase de hospitalização (escala de avaliação motora oral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* 1995;7:69-74.
133. XAVIER C. S. Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: Basseto MCA, Brock R, Wajnsztein R. *Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica*. São Paulo: Lovise, 1998.
134. WALKER WA. Breast milk and the prevention of neonatal and preterm gastrointestinal disease states: A new perspective. *Chung-Hua Mm Kuo Hsiao Erh Ko i Hsueh Hue Tsa Chih* 1997;38:321-31.
135. WEBER, F; WOOLDRIDGE, M.W. BAUM, J.D. An ultrasonographic study of the organization of sucking and swallowing by newborn infants. *Developmental Medicine & Child neurology*, 28, 19-24, 1986.
136. WINNICOT, D.W. Os bebês e suas mães; trad. Jefferson Camargo, 2ª edição, São Paulo: Martins Fontes, 2006.
137. WOLF, L.S; GLASS, R.P. Feeding and swallowing disorders in infancy; assessment and management. Tucson, A.Z, Therapy skill builders, 1992
138. WOLFF, P.H. The serial organization on sucking in the young infant. *Pediatrics*, 42:943-56, 1968.
139. WOOLDRIDGE, M.W.; HOW, T.V.; DREWETT, R.F.; ROLFE, P; BAUM, J.D. The continuous measurement of milk intake at a feed in breast-fed babies. *Early Human Development*, 6, 365-373, 1982.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA DE AVALIAÇÃO MOTORA –ORAL EM BERÇÁRIO

(Baseada em SOARES, C.X., 2002)

<p>I - IDENTIFICAÇÃO;</p> <p>Nome da mãe: _____</p> <p>Idade da mãe: _____</p> <p>Escolaridade: _____</p> <p>Profissão: _____</p> <p>Renda familiar: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>CEP: _____ Telefones: _____</p> <p>Nome do RN: _____</p> <p>D/N: _____ P/N: _____</p> <p>IG: _____ D/V: _____</p> <p>P/Atual: _____</p> <p>APGAR: _____</p> <p>Paridade: _____</p> <p>Contato com AM: _____</p> <p>II – PRONTIDÃO PARA A MAMADA</p> <p>- estado de alerta (+ 1) ()</p> <p>-chora (+1) ()</p> <p>-reflexo de procura (+1) ()</p> <p>- reflexo de sucção (+1) ()</p> <p>III – TÔNUS</p> <p>- normal (+1) ()</p> <p>- rebaixado (-1) ()</p> <p>- aumentado (-1) ()</p> <p>IV - NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NO INÍCIO DA MAMADA:</p> <p>- sonolento (0) ()</p> <p>- dormindo (-1) ()</p> <p>V – POSTURA NO INÍCIO DA MAMADA</p> <p>- estável sem apoio (+1) ()</p> <p>- estável com apoio (0) ()</p> <p>- instável / tremores / desorganização (-1) ()</p> <p>- leva as mãos à boca (+1) ()</p> <p>- preensão palmar (+1) ()</p>	<p>VI – SUCÇÃO</p> <p>- não apresenta sucção (-1) ()</p> <p>- sucção esporádica (-1) ()</p> <p>- apresenta grupos de sucções (+1) ()</p> <p>- apresenta _____sucções (média) para cada pausa</p> <p>- pausas muito longas (-1) ()</p> <p>- coordenação de grupos de sucção/ deglutição/ respiração (+1) ()</p> <p>- é preciso ajudar o RN a dar pausas para não de desorganizar (-1) ()</p> <p>- travamento de mandíbula (-1) ()</p> <p>- tremores de mandíbula (-1) ()</p> <p>- excursão exagerada de mandíbula (-1) ()</p> <p>- falta de coordenação de movimentos de mandíbula e língua (-1) ()</p> <p>- falta de coordenação de movimentos de mandíbula e língua (-1) ()</p> <p>VII – FORÇA DE SUCÇÃO</p> <p>- forte (+1) ()</p> <p>- média (0) ()</p> <p>- fraca (-1) ()</p> <p>VIII – VARIAÇÃO DE RITMO DE SUCÇÃO</p> <p>- sim (-1) ()</p> <p>- Após quantos minutos? _____</p> <p>- não (+1) ()</p> <p>IX – MOVIMENTOS DA LÍNGUA</p> <p>- protrusão acentuada da língua (-1) ()</p> <p>- “suckling” organizado (+1) ()</p> <p>- retração da língua (-1) ()</p> <p>- incoordenação de movimentos (-1) ()</p> <p>- tremores (-1) ()</p> <p>- canolamento de língua (+1) ()</p> <p>- língua alargada (-1) ()</p> <p>X – REFLUXO</p> <p>- sim (-1) () - não (+1) ()</p>
---	--

XI – VARIAÇÃO DA FORÇA DE SUCÇÃO

- sim (-1) ()

- Após quantos minutos? _____

- não (+1) ()

SINAIS DE ESTRESSE

XII – ESCAPE DE LEITE

- sim (-1) ()

- Após quantos minutos? _____

- não (+1) ()

XIII – VARIAÇÃO DO TÔNUS GLOBAL:

- sim (-1) ()

- Após quantos minutos? _____

- não (+1) ()

XIV – ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

- sim (-1) ()

- Após quantos minutos? _____

- não (+1) ()

XV – OUTROS SINAIS DE ESTRESSE:

-sim (-1) () - não (+1) ()

XVI – ADORMECE DURANTE A MAMADA:

- sim (-1) ()

- Após quantos minutos? _____

- não (+1) ()

- Após quantos minutos? _____

TOTAL DE PONTOS:

CONDUTA:

- RN apto para se alimentar exclusivamente em SM()

- RN com eventuais dificuldades para em SM

ANEXO 2:

Acompanhamento Fonoaudiológico da Alimentação do bebê no 1º ano de vida

1º Contato de Assistência Fonoaudiológica para mães e bebês na Unidade Neonatal

(Baseado em SANCHES, M.T.C., 2000)

AVALIAÇÃO GLOBAL **ANTES** DA MAMADA

ASPECTOS RELACIONADOS À MAMA	2	1	0	Situação de difícil caract.	OBS:
Anatomia dos mamilos	() Protrusos	() Semi-protrusos	() Pseudo- protrusos		
Sinais de ejeção de leite	() 2 ou + sinais	() 1 sinal	() nenhum sinal		
Ingurgitamento mamário	() Ausente	() Iniciando	() Estabelecido		
Trauma/ Fissuras	() Ausente	() Esfolamento	() Fissuras ou traumas		
Dor	() Ausente	() Pouca	() Muita		
SOMA					

ASPECTOS GERAIS DURANTE A MAMADA

SINAIS DE VÍNCULO MÃE-RN	2	1	0	Situação de difícil caract	OBS:
Modo de segurar o RN	() Firme, confiante	() Um pouco frouxo	() Muito frouxo, sem confiança		
Atenção ao rosto do RN	() Contato olho a olho	() Pouco contato de olho	() Sem contato de olho		
Toques físicos da mãe no RN	() Frequentes	() Esporádicos	() Ausentes		
SOMA					

POSIÇÃO MÃE- RN	2	1	0	Situação de difícil caract	OBS
Quanto ao conforto da mãe	() Confortável	() Algum desconforto	() Desconfortável		
Modo de segurar a mama	() Polegar acima e 4 dedos em baixo	() Outras posições	() Mãe não segura a mama		
Distância entre a mão e a aréola	() Longe da aréola	() Próximo a aréola	() Em cima da aréola		
Pressão sobre os ductos	() Moderada		() Excessiva		
Posição do corpo do RN	() De frente para a mãe		() De lado para a mãe		
Distância do corpo do RN	() "Colado" ao corpo da mãe	() Próximo ao da mãe, sem encostar	() Distante do corpo da mãe		
Braço do RN	() Ao redor do corpo da mãe		() Entre o corpo da mãe e do RN		

Cabeça e pescoço do RN	() Apoiados e livres	() Pouco apoiados	() Sem apoio / Muito flexionado		
Altura da boca	() Centrada em frente ao mamilo		() Abaixo ou acima do mamilo		
Nariz do RN	() Livre para a respiração	() Pouco obstruídos	() Totalmente obstruídos		
SOMA					

CONDIÇÕES DA PEGA DO RN	2	1	0	Situação de difícil caract	OBS
Queixo do RN	() Toca o peito	() Toca esporadicamente	() Não toca		
Boca	() Totalmente aberta		() Pouco aberta		
Lábios	() Ambos ou o inferior evertidos para fora	() Lábio inferior levemente evertido para fora	() Lábios totalmente retraídos		
Tensão dos lábios	() Moderada		() Excessiva ou diminuída		
Abocanhar a aréola	() Toda a aréola	() Pouca aréola	() Só o mamilo		
SOMA					

ASPECTOS FINAIS DA MAMADA

Classificação final da MAMADA	Mamada Satisfatória	Mamada Regular	Mamada Insatisfatória	OBS
Modo da mãe retirar o RN do peito	() Espera o RN dormir ou largar espontaneamente OU Oferece o 2º peito se RN quiser	() Espera pouco tempo OU Oferece o 2º peito e logo tira	() Retira muito rápido OU Não oferece o 2º peito	
Modo do RN se soltar do peito	() Larga espontaneamente		() Nunca larga o peito sozinho	
Condições do seio materno	() Esvaziados	() Pouco cheios	() Ainda muito cheios ou ingurgitados	
Condições do mamilo	() Normal, sem dor	() Esfolamento pequeno, pouco dolorido	() Traumas acentuados Muita dor	
Comportamento do RN no final da mamada	() Satisfeito, dorme após a mamada	() Sono leve ou dorme pouco e logo acorda	() Insatisfeito, inquieto, chorando	
SOMA				

ANEXO 3:

Acompanhamento Fonoaudiológico da Alimentação do bebê no 1º ano de vida

2º Contato de Assistência Fonoaudiológica para o grupo estudo: 2 meses de vida do

RN

→ ENTREVISTA INICIAL:

1. SEU BEBÊ ESTÁ RECEBENDO ALEITAMENTO MATERNO?

() SIM () NÃO

2. EXCLUSIVO?

() SIM () NÃO

3. SEU BEBÊ RECEBE ALGUM OUTRO TIPO DE ALIMENTO ALÉM DO LEITE MATERNO?

() SIM () NÃO

4. EM CASO AFIRMATIVOS, QUAIS SÃO ESSES ALIMENTOS ?

5. ATRAVÉS DE QUAIS UTENSÍLIOS ESTÃO SENDO OFERECIDOS OS ALIMENTOS COMPLEMENTARES AO SEIO MATERNO

A) MAMADEIRA () SIM () NÃO

FORMA: BICO ORTODÔNTICO () NÃO ORTODÔNTICO ()

MATERIAL: SILICONE () LÁTEX ()

TAMANHO: 0-6M () ACIMA DE 6M () NÃO SABE ()

B) COLHERES () SIM () NÃO

PLÁSTICO () METAL () SILICONE ()

C) OUTROS

AVALIAÇÃO GLOBAL **ANTES** DA MAMADA

ASPECTOS RELACIONADOS À MAMA	2	1	0	Situação de difícil caract.	OBS:
Anatomia dos mamilos	() Protrusos	() Semi-protrusos	() Pseudo- protrusos		
Sinais de ejeção de leite	() 2 ou + sinais	() 1 sinal	() nenhum sinal		
Ingurgitamento mamário	() Ausente	() Iniciando	() Estabelecido		
Trauma/ Fissuras	() Ausente	() Esfolamento	() Fissuras ou traumas		
Dor	() Ausente	() Pouca	() Muita		
SOMA					

ASPECTOS GERAIS **DURANTE** A MAMADA

SINAIS DE VÍNCULO MÃE-RN	2	1	0	Situação de difícil caract	OBS:
Modo de segurar o RN	() Firme, confiante	() Um pouco frouxo	() Muito frouxo, sem confiança		
Atenção ao rosto do RN	() Contato olho a olho	() Pouco contato de olho	() Sem contato de olho		
Toques físicos da mãe no RN	() Frequentes	() Esporádicos	() Ausentes		
SOMA					

POSIÇÃO MÃE- RN	2	1	0	Situação de difícil caract	OBS
Quanto ao conforto da mãe	() Confortável	() Algum desconforto	() Desconfortável		
Modo de segurar a mama	() Polegar acima e 4 dedos em baixo	() Outras posições	() Mão não segura a mama		
Distância entre a mão e a aréola	() Longe da aréola	() Próximo a aréola	() Em cima da aréola		
Pressão sobre os ductos	() Moderada		() Excessiva		
Posição do corpo do RN	() De frente para a mãe		() De lado para a mãe		
Distância do corpo do RN	() "Colado" ao corpo da mãe	() Próximo ao da mãe, sem encostar	() Distante do corpo da mãe		
Braço do RN	() Ao redor do corpo da mãe		() Entre o corpo da mãe e do RN		
Cabeça e pescoço do RN	() Apoiados e livres	() Pouco apoiados	() Sem apoio / Muito flexionado		
Altura da boca	() Centrada em frente ao mamilo		() Abaixo ou acima do mamilo		
Nariz do RN	() Livre para a respiração	() Pouco obstruídos	() Totalmente obstruídos		
SOMA					

CONDIÇÕES DA PEGA DO RN	2	1	0	Situação de difícil caract	OBS
Queixo do RN	() Toca o peito	() Toca esporadicamente	() Não toca		
Boca	() Totalmente aberta		() Pouco aberta		
Lábios	() Ambos ou o inferior evertidos para fora	() Lábio inferior levemente evertido para fora	() Lábios totalmente retraídos		
Tensão dos lábios	() Moderada		() Excessiva ou diminuída		
Abocanhar a aréola	() Toda a aréola	() Pouca aréola	() Só o mamilo		
SOMA					

ASPECTOS FINAIS DA MAMADA

Classificação final da MAMADA	Mamada Satisfatória	Mamada Regular	Mamada Insatisfatória	OBS
Modo da mãe retirar o RN do peito	() Espera o RN dormir ou largar espontaneamente OU Oferece o 2º peito se RN quiser	() Espera pouco tempo OU Oferece o 2º peito e logo tira	() Retira muito rápido OU Não oferece o 2º peito	
Modo do RN se soltar do peito	() Larga espontaneamente		() Nunca larga o peito sozinho	
Condições do seio materno	() Esvaziados	() Pouco cheios	() Ainda muito cheios ou ingurgitados	

Condições do mamilo	() Normal, sem dor	() Esfolamento pequeno, pouco dolorido	() Traumas acentuados Muita dor	
Comportamento do RN no final da mamada	() Satisfeito, dorme após a mamada	() Sono leve ou dorme pouco e logo acorda	() Insatisfeito, inquieto, chorando	
SOMA				

ANEXO 4:

Acompanhamento Fonoaudiológico da Alimentação do bebê no 1º ano de vida

3ª Contato de Seguimento (telefônico) para o grupo estudo: 6 meses

Saúde: _____ Otites: S N RGE: S N

Peso: _____ kg Altura: _____ cm

Medicamentos em uso:

1. SEU BEBÊ ESTÁ RECEBENDO ALEITAMENTO MATERNO?

() SIM () NÃO

2. EXCLUSIVO?

() SIM () NÃO

3. SEU BEBÊ RECEBE ALGUM OUTRO TIPO DE ALIMENTO ALÉM DO LEITE MATERNO?

() SIM () NÃO

4. EM CASO AFIRMATIVO, QUAIS SÃO ESSES ALIMENTOS ?

5. ATRAVÉS DE QUAIS UTENSÍLIOS ESTÃO SENDO OFERECIDOS OS ALIMENTOS COMPLEMENTARES AO SEIO MATERNO

• MAMADEIRA () SIM () NÃO

BICO:: () Ortodôntico () Não ortodôntico

() Silicone () Látex

() 0-6m () acima de 6 m () furo alargado () líq.engrossado

• COLHERES () SIM () NÃO

PLÁSTICO () METAL () SILICONE ()

• COPOS DE TRANSIÇÃO AOS 4 MESES () SIM () NÃO

• CANECAS E CANUDOS AOS 6 MESES () SIM () NÃO

6. HÁBITOS ORAIS: DEDO (); CHUPETA (); OUTROS () _____

ANEXO 5

Acompanhamento Fonoaudiológico da Alimentação do bebê no 1º ano de vida

4º Contato de Seguimento (telefônico) para o grupo estudo:

12 meses de vida

Entrevista de investigação alimentar do bebê aos 12 meses (Estudo/Controle)

Dados sobre a mãe:

Idade: _____

Estado civil: _____ Vive uma união estável? _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____ Renda Familiar: _____

Conviveu com alguém que amamentou o filho? Quem? Por qto tempo?

Dados sobre o BB:

Nome do BB: _____

Peso ao Nascimento.: _____

IG: _____ semanas

APGAR: _____

Parto: _____

Condições de saúde do BB no primeiro ano de vida: _____

Já teve otites (dores ou inflamações no ouvido)? _____

Teve ou tem RGE (refluxo gastro-esofágico) diagnosticado pelo pediatra? _____

Peso atual: _____

Sobre o Aleitamento Materno e Desmame:

O BB está recebendo Aleitamento Materno atualmente? _____

Qdo parou de oferecer o peito ao BB? _____

Qto tempo o BB mamou exclusivamente no seio materno (nem água, outros leites, sucos e chás)? _____

Sobre introdução de outros alimentos:

Qdo se iniciou a oferta de outros alimentos? _____

Líquidos: quando? _____ O que? _____

Pastosos: quando? _____ O que? _____

Sólidos: quando? _____ O que? _____

Sobre os utensílios:

Usa mamadeira? _____ Desde quando? _____

Bico ortodôntico (aquele tortinho)? _____

O furo da mamadeira foi alargado? _____ Por que? _____

O BB utiliza quais utensílios:

Mão()

Colher()

Copos de transição()

Canudo()

Copo ()

Sozinho ou a mãe que oferece? _____

A situação de alimentação ocorre como? _____

Aonde na casa? _____

Posição e lugar(cadeirão, sofá, mesa, colo, etc.) do BB? _____

Hábitos Orais:

Usa chupeta? _____ Desde quando? _____ Na maternidade _____

Chupa dedo? _____ Desde quando _____

ANEXO 6: FOLDER INFORMATIVO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Dicas Pra Você
Mamãe melhor
Amamentar

Eu ADORO essa idéia!!!

AMAMENTAR TRAZ VANTAGENS PARA A MAMÃE E BEBÊ.

Para o Bebê: -O leite materno é de fácil digestão; - Promove nutrição e crescimento; -Protege contra doenças e infecções; -Favorece um melhor desenvolvimento neurológico e motor; -Melhores padrões de sucção, deglutição, mastigação, respiração e fala; -Favorece o equilíbrio emocional e afetivo; -A amamentação é uma forma muito especial e fortalecedora do relacionamento entre mãe e filho, que pode transmitir segurança, carinho e amor ao bebê; entre outros.

O bebê que mama no seio materno respira pelo nariz que é a maneira correta. Tem com isso menos chances de infecções de garganta, trabalha com os músculos da face, tendo menos chances de problemas de arcada dentária, dificuldades para mastigar e falar.

Para a Mamãe: É uma forma prática e econômica; - Ajuda na perda de peso; -Menor risco de hemorragias, câncer de mama, e ovário. -O leite materno não custa nada, é de fácil aquisição, está na temperatura ideal e livre de contaminações externas; entre outros.

LEITE MATERNO FRACO, NÃO EXISTE

O leite materno é completo. Isso quer dizer: até os 6 meses o bebê não necessita de nenhum outro complemento (chá, suco, água, entre outros). Quem necessita de muito líquido é a mamãe que está amamentando. No 1º dia a produção de leite é pequena, mas esse leite transparente ou amarelado é muito nutritivo e protege o bebê. Esse leite é chamado "colostró".

CUIDE ADEQUADAMENTE DAS MAMAS:

Evite uso de sabonetes, óleos, cremes, álcool e pomadas nos seios, pois pode dificultar a pega para o bebê na hora da mamada. Antes e depois das mamadas, passe o próprio leite materno como forma de proteção.

DIFICULDADES E PROBLEMAS MAIS COMUNS COM AS MAMAS

-INGURGITAMENTO MAMÁRIO: (peitos muito cheios e doloridos) Quando isto ocorre, as duas mamas ficam inchadas (aumentam de volume). Faça compressas frias no local, massageando para extrair o leite, e coloque o bebê para mamar mais vezes.

-FISSURA DE MAMILLO: (bico do peito rachado). As causas mais comuns são decorrentes da má posição e pega do bebê durante a mamada. O bebê precisa abocanhar o bico e parte da aréola. Antes e após cada mamada passe o próprio leite materno como forma de proteção e cicatrização. Coloque os seios para arejar e pegar um pouco de sol antes das dez horas da manhã, e após as quatro horas da tarde. Faça chá de camomila, deixe esfriar e coloque o saquinho em cima do ferimento.

-MASTITE: (Inflamação das mamas). É o acúmulo de leite sem a ordenha. Pode ser evitado através de alguns cuidados. Caso o bebê não esvazie a mama, complete com a ordenha manual após a mamada. Caso sinta necessidade, faça compressas frias antes e nos intervalos de cada mamada.

-POUCA PRODUÇÃO DE LEITE: Se a produção do leite parecer insuficiente para a criança, deve-se averiguar, em primeiro lugar, se, durante a amamentação, a criança está sendo posicionada corretamente, e se a mesma apresenta uma boa pega e sucção. Para melhorar a produção de leite você deve: tomar bastante líquido, descansar; fazer massagens em toda a mama com compressas mornas, entre outras. Em alguns casos, quando as medidas citadas não funcionam, pode ser útil o uso de medicamentos. Consulte seu médico, ou procure um serviço em Banco de Leite vinculado a algum hospital.

POR ISSO AMAMENTE !!!

Obrigado por me dar esse alimento que só você sabe o quanto é importante para mim !!!

QUANTO MAIS SEU BEBÊ MAMAR, MAIS LEITE VOCÊ TERÁ !!!

Mamar estimula a produção de leite. Deixe seu bebê sugar o peito à vontade quantas vezes forem necessárias, mais lembrar que os intervalos são importantes tanto para o descanso materno, como para um melhor desenvolvimento do sono e atividade geral do bebê.

COLOQUE O BEBÊ NA POSIÇÃO CORRETA PARA MAMAR

-Escolha uma posição confortável para amamentar. O corpo da criança deve estar totalmente voltado para o corpo da mãe (barriga com barriga). O bebê deverá abocanhar não só o mamilo (bico do peito) mais sim toda a aréola (parte escura do peito).

-Não coloque o bebê deitado para mamar, para evitar infecções de ouvido e refluxo. Ele precisa estar com inclinação de mais de 45º(graus)

-Ao invés de colocar o mamilo na boquinha do bebê, deve-se oferecer toda a aréola, pegando o máximo possível. Os lábios do bebê ficam virados para fora, como uma "boquinha de peixe"

-Lembre-se de que o bebê largará o seio por vontade própria, quando estiver satisfeito.

-E se o bebê for muito sonolento, é importante que a mãe tente despertá-lo, para que o bebê fique o mais alerta possível durante a mamada, favorecendo uma melhor performance durante a amamentação.

-Quando o bebê é muito sonolento, e ao ser despertado não sugar por muito tempo, o ideal é oferecer um seio só a cada mamada. Fazendo dessa maneira, seu bebê poderá ganhar mais peso ao conseguir extrair o leite denominado posterior, rico em gordura.

Estresse, ansiedade, dor também podem interferir na produção do leite.

-Quando o bebê já se encontra mais ativo, e sugando por mais tempo, você pode oferecer os dois seios. Espere sempre que o bebê esvazie o primeiro seio, para depois oferecer o outro, dessa maneira conseguirá ganhar peso.

-As roupas do bebê e da mãe devem ser confortáveis.

O DESCANSO É MUITO IMPORTANTE:
Aproveite a hora que seu bebê estiver dormindo para descansar junto com ele.

RECÉM NASCIDO PRÉ-TERMO (RNPT)
Os Rns pré-termo também podem ser amamentados! Primeiramente, quando o RN ainda não recebe leite, a mãe já pode começar a extrair o leite dos seios, a cada 3/3 horas do dia para estimular a produção. Assim a mãe permanecerá produzindo leite. Quando iniciar a dieta, o RNPT estará recebendo leite materno pela sonda o que favorecerá a digestão, função gastrointestinal, absorção de nutrientes, melhora na imunidade, e melhora clínica. Quando o RNPT estiver com um quadro clínico estável e Padrão Motor Oral adequado poderá receber alimentação por via oral no seio materno.

LEMBRE-SE !!! "O aconchego, o olhar, e a carícia durante a amamentação, podem transmitir amor, e segurança".

Fga Drª Cláudia Xavier
CRF: 5754-SP

Fga Thaís Azevedo
CRF: 12844

Tels: 3887.0117 / 3887.6077

Vá em frente! Não desanime com a primeira dificuldade. O primeiro mês será de descobertas e ajustes, depois a amamentação passa a fluir sem dificuldades.

**ANEXO 7: DESENVOLVIMENTO NORMAL DAS HABILIDADES DE
ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ (Arvedson & Brodsky,
1993):**

- 0 Mão à boca
- 2-4 Mão à mamadeira
- 4 Introdução de colher
- 4-6 Introdução da caneca
- 5-6 Segura a caneca com as duas mãos
- 5-7 Semi-sólidos na colher
- 6 Bolacha na boca brevemente
- 6 Vedamento labial ao redor da colher
- 6 Começa a mascar – Ação vertical da mandíbula
- 7 Início da mastigação – Movimentos rotatórios de mandíbula
- 6-8 Sucção de líquidos com caneca ou copo
- 8-9 Ajuda com a colher
- 9 Leva a bolacha à boca – Pega a colher
- 9-10 Bebe na caneca com a ajuda da mãe que segura
- 10-11 Movimentos de pinça na alimentação
- 12 Independência na alimentação: Segura a colher com a mão
- 12 Segura a caneca com as 2 mãos : 4 a 5 deglutições seguidas
- 12 Segura a mamadeira sozinho
- 15-24 Habilidades refinadas para a alimentação independente

ANEXO 8: MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:.....
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE CEP:.....
 TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO.:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº
 APTO:
 BAIRRO: CIDADE:.....
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA
2. “ O desenvolvimento das habilidades de alimentação do bebê no primeiro ano de vida : Uma Perspectiva Fonoaudiológica de Promoção de Saúde”.
3. PESQUISADOR : . Alessandra Regina Vieira Caetano de Macedo
4. CARGO/FUNÇÃO: Fonoaudióloga INSCRIÇÃO
 CONSELHO REGIONAL Nº CRFa. 8001
5. UNIDADE DO HCFMUSP: Medicina Preventiva
6. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
 RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
 RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐
7. DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 anos

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

É necessário que você leia atentamente e entenda o estudo antes de assinar este documento. Por isso, se você não entender qualquer palavra ou informação, por favor, peça à sua fonoaudióloga ou que explique.

A fonoaudióloga apresentada no início deste documento, que atende e estuda o aleitamento materno-infantil e as habilidades de alimentação do bebê no 1º ano de vida está realizando uma pesquisa para conhecer melhor as condições maternas e infantis para o aleitamento natural ou amamentação no seio materno e para verificar se a intervenção do fonoaudiólogo pode colaborar para o sucesso desse tipo de alimentação durante o 1º semestre de vida do recém-nascido. Este estudo consta de:

1. Avaliação da sucção do bebê no berçário
3. Avaliação das condições da mãe e do bebê durante os dias de internação logo após o parto, onde serão observados aspectos como a pega do bebê no seio materno, características de sucção, deglutição, tempo ao se alimentar, verificação de peso do bebê e condições do seio materno.
4. Avaliação das condições da mãe e do bebê no 2º mês de vida do bebê.
5. Avaliação das condições da mãe e do bebê no 6º mês de vida do bebê.
6. Avaliação das habilidades de alimentação do bebê ao 12 meses de vida

São procedimentos de observação, seguidos de orientações, não-invasivos nem para o bebê nem para a nutriz.

A avaliação da sucção do bebê no berçário será realizada através da introdução do dedo mínimo da avaliadora enlunado na boquinha do bebê.

A avaliação do aleitamento materno no momento do nascimento será realizada na maternidade.

As avaliações de seguimento do 2º, 6º e 12º mês de vida do bebê serão agendadas previamente com data e hora marcadas em comum acordo com o responsável legal

1. Você poderá, a qualquer momento, ter acesso às informações sobre os procedimentos fonoaudiológicos, riscos e benefícios a que será submetido relacionados a esta pesquisa para esclarecer eventuais dúvidas que você tenha. O principal investigador é a Dra. Alessandra Regina Vieira Caetano de Macedo, que pode ser encontrada no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, Telefone 8586 2611. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.

2. Sua participação é voluntária e você terá tempo suficiente para decidir se quer ou não participar dele. Se decidir participar, poderá sair do estudo a qualquer momento que desejar, sem que isto traga qualquer prejuízo ao tratamento e à assistência que você necessita.

3. Todas as informações obtidas durante o estudo serão estritamente confidenciais e acessíveis apenas aos autores deste trabalho. Os resultados desta pesquisa serão publicados, mas todas as informações que você prestar serão confidenciais e sua identidade não será conhecida.

4. Caso ocorra qualquer dano à sua saúde decorrentes desta pesquisa, você terá totalmente à sua disposição a assistência do HC-FMUSP, para atendê-lo no que for necessário.

5. Caso seja comprovada a necessidade de indenização por eventuais danos à sua saúde decorrentes desta pesquisa, esta será realizada de acordo com as normas legais estabelecidas na ocasião.

6. A pesquisadora se compromete em utilizar o material coletado única e exclusivamente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “O desenvolvimento das habilidades de alimentação do bebê no primeiro ano de vida: uma perspectiva fonoaudiológica de promoção de saúde”

Eu discuti com o Dra. Alessandra Regina Vieira Caetano de Macedo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____